



Türk Toraks Derneği Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu

Editörler

Pelin DURU ÇETİNKAYA
Fatma ARSLAN

www.toraks.org.tr



Türk Toraks Derneği Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu

Editörler

Pelin DURU ÇETİNKAYA

Fatma ARSLAN

Türk Toraks Derneği Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu

Editörler

Pelin Duru Çetinkaya
Fatma Arslan

ISBN: 978-625-6615-16-8

Yayın Tarihi: Nisan 2025

Türk Toraks Derneği

Turan Güneş Bulvarı No: 175/19 Çankaya-Ankara
Telefon: 0312 490 40 50 - Faks: 0312 490 41 42
toraks@toraks.org.tr - www.toraks.org.tr
Yayıncı Sertifika No: 43794

Sosyal Medya

Halk Sayfası: <http://www.toraks.org.tr/>
Facebook: @hayatnefeslebaslar

BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri
Bahriye Üçok Caddesi 9/1 Beşevler, 06500 Ankara
Tel: (0312) 222 44 06 Faks: (0312) 222 44 07
www.bulustasarim.com.tr E-posta: bulus@bulustasarim.com.tr

Bu rehberin basım ve yayın hakları Türk Toraks Derneği'ne aittir. Türk Toraks Derneği'nin yazılı izni olmaksızın bu rehberin hiçbir bölümü basılamaz, elektronik ve mekanik bir şekilde çoğaltılamaz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz.



YAZARLAR

Pelin DURU ÇETİNKAYA (Editör)

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, Adana

Fatma ARSLAN (Editör)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, Ankara

Ali Nihat ANNAKKAYA

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, Düzce

Aslı GÖREK DİLEKTAŞLI

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, Bursa

Ayşe Gül GÜVEN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

Banu SALEPÇİ

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

Cengiz ÖZGE

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, Mersin

Elif DAĞLI

Marmara Tıp Fakültesi
Çocuk Göğüs Hastalıkları Emekli Öğretim Üyesi,
İstanbul

Filiz Çağla UYANUSTA KÜÇÜK

Acıbadem Ankara Hastanesi, Ankara

Fusun YILDIZ

Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, KKTC

Hüseyin KAYA

Kocaeli Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği,
Kocaeli

Kazım Cihan CAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara

Mehmet Atilla UYSAL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs
Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İstanbul

Oğuz KILINÇ

İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD, İzmir

Osman ELBEK

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Pınar BOSTAN

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD, İstanbul

Remziye CAN

PhD Yüksek Hemşire, Eskişehir

Seyhan US DÜLGER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları AD, Bursa

İÇİNDEKİLER

1. Yeni Uzlaşısı Raporuna Neden İhtiyaç Duyuldu?	1
2. Tütün Ürünlerinin Ulusal ve Uluslararası