



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
ULUSAL SİGARA BIRAKMA KILAVUZU
GELİŞTİRİLMESİ**

**Dr. YUNUS ŞENGÜN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DÜZCE
2019**



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
ULUSAL SİGARA BIRAKMA KILAVUZU
GELİŞTİRİLMESİ**

**Dr. YUNUS ŞENGÜN
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Cemil Işık SÖNMEZ**

**DÜZCE
2019**

ÖNSÖZ

Uzman hekim olmak adına girdiğim bu yolda bilgi, hoşgörü, tecrübe ve desteğiyle iyi bir yol gösterici olan, tez konumun belirlenmesinden tezin son aşamasına kadar yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Cemil Işık SÖNMEZ'e, felsefi bakış açısı ve etik duruşuyla ufukumuzu genişleten, tecrübe ve bilgi birikimiyle Aile Hekimliği uzmanlık eğitim sürecime katkıda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN'a, tez aşamasında her zaman destek olan, olumlu ve yapıcı eleştirileriyle bana yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Duygu AYHAN BAŞER'e, çalışma disiplini ve her ihtiyacım olduğunda yaptığı teorik katkılarla Dr. Öğr. Üyesi Pınar YILDIZ GÜLHAN'a ve üzerimde emeği olan, beni yetiştiren tüm saygıdeğer öğretmenlerime gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum, beraber gülüp beraber üzüldüğüm, çalışma ortamımızdaki ailem olan hekim arkadaşlarıma, özellikle de tezime yaptığı katkılar için Uzm. Dr. Zemze PINARCI ÖZBEY ve en zorlandığım alanlarda destek olan Yüksek Jeofizik Mühendisi Sercan AKTAŞ ve bölüm sekreterlerimize çok teşekkür ederim.

Hayatımdaki varlıklarıyla her zaman kendimi şanslı hissetmemi sağlayan müstakbel eşim Figen ÇAKIROĞLU, kıymetli arkadaşlarım Ferhat BAYRAKTAR, Başar YILMAZ, Ayşe Ebru ÖZMELEK YILMAZ ve en küçük arkadaşım Poyraz YILMAZ'a içtenlikle teşekkür ederim.

Hayatım boyunca sevgilerinden hiç ödün vermeyen, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, fedakâr ve kıymetli ailem; annem Sabiha ŞENGÜN ve babam Fehmi ŞENGÜN'e sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Yunus ŞENGÜN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, uygulanabilir, güncel ve etkin bir birinci basamağa yönelik ulusal sigara bırakma kılavuzu geliştirmeyi amaçladık.

Yöntem: Dünyada ve Türkiye’de daha önce oluşturulmuş birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzları tarandı. Son 5 yıl içinde ve İngilizce dilinde oluşturulmuş olan kılavuzlar çalışmaya dahil edildi. Elde edilen kılavuzlar AGREE II rehber kalite değerlendirme ölçeği ile değerlendirildi. Uygun bulunan kılavuzlar Türkiye’ye adapte edilmek üzere seçildi.

Bulgular: Kanıta Dayalı Tıp Derneği’nin “Adım Adım Bir Rehberin Ulusal Koşullara Uyarlanması: TÜRKİYE İÇİN REHBER UYARLAMA KILAVUZU” temel alınarak Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) tarafından 2011’de oluşturulup 2014’te güncellenen “Supporting smoking cessation: a guide for health professionals” ve Jordan Tobacco Dependence Treatment Guidelines Local Group tarafından 2013’te oluşturulup 2017’de güncellenen “Jordan Guidelines for Tobacco Dependence Treatment ‘Helping Smokers Quit’” kılavuzlarının Türkiye’ye adapte edilmesine karar verildi. Birinci basamakta çalışan hekimlerin ihtiyaçlarına yönelik olup, sürecin ayrıntılı ve şeffaf olarak açıklanmasını sağlayan bir belge oluşturulması planlandı.

Sonuç: Mevcut kılavuzların Türkiye’ye adaptasyonu için sentez ve güncelleme müdahaleleri yapıldı ve “Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu–Türkiye” belgesi hazırlandı. Hazırlanan kılavuz hedef kullanıcılar ve bilirkişiler tarafından yapılacak dış yorumlamayı takiben tüm adapte kılavuzun reddi ya da kabulü veya tekrar gözden geçirilerek düzenlenmesi sonrasında yayın ve yaygınlaştırma fazına geçilecektir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, sigara bırakma, ulusal, kılavuz adaptasyonu

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to develop a practicable, up-to-date and effectual national guideline for smoking cessation in primary care.

Method: Previously composed guidelines for smoking cessation in primary care in the World and in Turkey were screened. Guidelines, that were composed in English language in the last 10 years, were included in the study. Obtained guidelines were evaluated with AGREE II guideline quality assessing tool. Proper guidelines were selected to be adapted to Turkey.

Results: Based on “Adım Adım Bir Rehberin Ulusal Koşullara Uyarlanması: TÜRKİYE İÇİN REHBER UYARLAMA KILAVUZU” which was composed by Turkish Evidence Based Medicine Association, “Supporting smoking cessation: a guide for health professionals” which was composed in 2011 and updated in 2014 by Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) and “Jordan Guidelines for Tobacco Dependence Treatment ‘Helping Smokers Quit’” which was composed in 2013 and updated in 2017 by Jordan Tobacco Dependence Treatment Guidelines Local Group, were decided to be adapted to Turkey. It is planned to prepare a document to meet the needs of primary care physicians, and to clearly clarify the process with details.

Conclusion: Synthesizing and updating interventions for the adaptation of the existing guidelines were held and “National Guideline for Smoking Cessation in Primary Care – Turkey” was prepared. After target users and experts assess this adapted guideline, rejection or acceptance or rearrangement after review process is going to be followed before publication and extensification phase.

Keywords: Primary care, smoking cessation, national, guideline adaptation

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	i
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar.....	v
EKLER.....	v
KISALTMALAR.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tütün ve Tarihçesi.....	3
2.2. Tütünün İçeriği.....	5
2.3. Nikotin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı	5
2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri.....	7
2.5. Sigara Epidemiyolojisi	8
2.6. Pasif Sigara Maruziyeti	10
2.7. Sigaranın Ekonomik Etkileri	11
2.8. Tütün Kontrol Stratejileri	12
2.9. Sigara Bırakmanın Önemi	14
2.10. Sigara Bırakma Tedavileri.....	15
2.11. Birinci Basamağa Yönelik Sigara Bırakma Kılavuzu ve Önemi.....	21
2.12. Kılavuz Geliştirme Yöntemleri.....	23
2.12.1. De Novo Kılavuz Geliştirme.....	24
2.12.2. Çeviri Olarak Kılavuz Geliştirme.....	24
2.12.3. Adaptasyon Yöntemiyle Kılavuz Geliştirme	24
2.12.3.1. Adaptasyonun Güçlü Yönleri.....	25
2.12.3.2. Adaptasyonun Zayıf Yönleri / Sınırlılıkları	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27

3.1. Çalışma Planı	28
3.2. Sigara Bırakma Kılavuzlarının Araştırılması	29
3.3. Adapte Edilecek Sigara Bırakma Kılavuzlarının Belirlenme Yöntemi.....	30
4. BULGULAR	32
4.1. Sigara Bırakma Kılavuzlarının Adaptasyon Sürecine Dair Bulgular	35
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
7. KAYNAKLAR.....	70



TABLÖLER

	Sayfa
Tablo 1. Sigara bırakmanın genel faydaları	14
Tablo 2. Transteorik model değişim aşamaları	16
Tablo 3. 5A (5Ö) kavramı	17
Tablo 4. 5R kavramı	17
Tablo 5. Sigara bırakma kılavuzları.....	32

EKLER

EK 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

EK 2. Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu – Türkiye (Taslağı)

KISALTMALAR

WHO/DSÖ: World Health Organisation/ Dünya Sağlık Örgütü

TKÇS: Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

VTa: Ventral Tegmental Alan

Nac/Nacc: nucleus accumbens

AML: Akut Myeloid Lösemi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome (Ani bebek ölümü sendromu)

FEV1: Forced Expiratory Volume (Zorlu ekspiratuar volüm)

SSUK: Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

NRT: Nikotin Replasman Tedavisi

ŞİAİ: Sigara İçme Ağırlığı İndeksi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NICE: National Institute of Health and Clinical Excellence (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)

SCIH: Swiss Centre for International Health (İsviçre Uluslararası Sağlık Merkezi)

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (İskoç Üniversitelerarası Kılavuzlar Ağı)

PIPOH: Population, Intervention, Professionals, Outcomes, Health-care setting

SRNT: Society for Research on Nicotine & Tobacco

SSA: Society for the Study of Addiction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, bilinen en önemli önlenabilir mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Yaş, cinsiyet, ırk ve sosyokültürel durum gibi değişkenlerden etkilenmeden maruz kalan her bireye zarar vermektedir. 20. yüzyılda yaklaşık 100 milyon insan ölümüne neden olan sigara bağımlılığının 21. yüzyılda 1 milyar insan ölümüne neden olacağı öngörülmektedir (1). Dünya çapında tüm ölümlerin %12'si tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (2).

Sigaranın yaşam süresi ve kalitesine olumsuz etkilerini de göz önünde bulundurduğumuzda, kanıta dayalı bir anlaşma olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) insanların en üst düzeyde sağlık standardı hakkı olduğunun altını çizmektedir. Türkiye, halk sağlığının geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan bu sözleşmeyi imzalayan ilk ülkelerden biri olarak tütünle mücadeleye verdiği önemi göstermiş bir ülkedir.

Türkiye, DSÖ TKÇS ile medyada reklam, promosyon ve sponsorluk yasakları uygulayarak, tütün ürünleri üzerindeki vergiyi aşamalı olarak arttırarak, restoranlar, barlar, kafeler gibi alanlarda dumanlı hava sahasını uygulayarak ve sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarına yer vererek ciddi adımlar atmış ve bu uygulamalar tütüne olan talebi azaltmıştır (3). Ancak bu kapsamda başarılı olmuş uygulamaların devam ettirilmesi ve başarılı olacak yeni uygulamaların hayata geçirilmesi de büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerdeki sigara kullanımı, tüm dünyadaki sigara kullanımının %80'ini oluşturmaktadır (4). 2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye raporlarında Türkiye'deki tütün kullanım prevalansı 2008'de %31,2 iken 2012'de %27,1'e düşmüştür (5). Ancak 2017 Sağlık İstatistikleri Yıllığı raporlarına göre 2014'te tekrar %32,5'e yükseldikten sonra 2016'da %31,6 ile düşme eğilimi yakalanmıştır (6).

Toplumun her kesimini doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ile mücadele etmek için toplumun her kesimine ulaşmak; sigara kullanmayanları takdir etmek, sigarayı bırakmak istemeyen sigara bağımlılarında farkındalık oluşturmak ve bırakmak isteyenlere uygun destek sağlamak tütün kontrol stratejileri açısından kritiktir. Bu nedenle sigara bırakma konusunda

sigara bırakma poliklinikleri kadar birinci basamaktaki sağlık profesyonellerinin ve hatta herhangi bir branş polikliniğindeki kısa bir önerinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, sigara bırakma konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri için geliştirilecek ulusal kılavuzlar klinik uygulamaların iyileştirilmesinde etkili olacaktır (5).

Bu alışmada Türkiye için uygulanabilir, güncel ve etkin bir birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzu geliştirilmesi hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tütün ve Tarihçesi

Sigaranın mortalite ve morbidite açısından olumsuz etkisi yaş, cinsiyet, ırk ve sosyokültürel durum gibi değişkenlerden etkilenmeden her bireye zarar vermektedir. 20. yüzyılda yaklaşık 100 milyon insan ölümüne neden olan sigara bağımlılığının 21. yüzyılda 1 milyar insan ölümüne neden olacağı öngörülmektedir (1). Dünya çapında tüm ölümlerin %12'si tütün kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (2).

Sigaranın yaşam süresi ve kalitesine olumsuz etkilerini de göz önünde bulundurduğumuzda, kanıta dayalı bir anlaşma olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) insanların en üst düzeyde sağlık standardı hakkı olduğunun altını çizmektedir. Türkiye, halk sağlığının geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan bu sözleşmeyi imzalayan ilk ülkelerden biri olarak tütünle mücadeleye verdiği önemi göstermiş bir ülkedir.

Türkiye, DSÖ TKÇS ile restoranlar, barlar, kafeler gibi alanlarda dumsansız hava sahasını uygulayarak, tütün ürünleri üzerindeki vergiyi aşamalı olarak arttırarak ve sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarına yer vererek ciddi adımlar atmıştır. Ancak bu kapsamda başarılı olmuş uygulamaların devam ettirilmesi ve başarılı olacak yeni uygulamaların hayata geçirilmesi de büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerdeki sigara kullanımı, tüm dünyadaki sigara kullanımının %80'ini oluşturmaktadır (3). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye raporlarında Türkiye'deki tütün kullanım prevalansı 2008'de %31,2 iken 2012'de %27,1'e düşmüştür (4).

Toplumun her kesimini doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ile mücadele etmek için toplumun her kesimine ulaşmak; sigara kullanmayanları takdir etmek, sigarayı bırakmak istemeyen sigara bağımlılarında farkındalık oluşturmak ve bırakmak isteyenlere uygun destek sağlamak tütün kontrol stratejileri açısından kritiktir. Bu nedenle sigara bırakma konusunda sigara bırakma poliklinikleri kadar birinci basamaktaki sağlık profesyonellerinin ve hatta herhangi bir branş polikliniğindeki kısa bir önerinin de önemli olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle, sigara bırakma konusunda birinci basamak sağlık

hizmetleri için geliştirilecek ulusal kılavuzlar klinik uygulamaların iyileştirilmesinde etkili olacaktır (4).

Bu çalışmada Türkiye için uygulanabilir, güncel ve etkin bir birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzu geliştirilmesi hedeflenmiştir. Tütün Nicotiana cinsi, yaz aylarında çiçek açan, otsu bir bitkidir. Yapraklarının kendine has kokusu ve acı tadı karakteristik olup, sigara yapımında kullanılmaktadır. Tütün bitkisinin ilk olarak Amerika kıtasında milattan önce 6000'lerde yetiştirilmeye başlandığı düşünülmektedir. Amerikalı Yerliler milattan önce tütün kullanmaya başlamış ve pipo, tütün sakızı, tütün tozlarını cilde sürmek ve tütün dumanı lavmanı şeklinde kullandıkları anlaşılmıştır. 1492'de ise Kristof Kolomb Küba'da tanıştığı bu farklı bitkiyi Avrupa'ya taşımıştır (7, 8).

Tütün kullanmanın bilinen ilk zararını Rodrigo de Jerez isimli denizci görmüştür; Kolomb'un Avrupa'ya dönüşünde Jerez, içtiği sigaranın dumanlarını burnundan çıkarmış ve onu görenler içinde şeytan olduğunu düşünerek kiliseye şikayet edip, cezalandırmasına sebep olmuşlardır(8).

Tütünün keyif ve cesaret verici etkilerinin yanında, Fransa'nın Portekiz elçisi Jean Nicot'un kraliçeye gönderdiği tütün tohumlarının çiçek açması sonrası kraliçenin baş ağrısını geçmesi nedeniyle ilaç olarak da etkili olduğu fikri Avrupa'ya yayılmış ve botanik dilinde Nicotiana, halk dilinde ise Kraliçe otu olarak isimlendirilmiştir. İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirlerin tütünü İstanbul'a getirmesiyle, tütün Türkiye topraklarına ilk olarak 16. yüzyılda giriş yapmıştır. 1853-56 arasındaki Kırım Savaşında İngiliz ve Fransız askerlerin kâğıda sararak tütün içtiklerini gören Osmanlı askerleri, hızlıca bu kullanım şeklini içselleştirmiştir (8).

1884'te ekonomik nedenlerle Osmanlı tarafından tütün ekimi hisselerinin yarısı Fransız bir şirkete satılmış, bu şirket yıllar boyunca Türk tütün üreticilerini sıkıştırmasının yanında, Osmanlı'yı tehdit edecek ve tütün kaçakçılarını engelleme mazereti ile kendi silahlı kolcu birlikleri kuracak ve sivil halka baskı kuracak güce kavuşmuştur (8, 9). Cumhuriyetin ilanı sonrası 1925'te Atatürk bu şirketin payını ödeyerek, şirketin hak ve yükümlülüklerini Cumhuriyet Hükümetine devralmıştır(8, 10).

Günümüzde Türkiye'de halen Ege, Karadeniz, Marmara, Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde tütün yetiştirilmektedir. Türkiye'de yetiştirilen tütün genel olarak şark tipi olarak adlandırılmaktadır (11).

2.2. Tütünün İçeriği

Solanaceae (patlıcangiller) familyasının *Nicotiana* cinsi içerisinde sınıflandırılan tütünün yaklaşık 65 türünden sadece *Nicotiana tabacum* ve *Nicotiana rustica* türlerinin sigara, pipo ve puro gibi ürünlerin yapımında kullanıldığı bilinmektedir.

Tütün bitkisinin esas önem taşıyan yaprak kısımları; bitkinin çeşidine, yetiştiği iklim şartlarına, yetiştiği toprağın yapısına, kurutulma işlemine kadar pek çok faktörden etkilenmekte ve kimyasal yapı ve yaprak büyüklüğü gibi hususlarda farklılıklar görülmektedir. Yaprığın kimyasal yapısındaki azot, nikotin gibi kimyasallardan keyif veren, alışkanlık yapan etkiler oluşturan nikotin, bitkinin kök kısmında sentezlenip yapraklarda birikmektedir (12).

Nikotin dışında, tütün dumanında bulunan antijenik, sitotoksik, mutajenik, karsinojenik etkileri olan 4000'den fazla maddeden hangilerinin hangi oranlarda plasentadan geçtiği, hangilerinin fetusa zarar verdiği tam olarak bilinmemekle beraber, birçoğunun aktif sigara kullanıcılarının kanında bulunduğu ve prenatal sigara maruziyetinin doğumsal patolojilerle ilişkilendirildiği bilinmektedir (13).

2.3. Nikotinin Farmakolojik Özellikleri ve Nikotin Bağımlılığı

Küçük molekülü ve lipofilik bir madde olan nikotin, sigara dumanında asidik pH'da iyonize haldeyken, akciğerlerde fizyolojik pH ile tamponlanarak akciğerler vasıtasıyla, tıpkı damar içine uygulanmış gibi, hızlı bir şekilde sistemik dolaşıma alınır (14). Çiğneme, enfiye, pipo kullanımı gibi kullanım şekilleriyle nikotin, alkali pH'ta noniyonize formuyla oral mukozadan emilmektedir (14-16).

Nikotin, 1.0 ila 3.0 L/kg arasında değişen bir dağılım hacmiyle santral sinir sistemi ön planda olmak üzere tüm vücut dokularına büyük ölçüde dağılır. Nikotinin insanlarda plasentaya ve anne sütüne geçtiği gösterilmiştir. Plazma protein bağlanması

ihmal edilebilir; % 4.9 ila 20 arasındadır (17). Nikotinin metabolizasyonunda karaciğer, akciğer ve böbrekler rol oynamakta olup, başlıca metabolitleri olan kotinin ve nikotin -N- oksit farmakolojik olarak inaktif maddelerdir (18).

Nikotinin organizmadaki farmakolojik etkilerine bakıldığında; hem periferik hem de santral sinir sisteminde nikotinik kolinerjik reseptörleri düşük konsantrasyonlarda uyaran, yüksek konsantrasyonlarda deprese eden; dolaşım sisteminde yüksek konsantrasyonlarda kalp atım hızı, kan basıncı ve kan akış hızı artışı, düşük konsantrasyonlarda ise tam tersi biçimde doza bağımlı etkileri olan; periferik damarlarda vazokonstriksiyon yaparak cilt sıcaklığını azaltan; yağ metabolizasyonunu hızlandırıp, vücut ağırlığının azalmasına neden olan bir madde olduğu görülmektedir (18). Santral sinir sistemi üzerine etkileri bağımlılık mekanizmasında önem arz etmektedir.

Madde bağımlılıklarının altında yatan biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler vardır; biyolojik açıdan farmakoterapiler, psikolojik açıdan bilişsel yaklaşım ile motivasyonel görüşme ve sosyal açıdan da risk etkenlerinin ortadan kaldırılması ve toplumsal destek gibi uygulamalar devreye girmektedir (19, 20). Sigara bağımlılığında da kompulsif sigara kullanma davranışının başlıca etkeni olan madde nikotindir (14). Koşullara bağlı öğrenilen nikotin alma davranışıyla ilgili yürütülen hayvan çalışmalarında nikotinin koşullu maruziyetine bağlı olarak kompulsif davranış değişikliği de olduğu görülmüştür. Yemek sonrasında, içeceklerin yanında veya başka sigara kullanıcılarıyla beraber sigara içilmesi suretiyle nikotin alınması ile duygu-durum değişikliği ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi halinde nikotinin ödüllendirici etkisi daha çok artmaktadır (21).

Nikotin bağımlılığının nörobiyolojisinde; beş protein alt ünitesinden oluşan nikotinik asetilkolin reseptörlerinin uyarılarak pek çok nörotransmitter, özellikle de dopamin, salınımı olması ön plana çıkmaktadır. Görüntüleme yöntemleri kullanıldığında nikotinin beyindeki etkilerinin öncelikle prefrontal korteks, talamus ve görme merkezinde ortaya çıktığı görülmüştür (21). Mezolimbik alan, korpus striatum ve frontal kortekste dopamin salınımı olmaktadır. Bağımlılığın fizyolojik boyutunda önemli bir faktör olan ödüllendirici sistem temel olarak ventral tegmental alandaki (VTA) dopaminerjik nöronlardan ve nucleus accumbens'ten (Nac ya da Nacc) salınan dopamin ile aktifleşmektedir (21). Dopamin salınımı haz ve iştah azalmasıyla da

ilişkilendirilirken, norepinefrin zindelik ve iştah azalması, asetil kolin zindelik ve bilişsel fonksiyonlarda artış, glutamat öğrenme ve hafızada artış, serotonin duygudurum ve iştahta azalma, β -endorfin ve Gama Aminobutirik Asid (GABA) ise anksiyete ve gerginliğin azalmasından sorumlu tutulmaktadır (21-23).

DSM-V Tanı Kriterlerinde Tütünle İlişkili Bozukluklar başlığı altında Tütün Kullanım Bozukluğu, Tütün Yoksunluğu, Tütünün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar ve Tanımlanmamış Tütünle İlişkili Bozukluklar başlıkları tanımlanmıştır (24).

2.4. Tütün Kullanımının Sağlık Üzerine Etkileri

Tütüne bağlı ölümler manşetlerde yer almasa da tütün her 6 saniyede bir can almaktadır. Tütün, günümüz dünyasının bir numaralı katildir; 20. yüzyılda tütün 100 milyon kişiyi öldürmüş olmasının yanında, günümüzde her yıl 5,4 milyon ölümden sorumlu tutulmakta ve 21. yüzyılda sebep olacağı toplam ölüm sayısının 1 milyar olacağı düşünülmektedir (1). Tütün kullanımı, her yıl erkeklerin %7'sinin ve kadınların %12'sinin ölümüne neden olmaktadır (2, 25). Ayrıca, akciğer kanseri tanısı alan bir kişinin aktif sigara kullanımı devam ediyorsa, sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş birine göre ölüm riskinin yaklaşık 1/3 oranında arttığı görülmektedir (26).

KOAH, akciğer kanseri, inme, koroner kalp hastalığı, peptik ülser gibi hastalıkların epidemiyolojisinde pek çok faktör olsa dahi sigara kullanımı en önemli önlenabilir faktörlerden biri, belki de en önemlisidir (27, 28).

Sigaranın tüketiminin doğrudan sebep olduğu kanserler vücut bölgelerine göre; larinks, orofarinks, özofagus, trakea, bronşlar, akciğerler, akut myeloid lösemi (AML), mide, pankreas, böbrekler, üreterler, kolon, serviks ve mesane biçiminde sıralanabilir. Bununla beraber; inme, körlük, katarakt, periodontit, aort anevrizması, koroner kalp hastalığı, pnömoni, aterosklerotik periferik vasküler hastalık, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve diğer solunum yolu etkileri, kalça kırıkları, kadınlarda üreme sağlığının etkilenmesi (doğurganlığın azalması) şeklinde kronik hastalıklar da doğrudan sigara kullanımı ile ilişkileri kanıtlanmış hastalıklardır (1).

Sigara kullanmak KOAH ile doğrudan ilişkilendirilirken, bu hastalığın tanı kriterlerini tamamıyla sağlamadan önce peribronşial inflamasyon, fibrozis, alveoler harabiyet, vasküler intimal kalınlaşma gibi patolojik değişiklikler meydana getirerek

solunum fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sigara içen bireylerde KOAH'ın en önemli göstergelerinden biri olan solunum fonksiyon testi bulgusu; zorlu ekspiratuar volümdeki (FEV1) düşüştür. Bununla beraber asbest, aromatik aminler, radon, silika arsenik ve dizel egzozuna maruz kalan işçilerin, sigara da kullanmaları halinde, mesleki akciğer hastalığı ve kanser gelişme riskleri artmaktadır (13).

Kanser günden güne sıklığı artan, her coğrafyada her yaştan bireyi etkileyebilen, genetik faktörler kadar çevresel faktörlerden de etkilenebilen evrensel bir sorundur. Dünyada görülen tüm kanserlerin yaklaşık 1/3'ü doğrudan sigara ile ilişkilendirilmekte olup, bu kanserlerin başını akciğer kanseri çekmektedir (28). Akciğer kanserine bağlı ölüm riskleri sigara içmeyenlerle kıyaslandığında, orta derece bağımlılarda 10 kat, yüksek derece bağımlılarda 15-25 kat artış göstermektedir (29).

İkinci el sigara dumanından etkilenen bireylerin risk altında olduğu hastalıkları ise çocuklar ve erişkinlerde ayrı ayrı ele alabiliriz. Çocuklarda; orta kulak hastalıkları, solunumsal semptomlar, bozulmuş akciğer fonksiyonları, ani bebek ölümü sendromu (SIDS) ve alt hava yolları hastalıkları ile ilişkisi olduğuna dair yeterli kanıtlar mevcut olmasının yanında, beyin tümörleri, lenfoma, astım, lösemi ile ilişkisi olduğuna dair bildiriler mevcuttur. Erişkinlerde ise; nazal irritasyon, koroner kalp hastalığı, akciğer kanseri, kadınlarda üreme sağlığının etkilenmesi (düşük doğum ağırlığı) ile ilişkisi olduğuna dair yeterli kanıtlar mevcut olmasının yanında, inme, nazal sinüs kanseri, meme kanseri, ateroskleroz, KOAH, kronik solunumsal semptomlar, astım, bozulmuş akciğer fonksiyonları ve preterm eylem ile ilişkisi olduğuna dair bildiriler mevcuttur (1).

2.5. Sigara Epidemiyolojisi

Dünya genelinde, erişkinler arasında halen tütün ürünü kullanım prevalansı yaklaşık %22 olup, bu oran ülkeden ülkeye değişmektedir. Genel olarak erkekler (%37) kadınlara (%7) nazaran sigara içmeye daha eğilimlidirler (3). Acil bir eylemin hayata geçirilmemesi halinde, dünyada sigara içen insan sayısı günden güne artmaya devam edecektir (30). Çoğu tehlikeli maddenin aksine, sigarayla ilişkili hastalıklar sigara kullanımına başladıktan uzun bir süre sonra semptom vermektedir, bu nedenle

yeni tüketiciler bulması kolaylaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler hala tütün salgınının erken evrelerinde oldukları için, geçmiş yüzyıllarda tütün kullanımının yaygın olduğu daha zengin ülkelerde halihazırda görülmüş olan tütünle ilişkili hastalıkların ve ölümün etkisini tam olarak deneyimlememişlerdir. Tütün endüstrisinin hedeflemiş olduğu düşük gelirli ülkeler tütün kullanım sıklığının en hızlı artış gösterdiği coğrafyalardır. Tütün salgınının gelişmekte olan dünyaya kayması, nüfus artışının ve artan tütün kullanma potansiyelinin en yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerinin en az bulunduğu ülkelerde görülmemiş hastalık seviyelerine ve erken ölümlere yol açacaktır (1). 2030'a kadar dünyadaki tütün kaynaklı ölümlerin %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı öngörülmektedir (31).

Yüksek nüfuslu ülkelerde genç kadınlar arasında tütün kullanımındaki artış, salgının büyümesinin en kaygı verici gelişmelerinden birisidir; çünkü çoğu ülkede kadınlar geleneksel olarak tütün kullanmamakta (erkeklerin dörtte biri) ve bu durum kadınları tütün endüstrisinin hedefi haline getirmiştir (1).

Türkiye'de ise; ülkede tütün üretim ve piyasalarını devlet tekeli (TEKEL) kontrol ederken, 1980'lerden itibaren çok uluslu firmaların ülkeye girişi ile yoğun reklamlar başlamış ve tütün kullanımı hızla (1960-200 yılları arasında 4 kat artış) artmıştır. Tütün kontrol uygulamaları başladıktan sonra 2009'a kadar yatay bir seyir izlemiş ve sonrasında azalmaya başlamıştır (5).

Türkiye'de tütün kullanım sıklığı eğitim düzeyi ile doğru orantı göstermekte olup; kırsalda yaşayan eğitimsiz kadınlarda en düşükken, lise mezunu erkek ve kadınlarda en yüksektir. En yüksek sıklığa sahip yaş grubu 25-44, en düşük sıklığa sahip yaş grubu ise 65 yaş ve üzeridir (5, 6). Sigara içenlerin yarısından fazlasının 18 yaş öncesi sigaraya başlamış olması, sigara satın almak için yasal yaş sınırına dikkat çekmektedir (sigaraya başlama yaşı ortalamaları erkeklerde 16,6; kadınlarda 17,8) (5, 20).

Tütün kullanıcılarının çok büyük bir oranı (%96,5) mamul sigara, %2,6'sı sarma sigara, %2,3'ü nargile ve %0,9'u da puro, pipo gibi diğer tütün ürünlerini kullanmaktadır (5). Bu durum sigara ile mücadelenin öneminin altını bir kez daha çizmektedir. Ancak son zamanlarda şeker melası, mentol, gliserin, çeşitli meyveler gibi aromalarla koku ve kolay solunma özellikleri sağlayan, Ortadoğu ülkelerinde

1990'lı yıllarda yaygınlaşan nargile şeklinde tütün kullanım trendine de dikkat çekmek gerekmektedir (32). Sosyal ortam haline gelen nargile kafeler özellikle gençleri ve ergenleri etkilemekte olup, gençlerdeki aromatik nargile kullanımı uzun vadede sigara bağımlılığına dönüşebilmektedir (32, 33). Dumanın suyun içerisinden geçerek filtre edilmesi ve soğutulması ile kullanım sıklığının görece az olması gibi durumlar nargilenin tütün kullanımı ile ilişkili riskler açısından sigaradan daha güvenli olduğu algısına neden olmaktadır (34). Ancak aksine, bir nargileden içe çekilen duman ile bir sigaradan içe çekilen duman kıyaslandığında nargile dumanının çok daha fazla zehirli madde içerdiğini ve nargile dumanında nikotin, kobalt, arsenik, nikel, krom gibi zararlı maddeler bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (34-36). Bir oturumluk (her biri 0,53 l hacimli, 2,6 saniye süreli, 17 saniye aralıklarla tekrarlanan 171 nargile dumanı çekme)nargileden içe çekilen duman ile bir sigaradan içe çekilen dumanın içerikleri kıyaslanmış ve sırasıyla nikotin 2,96mg / 0,77 mg, zifir 802 mg / 11,2 mg, CO 143 mg / 12,6 mg olarak bulunmuştur (37).

2.6. Pasif Sigara Maruziyeti

Tütün kullanımının sağlık üzerine olumsuz etkileri yalnızca doğrudan tütün tüketiminden değil, aynı zamanda ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktan da kaynaklanmaktadır. Literatürde çevresel tütün dumanı olarak da adlandırılan ikinci el duman, ortama yayılan (yan akım) sigara dumanından, nefesler arasında oluşan tütün ürünlerinden ve sigara içen kişinin ortama verdiği (ana akım) dumandan oluşmaktadır. “Pasif sigara içme” veya “istemsiz sigara içme” gibi terimler ikinci el tütün dumanı maruziyetini tanımlamaktadır (38). Tütün dumanının sadece kullanıcıyı değil, ikinci el tütün dumanı üzerinden başka bireyleri de etkilediğine dair veriler mevcuttur. Dünyada çocukların %40, tütün kullanmayan kadınların %35 ve tütün kullanmayan erkeklerin %33 oranlarında ikinci el tütün dumanından etkilendikleri; çocuk ölümlerinin %28'inin, kadın ölümlerinin %47'sinin ve erkek ölümlerinin %26'sının ikinci el tütün dumanıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (39).

Akciğer kanseri açısından bilinen en önemli risk faktörü aktif sigara içiciliği olsa da, ikinci el sigara dumanı maruziyeti ile de ilişkili olduğu bilinmektedir (38). İkinci el tütün dumanına maruz kalmak, akciğer kanserine ek olarak koroner kalp

hastalığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, astım, otitis media, burun irritasyonu, ani bebek ölümü ve astıma neden olmaktadır (38-40). Bunların yanında inme, meningokokal hastalık, meme kanseri, diğer solunum yolu kanserleri, serviks kanseri ile ilişkili olduğuna dair bulgular olmasına karşın, daha çok çalışma ile desteklenmesi gereklidir (39, 40).

Pek çok kuruluş tütün kontrolü konusunda ayrı ayrı ve gönüllülük üzerine çalışmaktayken 1995'te kurulan Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) hem Türkiye'deki tütün kontrolü ile ilgili yasal düzenlemelerinde hem de Çerçeve Sözleşmesi'nin bir üyesi olarak DSÖ TKÇS sürecinde etkin rol oynamış, ulusal düzeyde tütünle mücadele çalışmaları yapan bir örgüttür. SSUK bünyesinde yer alan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ikinci el tütün dumanı hakkında hem yurt içi hem de yurt dışından veriler toplamakta ve ikinci el tütün dumanına maruziyetin önlenmesi konusunda araştırma ve eğitim faaliyetleri yürütmektedir (41).

2.7. Sigaranın Ekonomik Etkileri

Tütün endüstrisinin iş imkanı yaratmak, ekonomiyi güçlendirecek gelirler üretmek gibi iddiaları olsa da, ortaya çıkan sonuç acı, hastalık, ölüm ve ekonomik kayıplardır (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1997-2001 arası bu kaybın yılda yaklaşık 92 milyar Amerikan doları olduğu tahmin edilmektedir (42). Tütün kaynaklı ölümlerin ekonomik maliyeti, 2030 yılına kadar beş tütün ölümünden dördünün meydana geleceği gelişmekte olan dünyaya belirli bir yük getirmektedir. Tütünün küresel sağlık hizmetleri maliyetleri üzerine etkisiyle ilgili yeterli veri yoktur, ancak yüksek olduğu bilinmektedir (1).

Tütün endüstrisinin hedefi daha fazla insanı bağımlı hale getirmektir ve bu durum orantısız şekilde fakirleri etkilemektedir (1) Tütün kullanımı yoksullar arasında çoğu ülkede zenginden daha yüksektir ve tütün kullanımıyla yoksul ve zengin arasındaki fark ortalama gelirin en düşük olduğu bölgelerde en fazladır (43).

Türkiye'de piyasada satılan sigaralar yerli şark tipi ve ithal (genellikle Virginia tipi) tütün içermekte olup, ithal tütün kullanılan sigaralar daha pahalıdır. Tütün içeren sigara, puro, sigarillo gibi ürünlerinden katma değer vergisi ve 2002 yılında başlanan özel tüketim vergisi olmak üzere iki tip vergi alınmakta olup, tütün Türkiye

Cumhuriyeti için ciddi bir gelir kaynağı olarak göze çarpmaktadır. Piyasa fiyatlarındaki artış düşük gelirli bağımlıları daha fazla etkilemekte olup; Türkiye’de kaçak sigaraların ülke genelinde kullanılan sigaralara oranı %10 civarlarında olup, vergi kaybının 1 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır (41).

Sigaranın Türkiye’de yıllık ortalama 8-10 milyar dolar ekonomik kayba neden olduğu düşünülmektedir (13). Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin yaklaşık 4 katı kadar bir para sigara satın almak için harcanmaktadır (41). Ayrıca, sigara kullanıcılarıyla beraber pasif içicilerin de tütüne bağlı hastalık ve ölümler ile yüzleşmesi nedeniyle de ekonomik kayıplar olmaktadır (13).

2.8. Tütün Kontrol Stratejileri

1924 yılında kurulan TEKEL Genel Müdürlüğü, ülkedeki tütün üretimi, satışı ve pazarlaması görevlerini devlet tekeli ile yerine getirmekteyken, 1984 yılında yabancı menşeli sigaralar ithal edilmeye başlanmıştır. Bu tarihten itibaren artan reklam, tanıtım faaliyetleri ile sigaraya olan ilgi artmıştır. Tütün kontrolünün amacı, tütün endüstrisinin tütün alanında ölüme neden olan para kazanma hırsını kontrol etmektir (10, 44).

4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” TBMM tarafından 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiştir. Bu kanunla 18 yaşından küçüklere sigara satışının yasaklanması; sigara paketlerinde sigaranın sağlığa zararlı olduğunu belirten yazı ve resimler konulması; toplu taşıma araçları, sağlık, eğitim, spor tesisleri gibi toplu alanlarda sigara kullanımının kısıtlanması; sigara tanıtım ve reklamlarının yasaklanması; radyo ve televizyon kanallarında aylık 90 dakika eğitim yayınları yapılması kararları alınmıştır (13, 45). Ocak 2006’dan itibaren zorunlu hale gelen sigara paketleri üzerindeki uyarı yazılarının paketin yüzey alanının en az %30’undan fazlasını kaplaması gerekmektedir (41). Ancak 2003 yılında yapılan bir çalışmada, 4207 sayılı Kanunun uygulanmasındaki farklılıklarla ilişkili bazı sorunlara değinilmiştir (46). 3 Ocak 2008’de kabul edilen 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile taksiler de dahil olmak üzere tüm toplu taşıma araçlarında, eğitim kurum ve kuruluşlarında ve her türlü kapalı alanda tütün kullanımı yasaklanmıştır. 4207 sayılı

Kanun ve 5727 sayılı Kanunun getirdiği yasaklar Avrupa Birliğine uyum sürecinde tekrar düzenlenerek kapsamı artırılmıştır (41).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 27.04.2004 tarihinde DSÖ'nün hazırlamış olduğu Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşmasını imzalamıştır. 12 Aralık 2007 tarihinde Ulusal Tütün Kontrol Programı oluşturularak 2006 yılının Ekim ayında yürürlüğe girmiştir (41). MPOWER stratejileri ve tütün kontrolüne yönelik yasalar sayesinde Türkiye dünyanın önde gelen ülkelerinden biri olmuştur (47, 48). DSÖ tüm üye devletlerden altı MPOWER politikası hakkında bilgi almaktadır. Dünya nüfusunun yalnızca% 5'inin kapsamlı dumansız yasalarıyla korunduğu, pek az ülkede kapsamlı paket uyarıları olduğu, çok az ülkede tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu yasaklarının yürürlüğe konduğu, küresel tütün kontrolü fonunun yetersiz olduğu görülmüştür (1).

Türkiye'de tütünle mücadelenin en başarılı olduğu dönem olan 2008-2012 yılları arasında Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasının sonuçlarına göre 15 yaşından önce sigaraya başlama oranları %19,6'dan %16,1'e gerilemiştir. Topluma açık alanlarda sigaradan pasif etkilenme oranları da gerilemiş, en belirgin azalma restoranlarda (%55,9'dan %12,9'a) olmak üzere resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçlarında ve hatta yasa kapsamında olmasa bile evlerde de ciddi azalma olmuştur. Sigara için yapılan aylık harcamalar önemli ölçüde artmış, 2008 yılında asgari ücretin %12,7'si iken, 2012 yılında %20,8 seviyelerine yükselmiştir. Yetişkin bireylerin sigara karşıtı mesaj görme oranları da artmış, en fazla televizyonda mesaj görme biçiminde olmuştur. Sigaradan pasif etkilenme nedeniyle sağlık sorunlarının geliştiği bilgisini bilme oranlarında önemli bir değişim olmamakla beraber, oranlar çok yüksek bulunmuştur (%96,0'dan %97,8'e çıkmıştır). Fakat sağlık profesyonelleri tarafından sigara içme durumlarının sorgulanması ve içen bireylere bırakma tavsiyesi yapılması açılarından değişim gözlenmemiş olup, bu durum birinci basamakta sigara bırakma kılavuzu oluşturulması için önemli bir sebep teşkil etmektedir (5). Tütün kullanım prevalansı 2008'de %31,2 iken 2012'de %27,1'e düşme başarısı sağlandıktan sonra bu başarının devam ettirilememesi ve 2014'te tekrar %32,5'e yükselmesi, ardından 2016'da %31,6 ile tekrar düşme eğilimi yakalanmasını da göz önünde bulundurursak, istikrarlı bir başarı grafiği için de birinci basamakta daha etkin müdahaleler yapılması gerektiğini söyleyebiliriz (5, 6).

2.9. Sigara Bırakmanın Önemi

Erken ölümün önlenabilir risk faktörleri arasında sigara başı çekmektedir (28). Hem kullanıcıya hem de topluma verdiği zararlar nedeniyle sigaraya hiç başlamamak, fakat başlandıysa da bırakmak büyük önem arz etmektedir. Ülkemizde sigara bırakma konusundaki en önemli motivasyon kaynağının sağlık olduğu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 çalışmasında görülmüştür. Sigarayı bırakmış bireylerin %62,4'ü bir sağlık sorunu nedeniyle bıraktığını ifade ederken, aile bireylerinin isteği %23,7, sigara fiyatları %5,3 ve sigara karşıtı kampanyalar %1,6 oranlarında bu kararda etkili olmuşlardır (5).

Sigara bırakmanın genel faydaları Tablo 1'de özetlenmiştir (27, 49).

Tablo 1. Sigara bırakmanın genel faydaları

Bırakma Sonrası Geçen Süre	Fayda
12 saat	Karbon monoksit seviyesi normale gelir
72 saat	Hava yollarının gevşemesi ile nefes darlığı azalmaya başlar
12 hafta	Sistemik dolaşım ve akciğer fonksiyonlarındaki düzelme belirginleşir
9 ay	Nefes darlığı, hırıltı, öksürük gibi solunumsal şikayetler büyük oranda azalır
1 yıl	Kalp krizi riski %50 azalır, hatta 15 yıl içinde hiç sigara içmemiş biriyle aynı risk düzeyine düşer
10 yıl	Akciğer, ağız, gırtlak, özofagus, serviks ve mesane kanseri riski %50 azalır
5-15 yıl	Felç riski azalır
Sigarayı 30 yaşında bırakmak beklenen yaşam süresini 10 yıl, 40 yaşında bırakmak 9 yıl, 50 yaşında bırakmak 6 yıl, 60 yaşında bırakmak ise 3 yıl artırmaktadır	

2.10. Sigara Bırakma Tedavileri

Sigara bırakma tedavileri, hem tek başına etkili olan hem de beraber kullanıldığında birbirinin başarı oranlarını artıran iki yöntem içermektedir; bilişsel-davranışçı yaklaşım ve farmakoterapi (50, 51).

Sigara kullanan bir bireyle karşılaşıldığında, sigara kullanım durumu öğrenilmeli ve sigara bırakma motivasyonu kazanması açısından uygun müdahaleler yapılmalıdır. İlk olarak, sigara kullanan herkese sigara bırakmaya yardımcı olabilecek etkin tedavi yollarının var olduğundan bahsetmek, birey sigara bırakmaya hazırsa da uygun bir tedavi yöntemi önermek ya da uygun bir tedavi önerebilecek başka bir birime yönlendirmek sigara bırakma tedavisi başarısını büyük oranda artırmaktadır (52). Bireyin klinik başvuru sebebi ne olursa olsun, hekimin sigara konusunda yaptığı 3 dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigara bırakma oranlarını artırdığı kanıtlanmıştır (53). Bireyin sigara bırakma tedavisine hazır olma durumunu değerlendirmek için 1983 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen “Transteorik Model” kullanılmaktadır (Tablo 2). Bu model sayesinde hızlı ve kolay bir değerlendirme yapmak mümkündür (51).

Tablo 2. Transteorik model değişim aşamaları

Evre	Tanım
Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation)	Birey önündeki 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmemektedir, yardım almayı kabul etmemekte ve hastalık risklerini görmezden gelmektedir.
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Birey önündeki 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmektedir, sigaranın sağlığa zararları açısından farkındalığı vardır, ancak harekete geçemeyip düşünce aşamasında takılı kalmıştır.
Bırakmaya hazırlanma (preparation / ready for action)	Birey önündeki 1 ay içinde sigara bırakmayı düşünmektedir, sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir.
Bırakmayı deneme (action)	Birey sigarayı bırakmış, ancak henüz 6 ayı doldurmamıştır. Nüks riski çok yüksektir.
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir.

Sigara içen bireyler, bırakmak için istekli veya bırakmak için istekli olmayan olarak ikiye ayrılarak, bırakmak için istekli bireylerde kullanmak için 5A (5Ö), bırakmak için istekli olmayan bireylerde kullanmak için ise 5R kavramları tanımlanmıştır (54, 55). 5A kavramı Tablo 3'te, 5R kavramı ise Tablo 4'te açıklanmaktadır.

Tablo 3. 5A (5Ö) kavramı

Ask (öğren)	Bireyin sigara kullanma durumunu öğren ve vital bulgularını bireysel dosyasına kaydet.
Advise (öner)	Bireyin sigarayı bırakmasını açık, güçlü ve kişiye özel bir mesaj vererek öner.
Assess (ölç)	Bireyin bırakma isteğini sorgula ve nikotin bağımlılık düzeyini ölç.
Assist (önderlik et)	Bireye verilecek danışmanlık ve önerilecek farmakoterapi(ler)i planla.
Arrange (örgütüle)	Bireyi bırakma sonrası relapsları önlemek veya hızlı müdahale edebilmek açısından kontrole çağır.

Tablo 4. 5R kavramı

Relevance (ilişki)	Bireye sigaranın zararlarını anlatırken kişisel faktörlerle ilişkilendir.
Risks (riskler)	Bireye sigaranın sebep olduğu sağlık risklerini açıkla.
Rewards (ödülleri)	Bireye sigara bırakmanın kazanımlarından bahset.
Roadblocks (engeller)	Bireyin sigara bırakmasını engelleyen sebepler ve sigara bırakmasının önündeki zorlukları tespit et.
Repetition (tekrarlama)	Bireyin motivasyonu düşükse, her başvurusunda bunları tekrarla.

Sigarayı bırakmak isteyen bireylerin harekete geçmeye hazır oldukları kararı verilmesi halinde bireye farmakolojik tedaviler açısından bilgi verilmeli, nikotin bağımlılığının şiddetine göre gerektiğinde farmakoterapi kullanması için destek olunmalıdır (56). Nikotin bağımlılığının şiddetini belirlemek için Fagerström Nikotin

Bağımlılık Testi (FNBT) geliştirilmiştir (57). FNBT altı sorudan oluşan, her sorudaki her cevabın farklı puanlar aldığı bir testtir. Bu test uygulandıktan sonra elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı düşük (0-3 puan), orta (4-6 puan) ve yüksek (≥ 7 puan) şeklinde üç grupta sınıflandırılır ve bağımlılık düzeyi düşük olmayan herkese, bireysel kontrendikasyonlar gibi özel durumlar da göz önünde bulundurularak, farmakolojik tedavi önerilir (56, 58, 59). Farmakolojik tedavilerin temel etki mekanizmaları; bireyin sigarayı bıraktığında ortaya çıkan nikotin yoksunluğu semptomlarını gidermek ve bu sayede bağımlılığının üstesinden gelmesine yardımcı olmaktır. Ülkemizde ve dünyada sigara bırakma desteği için kullanılan birinci sıra ilaçlar üç grup olarak ifade edilir; nikotin replasman tedavileri (NRT), bupropion, vareniklin (56, 59).

Nikotin replasman tedavisi, sigara bağımlılığında en büyük role sahip madde olan nikotinin doğrudan vücuda verilmesi prensibine dayanır. Sigaranın bırakılması sonrasında ortaya çıkan nikotin yoksunluğu semptomlarının giderilmesine yardımcı olarak sigarayı bırakmak isteyen kişinin bırakma sürecini kolaylaştırır. FNBT’de 4 ve üzeri puan (orta ve üzeri bağımlılık düzeyinde) alan, hafif düzeyde bağımlı olsa da kullandığı diğer yöntemlerle sigarayı bırakamayan ve günlük içtiği sigara sayısı 15’ten fazla olan bireylerde fayda sağlaması beklenmektedir.

Ülkemizde NRT’ler nikotin sakızı (2 ve 4 mg) ve nikotin bandı (bir markada 10, 15 ve 25 mg, bir diğer markada ise 17,5, 35 ve 52,5 mg) olarak iki form şeklinde bulunmaktadır. NRT’ler genellikle 2 ila 8 hafta aralıklarla azaltılarak, bu süreçte nikotin yoksunluk semptomlarının da azaldığı gözlemlenerek, bırakılır (59).

Nikotin sakızı günde 25 sigaradan az sigara içenlere 2 mg, 25 ve üzeri sayıda sigara içenlere 4 mg olarak önerilir; 6 hafta boyunca her 1-2 saatte 1 adet, 7-9 haftalar arası her 2-4 saatte 1 adet, 10-12 haftalar arası her 4-8 saatte 1 adet olmak üzere günde 24 adeti geçmeyecek şekilde kullanılabilir (59).

Nikotin bandı ülkemizde 24 saatlik formu bulunan üç farklı boyutta olup, 30 cm²’lik bant 21 mg, 20 cm²’lik bant 14 mg, 10 cm²’lik bant 7 mg nikotini vücuda verir. Sigaranın bırakılması sürecinde 2-4 haftada bir doz azaltılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banda geçilir ve tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, sonrasında 2’şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg şeklinde azaltılarak tedavinin 8

haftaya tamamlanması önerilmektedir. Günde 10-15 adet sigara içenlerde tedaviye düşük dozlarla başlanabilir (59).

Bupropion nontrisiklik, aminoketon yapıda, seçici olarak dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörü olan bir antidepresandır ve plaseboyla kıyaslandığında sigara bırakma oranlarını yükseltmekte, ayrıca NRT'ler ile beraber de kullanılabilir (60, 61). Bireyin depresyon öyküsü olsa da olmasa da bupropionun sigara bırakma etkinliğinin değişmemesi, bu etkisinin antidepresan özelliği ile ilişkisi olmadığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmaların derlemesinde sadece bupropion kullanımı ile bireylerin sigara bırakma oranlarında 2 kat kadar artış olduğu bulunmuştur (62).

Bupropion 150 mg'lık yavaş salınımlı tablet formunda mevcut olup, 300 mg/gün dozunda 8 haftalık tedavi olarak kullanılmaktadır, ancak tedavinin 6 aya kadar uzatılabileceği bilinmektedir. Sigara içmekte olan birey ilk 3 gün 150 mg/gün, 4. günden itibaren de 300 mg/gün (150 mg 2x1) dozlarında kullanmaya başlar ve tedaviye başlanan ilk günden itibaren 7-14 gün içinde sigara bırakma günü belirlenir, sigara bırakma sonrası aynı dozla tedaviye devam edilir. Ciddi yoksunluk belirtileri veya monoterapi ile tedavi başarısı sağlanamaması gibi durumlarda NRT ile kombine edilebilir. En sık ağız kuruluğu ve uykusuzluk yan etkileri görülebilir. Epilepsi, anoreksia nervroza ve bulimia öyküsü olanlarda konvülsiyon riski artar. Kontrendikasyonları; konvülsiyon öyküsü, konvülsiyon eşliğini düşüren madde/ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı, santral sinir sistemini ilgilendiren travma öyküsü, santral sinir sistemi kitleleri, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, çok ağır siroz, yeme bozuklukları, monoamin oksidaz inhibitörü kullanımı, 18 yaş altında olmak, gebelik, bipolar hastalığı ve bupropion aşırı duyarlılığı olanlardır (59, 60).

Vareniklin, $\alpha 4$ ve $\beta 2$ subüniteleri bulunan, mezolimbik dopaminerjik sistemde lokalize nöronal nikotinik reseptörlere parsiyel agonist etki gösteren bir farmakolojik ajandır (63-65). Bu reseptörler nikotin bağımlılığında önemli rol oynarlar. Vareniklin bu reseptörlere bağlanarak Nacc'ten dopamin salınımına neden olup, agonist etkisi ile yoksunluk semptomlarının ortaya çıkmasını önlerken; sonrasında sigara kullanarak nikotin alınsa bile, reseptörlere vareniklin bağlı olduğu için, dopamin salınımında artış olmayacağından, antagonist etki ile bağımlı birey tarafından sigarayla ilişkilendirilen zevk, keyif gibi hislerin ortaya çıkmasını engellemiş olur (59, 63-65).

Vareniklin 0,5 mg ve 1 mg'lık tablet formlarında olup, piyasadaki müstahzarında tedavinin başlangıç ve devamını sağlayacak şekilde düzenlenmiş paketleri mevcuttur. Sigara içmekte olan birey ilk 3 gün 0,5 mg/gün, 4-7. günler arası 1 mg/gün (0,5 mg 2x1), 8. günden itibaren 2 mg/gün (1 mg 2x1) dozlarında kullanmaya başlar ve genellikle 8-14. günler arası, tercihen 7. Günde sigarayı bırakması hedeflenir. Tedavi 12 haftaya kadar 2 mg/gün biçiminde tamamlanır, 12 haftadan uzun süre kullanılabileceğine dair de kanıtlar vardır. En sık bulantı olmak üzere uykusuzluk, anormal rüyalar, baş ağrısı ve gastrointestinal yan etkiler görülebilir. Bu yan etkilerin görülme sıklığını azaltmak için düşük dozda başlanıp yavaş yavaş doz artışı yapılmaktadır. Bulantı büyük bir sorun haline gelirse ilacın yemeklerle beraber alınması önerilir, ancak buna rağmen bırakma girişimini etkileyecek düzeyde bulantı devam ederse de doz düşürülüp bulantının geçmesini bekledikten sonra tekrar doz artışı denenebilir. Başta bulantı olmak üzere ilaç yan etkileri, ilacın kullanıldığı süre uzadıkça hafiflemektedir (59). Karaciğer yetmezliği olanlarda doz ayarlamaya gerek yoktur, çünkü %80 idrarla atılmaktadır. Bu sebeple de ağır böbrek yetmezliği olan bireylerde 0,5 mg/gün dozunda kullanılması önerilir. İlaç etkileşimi bildirilmemiş olmasının yanında, metabolik, hematolojik ya da kardiyak değişikliklere sebep olmadığı için herhangi bir laboratuvar parametresinin takibi gerekmemektedir. İlaç kesilirken doz titrasyonuna gerek yoktur, bir anda da kesilebilir.

Vareniklinle ilgili yaygın bir endişe de nöropsikiyatrik semptomlar, ajitasyon, depresif duygulanım, intihar eğilimi ve mevcut psikiyatrik hastalığın kötüleşmesi gibi durumlardır. Ancak bu durumlar sigara içmekte olan bireylerde de yaşanabileceği gibi sigara bırakma sürecinin kendisinden de kaynaklanabilmektedir. Bu nedenden ötürü, ortaya çıkan durumun ilahtan kaynaklanıp kaynaklanmadığını açıkça ortaya koymak çok zordur. İlaç kullansa da kullanmasa da sigara bırakma sürecindeki bireylerin bu semptomlar açısından yakın izlenmesi gereklidir. Son olarak; vareniklinin, majör depresyon, şizofreni ve bipolar hastalıklarda kullanımının güvenilirliği ile ilgili yapılan çalışmalarda, yakından takip edilen stabil vakalarda kullanımının önerildiği sonucu çıkmıştır (66, 67).

2.11. Birinci Basamağa Yönelik Sigara Bırakma Kılavuzu ve Önemi

Klinik Uygulama Kılavuzları, hasta bakımlarını mevcut şartlarda en iyi seviyeye çıkarabilmek adına sistematik araştırmalara dayalı kanıtlardan ve çeşitli bakım seçeneklerinin kar-zarar bağlamında değerlendirilmelerinden oluşan önerileri içeren dokümanlardır (68). Yeni klinik uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi; sağlık alanındaki uygulamaların kalitelerinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinde yapılabilecek hataların en aza indirilmesi, özellikle de kronik hastalıkların bakım ve takibinde standardizasyonun sağlanması açısından çok önemlidir (69).

Tütün, özellikle de sigara, ile mücadelede kanıta dayalı bir anlaşıma olan DSÖ TKÇS uygulamalarının yaygınlaşması sayesinde son yıllarda tüm dünyada tütünle mücadeleye yönelik ciddi adımlar atılmaktadır (56). Bu kapsamda bireylerin sigara maruziyetinin önlenmesi en önemli hedeflerden biridir. Bu hedef doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerine sigara bırakma hizmetinin dahil edilmesi ile daha geniş çaplı kitlelere ulaşılabilceği açıktır. Hastaların sigara bırakma kararlılığı, birinci basamaktaki hekimin tekrarlayan önerileri ile her defasında biraz daha artacaktır (70, 71).

Birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzu, farklı ortamlarda çalışan çok sayıda sağlık profesyonelinin kullanabileceği pratik, özlü ve kanıta dayalı bir kaynak olarak tanımlanabilir. Birinci basamaktaki sağlık profesyonellerinin bilgilendirme, önerilerde bulunma, sigara bırakma uzmanlarına yönlendirme, sigara bırakma hatlarının etkin kullanılmasını sağlama gibi katkıları ilk bakışta çok küçük müdahaleler gibi görünse de, küçük müdahaleler bir araya gelerek büyük etki oluşturmaktadır (56). Ayrıca, sigarayı bırakmaya hazır olma durumları Transteorik Model'e göre farklı evrelerde olan bireylerin bu küçük müdahalelerle bir üst evreye kolaylıkla geçebileceğini, bu müdahalelerin birinci basamakta yapılması sayesinde daha çok bireye ulaşarak daha etkili sonuçlar alınacağını da göz önünde bulundurmak gerekir. Birinci basamakta yapılacak sigara bırakma tavsiyeleri, hasta ve hekimin birbirini daha iyi tanımaları ve daha sıkı ilişkilerinin olmasından dolayı daha etkindir (72).

Son 20 yıldır ülkemizde sigara bırakma poliklinikleri açılmaktadır. Hastalar bu polikliniklere özellikle sigara bırakma konusunda danışmanlık hizmeti almak için başvurumaktadırlar (13). Bu polikliniklerde hem motivasyonel görüşme teknikleri hem

de farmakoterapiler kullanılmaktadır. Sigarayı bırakma sonrası kontrollerde de hastanın motivasyonu yüksek tutulmaya çalışılmaktadır (73, 74). Sigara bırakma polikliniklerine başvurma ve bırakırken yardım alma sayesinde bırakma oranlarında ciddi artış olduğu görülmüştür (74). Bırakmayı düşünmeyen veya düşünse dahi icraata geçemeyen bireylerin genellikle bu polikliniklere başvurmadıklarını göz önünde bulundurmak da gerekir. Bu hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerinde tespit ederek icraata geçiş evresine yükseltme, komplike olmayan sigara bırakma süreçlerini birinci basamakta yürütme ve gereği halinde hastayı sigara bırakma polikliniklerine yönlendirme konusunda daha donanımlı ve daha etkin bir birinci basamak oluşturmak adına ülkemizde birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzu ihtiyacı mevcuttur.

Birinci basamakta yapılan kısa önerilerin bile 6 aylık takiplerde sigara bırakma sonuçlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiş olup, daha büyük müdahaleler ile çok daha iyi sonuçlar alınabileceği öngörülmektedir (75). Kısa öneriyle beraber ekspirasyon havasından karbonmonoksit ölçümü veya idrarda kotinin testleri gibi destekleyicilerin kullanılması da sigara bırakma konusunda daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayabilir (76). Ek olarak, hekimlerin yaptığı müdahaleler kadar etkili olmasa da, hemşireler tarafından yapılan sigara bırakma müdahalelerinin de sigara bırakma sürecine fayda sağladığı gösterilmiştir (77, 78).

Kapsamlı bir değerlendirme yaparken bireylerin bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmaktadır, ancak kısa müdahaleler yapılırken daha kısa ve hızlı değerlendirme yapmayı sağlayan Sigara İçme Ağırlığı İndeksi (SİAİ) de kullanılabilir (79-81). SİAİ’de günlük içilen toplam sigara sayısına (≤ 10 : 0 puan, 11–20: 1 puan, 21–30: 2 puan, ≥ 31 : 3 puan) ve ilk sigaranın uyandıktan ne kadar süre sonra içildiğine (≤ 5 dk: 3 puan, 6–30 dk: 2 puan, 31–60 dk: 1 puan, > 60 dk: 0 puan) göre bağımlılık hesaplanmakta olup, bağımlılık düzeyleri düşük (0 puan), orta (1-3 puan) ve yüksek (4-6 puan) olarak değerlendirilmektedir (82, 83).

Sadece sağlık profesyonellerinin bireysel uygulamalarının yanında, günümüzde hızla gelişmekte olan teknolojinin de sigara bırakma müdahalelerinde destekleyici olarak kullanılabileceği; özellikle de bireylerin doğru bilgiye ulaşmalarını sağlamak, dil ve iletişim problemleri olan bireylerin de sigara bırakma desteği almalarını sağlamak ve sigara bırakma sürecinde daha yoğun emosyonel destek

sağlamak gibi önemli kazanımları olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (84, 85).

2.12. Kılavuz Geliştirme Yöntemleri

Önceleri uzman deneyimleri ve fikir birliklerine dayalı kılavuzlar oluşturulurken, artık günümüzde kanıta dayalı kılavuzlar bunların yerini almaktadır. Bu kılavuzlardaki çelişkiye neden olan durum, bireysel görüşlerin çok ön plana çıkmasıdır. Özellikle son 30 yılda çeşitli konularda birçok kılavuz hazırlanmış, ancak bu sefer de klinisyenler hangi kılavuzları kullanacaklarına karar vermekte zorlanmışlardır. Kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzları oluşturmak adına ulusal program başlatan ilk ülke 1980’lerde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmuştur. 1990’lardan itibaren diğer ülkeler ABD’yi takip etmiştir. Bu bağlamda pek çok ülke ve uluslar arası kuruluş kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzu geliştirme kılavuzları oluşturmuştur (86). Bu konuda çalışmalarıyla ön plana çıkan İngiltere Ulusal Sağlık Ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE - National Institute of Health and Clinical Excellence), İsviçre Uluslararası Sağlık Merkezi (SCIH - Swiss Centre for International Health), İskoç Üniversitelerarası Kılavuzlar Ağı (SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi pek çok örnek kurum ve kuruluş mevcuttur (87).

Klinisyenlerin işini kolaylaştırmak açısından kılavuzların kolayca anlaşılabilir ve hastaya özel olması gerekmektedir. Tanı koyma, prognozu öngörme, tedavi seçeneklerini değerlendirme ve tedaviye karar verme gibi ana kararların açıkça ve net bir biçimde tanımlanması çok önemlidir (88). Özellikle karar noktalarında, o noktadaki değişkenleri de göz önünde bulundurarak, geçerli kanıtların bir araya getirilmesi gerekmektedir. Bu konuda genellikle yeterli kanıt bulunamıyor olsa da, kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı kılavuzlara yönelik rağbetin artıyor olmasıyla bu eksikliklerin çok geçmeden giderileceğine dair umutlar artmaktadır (89, 90). Son olarak da kanıt ve önerilerin çabuk değerlendirilebilir, kolay uygulanabilir ve özel durumlara, özel hasta gruplarına uygun olacak şekilde esnek bir biçimde sunulması gerekmektedir.

Klinik uygulama kılavuzları oluşturulurken, yukarıda sayılan özellikleri esas alacak şekilde üç farklı yöntem benimsenebilir: de novo kılavuz geliştirme, çeviri ve adaptasyon.

2.12.1. De Novo Kılavuz Geliştirme

De novo kılavuz geliştirme yöntemi, mevcut konu üzerine daha önce herhangi bir kılavuzun oluşturulmadığı ya da oluşturulmuş kılavuzdaki kanıtların artık o konuda geçersiz veya yetersiz olduğu durumlarda, literatürden elde edilen kanıtlardan ve/veya o konu ile ilgilenen uzman deneyimleri derlenerek en baştan kılavuz oluşturmaktır.

Klinik uygulama kılavuzları de novo yöntem ile oluşturulurken temelde belli basamaklardan geçmektedir. Kılavuz için konu ve çalışma grubu belirlendikten sonra kanıtlar belirlenip öneriler oluşturulur. Taslak kılavuz oluşturularak dış görüşe sunulur. Nihai kılavuz yayınlanır, hedef kitleye ulaştırılması ve kullanılması sağlanır (88).

2.12.2. Çeviri Olarak Kılavuz Geliştirme

Başka bir kılavuzun aynen benimsenmesi (adoption) olarak da adlandırılabilir. Çeviri ile kılavuz geliştirme yöntemi, kılavuza ihtiyaç duyulan konuda daha önce hazırlanmış olan başka bir kılavuzun kalitesini, geçerliliğini ve güvenilirliğini kabul ederek, o kılavuzun birebir biçimde çevrilmesi yöntemidir. Kılavuz geliştirme yöntemleri arasında zaman, maliyet ve iş gücü açısından en tasarruflu yöntem olan kılavuz tercümesi yöntemi olarak birçok ülkede sıkça tercih edilmektedir.

Kılavuz tercümesi yönteminde, tercüme edilmesinde karar verilen kılavuzun kalitesinin, geçerlilik ve güvenilirliğinin kabul edilmesi gerekmektedir. Tercüme edilecek kılavuzdaki tüm öneriler birer birer değerlendirilmeli ve kılavuzun tüm önerileri kabul edilmelidir (88).

2.12.3. Adaptasyon Yöntemiyle Kılavuz Geliştirme

Başka bir ortamda ve/veya kuruluştaki oluşturulmuş olan kılavuzların, mevcut şartlarda uygulanabilir olması için kültürel ya da mevcut konuyu ilgilendiren diğer

farklılıklar değerlendirilerek modifikasyonu yöntemidir. Amaç etkin bir adapte kılavuz ortaya koymak, ve bunun için de daha önce üretilmiş olan yüksek kaliteye sahip kılavuzlardan faydalanmaktır (91).

De novo kılavuz oluşturma basamakları, konunun belirlenmesi, kılavuzun etkilemesi beklenen her gruptan temsilcileri içeren çalışma grubunun belirlenmesi, amaç ve kılavuzdaki önerilerin hangi hasta gruplarına hangi koşullar altında uygulanacağı gibi kapsam tanımlarının belirlenmesi, kanıtların bulunması ve önerilerin oluşturulması, taslak kılavuzun oluşturularak dış görüşe sunulması ve nihai kılavuzun yayımlanması, hedef kitlelere ulaştırılması ve kullanılması şeklinde sıralanan, uzun, iş gücü ve maliyet gerektiren süreçleri içermektedir (92-95). Kılavuzlar yayımlandıktan sonra klinik, ekonomik ve amaç-sonuç tutarlılığı açısından takip edilmeli ve gereği halinde değişiklikler yapılmalıdır (96). Adaptasyon ile kılavuz oluşturma sürecinde ise daha önce oluşturulmuş kılavuzlardaki en önemli önerilerin alınması ve kültürel farklılıklar, kılavuz kullanıcılarının ihtiyaçlarındaki farklılıklar gibi faktörler gözeticiler, gerektiğinde önerilerin uygun bir biçimde değiştirilmesi işlemleri uygulanmaktadır (97, 98).

2.12.3.1. Adaptasyonun Güçlü Yönleri

Adaptasyonun güçlü yönleri;

- kılavuz kopyalanmasına engel olması,
- de novo rehber üretimine alternatif olması,
- adapte edilen önerilerin birçok katılımcının değerlendirmesinden geçmesi sayesinde daha güçlü bir biçimde kanıtlanması, bunun da kılavuzun kalitesini artırması,
- başka bir ülke, kurum veya kuruluşun geliştirdiği kılavuzun doğrudan tercümesi ile günlük kullanımda ortaya çıkabilecek kültürel farklılıklar gibi sorunların adaptasyon ile önüne geçilmesi,
- kılavuzların kullanılabilirliğinin artması şeklinde sıralanabilir (99, 100).

2.12.3.2. Adaptasyonun Zayıf Yönleri / Sınırlılıkları

Adaptasyonun zayıf yönleri/sınırlılıkları;

- adaptasyon yöntemlerini anlatan kaynak kısıtlılığı,
- oluşturulmuş adapte kılavuzların her ülke, bölge veya kurum/kuruluş tarafından uygulanabilirliği açısından kısıtlılık ve adapte kılavuzların da daha küçük bölgelerde adapte edilmesi ihtiyacı,
- adapte edilecek kılavuzda sağlık konusunun seçimi açısından yardımcı kaynaklarda ve kılavuzlarda yeterli bilgi bulunamaması,
- çoğu ülke veya bölgede yeterince bilinmemesi ya da henüz kabul görmemiş olması şeklinde sıralanabilir (100).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanı ve tedavi kılavuzları geliştirilip güncellenirken yüksek kalite standartlarının sağlanması için güvenilir ve güçlü kaynaklar gereklidir. Çoğu zaman kuruluşlar sınırlı kaynaklarla, sınırlı sürede kılavuz geliştirmek zorunda kalmakta olup, dünyanın farklı yerlerindeki kuruluşlar aynı konularda kılavuzlar geliştirilmektedir. Kılavuz geliştirilmesiyle ilgili yöntemler zaman içinde tanımlanmışken, mevcut kılavuzların avantajlarından faydalanmak ve tekrar tekrar çaba harcanmasını önlemek için de novo kılavuz geliştirilmesine alternatif olarak adaptasyon yöntemi önerilmektedir (99, 101).

Dünyanın farklı yerlerinde geliştirilmiş olan kılavuzların kanıt temelleri aynı olsa dahi, kültürel ve kuruluşlardan kaynaklanan farklılıklar nedeniyle önerilerde değişkenliklere neden olabilir. Bu noktada ADAPTE İş birliği kılavuz adaptasyonuna yardım edecek sistematik bir yaklaşım geliştirmiştir. Belli bir kültürel veya kurumsal ortamda üretilmiş olan kılavuz ya da kılavuzların başka bir ortamda sistematik bir değerlendirme sonrası kullanımına olanak sağlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım; hedef ortamdaki kaynaklar, kanuni yönler, politikalar, ihtiyaçlar ve öncelikler konuları dikkate alınarak nihai önerilerin oluşturulmasını ve bu nihai önerilerle kılavuzun kullanılacağı ortama özgü sorunların çözülmesini hedeflemektedir (102).

Adaptasyon süreci üç ana aşamadan oluşmaktadır; kurulum, adaptasyon ve sonlandırma. Kurulum aşaması; adaptasyonun uygun olup olmadığı kararının verildiği, adaptasyon sürecine başlamadan önce gerekli olan yetenek ve kaynaklar gibi ihtiyaçların belirlendiği ve görevlerin ana hatlarının tanımlandığı ilk adımları kapsamaktadır. Adaptasyon aşaması; kılavuz tarama ve ulaşma, kılavuz ya da kılavuzların kalitesini, güncelliğini, içeriğini ve uygulanabilirliğini değerlendirme, adaptasyon ile ilgili karar verme ve taslak adapte edilmiş kılavuz oluşturma adımlarını içermektedir. Sonuçlandırma aşaması ise; kılavuzun etkilediği paydaşlardan geri bildirim alınması, kullanılan kaynak kılavuzun geliştiricileri ile iletişim kurulması, adapte edilmiş kılavuzun tekrar değerlendirilerek gerekirse güncellenmesi ve nihai bir kılavuz oluşturulması adımlarını kapsamaktadır (102).

3.1. Çalışma Planı

İlk adım olarak; sigaranın hem sağlık ekonomisine hem de ülke ekonomisine getirdiği yük, sigara kullanım prevalansının yüksekliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu konuda yeterli müdahale yapılamıyor olması ve ülkemizde birinci basamağa yönelik bir sigara bırakma kılavuz olmaması nedenleriyle Türkiye’de birinci basamağa yönelik ulusal sigara bırakma kılavuzu geliştirilmesi konusu seçilmiştir.

Ülkemizde sigara bırakma polikliniklerine yönelik olarak 2014’te Türk Toraks Derneği’nin hazırladığı Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu mevcuttur. Bu belgede sigara bırakmaya yönelik kapsamlı bilgiler olmasına karşın, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kolayca kullanılabilir kısa ve özet bilgiler sunan, özellikle de gebe ve emziren kadınlar, ergenler, psikiyatrik hastalığı olanlar, mahkumlar gibi özel ihtiyaçları olan popülasyonlara yönelik özet ve kolay ulaşılabilir öneriler içeren, pasif tütün dumanı maruziyetinin zararlarını özetleyen, gelecekte kullanılması olası tedaviler hakkında özet bilgiyle beraber sigara bırakmada etkisiz yaklaşımlar ile kanıtlanmamış yaklaşımlara da değinen, birinci basamakta çalışıp konuyla ilgilenen ve detaylı bilgi almak isteyen sağlık profesyonellerine ise kaynak listesi sunan bir kılavuz ihtiyacı olduğu görülmüştür.

Adaptasyon sürecini yönetmek için bir organizasyon komitesi kurulmuştur. Organizasyon komitesi üyeleri, üyelerle yapılacak görüşmelere katılmayı, belgeleri yorumlamak ve gözden geçirmek için zaman ayırmayı taahhüt etmiştir. Organizasyon komitesinde şu beceriler temsil edilmektedir; sigara bırakma danışmanlığı konusunda klinik bilgi (Dr. Cemil Işık Sönmez, Dr. Pınar Yıldız Gülhan), sigara bırakma süreçlerini deneyimlemiş ve sigarayı bırakmış kişisel deneyim sahibi (Dr. Yunus Şengün), politika/ıdari uzmanlık (Dr. Cemil Işık Sönmez, Dr. Duygu Ayhan Başer), metodolojik uzmanlık (Dr. Duygu Ayhan Başer), bilgi alma/araştırma konusunda uzmanlık (Dr. Duygu Ayhan Başer, Dr. Yunus Şengün), yönetim becerileri (Dr. Cemil Işık Sönmez, Dr. Zemze Pınarcı Özbey), uygulama uzmanlığı (Dr. Pınar Yıldız Gülhan, Dr. Cemil Işık Sönmez), kolaylaştırma becerileri (Dr. Yunus Şengün, Dr. Zemze Pınarcı Özbey).

Kurulum ve adaptasyon aşamalarında kılavuz adaptasyonunu desteklemek adına veya finansal anlamda herhangi bir kuruluştan destek alınmamıştır. Adapte edilmiş kılavuz taslağını yazacak yazarlar; Dr. Cemil Işık Sönmez, Dr. Duygu Ayhan

Başer ve Dr. Pınar Yıldız Gülhan, Dr. Yunus Şengün, Dr. Zemze Pınarcı Özbey olarak belirlenmiştir. Basılı materyal olarak kılavuzun yaygınlaştırılması planlanmış olup nihai uygulama alanı birinci basamak sağlık kuruluşları olarak belirlenmiştir. Kılavuz adaptasyon planının yönetimi, sürecin takibi ve organizasyon komitesinin tüm üyeleriyle iletişime geçecek kişi olarak Dr. Yunus Şengün seçilmiştir.

Sağlık sorularının tanımlanması ve konu ile ilgili tüm yönlerin kapsanması amacıyla PIPOH (Population, Intervention, Professionals, Outcomes, Health-care setting) kullanılmıştır. “Population” maddesi ilgilenilen toplum ve hastalık veya söz konusu durumun özelliklerini ifade etmektedir. Çalışmamızda sigara bağımlıları başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran tüm bireylerin sigara bağımlılığı konusunda taranması, farkındalık yaratılması ve sigara bırakmaya teşvik edilmesi esas alınmıştır. “Intervention” maddesi ilgilenilen müdahale/işlemi ifade etmektedir. Çalışmamızdaki müdahale/işlemler; sigara bağımlılarının tespit edilmesi, bağımlılık düzeyleri ile bırakma isteklerinin değerlendirilmesi ve sigara bırakma müdahalesi uygulanmasını içermektedir. “Professionals” maddesi kılavuzun hedeflediği uzmanlar/profesyonelleri ifade etmektedir. Çalışmamızda başlıca hekimler olmak üzere birinci basamaktaki tüm sağlık çalışanları hedeflenmektedir. “Outcomes” maddesi beklenen hasta-toplum sonuçları/çıktıları ifade etmektedir. Çalışmamızda toplumun her kesiminde sigara bağımlılığı insidans ve prevalansında azalma, bununla beraber toplumsal olarak yaşam kalitesinde artış, sigara bırakma desteğinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaygınlaşması ve kanıta dayalı öneriler doğrultusunda yapılması hedeflenmiştir. “Health-care setting” maddesi kılavuzun uygulanacağı sağlık bakım koşulları ve ortamı ifade etmektedir. Çalışmamızdan elde edilecek sonucun birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanması hedeflenmiştir.

3.2. Sigara Bırakma Kılavuzlarının Araştırılması

Sigara bırakma kılavuzları Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT) ve Society for the Study of Addiction (SSA) derneklerince desteklenen treatobacco.net internet sitesinden edinilmiş olup, 22/08/2019 tarihinde kontrol edilmiştir. http://www.treatobacco.net/en/page_549.php linki ile doğrudan kılavuzların olduğu sayfa ziyaret edilmektedir. Kılavuzlar kalite değerlendirmesi

öncesinde İngilizce dilinde yazılmış olanlar ve İngilizce dilinde yazılmış olmayanlar olarak ikiye ayrılmıştır. İngilizce dilinde yazılmış olup, son 5 yıl içerisinde oluşturulmuş veya güncellenmiş olan kılavuzların dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Bu kılavuzların kalitelerini değerlendirmek için Rehber İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği (AGREE-II) kullanılmıştır. Kılavuzlar kalite değerlendirmesi sonrasında içerik, güncellik ve tutarlılık açılarından değerlendirilmişlerdir. Güncellenmesi ve düzeltilmesi gereken bilgiler tespit edilmiş, güncelliğini koruyan ve klinik koşullara uygun olan içeriklerin adapte kılavuza dahil edilmesi kararlaştırılmıştır.

3.3. Adapte Edilecek Sigara Bırakma Kılavuzlarının Belirlenme Yöntemi

Kılavuzlar kalite değerlendirmesi öncesinde İngilizce dilinde yazılmış olanlar ve İngilizce dilinde yazılmış olmayanlar olarak ikiye ayrılarak, İngilizce dilinde yazılmış olmayanlar çalışma dışında bırakılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Hindistan, İngiltere, İskoçya, İspanya, Japonya, Kanada, Kırgızistan, Kuzey İrlanda, Malezya, Portekiz, Uruguay ve Ürdün olmak üzere on beş ülkenin kılavuzlarının İngilizce dilinde yazılmış olduğu saptanmıştır. Sigara bırakma desteği konusunda pek çok yeni çalışma yapıldığı da göz önünde bulundurularak çalışmamıza son 5 yıl içerisinde oluşturulmuş veya güncellenmiş olan kılavuzların dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Avustralya ve Ürdün olmak üzere iki ülkenin kılavuzlarının bu şartları karşıladığı tespit edilmiştir. Avustralya'nın kılavuzu 2011'de oluşturulmuş olup, 2014'te güncellenmiştir, Ürdün'ün kılavuzu ise 2013'te oluşturulmuş olup, 2017'de güncellenmiştir.

Avustralya ve Ürdün'ün birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzlarının kalitelerini değerlendirmek için Rehber İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği (AGREE-II) kullanılmıştır. AGREE II ölçeğinin ilk 23 maddesi kılavuz geliştirme için kullanılan yöntemleri ve raporlama kalitesini değerlendirmektedir. Genel değerlendirme maddesi ile kılavuzun bütününe kalitesi açısından değerlendiricilerin bir yargıya varmaları istenir ve böylece değerlendiriciler "kesinlikle önerilir", "değişikliklerle birlikte önerilir", "önerilmez", ya da "emin değilim" gibi yorumlar yapabilirler. AGREE-II aracındaki her bir madde için 1 ila 7 puan aralığında bir puanlama yapılması istenmektedir. Komite üyelerinin yaptıkları

puanlamalar ve değerlendirmeler sonrasında toplantı yapılarak maddeler üzerinde tekrar tartışılmıştır. Bir üyenin sorudaki bir maddenin kılavuzdaki açıklamasını bulmayı başaramaması ve başka bir üyenin kılavuzda yerini bulmayı başarması halinde puanlamalar tekrar gözden geçirilmiştir. Kalite puanlarının tekrar gözden geçirilmesi ile puanlanan belirli maddeler üzerindeki görüş ayrılıkları saptanmış ve bu maddeler fikir birliği tartışmalarının bir parçası haline gelmiştir. Bu sayede üyeler, iyi kalitede bir dokümanı oluşturan unsurlar da dahil olmak üzere kılavuz yapılarının çeşitli yönleri ile ilgili önemli farkındalık kazanmışlardır. AGREE-II uygulamasının güvenilirliğini artırmak açısından beş değerlendirici her iki kılavuzu da değerlendirmiştir. Sonuçlandırılan AGREE-II ölçeği puanları, yine AGREE-II ölçeği talimatlarında açıklandığı şekilde hesaplanarak kaydedilmiştir.

Kılavuzlar kalite değerlendirmesi sonrasında içerik, güncellik ve tutarlılık açılarından değerlendirilmişlerdir. Güncellenmesi ve düzeltilmesi gereken bilgiler tespit edilmiş, Türkiye koşullarına uygun olan içeriklerin adapte kılavuza dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Kaynak kılavuzlarda oluşturulmuş olan kanıtlar, sağlık hizmetleri açısından yorumlanarak yerel durum ve değerler dikkate alınıp yeni kılavuz önerileri oluşturulmuştur. Kılavuz önerilerinin Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği ve kılavuzun hangi noktalarda adaptasyona ihtiyaç duyduğu konusunda kültürel ve organizasyonel detaylar göz önünde bulundurulmuştur. Nüfus özellikleri, inançlar, kültürel hassasiyetler, değerler, hasta ve hekimlerin genel tutum ve davranışları, ilgili sağlık hizmetlerinin varlığı, kaynaklar, önerilerin uygulanması için uzmanlık bilgi ve becerilerinin gerekli olup olmaması, önerilerin uygulanması ile oluşacak fayda/zarar, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve teknolojik yenilikler bu kapsamda bulunmaktadır.

Bu değerlendirmeler sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere, ihtiyaçları karşılayan, süreci ayrıntılı ve şeffaf bir biçimde açıklayan bir belge hazırlanmıştır. Ürün olarak bir taslak adapte edilmiş kılavuz dokümanı ortaya koyulmuştur.

4. BULGULAR

Birinci basamak için sigara bırakma kılavuzları Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT) ve Society for the Study of Addiction (SSA) derneklerince desteklenen treatobacco.net internet sitesinden edinilmiş olup, 22/08/2019 tarihinde kontrol edilmiştir. http://www.treatobacco.net/en/page_549.php linki ile doğrudan kılavuzların olduğu sayfa ziyaret edilmektedir. Yurt dışından 36 ülkenin kılavuzlarına ulaşılmış olup, kılavuzların en güncel versiyonları çalışmaya dahil edilmiştir. Kılavuzlar ve özellikleri ülke isimlerine göre alfabetik sıralı biçimiyle şu şekilde listelenmiştir:

Tablo 5. Sigara bırakma kılavuzları

Ülke	Yayımlanma Yılı	Kılavuzu Oluşturan Kurum / Kuruluş	Kılavuz Dili
Almanya	2004	Almanya Bilimsel Tıp Toplulukları Birliği	Almanca
Amerika Birleşik Devletleri	2008	ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı, Kamu Sağlığı Hizmetleri	İngilizce
Arjantin	2011	Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Güvencesi Ulusal Programı	İspanyolca
Avustralya	2014	Genel Pratisyen Hekimlik Avustralya Kraliyet Koleji	İngilizce
Avusturya	2010	Avusturya Pnömoloji Derneği	Almanca
Brezilya	2004	Brezilya Tüberküloz Konsensusu	Portekizce
Çekya	2015	Uzmanlar Konsensusu	Çekçe
Estonya	2010	Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü	Estonca
Finlandiya	2012	Finlandiya Genel Pratisyenlik Derneği	Fince
Fransa	2014	Yüksek Sağlık Otoritesi	Fransızca
Gürcistan	2010	Gürcistan Halk Sağlığı Ofisi	Gürcüce

Hindistan	2011	Ulusal Tütün Kontrol Programı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık ve Aile Refahı Bakanlığı, Hindistan Hükümeti	İngilizce
Hollanda	2009	Hollanda Genel Pratisyen Hekimler Derneği	Flemenkçe
İngiltere	2000	York Üniversitesi Sağlık Ekonomisi Merkezi ve Sağlık Eğitim Kurumu	İngilizce
İskoçya	2004	Eskiden “İskoçya Sağlık Eğitim Kurulu” ve “İskoçya Halk Sağlığı Enstitüsü” olan “Sağlık İskoçya”, İskoçya Sigara ve Sağlık Konularında Faaliyet	İngilizce
İspanya	2008	Ulusal Sigara Önleme Komitesi, Sağlık ve Tüketici İşleri Bakanlığı	İngilizce
İsveç	2011	Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu	İsveççe
İtalya	2011	Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Enstitüsü	İtalyanca
Japonya	2010	Japonya Dolaşım Derneği	İngilizce
Kanada	2011	Kanada Tütün Tedavisini İlerletme, Yaygınlaştırma ve Kanunlaştırma Eylem Ağı	İngilizce
Kırgızistan	2004	Kırgız Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı	İngilizce
Kuzey İrlanda	2003	Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Kamu Güvenliği Bakanlığı	İngilizce
Malezya	2003	Malezya Sağlık Bakanlığı	İngilizce
Meksika	2005	Ulusal Uzmanlar Konsensusu	İspanyolca
Norveç	2004	Sağlık ve Sosyal İlişkiler Ajansı	Norveççe
Panama	2005	Ulusal Tıbbi Hizmetler ve Yardımlar Müdürlüğü	İspanyolca

Paraguay	2010	Halk Sağlığı ve Sosyal Yardım Bakanlığı	İspanyolca
Polonya	2006	Polonya Kanıta Dayalı Tıp Enstitüsü, Polonya Tıbbi Misyonu, Acil Tıp Enstitüsü	Lehçe
Portekiz	2008	Kanıta Dayalı Tıp Çalışma Merkezi, Lizbon Tıp Fakültesi	İngilizce
Romanya	2010	Romanya Pnömoloji Topluluğu	Rumence
Slovakya	2006	Slovakya Genel Pratisyen Hekimler Derneği	Slovakça
Slovenya	2004	Kronik Hastalıkların Önlenmesi Merkezi CINDI Slovenya	Slovençe
Şili	2003	Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kardiyovasküler Sağlık Programı	İspanyolca
Uruguay	2009	Uruguay Doğu Cumhuriyeti Halk Sağlığı Bakanlığı Ulusal Tütün Kontrol Programı	İngilizce
Ürdün	2014	Kral Hüseyin Kanseri Derneği, Kral Hüseyin Kanseri Merkezi	İngilizce
Yeni Zelanda	2007	Auckland Üniversitesi Klinik Araştırmalar İnceleme Birimi, Ulusal Sağlıkta Yenilik Enstitüsü	İngilizce

4.1. Sigara Bırakma Kılavuzlarının Adaptasyon Sürecine Dair Bulgular

Kılavuzlar kalite değerlendirmesi öncesinde İngilizce dilinde yazılmış olanlar ve İngilizce dilinde yazılmış olmayanlar olarak ikiye ayrılarak on beş ülkenin kılavuzlarının İngilizce dilinde yazılmış olduğu saptanmıştır. Bu ülkeler; Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Hindistan, İngiltere, İskoçya, İspanya, Japonya, Kanada, Kırgızistan, Kuzey İrlanda, Malezya, Portekiz, Uruguay, Ürdün ve Yeni Zelanda şeklinde alfabetik olarak sıralanmaktadır. Son 5 yıl içerisinde oluşturulmuş veya güncellenmiş olan kılavuzların dahil edilmesi kararlaştırılmış olup, bunun sonucu olarak kılavuz sayısı ikiye düşmüştür. Bu kılavuzların oluşturulduğu ülkeler de Avustralya ve Ürdün'dür. Bu kılavuzların kalitelerini değerlendirmek için Rehber İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği (AGREE-II) kullanılmıştır AGREE-II ölçeğindeki her bir soruya üyelerin verdikleri puanlar ve yorumlar şu şekildedir:

Alan 1: Kapsam ve Amaç

1. Rehberin tüm hedefleri belirgin şekilde tanımlanmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü		A		
Üye 2					Ü		A
Üye 3					Ü	A	
Üye 4				Ü		A	
Üye 5					A	Ü	

2. Rehberin kapsadığı sağlık sorunları ayrıntılı olarak tanımlanmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1					A-Ü		
Üye 2						A-Ü	
Üye 3				Ü		A	
Üye 4					Ü	A	
Üye 5					Ü	A	

3. Rehberin uygulanması amaçlanan popülasyon (hastalar, toplum, vs.) belirgin şekilde tanımlanmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü			A	
Üye 2			Ü				A
Üye 3				Ü		A	
Üye 4				Ü			A
Üye 5						A-Ü	

Alan 2: Paydaş Katılımı

4. Rehber geliştirme grubu tüm ilgili profesyonel gruplardan bireyler içermektedir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1				Ü		A	
Üye 2					A-Ü		
Üye 3						Ü	A
Üye 4					Ü	A	
Üye 5					Ü	A	

5. Hedef popülasyonun (hastalar, toplum, vs.) görüş ve tercihleri araştırılmıştır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1						Ü	A
Üye 2						A	Ü
Üye 3							A-Ü
Üye 4							A-Ü
Üye 5		A	Ü				

6. Rehberin hedef kullanıcıları açıkça belirtilmiştir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1						A-Ü	
Üye 2						A-Ü	
Üye 3						A	Ü
Üye 4						A	Ü
Üye 5						A-Ü	

7. Kanıtların araştırılmasında sistematik metotlar kullanılmıştır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1		Ü	A				
Üye 2		A		Ü			
Üye 3				A-Ü			
Üye 4		A	Ü				
Üye 5			Ü			A	

Alan 3: Geliştirmede Özen

8. Kanıtların seçiminde kullanılan kriterler açıkça belirtilmektedir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1		Ü		A			
Üye 2		A				Ü	
Üye 3			Ü	A			
Üye 4		A		Ü			
Üye 5		Ü			A		

9. Kanıtların gücü ve sınırlılıklar açıkça belirtilmektedir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü			A	
Üye 2	Ü					A	
Üye 3			Ü		A		
Üye 4		Ü			A		
Üye 5			Ü			A	

10. Tavsiyelerin oluşturulmasında kullanılan metotlar açıkça tanımlanmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1	A-Ü						
Üye 2	A-Ü						
Üye 3	A-Ü						
Üye 4	A-Ü						
Üye 5	Ü	A					

11. Tavsiyeler oluşturulurken sağlık yararları, yan etkileri ve riskleri dikkate alınmıştır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1				A		Ü	
Üye 2					A	Ü	
Üye 3				Ü	A		
Üye 4					A	Ü	
Üye 5					A-Ü		

12. Tavsiyeler ve destekleyici kanıtlar arasında açık bir bağlantı vardır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü				A
Üye 2	Ü					A	
Üye 3					Ü	A	
Üye 4				Ü		A	
Üye 5		Ü			A		

13. Rehber yayınlanmadan önce bağımsız uzmanlar tarafından gözden geçirilmiştir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1	A-Ü						
Üye 2	A-Ü						
Üye 3	A-Ü						
Üye 4	A-Ü						
Üye 5		A		Ü			

14. Rehberin güncellenmesine ilişkin bir prosedür sunulmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü		A		
Üye 2		Ü				A	
Üye 3				A-Ü			
Üye 4			A-Ü				
Üye 5			A-Ü				

Alan 4: Sunumun Açıklığı

15. Tavsiyeler kesin ve açıktır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1		Ü				A	
Üye 2					Ü		A
Üye 3							A-Ü
Üye 4						Ü	A
Üye 5					Ü		A

16. Durumun veya sağlık sorununun yönetimine ilişkin farklı seçenekler açıkça sunulmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
ye 1					A-		
ye 2					A-		
ye 3				A-			
ye 4					A-		
ye 5							A

17. Temel tavsiyeler kolaylıkla saptanabilmektedir.							
	1	2	3	4	5	6	7
ye 1						A	
ye 2						A	
ye 3							A
ye 4						A	
ye 5						A	

Alan 5: Uygulanabilirlik

18. Rehber, uygulamasındaki kolaylaştırıcıları ve engelleri tanımlamaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
ye 1						A	
ye 2						A-	
ye 3							A-
ye 4							A-
ye 5						A	

19. Rehber, tavsiyelerin uygulamaya nasıl geçirilebileceğine dair öneri ve/veya araçlar sağlamaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1				Ü		A	
Üye 2				Ü			A
Üye 3						Ü	A
Üye 4					Ü		A
Üye 5					Ü	A	

20. Tavsiyelerin uygulanmasının kaynaklar açısından olası sonuçları dikkate alınmıştır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü	A			
Üye 2			Ü			A	
Üye 3				Ü		A	
Üye 4				Ü		A	
Üye 5			Ü		A		

21. Rehber izleme ve denetleme kriterleri sunmaktadır.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1		Ü		A			
Üye 2				Ü		A	
Üye 3				Ü	A		
Üye 4					Ü	A	
Üye 5						A-Ü	

Alan 6: Editöryal Bağımsızlık

22. Finansman organının görüşleri, rehberin içeriğini etkilememiştir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1	Ü			A			
Üye 2	Ü				A		
Üye 3	Ü		A				
Üye 4	Ü		A				
Üye 5	Ü	A					

23. Rehber geliştirme grubu üyelerinin çıkar çatışmaları kayıt altına alınmış ve irdelenmiştir.							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1	Ü			A			
Üye 2	Ü				A		
Üye 3	Ü		A				
Üye 4	Ü		A				
Üye 5	Ü		A				

Genel Rehber Değerlendirmesi

24. Rehberin genel kalitesini puanlayınız							
	1	2	3	4	5	6	7
Üye 1			Ü		A		
Üye 2				Ü	A		
Üye 3				Ü		A	
Üye 4					Ü	A	
Üye 5				Ü		A	
Avustralya kılavuzunun kalite puanı ortalaması: 5,6							
Ürdün kılavuzunun kalite puanı ortalaması: 4,0							

25. Bu rehberin kullanılmasını tavsiye ediyorum.			
	Evet	Evet, değişiklikler ile	Hayır
Üye 1		A-Ü	
Üye 2		A-Ü	
Üye 3		A-Ü	
Üye 4		A-Ü	
Üye 5		A-Ü	

*A harfi Avustralya kılavuzunun aldığı puanı, Ü harfi ise Ürdün kılavuzunun aldığı puanı ifade etmektedir.

Yorumlar:

Üye 1: Avustralya kılavuzunun değişikliklerle (Kombine tedavilerin eklenmesi, algoritma-takip şemalarının eklenmesi gerekmektedir.) kullanılmasını öneriyor. Ürdün kılavuzunun değişikliklerle (Özel grupların eklenmesi, kanıt düzeylerinin eklenmesi, algoritma-takip muayene şemalarının eklenmesi gerekmektedir.) kullanılmasını öneriyor.

Üye 2: Avustralya kılavuzunun değişikliklerle (Geliştirmede özen alt başlığı geliştirilerek) kullanılmasını öneriyor. Ürdün kılavuzunun değişikliklerle (Geliştirmede özen, editöryel bağımsızlık, sunumun açıklığı alt başlıkları geliştirilerek) kullanılmasını öneriyor.

Üye 3: Avustralya kılavuzunun değişikliklerle (Elektronik sigara kullanımı ile ilgili yanlış bilgiler mevcuttur, güncelleme gerekmektedir. Kronik hastalıklarda – kronik böbrek yetmezliği, Crohn, karaciğer hastalığı, akciğer kanseri, tiroid hastalıkları, osteoporoz, intertisyel akciğer hastalığı gibi- tedavi planları detaylandırılmalıdır. Hasta takiplerinin ayrıntılandırılması gerekmektedir.) kullanılmasını öneriyor. Ürdün kılavuzunun değişikliklerle (Bilgilerin daha fazla detaylandırılması gerekmektedir. Kronik hastalıklarda –kronik böbrek yetmezliği, Crohn, karaciğer hastalığı, akciğer kanseri, tiroid hastalıkları, osteoporoz, intertisyel akciğer hastalığı, diyabet, astım, KOAH gibi- ayrıntılandırılması gerekmektedir. Ürdün rehberinde kronik böbrek yetmezlikli hastalar, karaciğer fonksiyon bozukluğu gibi komorbiditesi olan hastalarda tedavi yaklaşımları ile ilgili yeterli bilgi

verilmemiştir. Hasta takiplerinin ayrıntılandırılması gerekmektedir.) kullanılmasını öneriyor.

Üye 4: Avustralya kılavuzunun değişikliklerle (Kombine tedavilerle ilgili detaylar eklenerek, elektronik sigarayla ilgili bilgiler güncellenerek, takip muayene zamanları eklenerek, sigara bırakma hattı ve mobil telefon uygulamaları gibi tedaviye yardımcı teknolojik uygulamalar güncellenerek ve geliştirmede özen başlığı detaylandırılarak) kullanılmasını öneriyor. Ürdün kılavuzunun değişikliklerle (Genel bilgiler detaylandırılarak, takip muayene zamanları eklenerek, özel gruplarla ilgili öneriler eklenerek, önerilere ek olarak önerilerle ilgili detaylı bilgiler kılavuza eklenmese bile bilgiye ulaşılabilen kaynaklar gösterilerek, sigara bırakma hattı ve mobil telefon uygulamaları gibi tedaviye yardımcı teknolojik uygulamalar güncellenerek ve geliştirmede özen başlığı detaylandırılarak) kullanılmasını öneriyor.

Üye 5: Her iki kılavuzun da değişikliklerle kullanılmasını öneriyor. “Avusturalya’nın kılavuzunda konular, oluşumlar, başlıklar daha yerli yerinde. Kanıtlar, öneriler tıbbi olarak kanıta dayalı şekilde yapılmaya çalışılmış ve açıklanmış. Tablolar kolaylık sağlayacak şekilde hazırlanmış. Eksiklikler tamamlandıktan sonra ve değişiklikler ile birlikte kullanılabilir bir kılavuz olabilir. Ürdün kılavuzu daha başlangıç aşamasında gibi görünüyor. Ana konularını belirlemiş, yavaş yavaş geliştirme yönünde adımlar atılmış. Güzel spot bilgiler var ama kılavuzda kanıta dayalı olarak yeterince belirtmemiş. Bütünlük olarak da sıkıntıları var; çoğu bilgi ekler kısmında yazıyor. Bunlar kılavuz içindeki başlıklar altında içeriğe dağıtılmalı.” şeklinde ifade etmiştir.

Bu değerlendirmeler ışığında iki kılavuz da kaliteleri açısından AGREE-II leği talimatlarında açıklandığı şekilde her bir alan için ayrı ayrı alan puanları hesaplanarak şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. AVUSTRALYA KILAVUZU

ALAN 1: KAPSAM VE AMAÇ

$$D1: 5+5+6= 16$$

$$D2: 7+6+7= 20$$

$$D3: 6+6+6= 18$$

$$D4: 6+6+7= 19$$

$$D5: 5+6+6= 17$$

$$TOPLAM: 90$$

$$MAX OLASI SKOR: 105$$

$$MİN OLASI SKOR: 15$$

$$ALAN PUANI: 75/90= \%83,3$$

ALAN 2: PAYDAş KATILIMI

$$D1: 6+7+6+3= 22$$

$$D2: 5+6+6+2= 19$$

$$D3: 7+7+6+4= 24$$

$$D4: 6+7+6+2= 21$$

$$D5: 6+2+6+6= 20$$

$$TOPLAM: 106$$

$$MAX OLASI SKOR: 140$$

$$MİN OLASI SKOR: 20$$

$$ALAN PUANI: 86/120= \%71,6$$

ALAN 3: GELİŞTİRMEDE ÖZEN

$$D1: 4+6+1+4+7+1+5= 28$$

$$D2: 2+6+1+5+6+1+6= 27$$

$$D3: 4+5+1+5+6+1+4= 26$$

$$D4: 2+5+1+5+6+1+3= 23$$

$$D5: 5+6+2+5+5+2+3= 28$$

TOPLAM: 132

MAX OLASI SKOR: 245

MİN OLASI SKOR: 35

ALAN PUANI: $97/210= \%46,1$

ALAN 4: SUNUMUN AÇIKLIĞI

$$D1: 6+5+6= 17$$

$$D2: 7+5+6= 18$$

$$D3: 7+4+7= 18$$

$$D4: 7+5+6= 18$$

$$D5: 7+7+6= 20$$

TOPLAM: 91

MAX OLASI SKOR: 105

MİN OLASI SKOR: 15

ALAN PUANI: $76/90= \%84,4$

ALAN 5: UYGULANABİLİRLİK

$$D1: 6+6+4+4= 20$$

$$D2: 6+7+6+6= 25$$

$$D3: 7+7+6+5= 25$$

$$D4: 7+7+6+6= 26$$

$$D5: 6+6+5+6= 23$$

TOPLAM: 119

MAX OLASI SKOR: 140

MİN OLASI SKOR: 20

ALAN PUANI: $99/120= \%82,5$

ALAN 6: EDİTÖRYEL BAĞIMSIZLIK

D1: $4+4= 8$

D2: $5+5= 10$

D3: $3+3= 6$

D4: $3+3= 6$

D5: $2+3= 5$

TOPLAM: 35

MAX OLASI SKOR: 70

MİN OLASI SKOR: 10

ALAN PUANI: $25/60= \%41,6$

2. ÜRDÜN KILAVUZU

ALAN 1: KAPSAM VE AMAÇ

D1: $3+5+3= 11$

D2: $5+6+3= 14$

D3: $5+4+4= 13$

D4: $4+5+4= 13$

D5: $6+5+6= 17$

TOPLAM: 68

MAX OLASI SKOR: 105

MİN OLASI SKOR: 15

ALAN PUANI: $53/90= \%58,8$

ALAN 2: PAYDAŞ KATILIMI

$$D1: 4+6+6+2= 18$$

$$D2: 5+7+6+2= 20$$

$$D3: 6+7+7+4= 24$$

$$D4: 5+7+7+3= 22$$

$$D5: 5+3+6+3= 17$$

$$TOPLAM: 101$$

$$MAX OLASI SKOR: 140$$

$$MİN OLASI SKOR: 20$$

$$ALAN PUANI: 81/120= \%67,5$$

ALAN 3: GELİŞTİRMEDE ÖZEN

$$D1: 2+3+1+6+3+1+3= 19$$

$$D2: 6+1+1+6+1+1+2= 18$$

$$D3: 3+3+1+4+5+1+4= 21$$

$$D4: 4+2+1+6+4+1+3= 21$$

$$D5: 2+3+1+5+2+4+3= 20$$

$$TOPLAM: 99$$

$$MAX OLASI SKOR: 245$$

$$MİN OLASI SKOR: 35$$

$$ALAN PUANI: 64/210= \%30,4$$

ALAN 4: SUNUMUN AÇIKLIĞI

$$D1: 2+5+4= 11$$

$$D2: 5+5+3= 13$$

$$D3: 7+4+4= 15$$

$$D4: 6+5+4= 15$$

$$D5: 5+6+4= 15$$

$$TOPLAM: 69$$

$$MAX OLASI SKOR: 105$$

$$MİN OLASI SKOR: 15$$

$$ALAN PUANI: 54/90= \%60$$

ALAN 5: UYGULANABİLİRLİK

$$D1: 5+4+3+2= 14$$

$$D2: 6+4+3+4= 17$$

$$D3: 7+6+4+4= 21$$

$$D4: 7+5+4+5= 21$$

$$D5: 4+5+3+6= 18$$

TOPLAM: 91

MAX OLASI SKOR: 140

MİN OLASI SKOR: 20

ALAN PUANI: $71/120= \%59,1$

ALAN 6: EDİTÖRYEL BAĞIMSIZLIK

$$D1: 1+1= 2$$

$$D2: 1+1= 2$$

$$D3: 1+1= 2$$

$$D4: 1+1= 2$$

$$D5: 1+1= 2$$

TOPLAM: 10

MAX OLASI SKOR: 70

MİN OLASI SKOR: 10

ALAN PUANI: 0

*D1, D2, D3, D4 ve D5 ile değerlendiriciler ifade edilmektedir.

Her iki kılavuz kalite açısından değerlendirilmiş ve tüm üyeler kılavuzların değişikliklerle kullanılmalarının uygun olduğu görüşünü savunmuştur. Bu nedenle iki kılavuz da kalite değerlendirmesi sonrasında içerik, güncellik ve tutarlılık açılarından değerlendirilmişlerdir. Güncellenmesi ve düzeltilmesi gereken bilgiler tespit edilmiş, klinik koşullara uygun olan içeriklerin adapte kılavuza dahil edilmesi kararlaştırılmıştır.

Avustralya'nın kılavuzunda önerilerin kanıt düzeyleri için; Seviye 1 (ilgili randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemesinden elde edilen kanıtlar),

Seviye 2 (bir veya daha fazla iyi tasarlanmış, randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar), Seviye 3 (iyi tasarlanmış ve randomize olmayan kontrollü çalışmalardan veya iyi tasarlanmış bir kohort veya vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar), Seviye 4 (vaka serisinden elde edilen kanıtlar, ya post-test ya da ön-test ve son-test), Seviye 5 (saygın otoritelerin klinik deneyime dayalı görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar, uzman komitelerinin raporları), Kanıt yok (ele alınan konuyla ilgili genel uygulamaya ilişkin kanıt bulunamamıştır) şeklinde açıklamalar yapılmıştır. Bununla beraber önerilerin gücü için; A (öneriyi destekleyen iyi kanıtlar var), B (öneriyi destekleyen makul kanıtlar var) ve C (tavsiyenin dahil edilmesine veya hariç tutulmasına ilişkin yeterli kanıt yoktur, ancak diğer gerekçelerle önerilerde bulunulabilir) şeklinde açıklamalar yapılmıştır. Kılavuzdaki önerilerin altında kanıt düzeyleri ve önerilerin gücü ayrıca yazılmıştır. Eksiklik olarak göze çarpan durum ise; kaynakların kanıt düzeyi ve önerilerin gücü belirtilmiş olsa da hangi kaynağın hangi öneride kullanıldığı açıkça belirtilmemiştir. Ürdün kılavuzunda ise bu konularda açıklamalar net bir biçimde yapılmamıştır.

Avustralya'nın kılavuzunda sigara bırakmada kullanılan kombine tedavilerin kullanım şekilleri, etkinlikleri, avantaj ve dezavantajlarından yeterince bahsedilmediği kararına varılmıştır. Hastaların takip sıklıkları ve etkileyen faktörler hakkında daha detaylı ve daha net bilgi verilmesi gerektiği görülmüştür. Geliştirmede özen alt başlığının geliştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Elektronik sigara konusunda yapılan yeni çalışmalar doğrultusunda kılavuzdaki önerilerin güncellenmesi gerekmektedir. Kronik hastalıkları olup sigara bırakma danışmanlığı verilen bireylerde yapılacak önerilerin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sigara bırakma hattı kullanımıyla ilgili önerilerin ülkemizdeki şartlara adapte edilmesi gerekmektedir. Sigara bırakma danışmanlığında kullanılabilecek umut vadeden yardımcı yöntemlere dair yapılan yeni çalışmalardan bahsedilmesi gerekmektedir. Mobil telefon uygulamaları gibi teknolojik yöntemlerin yakın zamanda yaygınlaşacağı düşünülmektedir.

Ürdün'ün kılavuzunda ise özel ihtiyaç gruplarına yapılan sigara bırakma danışmanlığı konusuna da değinilmesi ve yeni başlıklar açılması gerekmektedir. Hastaların takip sıklıkları ve etkileyen faktörler hakkında da bilgi ve öneriler verilmesi gerektiği görülmüştür. Geliştirmede özen alt başlığının geliştirilmesi gerektiği tespit

edilmiştir. Önerilerin kanıt düzeylerinin belirtilmemesi, sunumun yeterince açık olmaması, süreç yönetimine ilişkin farklı seçeneklere değinilmemesi ve editöryel bağımsızlığa dair bilgi verilmemesi de önemli eksiklikler olarak göze çarpmaktadır. Sigara bırakma danışmanlığında kullanılabilecek sigara bırakma hattı gibi yardımcı yöntemler, kanıtlanmamış ancak araştırma aşamasındaki yöntemler ve kullanılması önerilmeyen etkisiz yaklaşımlarla ilgili bilgilerin de eklenmesi gerekmektedir. Önerilerle ilgili detaylı bilgiler kılavuza eklenmese bile bu bilgilere ulaşılabilen kaynaklar listelenmelidir. Kronik hastalıkları olup sigara bırakma danışmanlığı verilen bireylerde yapılacak öneriler de kılavuza eklenmelidir.

Bu değerlendirmeler ve açıklamalar doğrultusunda Avustralya'nın kılavuzu baz alınıp, gerekli noktalarda güncellemeler yapılarak ve Ürdün'ün kılavuzundan da takviyeler alınarak Türkiye'de birinci basamağa yönelik ulusal sigara bırakma kılavuzu geliştirilmesi uygun bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Günümüzde Türkiye'nin sağlık hizmetleri alanında atmakta olduğu adımlar ile birinci basamak sağlık hizmetleri günden güne daha da ön plana çıkmaktadır. Bu süreçte sağlık profesyonellerinin ve yöneticilerin faydalanabilecekleri kullanışlı ve kanıta dayalı klinik uygulama kılavuzları oluşturulması ile tıbbi hizmet kalitesinde artış da olacaktır (103).

Klinik uygulama kılavuzları de novo, doğrudan tercüme ve adaptasyon olmak üzere 3 yöntemle geliştirilmektedir. Türkiye'de sıklıkla de novo ya da doğrudan tercüme yöntemleri kullanılagelmiştir (104, 105). Adaptasyon yöntemi ile kılavuz geliştirilmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de yeni bir alandır. Çalışmamızda ADAPTE İşbirliği tarafından oluşturulup Türkiye koşullarında kılavuz adaptasyonu için Kanıta Dayalı Tıp Derneği tarafından yayımlanan ADAPTE adaptasyon kılavuzunu kullanarak Türkiye'de birinci basamağa yönelik bir sigara bırakma kılavuzu adaptasyonu gerçekleştirdik (91).

Öncelikle adaptasyon sürecinde uzmanlık eğitimleri ve becerileri ile katkı sağlayacak 5 kişiden oluşan bir komite belirlendikten sonra çalışma planı oluşturulmuş ve görev paylaşımı yapılmıştır. Birinci basamak şartlarında karşılaşılan hastalara/bireylere sağlık profesyonelleri tarafından yapılacak sigara bırakma müdahalelerini standardize etmek ve müdahalelerin uygulanmasını kolaylaştırarak uygulanma sıklıklarını artırmak hedeflenmiştir. Yapılan araştırmaların sonucunda içeriği sigara bırakma olan 36 adet kılavuz bulunmuş ve bu kılavuzlar dil ve güncellik açılarından gruplara ayrılmıştır (106). Bu kılavuzlardan sadece İngilizce dilinde yazılmış olup, son 5 yıl içinde geliştirilmiş olanların çalışmaya dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Kriterlerimize uygun olan 2 kılavuz çalışmaya dahil edilmiş ve AGREE II ölçeği kullanılarak kalite değerlendirmesi yapılmıştır (91).

Pratikte sıkça kullanılan klinik uygulama kılavuzlarının kaliteleri arasında farklar görülmekte olup, bizim değerlendirdiğimiz iki kılavuz arasında da kalite farkı tespit edilmiştir (107, 108). Değerlendirdiğimiz kılavuz sayısının sadece 2 olmasına rağmen Avustralya ve Ürdün kılavuzları arasında kalite farkı tespit edilmiş olup özellikle editöryel bağımsızlık alanında, büyük fark görülmüştür. Avustralya kılavuzunun “kapsam ve amaç” (%83,3), “sunumun açıklığı” (%84,4) ve

“uygulanabilirlik” (%82,5) alanlarında çok yüksek kalitede olmasının yanı sıra, “geliştirmede özen” (%46,1) ve “editöryel bağımsızlık” (%41,6) alanlarında yüksek kalitede olmamasına rağmen Ürdün kılavuzunun da bu alanlarda (sırasıyla %30,4 ve 0) kalitesinin yetersiz olmasından kaynaklanan bir fark görülmektedir. Aralarında kalite farkı olsa dahi her iki kılavuz da adaptasyonda kullanılmak üzere tercih edilecek kalitededir. Yüksek kalitesi nedeniyle adaptasyon sırasında Avustralya kılavuzunun baz alınması, ancak bazı konu başlıklarında Ürdün kılavuzundaki içeriklerin de kullanılarak kılavuzların Türkiye’ye adapte edilmesi kararı alınmıştır.

Başka ülkelerde yapılan kılavuz adaptasyonlarının farklı nedenleri olduğu görülmüştür. De novo kılavuz hazırlamaya alternatif olduğu için adaptasyon metodunu kullanan çalışmalara literatürde rastlanmaktadır (109-111). Uluslararası kılavuzları bölgesel koşullara göre düzenlemek adına adaptasyonu tercih edenler de olmuştur (112, 113). Ulusal kılavuzları yerel koşullara göre düzenlemek için de adaptasyon yöntemi tercih edilmektedir (114, 115). Adaptasyonun tercih edilmesinde bir diğer sebep de kaynak kısıtlılığıdır (98). Bizim adaptasyonu tercih etme sebebimiz de de novo kılavuz hazırlamaya alternatif olması ve kültürel farklılıklardan dolayı doğrudan tercümenin ihtiyaçları karşılamamasıdır.

“Giriş” ve “Tütün Kullanımı: Sorunun Kapsamı” başlıklarının içerikleri birbirini tamamlayacak şekilde birleştirilmiş ve “Giriş” olarak adlandırılmıştır. “Giriş” ve “Tütün Kullanımı: Sorunun Kapsamı” başlıklarının altında Avustralya’daki sigara kullanma prevalansı, DSÖ TKÇS’nin imzalanması ve tütünle mücadele uygulamaları ile elde edilen sonuçlar bildirilmiştir. Adaptasyon sırasında bu bilgiler Türkiye’de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 isimli prevalans çalışmalarının sonuçları ve Türkiye’nin tütünle mücadele uygulamaları olarak değiştirilmiştir (5, 6, 116). Ürdün kılavuzunda değinilen sağlığa olumsuz etkilerin azaltılması, devlete olan mali yükün azaltılması ve kılavuzun amaçlarından birinin de ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren düzeyde sigara bırakma danışmanlığı yapamayacak olan sağlık profesyonellerinin de tütünle mücadeleye katılması hususları da not edilmiştir. Avustralya’da tütünle mücadele eylemlerini planlayan “Ulusal Önleyici Sağlık Gücü” yerine “T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi

Başkanlığı” alt başlığı eklenmiştir. Başlık içeriğinde bu birimin görev ve sorumluluklarından bahsedilmiştir (117).

“Tütüne atfedilebilen ölümler” ve “sigaranın sağlığa etkileri” tabloları yerine “Sigaranın ve Sigara Bırakmanın Sağlığa Etkileri” şeklinde alt başlık eklenmiş olup, Türkiye’de tütün kullanımına bağlı mortalite ve morbidite verileri, Türkiye’de bireylerin sigara bırakma motivasyonunda sağlığa atfettikleri önem, sigara kullanmanın olumsuz etkileri, sigara bırakmanın faydaları da bu başlık altına eklenmiştir (5, 41, 49).

Avustralya’nın 2014 yılında yayımladığı kılavuzundaki “2010 Ulusal Uyuşturucu Stratejisi Hane Halkı Anketi Raporundan Önemli Bulgular” başlığı yerine “Türkiye’de Prevalans Çalışmalarının Raporlarından Önemli Bulgular” başlığı yerleştirilmiştir. Başlığın içeriği Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 ve Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 çalışmalarından elde edilen bilgilerle oluşturularak Türkiye’nin son on yıllık tütünle mücadele süreci gözden geçirilmiştir. 2008’den bu yana tütün ürünü içme prevalansları kılavuzda belirtilmiştir. Türkiye’deki güncel tütün ürünü içme prevalansı %31,5 olup, dünya genelinin üzerindedir. Geçmiş yıllara baktığımızda ise 2012 yılında %27,1’e düşmesinin dışında %31 ila %32,5 aralığında olduğu görülmektedir. Halen tütün ürünü içenlerin %92,8’inin her gün bu ürünleri tükettiği ve kişi başına tüketilen günlük mamul sigara sayısının ortalama 15,5 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bağımlılık oranlarının da fazla olduğu çıkarımı yapılabilir. Bunlarla beraber, prevalansın erkeklerde (%43,4) kadınlardan (%19,7) daha fazla olması öngörülebilir bir sonuçtur. Ayrıca, önceden tütün ürünü kullanıp halen kullanmayanların prevalansı %10,7’dir (3, 5, 6). Bu sonuçlar, 2008-2012 yılları arasında olduğu gibi, Türkiye’nin tütünle mücadelede tekrar ivme kazanması gerektiğini göstermektedir. Bu yönde atılacak adımlarda, toplumun tamamına hitap eden birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmakta olan sağlık profesyonellerinin önemi büyüktür.

Tütün ürünü içme prevalansı, günlük tütün ürünü içme prevalansı ve bu bireylerin günlük içtikleri ortalama sigara sayısı, kadın ve erkeklerdeki tütün ürünü içme prevalansları hakkında bilgiler, aslında birinci basamakta yapılması gereken sigara bırakma müdahalelerinin sıklığını göstermektedir. Zira bu sayılar aynı zamanda

birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin tütün ürünü kullanan bir bireylerle karşılaşma prevalansını yansıtmaktadır. Bir sigara bırakma polikliniğinde karşılaşılan hastalarda bu oranların hepsi %100 olacaktır. Benzer şekilde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde daha çok ayrışmış hastalarla karşılaşıldığı için tütün ürünü kullanma oranları farklı olabilir. Sigara bırakma müdahalesi yapması hedeflenen sağlık profesyonellerinin, hizmet verdikleri popölasyonlardaki tütün ürünü kullanım prevalanslarının farkında olması önemlidir.

“Tütün Bağımlılığı Tedavisinin Etkinliği” başlığı değiştirilmemiştir. Sigara bağımlılığının hipertansiyon ve hiperkolesterolemi gibi hastalıklarla kıyaslandığında hem önleyici tedbirlerinin hem de tedavisinin maliyet açısından çok daha etkin olduğunun vurgulanmasına ek olarak, çocukluk çağında aşılama ve yüksek riskli erişkinlerde aspirin kullanımı ile beraber en faydalı önleyici müdahalelerden biri olduğu bilgisinin verilmesi sayesinde sigara bırakma müdahalelerinin kıymeti kanıtlanmaktadır (118-120). Geniş perspektiften bakıldığında ise tütün kullanımı; alkol kullanımı, doğru beslenme, fiziksel aktivite, aşırı kilo ve obezite, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği gibi bulaşıcı olmayan hastalık yükünü belirleyen faktörleri arasındadır (3). Bu risk faktörlerine bağlı oluşan hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperkolesterolemi, koroner arter hastalıkları, kanserler, inme gibi hastalıkların getirdiği mortalite ve morbidite yükünün yanı sıra hem hasta bireyin hem de yakınlarının iş gücü kaybı, zaman kaybı ve sağlık hizmeti masraflarında artış gibi durumlara yol açması da kalkınmanın önünde büyük bir engel teşkil etmektedir.

“Sağlık Profesyonellerinin Sigara Bırakmadaki Rolü” başlığının içeriği Türkiye’deki sigara bırakma hattı isminin kullanılması gibi minör değişiklikler yapılarak aktarılmıştır. Ülkemizde 81 ilde toplam 450 sigara bırakma polikliniğinin hizmet verdiğine dair bilgi eklenmiştir (117). Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastaneler, diş hekimliği klinikleri, eczaneler gibi sağlık hizmeti sunulan ortamlarda sigara bırakma önerisinin ne denli etkili olduğu vurgulanmıştır. Herhangi bir hekimin kısaca sigara bırakma tavsiyesinde bulunması ile sigara bırakma girişiminin başarılı olma şansı %2,5’tir (121). Çalışma sayılarının kısıtlı olması nedeniyle kanıt düzeyi yeterli olmasa da, ulaşılabilirlikleri ve önerilerine toplumun itimat etmesi gibi avantajları ile eczanelerde yapılan sigara bırakma tavsiyelerinin sigara bırakma başarısını olumlu yönde etkilediğine dair istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar

bildirilmiştir (122, 123). Toplumun eczacılardan beklentisinin artırılması ve sağlının teşviki ve geliştirilmesi konusunda eczanelerin daha etkin kullanılması gibi mşdahalelerle etkinliğin artırılabilceği şngörşlmektedir (123). alışmalar arasındaki farklılıklar nedeniyle klinik uygulamaya dahil edilmesi gereken mşdahaleler net olarak tanımlanamasa da, diş hekiminin muayene sırasında kısa sigara bırakma tavsiyesi yapmasının sigara bırakma başarısı üzerine olumlu etkilerinin anlamlı olduğu bildirilmiştir (124, 125). Hemşirelik pratiğinde sigara bırakma mşdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek adına 42 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde; hastanede yatan hastalar arasında en çok kalp damar hastalıkları olan hastaların mşdahalelere olumlu yanıt verdiği, bununla beraber hemşirelerin hastanede yatmayan hastalara yaptıkları sigara bırakma mşdahalelerinin olumlu etki sağladığına dair anlamlı sonuçların olduğu ifade edilmektedir (126). Hemşirelik eğitiminin içine sigara bırakma konusunun da eklenmesi ile hemşirelik pratiğinde sigara bırakma mşdahalelerinin daha etkin olacağı şngörşlmektedir (127). Bunlara ek olarak; işyerleri, hapishaneler, okullar, devlet kurumları, sosyal hizmet kurumları gibi sağlık hizmeti amacı gştmeyen ortamlarda da sigara bırakmaya teşvik edici bir evre oluşturulabilir (128-130). Mahkumlar, psikiyatrik hastalığı olanlar, gebeler, evsizler gibi şzel ihtiyaçları olan popşlasyonlarda her popşlasyonun kendine has sorunları olsa da sigara bırakmalarının şnşndeki ortak engeller; sorunlarla başa çıkamama, yeterli sigara bırakma desteği alamama, sigara içmenin kabul edilebilir bir davranış olarak gşrşlmesi şeklinde sıralanabilir (129). Sigara bırakma desteğinin toplumun tamamına ulaşacak biçimde yaygınlaşması ve yapılan mşdahalelerin kanıta dayalı ve tutarlı olması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sigara bırakma konusunda daha aktif rol alması ve doğru mşdahaleler ile başarılı mşdahalelerde bulunulması gerekmektedir. Bu sebeplerle ulusal bir birinci basamağa yşnelik sigara bırakma kılavuzu ihtiyacı olduğu gşrşlmektedir.

“Sigara Bırakmada 5Ö” başlığı “Sigara Bırakmada 5R ve 5Ö” olarak değiştirilmiş olup, Avustralya kılavuzunda değinilmediği gibi şrdşn kılavuzunda da değinilmemiş olan 5R yaklaşımı ve sigarayı henşz bırakmış bireye yaklaşım konularında şneriler eklenmiştir (59). Bireylere sigara bırakma desteği sağlayacak yetkinlik veya zamanı olmayan sağlık profesyonelleri için şrdşn’řn kılavuzundaki AAR (Öğren, Öner, Sevk et) yşntemi de içeriğe eklenmiştir. Değişim Aşamaları

Modeliyle ilgili açıklamalar artırılmıştır (51). 5Ö yaklaşımı şemasındaki sigara bırakma hattı Alo 171 olarak değiştirilmiştir.

Sigara içen her birey sigara bırakma konusunu düşünmekte ve kendi kendine bırakma girişimlerinde bulunmakta olup, günümüzde sigara bırakma girişiminde bulunanların yarısından fazlası başta ilaçlar olmak üzere çeşitli destek müdahaleleri kullanmaktadır (83, 131). Yardım almadan sigarayı bırakmak isteyenlere saygı gösterilmeli, ancak yardım almaları halinde başarı şanslarının arttığı konusunda bilgi verilmelidir (132).

Sigara kullanan birey bırakma konusunda isteksizse 5R stratejileri devreye girmelidir. 5R stratejileri; ilişkilendirme, risklerin anlatılması, ödüller, engeller ve tekrarlama şeklinde ifade edilebilir (59). İlişkilendirme konusunda başta Aile Hekimleri olmak üzere birinci basamak sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları vardır. Bireye bütüncül yaklaşan ve tıbbi özgeçmişini bilen Aile Hekiminin, hastanın tüm tıbbi sorunları, ailesi, (varsa) çocukları ve ekonomik durumu gibi faktörleri sigara ile ilişkilendirmesi çok daha olası görünmektedir. Benzer şekilde yaş, cinsiyet, ileride hastalanma korkusu veya o anlık sağlık sorunu gibi faktörler tüm sağlık profesyonelleri tarafından sigara ile ilişkilendirilebilir. Sigaranın bırakılması halinde olası faydalar ve sigara bırakmanın önündeki olası engeller konusunda; bireyi diğer sağlık profesyonellerine kıyasla daha yakından tanıyan Aile Hekiminin danışmanlığı daha etkin olacaktır. Risklerin anlatılması ve bu maddelerin her başvuruda tekrarlanması tüm sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabilir maddelerdir.

Sigara bırakmaya ilgili olan bireyler için ya 5Ö ya da Türkçe'ye ÖÖS (Öğren, Öner, Sevk et) olarak çevirdiğimiz AAR modelinin kullanılması önerilmektedir. AAR modeli sağlık profesyonellerinin kullanabileceği hızlı ve etkin bir müdahaledir. Öğren maddesi ile bireyin tütün ürünü kullanma durumunun öğrenilmesi ve Öner maddesi ile de sigara bırakma girişiminin teşviki yönünde tavsiyeler detaylandırılmış olup bu iki madde 5Ö'nün aynı isimli maddeleri ile benzerlik göstermektedir. Farklı olarak eklenen Sevk et maddesi ile sigara bırakma poliklinikleri veya sigara bırakma telefon hattına yönlendirilmesi ve bireyin sigara içme isteğiyle kendi başına başa çıkma yöntemlerinin konuşulması ifade edilmektedir (133-135). Bu strateji ile 5Ö'yü uygulayacak zaman bulamayan ve sigara bırakma danışmanlığı konusunda yeterliliği

olmayan ya da kendine güvenemeyen sağlık profesyonellerinin de sigara bırakma müdahalelerinde aktif rol alması amaçlanmaktadır.

5Ö, ya da İngilizce ismiye 5A, modelinin maddeleri Türkçe'ye Öğren, Ölç, Öner, Önderlik et ve Örgütle olarak çevrilmektedir. Öğren ve Öner maddeleri üstteki paragrafta da belirtilen içeriğe sahip olup, Ölç maddesi ile bireyin sigara bırakmaya ilgisi, özgüven düzeyi, Değişim Aşamaları Modeline göre durumunun değerlendirilmesi, Önderlik et maddesi ile bırakmaya hazır bireye sigara bırakma planı yapılması, sigara içme isteğiyle kendi başına başa çıkabilme yöntemlerinin geliştirilmesi, motivasyonel görüşme ve gerekliyse farmakoterapi sağlanması ve Örgütle maddesi ile hedef bırakma tarihinden itibaren takiplerin planlanması, nüksü önleme müdahaleleri ve gereği halinde sigara bırakma polikliniği veya sigara bırakma hattına yönlendirilmesi hususları detaylandırılmaktadır (51, 136). Dünya Sağlık Örgütü'nün de önermekte olduğu 5Ö modeli sigara bırakma desteği açısından etkin olmasına rağmen pratikte zaman alan ve uygularken tecrübe gerektiren bir yöntemdir. Yeterliliği olan ve zaman bulabilen tüm sağlık profesyonellerinin bu modeli uygulaması önerilmektedir.

“Nikotin Bağımlılığı” başlığında değişim yapılmamıştır. Bu konuda, nikotin bağımlılığı ve sigara bırakmanın pek çok faktörden etkilendiğini her zaman akılda tutmak önemlidir (24). Nikotinin nörobiyolojik etkilerine ek olarak genetik ve çevresel faktörlerin de olması nedeniyle sigara bırakma süreci zorlaşmaktadır (23, 137, 138). Bu başlık altında nikotin bağımlılığının komponentleri incelendikten sonra sıradaki başlıkta nikotinin nörobiyolojik etkisine yönelik tedavi seçeneklerinden bahsedilerek konuya devam edilmiştir.

“Sigara Bırakmada Farmakoterapiler” başlığındaki “Başlangıç Farmakoterapi Seçenekleri” alt başlığında etken maddelerin Türkiye’de onaylı müstahzarları Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun lisanlı ilaç listelerinden kontrol edilerek düzeltilmiştir. NRT, vareniklin veya bupropion farmakoterapilerinin sigara bırakma polikliniklerinde reçetelendirilmesi halinde, o anki stoklar dahilinde, ücretsiz olarak da sağlanabileceği belirtilmiştir (117). Avustralya’daki Aborjin ve Torres Boğazı Adalı halkın ilaçlara erişimiyle ilgili kolaylık sağlayan Farmasötik Faydalar Programıyla ilgili kısımlar Türkiye ile uyumlu olmadığı için çıkarılmıştır. Avustralya’nın kılavuzunda önerilen sakız dışındaki oral NRT formları Türkiye’de lisanslı olarak bulunmadığı için

kılavuzdan çıkarılmıştır (117). “Kombinasyon Tedavileri” isimli ayrı bir alt başlık açılmıştır. Bu alt başlıkta Ürdün’ün kılavuzunun “Kombinasyon Tedavileri” başlığı ve “Ek 13: Kombinasyonlar” daki bilgiler kullanılmıştır.

“Diğer Farmakoterapi Seçenekleri” başlığında nortriptilinin Türkiye’de sigara bırakma farmakoterapisi olarak lisanslı olmadığı belirtilmiştir (117). “Potansiyel Seçenekler” başlığında anti-nikotin aşılarının klinik kullanılabilirliklerinin olmadığı ve geliştirme çalışmalarının halen devam ettiği bilgisi güncellenmiştir (139-141).

Herhangi bir kontrendikasyon olmaması halinde nikotin bağımlılığı olan bireylere mutlaka farmakoterapi önerilmelidir (142). Bununla beraber, farmakoterapi önerilirken bağımlılığın sadece biyolojik bir süreç olmadığı ve tedavi sürecinde danışmanlık ve destek de olması gerektiği unutulmamalıdır (131, 143). Ancak 150 çalışmanın incelendiği bir derlemede nikotin replasman tedavisinin danışmanlık olmadan kullanılmasının da sigara bırakma oranlarını artırdığı bildirilmiştir (144). Sigara bırakma farmakoterapisi hem monoterapi hem de kombinasyon tedavisi şeklinde düzenlenebilir. Gereği halinde doz artırma, tedavi süresini uzatma, kısa ve uzun etkili NRT’leri birbirleriyle ya da oral ajanları (vareniklin ve bupropion) kısa veya uzun etkili NRT’lerle kombine ederek kullanma gibi yoğun farmakoterapi müdahaleleri de düşünülebilir (145).

Sigara bırakma farmakoterapileri sıkça kullanılan ve kontrendikasyon olmaması halinde güvenle kullanılacak ilaçlardır. Pek çok ülkede lisanslı olarak kullanılabilen ağız spreyi, pastil, inhalatör gibi NRT formlarının Türkiye’de de lisanslanması halinde hem farmakoterapi alternatifleri hem de sigara bırakma müdahalelerinin başarı şansı artacaktır. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığının sertifikalı hekimlerce reçete edilen sigara bırakma farmakoterapilerini bireye ücret yansıtmadan karşılıyor olması tütünle mücadele kapsamında önemli bir hamledir. Bu durumun dezavantajı olarak stoklardaki ilaçların tükenmesi halinde bazı bireylerin ücret ödememek adına sigara bırakma kararını ertelemesi gösterilebilir. Ancak şu unutulmamalıdır ki, sigara içen bireyler hem sigaraya verdikleri para hem de sigaranın olumsuz sağlık sonuçları nedeniyle kaybedecekleri parayı göz önünde bulundurursa farmakoterapi için verecekleri para bunların yanında çok cüzi bir miktar olacaktır.

Ücret sebebiyle farmakoterapiyi reddeden bireylerin sigara bırakma konusunda motivasyonel eksiklikleri olduğu aşıkardır. Bu bireylerle yapılan motivasyonel görüşmelerin yoğunluğunun artırılması ve bireylerin Değişim Aşamaları Modelinde bir üst basamağa çıkmalarının sağlanması gerekmektedir. Özellikle birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin sigara bırakma farmakoterapileri hakkında bilgilendirilmeleri ve sigara bırakma müdahalesi yaparken bağımlılığın biyolojik boyutunun yanında psikososyal boyutunu göz ardı etmemeleri tütünle mücadelede çok değerli bir kazanım olacaktır.

“Sigara Bırakmada Bilişsel ve Davranışçı Tedavi” başlığında ve “Kısa Tavsiyeler” alt başlığında sigara bırakma hattından bahsedilirken, ismi Sigara Bırakma Hattı Alo 171 olarak değiştirilmiştir (117). Motivasyonel görüşme tekniğinin ilkeleri de kılavuza eklenerek motivasyonel görüşmede dikkat edilecek noktaların, özellikle de otoriter yaklaşımdan kaçınılmasının ve esas olarak bireyin içsel motivasyonunu artırmanın hedeflendiğinin altı çizilmiştir (146). Motivasyonel görüşme bireyin sigarayı bırakmasına yardımcı olmanın yanında, nüksü önlemede de büyük rol oynamaktadır. İyi bir motivasyonla edinilmiş davranış kalıpları sayesinde nüksten kaçınmak da kolaylaşacaktır. Motivasyonel görüşme tekniği halihazırda birinci basamak sağlık hizmetleri sırasında obezite, kronik ağrı, diyabetes mellitus ve diyet gibi konularda yapılan hasta görüşmelerinde de kullanılmaktadır.

“Grup Terapisi ya da Bireysel Danışmanlık” ile “Telefon Danışmanlığı ve Sigara Bırakma Hatları” başlıklarının içerikleri değiştirilmemiştir. Hem bireysel danışmanlığın hem de grup terapisinin kısa önerilere kıyasla bırakma oranlarını artırdığına dair açık kanıtlar olduğu gösterilmiştir (147, 148). Birinci basamak sağlık hizmetleri, özellikle de Aile Hekimliği uygulamasındaki cezaevi, huzurevi, yetiştirme yurtları gibi yerinde sağlık hizmeti alanları, grup terapisi için fırsat yaratmaktadır. “Telefon Danışmanlığı ve Sigara Bırakma Hatları” başlığında telefon danışmanlığının genel özelliklerinden ve sigara bırakma konusunda en maliyet etkin müdahale olmasından bahsedilmektedir (149). Sigara kullanımının yaygınlığını, mortalite ve morbidite riskini düşündüğümüzde, yapılacak müdahalelerin maliyet-etkin olmaları büyük önem taşımaktadır. Telefon danışmanlığının Türkiye’de sabit hatlardan ücretsiz, diğer operatörlerden aranması halinde ise ilgili firmanın tarifeleri

doğrultusunda fiyatlandırıldığı göz önüne alınırsa, sigara bırakma sürecindeki bireye ek bir masraf çıkarmadan danışmanlık hizmeti sunulması da olasıdır (117).

Avustralya kılavuzundaki “Sigara Bırakma Hattı Hizmetleri” alt başlığı “Türkiye’de Sigara Bırakma Hattı Hizmetleri” olarak düzenlenmiş olup, içerik tamamen değiştirilmiştir. Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattının ücretlendirme biçimi, 175 operatör olması, kesintisiz hizmet vermesi, bireysel sigara bırakma planı uygulanması ve ilk görüşmeden sonra da takip aramalarının yapılması şeklinde uygulamalar içeriğe eklenmiştir (48, 117). Sigara bırakma hattı santraline günlük ortalama 4000 çağrı gelmesi de sigara bırakma konusunda toplumdaki istek düzeyini yansıtmaktadır (117). Bu çağrıları yapan bireylerin bir kısmının birinci basamak sağlık hizmetlerinde değerlendirilip sigara bırakma süreçlerinin yönetilmesi ile santralin yoğunluğu da azaltılacaktır. Kılavuzumuzda birinci basamak sağlık hizmetlerine sigara bırakma müdahalelerinin entegrasyonunda tanımlandığı gibi sigara bırakma hattındaki operatörler de gereği halinde bireyleri sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmektedir. Yani aslında birinci basamakta yapılabilecek müdahaleler telefon üzerinden ve hasta birebir görülmeden yapılmaktadır.

“Sigara İçme Dürtüsü ile Kendi Başına Başa Çıkma Yöntemleri” başlığının içeriğine mobil uygulamaların sigara bırakma desteğinde kullanımıyla ilgili güncel çalışmalardan örnekler eklenmiştir (84, 85). Günümüzde bilgisayar, telefon, tablet gibi cihazların kullanımı oldukça yaygındır. Hastalar çoğu zaman şikayetlerini internet üzerinden araştırarak sorunlarını anlamaya çalışmaktadır. Bu durum sigara bırakma konusunda kısa mesajlar, sanal forumlar, mobil uygulamalar gibi müdahalelerle avantaja çevrilebilir. Mobil uygulamalarla ilgili yapılan bazı çalışmalar umut vadetmektedir (84, 85, 150). Bu noktada da yapılan müdahaledeki denetim mekanizmaları önem kazanmaktadır. Bilgi kirliliği ve bireylerin birbirleriyle iletişime geçtiklerinde birbirlerinin motivasyonlarını kırma ihtimalleri gibi sorunları öngörmek ve önlem alarak uygulamaya geçmek gerekmektedir. Eğer bu yöntemler amacı doğrultusunda kullanılabilirse maliyet etkin alternatif yöntemler olabilirler.

“Sigara Bırakmada Etkisiz Yaklaşımlar” başlığında içerik değiştirilmemiş olup naltrekson, akupunktur, akupressür, lazer stimülasyon ve danışmanlık olmadan hipnoterapinin sigara bırakma tedavisi olarak önerilmedikleri belirtilmiştir (151-153).

Son zamanlarda akupunkturun sigara bırakmada yarar sağlayabileceğine dair veriler bildiriliyor olsa da halen sigara bırakma desteği açısından statüsü değişmemiştir (152).

“Sigara Bırakmada Kanıtlanmamış Yaklaşımlar” ın altındaki elektronik sigaralar (e-sigaralar) konusu güncel çalışmalarla desteklenmiştir. E-sigaraların sağlık üzerine etkileri ve sigara bırakmada kullanımlarıyla ilgili son yıllarda çok çalışma yapılmaktadır.

2014 yılında Amerikan Kalp Derneği e-sigaralarla ilgili prensiplerini yayınlamış olup hastaların tütün kullanımları sorgulanırken mutlaka e-sigara kullanımının da sorgulanması gerektiği, sigara bırakmada e-sigaraların kullanımıyla ilgili yeterli veri olmaması nedeniyle önerilemeyeceğini bildirmiştir. Ancak ve ancak diğer sigara bırakma tedavilerinden fayda görmeyen ve geleneksel yöntemleri de kullanmak istemeyen ya da kullanıp fayda görmeyen hastaların sigara bırakma konusunda e-sigara kullanmayı istemeleri halinde, sadece sigara bırakma girişimini desteklemek adına kullanılabileceği ifade edilmiştir. Bununla birlikte, e-sigaraların aerosolleri sigara dumanından daha az zehirli madde içeriyor olsa bile ürünlerin tam olarak ne kadar zehirli kimyasal içerebileceği konusunun bilinmediği ve sigara bırakma konusunda da etkili olduğunun kanıtlanmadığı konularında mutlaka hastalara bilgi verilmelidir. Uzun vadeli güvenlik çalışmaları da yeterli olmadığı için kişinin e-sigara kullanımı da bırakma tarihi belirlemesi ve (nüksü önlemek için gerekli olmadıkça) süresiz kullanmayı planlamaması tavsiye edilebilir şeklinde önerilerde bulunmuşlardır (154).

DSÖ 2014 yılında e-sigaraların mevcut ve olası zararlarının yanında, satışı ve kullanımı hakkında önlemler alınmasını önerdiği bir rapor yayınlamıştır (155). Callahan-Lyon’un 2014’te yayınladığı derlemede e-sigara aerosollerinin propilen glikol, gliserol, tatlandırıcılar, diğer kimyasallar ve nikotin içerebileceği belirtilmiş olup kullanıcıların serum kotinin düzeylerinin geleneksel sigara içen bireylerle benzer olduğu, ikinci ve üçüncü el duman maruziyeti hakkında ise yeterli veri olmadığı ifade edilmiştir (156). Goniewicz ve arkadaşlarının 2014’te yayınladıkları çalışmada da sigarada bulunan zehirli maddelerin e-sigara aerosolünde de bulunduğu, ancak 9 ila 450 kat daha az olduğu bildirilmiştir. E-sigara aerosolünün formaldehit, asetaldehit, akrolein, o-metil-benzaldehit, tolüen, kadmiyum, nikel, kurşun gibi pek çok zehirli maddeyi ihtiva ettiği bulunmuştur (157). Malas ve arkadaşlarının 2016’da

yayınladıkları derlemede e-sigaraaların sigara bırakmada kullanılmasıyla ilgili kanıtların yetersiz olduğu ve başka çalışmalarla daha anlamlı sonuçlar ortaya koyulması gerektiği bildirilmiştir (158).

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Kanseri Araştırmaları Enstitüsünün finanse ettiği 2019’da yayınlanan ve 886 katılımcının olduğu çalışmada e-sigaraalar ve NRT’lerin sigara bırakma etkinlikleri kıyaslanmış olup 1 yıl boyunca sigara içmeme oranları e-sigara grubunda %18,0 ve NRT grubunda %9,9 olarak bildirilmiştir. NRT grubunda bulantı, e-sigara grubunda ise ağız ve boğaz irritasyonunun daha sık olduğu izlenmiştir. Öksürük ve balgam açısından 52 haftalık takiplerde NRT grubunun daha fazla şikayeti olduğu bildirilmiştir (159). 2019 yılında Flach ve arkadaşlarının yayınladığı derlemede e-sigara kullanımı ile baş boyun kanserleri arasında ilişki olduğunun görüldüğü, ancak daha fazla çalışmalarla desteklenmesi gerektiği sonucu bildirilmiştir (160). Marcham ve arkadaşlarının 2019’da yayınladıkları çalışmada da e-sigara likitlerinin çocuklarda zehirlenmelere neden olduğu, nikotin ve aerosol maruziyetinin zararlarıyla ilgili yeterli veri olmasa da zararlarının olduğu ve havalandırması yetersiz olan kapalı alanlarda riskli sağlık koşulları oluşturduğu belirtilmiştir (161).

Mevcut bilgiler ışığında e-sigaraaların sigara bırakma tedavisi olarak önerilmesi olası değildir. Ancak reklam ve pazarlama çalışmaları ile kullanım sıklığı hızla artmakta, bu durum da toplumun erken yaşlarda nikotin maruziyetine neden olma ihtimalini yükseltmektedir. Özellikle kapalı alanlarda kullanımı ile ortaya çıkan aerosollerin içerdiği nikotin ve diğeri zehirli maddeler tıpkı bir sigara dumanı gibi ikinci el ve üçüncü el maruziyete de sebep olabilmekte ve halk sağlığını tehdit etmektedir.

Nikotinle ilgili diğeri ajanlardan nicobrevin mentol, okaliptüs, kinin ve kamfor içermekte olup kılavuza kinin ve kamfor nedeniyle İngiltere’de lisansının iptal edildiği bilgisi eklenmiştir (162). Tiksindirici veya hızla sigara içmek, fiziksel aktivite gibi kanıtlanmamış diğeri yaklaşımlar kılavuza değiştirilmeden alınmıştır.

“Sigara Bırakma Yerine Sigarayı Azaltma” başlığında kullanılması önerilen inhaler formdaki NRT Türkiye’de lisanslı olmadığı için kılavuzdan çıkarılmıştır (117). Sigarayı bırakma yerine azaltmanın uzun vadede fayda sağlayıp sağlamadığı konusunda yeterli veri olmasa da sigara bırakmayı düşünmeyen bireylere NRT

verilerek sigarayı azaltmalarına yardımcı olunabilir. Sigarayı azaltmak için NRT kullananlarda sigara bırakma ihtimali hiç kullanmayanların yaklaşık iki katı olarak bulunmuştur (163).

Nüks başlığında içerik zenginleştirilmiştir. Nüksü önlemek veya önlenememesi halinde dezavantaja dönüşmesini önlemek için kısa öneriler ve nüksten önce kayma (bir sigara veya birkaç puf) ve hata (birkaç gün birer sigara) durumlarının tanımları eklenmiştir (59). Sigara içme arzusunu tetikleyen alkol kullanımı, çevrede sigara içen bireylerin olması, fazla özgüven, tedavi uyumsuzluğu, stres, sinirlilik, faktörler sıralanarak nüksü önlemek adına dikkat edilmesi gereken noktalar da vurgulanmıştır (164).

“Bırakma Sonrası Klinik Kontroller” başlığı eklenmiştir. Sigara bırakma isteği olan bireyler kadar bırakma isteği olmayanların da takip edilmesi ve bu bireylere 5R uygulanması gerektiği konusu içeriğe eklenmiştir. Sigara bırakma sonrası takip görüşmelerinin ilk ay en az 2 tane olmak üzere 3 aya kadar ayda bir ve sonrasında 3 ayda bir olacak şekilde 1 yıla tamamlanması gerektiği ifade edilmiştir. Takip görüşmelerinde özellikle nüks konusuna önem verilmesi gerektiği, kendisi bırakarak gelen bireylerin de takip edilmesi gerektiği, çekilme semptomları ve farmakoterapi konusunda konuşulması gerektiği, nüks olmasa bile kayma ya da hata durumlarının olup olmadığı konularına dikkat edilmesi gerektiği tarif edilmiştir (59). Bunun yanı sıra sigara bırakma sonrası ilk ay içinde en az iki görüşme yapılması, birey gelemiyorsa telefonla aranarak ulaşılması önerilerek bırakma sürecinde yaşanan sorunların mutlaka konuşulması ve eksikliklerin giderilmesi gerektiği açıklanmıştır (145, 165).

Aborjin ve Torres Boğazı Adalı halk gibi yüksek prevalans popülasyonlarının genel özellikleri ve bu gruplardaki bireyler için yapılan ayrıcalıklı hizmetlerin anlatıldığı “Yüksek Prevalans Popülasyonlarında Sigara Bırakma” başlığının Türkiye’de bir karşılığı olmadığı için başlık ve içeriği kılavuzdan çıkarılmıştır.

“Özel İhtiyaçları Olan Popülasyonlarda Sigara Bırakma Desteği” başlığında içerikteki sigara bırakma hattının ismi Sigara Bırakma Hattı Alo 171 olarak değiştirilmiştir. Aborjin ve Torres Boğazı Adalı halk ile ilgili ifadeler kılavuzdan çıkarılmıştır. “Gebe ve Emziren Kadınlar” alt başlığındaki sigara içme istatistikleri Türkiye’deki istatistiklerle değiştirilmiştir (166). Aborjin ve Torres Boğazı Adalı halkın istatistikleri içerikten çıkarılmıştır. Gebelikte sigarayı bırakanların %70

oranında nüks yaşıyor olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin sigarayı bırakmış gebe ve anneleri daha yakın takip etmesi gerektiğini göstermektedir (167). Hem gebenin ikinci el sigara dumanından korunması hem de eşinin de bırakmasını sağlamak adına gebe kadınların eşlerine de sigara içmemelerinin önerilmesi önem taşımaktadır. “Adölesan ve Gençler” alt başlığındaki sigara içme istatistikleri Türkiye’deki istatistiklerle değiştirilmiştir (5, 168). Hem gebe ve emzirenlerde hem de adölesanlarda bupropion ve vareniklin kullanımı onay almamıştır (145). “Psikiyatrik Hastalığı Olanlar” başlığında içerik değiştirilmemiş olup sigara içmenin kendi başına bazı psikotrop ilaçlarda doz ayarlamasına neden olduğu unutulmamalıdır. Bıpropionun trisiklik antidepresanlar, selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve alkol ile beraber kullanılması halinde dikkatli olunması, monoamin oksidaz inhibitörleri ile kullanılmaması ve aralarında en az 14 gün olması gerektiği önem arz etmektedir. “Mahkumlar” başlığının içeriğinde sayılan düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplardan Yerliler ifadesi ve bazı Avustralya eyaletlerindeki hapisanelerde yapılan uygulamalarla ilgili ifadeler çıkarılmıştır. Mahkum popülasyon ile yapılan sigara bırakma planı rutinde yapılan planlardan büyük farklılıklar göstermez, sadece sigara içme isteği ile kendi başına başa çıkma konusunda cezaevine özgü yöntemler bulmak gerekmektedir.

“Nargile Kullanımı” başlığı Ürdün’ün kılavuzunda ilgili başlıktaki içeriğin kılavuzumuza dahil edilmesi yoluyla oluşturulmuştur. Türkiye’deki nargile kullanımı ile ilgili veriler eklenmiştir (5). Nargile bağımlılığının tedavisiyle ilgili özel öneriler tanımlanamasa da sigara bırakma danışmanlığına benzer şekilde danışmanlık verilebileceği, sigara bırakma konusunda yeterli tecrübeye sahip olan sağlık profesyonelleri tecrübeleri doğrultusunda önerilerde bulunabileceği sonucu çıkmaktadır (169).

“İkinci El Duman” başlığında değişim yapılmamıştır. Zaten ikinci el sigara dumanının zararları yıllardır bilinmektedir. Ancak bu durumun sigara bırakma görüşmelerinde sıkça vurgulanması gerekmektedir. Özellikle de bebek ve çocuklardaki olumsuz etkilerinin sigara içen bireylere aktarılmasının sigara bırakma başarısını artıracığı düşünülmektedir.

“Sigaranın İlaç Etkileşimleri” başlığı, Avustralya kılavuzundaki “Ek-3 Sigara bırakma tedavisinin diğer ilaçlara etkisi” nin içeriği kullanılarak oluşturulmuştur.

Sigaranın CYP 1A2 başta olmak üzere karaciğer enzimler indüksiyonu yapması ve periferik kan akımını azaltması gibi mekanizmalar üzerinden etkilediği ilaçlar listelenmiştir. Bu ilaçları kullanan hastaların sigara içmekle ilgili durumlarının değişmesi halinde doz değişimi gerekebileceği göz önünde bulundurulmalıdır (170).

“Sigara Bırakmayla İlgilenenler İçin Türkçe Kaynaklar” başlığında Türk Toraks Derneğinin yayımladığı Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu ile Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi kitabının isimleri not edilmiş olup Sigara Bırakma Hattı Alo 171 ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığının online erişim linkleri verilmiştir. Sigara bırakma konusunda incelenebilecek farklı Türkçe kaynakların listelenmesi okuyucular için avantaj sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de kılavuzlar çok büyük oranda de novo ya da doğrudan tercüme yöntemleriyle geliştirilmektedir. Geliştirme stratejisi olarak belirtilmese de bazı kılavuzların adaptasyon yöntemiyle geliştirildiği düşünülmektedir. ADAPTE kılavuzunun Türkiye’ye adaptasyonu ile kanıta dayalı adaptasyon yöntemiyle kılavuz geliştirme metodolojisi tanımlanmıştır. Çalışmamızda yurt dışında oluşturulmuş birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzlarının Türkiye koşullarına adaptasyonu için bu kılavuz kullanılmıştır.

Sigara ve tütün kullanımı bilindiği üzere çok ciddi bir mortalite ve morbidite sebebidir. Sigaranın yaşam süresi ve kalitesine olumsuz etkilerini de göz önünde bulundurduğumuzda, kanıta dayalı bir anlaşıma olan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi her bireyin üst düzey sağlık standardı hakkı olduğuna işaret etmektedir. Türkiye de halk sağlığının geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan bu sözleşmeyi imzalayan ilk ülkelerden biri olarak tütünle mücadelede verdiği önemi göstermiş bir ülkedir.

Toplumun her kesimini yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ayırt etmeden, doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ile mücadele etmek için her bir bireye ulaşılması; sigara kullanmayan bireylerin takdir edilmesi, sigarayı bırakmak istemeyen sigara bağımlılarında farkındalık oluşturulması ve bırakmak isteyenlere uygun destek sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle sigara bırakma konusunda sigara bırakma poliklinikleri kadar birinci basamaktaki sağlık profesyonellerine de ciddi görev düşmektedir. Sonuç olarak, sigara bırakma konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri için geliştirdiğimiz ulusal kılavuz ile klinik uygulamaların daha etkin ve düzenli olacağını düşünüyoruz.

Kılavuzumuzu geliştirirken öncelikle dünyada daha önce oluşturulmuş kılavuzları inceledik ve son 5 yıl içinde İngilizce dilinde yazılmış olan kılavuzları değerlendirme kararı aldık. Bu şartlara uyan iki kılavuzu AGREE II kalite değerlendirme ölçeği ile puanladıktan sonra her iki kılavuzu da adaptasyon için kullanma kararı aldık. İki kılavuzun da birbirlerine göre artıları ve eksileri vardı. Her ikisinin de eksik olduğu konularda ise literatür bilgilerini araştırarak bu eksiklikleri tamamladık.

Sigaranın ve sigara bırakmanın sağlığa etkileri, güncel prevalans çalışmalarının sonuçları, tütün bağımlılığı tedavisinin etkinliği, sağlık profesyonellerinin sigara bırakmadaki rolü, sigara bırakmada 5R ve 5 kavramları, nikotin bağımlılığı, sigara bırakmada farmakoterapiler, sigara bırakmada bilişsel ve davranışçı tedavi, sigara bırakma yerine sigarayı azaltma, nüks kavramı, sigara bırakma sonrası klinik kontroller, özel ihtiyaçları olan popülasyonlarda sigara bırakma tedavisi, nargile kullanımı, ikinci el duman ve sigaranın ilaç etkileşimleri ana başlıklarından oluşan bir kılavuz taslağı hazırladık.

Bu şekilde kılavuz adaptasyon sürecinin kurulum ve adaptasyon aşamalarını tamamlamış bulunuyoruz. Geliştirdiğimiz kılavuzun dış yorumlama ve onaylama, gelecek planlama ve nihai ürünün oluşturulması safhalarından meydana gelen sonuçlandırma aşamasını takiben yayımlanması halinde, rutin olarak 3 yıl sonra veya herhangi yeni bir farmakoterapi seçeneği Türkiye’de lisans aldıktan sonra veya farklı bir kombinasyon tedavisi tanımlandıktan sonra veya yeni bir tedavi yaklaşımının etkinliğinin kanıtlanması halinde güncellenmesi gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Organization Wh, Control Rfit. Who Report On The Global Tobacco Epidemic, 2008: The Mpower Package: World Health Organization; 2008.
2. Organization Wh. Who Global Report On Mortality Attributable To Tobacco. 2012.
3. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (Steps). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara. 2018.
4. Alwan A. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2010: World Health Organization; 2011.
5. Sağlık Bakanlığı Yayınları Tc. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2012(948).
6. Tc Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. 2018.
7. Mackay JL, Eriksen M, Shafey O. The Tobacco Atlas. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Barış Yi. Tütün Kullanımının Tarihçesi. Available From: https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/tutun_kullaniminin_tarihcesi-I_Baris.pdf (Erişim Tarihi: 27/07/2019).
9. Gürsoy Naskali E E. Tütün Kitabı. 1 İnci Baskı.: İstanbul Kitabevi; 2003.
10. Koç Y, No T-İey. Atatürk'ün Millileştirmeleri Ve Devletleştirmeleri, Günümüzün Özelleştirmeleri: Türk-İş; 2000.
11. Kaya A, İnan M. Kuraklık Ve Tuz Streslerine Maruz Kalan Tütün (Nicotiana Tabacum L.) Bitkisinde Bazı Fizyolojik Ve Biyokimyasal Parametreler Üzerine Melatoninin Etkileri. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım Ve Doğa Dergisi. 2018;21(4):559-64.
12. Altın AÖ. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörlerin Saptanması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
13. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Za, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi. 2006;7(1):51-64.
14. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. Pharmacokinetics And Metabolism Of Nicotine. Pharmacol Rep. 2005;57(2):143-53.
15. Russell M, Jarvis M, Devitt G, Feyerabend C. Nicotine İntake By Snuff Users. Br Med J (Clin Res Ed). 1981;283(6295):814-7.
16. Zevin S, Gourlay Sg, Benowitz NL. Clinical Pharmacology Of Nicotine 1998.
17. Svensson Ck. Clinical Pharmacokinetics Of Nicotine. Clinical Pharmacokinetics. 1987;12(1):30-40.
18. Ocak F, Yüce Z. Nikotin Ve Nikotin Taşıyan Sistemler. Fabad J_ Pharm Sci, 22, 145-154, 1996.
19. Sunay D, Sivri F, Dilbaz N, Şengezer T. Ankara İli Yenimahalle İlçesinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Tütün Bağımlılığı Ve İlişkili Risk Faktörleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(1):42-8.
20. Şengezer T. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2016;4(1):97-103.
21. Uysal Ma. Nikotin Sizi Nasıl Esir Alıyor? Tütün Bağımlılığının Nörobiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi.4 (1):37-43.

22. Nestler Ej. Is There A Common Molecular Pathway For Addiction? *Nature Neuroscience*. 2005;8(11):1445.
23. Benowitz NL. Neurobiology Of Nicotine Addiction: Implications For Smoking Cessation Treatment. *The American Journal Of Medicine*. 2008;121(4):S3-S10.
24. Sönmez Cı, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi Ve Klinik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2016;7(5):13-9.
25. Bloom De, Chisholm D, Jané-Llopis E, Prettner K, Stein A, Feigl A. From Burden To" Best Buys": Reducing The Economic Impact Of Non-Communicable Disease In Low-And Middle-Income Countries. *Program On The Global Demography Of Aging*; 2011.
26. Siroux V, Pin I, Oryszczyn M, Le Moual N, Kauffmann F. Relationships Of Active Smoking To Asthma And Asthma Severity In The Egea Study. *Epidemiological Study On The Genetics And Environment Of Asthma. European Respiratory Journal*. 2000;15(3):470-7.
27. Health Udo, Services H. Reducing The Health Consequences Of Smoking: 25 Years Of Progress. A Report Of The Surgeon General (Dhhs Publication No.[Cdc] 89-8411). Rockville, Md: Us Department Of Health And Human Services. Public Health Service, Centers For Disease Control, Center For Chronic Disease Prevention And Health Promotion, Office On Smoking And Health. 1989.
28. Kutlu R, Demirbaş N, Börüban Mc, Güler T. Sigara İçmeye Atfedilebilen Kanseri Türleri Ve Sosyodemografik Özellikleri. *Turkish Journal Of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*. 2014;29(3).
29. Rodgman A, Perfetti Ta. The Chemical Components Of Tobacco And Tobacco Smoke: Crc Press; 2016.
30. Guindon Ge, Boisclair D. Past, Current And Future Trends In Tobacco Use. 2003.
31. Mathers Cd, Loncar D. Projections Of Global Mortality And Burden Of Disease From 2002 To 2030. *Plos Medicine*. 2006;3(11):E442.
32. Sezer R, Pıçak Y. Tütün Mücadelesi İçin Yeni Bir Tehdit: Aromatik Nargile. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2011;33(1):133-43.
33. Jensen Pd, Cortes R, Engholm G, Kremers S, Gislum M. Waterpipe Use Predicts Progression To Regular Cigarette Smoking Among Danish Youth. *Substance Use & Misuse*. 2010;45(7-8):1245-61.
34. Erbaydar Np, Bilir N, Yildiz An. Knowledge, Behaviors And Health Hazard Perception Among Turkish Narghile (Waterpipe)-Smokers Related To Narghile Smoking. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*. 2010;26(1).
35. Eissenberg T, Shihadeh A. Waterpipe Tobacco And Cigarette Smoking: Direct Comparison Of Toxicant Exposure. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2009;37(6):518-23.
36. Al Rashidi M, Shihadeh A, Saliba N. Volatile Aldehydes In The Mainstream Smoke Of The Narghile Waterpipe. *Food And Chemical Toxicology*. 2008;46(11):3546-9.
37. Shihadeh A, Saleh R. Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, Carbon Monoxide, "Tar", And Nicotine In The Mainstream Smoke Aerosol Of The Narghile Water Pipe. *Food And Chemical Toxicology*. 2005;43(5):655-61.
38. Oberg M, Jaakkola M, Prüss-Üstün A, Peruga A, Woodward A, Organization Wh. Global Estimate Of The Burden Of Disease From Second-Hand Smoke. 2010.

39. Elbek O, Kılınç O, Küçük Uyanusta Ç, Aytemur Z, Özge C, Pazarlı P. Türkiye’de Tütün Kontrolü. Toraks Dergisinde Basımda. 2014.
40. Woodward A, Laugesen M. How Many Deaths Are Caused By Second Hand Cigarette Smoke? Tobacco Control. 2001;10(4):383-8.
41. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Türkiye’de Tütün Kontrolü Politikaları. World Health Organization Report Available From: Url: [Http://Www Euro Who İnt/Document E. 2010;93038](http://www.euro.who.int/Document/E_2010_93038).
42. Control Cfd, Prevention. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years Of Potential Life Lost, And Productivity Losses--United States, 1997-2001. Mmwr Morbidity And Mortality Weekly Report. 2005;54(25):625.
43. Organization Wh. World Health Statistics. Geneva: Who; 2007.
44. Yurtoğlu N. Türkiye Cumhuriyeti’nde Tütün Tekeli Ve Sigara Fabrikalarının Tarihsel Gelişimi (1923-1950). Akademik Tarih Ve Düşünce Dergisi. 2018;5(17):81-116.
45. Bilir N, Doğan Bg, Yıldız An. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'a Uyum Düzeyi: Hacettepe Halk Sağlığı Yayınları; 2000.
46. Bilir N, Güçiz Dogan B, Yildiz An. Assessing Tobacco Control Strategies İn Turkey: Final Project Report. 2003.
47. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2010 İn Europe. Brussels: Association Of European Cancer Leagues. 2011;201(1).
48. Bakanlığı Tcs. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi Ve Eylem Planı 2018-2023: [Https://Havanikoru.Saglik.Gov.Tr/](https://havanikoru.saglik.gov.tr/); 2018.
49. Health Udo, Services H. The Health Consequences Of Smoking—50 Years Of Progress: A Report Of The Surgeon General. Atlanta, Ga: Us Department Of Health And Human Services, Centers For Disease ...; 2014.
50. Rakel Re. Textbook Of Family Medicine E-Book: Elsevier Health Sciences; 2007.
51. Prochaska Jo, Diclemente Cc. Transtheoretical Therapy: Toward A More Integrative Model Of Change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1982;19(3):276.
52. Anderson Je, Jorenby De, Scott Wj, Fiore Mc. Treating Tobacco Use And Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline For Tobacco Cessation. Chest. 2002;121(3):932-41.
53. Excellence Nıfc, Britain G. Brief Interventions And Referral For Smoking Cessation İn Primary Care And Other Settings: Nice; 2006.
54. Eray İk. Nikotin Bağımlılığında Kısa Hekim Müdahalesi Ve 5a-5r Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2016;7(5):39-43.
55. Tobacco Tcpgt. A Clinical Practice Guideline For Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update: A Us Public Health Service Report. American Journal Of Preventive Medicine. 2008;35(2):158-76.
56. Zwar Na, Mendelsohn Cp, Richmond Rl. Supporting Smoking Cessation. Bmj. 2014;348(Racgp):F7535.
57. Bozkurt N, Bozkurt Ai. Nikotin Bağımlılığını Belirlemede Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinin (Fbnt) Değerlendirilmesi Ve Nikotin Bağımlılığı İçin Yeni Bir Test Oluşturulması. Pamukkale Tıp Dergisi. 2016(1):45-51.
58. Göçmen H, Savaş Nn, Ocak İ, Ceylan E, Ursavaş A, Karadağ M, Et Al. Bursa’da Sigara İçimi Ve Nikotin Bağımlılığı İle İlişkili Faktörler. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2011;25(1):1-8.

59. Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Ttd. Sigara Bırakma Tanı Ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Ankara; 2014.
60. Hurt Rd, Sachs Dp, Glover Ed, Offord Kp, Johnston Ja, Dale Lc, Et Al. A Comparison Of Sustained-Release Bupropion And Placebo For Smoking Cessation. *New England Journal Of Medicine*. 1997;337(17):1195-202.
61. Warner C, Shoaib M. How Does Bupropion Work As A Smoking Cessation Aid? *Addiction Biology*. 2005;10(3):219-31.
62. Hughes Jr, Stead Lf, Hartmann - Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2014(1).
63. Gonzales D, Rennard Sı, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing Cb, Et Al. Varenicline, An A4 β 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, Vs Sustained-Release Bupropion And Placebo For Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Jama*. 2006;296(1):47-55.
64. Jorenby De, Hays Jt, Rigotti Na, Azoulay S, Watsky Ej, Williams Ke, Et Al. Efficacy Of Varenicline, An A4 β 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, Vs Placebo Or Sustained-Release Bupropion For Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Jama*. 2006;296(1):56-63.
65. Nides M, Oncken C, Gonzales D, Rennard S, Watsky Ej, Anziano R, Et Al. Smoking Cessation With Varenicline, A Selective A4 β 2 Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From A 7-Week, Randomized, Placebo-And Bupropion-Controlled Trial With 1-Year Follow-Up. *Archives Of Internal Medicine*. 2006;166(15):1561-8.
66. Pachas Gn, Cather C, Pratt Sı, Hoepfner B, Nino J, Carlini Sv, Et Al. Varenicline For Smoking Cessation In Schizophrenia: Safety And Effectiveness In A 12-Week Open-Label Trial. *Journal Of Dual Diagnosis*. 2012;8(2):117-25.
67. Cerimele Jm, Durango A. Does Varenicline Worsen Psychiatric Symptoms In Patients With Schizophrenia Or Schizoaffective Disorder? A Review Of Published Studies. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2012;73(8):E1039-47.
68. Graham R, Mancher M, Wolman D. Clinical Practice Guidelines We Can Trust 2011 Washington. Dc National Academies Press.
69. Ayhan Başer D, Kahveci R, Aksoy H. Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış. *Yeni Tıp Dergisi*. 2015;32:186-90.
70. Solberg Lı, Maciosek Mv, Edwards Nm, Khanchandani Hs, Goodman Mj. Repeated Tobacco-Use Screening And Intervention In Clinical Practice: Health Impact And Cost Effectiveness. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2006;31(1):62-71. E3.
71. West R, Sohal T. "Catastrophic" Pathways To Smoking Cessation: Findings From National Survey. *Bmj*. 2006;332(7539):458-60.
72. Bao Y, Duan N, Fox Sa. Is Some Provider Advice On Smoking Cessation Better Than No Advice? An Instrumental Variable Analysis Of The 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*. 2006;41(6):2114-35.
73. West R, Mcneill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines For Health Professionals: An Update. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.
74. Özlü T, Öztuna F, Er M, Aydın Ly, Uysal A, Sengezer T, Et Al. Results Of Turkish Smoking Cessation Polyclinics Data's Analysis (Tuspa Study). *Eur Respiratory Soc*; 2015.

75. Ramos M, Ripoll J, Estrades T, Socias I, Fe A, Duro R, Et Al. Effectiveness Of Intensive Group And Individual Interventions For Smoking Cessation In Primary Health Care Settings: A Randomized Trial. *Bmc Public Health*. 2010;10(1):89.
76. Ripoll J, Girauta H, Ramos M, Medina-Bombardó D, Pastor A, Alvarez-Ossorio C, Et Al. Clinical Trial On The Efficacy Of Exhaled Carbon Monoxide Measurement In Smoking Cessation In Primary Health Care. *Bmc Public Health*. 2012;12(1):322.
77. Van Rossem C, Spigt M, Viechtbauer W, Lucas Ae, Van Schayck Oc, Kotz D. Effectiveness Of Intensive Practice Nurse Counselling Versus Brief General Practitioner Advice, Both Combined With Varenicline, For Smoking Cessation: A Randomized Pragmatic Trial In Primary Care. *Addiction*. 2017;112(12):2237-47.
78. Karatay G, Kublay G, Emiroğlu On. Effect Of Motivational Interviewing On Smoking Cessation In Pregnant Women. *Journal Of Advanced Nursing*. 2010;66(6):1328-37.
79. Sipos V, Pálincás A, Kovács N, Csenteri Ko, Vincze F, Szóllósi Jg, Et Al. Smoking Cessation Support For Regular Smokers In Hungarian Primary Care: A Nationwide Representative Cross-Sectional Study. *Bmj Open*. 2018;8(2):E018932.
80. Uysal Ma, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram Ng, Uysal O, Yilmaz V. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence: Reliability In A Turkish Sample And Factor Analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
81. Perez-Rios M, Santiago-Perez M, Alonso B, Malvar A, Hervada X, De Leon J. Fagerstrom Test For Nicotine Dependence Vs Heavy Smoking Index In A General Population Survey. *Bmc Public Health*. 2009;9(1):493.
82. Kaleta D, Polańska K, Korytkowski P, Usidame B, Bąk-Romaniszyn L. Patterns Of Nicotine Dependence In Four Eastern European Countries. *Bmc Public Health*. 2015;15(1):1189.
83. Cooper J, Borland R, Yong Hh. Australian Smokers Increasingly Use Help To Quit, But Number Of Attempts Remains Stable: Findings From The International Tobacco Control Study 2002–09. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*. 2011;35(4):368-76.
84. Granado-Font E, Ferré-Grau C, Rey-Reñones C, Pons-Vigués M, Ribera Ep, Berenguera A, Et Al. Coping Strategies And Social Support In A Mobile Phone Chat App Designed To Support Smoking Cessation: Qualitative Analysis. *Jmir Mhealth And Uhealth*. 2018;6(12):E11071.
85. Tsoh Jy, Quach T, Duong Tb, Park Esn, Wong C, Huang Sm, Et Al. Interactive Mobile Doctor (İmd) To Promote Patient-Provider Discussion On Tobacco Use Among Asian American Patients In Primary Care: A Pilot Study. *J Am Board Fam Med*. 2018;31(6):869-80.
86. Van Der Wees Pj, Hendriks Ej, Custers Jw, Burgers Js, Dekker J, De Bie Ra. Comparison Of International Guideline Programs To Evaluate And Update The Dutch Program For Clinical Guideline Development In Physical Therapy. *Bmc Health Services Research*. 2007;7(1):191.
87. Ansari S, Rashidian A. Guidelines For Guidelines: Are They Up To The Task? A Comparative Assessment Of Clinical Practice Guideline Development Handbooks. *Plos One*. 2012;7(11):E49864.
88. Başer Da, Kahveci R, Aksoy H, Yaşar İ, Koç M, Özkara A. Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Yöntemlerine Bakış.

89. Burgers Js, Grol Rp, Zaat Jo, Spies Th, Van Der Bij Ak, Mookink Hg. Characteristics Of Effective Clinical Guidelines For General Practice. *Br J Gen Pract.* 2003;53(486):15-9.
90. Sackett D, Ellis J, Mulligan I, Rowe J. Inpatient General Medicine Is Evidence Based. *The Lancet.* 1995;346(8972):407-10.
91. Collaboration A. The Adapte Process: Resource Toolkit For Guideline Adaptation. Guidelines International Network [Internet]. 2009.
92. Yakışan Rş, Set T. Klinik Uygulama Rehberleri. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (Tjfmprc).* 2013;7(2):26-8.
93. Metintaş M, Köktürk N, Sevinç C, Kocabaş A, Selçuk T. Türk Toraks Derneği Rehber, Rapor Ve Görüş Belgesi Oluşturma Yönergesi.
94. Lohr K, Field M. Committee To Advise The Public Health Service On Clinical Practice Guidelines. *Clinical Practice Guidelines: Directions For A New Program.* 1990.
95. Twaddle S. Clinical Practice Guidelines. *Singapore Medical Journal.* 2005;46(12):681.
96. Oxman Ad, Fretheim A, Schünemann Hj. Improving The Use Of Research Evidence In Guideline Development: Introduction. *Health Research Policy And Systems.* 2006;4(1):12.
97. Shoultz J, Phillion N, Noone J, Tanner B. Listening To Women: Culturally Tailoring The Violence Prevention Guidelines From The Put Prevention Into Practice Program. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners.* 2002;14(7):307-15.
98. Rhinehart E, Goldmann D, O'rourke E. Adaptation Of The Centers For Disease Control Guidelines For The Prevention Of Nosocomial Infection In A Pediatric Intensive Care Unit In Jakarta, Indonesia. *The American Journal Of Medicine.* 1991;91(3):S213-S20.
99. Graham I, Harrison M, Brouwers M. Evaluating And Adapting Practice Guidelines For Local Use: A Conceptual Framework. *Clinical Governance In Practice* London: Harcourt. 2003:213-29.
100. Fervers B, Graham I. Guideline Adaptation-The Way Forward Guidelines International Network Conference 2005. Lyon2005.
101. Graham Id, Harrison Mb, Brouwers M, Davies Bl, Dunn S. Facilitating The Use Of Evidence In Practice: Evaluating And Adapting Clinical Practice Guidelines For Local Use By Health Care Organizations. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.* 2002;31(5):599-611.
102. Kanıta Dayalı Tıp Derneği K. Adım Adım Bir Rehberin Ulusal Koşullara Uyarlanması: Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu. 2016;Isbn: 978-605-184-051-2.
103. Vijayanathan A, Nawawi O. The Importance Of Good Clinical Practice Guidelines And Its Role In Clinical Trials. *Biomedical Imaging And Intervention Journal.* 2008;4(1).
104. Artantas Ab, Kahveci R, Sunay D, Caylan A. Quality Assessment Of Primary Care Guidelines In Turkey. *Healthmed.* 2011;5(6):1565-72.
105. Çekiç İ, Kahveci R, Başer Da, Koç Em, Artantaş Ab. Türkiye'deki Sivil Toplum Kuruluşlarının Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. *Ankara Medical Journal.* 2017;17(1).

106. Who. World Health Organization Handbook For Guideline Development. 2012. Geneva: World Health Organization. 2016.
107. Saturno Pj, Medina F, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón Jj. Validity And Reliability Of Guidelines For Neck Pain Treatment In Primary Health Care. A Nationwide Empirical Analysis In Spain. *International Journal For Quality In Health Care*. 2003;15(6):487-93.
108. Christiaens T, De Backer D, Burgers J, Baerheim A. Guidelines, Evidence, And Cultural Factors Comparison Of Four European Guidelines On Uncomplicated Cystitis. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. 2004;22(3):141-5.
109. Graham Id, Harrison Mb, Lorimer K, Piercianowski T, Friedberg E, Buchanan M, Et Al. Adapting National And International Leg Ulcer Practice Guidelines For Local Use: The Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. *Advances In Skin & Wound Care*. 2005;18(6):307-18.
110. Voellinger R, Berney A, Baumann P, Annoni J-M, Bryois C, Buclin T, Et Al. Major Depressive Disorder In The General Hospital: Adaptation Of Clinical Practice Guidelines. *General Hospital Psychiatry*. 2003;25(3):185-93.
111. Macleod Fe, Harrison Mb, Graham Id. The Process Of Developing Best Practice Guidelines For Nurses In Ontario: Risk Assessment And Prevention Of Pressure Ulcers. *Ostomy/Wound Management*. 2002;48(10):30-2, 4-8.
112. De Wit Nj, Mendive J, Seifert B, Cardin F, Rubin G. Guidelines On The Management Of H. Pylori In Primary Care: Development Of An Implementation Strategy. *Family Practice*. 2000;17(Suppl_2):S27-S32.
113. Shye D, Porath A, Browne Jb. Adapting A National Guideline For Local Use: A Comparative Case Study In A Us And An Israeli Health Maintenance Organization. *Journal Of Health Services Research & Policy*. 2000;5(3):148-55.
114. Tomlinson J, Baker R, Stevenson K, Lakhani M. The Leicestershire Local Guideline Adaptation And Implementation Programme: A Model For Clinical Effectiveness? *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*. 2000;6(2):225-9.
115. Brown Jb, Shye D, Mcfarland B. The Paradox Of Guideline Implementation: How Ahcpr's Depression Guideline Was Adapted At Kaiser Permanente Northwest Region. *The Joint Commission Journal On Quality Improvement*. 1995;21(1):5-21.
116. Durgut Mpt. Using Mass Media Communications To Promote Smoking Cessation In Turkey And Post-Test Measurement. *Journal Of Global Oncology*. 2018;4(Supplement 2):139s-S.
117. Sağlık Bakanlığı Tc, Halk Sağlığı Gm. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/duyurular/553-Tütün-Ve-Madde-Bağımlılığı-İle-Mücadele-Dairesi-Başkanlığı.Html>.
118. Maciosek Mv, Coffield Ab, Edwards Nm, Flottesmesch Tj, Goodman Mj, Solberg L1. Priorities Among Effective Clinical Preventive Services: Results Of A Systematic Review And Analysis. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2006;31(1):52-61.
119. Krumholz Hm, Weintraub Ws, Bradford Wd, Heidenreich Pa, Mark Db, Paltiel Ad. Task Force# 2—The Cost Of Prevention: Can We Afford It? Can We Afford Not To Do It? *Journal Of The American College Of Cardiology*. 2002;40(4):603-15.
120. Parrott S, Godfrey C. Economics Of Smoking Cessation. *Bmj*. 2004;328(7445):947-9.
121. Lancaster T, Stead L. Physician Advice For Smoking Cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:Cd000165.

122. Sinclair Hk, Bond Cm, Stead Lf. Community Pharmacy Personnel Interventions For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2004(1).
123. Joyce Aw, Sunderland Vb, Burrows S, Mcmanus A, Howat P, Maycock B. Community Pharmacy's Role In Promoting Healthy Behaviours. *Journal Of Pharmacy Practice And Research*. 2007;37(1):42-4.
124. Carr Ab, Ebbert J. Interventions For Tobacco Cessation In The Dental Setting. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2012(6).
125. Gordon Js, Albert Da, Crews Km, Fried J. Tobacco Education In Dentistry And Dental Hygiene. *Drug And Alcohol Review*. 2009;28(5):517-32.
126. Rice Vh, Stead Lf. Nursing Interventions For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2008(1).
127. Sarna L, Bialous Sa, Rice Vh, Wewers Me. Promoting Tobacco Dependence Treatment In Nursing Education. *Drug And Alcohol Review*. 2009;28(5):507-16.
128. Richmond Rl, Butler T, Belcher Jm, Wodak A, Wilhelm Ka, Baxter E. Promoting Smoking Cessation Among Prisoners: Feasibility Of A Multi - Component Intervention. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*. 2006;30(5):474-8.
129. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived Barriers To Smoking Cessation In Selected Vulnerable Groups: A Systematic Review Of The Qualitative And Quantitative Literature. *Bmj Open*. 2014;4(12):E006414.
130. Bonevski B, Bowman J, Richmond R, Bryant J, Wye P, Stockings E, Et Al. Turning Of The Tide: Changing Systems To Address Smoking For People With A Mental Illness. *Mental Health And Substance Use*. 2011;4(2):116-29.
131. Chapman S, Mackenzie R. The Global Research Neglect Of Unassisted Smoking Cessation: Causes And Consequences. *Plos Medicine*. 2010;7(2):E1000216.
132. Partos Tr, Borland R, Yong H-H, Hyland A, Cummings Km. The Quitting Rollercoaster: How Recent Quitting History Affects Future Cessation Outcomes (Data From The International Tobacco Control 4-Country Cohort Study). *Nicotine & Tobacco Research*. 2013;15(9):1578-87.
133. Patwardhan Pd, Chewning Ba. Ask, Advise And Refer: Hypothesis Generation To Promote A Brief Tobacco - Cessation Intervention In Community Pharmacies. *International Journal Of Pharmacy Practice*. 2009;17(4):221-9.
134. Vidrine Jj, 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 Internal Medicine*. 2013;173(6):458-64.
135. Network Tcl. Help Your Colleagues: Ask, Advise, Refer Model. 2010.
136. Raw M, Anderson P, Batra A, Dubois G, Harrington P, Hirsch A, Et Al. Who Europe Evidence Based Recommendations On The Treatment Of Tobacco Dependence. *Tobacco Control*. 2002;11(1):44.
137. Control Cfd, Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology And Behavioral Basis For Smoking-Attributable Disease: A Report Of The Surgeon General. 2010.
138. Group Rcopolta. Harm Reduction In Nicotine Addiction: Helping People Who Can't Quit: Royal College Of Physicians Of London; 2007.
139. Hall W, Gartner C. Ethical And Policy Issues In Using Vaccines To Treat And Prevent Cocaine And Nicotine Dependence. *Current Opinion In Psychiatry*. 2011;24(3):191-6.

140. Zhao Z, Harris B, Hu Y, Harmon T, Pentel Pr, Ehrich M, Et Al. Rational Incorporation Of Molecular Adjuvants Into A Hybrid Nanoparticle-Based Nicotine Vaccine For Immunotherapy Against Nicotine Addiction. *Biomaterials*. 2018;155:165-75.
141. Zeigler Df, Roque R, Clegg Ch. Optimization Of A Multivalent Peptide Vaccine For Nicotine Addiction. *Vaccine*. 2019;37(12):1584-90.
142. Panel Dg. Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update. 2008.
143. Shiffman S, Brockwell Se, Pillitteri JI, Gitchell Jg. Use Of Smoking-Cessation Treatments In The United States. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2008;34(2):102-11.
144. Stead Lf, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann - Boyce J, Cahill K, Et Al. Nicotine Replacement Therapy For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2012(11).
145. Fiore Mc, Jaén Cr, Baker Tb, Bailey Wc, Benowitz Nl, Curry Sj, Et Al. Treating Tobacco Use And Dependence: 2008 Update. Rockville, Md: Us Department Of Health And Human Services. 2008.
146. Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry-Special Topics*. 2009;2(2):41-4.
147. Lancaster T, Stead Lf. Individual Behavioural Counselling For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2017(3).
148. Stead Lf, Carroll Aj, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2017(3).
149. Shearer J, Shanahan M. Cost Effectiveness Analysis Of Smoking Cessation Interventions. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*. 2006;30(5):428-34.
150. Tubb Mr, Vonder Meulen Mb, Pallerla H, Regan S, Doarn Cr. Clinical Evaluation Of E-Quit Worrx: A Mobile App To Enhance Smoking Cessation Shared Decision Making In Primary Care. *Mhealth*. 2019;5.
151. Barnes J, Mcrobbie H, Dong C, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy For Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2019. 2019(Issue 6. Art. No.: Cd001008. Doi: 10.1002/14651858.Cd001008.Pub3.).
152. Wang J-H, Van Haselen R, Wang M, Yang G-L, Zhang Z, Friedrich Me, Et Al. Acupuncture For Smoking Cessation: A Systematic Review And Meta-Analysis Of 24 Randomized Controlled Trials. *Tobacco Induced Diseases*. 2019;17.
153. David S, Chu I, Lancaster T, Stead L, Evins A, Prochaska J. Systematic Review And Meta-Analysis Of Opioid Antagonists For Smoking Cessation. *Bmj Open* 2014;4(3):E004393. 2014.
154. Bhatnagar A, Whitsel Lp, Ribisl Km, Bullen C, Chaloupka F, Piano Mr, Et Al. Electronic Cigarettes: A Policy Statement From The American Heart Association. *Circulation*. 2014;130(16):1418-36.
155. Organization Wh. Backgrounder On Who Report On Regulation Of E-Cigarettes And Similar Products. Geneva: Noncommunicable Diseases And Mental Health. 2014.
156. Callahan-Lyon P. Electronic Cigarettes: Human Health Effects. *Tobacco Control*. 2014;23(Suppl 2):i36-i40.
157. Goniewicz Ml, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, Et Al. Levels Of Selected Carcinogens And Toxicants In Vapour From Electronic Cigarettes. *Tobacco Control*. 2014;23(2):133-9.

158. Malas M, Van Der Tempel J, Schwartz R, Minichiello A, Lightfoot C, Noormohamed A, Et Al. Electronic Cigarettes For Smoking Cessation: A Systematic Review. *Nicotine And Tobacco Research*. 2016;18(10):1926-36.
159. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, Et Al. A Randomized Trial Of E-Cigarettes Versus Nicotine-Replacement Therapy. *New England Journal Of Medicine*. 2019;380(7):629-37.
160. Flach S, Maniam P, Manickavasagam J. E - Cigarettes And Head And Neck Cancers: A Systematic Review Of The Current Literature. *Clinical Otolaryngology*. 2019.
161. Marcham Cl, Springston Jp. Electronic Cigarettes In The Indoor Environment. *Reviews On Environmental Health*. 2019;34(2):105-24.
162. Salepçi B. Sigara Bırakmada Diğer Farmakolojik Tedaviler Ve Gelişmekte Olanlar/Nikotin Aşısı.
163. Stead Lf, Lancaster T. Interventions To Reduce Harm From Continued Tobacco Use. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2007(3).
164. Krall Ea, Garvey Aj, Garcia R1. Smoking Relapse After 2 Years Of Abstinence: Findings From The Va Normative Aging Study. *Nicotine & Tobacco Research*. 2002;4(1):95-100.
165. Kenford Sl, Fiore Mc, Jorenby De, Smith Ss, Wetter D, Baker Tb. Predicting Smoking Cessation: Who Will Quit With And Without The Nicotine Patch. *Jama*. 1994;271(8):589-94.
166. Karcaaltincaba D, Kandemir Ö, Yalvac S, Güvendağ Güven E, Yildirim B, Haberal A. Cigarette Smoking And Pregnancy: Results Of A Survey At A Turkish Women's Hospital In 1,020 Patients. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*. 2009;29(6):480-6.
167. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions For Promoting Smoking Cessation During Pregnancy. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2009(3).
168. Sağlık Bakanlığı Tc. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. 2017.
169. Maziak W, Jawad M, Jawad S, Ward Kd, Eissenberg T, Asfar T. Interventions For Waterpipe Smoking Cessation. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. 2015(7).
170. Pharmaceutical Society Nz. The Dispensing Guide 2004. Wellington: Pharmaceutical Society Of New Zealand. 2004.

EK-1 Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Türkiye'de Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu Geliştirilmesi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	SIGORTA	☐						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐						
	ILAN	☐						
	YILLIK BİLDİRİM	☐						
	SONUÇ RAPORU	☐						
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐						
	DİĞER:	☐						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/100	Tarih: 15.05.2019						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**EK-2 Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu – Türkiye
(Taslağı)**



**BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK ULUSAL SİGARA
BIRAKMA KILAVUZU- TÜRKİYE
(TASLAĞI)**

DÜZCE

2019

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK ULUSAL SİGARA BIRAKMA KILAVUZU- TÜRKİYE

Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu Türkiye: Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde sigara bırakma önerilerinde bulunan sağlık profesyonelleri için kanıta dayalı bir kaynaktır. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin ortak çalışması ile, Avustralya ve Ürdün’deki birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzlarından adaptasyon yöntemi ile geliştirilmiştir.

Bu kılavuzun geliştirilmesinde ek olarak herhangi bir kurum veya kuruluştan herhangi bir destek alınmamıştır.

Sigara bırakma desteği konusunda önerilerin bu kılavuzda doğru bir biçimde sunulmasını sağlamak adına her türlü çaba gösterilmiş olsa da ilaç dozları ve hasta ile iletişim gibi hususlarda nihai sorumluluk uygulayan hekime aittir. Herhangi bir farmakoterapi uygulamasıyla ilgili ayrıntılı bilgi için lütfen üretici firmanın sunduğu ilaç bilgilerine bakınız.

İÇERİK DANIŞMA GRUBU

Dr. Öğr. Üyesi Cemil Işık Sönmez

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Ayhan Başer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Pınar Yıldız Gülhan

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Zemze Pınarcı Özbey

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Yunus Şengün

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Bu kılavuzun hazırlanması sürecinde kılavuzun konusu ile doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firmadan ya da herhangi bir ticari nitelikte firmadan, siyasi bir kurumdan, kılavuzun geliştirilme sürecinin herhangi bir basamağında verilen kararları etkileyebilecek maddi/manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Bu çalışma ile ilgili olarak herhangi bir yazarın çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık gibi durumlar bulunmamaktadır.

Çalışmamızın tarafsızlığı ile ilgili çıkar çatışması potansiyeli olan tek durum, adapte etmiş olduğumuz kılavuzlardan biri olan “RACGP- Supporting smoking cessation: a guide for health professionals” kılavuzunda belirtilmiş olan; bir üyenin QuitCoach ve onQ programları ile bağlantısı, iki üyenin Pfizer Pty Ltd ile bağlantısı, iki üyenin de GlaxoSmithKline Australia Pty Ltd ile bağlantısı bulunmaktadır.

ÖNERİLERİN KANIT DÜZEYLERİ VE GÜÇLERİ

Önerilerin kanıt düzeyleri

Seviye 1: İlgili randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemesinden elde edilen kanıtlar

Seviye 2: Bir veya daha fazla iyi tasarlanmış, randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıtlar

Seviye 3: İyi tasarlanmış ve randomize olmayan kontrollü çalışmalardan veya iyi tasarlanmış bir kohort veya vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar

Seviye 4: Vaka serisinden elde edilen kanıtlar, ya post-test ya da ön-test ve son-test

Seviye 5: Saygın otoritelerin klinik deneyime dayalı görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar, uzman komitelerinin raporları

Kanıt yok: Ele alınan konuyla ilgili genel uygulamaya ilişkin kanıt bulunamamıştır.

Kaynak: Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (NHMRC). Klinik pratik kılavuzlarının geliştirilmesi, değerlendirilmesi ve uygulanmasına yönelik bir rehber. Canberra: NHMRC, 1999.

Önerilerin gücü

A Öneriyi destekleyen iyi kanıtlar var.

B Öneriyi destekleyen makul kanıtlar var.

C Tavsiyenin dahil edilmesine veya hariç tutulmasına ilişkin yeterli kanıt yoktur, ancak diğer gerekçelerle önerilerde bulunulabilir.

Kaynak: Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Kolu. Klinik koruyucu hizmetler için rehber. 2. Baskı. Baltimore: Williams ve Wilkins, 1996.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ	1
SİĞARANIN VE SİĞARA BIRAKMANIN SAĞLIĞA ETKİLERİ.....	5
TÜRKİYE’DE PREVALANS ÇALIŞMALARININ RAPORLARINDAN ÖNEMLİ BULGULAR	7
TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ	10
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SİĞARA BIRAKMADAKİ ROLÜ	11
SİĞARA BIRAKMADA 5R VE 5Ö	14
NİKOTİN BAĞIMLILIĞI	30
SİĞARA BIRAKMADA FARMAKOTERAPİLER	32
Başlangıç Farmakoterapi Seçenekleri	34
Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)	35
Vareniklin	42
Bupropion	46
Kombinasyon Tedavileri	48
Kısa ve uzun etkili NRT’ler.....	48
Vareniklin ve NRT’ler.....	49
Bupropion ve NRT’ler.....	50
Diğer Farmakoterapi Seçenekleri	52
Nortriptilin.....	52
Potansiyel Seçenekler.....	52
SİĞARA BIRAKMADA BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEDAVİ.....	54
Kısa Tavsiyeler	54
Grup Terapisi ya da Bireysel Danışmanlık	55
Telefon Danışmanlığı ve Sigara Bırakma Hatları.....	55
Türkiye’de Sigara Bırakma Hattı Hizmetleri	56
Sigara İçme Dürtüsü ile Kendi Başına Başa Çıkma Yöntemleri.....	57
Sigara Bırakmada Etkisiz Yaklaşımlar	58

Sigara Bırakmada Kanıtlanmamış Yaklaşımlar.....	59
SİĞARA BIRAKMA YERİNE SİĞARAYI AZALTMA.....	62
NÜKS.....	63
BIRAKMA SONRASI KLİNİK KONTROLLER.....	64
ÖZEL İHTİYAÇLARI OLAN POPÜLASYONLARDA SİĞARA BIRAKMA DESTEĞİ	65
Gebe ve Emziren Kadınlar	65
Adölesan ve Gençler	68
Psikiyatrik Hastalığı Olanlar	69
Başka Madde Bağımlılıkları da Olanlar.....	71
Mahkumlar	72
Sigara ile İlişkili Hastalıkları Olanlar	72
NARGİLE KULLANIMI.....	75
İKİNCİ EL DUMAN.....	77
SİĞARANIN İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ	78
SİĞARA BIRAKMAYLA İLGİLENENLER İÇİN TÜRKÇE KAYNAKLAR	80

GİRİŞ

Tütün kullanımı, insan yaşam süresini kısaltan, dünya çapında önemli bir tehdittir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2008 yılında yaklaşık 5,4 milyon insanın erken ölümüne neden olduğunu ve şu anki trendlerde de bu sayının 2030'dan önce her yıl 8 milyon ölüme ulaşacağını tahmin etmektedir. Bu ölümlerin yüzde sekseninin gelişmekte olan ülkelerdeki insanlar arasında gerçekleşeceği düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003'te hazırlanan ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından 2004'te imzalanan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında; restoranlar, barlar, kafeler gibi alanlarda dumansız hava sahası uygulanması, tütün ürünleri üzerindeki vergilerin aşamalı olarak arttırılması, sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılarına yer verilmesi ve internet, televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçlarında reklamlar verilmesi ile <http://birakabilirsin.org/> portalının kullanımı gibi önemli halk sağlığı müdahaleleri yapılmıştır. Kamu politikasındaki değişiklikler ve toplumun tütünle ilgili tutumlarının değişmesinin bir sonucu olarak, tütün kullanımının sosyal olarak kabul edilebilir bir davranıştan antisosyal bir davranış statüsüne geçmesi amaçlanmaktadır. Böylece, tütünün insan sağlığına olumsuz etkilerinin azaltılmasının yanı sıra devlete olan mali yükünün de azaltılması hedeflenmektedir.

Türkiye'de 4 yılda bir yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) ve 2 yılda bir yapılan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması ile elde edilen sonuçlara göre 2008'de %31,2 olan tütün kullanım prevalansı 2012'de %27,1'e düşmüş, ancak 2014'te tekrar %32,5'e yükseldikten sonra 2016'da %31,6 ile düşme eğilimi yakalanmıştır. Bu süreç göz önünde bulundurulduğunda; başarılı olmuş uygulamaların devam ettirilmesi ve başarılı olması beklenen yeni uygulamaların hayata geçirilmesi de büyük önem taşımaktadır.

Birinci Basamağa Yönelik Ulusal Sigara Bırakma Kılavuzu- Türkiye, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri başta olmak üzere, farklı koşullarda çalışan pek çok sağlık profesyonelinin kullanabileceği pratik, özlü ve kanıta dayalı bir kaynak olmayı hedeflemektedir. Adaptasyon yöntemiyle oluşturulmuş olan bu kılavuz, tütünle mücadele eylemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha etkin yürütülmesini ve sigara bırakmaya ivme kazandırılmasını amaçlamaktadır. Ayrıntılı ve uzmanlık gerektiren sigara bırakma danışmanlığı yapamayacak olan sağlık profesyonellerinin de sigara bırakma sürecine katkı sağlayabilmesi de hedeflenerek hazırlanmış olan bu kılavuz, Türkiye'de sigara bırakma desteği hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu konusunda ülkedeki ilk kılavuz olma niteliği taşımaktadır.

Daha önce oluşturulmuş olan sigara bırakma kılavuzları Society for Research on Nicotine & Tobacco (SRNT) ve Society for the Study of Addiction (SSA) derneklerince desteklenen treatobacco.net internet sitesinden edinilmiş ve 22/08/2019 tarihinde kontrol edilmiştir. Doğrudan bu kılavuzlara ulaşmak için http://www.treatobacco.net/en/page_549.php linki kullanılabilir. Adaptasyon sürecine İngilizce dilinde yazılmış olup, son 5 yıl içerisinde oluşturulmuş veya güncellenmiş olan kılavuzlar dahil edilmiştir. Bu kılavuzların kalitelerini değerlendirmek için Rehber İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği (AGREE-II) kullanılmıştır. Kılavuzlar kalite değerlendirmesi sonrasında içerik, güncellik ve tutarlılık açılarından değerlendirilmişlerdir. Güncellenmesi ve düzeltilmesi gereken bilgiler tespit edilmiş, güncelliğini koruyan ve klinik koşullara uygun olan içeriklerin adapte kılavuza dahil edilmesi kararlaştırılmıştır. Oluşturulan taslak kılavuz, kılavuz oluşturma kurulunda olmayan uzmanlarca gözden geçirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra onaylanmıştır.

Oluşturulan kılavuzun hedef kitlelere ulaştırılması ve yaygınlaştırılması hususunda ilgili kurumlara kitapçık olarak dağıtılması ve maliyet etkin bir yöntem olarak online yayımlanması hedeflenmektedir. Bununla beraber kılavuzun 5 yılda bir güncellenmesi planlanmaktadır.

Kılavuz adaptasyonunu desteklemek adına veya finansal anlamda herhangi bir kuruluştan destek alınmamış olup, herhangi bir finansman kaynağının kılavuz içeriğine etkisi olmamıştır.

Tütün kontrolü konusunda müdahaleler yapan ve sigara bırakmanın önemini vurgulayan devlet kurumu T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı

- Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele ile ilgili hizmet plan ve programları hazırlamak, uygulanmasını sağlamak, izlemek ve değerlendirmek
- Görev alanı ile ilgili mevzuat hazırlama, uygulama ve geliştirme çalışmalarını yürütmek.
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapmak, ulusal ve uluslararası düzeydeki bilimsel gelişmeleri izlemek, değerlendirmek ve bunları hizmetin geliştirilmesinde kullanmak.
- “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması, uygulanması ve denetlenmesini sağlamak.
- Ulusal Tütün Kontrol Programının ve eylem planının uygulanmasını, izleme ve değerlendirmesini sağlamak.
- Hizmetlerin yürütülmesi için gereken organizasyonu ve koordinasyonu sağlamak, diğer Bakanlıklar, resmi ve özel kuruluşlar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapmak.
- Hizmetleri ile ilgili araştırma ihtiyaçlarını belirlemek, ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yaparak araştırma projeleri hazırlamak ve uygulanmasını sağlamak.
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak sağlık personelinin hizmet içi eğitim ihtiyacını saptamak, eğitim programını ve materyalleri hazırlamak, uygulanmasını sağlamak.
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak halkı bilgilendirme ve farkındalığı arttırmaya yönelik eğitim programları ve projeleri geliştirmek, eğitim materyalleri hazırlamak, bunların hedef kitleye ulaştırılmasını ve kullanılabilirliğini sağlamak.
- Bütün kamu ve özel kurum ve kuruluşlar, üniversiteler ve sivil toplum örgütlerinin bilgilendirilmesi amacıyla eğitim ve iş birliği toplantıları düzenlenmesini koordine etmek ve uygulamaları takip etmek.
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak izleme ve değerlendirme çalışmalarını yürütmek.
- Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele konusunda kampanyalar hazırlamak.

- Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi mevzuatını geliştirmek, çalışmalarını koordine etmek ve eğitimin verilmesini sağlamak.
- Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle ilgili yaygın/örgün eğitim kurumları ve basın yayın organları aracılığı ile toplumu bilgilendirmek.
- Faaliyet alanları ile ilgili eğitim, sempozyum, panel, çalıştay, seminer vs. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı sağlamak.



SİGARANIN VE SİGARA BIRAKMANIN SAĞLIĞA ETKİLERİ

Erken ölümün önlenebilir risk faktörleri arasında sigara başı çekmektedir. Hem kullanıcıya hem de topluma verdiği zararlar nedeniyle sigaraya hiç başlamamak, fakat başlandıysa da bırakmak büyük önem arz etmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması çalışmasında, ülkemizde sigara bırakma konusundaki en önemli motivasyon kaynağının sağlık sorunları olduğu görülmüştür. Sigarayı bırakmış bireylerin %62,4'ü bir sağlık sorunu nedeniyle bıraktığını ifade etmiştir.

Sigara kullanmanın sağlığa olumsuz etkileri; gözlerde makula dejenerasyonu ve katarakt, beyinde serebrovasküler olay, saçlarda dökülme, ciltte yaşlanma, kırışıklık ve yara enfeksiyonu, ağız ve farinkste kanser ve dişeti hastalığı, akciğerlerde pnömoni, KOAH ve kanser, kalpte koroner damar hastalığı, midede ülser ve kanser, pankreasta kanser, mesane ve böbreklerde kanser, arterlerde periferik arter hastalığı, kemiklerde osteoporoz, kadın genital organlarında düzensiz ve ağrılı menstrüel periyotlar, erken menopoza ve servikal kanser, erkek genital organlarında erektil disfonksiyon şeklinde sıralanabilir.

Türkiye’de tütün kullanımına bağlı ölümler konusunda yeterli veri kaynakları olmamasına rağmen kalp-damar hastalıkları ve kanser ölümleri kullanılarak bu konuda bazı tahminler yapılabilir. Kardiyovasküler nedenli ölümlerin yaklaşık üçte birinin ve kanser (akciğer, larinks, orofarinks, özofagus ve serviks) ölümlerinin de %37,1’inin (erkeklerde %46,5, kadınlarda %18,9) “tütün ile ilişkili” olduğu kabul edilebilir. Tütün kullanımı ile ilişkili olduğu bilinen bir diğer hastalık da KOAH’tır. Birçok vakada bronşit, amfizem ve astım çoğunlukla spesifik hastalık isimleri ile değil de “solunum sisteminin diğer hastalıkları” adı ile kodlanabilmekte ve veri kaynaklarında “diğer solunum” hastalıkları grubunda yer alabilmektedir. Bu nedenle, tütün kullanımına bağlı solunum sistemi hastalığı yükünün hesaplanmasında bu iki kod ile belirtilen hastalıklar birlikte değerlendirilmelidir. Bu şekilde yapılan değerlendirmede, Türkiye’de tütün kullanımına bağlı solunum sistemi hastalığı yükü yaklaşık %8,9 olarak hesaplanabilir.

Sigara bırakmanın genel faydaları ise şu şekildedir:

- 12 saat içinde karbonmonoksit seviyesi normale gelir.
- 72 saat içinde hava yollarının gevşemesi ile nefes darlığı azalmaya başlar.
- 12 hafta sonra sistemik dolaşım ve akciğer fonksiyonlarındaki düzelme belirginleşir.
- 9. ayda nefes darlığı, hırıltı, öksürük gibi solunumsal şikayetler büyük oranda azalır.

- 1 yıl içinde %50 azalan kalp krizi riski 15 yıl içinde hiç sigara içmemiş bir bireyle aynı risk düzeyine düşer.
- 10 yıl içinde akciğer kanseri, ağız, gırtlak, özofagus, serviks ve mesane kanseri riski %50 azalır.
- 5-15 yıl içinde felç riski azalır.
- 30 yaşında bırakmak beklenen yaşam süresini 10 yıl uzatır. 40 yaşında bırakmak 9 yıl uzatırken, 50 yaşında bırakarak 6, 60 yaşında bırakarak yaşam beklentisi 3 yıl artmaktadır.



TÜRKİYE'DE PREVALANS ÇALIŞMALARININ RAPORLARINDAN ÖNEMLİ BULGULAR

- Türkiye’de tütün ürünü içme prevalansı genel toplumda %31,5 olup, erkeklerde %43,4 ve kadınlarda %19,7’dir.
- 2008 ile 2012 yılları arasında Türkiye’de tütün kullanım prevalansı %31,2’den %27,1 değerine düşmüştür. Ancak 2014’te tekrar %32,5’e yükseldikten sonra 2016’da %31,6 ile düşme eğilimi yakalanmıştır.
- 2008 ile 2012 yılları arasındaki azalma hem erkeklerde (%47,9’dan %41,5’e) hem de kadınlarda (%15,2’den %13,1’e) olmuştur. 2016 yılında bu oranlar erkeklerde %44,1’e, kadınlarda %17,4’e yükselmiştir.
- Her iki cinsiyette de en yüksek oranda tütün ürünü içen yaş grubu %41,8 ile 30-44 yaş grubu olup, ardından %32,4 ile 45-59 yaş grubu ve %30,6 ile 15-29 yaş grubu gelmektedir. 30-44 yaş grubunda erkeklerde %54,0 gibi çok yüksek bir oran görülürken, kadınlarda bu oran %29,3’tür.
- Halen tütün ürünü içenlerin %92,8’i bu ürünleri günlük olarak tüketmekte olup, günlük tütün ürünü içenlerin prevalansı da %29,2’dir. Erkeklerin %40,4’ü, kadınların da %18,2’si günlük tütün ürünü içmektedir.
- Günlük tütün ürünü içenlerin ortalama içmeye başlama yaşı, 18,1’dir. (Erkekler 17,2 yaş, kadınlar 20,2 yaş).
- Günlük tütün ürünü içenlerin %97,3’ü mamul sigara içmektedirler. Her gün tütün ürünü içenler arasında günlük ortalama içilen mamul sigara sayısı 15,5 ve el sarması sigara sayısı 1,1 olarak bulunmuştur.
- Tütün ürünü içmesine rağmen her gün içmeyenler nüfusun %2,3’üdür. Erkeklerin %3,1’i, kadınların ise %1,5’idir.
- Önceden tütün ürünü içip halen kullanmayanların prevalansı %10,7’dir. Bu oran da erkeklerde (%14,8) kadınlardan (%6,6) daha yüksek bulunmuştur.
- Hiç tütün ürünü içmemiş bireylerin prevalansı genel toplumda %57,8 olup, erkeklerde %41,8 ve kadınlarda %73,7’dir.
- Halen tütün ürünü kullanan her 10 kişiden 3’ü son 12 ay içinde bırakmayı denemiştir. Bu girişimi yapma oranları erkeklerde (%29,4) kadınlardan (%23,0) fazla olup, toplamda %27,4’tür.
- Halen tütün kullanımı (dumanlı veya dumansız) prevalansı %31,6 olup, tüm nüfusta dumansız tütün ürünü kullanma prevalansı %0,3’tür.

- 2017 yılı verilerine göre kaybedilen yaşam yılına ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılına atfedilen en ciddi risk faktörü aktif ve pasif tütün kullanımıdır. Engellilikle geçen yaşam yılına atfedilen risk faktörleri arasında da üst sıralarda yer almaktadır.
- Halen tütün ürünü içenlerin %22,3'üne son 12 ay içinde hekim ya da başka bir sağlık çalışanı tarafından tütün kullanmayı bırakması tavsiye edilmiştir. Bu oran erkeklerde %21,2 olup, kadınlarda %24,7'dir.
- Erkeklerin %18,6'sı ve kadınların %11,1'i olmak üzere tüm nüfusun %14,8'ine hekim ya da başka bir sağlık çalışanı tarafından tütün kullanmayı bırakma veya kullanmaya hiç başlamama konusunda tavsiye verilmiştir.
- Türkiye'de 15 yaş üstü her dört kişiden üçü (%76,2) tütün kullanımının iki ya da daha fazla olumsuz sağlık etkisi olduğunu belirtebilmektedir.
- Bütün kamusal kapalı alanlarda sigara dumanından pasif etkilenim sıklığında anlamlı düzeyde azalma olmuştur; en belirgin azalma restoranlarda gözlenmiştir (2008 yılında %55,9, 2012 yılında %12,9).
- Resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında ve toplu taşıma araçlarında sigara dumanından pasif etkilenim bakımından anlamlı azalma olmuştur.
- 5727 sayılı kanun kapsamında olmamakla birlikte evlerde sigara dumanından pasif etkilenim düzeyinde de ciddi oranda azalma meydana gelmiştir
- Sigara satın almak için aylık harcama önemli şekilde artmıştır; aylık harcama 2008 yılında asgari ücretin %12,7'si düzeyindeyken 2012 yılında aylık sigara harcaması asgari ücretin %20,8'i düzeyine yükselmiştir.
- Sağlık personeli tarafından sigara içme durumunun sorulması ve sigara içiyorsa bırakma tavsiyesi yapılması bakımından 2008-2012 arasında önemli bir değişiklik olmamıştır. Bununla birlikte kadınlarda her iki göstergede de istatistik olarak anlamlı düzeyde artış olmuştur; sigara içme durumunun sorulması %48,8'den 2012 yılında %56,3'e ve bırakma tavsiyesi yapılması da %38,0'den 2012 yılında %46,4'e yükselmiştir.
- Yetişkinler arasında sigara karşıtı mesaj görme sıklığı 2008 ve 2012 yılları arasında artmıştır; rölatif değişim %5,3 düzeyindedir. Artış en fazla televizyonda mesaj görme konusunda olmuştur (2008 yılında %85,5 iken 2012 yılında %91,4'e yükselmiştir).
- Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarılarını görme nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme 2008 ile 2012 yılları arasında anlamlı olarak artmıştır; rölatif değişim %14,4 düzeyindedir.

- Sigara dumanından pasif etkilenimin sağlık sorunlarına neden olduğu bilgisi bakımından önemli bir değişme olmamıştır; ancak bu konudaki bilgi düzeyi zaten çok yüksektir; (hem 2008 hem de 2012 yıllarında %96,0-97,8 düzeylerinde).



TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Hekim tavsiyelerinin sigara bırakmadaki etkinliği bilinmektedir, ancak hemşireler, eczacılar, psikologlar, diş hekimleri ve sosyal hizmet uzmanları gibi sağlık çalışanlarından gelen tavsiyelerin de sigara bırakma konusunda yardımcı olduğuna dair somut kanıtlar da vardır. Sigara bağımlılarına sigarayı bırakma tavsiyesinde bulunmak için 10 dakikadan daha uzun süre ayrıldığında kısa tavsiyeden daha etkili olduğu, ancak 3 dakika kadar kısa bir süre ayırarak öneri sunmanın da önemli faydaları olduğu gösterilmiştir. Sigara bağımlısı çok sayıda bireye kısa tavsiye vermek, az sayıda bireye uzun zaman ayırmaktan daha etkin ve verimlidir.

Sigarayı bırakmak, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi tedavisi gibi diğer tıbbi tedaviler ve hastalıkları önleyici tedbirlere kıyasla hem maliyet açısından hem de klinik olarak daha etkilidir. Araştırmalar, kişi başına düşen yıllık maliyetlerde tasarruf sağlayan sigara bırakma müdahalelerinin en uygun maliyetli sağlık müdahalelerinden biri olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağında aşılama ve yüksek riskli yetişkinlerde aspirin kullanımı ile birlikte, tütün kullanımını azaltma çabaları, insan sağlığı için en faydalı önleyici müdahaleler arasında yer almaktadır.

Tavsiye temelli yardım ve farmakoterapi kullanımı ile hem bırakma girişimlerinin başarı oranını artırılabilir, hem de bu ikisi beraber kullanıldığında kümülatif bir fayda oluşturmaktadır. Sigara bağımlılarının bireysel özellikleri ve tecrübeleri göz önünde bulundurularak, bireysel ya da grup danışmanlığı, farmakoterapi veya her ikisi birden olmak üzere mutlaka sigara bırakma desteği önerilmelidir.

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SİGARA BIRAKMADAKİ ROLÜ

Sağlık profesyonellerinin sigarayı bırakma tavsiyesi ve desteği, tütün kontrolüne yönelik kapsamlı bir yaklaşımın kilit unsurlarıdır. Sağlık profesyonelleri, sigara bağımlılarına sigarayı bırakma fırsatları sunarak Türkiye’deki tütün kontrolü çalışmalarına ve toplum sağlığı hizmetlerine önemli katkı sağlayabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastaneler, diş hekimi klinikleri, eczaneler gibi sağlık hizmeti sunulan ortamlarda olduğu gibi işyerleri, hapishaneler, okullar, devlet kurumları, sosyal hizmet kurumları gibi sağlık hizmeti amacı gütmeyen ortamlarda teşvik edici bir çevre oluşturulabilir. Her meslek grubundan sağlık profesyoneli bu noktada katkı sağlayabilir. DSÖ sigara bağımlılarına sigara bırakma tavsiyesinde bulunma ve bırakma desteği önerilmesi konusunda hastaya erişim gibi faktörlerin meslek tanımından daha öncelikli olduğunu belirtmektedir. Birinci basamak hemşireleri uygulamalarda önemli rol oynayabilir ve hatta sigara bırakma desteği konusunda beceri kazanarak kendilerini geliştirme potansiyelleri vardır.

Sağlık profesyonelleri sigara bağımlılarının eğitilmesi ve motive edilmesinde, nikotin bağımlılıklarını değerlendirme ve sigara bırakma desteği sağlamada önemli rol oynamaktadırlar. Tüm sağlık profesyonelleri sigara bağımlılarını sistematik olarak değerlendirmeli, sigara içme durumlarını öğrenmeli, onlara her fırsatta tavsiyede bulunmalı ve sigara bırakma tedavisi önermelidir. Bireyde sigaranın sebep olduğu veya daha da kötüleştirdiği bir problem ortaya çıktığında sağlık çalışanlarının sigarayı bırakma konusunu gündeme getirmesi hayati önem arz etmektedir.

Sigara bırakma desteğinin etkinliğini artırabilecek bir dizi kanıta dayalı strateji vardır. Sigara bırakma konusunda sistematik bir yaklaşımın sağlanması ile başarı seviyeleri daha yüksek olacaktır. Bekleme odası anketleri uygulanan veya danışmanlık sağlayacak ek personel kullanılarak yapılan araştırmalarda, bu uygulamaların sigara bırakma oranlarını artırdığı görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin günlük iş yoğunluğu içerisinde sigara bırakma desteği veya tedavisi hizmetlerini veremedikleri durumlarda bireyleri Alo 171 sigara bırakma hattı ya da sigara bırakma polikliniklerine yönlendirebilirler. Ülkemizde 81 ilde toplam 450 sigara bırakma polikliniği hizmet vermektedir.

Sigarayı bırakma için kısa müdahaleler; her fırsatta tavsiye, teşvik ve yönlendirmeyi içerir. Müdahaleler aşağıdakilerden bir veya birkaçını içermelidir:

- Kısa bir tavsiye ile sigara bırakmanın önerilmesi
- Sigara bağımlısının sigara bırakma ilgisinin değerlendirmesi
- Uygunsa farmakoterapi önerilmesi
- Sigara içme dürtüsü ile kendi başına başa çıkma yöntemleri

- Muayene sırasında danışmanlık önerilmesi ya da sigara bırakma hattı veya akredite bir sigara bırakma uzmanı gibi alternatiflere yönlendirilmesi.

Uygun Sigara Bırakma Tavsiyesi Yapılmasına Engeller Olabilecek İnançlar

Sağlık profesyonellerinin oynayacağı en kilit rol; bireylerin sigara kullanma durumlarını sormak, tavsiye ve destek önermektir. Sağlık profesyonellerinin sigara bırakma konusunda tavsiyede bulunmalarının önündeki engeller olarak şunlar sıralanabilir:

- Uygulamaların etkisiz olduğu algısı
- Zaman kaybı olduğu düşüncesi
- Sigara bırakma danışmanlığı becerilerinde eksiklik
- Hastanın sigara konusunda alingan olduğu algısı nedeniyle konuyu dile getirmede isteksizlik
- Hastanın motivasyon eksikliği olduğu algısı.

Sigarayı Bırakmanın Önündeki Engeller;

İnanç / Kanıt

Sigara bırakma danışmanlığı işimin bir parçası değil. / Hastaların çoğu sigara bırakma danışmanlığının klinik işlerinizin bir parçası olduğunu düşünmektedir.

Tüm sigara bağımlısı hastalarımı danışmanlık yaptım. / Sigara bağımlılarının yalnızca %45-71'i danışmanlık hizmeti almaktadır.

Sigara bağımlıları sigarayı bırakmakla ilgilenmiyor. / Neredeyse tüm sigara bağımlıları sigarayı bırakmakla ilgileniyor, ancak bazıları geçmiş başarısızlıkları nedeniyle erteliyor. Sigara bağımlılarının %40'ından fazlası her yıl sigara bırakma girişiminde bulunmakta, daha yüksek oranlarda da bu konu üzerine düşünmektedirler.

Etkili olamıyorum. / Klinisyenler, 6-12 ayın üzerinde sigara bırakma ve %12-25 kaçınma alışkanlığı geliştirme başarıları göstererek önemli halk sağlığı kazanımları sağlamaktadırlar.

Sigara bağımlıları sigara kullanma durumlarının sorgulanmasından rahatsız olurlar. / Sigara uygun bir şekilde ele alındığında muayene sonrası memnuniyet daha yüksektir.

Sigara bağımlılarına danışmanlık yapacak vaktim yok. / Etkili danışmanlık veya yönlendirme bir dakika kadar sürmektedir.

Kanıt

Sağlık profesyonellerinin verdiği sigara bırakma tavsiyeleri, bırakma oranlarının artmasında etkilidir. En büyük etki, kişiyi bırakma girişimine motive etmeye yapılan yardımdır. **Seviye 1**

Tüm sağlık profesyonelleri sigara bırakma önerileri sunmada etkili olabilirler. **Seviye 1**

Öneri

Sigara bağımlılarına sigarayı bırakmaları için kısa bir tavsiye verilmelidir. **Güç A**

SİGARA BIRAKMADA 5R VE 5Ö

Tütün bağımlılığı, tekrarlayan bırakma tedavileri ve düzenli kontrol gerektiren kronik bir durumdur. Sigara bağımlılarının pek azı ilk denemelerinde uzun süre sigara kullanmama başarısı gösterebilirken, çoğunluğu ise uzun süre veya kalıcı olarak bırakmadan önce birden fazla kez nüks-remisyon siklusları tecrübe ederler. 40 yaşında ortalama bir sigara bağımlısının, çoğu yardım almadan, 20 başarısız sigara bırakma girişiminde bulunduğu tahmin edilmektedir.

Sigara bağımlısı bireyleri tespit etmek, sigara içme durumlarını ortaya koymak, bırakmalarının önündeki engelleri keşfetmek ve yardım önerisi sunmak için her fırsatın değerlendirilmesi çok önemlidir.

Sigara bırakma girişiminde bulunanların çoğu aniden bırakma, kendi kendine azaltma gibi yardımsız bırakma yöntemleri denemiştir, ancak günümüzde sigara bırakma girişiminde bulunanların yarısından fazlası başta ilaçlar olmak üzere bazı yardım yöntemlerini kullanmaktadırlar. Sigara bağımlıları yardımsız bırakmayı denemek istiyorsa bu tercihlerine saygı gösterilmeli, ancak isterlerse yardım sağlanabileceği ve bu sayede başarı şansının da artacağı konusunda bilgilendirilmeleri gerekir. Özellikle uzun süreli başarı elde edememiş ve birden fazla sigara bırakma girişimi olmuş bireyler için bu öneri çok önemlidir. Sigara bağımlılarının çoğu başarılı bir şekilde bırakmak için teşvik, yardım ve rehberliğe ihtiyaç duymaktadır. Daha fazla nikotin bağımlılığı olan sigara bağımlılarının hem tedaviye ihtiyaç duymaları hem de tedavi talep etmeleri daha olasıdır.

Sigarayı henüz bırakmış bir bireyle karşılaşıldığında, birey kararından ve başarısından dolayı tebrik edilmeli ve içmemeyi sürdürmesi için motive edilmelidir. Sağlık açısından kazanacağı yararlar anlatılmalıdır. Karşılaşılan ve karşılaşılabilecek sorunlar, yoksunluk belirtileri, olası tehlikeler konusunda görüşülmeli ve çözüm önerileri sunulmalıdır.

ABD Klinik Uygulama Rehberi tarafından önerilen 5Ö yaklaşımı ya da diğer bir adıyla etkili tütün bırakma danışmanlığının beş bileşeni, sigara bağımlılarının tanımlanması ve sigara bırakma girişimlerini desteklemek için yardım önerilmesini tanımlamakta olup, sigara bırakma süreçlerini yapılandırmaları için sağlık profesyonellerine kanıta dayalı bir çerçeve sunmaktadır. Bu yaklaşım Hollanda ve DSÖ'nün kılavuzlarında doğrudan kabul edilmiş olup, bazı ülkelerin kılavuzlarında ise değiştirilmiş biçimde kabul edilmiştir. Birleşik Krallıkta dış hekimliği pratiği için Öğren, Öner, Yap (Ask, Advise, Act) şeklinde 'çok kısa bir tavsiye' yaklaşımı önerilmektedir (İngiltere Ulusal Sigara Bırakma ve Eğitim Merkezi www.ncset.co.uk). Ürdün'de birinci basamağa yönelik sigara bırakma kılavuzunda ise Öğren, Öner, Konsulte et (Ask, Advice, Refer) şeklinde kısa tavsiye önerisi de yer almıştır (Kral Hüseyin Kanseri Vakfı www.khcc.jo/en).

5R

Bırakma konusunda isteksiz olan bireylere 5R yöntemi uygulanmalıdır. R1 (Relevance) İlişki, R2 (Risks) Riskler, R3 (Rewards) Ödüller, R4 (Roadblocks) Engeller ve R5 (Repetition) Tekrar şeklinde Türkçeleştirilmektedir.

R1 (İlişki)

Sigara içmenin getireceği zararlar bireyin mevcut durumuyla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir. O anki hastalık durumu, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, ileride hastalanma endişesi üzerinde durulmalıdır. Sigara bırakmanın hastanın kendisi ile ilgili olduğu, daha önceki bırakma deneyimleri zorluklarla birlikte değerlendirilmelidir. Dünya Aile Hekimleri Örgütü WONCA'nın tanımlamış olduğu çekirdek yeterliliklerden biri olan kişi merkezli yaklaşım uygulaması, Aile Hekimlerine bu konuda büyük avantaj sağlamaktadır.

R2 (Riskler)

Sigara kullanımının neden olduğu kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Bireyden sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip, kendisiyle ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Düşük nikotinli, düşük katranlı sigara içmenin ya da puro, pipo gibi diğer tütün ürünlerini kullanmanın hastalanma riskini azaltmadığı anlatılmalıdır. Aşağıda da özetlendiği gibi olası hastalık risklerinden örnekler verilerek hastalar bilinçlendirilmelidir (Sigara ve Sigarayı Bırakmanın Sağlık Etkileri başlığına da bakınız).

Akut Riskler: Nefes darlığı, astım alevlenmesi, gebeliğin zarar görmesi, impotans, infertilite, solunum yolları enfeksiyonu riskinde artış.

Uzun Dönem Riskler: Kalp krizi, İnme, Akciğer kanseri başta olmak üzere oral kavite kanserlerinden akut miyelositik lösemiye pek çok kanser, KOAH, osteoporoz, uzun süreli maluliyet ve yoğun bakım ihtiyacı.

Çevresel Riskler: Eşinde artmış akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarında artmış astım, orta kulak iltihabı ve solunum yolu enfeksiyonu riski (İkinci El Duman başlığına da bakınız).

R3 (Ödüller)

Bireye sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği

konusunda bilgi verilmelidir (Sigara ve Sigarayı Bırakmanın Sağlık Etkileri başlığına da bakınız).

- Sağlık durumunda düzelme
- Yemeklerden daha iyi tat alma
- Koku alma duyusunda iyileşme
- Para biriktirme
- Kendini daha iyi hissetme
- Ev, araba, elbise ve nefesinin daha iyi kokması
- Çocuklarına iyi örnek olma
- Sağlıklı bebek ve çocuklara sahip olabilme
- Fiziksel aktivitenin iyileşmesi (daha hızlı yürüme, daha rahat merdiven ve yokuş çıkma)
- Ciltteki kırışıklıklar ve yaşlanmanın azalması

R4 (Engeller)

Sigara bırakmanın önündeki olası engeller tespit edilmeli ve bireyin bu engelleri aşması için çözüm önerileri sunulmalıdır. Sık görülen engeller şunlardır:

- Yoksunluk belirtileri
- Başarısızlık korkusu
- Kilo alma
- Destek yoksunluğu
- Depresyon
- Sigara içmekten hoşlanma
- Sigara içicileri ile bir arada bulunma
- Etkin tedavilerin varlığından haberdar olmama

R5 (Tekrar)

İsteksiz bireylerin her klinik başvurularında motivasyonel desteğin tekrarlanması gerekir. Daha önce defalarca deneyip başarılı olamamış bireylere bu

durumun bir sonraki denemesinde de başarısız olacağı anlamına gelmediği, başarılı bırakmanın birkaç denemeden sonra gerçekleşebileceği anlatılmalıdır.

ÖÖK (AAR)

Kısa tavsiye, bireylerin sigara kullanmaları nedeniyle maruz kaldıkları riskleri ve sigarayı bıraktıkları zaman elde edecekleri faydaları anlamalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Tek başına tütün bağımlılığını tedavi etmez, ancak tütün kullanıcılarını bırakma girişiminde bulunmaya teşvik eder. Ağır sigara bağımlılarına yapılan kısa tavsiyeler, onları tedavi için başvurmaya ve tedavi aramaya teşvik edebilir.

“ÖÖK” modeli, sağlık profesyonelinin (doktor, hemşire, diş hekimi, eczacı, ebe...) sigara içen bireyleri tespit ettiği ve tanımladığı, sigarayı bırakmalarını önerdiği, sigaranın zararlı etkileri hakkında bazı bilgiler verdiği ve onları bir sigara bırakma polikliniği ya da sigara bırakma hattına yönlendirdiği veya basılı materyaller gibi başka kaynakları sunduğu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılması önerilen bir modeldir.

Ö1 (Ask) Öğren, Ö2 (Advise) Öner ve K (Refer) Konsulte et şeklinde Türkçeleştirilmektedir ve bu üç adım yaklaşık olarak 3 dakika sürmektedir:

Ö1 (Öğren)

- Her bireye her görüşmede (yılda en az bir kez) sigara kullanma durumunu sorarak kişiler aktif kullanıcı, bırakmış ya da hiç kullanmamış olarak tespit edilmelidir.
- Hangi tür tütün ürünü kullandığı saptanmalıdır.
- Kullanım sıklığı saptanmalıdır (günlük sigara sayısı ya da günlük/haftalık nargile sayısı gibi).
- Hastanın klinik kayıtlarına sigara kullandığı kaydedilmelidir.

Ö2 (Öner)

- Net, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir biçimde tütün kullanıcısı bırakmaya teşvik edilmelidir.
- Eğer ilişkiliyse, sigaranın mevcut sağlık problemleriyle nasıl ilişkili olduğu ve sigarayı bırakmanın nasıl yardımcı olabileceği açıklanmalıdır. (Sigara ve Sigarayı Bırakmanın Sağlık Etkileri başlığına bakınız)

- Sigara bırakmanın faydalarının altı çizilmelidir. (Sigara ve Sigarayı Bırakmanın Sağlık Etkileri başlığına bakınız)
- Önceki bırakma girişimlerinde başarılı olamamış olan tütün kullanıcılarına, başarılı sigara bırakma girişimi öncesinde çoğu insanın tekrar tekrar denediği söylenmelidir.
- Hastaya verilen tavsiye/tavsiyeler hastanın klinik kayıtlarına not edilmelidir.

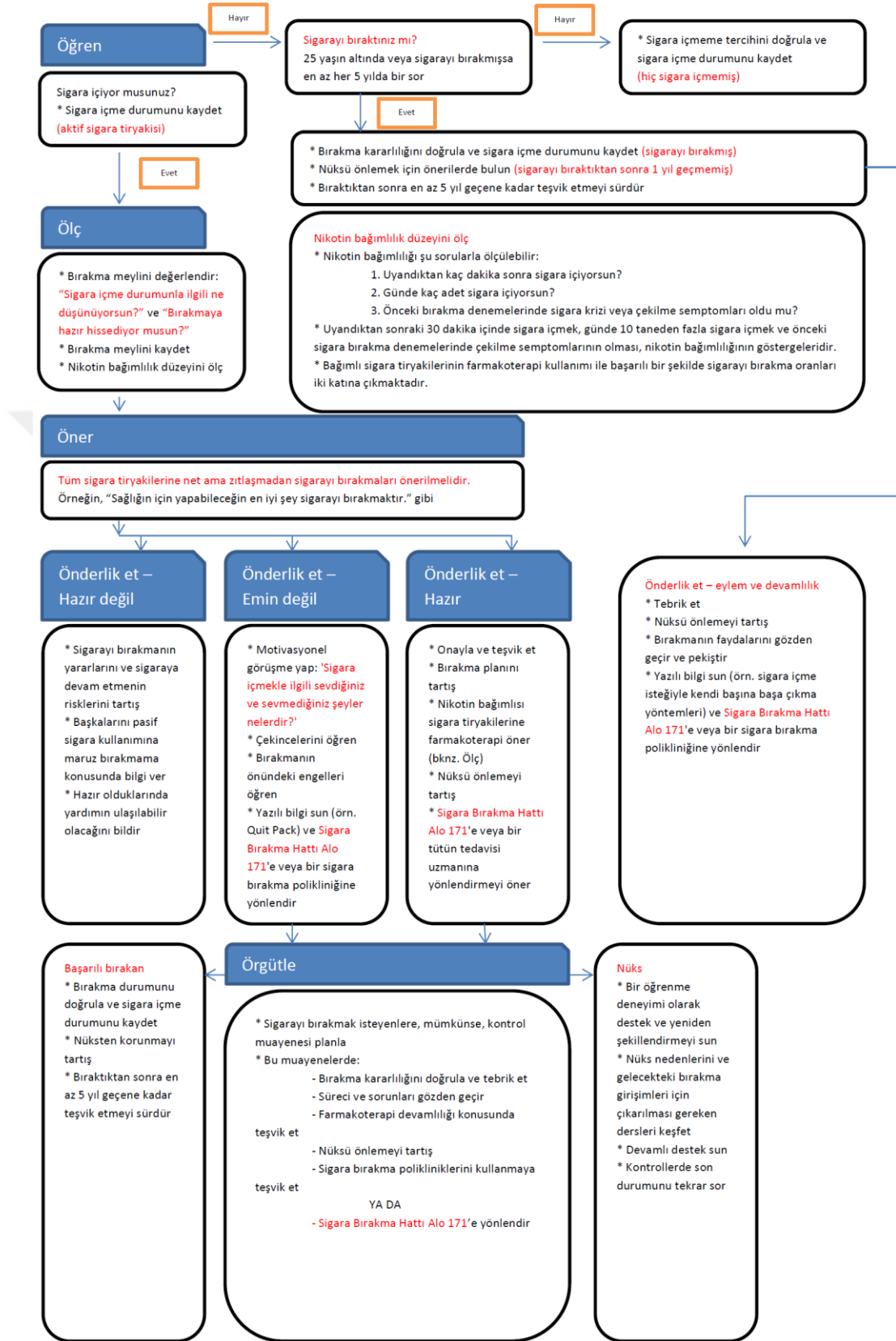
K (Konsulte Et)

- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardımcı olunmalıdır. Bireylere sigara bırakma desteği sağlayacak yetkinlik veya zamanınız yoksa, sigara bağımlılarını sigara bırakma birimlerine veya Sigara Bırakma Hattı Alo 171'e yönlendirin. Yetkinlik ve zamanınız varsa, yüz yüze destek sağlayın.
- Tüm bağımlılar için (mümkünse) sigara içme dürtüsü ile kendi başına başa çıkma yöntemleri geliştirin.
- Hasta için yapılan her şeyi mutlaka hastanın klinik kayıtlarına not edin.

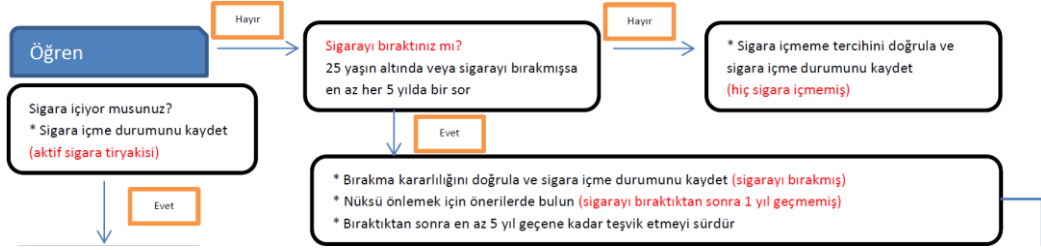
5Ö (5A)

5Ö'nün yapısı, sigara bağımlılarının sigara bırakma konusundaki ilgi düzeylerine göre sağlık profesyonellerinin uygun destek sağlamalarına olanak verir (Şekil 1). Ö1 (Ask) Öğren, Ö2 (Assess) Ölç, Ö3 (Advise) Öner, Ö4 (Assist) Önderlik et, Ö5 (Arrange) Örgütle şeklinde Türkçeleştirilmektedir. Sağlık profesyonelleri, mümkün oldukça, sigara bağımlılarının bırakma motivasyonu ve güvenlerini geliştirmek adına sigara bağımlılarıyla uzun süreli ve devam eden ilişkiler kurmalıdırlar. Sağlık profesyonellerinin tüm bireylere tütün kullanıp kullanmadıklarını sormaları, bırakma konusundaki isteklerini değerlendirmeleri, bırakmanın önemini vurgulayan tavsiyelerde bulunmaları ve kendi başlarına ya da başka bir birime yönlendirerek sigara bırakma desteği sunmaları önemlidir.

Şekil-1. 5Ö yaklaşımı



Ö1 (Öğren)



Sağlık profesyonelleri her bireye sigara içip içmediğini sormalı ve sigara içme durumlarını kaydetmelidir. Tütün kullanımını belgeleyen kayıt sistemleri, klinisyenlerin sigara bağımlılarına müdahale etme oranlarını neredeyse iki katına çıkarmakta ve beraberinde sigara bırakma oranlarını yükseltmektedir. Bilinen sigara bağımlılarıyla her görüşmede sigara hakkında konuşmaya devam etmeyi ve sigarayı bırakmaya hazır olup olmadıklarını konuşmayı deneyin.

Kanıt

Tütün kullanımını saptamak ve belgelemek için tasarlanmış bir sistemin kurulması ile sağlık profesyonellerinin duruma müdahale oranları neredeyse iki katına çıkar ve bırakma oranlarında artışla sonuçlanır. **Seviye 2**

Öneri

Tüm sigara bağımlılarını saptayan ve tütün kullanımını belgeleyen bir sistem, her hekimlik uygulamasında ve sağlık hizmetlerinde kullanılmalıdır. **Güç A**

Ö2 (Ölç)

Ölç

* Bırakma meylini değerlendir:
"Sigara içme durumunla ilgili ne düşünüyorsun?" ve "Bırakmaya hazır hissediyor musun?"

* Bırakma meylini kaydet

* Nikotin bağımlılık düzeyini ölç

Nikotin bağımlılık düzeyini ölç

* Nikotin bağımlılığı şu sorularla ölçülebilir:

1. Uyandıktan kaç dakika sonra sigara içiyorsun?
2. Günde kaç adet sigara içiyorsun?
3. Önceki bırakma denemelerinde sigara krizi veya çekilme semptomları oldu mu?

* Uyandıktan sonraki 30 dakika içinde sigara içmek, günde 10 taneden fazla sigara içmek ve önceki sigara bırakma denemelerinde çekilme semptomlarının olması, nikotin bağımlılığının göstergeleridir.

* Bağımlı sigara tiryakilerinin farmakoterapi kullanımı ile başarılı bir şekilde sigarayı bırakma oranları iki katına çıkmaktadır.

Prochaska ve DiClemente'nin Değişim Aşamaları Modeli, sigara bağımlılarının değişime hazır olma durumunun net bir şekilde ortaya koyulmamasının, bırakma ve tavsiyede önemli bir sorun olduğunu kabul eder ve bireyin bırakmaya hazır olma durumuna göre önerilerin uyarlanabileceğini ifade eder.

Evre	Tanım
Bırakmayı düşünmeme (pre-contemplation)	Birey önündeki 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmemektedir, yardım almayı kabul etmemekte ve hastalık risklerini görmezden gelmektedir.
Bırakmayı düşünme (contemplation)	Birey önündeki 6 ay içinde sigara bırakmayı düşünmektedir, sigaranın sağlığa zararları açısından farkındalığı vardır, ancak harekete geçemeyip düşünce aşamasında takılı kalmıştır.
Bırakmaya hazırlanma (preparation / ready for action)	Birey önündeki 1 ay içinde sigara bırakmayı düşünmektedir, sigarayı bırakmasına yardım edecek bir plan ve strateji geliştirmiştir.
Bırakmayı deneme (action)	Birey sigarayı bırakmış, ancak henüz 6 ayı doldurmamıştır. Nüks riski çok yüksektir.
Bırakmayı sürdürme (maintenance)	Birey 6 aydan daha uzun süredir sigara içmemektedir.

Değişim Aşamaları Modelinin sigara bırakmayı desteklemedeki rolü:

- Model, her aşamadaki bireye yardım önerilebileceğini hatırlatır.
- Sigara bağımlıları, sigarayı bırakma girişiminden önce düzenli bir ilerleme sürecinde olmak zorunda değildir ve bu model, klinisyenlerin her karşılaşmada sigara bağımlılarının o anki durumlarına en uygun tavsiyelerde bulunmalarına yardımcı olabilir.
- Sigara bağımlıları, klinisyenler tarafından farklı zamanlarda görüldüklerinde hazırlığın farklı bir aşamasındadırlar, bu nedenle her fırsatta hazır olma durumunun yeniden değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirmenin kapsamı klinik içeriğe bağlı olacaktır.
- Değişim aşamaları, iletişimin niteliğinden ve sağlık profesyoneli ile sigara bağımlısı arasındaki ilişkiden etkilenebilir.

Bireyin bulunduğu aşamaya göre yaklaşımların etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamasına rağmen bu model, klinisyenlerin sigara bağımlılarını daha iyi tanımlamalarına, bireyleri sigarayı bırakma konusunda zamanı verimli kullanacak şekilde ve özel olarak desteklemelerine yardımcı olacak kullanışlı bir çerçeve sunmaktadır.

Bırakma girişiminde bulunma isteği, değişken yaşam koşullarına bağlı olarak hızla değişebilir ve minimal planlama ile yapılan bırakma girişimlerinin başarılı olabileceğine dair kanıtlar da bulunmaktadır. Bu nedenle, tüm sigara bağımlılarını her fırsatta sigara bırakmayı düşünmeye teşvik etmenin yararı vardır.

Kanıt

Daha yüksek sigarasız kalabilme oranları ile sürekli olarak ilişkilendirilen faktörler yüksek motivasyon, bırakmaya hazır olma durumu, orta ila yüksek öz yeterlilik ve destekleyici sosyal bağlardır. **Seviye 3**

Öneri

Sigara bırakmaya hazır olma durumunun değerlendirilmesi, tedavi planlamada değerli bir adımdır. **Güç C**

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi:

Sigara bağımlılarının çoğu nikotin bağımlısıdır ve bu durum devamlı bakım gerektiren kronik tıbbi bir hastalık olarak tanımlanabilir. Bağımlılık hızla gelişebilir ve bazı durumlarda birkaç sigaradan sonra bile ortaya çıkabilir. Nikotin bağımlılığı klinisyenler tarafından yeterince bilinmediğinden, nikotin bağımlılığının rutin değerlendirmesi sigara bağımlısının sigara bırakma sürecinde nikotin geri çekilme semptomları yaşama ihtimalini ve sigarayı bırakması için gerekli olan destek düzeyini öngörmeye yardımcı olabilir.

Nikotin yoksunluk semptomları, diğer semptomların yanı sıra genellikle sigara arzulamayı içerir. Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-5, tütün kullanımının durdurulması veya kullanılan tütün miktarındaki düşüşü takiben 24 saat içinde aşağıdaki işaretlerin veya semptomların dördünün (veya daha fazlasının) görülmesini nikotin çekilmesi olarak tanımlar:

- sinirlilik, yılgınlık, öfke
- kaygı
- konsantrasyon bozukluğu
- iştah artışı
- tez canlılık
- çökkünlük
- uykusuzluk

DSM-5 tanımının karşılanması adına, bu semptomların sosyal, mesleki veya diğer fonksiyonel olarak önemli alanlarda, başka bir tıbbi duruma atfedilemeyen, zehirlenme veya başka bir maddenin geri çekilmesi de dahil olmak üzere başka bir zihinsel bozukluk ile daha iyi açıklanamayan belirtiler veya semptomlarla klinik olarak anlamlı bir rahatsızlığa neden olması gerekir.

Diğer yoksunluk semptomları arasında tatlı veya şekerli yiyecek isteği, kabızlık, öksürük, sersemlik hissi, rüya görme/kabuslar, bulantı ve boğaz ağrısı sayılabilir. Bu semptomların tümü başka nedenlerle de ortaya çıkabilir, bu yüzden onları fizyolojik geri çekilmelere bağlarken dikkatli olunmalıdır.

Nikotin bağımlılığı olan sigara bağımlılarının özellikleri, uyandıktan hemen sonra sigara içmek, hasta olduğunda sigara içmek, sigarayı bırakmakta zorluk çekmek, günün ilk sigarasını en zor bırakabileceği sigara olarak görmek ve öğleden sonrayla kıyaslandığında sabahları daha fazla sigara içmek şeklinde sıralanabilir.

Sigara bağımlısına şu soruları sorarak nikotin bağımlılığının hızlı bir değerlendirilmesi yapılabilir:

- ‘Uyandıktan ne kadar süre sonra ilk sigaranızı içiyorsunuz?’
- ‘Günde kaç tane sigara içiyorsunuz?’
- ‘Hiç sigara içmeyi şiddetle arzulamanız ya da aceleyle sigara içmeyi istediğiniz ve bırakmaya çalıştığınızda çekilme semptomlarınız oldu mu?’

Uyandıktan sonra 30 dakika içinde sigara içmek, günde 10'dan fazla sigara içmek (bazı bağımlılar günlük sigara içmeyebilir) ve önceki sigarayı bırakma girişimlerinde geri çekilme semptomları olması nikotin bağımlılığının göstergeleridir. İlk sigara içme zamanının nikotin bağımlılığının en güvenilir göstergesi olduğu ortaya konmuştur.



Ö3 (Öner)

Öner

Tüm sigara tiryakilerine net ama zıtlasmadan sigarayı bırakmaları önerilmelidir.
Örneğin, "Sağlığın için yapabileceğin en iyi şey sigarayı bırakmaktır." gibi

Bir dizi sağlık profesyoneli tarafından kısa, tekrarlayan, tutarlı ve olumlu hatırlatmalar ve son bırakma çabalarının desteklenmesi başarı oranlarını artırabilir. Bu uygulama rutin olarak sigara bağımlısı çok sayıda bireye uygulandığında, nüfusun sigara içme oranları üzerinde daha ciddi bir etki oluşturulabilir. Yakınlık kurmak ve izin istemek, hastayla sağlık profesyoneli arasındaki ilişkinin zarar görme riskini en aza indirir. Aslında, sigara bağımlılarının sigara bırakma konusunda yardım isteyip istemediklerini sormak takdirle karşılanabilir ve hasta-hekim ilişkisini güçlendirebilir. Mümkünse tavsiyeleri ve bırakmanın faydalarını kişiselleştirmek de yardımcı olacaktır. Sigara bırakmanın konuşulması hastaların muayene sonrası memnuniyetini artırmaktadır. Sigara bağımlısının risklerin farkında olduğunu kabul etmek ve seçenekleri tartışmaya hazır olup olmadığını sormak, konuyu gündeme getirmek için faydalı bir yaklaşımdır.

Kanıt

Rutin muayeneler sırasında her fırsatta sağlık profesyonelleri tarafından sunulan kısa sigara bırakma tavsiyesi mütevazı bir etki büyüklüğü olsa da azımsanmayacak potansiyel halk sağlığı faydaları sağlamaktadır. **Seviye 1**

Öneri

Rutin muayeneler ve ayrıca yapılan başvurularda mümkün olduğunca (en az yılda bir kez) kısa bırakma tavsiyesi önerin. **Güç A**

Ö4 (Önderlik et)



Aktif sigara içiciler ve yakın zamanda bırakmış olanlara ne gibi yardımların nasıl sağlanacağına dair karar alınırken bireyin ihtiyaçları, tercihleri ve mevcut desteğin uygunluğu, sağlık profesyonellerinin ve hizmetlerin kapasitesine bakılır. Sağlık profesyonelinin danışmanlığı, bireyin konsulte edilmesi ya da bunların kombinasyonunu içeren bir yardım paketi hazırlanabilir. Bireyler gerektiğinde sigarayı bırakma pratiği olan bir sağlık profesyoneline veya bir sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmelidir.

Motivasyonel görüşme:

Sağlık profesyonelinin yardımları motivasyonel görüşmeyi içermelidir. Bu, kişiyle kurulan terapötik ortaklığa dayanan, kişinin davranışsal çelişkilerini keşfedip kabullenmesini, kendisi için önemli olan hedefleri netleştirip eylemlerini düzenleme yoluna gitmesini sağlayan bir kanıta dayalı danışmanlık tekniğidir. Motivasyonel görüşme, hastanın özgür iradesine, karşılıklı saygıya ve açık uçlu soruların, onaylamaların, yansımaların ve özetlemenin kullanımına önem veren bir danışmanlık felsefesidir. Bu danışmanlık tipi kısa müdahalelerden daha fazla zaman gerektirmektedir.

Bırakmanın önündeki engeller:

Sağlık profesyonellerinin, sigara bırakmaya çalışanların karşılaşılabilecekleri zorlukların farkında olmaları ve gerektiğinde bırakma girişimi sırasında ortaya çıkan engelleri aşmaları önemlidir (Tablo 4). Bu kapsamda, yoksunluk belirtileri veya zihinsel sağlık sorunları için tedavi sağlanması veya kilo alımını en aza indirmek için fiziksel aktivite ve sağlıklı bir diyet önerilmesi düşünülebilir. Bırakma girişimlerinden

vazgeçme olasılığını artıran veya bırakma girişimlerinde başarısızlıklara neden olabilecek durumlar şunlardır:

- Yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı ve ağır sigara bağımlılığı (günde 20'den fazla sigara, uyanmayı takiben kısa sürede ilk sigarayı içmek)
- Bırakmanın yararları konusunda bilgi eksikliği ya da eylem gerekmediğine inanılması
- Nikotin ya da sigara içme davranışından hoşlanma
- Psikolojik veya duygusal sorunlar (stres, depresyon, kaygı, psikiyatrik bozukluklar)
- Kilo alma korkusu
- Bırakma girişiminin başarısız olacağı korkusu
- Başka madde kullanımı (alkol, uyuşturucu)
- Başka sigara bağımlılarıyla yaşamak
- Fakirlik ve sosyal izolasyon gibi, sigara bağımlısının bırakmaya daha az önem vermesine sebep olan durumlar

İnanç / Kanıt

Bağımlı değilim ve istediğim zaman bırakabilirim. / Önceki bırakma girişimleri ve başarı oranları hakkında konuşulmalı

Bırakma danışmanlığı almak zayıflığın göstergesidir, yardım gereksizdir. / Destek yeniden şekillendirilmeli. Nikotin bağımlılığının güçlü bir bağımlılık olduğu açıklanmalı. Desteksiz bırakma oranlarının %3-5 olduğunun altı çizilmeli.

Çok bağımlıyım, bırakmak çok zor. / Önceki bırakma girişimleri konuşulmalı. Kullandığı farmakoterapiler öğrenilip, kombinasyon tedavisi gibi farklı seçenekler sunulmalı

Bırakmak için çok geç. Belki de fayda göremeyeceğim, neden uğraşayım? / Her yaşta fayda görülür, daha erken yaşlarda daha çok fayda görülür: 30 yaşında bırakılırsa beklenen yaşam süresi hiç içmeyen birine yaklaşıp. spirometri, akciğer yaşı, mutlak risk skoru gibi kanıt ve geri bildirimler sağlayın

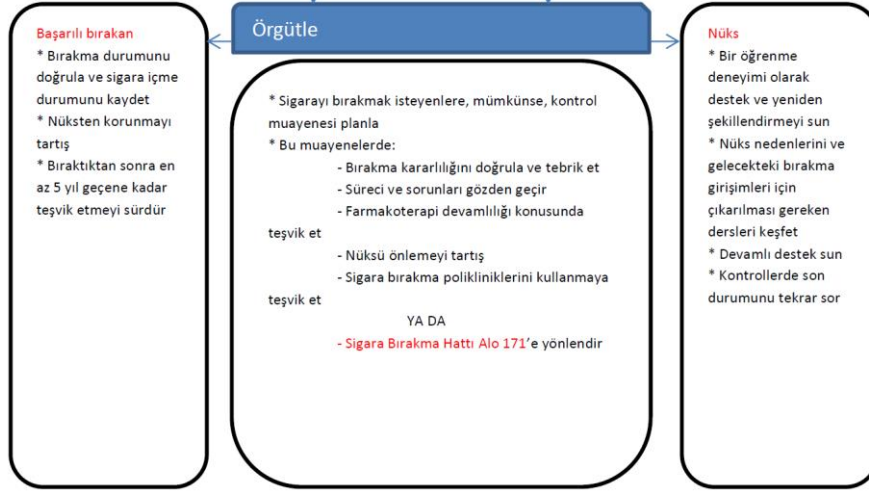
Sağlığım sigaradan etkilenmedi. Sonuçta bir şeyden ölmek zorundasınız. Uzun süre yaşamış bir ağır sigara bağımlısı tanıyorum. / Spirometri, akciğer yaşı, kardiyovasküler risk skoru gibi kanıt ve geri bildirimler sağlayın. Örneklendirin kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) = sigara içicisinin akciğeri

Yeterli iradem yok. İstemediğın sürece denemek anlamsız. Bırakmada başarılı olabilmek için gerçekten istemek zorundasın, ancak o zaman başarabilirsin. / Motivasyon ve güven kaynağı bulun. Sigara bırakma hattı, farmakoterapi gibi etkin stratejileri kullanma konusunda cesaretlendirin.

Sigara bağımlıları, başarıyla sigara bırakmadan önce pek çok bırakma girişimi deneyimleyebilecekleri, ancak bunun bırakma girişimlerini engellememesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Ergen olduğu dönemlerde sigaraya başlamış 40 yaşındaki herhangi bir bağımlının yaklaşık sigara 20 bırakma girişimi olduğu tahmin edilmektedir. Bazıları çok sık, bazıları da çok nadir denese de ortalama bir sigara bağımlısı yılda en az bir başarısız sigara bırakma girişiminde bulunur. Tütün bağımlılığını yenmek için her girişimden bir şeyler öğrenebilirler.



Ö5 (Örgütle)



Gelişmeleri konuşmak ve destek sağlamak adına yapılan takip görüşmeleri sayesinde bireyin sigaradan uzak kalma süresinin uzadığı gösterilmiştir.

Nüksü önleme konusu stres, olumsuz duygusal durumlar, alkol ve sigara içme çağrışımı yapan diğer sosyal durumlar gibi yüksek riskli durumlarla ve sigara içme isteğiyle başa çıkma stratejilerini içermektedir. Her hatayı (bir defaya mahsus sigara kaçamağı ya da nüks gibi) ders çıkarılacak bir deneyim olarak anlamlandırmak ve sigara bağımlısını destekleyerek ileri bir tarihte sigara bırakmayı tekrar deneme konusunda cesaretlendirmek önemlidir.

Sağlık profesyoneli ya da sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekibin tüm müdahaleleri kayıt altına alınarak, bireyin halihazırda kullanmakta olduğu tedaviler, sigara bırakma farmakoterapisi ve danışmanlık görüşmelerinin sıklığı üzerinde ne zaman ve nasıl ayarlamalar yapıldığı ve bırakma girişimi sürecindeki gelişmeler izlenebilir.

Kanıt

Bırakma oranlarını artırmada takipler çok etkilidir. **Seviye 1**

Öneri

Sigara bırakma girişiminde bulunan herkese takip önerilmelidir. **Güç A**

NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığının Sağlık Dairesi Başkanlığı tarafından 1988’de yayımlanan Nikotin Bağımlılığının Sağlık Sonuçları adlı raporda tütün bağımlılığına neden olan maddenin nikotin olduğu sonucuna varılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü de dahil olmak üzere pek çok uluslararası tıbbi otorite, tütün ürünlerinin yüksek düzeyde bağımlılık yarattığını onaylamıştır. Nikotin bağımlılığı hızlı gelişmektedir. Araştırmalarda, her gün düzenli olarak kullanılsa da tütün kullanımının nikotin bağımlılığına neden olduğu gösterilmiştir. Hayatı boyunca en az bir sigara içmiş bireylerle yapılan Gençlerde Nikotin Bağımlılığı Gelişimi ve Değerlendirilmesi çalışmasında; %62’sinin en az ayda bir sigara içtiği, %53’ünün başından bağımlılık semptomu geçmişi olduğu ve %40’ının günlük sigara kullanımının olduğu gösterilmiştir. Nikotin, sigara bağımlılığı yapan en önemli kimyasal maddedir. Ancak katran, oksitleyici kimyasallar, karbon monoksit ve diğer tütün dumanı bileşenlerinin neden olduğu zararlı etkilerden nikotin sorumlu değildir.

Sigara bağımlılığı karmaşık bir süreçtir. Sigara içmeyi akla getiren ritüeller, dokunma, tat ve koku uyaranları gibi çevresel koşullar ile beyne hızlı bir şekilde nikotin ulaştırılmasını sağlayan modern sigaraların kullanılması arasındaki sıkı bağlantı gereklidir. Biyolojik, psikososyal ve genetik faktörlerin nikotin bağımlılığında rol aldığını gösteren kanıtlar mevcuttur.

Nikotin bağımlılığının nörobiyolojisinin daha iyi anlaşılması, mevcut bırakma tedavilerinin kullanım şeklini geliştirme potansiyeli oluşturmakla beraber, sigara bırakmaya yardımcı yeni bileşiklerin geliştirilmesine de öncü olmaktadır. Sigara dumanı solunduğunda akciğerlerin geniş yüzey alanı sayesinde nikotin pulmoner venöz dolaşıma hızlı bir şekilde emilir ve kan dolaşımından beyne hızlı bir şekilde geçer. Tütün dumanındaki nikotin, inhalasyondan birkaç saniye sonra beynin ödül merkezine ulaşır. Nikotin beyindeki $\alpha 4\beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörü başta olmak üzere birçok tipte nikotin reseptörünü etkiler. Bu ve diğer reseptörlerin aktivasyonu dopamin ve diğer nörotransmitterlerin salınımını tetikler.

Ödül sistemi kokain, opiatlar ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler dahil olmak üzere birçok farklı sosyal, fiziksel ve kimyasal uyarıcının sağladığı zevk alma deneyimi için ortak yoldur. Ödül sisteminin harekete geçirilmesinin yanı sıra, nikotin

çekilmesinin olumsuz etkileri de sigara içme davranışının devamında önemli faktörlerdir.

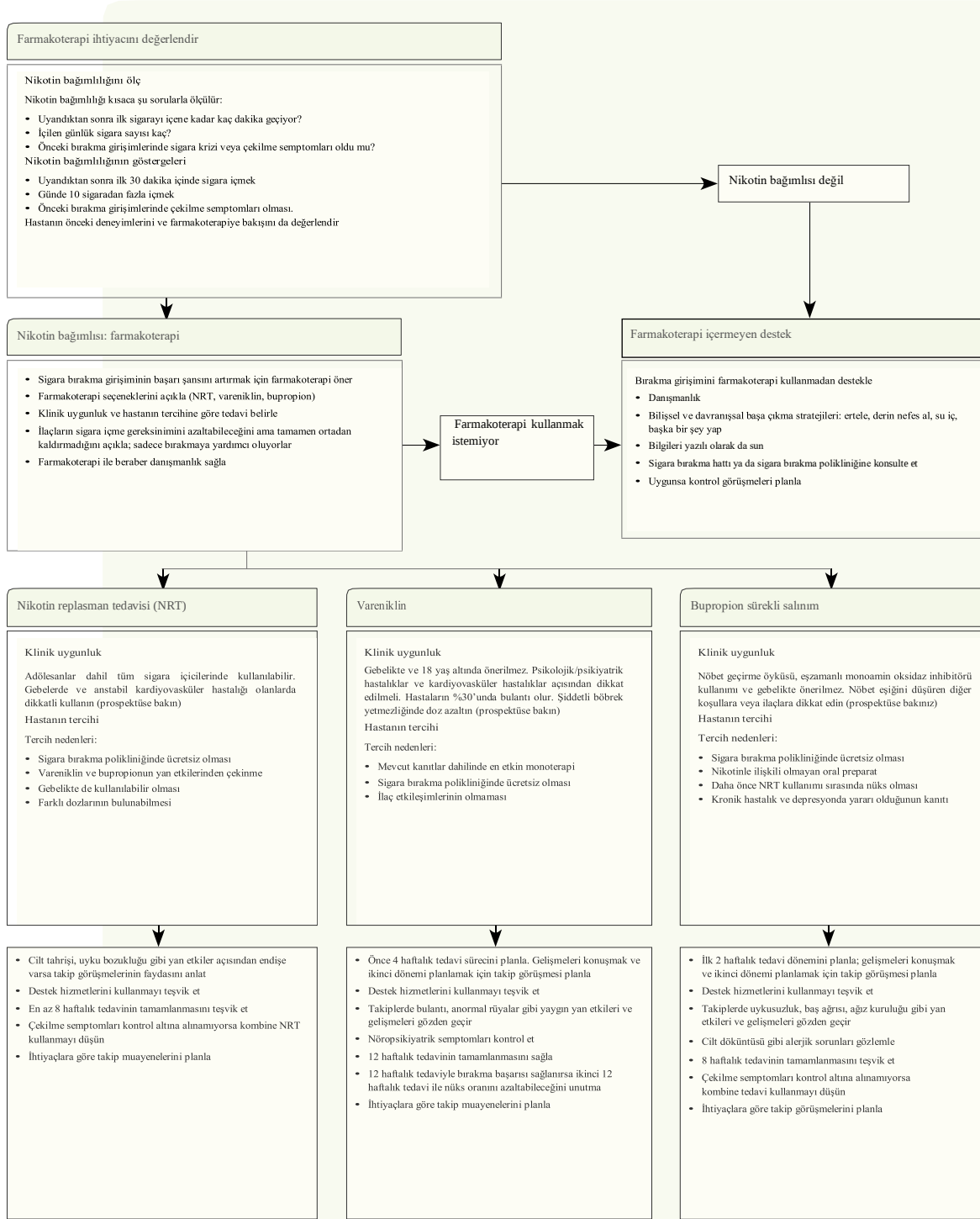
Genetik faktörler, sigara içme davranışları ve sigara bırakma biçimlerindeki farklılıklar üzerinde rol oynar. İkiz kardeşler ve evlat edinilenlerle yapılan çalışmalarda- sigarayı bırakma ve bırakma sonrası içmeme durumunu devam ettirme kolaylığı/zorluğu gibi açılardan- tütün bağımlılığı yatkınlıkları araştırılmıştır. Bu araştırma, sigara kullanımında kalıtımsallığın %50-70 gibi yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, sigara bağımlılarının tütünle ilişkilerinde ve bırakma becerilerinde neden büyük farklar olduğunun anlaşılmasını sağlamaktadır. Nikotin yoksunluk belirtileri, sigara tüketimi, sigarayı bırakma zorluğu ve sigara bırakma tedavilerine cevap verme konularında genetik faktörler önemli bir role sahiptir. Ancak genetik üzerine kurulu bir tedavi hedeflemek henüz kullanışlı bir yöntem değildir. Çalışmalar ayrıca, hiçbir zaman tam olarak bağımlılıklarının üstesinden gelemeyen ya da herhangi bir biçimde nikotin kullanımından asla vazgeçemeyen bazı bağımlılar olabileceğini de göstermektedir.

SİĞARA BIRAKMADA FARMAKOTERAPİLER

Türkiye’de sigara bırakmaya yardımcı olmak adına üç ilaç tipi (nikotin replasman tedavisi, vareniklin, bupropion) kullanım onayı almıştır. Randomize kontrollü klinik çalışmaların meta analizlerinde bu ilaçların sigara bırakmaya yardımcı olduğu gösterilmiştir.

Kontrendikasyon durumları haricinde, sigara bırakmaya ilgisi olan tüm sigara bağımlılarına farmakoterapi önerilmelidir. Yardım almadan sigara bırakmayı tercih edenlere de saygı gösterilmelidir, ancak en iyi sonuçlar danışmanlık ve destekle beraber farmakoterapi kullanılmasıyla elde edilmektedir. Nikotin replasman tedavisinin danışmanlık olmadan kullanılmasının da sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Farmakoterapi seçiminde klinik uygunluk ve hastanın tercihi göz önünde bulundurulur (Şekil 2).

Şekil-2. Farmakoterapi algoritması



Başlangıç Farmakoterapi Seçenekleri

İlk seçenek, etkinliği kanıtlanmış ve kullanım onayı almış olan sigara bırakma ilaçlarıdır. Türkiye’de bunlar; NRT (müstahzar adları; Nicorette® ve Nicotinell®), vareniklin (müstahzar adı; Champix®) ve bupropion preparatları (müstahzar adları; Wellbutrin XL® ve Zyban SR®) olarak sıralanabilir. Mevcut kanıtlara göre vareniklin, tekli farmakoterapide en etkili ilaç olarak görülmekle beraber, karşılaştırma yapmak için yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bir Cochrane analizinde, nikotin replasman tedavisi ve vareniklin içeren kombinasyonların en etkili bırakma tedavileri olduğu ve etkinliklerinin birbirine yakın olduğu sonucuna varılmıştır. Birtakım çalışmalar vareniklinin bupropiondan daha etkili olduğunu göstermiştir. Bupropion ve NRT monoterapileri arasında kıyaslama yapan çalışmalarda da etkinliklerinin birbirine denk olduğu sonucuna varılmıştır.

Sigarayla bırakma girişiminde sigara bağımlısına yardımcı olma ihtimali en yüksek farmakoterapinin seçiminde klinik değerlendirme, mevcut koşullar ve hasta tercihi önemlidir. Yan etki potansiyeli, olası ilaç etkileşimleri, farmakoterapiye uygunluk açısından önceki deneyimler ve maliyet gibi faktörlere dikkat edilmelidir. Bazı bağımlılar bir veya daha fazla NRT formunu kullanmayı tercih ederken, diğerleri nikotin olmayan seçenekleri tercih edebilir. Sigara bırakma polikliniklerindeki hekimlerin değerlendirmesi ile sigara bırakma tedavileri, o anki stoklar dahilinde, ücretsiz olarak sağlamaktadır.

Kanıt

NRT, vareniklin veya bupropion farmakoterapileri sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için etkili yöntemlerdir. **Seviye 1**

Öneri

Herhangi bir kontrendikasyon yoksa, nikotin bağımlılığı tespit edilmiş ve sigara bırakmaya motive olan sigara bağımlılarına farmakoterapi önerilmelidir. Farmakoterapi seçimi klinik uygunluk ve hastanın tercihi göre yapılmalıdır. **Güç A**

Nikotin Replasman Tedavisi (NRT)

Anahtar noktalar

- NRT kullanarak sigara içmemek, sigara içmekten daha iyidir.
- Eşdeğer dozlardaki tüm NRT formları, sigaranın uzun süre bırakılmasını sağlamada benzer etkinliğe sahiptir.
- NRT monoterapilerinin tüm formları sigara bırakma oranlarını %50-70'lere kadar yükseltmektedir.
- Bağımlılığı daha yüksek olan sigara bağımlıları üzerinde NRT'nin yüksek doz formları (4 mg), düşük doz formlardan (2 mg) daha etkilidir.
- Birden fazla NRT formu eşzamanlı olarak güvenle kullanılabilir ve bu şekilde kullanımları başarı oranlarını artırmaktadır.
- Nikotin bantları, sigara bağımlılarının sigarayı bırakmaya hazırlanmalarına yardımcı olmak adına sigarayı bırakmadan birkaç hafta önce verilebilir.
- NRT kardiyovasküler hastalığı olan bireyler tarafından kullanılabilir. Akut kardiyovasküler olay nedeniyle hastanede yatan bireylerde dikkatli kullanılması önerilir. Bu bireylerde diğer alternatif aktif sigara içiciliği ise tıbbi gözetim altında NRT kullanılabilir.
- NRT, 12-17 yaşları arasındaki sigara bağımlıları tarafından da kullanılabilir.
- NRT kullanmadan sigara bırakmada başarısız olmuşlarsa gebe sigara bağımlılarının NRT kullanması uygun olabilir.
- Gebelikte uzun etkili formlar (bant) yerine aralıklı kullanılan, kısa etkili formlar tercih edilir.

Nikotin, tütünde bağımlılığa neden olan ana maddedir, ancak tütünün içeriğinde kansere ve kalp hastalıklarına neden olan veya sağlığın diğer alanlarını etkileyen farklı kimyasallar da vardır. NRT'nin amacı, tütün dumanının zararlı bileşenlerini aradan çıkararak normalde sigaralardan elde edilecek nikotinin bir kısmını sağlamak yoluyla sigara krizlerini ve çekilme semptomlarını azaltmaktır. Türkiye'de NRT'ler eczanelerde reçetesiz satılmakta olup, sigara bırakma polikliniklerinde önerilmesi ve stokta mevcut olması halinde Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak da verilmektedir. Mevcut NRT formlarından hiçbiri (transdermal bant, sakız, inhalatör, pastil, ağız spreyi ve oral şerit) vücuda bir sigara kadar hızlı bir şekilde nikotin verememektedir.

Sigara bağımlılarına NRT'nin farklı formlarının doğru kullanımları konusunda tavsiyede bulunarak sigara krizlerini ve yoksunluk belirtilerini hafifletmek için yeterli bir dozun alınmasını sağlamak önemlidir. Sigara bağımlılarının uyumlarının yetersiz olmasının en önemli nedeni yanlış bilgilerden kaynaklanan kaygılar olduğundan, NRT'nin güvenliği, etkinliği ve bağımlılık potansiyelinin düşük olduğu konularında hastalara güvence verilmelidir.

NRT'nin 12 aydan uzun süreyle düzenli kullanımı genellikle tavsiye edilmez. Bununla birlikte, bazı NRT formlarının uzun süreli kullanımlarının da olduğu ve sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açmadığı bildirilmiştir. NRT'nin sigara içmekten çok daha güvenli olduğu unutulmamalıdır.



Tablo-1. Nikotin replasman tedavisi başlangıç dozları kılavuzu				
	Hasta Grubu	Doz	Süre (Hafta)	Kontrendikasyonlar (*MIMS online Mayıs 2014'ten adapte edilmiştir)
Bant	Günlük >10 sigara ve ağırlık >45 kg	21 mg/24 s ya da 25 mg/16 s	>8	Sigara içmeyenler; 12 yaş altı çocuklar; nikotin ya da banttaki herhangi bir maddeye alerji; bant tedavisini etkileyebilecek bir cilt hastalığı
	Günlük <10 sigara veya ağırlık <45 kg veya kardiyovasküler hst	14 mg/24 s ya da 10 mg/16 s	>8	
Sakız	İlk sigara uyandıktan >30 dk sonra	2 mg günde 8-12 tane	>8	Tütün kullanmayanlar; nikotin ya da sakızdaki herhangi bir maddeye alerji; 12 yaş altı çocuklar
	İlk sigara uyandıktan <30 dk sonra	4 mg günde 6-10 tane	>8	
İnhaler	Günlük >10 sigara	Günde 6-12 kartuş	>8	Tütün kullanmayanlar; nikotin ya da mentol alerjisi, 12 yaş altı çocuklar
İnhalatör	Tütün bağımlısı herkes	Günde 3-6 kartuş	>8	Tütün kullanmayanlar; mentol alerjisi, 12 yaş altı çocuklar

Pastil	İlk sigara uyandıktan >30 dk sonra	Her 1-2 saatte 1,5 mg veya 2 mg'lık 1 pastil	>8	Tütün kullanmayanlar; nikotin ya da pastildeki herhangi bir maddeye alerji; 12 yaş altı çocuklar; fenilketonüri
	İlk sigara uyandıktan <30 dk sonra	Her 1-2 saatte 4 mg'lık 1 pastil	>8	
Nikotin oral sprey	Tütün bağımlısı herkes	Her saat 4 fisa kadar	>8	Sigara içmeyenler; 12 yaş altı çocuklar
Oral strip	İlk sigara uyandıktan >30 dk sonra	Her 1-2 saatte 2,5 mg'lık 1 oral strip, günde en az 9 tane kullanılmalı	>8	Sigara içmeyenler; 18 yaş altı çocuklar
Kaynak: *Avustralya genel pratik için sigara bırakma kılavuzundan adapte edilmiştir. Canberra, 2004				

NRT kombinasyonu

İki NRT formunun kombinasyonunun (bant ve sakız), tek bir nikotin replasman formunun kullanımından daha etkili olduğu gösterilmiştir. Bant arka planda bazal nikotin seviyesi sağlarken, sigara krizi geldiğinde sakız devreye girer. Dokuz çalışmada, kombinasyon şeklinde NRT kullanımının tekli kullanıma göre daha etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Sigara bağımlılarının yalnızca bir NRT formu kullanarak sigarayı bırakamadıkları veya sigara krizini bastıramadıkları durumlarda, sağlık profesyonelleri onları NRT kombinasyonu kullanmaya teşvik etmelidir. NRT kombinasyonu ilk tedavi olarak da önerilebilir. Günümüzde bazı uzmanlar NRT kullanmakta olan tüm bağımlılara monoterapi yerine kombinasyon tedavisi, hatta ihtiyaca göre oral formların yüksek dozlarını da önermektedir (Kombinasyon Tedavileri bölümündeki Kısa ve uzun etkili NRT'ler başlığına bakın).

Bırakma öncesi nikotin bandı

Sigara bırakma öncesinde nikotin bandının kullanımını destekleyen kanıtlar vardır. Bir meta-analizde, bırakma gününden önce kullanılan nikotin bandının standart tedaviye kıyasla başarı oranlarını arttırdığı bulunmuştur.

Azaltarak bırakma

Sigarayı kısa süre içinde bırakmak istemeyen bireylerin kullandıkları sigara miktarını azaltmak ve süreci bırakmaya doğru ilerletmek adına NRT kullanılabileceğiyle ilgili kanıtlar vardır. Bir meta-analizde hiç azaltma yapmadan aniden sigarayı bırakanlarla sigara bırakma günü öncesinde azaltanların bırakma oranlarının benzer olduğu sonucu bulunmuştur. Sağlık profesyonelleri bu iki seçeneği de sigara bağımlılarına sunmalıdır. Bu iki yöntemden hangisinin daha etkili olduğuna dair daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Güvenlik

Terapötik nikotin kullanımı daima sigara kullanımından çok daha güvenlidir. Tüm NRT formları stabil kardiyovasküler hastalığı olan hastalar tarafından kullanılabilir ancak yakın zamanda miyokard enfarktüsü, anstabil anjina, şiddetli aritmi ve yakın zamanda serebrovasküler olay geçirmiş kişilerde dikkatli kullanılmalıdır. Bununla birlikte, akut koroner sendromu olan sigara bağımlılarında NRT'nin güvenli olduğu konusunda artan kanıtlar vardır ve NRT bu durumda tıbbi gözetim altında kullanılabilir.

NRT sigara bağımlısı gebeler tarafından da kullanılabilir, ancak önce ilaç kullanmadan bırakma stratejileri denenmelidir. NRT'nin gebelik sırasında etkinliği ve güvenliğine dair kesin kanıtlar olmamasının yanında diğer farmakoterapiler kontrendikedir. Eğer NRT kullanılıyorsa faydaları ve riskleri hasta ile tartışılmalıdır. Nikotinin bazı riskleri olduğu varsayılmasına rağmen, klinik çalışmalarda terapötik nikotin kullanımının fetüs üzerine olumsuz etkisi olduğu kanıtlanmamıştır. Mevcut veriler ve uzman görüşleri, NRT kullanımının sigara içmekten daha az zararı olduğunu göstermektedir. Gebelikte sigara bırakmanın hem anne hem de fetüsün sağlığı açısından önemi göz önüne alındığında, eğer ilk girişim bir hafta içinde başarılı olmazsa, nikotin bağımlısı sigara bağımlısına NRT önerilmesi tavsiye edilmektedir. Aralıklı (oral) NRT, genellikle verdiği toplam nikotin dozu daha düşük olduğu için tavsiye edilir, ancak gebelik sırasında nikotin klirensi arttığı için sigara krizi ve yoksunluk semptomlarını hafifletecek yeterli miktarların kullanılmasına önem gösterilmelidir.

Anne kanındaki nikotin konsantrasyonuna bağlı olarak nikotin anneden çocuğa anne sütü yoluyla geçer, ancak anne sütündeki nikotinin tehlikeli olma olasılığı düşüktür. Sigara içen kadınların emzirmeye devam etmeleri teşvik edilmeli ve ikinci el dumanının çocuk üzerine olası zararını en aza indirecek stratejiler uygulanmalıdır.

Yan etkiler

NRT kullanımı sırasında hafif yan etkiler görülmesi yaygındır. NRT ile sık görülen yan etkiler NRT'nin uygulandığı sisteme bağlıdır. Bant kullanımı için cilt eritemi, cilt tahrişi ve uyku bozukluğu (anormal rüyalar) sayılabilir. Sakız, pastil ve dil altı tableti için dispepsi ve mide bulantısı gibi hafif yan etkiler, inhalator ile ağız spreyi için de ağız ve boğaz tahrişi sayılabilir.

Kanıt

Monoterapi olarak kullanılan nikotin replasmanı plaseboyla kıyaslandığında en az 6 aylık bırakma oranlarını %50-70 oranında artırmaktadır. **Seviye 1**

Stabil kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde NRT kullanımı ile risk artışı olduğuna dair bir kanıt yoktur. **Seviye 2**

Nikotin bandı kullanımı ile akut kardiyak olaylar arasında bir ilişki olduğuna dair bir kanıt yoktur. **Seviye 2**

Halen gebelikte NRT kullanımının güvenliği konusunda yeterli kanıt bulunmamakta, ancak uluslararası kılavuzlar belli şartlarda NRT kullanımını önermektedir. **Seviye 5**
Farklı NRT formlarının kombinasyonları (örneğin, bant ve sakız) tekli formdan daha etkilidir. **Seviye 1**

Öneri

NRT, nikotin bağımlısı sigara bağımlılarına önerilmelidir. Farklı NRT formlarının sigara bırakmadaki etkinlikleri açısından anlamlı bir fark yoktur, bu nedenle ürün seçimi klinik ve kişisel düşüncelere bağlıdır. **Güç A**

NRT kullanımı stabil kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda güvenlidir. **Güç A**

NRT, yakın zamanda miyokard enfarktüsü, anstabil anjina, ciddi aritmi veya yakın zamanda serebrovasküler olayı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. **Güç C**

NRT kullanımı, gebe bir kadın sigarayı başka türlü bırakamadığında göz önüne alınmalıdır. Aralıklı NRT kullanımı, bantlara tercih edilir (daha düşük günlük toplam nikotin dozu). **Güç C**

NRT kombinasyonları, bağımlılığı yüksek bireyler ve kalıcı olarak sigarayı bırakamayan veya sadece bir NRT formu kullandığında yoksunluk semptomları yaşamaya devam edenlere önerilmelidir. **Güç A**

Vareniklin

Anahtar noktalar

- Vareniklin, parsiyel nikotinik reseptör agonisti bir sigarayı bırakma ilacıdır.
- Uzun süre sigara kullanmama ihtimalini iki katına çıkarabilir.
- Bir meta-analizde bupropiondan daha etkili, NRT monoterapisinden daha etkili ve NRT kombinasyonuna benzer etkinlikte olduğu bulunmuştur.
- Vareniklin kullanan sigara bağımlılarına olağandışı psikiyatrik durum değişiklikleri, depresyon, davranış bozuklukları ve intihar düşünceleri olması halinde ilacı kullanmayı bırakmaları ve hemen durumu bildirmeleri önerilmelidir.
- Hedef bırakma günü tedavinin ikinci haftasındadır. O sırada bırakmaya hazır olmayan hastalar, 12 haftalık standart tedavi süresince başarılı sigara bırakma oranları artacağından birkaç hafta daha vareniklin kullanmaya devam etmelidir.
- Uzun süreli kullanım (12 haftalık ikinci bir kür) ile ilk 12 haftanın sonunda başarılı bir şekilde sigarayı bırakmış bireylerin nüks oranları azalmaktadır.

Vareniklin, özel olarak sigara bırakma için geliştirilmiştir. Beynin ödül merkezindeki nikotinik asetilkolin (ACh) reseptörlerine etki eder. Vareniklin $\alpha 4\beta 2$ nikotinik ACh reseptörüne yüksek afinite ile bağlanır; burada sigara krizi ve nikotin çekilme semptomlarını hafifletmek için kısmi agonist görevi görür. Aynı zamanda bir sigara içilmesi halinde, inhale edilen nikotinin $\alpha 4\beta 2$ reseptörünü haz ve ödül cevabı oluşturacak düzeyde aktive etmesi ilaç tarafından önlemektedir. Bu mekanizma, neden vareniklin tedavisinin geç dönemlerinde de sigara bırakma başarısı sağlanabileceğini açıklama imkânı sağlar.

Etkinlik

Standart dozdaki vareniklin, farmakolojik yardım olmadan yapılan bırakma girişimlerine kıyasla, uzun süre sigara bırakma başarı şansını iki ila üç kat kadar artırabilir. 14 vareniklin çalışmasının derlendiği bir Cochrane meta-analizinde, 6 aylık takiplerde hiç sigara kullanmama oranlarının iki kattan fazla olduğu bulunmuştur. Aynı çalışma tasarımına sahip randomize, çift kör iki klinik çalışmalarda vareniklin hem bupropion hem de plasebo ile karşılaştırılmış ve her üç gruba kısa danışmanlık da verilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları bir meta-analizde birleştirildiğinde, vareniklinin 1 yıllık sigara bırakma başarı oranının bupropion ve plasebodan anlamlı olarak daha iyi olduğu bulunmuştur.

Bir Cochrane meta-analizinde, vareniklin monoterapisinin NRT monoterapisinden daha etkili olduğu, ancak NRT kombinasyonuna (bant ve oral form) benzer etkinlikte olduğu bulunmuştur.

Vareniklinin uzun süreli kullanımının nüksü azalttığı gösterilmiştir. 12 haftalık tedavinin sonunda sigarayı bırakmış olan katılımcıların fazladan 12 hafta daha tedavi almaları, plaseboyla karşılaştırıldığında 1 yıl sigara içmeme başarısı sağlamada daha etkili bulunmuştur. Bununla beraber, müdahale ile kontrol gruplarının 13. ve 52. haftalarda sigara içmeme devamlılıkları arasındaki fark çok az bulunmuştur. Bu sonuçlara göre sadece vareniklin kullanılan süreçte yarar sağlanmış gibi görünmektedir.

Özel popülasyonlarda vareniklin kullanımının etkinliğine dair kanıtlar artmaktadır. Sigara içenlerde psikiyatrik komorbiditeler yaygındır ve vareniklinin, depresyonu olan ya da depresyon hikayesi olan sigara bağımlılarında güvenli ve etkili olduğu bulunmuştur. 9-52 haftalar arasında sigara içmeme devamlılığı başarısı plasebonun 2,36 katıdır. Vareniklinin şizofreni hastalarında sigara bırakmayı desteklemek için güvenli ve etkili olduğuna dair kanıtlar da vardır.

Güvenlik

Pazara ilk çıkışının ardından, muhtemelen vareniklin kullanımı ile ilişkili psikiyatrik durum değişiklikleri, depresyon, davranış bozuklukları ve intihar düşüncesi bulunduğu dair yaygın raporlar olmuştur. Bu nedenle hekimlerin hastalarını bu sorunlar açısından izlemeleri tavsiye edilmiştir. Bununla birlikte, bir meta-analizde bu raporlardaki durumların ilaca bağlı olduğunun doğrulanmadığı ortaya koyulmuştur. ABD'de ilaç yan etki raporları üzerine yapılan bir başka araştırma NRT'ye kıyasla vareniklinle ilişkili depresyon ve intihara eğilimli davranış riskinin arttığını bulmuştur. Ancak yan etki raporları reklamlardan etkilenebilir ve her zaman nedenselliği kanıtlamamaktadır. 17 çalışmadan elde edilen verilerin meta analizinde, vareniklin alan katılımcılarda plaseboya kıyasla daha yüksek intihar olayları, depresyon veya saldırganlık/ajitasyon oranları olduğuna dair bir kanıt bulamamıştır. Bu durum psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar için de olmayanlar için de geçerlidir. Hekimlerin hastalardan herhangi bir psikiyatrik durum değişikliği veya davranış değişikliğini bildirmelerini istemesi önemlidir. Her ne kadar bu semptomlarla vareniklin arasında

nedensel bir ilişkisi gösterilmese de vareniklin kullananların bu semptomlardan birini ilk gördüklerinde ilacı bırakmaları önerilmelidir.

Kardiyovasküler hastalığı olan ve olmayan toplam 8216 katılımcıyla yapılmış 14 plasebo-kontrollü çalışmanın meta-analizinde, vareniklin kullanımı ile kardiyovasküler olay (koroner revaskülerizasyon gereken, ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü ve yeni tanı periferik vasküler hastalık veya periferik vasküler hastalık tedavisi için hastane yatışı) gerçekleşme risk artışı arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışma teknik açıdan ve gruplar arasındaki takiplerin farklılığı nedeniyle çokça eleştirilmiştir. Yayımlanmış klinik çalışmalarda kardiyovasküler yan etkilerin incelendiği, üstteki çalışmayı takiben yapılmış bir meta-analizde ve ABD Gıda ve İlaç İdaresi tarafından yapılan bir incelemede, vareniklin kullanımı ile ilişkili kardiyovasküler ciddi yan etkilerde anlamlı bir artış bulunamamıştır.

Yan etkiler

Bulantı vareniklinin en sık görülen yan etkisidir ve yapılan çalışmalarda yaklaşık %30 oranında görüldüğü bildirilmiştir, ancak bulantı nedeniyle tedaviyi bırakma oranı %3'ten azdır. Anormal rüyalar da sık görülen yan etkilerden biridir ve vareniklin kullanan grupta (%13,1) bupropion (%5,9) veya plasebo gruplarından (%3,5) daha sık görülmektedir. Klinik olarak anlamlı ilaç etkileşimi tanımlanmamıştır. Vareniklin neredeyse tamamen böbrekler tarafından atılır. Kreatinin klerensi <30 mL/dk olan insanlar için, önerilen günlük doz 1 mg/gün (3 gün boyunca 0,5 mg/gün, ardından 1 mg/gün'e yükseliyor). Son dönem böbrek yetmezliğinde vareniklinden kaçınıp, diğer sigara bırakma yaklaşımlarını ön planda düşünmek gerekir. Yaşlılarda veya karaciğer yetmezliği olanlarda rutin olarak doz ayarlaması gerekli değildir.

Vareniklin doz ayarlama kılavuzu

Bir kür vareniklin tedavisi, iki ya da üç reçete gerektirir.

* 4 haftalık başlangıç tedavisi (doz titrasyonu da dahil)

Sigara içenler varenikline başlamalı ve başladıktan 1-2 hafta sonra bir sigara bırakma tarihi belirlemelidir, ancak daha geç bırakma tarihleri de bazen uygun olabilir. Kesin tarih, ilacın hasta tarafından algılanan etkilerine göre de belirlenebilir. Önerilen vareniklin dozu, aşağıdaki gibi 1 haftalık titrasyonu takiben günde iki kez 1 mg'dır:

1-3 günler günde 1 kez 0,5 mg

4-7 günler günde 2 kez 0,5 mg

8. gün 4 haftaya tamamlanana kadar günde 2 kez 1 mg

* 8 hafta daha tedaviye devam: standart tedavi süresi tamamlanana kadar günde 2 kez 1 mg

* İlk 12 haftalık tedavi sürecinde bırakmış olanlarda nüksü engellemek için ikinci 12 haftalık tedavi: 12 hafta boyunca günde 2 kez 1 mg

Kanıt

Vareniklin etkili bir sigara bırakma ilacıdır. **Seviye 1**

Öneri

Vareniklin, bu ilaç için klinik olarak uygun olduğu değerlendirilen bağımlılara önerilmeli ve danışmanlık eşliğinde kullanılmalıdır. **Güç A**

Bupropion

Anahtar noktalar

- Bupropion, başlangıçta bir antidepresan olarak geliştirilen nikotin dışı bir oral tedavidir.
- Plasebo ile karşılaştırıldığında sigara bırakma oranlarını önemli ölçüde artırır.
- KOAH da dahil olmak üzere depresyon, kalp hastalığı ve solunum yolu hastalıkları olan sigara bağımlıları için etkili olduğu gösterilmiştir.
- Şizofreni hastalarında kısa süreli sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir.
- Bupropionun sigara bırakmada varenikline göre etkinliğinin daha az olduğu gösterilmiştir.

Başlangıçta bir antidepresan olarak geliştirilen bupropion, sigara içme dürtüsünü ve nikotin yoksunluğu semptomlarını azaltan nikotin dışı bir oral tedavidir.

Etkinlik

Bupropion 12 aydan uzun takiplerde plaseboyla karşılaştırıldığında, uzun süre sigara içmeme oranını anlamlı derecede artırmaktadır.

Depresyon, kardiyak hastalık ve KOAH'ı da içeren solunumsal hastalıkları olan sigara bağımlılarından oluşan hasta popülasyonlarında etkinliği gösterilmiştir. Ayrıca şizofreni hastaları için kısa süreli sigara bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir.

Klinik çalışmalar bupropionun vareniklin kadar etkili olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, bupropion, vareniklinin kullanılmadığı (hastanın tercihi, ya da yan etkiler gibi) durumlarda uygun bir seçenektir.

Güvenlik

Bupropion, nöbet öyküsü, yeme bozukluğu ve monoamin oksidaz inhibitörleri kullananlarda kontrendikedir. Mevcut öneri, antidepresanlar, antimalaryaller ve oral hipoglisemik ajanlar gibi nöbet eşiğini düşürebilecek ilaçlar alan kişilerde dikkatli kullanılması gerektiğidir. Bu gibi durumlarda alternatif ilaçlar düşünülmelidir.

Yan Etkiler

Klinik açıdan en önemli yan etki nöbetlerdir (%0,1 risk) ve literatürde ölüm bildirimleri de mevcuttur. Yaygın yan etkiler uykusuzluk, baş ağrısı, ağız kuruluğu,

bulantı, baş dönmesi ve kaygıdır. Bupropion NRT ile birlikte kullanılıyorsa, kan basıncı takip edilmelidir.

Bupropion, 30 tabletlik bir başlangıç paketi ve 90 tabletlik bir devam paketi olarak temin edilebilir. Bupropion dozu, ilk 3 gün boyunca günde bir kez 150 mg'dır ve daha sonra günde iki kez 150 mg'a çıkarılır. Hasta tedavinin ikinci haftasında sigarayı bırakmalıdır.

Kanıt

Bupropion sürekli salınımı etkili bir sigara bırakma tedavisidir. **Seviye 1**

Öneri

Bupropion sürekli salınımı, klinik olarak bu ilaç için uygun olduğu değerlendirilen ve danışmanlık desteği de verilen sigara bağımlılarına önerilmelidir. **Güç A**

Kombinasyon Tedavileri

Tıbbi kanıtlar nikotin bağımlılığında kullanılan kombinasyon tedavilerinin monoterapilerden daha etkili olduğunu göstermektedir. Aşağıdaki kombinasyon tedavileri kullanılabilir:

- Uzun etkili NRT (bant) + Kısa etkili NRT'ler (pastil* / sakız / inhaler* / burun spreyi*)
- Bupropion + Kısa etkili NRT'ler (pastil* / sakız / inhaler* / burun spreyi*)
- Bupropion + Uzun etkili NRT (bant)
- Bupropion + hem kısa hem uzun etkili NRT'ler
- Vareniklin + Kısa etkili NRT'ler (pastil* / sakız / inhaler* / burun spreyi*)
- Vareniklin + Uzun etkili NRT (bant)
- Vareniklin + hem kısa hem uzun etkili NRT'ler

Not: Vareniklin ve NRT kombinasyonunun vareniklin monoterapisinden daha etkili olduğu gösterilmemiştir. Ancak kombinasyon tolere edilebilir olduğu için klinik pratikte tercihen kullanılabilir.

* Bu formlar Türkiye'de lisanslı değildir.

Kısa ve uzun etkili NRT'ler

Avantajlar

- Bant ile sürekli nikotin salınımı devam ederken, akut ihtiyaç durumlarında sakız ile hızlı etki oluşturma imkanı sağlar.
- Monoterapiden daha etkilidir.

Dezavantajlar

- Maliyet

Dozlama ve kullanma talimatları

Bantı kendi bölümünde tarif edildiği gibi günlük sigara içme sıklığına göre dozlayın. Nikotin sakızını her 1-2 saatte bir, akut çekilme semptomları ortaya çıktıkça kullanılacak şekilde önerin.

Hızlı etkili NRT kullanımına alışılmadık derecede sık ihtiyaç duyuluyorsa, bantın dozunu artırın. Amaç, kısa etkili NRT'lere olan ihtiyacı en aza indirmektir. Doz azaltımını her bir NRT'nin kendi bölümünde anlatıldığı şekilde yapın.

Uyarılar ve Kontrendikasyonlar

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın

Yaygın Yan Etkiler

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın. Hastaları ilaçların ortak yan etkileri konusunda uyarın, çünkü ilaçlar birleştirildiğinde yan etkilerin yoğunluğunu artırabilir (örneğin; bulantı, kusma, uykusuzluk).

Literatürdeki Sigara Bırakma Oranları

NRT kombinasyonu için ortalama uzun süreli bırakma oranı %15 olup, tek NRT için bu oran %9,8'dir.

Vareniklin ve NRT'ler

Avantajlar

- Vareniklinin avantajlarına ek olarak bant ile sürekli nikotin salınımı ya da akut ihtiyaç durumlarında sakız veya pastille hızlı etki oluşturma imkânı sağlar.
- Monoterapiden daha etkilidir

Dezavantajlar

- Maliyet

Dozlama ve kullanma talimatları

Vareniklin monoterapisinde olduğu gibi, varenikline hedef bırakma tarihinden bir hafta önce başlayın.

Günlük içilen sigara sayısına göre nikotin bandı dozunu seçin ve bırakma gününden itibaren başlayın.

Doz azaltmaya tedavi cevabına göre veya klasik olarak 4-6. haftalarda başlayın.

Sigara içme isteği çok güçlüyse kısa etkili NRT de reçete edilebilir.

Hasta, araç veya makine kullanmadan önce, tedavinin performansını olumsuz yönde etkilemeyeceğinden emin olana kadar dikkatli olmalıdır.

Uyarılar ve Kontrendikasyonlar

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın.

Yaygın Yan Etkiler

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın. Hastaları ilaçların ortak yan etkileri konusunda uyarın, çünkü ilaçlar birleştirildiğinde yan etkilerin yoğunluğunu artırabilir (örneğin; bulantı, uykusuzluk).

Literatürdeki Sigara Bırakma Oranları

Bu kombinasyonla ilgili az sayıda çalışma mevcuttur. Bununla beraber, hekimler yüksek bağımlılığı olan kişilerde faydalı olacağını düşünerek vareniklin kullanabilir, ancak akut nikotin çekilme semptomlarının kontrolü açısından daha fazla çalışma sonucu gereklidir.

Bupropion ve NRT'ler

Avantajlar

- Bupropionun avantajlarına ek olarak bant ile sürekli nikotin salınımı ya da akut ihtiyaç durumlarında sakız veya pastille hızlı etki oluşturma imkânı sağlar.
- Monoterapiden daha etkilidir

Dezavantajlar

- Maliyet

Dozlama ve kullanma talimatları

Eğer bağımlılık düzeyi çok yüksekse bupropionla beraber bant veya kısa etkili NRT'ler reçete edilebilir

Bupropion monoterapisinde olduğu gibi, bupropiona hedef bırakma tarihinden bir hafta önce başlayın

Günlük içilen sigara sayısına göre nikotin bandı dozunu seçin ve bırakma gününden itibaren kullanılmasını önerin.

Doz azaltmaya tedavi cevabına göre veya klasik olarak 4-6. haftalarda başlayın

Sigara içme isteği çok güçlüyse kısa etkili NRT de reçete edilebilir

Birey araç veya makine kullanmadan önce, tedavinin performansını olumsuz yönde etkilemeyeceğinden emin olana kadar dikkatli olmalıdır.

Uyarılar ve Kontrendikasyonlar

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın

Yaygın Yan Etkiler

Her ilaç için kendi bölümündeki uyarılara bakın. Hastaları ilaçların ortak yan etkileri konusunda uyarın, çünkü ilaçlar birleştirildiğinde yan etkilerin yoğunluğunu artırabilir (örneğin; uykusuzluk).

Literatürdeki Sigara Bırakma Oranları

Bupropion + bant kombinasyonu için ortalama uzun süreli bırakma oranı %22,4 olup, tek NRT için bu oran %9,8'dir.



Diğer Farmakoterapi Seçenekleri

Nortriptilin

Bir trisiklik antidepresan olan nortriptilinin, plaseboya kıyasla bırakma oranlarını yaklaşık iki kata kadar artırdığı gösterilmiştir. Sistematik bir derlemede, plaseboya kıyasla nortriptilin kullanımının en az 6 aylık sigara kullanmama oranlarını artırdığı sonucu alınmıştır. Nortriptilin etkinliğinin geçirilmiş depresyon öyküsünden etkilenmediği, ancak ilacın uygulanmasıyla ilgili olarak ağız kuruluğu, kabızlık, bulantı, sedasyon ve baş ağrısı gibi yan etkileri ve kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda aritmi riski olması sebepleriyle kullanımı sınırlıdır. Nortriptilin doz aşımı tehlikeli olabilir.

Nortriptilin Türkiye’de sigara bırakma tedavisi için onaylı değildir.

Sigara bırakmada kullanılan nortriptilin dozu 12 hafta boyunca yaklaşık 75 mg/gün’dür. Doz titrasyonu hakkında daha fazla bilgi, Yeni Zelanda Sigara Bırakma Kılavuzundan edinilebilir.

Kanıt

Nortriptilin, depresyon öyküsü olan ve olmayan kişilerde etkili bir sigara bırakma tedavisidir. **Seviye 1**

Öneri

Nortriptilin, yan etki profili nedeniyle sadece ikinci basamak ilaç olarak düşünülmelidir. **Güç B**

Potansiyel Seçenekler

Henüz araştırma aşamasında olan çok sayıda etken madde vardır ve pek çok yeni etken madde geliştirilmektedir. Sitizin tabiatıta oluşan, vareniklinle kimyasal benzerliğe sahip bir maddedir ve Doğu Avrupanın bazı bölgelerinde on yıllardır sigara bırakmada kullanılmaktadır.

Ayrıca anti-nikotin aşıları da geliştirilmektedir. Nikotin immünizasyonunun mantığı kandaki nikotin bağlayıcı antikorları uyarıp, bu sayede nikotinin kan-beyin bariyerini geçmesini önlemektir. Sigara içtikten hemen sonra beyne daha az nikotin

girmesi yoluyla nikotinle ilişkili zevk ve sigara içme arasındaki kısır döngünün kırılacağı tahmin edilmektedir. Faz II çalışmaları ile NicVAX®, Nicotine-Qbeta™ ve TA-NIC olmak üzere üç farklı aşığı değerlendirilmiştir. Bu küçük çalışmalardan çıkan bazı sonuçlar ümit verici olsa da NicVAX verileri hayal kırıklığı yaratmıştır. Etkilerinin sürdürülmesi için aşılarda düzenli olarak uygulanması gerekmekte ve tek seferlik bir tedavi ile uzun süreli koruma sağlamamaktadır. Bu yaklaşımın değerlendirilmesinden önce, daha uzun süre etki gösteren aşılarda ilgili daha büyük çalışmalar yapılması gereklidir. Aşıların klinik olarak kullanılabilir olmaları için çalışmalar devam etmektedir.



SİGARA BIRAKMADA BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEDAVİ

Sigara bağımlısı çoğu bireyin yardım almadan sigara bırakma girişiminde bulunma yatkınlığı olsa da bu şekilde herhangi bir girişimde başarı ihtimalleri düşüktür (%3-6 başarı oranı). Nikotin bağımlılığı olanlar için en başarılı bırakma yaklaşımı birinci basamak farmakoterapi ile birlikte danışmanlık, motivasyonel destek ve takiplerdir.

Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi vardır. Bunlar empatinin gösterilmesi, çelişkilerin ortadan kaldırılması, dirençle çalışma ve kendine yeterliliği destekleme olarak sıralanmaktadır. Görüşme sırasında otoriter rolden çok değişimi kişinin özgür iradesine bırakmak gerekmektedir. Amaç olarak bireyin içsel motivasyonunu artırmanın hedeflendiği unutulmamalıdır.

Sağlık profesyonelleri sigara bağımlılarına, bulundukları sağlık kuruluşunda veya daha ayrıntılı destek için Sigara Bırakma Hattı Alo 171'e ya da sigara bırakma polikliniğine yönlendirerek danışmanlık ve farmakoterapi yardımı ile sigara bırakma girişiminde bulunmalarını önermelidir.

Sağlık profesyonelleri, sıkı testlere tabi tutulmamış ve klinik kanıt bulunmayan müdahalelerin başarılı olduklarına dair abartılı iddialara karşı bilinçli olmalıdır.

Aşağıdaki sigara bırakma müdahalelerinin etkili oldukları kanıtlanmıştır.

Kısa Tavsiyeler

Sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, diğer yardımcı sağlık görevlileri, diş hekimleri, eczacılar gibi) yaptıkları tavsiyelerin sigara bırakmayı teşvik etmede etkili olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Sağlık profesyonelleri çok kısa (3 dakikadan az) bir müdahaleyle bile fark yaratabilirler. Daha ayrıntılı müdahaleler daha iyi sonuçlar doğurabilir, ancak çoğu müdahale klinik uygulamada pratik olmayabilir. (Sağlık Profesyonellerinin Sigara Bırakmadaki Rolü başlığına da bakın.)

Her sigara bağımlısına, en azından aşağıdakilerden biri veya birkaçını içerecek şekilde, sigara bırakma konusunda kısa bir müdahale yapılması önerilmektedir:

- İlk fırsatta bırakmayı düşündüren, basit bir tavsiye sunmak
- Sigara bağımlısının bırakma konusundaki kararlılığını değerlendirmek

- Farmakoterapi ve/veya tavsiye temelli yardım teklif etmek
- Sigara içme dürtüsü ile kendi başına başa çıkma yöntemleri
- Sigara Bırakma Hattı Alo 171 ya da sigara bırakma polikliniği gibi daha ayrıntılı destek birimlerine yönlendirmek.

Kanıt

Rutin muayeneler sırasında her fırsatta sağlık profesyonelleri tarafından yapılan kısa sigara bırakma tavsiyesinin mütevazı bir etki büyüklüğü olsa da, halk sağlığı açısından azımsanmayacak fayda potansiyeli vardır. **Seviye 1**

Öneri

Rutin muayenelerde mümkün olduğunca (en az yılda bir kez) kısa bırakma tavsiyesi yapın. **Güç A**

Grup Terapisi ya da Bireysel Danışmanlık

Hem bireysel danışmanlığın hem de grup terapisinin minimal desteğe kıyasla bırakma oranlarını arttırdığına dair açık kanıtlar vardır.

Bireysel danışmanlık sigara bağımlısı ve sigarayı bırakma konusunda eğitilmiş bir danışman arasında, sigarayı bırakma tarihinden itibaren en az 4 hafta süren ve genellikle farmakoterapi ile birleştirilen haftalık yüz yüze görüşmeleri içerir. Grup terapisi ise sigara bağımlılarının bilgi ve tavsiye edinip sigara bırakmaya teşvik edildikleri, davranışsal müdahaleleri içeren planlı toplantıları (genellikle 4-8 tane) içerir.

Danışmanlık, problem çözme ve beceri eğitimi içerikli pratik önerileri ve tedavinin bir parçası olan sosyal desteği kapsamalıdır. Beceri eğitimine odaklı ve bireylere karşılıklı destek sağlayan grup teknikleri, bu yöntemi uygun bulanlar için etkili olabilir.

Telefon Danışmanlığı ve Sigara Bırakma Hatları

Telefonla danışmanlık, sigarayı bırakmak isteyen ya da yakın zamanda bırakmış olan bireyler için uzman danışmanlar tarafından tavsiye, teşvik ve destek

sağlamaktadır. Danışmanlar sigarayı bırakmaya çalışan kişiyi sürecin ilerleyen dönemlerinde pek çok kez arar (ileriye dönük etki sağlayan bir hizmet, proaktif servis) veya kişi sigara bırakma hattını arar (tepkisel karşılık, reaktif servis). Sigara bağımlılarının genellikle Sigara Bırakma Hattını tam fayda sağlayacak kadar sık aramayıp proaktif çağrılarını kolayca kabul ettikleri ve takdir ettiklerinden ötürü, proaktif desteğin daha etkili olduğuna dair daha güçlü kanıtlar mevcuttur. Yeni Zelandada yapılan ve çeşitli müdahalelerin maliyet-etkinliğini değerlendiren derlemede, farmakoterapi kullanımını da içeren Sigara Bırakma Hattı servisi en yüksek puanı almıştır.

Kanıt

Telefonla geri arama şeklinde danışmanlık hizmetleri, sigarayı bırakmak isteyenlere sigarayı bırakmada yardımcı olma konusunda etkilidir. **Seviye 2**

Öneri

Sigara bağımlılarının bu hizmetlere yönlendirilmeleri her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. **Güç A**

Türkiye’de Sigara Bırakma Hattı Hizmetleri

ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı, 27 Ekim 2010 tarihinde hizmete açılmıştır. Danışma Hattı, sabit hatlardan ücretsiz olarak aranabilmekte, GSM hatlarından arandığında ise ilgili firmanın tarifesi doğrultusunda fiyatlandırılmaktadır. 7 gün 24 saat canlı operatörlerle kesintisiz hizmet veren Sigara Bırakma Hattında 175 operatör görev yapmaktadır. Sigara Bırakma Hattı santraline 2010 yılından 30 Eylül 2018 tarihine kadar 27.165.744 çağrı girişi olmakla birlikte günlük çağrı girişi sayısı ortalama 4000’dir.

Sigara Bırakma Hattını arayan bireylere sigaranın zararları hakkında ihtiyaçlarına yönelik bilgi verilmekte, sigara kullanımına ilişkin alışkanlıklarını tespit etmek ve nikotin bağımlılık düzeyini belirlemek amacıyla nikotin bağımlılık testi uygulanmaktadır. Tespit edilen bağımlılık düzeyine göre; kişiye özel sigara bırakma planı yapılmakta ya da hekim kontrolünde sigarayı bırakmak isteyenler sigara bırakma hizmeti sunan sağlık birimleri hakkında bilgilendirilerek sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmektedir. Kişinin talep etmesi halinde operatörler

aracılığıyla kendisine en yakın sigara bırakma polikliniğinden randevu da alınmaktadır.

Sigara bırakma planı yapılan bireylerin onay vermeleri halinde Sigara Bırakma Hattı tarafından yapılan geri dönüş aramalarıyla bir yıl boyunca takip edilmekte ve sigara bırakma sürecini sürdürmesi için desteklenmektedir. Sigara Bırakma Hattı tarafından sigara bırakma planı yapılan bireye, sisteme dâhil olmasını takiben bırakma planında belirlenen sigara bırakma günü, 1. hafta, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. ayın sonu olmak üzere yılda en az 7 defa geri dönüş araması yapılmaktadır. Bu geri dönüş aramalarıyla Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü kişilerin sigarayı bırakma durumlarını takip edip, sigara bırakma sürecinde yaşanan nikotin yoksunluk belirtileri ile baş etme konusunda cesaretlendirilerek motivasyonlarının artırılması sağlanmaktadır. Bu kapsamda takip edilen bireylerin %8'inin sigarayı bıraktığı tespit edilmiş olup bu oran, dünyada sigara bırakmaya yönelik hizmet veren çağrı merkezlerinden oldukça yüksektir.

Sigara İçme Dürtüsü ile Kendi Başına Başa Çıkma Yöntemleri

Sigarayı bırakmak için yazılı (kitap, broşür, el kitabı) veya elektronik (CD'ler, çevrimiçi) formatlarda yapılandırılmış programlar biçiminde sigara içme dürtüsü ile kendi başına başa çıkma yöntemleri sayesinde; sağlık profesyonelleri, danışmanlar veya grup desteği gibi yardımcıları uzak oldukları zamanlarda da sigara içenlere destek ve danışmanlık sağlanmaktadır. Bu materyaller, hiçbir müdahale yapılmamasıyla kıyaslandığında, kendi başına sınırlı bir etki göstermektedir, ancak bir sağlık profesyonelinden tavsiye almak veya NRT gibi diğer müdahalelerle birlikte kullanıldığında ilave bir yararı olduğuna dair kanıt yoktur. Tütün bağımlılığı olan farklı popülasyonlardaki sigara bağımlıları için bireysel olarak uyarlanmış materyallerin uyarlanmamış materyallerden daha etkili olduğuna dair kanıtlar vardır.

Hem bir Cochrane derlemesi hem de 15 çalışmanın incelendiği bir derlemede hem kısa hem de uzun vadede kısa mesajla cep telefonu destek programlarının etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. İnternet/mobil telefon uygulamaları 12. aya kadar sigara bırakma konusunda katkı sağlayabilir.

Çevrimiçi sigara bırakma müdahaleleri düşük maliyetlidir ve çok sayıda insana ulaşma potansiyeline sahiptir. İnternetin basılı materyallere göre en büyük avantajı etkileşimi ve bilgiyi bireysel ihtiyaçlara göre uyarlama kabiliyetidir, ancak nispeten az sayıda site bu olanağı kullanır (bilgiyi bireysel ihtiyaçlara uyarlamak için tasarlanmış bir internet sitesi örneği için, bkz. Quit Coach www.quitcoach.org.au). 2018 yılında yayımlanan bir çalışmada; sigarayı bırakmakta olan ya da bırakmış bireylerin birbirleriyle iletişime geçmelerini, sigara bırakma sürecindeki gelişimlerini kaydetmelerini ve sigarayı bırakarak ne avantajlar kazandıklarını hatırlamalarını sağlayan Tobbstop isimli bir uygulama kullanılmıştır*. Bu uygulama ile hem sigara bırakan bireylerin birbirlerine bilgi ve tecrübe aktarımı yaparak destek olmaları, hem tütünle ilgili bilgi edinirken aynı zamanda mini oyunlar ile sigara krizi gibi süreçleri atlatabilmeleri, hem de sigara bırakan bireylerin deneyimleri ve bakış açılarıyla ilgili sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının artırılması hedeflenmiştir. Yine 2018’de yayımlanan bir başka çalışmada ise interactive Mobile Doctor (iMD) isimli bir uygulama ile özellikle konuşma dili açısından ve kültürel sorunlar yaşayan etnik gruplara da sigara bırakma yardımı verilmesi hedeflenmiştir. Web tabanlı programların kullanılması, bireylerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için umut verici bir yöntemdir. Ancak en etkili kullanım biçimini belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Sigara Bırakmada Etkisiz Yaklaşımlar

Yaygın kullanımda olan, ancak henüz iyi tasarlanmış çalışmalarda plasebo etkisinden daha etkin olduğu kanıtlanmamış ya da danışmanlık ve destek hizmetlerinden daha yararlı olduğu gösterilmemiş sigara bırakma yöntemleri de vardır.

Hipnoterapi (danışmanlık olmadan)

Hipnoterapinin sigara bırakmada etkin bir yol olduğuna dair tanıtımlar yapılmaktadır. Sigara içme isteğini azaltarak veya bırakma isteğini güçlendirerek sigarayı bırakmaya yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Birkaç dekattır kullanılıyor olsa da etkinliğini değerlendirmek için iyi tasarlanmış çalışmalar sayıca çok azdır. Bir Cochrane meta-analizinde, hipnoterapinin herhangi bir tedavi verilmemesinden daha

üstün olduğunu gösteren bir sonuç bulunmamış olup, hipnoterapiyi etkili tedavilerle karşılaştırmak için verilerin yetersiz olduğu saptanmıştır.

Akupunktur

Sigarayı bırakmakta olan bireyler bazen yoksunluk semptomlarını azaltmak amacıyla akupunktura başvurmaktadır. İlgili tedaviler arasında akupressür, lazer tedavisi ve elektrik stimülasyonu da bulunmaktadır. Şu an için akupunktur veya ilişkili herhangi bir tedavinin hiçbir şey yapmaktan daha iyi olduğuna dair tutarlı bir kanıt yoktur. Akupunktur, akupressür ve lazer stimülasyonu gibi tedavilerin sigara bırakmada etkili olduklarının kabulü ve tedavi olarak önerilmelerinden önce iyi tasarlanmış çalışmaların yapılması gereklidir.

Kanıt

Akupunktur veya hipnoterapinin sigarayı bırakmada anlamlı bir etkisi yoktur. **Seviye 1**

Öneri

Mevcut kanıtlara göre, akupunktur ve hipnoterapi sigarayı bırakmaya yardımcı olarak önerilmez. **Güç A**

Naltrekson

Hem yayınlanmış hem de yayınlanmamış çalışmaların meta-analizlerinde, naltreksonun tek başına ya da NRT'ye eklenmesinin kısa süre ya da uzun süre sigarasız kalabilme konusunda yararlı bir etkisi olmadığını göstermiştir.

Sigara Bırakmada Kanıtlanmamış Yaklaşımlar

Sigara bırakma başarısı sağlama konusunda yardımcı olma potansiyeline sahip bazı yaklaşımlar vardır, ancak bunlar henüz bırakma açısından yeterince araştırılmamıştır. Bu yaklaşımlar arasında e-sigara olarak da adlandırılan elektronik nikotin taşıyıcı sistemler, fiziksel aktivite, farkındalık ve Allen Carr yöntemi bulunmaktadır.

Elektronik sigaralar

E-sigaralar, tütün veya sigara içermeyen, buharla nikotin verebilen ve pille çalışan cihazlardır. Bu ürünler tüketicilere önerilmeden önce, sigara bırakma açısından

güvenlik ve etkinlik konusunda daha fazla araştırma yapılmalıdır. Tüketiciler e-sigara­ların güvenli ve etkili olduğunu varsayabilir ancak tersi yönde kanıtlar vardır. 2015'te yayımlanan bir derlemede propilen glikol ve gliserin gibi toksik olduğu kanıtlanmış maddeler içerdiğinden bahsedilmektedir. E-sigara­lar, sigaranın davranışsal ve duyu­sal yönlerini taklit etmenin yanı sıra nikotin yoksunluğu semptomlarını ve sigara içme arzusunu hafifletebilir. Az sayıdaki randomize kontrollü çalışma, e-sigara­ların sigara bırakma ve zarar azaltmada rol oynayabileceğini öne sürmekte olup, ancak güvenli kullanım önerileri yapmadan önce daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

E-sigara­lar ile ilgili endişeler, kısa süreli etkinlikleri ve hem kısa süreli hem de uzun süreli güvenlikleri açısından yeterli kanıt olmamasını içermektedir. Özellikle de halihazırda kronik hastalığı olan hastalar açısından bu durum önemlidir. Sigarayı bırakma yerine sigara ile beraber kullanımı da devam edebilir. Ayrıca, e-sigara­ların potansiyel olarak sigara içmeye geçişe sebep veren bir yol olabileceği endişesi de vardır. Ancak, sigaranın yanına ekleme olarak değil de yerine ikame olarak kullanılırsa e-sigara­ların sigara içmeye devam etmekten çok daha az zararlı olduğu sonucuna varılabilir.

Nikotinle ilgili diğer ajanlar

NicoBloc® ve Nicobrevin, bazı sağlık profesyonelleri tarafından zaman zaman önerilen nikotinle ilgili ajanlardır, ancak deneysel olarak etkinlikleri kanıtlanmamıştır. Nicobrevin'in içeriğindeki kinin ile kamforun yan etkileri nedeniyle 2011'de İngiltere'de lisansı iptal edilmiştir.

Tiksindirici veya hızlı sigara içilmesi

Hızlı (veya tiksindirici) sigara içmenin etkili olabileceğini gösteren sınırlı kanıtlar vardır. Ancak, bu teknik uygun alıştırma­lar yapılmadan denenmemelidir.

Biyomedikal geribildirim (Biyomedikal feedback)

“Akciğer yaşı”nı tahmin etmek için spirometri kullanmak dışında, sigara içmenin vücuda olumsuz etkilerinin gösterilmesinin bırakma oranlarını artırdığı kanıtlanmamıştır. Kullanılan stratejiler arasında birinci basamakta spirometri, ekspirasyon havasında karbon monoksit seviyeleri, vasküler ultrasonlar ve genetik duyarlılık bulunmaktadır.

Fiziksel aktivite

Tütün kullanımını bırakmada iki ana husus vardır: nikotin bağımlılığının üstesinden gelmek ve yaşam tarzını değiştirmek. Fiziksel aktivite artışının sağlıklı yaşam açısından pek çok faydası olduğu bilinmektedir. Egzersizin sigara bırakma sırasında ortaya çıkan nikotin çekilme semptomları ve sigara içme özlemi üzerine etkileri araştırılmıştır. Egzersiz, özgüveni artırmaya veya genellikle bırakmayı takiben ortaya çıkan kilo alımını yönetmeye yardımcı olabilir. Bununla birlikte, halen tek başına egzersizle uzun süreli sigarayı bırakma oranlarının yüksek olduğunu gösteren kanıt yoktur.

Bununla birlikte, aktivite artışı başka sağlık avantajları getirdiğinden destek programının bir parçası olmalıdır.

Allen Carr yöntemi

Kayda değer bir halk desteğini arkasına almasına rağmen, Allen Carr yönteminin etkin olduğuna dair yüksek kalitede deneysel bir kanıt bulunmamaktadır.

Sarı kantaron (St. John'un arpa mayası)

Bitkisel bir antidepresan olan sarı kantaron (*Hypericum perforatum*) bitki özünün, sigarayı bırakmada yardımcı olduğu gösterilmemiştir. Sarı kantaronun tek başına ya da bireysel motivasyonel ve davranışçı destekle beraber kullanımının sigara bırakma konusunda etkili bir yardımcı olduğuna dair ikna edici bir kanıt bulunmamaktadır.

SİĞARA BIRAKMA YERİNE SİĞARAYI AZALTMA

Bazı bireyler sigarayı tamamen bırakma konusunda beceriksiz veya isteksizdir. İçilen günlük sigara sayısının azaltılmasının uzun vadede fayda sağladığı öne sürülmektedir. Ancak, bu stratejinin tütün kaynaklı hastalıklar açısından riski azaltıp azaltmadığı açık değildir. Araştırmalar, sigara içmenin %50 oranında azaltılmasının, ağır sigara bağımlılarında (günlük 15 ve üzeri sigara) akciğer kanseri riskini makul bir şekilde azalttığını göstermiştir. Bunlarla beraber, çalışmalar sigara içme alışkanlıklarını değiştirmeyen ağır sigara bağımlılarına kıyasla ölümcül veya ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü, KOAH ya da herhangi bir nedenle ölüm riskini azaltmadığını göstermektedir. Bu nedenle, sigaranın azaltılması, aniden veya hızlı bir kesme protokolü ile sigarayı bırakmaya hazır olmayanlar için geçici bir önlem olarak görülmelidir. Sağlık profesyonelleri, sigara kullanımının risklerini azalttığı kanıtlanmış bir yöntem olarak sigara bırakmayı daima teşvik etmelidir.

Sigara bağımlılarının sigarayı bırakmayıp sadece azaltmalarını desteklemek için müdahalede bulunulmasının uzun vadeli fayda sağlayıp sağlamadığı hakkında yeterli kanıt bulunmamaktadır. Sigarayı bırakmak istemeyen bazı kimselere, nikotin sakızı kullanarak içilen sigara sayısını azaltma konusunda yardımcı olunabilir. Sigarayı azaltmanın uzun vadeli sağlık yararları belirsiz olduğundan, bu şekilde NRT kullanımı sigarayı bırakma öncesi süreçte daha uygundur. NRT'yi sigarayı azaltmak için kullanan sigara bağımlılarının sigarayı bırakma ihtimalleri hiç kullanmayanların yaklaşık iki katıdır.

NÜKS

Herhangi bir bireysel sigara bırakma girişiminde bırakmayı başaramama olasılığı başarma olasılığından daha yüksektir. Çoğu sigara bağımlısı, uzun süreli sigarasızlığa ulaşmadan önce tekrar tekrar bırakma girişimleri yapar. Bırakma girişiminin ilk haftasında nüks sıktır. Nüks, çekilme semptomlarının ve stres ve kilo alımı gibi diğer faktörlerin ciddiyeti ile ilişkilidir. Nüksü önlediği kanıtlanmış bir müdahale yoktur. Ancak yoksunluk, stres ve kilo alımı semptomlarını tedavi etmek için tavsiyelerde bulunulması ve farmakoterapi önerilmektedir.

Tekrarlayan nüksler söz konusu ise; bireyin motivasyonunun kırılmasını önlemek, bir sonraki bırakma teşebbüsü için daha deneyimli olacağını anlatmak, aynı hataları yapmaması için ders çıkarmasını sağlamak gereklidir.

Sigara bırakma sürecinde nüksten önce kayma (slip) veya hata (laps) da olabilmektedir. Sigarayı bıraktıktan sonra sadece bir adet sigara içilmesi veya birkaç puf çekilmesi “kayma”, birkaç gün birer tane sigara içilmesi ise “hata” olarak tanımlanmaktadır. Tetik çeken faktörler ve yüksek riskli durumlar hataya neden olabilmektedir.

Nüksü engellemek için sigara içme arzusunu tetikleyen faktörler bilinmelidir:

- Çevrede sigara içen kişilerin bulunması (özellikle de ailede)
- Alkol kullanımı
- Kendini kötü hissetmek, depresif duygudurum
- Kendine fazla güvenmek (İstediğim zaman bırakabilirim özgüveni)
- Sevdiği kişilerden ayrılmak (vefat gibi)
- Sinirlilik, kendine acıma hissine kapılmak
- Tedaviye uyum sağlayamamak
- Yorgunluk, aşırı iş yükü
- Stres ve kaygılar
- Ekonomik sıkıntılar
- Negatif düşünceler ve kötümserlik durumu

BIRAKMA SONRASI KLİNİK KONTROLLER

Sigarayı bırakmaya istekli olanlar kadar bırakma isteği olmayanların da takibinin önemli olduğu unutulmamalıdır. Bırakmaya istekli olmayan bireylere her görüşmede 5R uygulanmalıdır.

Nüks sıklığının ilk aylarda, hatta ilk 1 yılda yüksek olduğu, yıllar geçtikçe de bu oranın azaldığı görülmektedir. Bu nedenle sigara bırakma hastalarının en az bir yıl izlenmesi başarı oranlarını artıracaktır. Takiplerde esas amaç nüksü önlemektir ve bırakacak olan bireyler kadar bırakmış olarak gelen bireyler de takip edilmelidir. Her iki hasta tipi için de takiplerde; bırakma girişiminin takdir edilmesi, nikotin çekilme semptomlarının sorgulanması, farmakoterapinin doğru kullanılıp kullanılmadığının, etkinliğinin ve yan etkilerinin sorgulanması, nikotin çekilme semptomlarının dışında kilo alımı, alkol kullanımında artış, depresyon gibi sorunların sorgulanması ve yapmış ise kayma veya hataların sorgulanması gerekmektedir.

Hekimle beraber planlayarak sigara bırakan bireylerin kontrolleri bırakma günü veya ilk hafta içinde başlatılmalıdır. İlk iki hafta nikotin çekilme semptomları açısından riskli olduğu için bırakma sonrası 1 ay içinde en az iki görüşme yapılması önerilmektedir. Birey gelemiyorsa telefon viziti de yapılabilir. Hedeflenen günde sigarayı bırakamayan bireylerle görüşmelerde mutlaka sebepler konuşularak yeni bir gün belirlenmeli, bırakanlar ise takdir edilmelidir. Bırakma sonrası ise kayma veya hata olmuşsa sebebi tespit edilerek dersler çıkarılmalıdır. Bunların nüksün öncülü olacağı göz ardı edilmemelidir. Eğer kullanıyorsa, farmakoterapinin doğru kullanıldığı mutlaka sorgulanmalıdır.

İlk ay içinde yapılan en az iki görüşme sonrası 3 aya kadar aylık, sonrasında ise 3 ayda bir olacak şekilde 1 yıla tamamlanması önerilir. Ancak her bireyin durumu kendine özel olduğu için ihtiyaca göre sıklıklar artırılabilir.

İhtiyaç halinde başvurmak adına Sigara Bırakma Hattı Alo 171'in 7 gün 24 saat hizmet verdiği mutlaka hatırlatılmalıdır.

ÖZEL İHTİYAÇLARI OLAN POPÜLASYONLARDA SİGARA BIRAKMA DESTEĞİ

Nikotin bağımlılığı ile sigaranın etkileri ve ayrıca sigarayı bırakmak için ilaç kullanımı ile ilgili özel durumları olan birkaç popülasyon vardır. Bu grupların çoğu ile sigara bırakma farmakoterapisi açısından klinik deneylerde çalışılmamıştır. Ancak, sigarayı bırakma konusunda bir kural tüm gruplar için geçerlidir; tüm sigara bağımlılarına sigarayı bırakma tavsiyesi ve desteği sunmak için her fırsattan yararlanılmalıdır. Danışmanlık ve davranışsal müdahaleler her bir sigara bağımlısı için bireye uygun olacak şekilde değiştirilebilir. Ek olarak, nikotin bağımlısı tüm sigara bağımlılarına farmakoterapi önerilmeli ve gerektiğinde ayrıntılı destek için telefonla Sigara Bırakma Hattı Alo 171'e yönlendirilmelidir.

Gebe ve Emziren Kadınlar

Gebe kadının sigara içmesi, kendisinin yaşayacağı uzun dönem sağlık sorunlarının yanında, ölü doğum, spontan düşük, fetal büyüme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı (yenidoğan sağlığının önemli bir göstergesidir), plasenta dekolmanı, ani bebek ölümü, yarı damak, yarı dudak ve çocukluk çağı kanserleri gibi olumsuz fetal sonuçlara da neden olur.

Gebelikte sigara içilmesi Türkiye için ciddi bir sorundur. Bir doğum kliniğine rutin kontrol için gelen 1.020 gebeyi kapsayan bir çalışmada anne adaylarının %34,7'sinin gebelikten önce sigara içtiği, %14,0'ünün de gebeliği sırasında sigara içtiği saptanmıştır.

Kadınların %20-30'u gebe kaldıklarında sigarayı bırakmalarına rağmen, bu kadınların yaklaşık %70'inde ya gebelik sırasında ya da bebek doğduktan sonra nüks görülmektedir. Bu grup, sigara bırakma girişiminde bulunan ve bırakma konusunda motive olduklarını gösteren önemli bir sigara bağımlısı grubudur. Sigarayı bırakma müdahalelerinin gebelikte %6 oranında etkili olduğu gösterilmiştir. Postpartum süreçte nüks sık olmakla beraber, bu durum sigara bırakma müdahaleleriyle engellenebilir. Ancak uzun dönem takiplerde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Sağlık profesyonelleri gebe ve yeni anne olmuş kadınları yenidoğan ve küçük çocuklarda pasif sigara maruziyetinin tehlikeleri hakkında uyarmalıdır.

Gebelikte sigara içmenin güvenli olduğu tek durum, hiç sigara içilmemesidir. Çünkü:

- Nikotin ya da tütün dumanı maruziyetinin herhangi bir seviyesi, olumsuz etkilerin ortaya çıkma riskini artırmaktadır.
- Sağlık kazanımları açısından en büyük etki kesmek yerine bırakmakla ortaya çıkar.

Gebe kalmadan önce veya gebeliğin ilk üç ayında sigara bırakmakla sigaranın gebelik üzerine olumsuz etkileri açısından sigara içmeyenlerle benzer seviyelere gelir. Gebelik sırasında herhangi bir zamanda sigarayı bırakmak sağlık açısından fayda sağlar. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri gebe sigara bağımlılarına gebelik ilk öğrenildiğinde, gebelik boyunca ve gebelik sonrasında mümkün olan en kısa sürede sigarayı bırakmaları için müdahale alternatifleri sunmalıdır.

Birçok gebe kadın sigara içme durumlarını bir sağlık profesyoneline itiraf etmez ve bazı kılavuzlar bu durumun açıklığa kavuşmasını kolaylaştırmak için çoktan seçmeli soru formatları önerir. Sağlık profesyonelleri, gebelik sırasında farmakolojik yaklaşımların etkinliği ve güvenliği henüz iyi belgelenemediğinden, farmakolojik yaklaşımları kullanmadan önce danışmanlık, öneri ve destek müdahaleleri kullanarak gebe sigara bağımlılarını bırakma girişiminde bulunmaya teşvik etmelidir. Gebe kadınlar için farmakoterapi, nikotin replasman tedavisi ve sigara kullanmaya devam etmenin fetus üzerinde oluşturacağı olası olumsuz etkilerinin kıyaslanması açısından değerlendirilmelidir. Gebelerin Sigara Bırakma Hattı Alo 171'i kullanmaları da teşvik edilmelidir. Bırakma girişimleri ilaç kullanımı olmadan başarısız olursa ve birey bırakma konusunda motive olmuşsa, NRT (genellikle oral form) düşünülebilir.

NRT'nin gebe kadınların sigarayı bırakmalarına yardımcı olma konusundaki etkinliğine dair sınırlı kanıt vardır. NRT kullanmanın temel faydaları, tütün dumanında bulunan diğer toksinlerin uzaklaştırılması ve NRT'nin tütün kullanımından daha düşük dozda nikotin vermesidir. NRT gebe ve emziren anneler tarafından kullanılabilir, ancak riskler ve faydalar bir sağlık profesyoneli tarafından dikkatlice açıklanmalı ve gebeyi takip eden klinisyene danışılmalıdır.

Genel olarak, aralıklı (oral) NRT gebelik sırasında toplam günlük nikotin dozunun daha düşük olmasını sağlamak için kullanılabilir. Bununla birlikte, gebelikte sigara içme isteği ve yoksunluk belirtilerini hafifletmek için, nikotinin hızlı klirensi

nedeniyle, daha yüksek dozlar ve hatta kombinasyon tedavisi bile gerekli olabilir. Eğer gebeler bant kullanıyorsa, fetüsü nikotine sürekli maruz kalmaktan korumak için yatmadan önce çıkarılmalıdır. Nikotin anne sütüne geçer, ancak tehlikeli olacak düzeyde olması beklenmez. Doğumdan sonra sigara içmeye devam eden kadınlar, bebeklerini emzirmeye teşvik edilmelidir. Sigarayı tamamen bırakamayan kadınlara ikinci el sigara dumanının bebeğine vereceği zararları en aza indirecek stratejiler önerilebilir.

Türkiye’de sigara bırakmada kullanılan vareniklin de bupropion da gebe ve emziren sigara bağımlılarına yönelik sigara bırakma tedavisinde etkin veya güvenli olarak gösterilmemiştir ve önerilmemektedir. Bu ajanlardan birini alırken bir kadının gebe kalması durumunda tedavi kesilmelidir ve hasta kabul ederse, gebelik süreciyle ilgili bilgilerini sağlık yetkililerine ve üreticiye bildirmek zaman içinde herhangi bir riski daha iyi anlamaya yardımcı olabilir.

Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar, gebe kalmadan önce ideal olarak sigara bırakmaya için teşvik edilmelidir. Sigarayı bırakma politikasıyla sigaranın kadınlar üzerine etkilerinin de en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca gebe kadınların eşlerine gebenin yakınında sigara içmemelerinin ve mümkünse sigarayı bırakmalarının önerilmesi önemlidir, çünkü bu durumda sigara bırakma ihtimalleri artabilir.

Önerilen sigara bırakma tedavisi

Gebe kadınlar sigarayı tamamen bırakma yönünde teşvik edilmelidir.

Ayrıntılı destek ve proaktif telefon danışmanlığı önerilmelidir.

Sigara içme dürtüsüyle kendi başına başa çıkma yöntemleri konuşulmalıdır.

Bu müdahaleler başarılı olmazsa, sağlık çalışanları söz konusu risklerin açık bir şekilde açıklanmasından sonra NRT'yi göz önünde bulundurmalıdır.

Sigarayı bırakanlar, uzun vadede de sigara içmeden kalmaları için desteklenmelidir.

Kanıt

Hala gebelikte farmakoterapi kullanımının güvenliği konusunda kanıt eksikliği vardır, ancak uluslararası kılavuzlar NRT'nin belirli durumlarda kullanılmasını önermektedir.

Seviye 5

Öneri

NRT kullanımı, hamile bir kadın sigarayı başka türlü bırakamadığında göz önüne alınmalıdır. Aralıklı NRT, bantlara tercih edilir (daha düşük toplam günlük nikotin dozu). **Güç C**

Adölesan ve Gençler

Sigara içenlerin %80'inden fazlasının ergenlikte nikotin bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir. Ergenlik sigara içmeye başlanan ilk zamandır ve denemeden bağımlılığa geçiş gerçekleşir. Düzenli sigara kullanıcına dönüşen ergenlerden üçte birinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken öleceği tahmin edilmektedir.

2003'te Küresel Gençlik Tütün Araştırması yapıldığında 13-15 yaşındaki gençlerde erkeklerin %31,7'sinin kızların da %19,7'sinin sigara içmiş olduğu ve erkeklerin %9,4'ünün, kızların da %3,5'inin (toplamda %6,9) halen sigara içmekte olduğu bulunmuştur. KGTA 2009 yılında tekrarlanmış, bu çalışmada da halen sigara içme sıklığı %8,4 (E: %10,2, K: %5,3) olarak saptanmıştır. Türkiye'de sigarayı bırakma girişim oranları en düşük olan yaş grubu %40,2 ile 15-24 yaşlar arasındaki genç içicilerdir.

2014 yılında halen tütün kullananların ilk kez tütün mamulü kullanma yaşlarının cinsiyete göre dağılımı 19 yaş altı için erkeklerde %79,2 ve kadınlarda %65,3 gibi yüksek oranlarda olduğu görülmektedir.

Gençlerin sigaraya başlama nedenleri değişken olmakla beraber genetik faktörler, akran etkisi, ebeveynlerin sigara içmesi, kilo kontrolü ve stres ile ilgilidir. Ergenlerin resmi sigara bırakma programlarına katılım ve devamlılıklarının sağlanması zordur ve gençleri hedefleyen müdahalelerin ana belirleyicisi bu faktördür. Bilgisayar ve internet üzerinden sigara bırakma programları gençlere yönelik kullanılabilecek potansiyel araçlardır, ancak henüz etkinlikleri konusunda net bir kanıt yoktur.

Ergenlere yönelik anti-tütün programları sigara bırakmadan çok ergenlerin sigara kullanmaya başlamamalarına odaklanmıştır. Bu programlar büyük ölçüde etkisizdir. Aynı şekilde, sigarayı bırakan gençlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için sigara bırakma programlarının etkili olduğunu gösteren kanıtlar da

yetersizdir. Ergen sigara bağımlıları için farmakolojik müdahalelerin etkinliği hakkında kanıtlar sunan az sayıda çalışma mevcuttur.

Bazı sigara bırakma ilaçları genç sigara bağımlıları tarafından kullanılabilir. Nikotin bağımlısı bir sigara bağımlısına, sigarayı bırakmaya hazırsa, NRT önerilebilir. NRT'nin ergenlerde güvenli olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen, bu ilaçların ve bupropion veya vareniklinin ergen sigara bağımlılarında uzun süre sigara içmeme başarısı sağlamada etkili olduğuna dair çok az kanıt vardır. Çalışmaların büyük çoğunluğunda ayrıntılı danışmanlık da verilmiştir (altı ya da daha fazla oturum).

Önerilen sigara bırakma tedavisi

- Danışmanlık bu yaş grubunda hayati öneme sahiptir.
- Sağlık profesyonelleri sigara içme durumunu sorgulamalı ve güçlü bir sigara karşıtı mesaj vermelidir.
- NRT'nin ergenlerde önlem alınarak kullanılması önerilir. Sağlık profesyoneli ergenin nikotin bağımlılığını, bırakma motivasyonunu ve danışmanlık almaya istekli olup olmadığını değerlendirdikten sonra NRT'yi tavsiye etmelidir.
- Bupropion ve vareniklinin 18 yaşın altında kullanımı onaylanmamıştır.

Psikiyatrik Hastalığı Olanlar

Psikiyatrik sağlık sorunları olan insanlarda sigara içmek yaygındır. Şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalığı olan insanlar, hastalıklarından dolayı genellikle fiziksel, finansal ve sosyal dezavantajlar yaşarlar. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin bırakmak için genel nüfus kadar motive olduklarına dair kanıtlar vardır. Sigara içmeyi azaltma ve bırakmanın aktif olarak teşvik edilmesi ve desteklenmesi, yaşam kalitelerini artırmak için önemlidir. Tütün kullanımı aynı zamanda şizofreni ve depresyon için alınan ilaçları da etkileyebilir ve bazı psikotrop ilaçların dozlarının azaltılması gerekebilir.

Tütün bağımlılığını tedavi etmek, ağır psikiyatrik hastalığı olan insanlar için kıymetli bir müdahaledir ve genel nüfusta olduğu kadar etkili olabilir. Ancak, ne seviyede yardım verilirse verilsin bu grupta bırakma oranlarının genellikle daha düşük

olduğu görülmektedir. Sigara Bırakma Hattı çağrıları ile desteklenen yüz yüze yardım uygulaması, ayrıntılı bir yüz yüze yardım uygulaması kadar etkilidir. Stabil psikiyatrik hastalığı olan kişilerde psikiyatrik sağlığı kötüleştirmemektedir.

Aslında sigarayı bırakma sonrası iyiye giden bir psikiyatrik durum ile depresyon, endişe ve stres düzeylerinde azalma arasında ilişki vardır. Psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda da olmayanlarda da bu durum geçerlidir.

Sağlık profesyonelleri, genel popülasyonda etkili olduğu gösterilmiş sigara bırakma müdahalelerini psikiyatrik hastalığı olan bireylere de önermelidir. Psikiyatrik hastalık sigara bırakmanın önünde bir engel değildir, ancak hastalığın ve tedavinin sigarayı bırakma sırasında dikkatle izlenmesi gerekir.

Önerilen sigara bırakma tedavisi

- Ayrıntılı sigara bırakma danışmanlığı ve yakın takip bu grupta önemlidir.
- NRT, psikiyatrik hastalığı olanlarda etkili ve güvenlidir.
- Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde sigara bırakma ilacı kullanımına ilişkin bir psikiyatriste danışılması düşünülebilir.
- Bupropion, nöbet öyküsü olan, anoreksia veya bulimia öyküsü olan ve diğer antidepresanlardan en az birini kullanan bireyler için uygun olmayabilir. Trisiklik antidepresanlar ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri gibi ilaçlarla birlikte bupropion kullanılması durumunda dikkatli olunması gerekir. Sigara bağımlısı bupropion kullanırken bu ilaçlara doz aralığının en alt seviyesinden başlanmalıdır. Daha sık karşılaşılan durum ise, hali hazırda trisiklik antidepresan ya da seçici serotonin geri alım inhibitörü kullanan bireyin bupropion kullanmaya başlamasıdır ve bu durumda bupropion başlanırken diğer ilaç/ilaçların dozlarının azaltılması gerekmektedir. Bupropion, moklobemid dahil monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) kullanan hastalarda kullanılmamalıdır. MAOI kullanımının sonlandırılması ve bupropionun başlatılması arasında 14 günlük temizlenme süresinin geçmesi önerilir. Bupropion diğer antidepresanlar ile birlikte reçete edilirken bir psikiyatriste danışılması tavsiye edilebilir.
- Önemli psikiyatrik hastalığı olan kişilerde vareniklin kullanımının güvenliği ve etkinliği ile ilgili kanıtlar günden güne artmaktadır. Vareniklin yoksunluk belirtilerini önlemeye ve sigaradan alınan zevki azaltmaya yardımcı olur. 17 klinik çalışmanın

değerlendirildiği bir meta-analizde bir ilişki bulunmamasına rağmen, bu ürünü kullananlarda depresif duygudurum, intihar düşüncesi, duygu ve davranış değişiklikleri bildirilmiştir. Birçok randomize çalışma vareniklinin depresyon ve şizofrenide güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir. Sonuç olarak; bu popülasyonda vareniklin kullanılabilir, ancak reçeteyi yazarken hastalar herhangi bir psikiyatrik durum değişikliğini veya davranış değişikliğini bildirmeleri açısından uyarılmalıdır. Hastalara bu semptomların herhangi birini ilk fark ettiklerinde vareniklin almayı bırakmaları önerilmelidir.

Başka Madde Bağımlılıkları da Olanlar

Alkol, esrar ve opiat gibi madde kullanımları da olan kişilerde sigara bağımlılığı da yaygındır. Esrar ve tütünün beraber kullanımı esrar içmenin sık kullanılan bir yoludur. Sigara içme sıklığı azalırken, esrar bağımlılığının tütün bağımlılığına yol açma sıklığı yaygınlaşmaktadır. Bu kişilerle yapılan görüşmelerde genellikle alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımına odaklanıldığından, yapılan klinik müdahaleler arasında sigara bırakma arka planda kalmaktadır. Sigara bırakmanın denenmesiyle kısa süreli sigarasız kalabilme başarısı artarken, madde ve alkol tedavilerinin olumsuz etkilenmediğine dair iyi kanıtlar mevcuttur.

Alkol bağımlılığı olan insanların, genel popülasyona göre sigara bırakmada başarılı olma oranları daha düşüktür. Ayrıca sigara içmeye devam etmenin esrar bağımlılığı tedavisini de olumsuz etkilediğine dair kanıtlar mevcuttur. Opiat bağımlılığı olan insanlarda da sigara bırakma başarı oranı genel popülasyondan düşüktür. Uyuşturucu ve alkol danışmanı ya da Sigara Bırakma Hattının danışmanlığı gibi başka sağlık profesyonellerinin de katılımından fayda görebileceği düşünülen, madde kullanım problemi olan kişilerin sigara bırakma girişimlerinde yakın izlem ve destek önemlidir.

Önerilen sigara bırakma tedavisi

- Sağlık profesyonelleri bu insanlara teşvik, motivasyon, tavsiye ve danışmanlık vermelidir.
- NRT bırakma girişimlerinde etkilidir.
- Bupropion, alkol ile aynı anda kullanıldığında dikkatli bir şekilde izlenmelidir.

- Vareniklin kullanılabilir. Ancak hastalardan herhangi bir psikiyatrik durum değişikliğini veya davranış değişikliğini bildirmeleri istenmelidir.

Mahkumlar

Hapishanede yaşayan popülasyonda sigara içme sıklığı genel nüfustan çok daha yüksektir ve tütün kullanımı hapishane yaşamında alışıldık bir durum olarak kabul edilmektedir. Sigara kullanımı ve sosyal dezavantaj arasında güçlü bir ilişki vardır ve hapishanede psikiyatrik hastalığı olanlar, uyuşturucu kullananlar ve eğitim düzeyi düşük olanlar gibi düşük sosyoekonomik düzeyli gruplardan sayılabilecek çok insan vardır. Bu faktörlerin her biri sigara içme sıklığının yüksekliğiyle ilişkilidir.

Sigara içme fırsatları arasında uzun zaman aralıklarının bulunduğu ortamlarda sigara bağımlıları tekrar tekrar yoksunluk dönemleri yaşayabilir. Bu durum çokça sıkıntıya neden olur ve nikotin bağımlılığının altını çizerek sigara bırakmanın uygun bir şekilde desteklenmesi için güçlü bir argümandır.

Sigarayı bırakma motivasyonu cezaevi nüfusunda yüksektir. Hapishanelerde yürütülen sigara bırakma görüşmelerinde diğer hapishanelere ve mahkeme duruşmalarına geçişte tutsaklara yardımcı olmak adına stres durumu paketi yapılması gibi uygulamalarla cezaevine özgü zorluklar ele alınmalıdır. Destek programlarında ayrıca, hapishaneden salıverilirken nüksün nasıl önleneceği de tartışmalıdır.

Önerilen sigara bırakma tedavisi

- Sağlık profesyonelleri sigara bırakmayı önermek için her fırsatı kullanmalıdır.
- Farmakoterapi kullanılmalıdır (NRT, bupropion, vareniklin).
- Proaktif telefon danışmanlığı (Sigara Bırakma Hattı Alo 171) kullanılmalıdır.
- Sıkı takip yapılmalıdır.

Sigara ile İlişkili Hastalıkları Olanlar

Bu kritik grupla yapılan klinik görüşmelerde sigara içme durumu ve sigara bırakma desteği görüşmelerin merkezine alınmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklardan biri (diyabet, lipid bozuklukları ve hipertansiyon) veya sigarayla ilişkili hastalığı olanların sigara içmeye devam etmelerinin mevcut hastalıklarının kötüleşme riskini

büyük ölçüde artırdığını gösteren açık kanıtlar vardır. Bu popülasyondaki sigara bağımlılarını sigara bırakma açısından takibe almak, sigaranın mevcut durumlarını daha da kötüye götüreceği göz önüne alındığında, çok önemlidir. Örneğin, kalp krizi geçiren hastaların, sigara içmeye devam etmeleri durumunda, ikinci kalp krizleri daha yaygındır veya başarılı bir kanser tedavisi sonrası sigara içmeye devam eden kişilerde ikinci bir kanser riski daha fazladır. Sigara içen diyabet hastaları, kardiyovasküler hastalık, periferik damar hastalığı, nöropati ve nefropati risklerini artırmaktadırlar. Ameliyat için hastane yatışıyla ilişkili riskler de sigara kullanımı nedeniyle artmaktadır. Kalp krizi veya kalp ameliyatı sonrasında sigarayı bırakmak, bir kişinin ölüm riskini en az üçte bir oranında azaltabilir.

Sigara içmenin KOAH ve astım gibi kronik hava yolu hastalığı olan hastalar üzerinde sürekli bir etkisi vardır. Sigara içmeye devam etme ve KOAH'ın ilerlemesi arasında açık bir ilişki vardır. KOAH'lıların sigara içmesi; akciğer fonksiyonlarında daha hızlı bir düşüş, semptomların şiddetlenmesi, solunum yolu enfeksiyonu ve hastanede yatma riskinde artış ile de ilişkilidir. Astımı olan kişilerin sigara içmesi, akciğer fonksiyonunu daha fazla bozar, semptomları artırır ve tedavinin etkinliğini bozar. Astımlı tüm sigara bağımlılarının birinci basamak yönetimi her zaman bırakma konusunda cesaretlendirmektir.

Birçok çalışma sigara içilmesi ile diyabet gelişimi, bozulmuş glisemik kontrol ve diyabetik komplikasyonlar arasında önemli bağlantılar olduğunu bulmuştur. Tip 2 diyabetli sigara bağımlıları, sigara içmeyenlere benzer metabolik kontrol sağlamak için daha yüksek insülin dozlarına ihtiyaç duyarlar. Sigara içmek hem erkek hem de kadınlarda tip 2 diyabet riskinde artış ile ilişkilidir. Sağlık profesyonelleri, sigara bırakmanın yeterli glisemik kontrol ve komplikasyon gelişimini sınırlamak için diyabet bakımının önemli bir parçası olduğunun farkında olmalıdırlar.

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerin sigarayı bırakma konusunda oldukça motive olduklarına ve özellikle sağlık sorunları ile sigara arasındaki bağlantıyı anladıklarında başarı oranlarının yüksek olabileceğine dair güçlü kanıtlar vardır. Sigara bırakma programlarının, bu sigara bağımlısı popülasyona yönelik kronik hastalık yönetimi programlarına dahil edilmesi önerilmektedir. Çok ayrıntılı davranışsal müdahaleler etkilidir. NRT, bupropion veya vareniklinin ayrıntılı danışmanlığa eklenmesinin bu grupta etkili olduğuna dair bazı kanıtlar vardır.

Önerilen sigara bırakma tedavisi

- Mevcut tıbbi durumu, sigara bırakmayı tedavi planına eklemek için bir fırsat olarak kullanın.
- Ayrıntılı bilişsel davranış danışmanlığı faydalı olabilir.
- Nikotin bağımlılığı ve klinik uygunluğun değerlendirilmesinden sonra sigara bırakma farmakoterapisinin kullanılmasını teşvik edin

Kanıt

Sürekli sigara içmek, sigaraya bağlı hastalıkların nüksünde veya şiddetinin artmasında önemli bir faktördür. **Seviye 3**

Öneri

Sigarayı bırakma, sigaraya bağlı hastalıkları olan kişilerin tedavi yönetiminin merkezi olmalıdır. **Güç A**

NARGİLE KULLANIMI

Nargile dünya çapında popüler hale gelmekte, nargile içiciliği oranları artmakta ve gençler arasında zirve yapmaktadır. Nargile içiciliği ile ilgili yanlış algının bir sonucu olarak kullanımının arttığı düşünülmektedir. Bu yanlış düşünceler; nargilenin sigaradan daha az bağımlılık yaptığı, kullananların herhangi bir zamanda bırakabileceği, nargile içmek için birincil motivasyon kaynağının arkadaşlarla dışarı çıkmak, can sıkıntısı ve zaman geçirmek olması gibi örneklendirilebilir.

Türkiye’de nargile kullanımı gençlerde (15-24 yaş grubunda %4,3) ve kentlerde yaşayanlarda (%2,9; kırsal bölgelerde %1,0) daha yaygındır. Tedavi için kanıta dayalı müdahaleler bulunmuş olmasa da nargile içenlerle yapılan görüşmelerde sağlık profesyonellerinin şu noktalara dikkat etmeleri önerilir:

Nargile Bağımlılığı

- Bir nargile içildiğinde (10 gr nargile tütün) yaklaşık 4 sigara kadar nikotin alınmış olur.
- Günün ilk nargilesini içene kadar geçen zaman, hasta olduğunda bile nargile içmek, nargile içmek için geçecek zamanı bekleyememek, günün ilk nargilesinden vazgeçmekten nefret etmek gibi faktörlerin, kişi başına günlük içilen nargile sayısı ile arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu faktörlerin araştırılması, sağlık profesyonellerine nargile bağımlılığının tedavi yönetimi konusunda daha iyi bir fikir verebilir.

Nargile Kullananlarda Tütün Bağımlılığı Tedavisi

- Nargile bağımlılarının tütünü bırakmaya olan ilgileri, sigara bağımlıları kadar fazla değildir, sadece %28,4 oranındadır.
- Nargile bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili şu anda herhangi bir kılavuz bulunmamaktadır ve bu konuda mevcut veriler sınırlıdır. Ancak, tüm nargile bağımlılarına aşağıdaki önerilerde bulunulmalıdır:
 - Kullanım şekilleri hakkında detaylı bilgi iste (düzenli veya rastgele)
 - Danışmanlık ve motivasyonel görüşme yap (bırakma isteği uyandır)
 - Sigara ve nargileyi kıyaslamaktan kaçın (ikisi de kötü)

- Farmakoterapi kullanımı: Sigara bırakma için onaylanmış farmakoterapilerin, bırakmak isteyen nargile bağımlılarının tedavisinde kullanımı konusunda yeterli kanıt yoktur. Bu farmakoterapilerle ilgili yeterli tecrübeye sahip sağlık profesyonelleri kendi takdirlerine göre kullanmayı seçebilirler.
- Nüksle mücadele konusu sigarada olduğu gibi ele alınmalı ve benzer göndermeler yapılmalıdır.



İKİNCİ EL DUMAN

İkinci el sigara dumanı veya pasif sigara içilmesi, sigara içmeyen kişilerin sağlığını etkileyebilir. Gebelikte çevresel tütün dumanına maruz kalmanın, çocuklar açısından (daha fazla solunum ve orta kulak enfeksiyonları, meningokokal enfeksiyonlar ve astım oranları) ve yetişkinler açısından (artan akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı ve felç riski) oluşturduğu zararlara dair net kanıtlar vardır. ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, tütün dumanına maruz kalma konusunda güvenli seviye gibi bir tanımın söz konusu olmadığını belirtmektedir. Sigara dumanına herhangi bir şekilde maruziyet -arada bir sigara içmek ya da ikinci el sigara dumanına maruz kalmak da dahil- özellikle çocuklar açısından zararlıdır.

Sigara içmeyenlere tütün dumanına pasif maruziyet konusunda danışmanlık yapmanın etkinliği konusunda kanıt eksikliği vardır. Ebeveynlere çocukları çevresel tütün dumanına maruz bırakmanın zararları hakkında bilgi vermenin maruz kalma riskini azaltabileceğine dair kanıtlar vardır. Tütün dumanına maruziyetin zararlarına dair mevcut kanıtlara göre, sigara içmeyenler, bebek ve küçük çocuk sahibi ebeveynler ve gebe kadınların mutlaka tütün dumanına maruziyetten kaçınmaları gerektiği konusunda uyarılar yapılmalıdır. Sigara içen ebeveynlerin ise evde ya da motorlu taşıt gibi kapalı alanlarda sigara içmemeleri teşvik edilmelidir.

Kanıt

Sürekli sigara içmek, sigaraya bağlı hastalıkların nüksünde veya şiddetinin artmasında önemli bir faktördür. **Seviye 4**

Öneri

Sigarayı bırakmaya çalışan kişilerin, evlerinde başkaları tarafından sigara içilmesini yasaklamaları veya kısıtlamaları önerilmelidir. **Güç C**

SİGARANIN İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

Sigara içmek bazı ilaçların metabolizmasını değiştirebilir. Bunun başlıca nedeni bazı karaciğer enzimlerinin (özellikle CYP 1A2) indüksiyonuna neden olan hidrokarbon veya katran benzeri ürünler gibi tütün dumanında bulunan maddelerdir. Bu nedenle, bu enzimler tarafından metabolize edilen ilaçlar daha hızlı bozulur ve kandaki konsantrasyonları düşebilir. Kişi sigarayı bıraktığında enzim aktivitesi normale döner (yavaşlar) ve bu da kanda bu ilaçların seviyelerinin artmasına neden olabilir. Yakın izlem ve doz azaltma çoğu zaman gerekli olabilir.



Sigara içmek aşağıdaki ilaçları etkiler

İlaç	Sigara içmenin etkisi
Kafein	klirensi artar (%56 oranında)
Klorpromazin	serum konsantrasyonu düşer (%24 oranında)
Klozapin	plazma konsantrasyonu düşer (%50 oranında)
Olanzapin	plazma konsantrasyonu düşer (%30 oranında)
Östradiol	muhtemel anti-östrojenik aktivite
Flekainid	klirensi artar (%61 oranında)
Fluvoksamin	plazma konsantrasyonu düşer (%47 oranında)
Haloperidol	serum konsantrasyonu düşer (%70 oranında)
Heparin	klirensi artar
İmipramin	serum konsantrasyonu düşer
İnsülin absorpsiyon	periferik kan akımının zayıflaması-> azalan cilt altı
Lidokain	oral biyoyararlanımın azalması
Propranolol	oral klirensi artar (%77 oranında)
Teofilin	metabolik klirensi artar (%58-100 aralığında)
*Sigara bırakma sonrası 7 gün içinde teofilin klirensi %35 düşer	
Warfarin	plazma konsantrasyonu düşer (%13 oranında)
*İlaç protrombin zamanına hiç etki gösteremez	

Sigarayı bırakmak yukarıda yazılı olan etkilerin hepsini terse çevirir.

Sağlık profesyonelleri, sigara bırakıldığında bu ilaçların bazılarının kan seviyelerinde artma potansiyeli olduğunun farkında olmalıdır. Bazılarının (örneğin, klozapin, olanzapin, teofilin) kan seviyelerinin izlenmesi gerekebilir.

SİGARA BIRAKMAYLA İLGİLENENLER İÇİN TÜRKÇE KAYNAKLAR

1. Türk Toraks Derneği – Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara, 2014.
2. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi. Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi. Ankara, 2013
3. <https://alo171.saglik.gov.tr/>
4. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/553-tütün-ve-madde-bağımlılığı-ile-mücadele-dairesi-başkanlığı.html>

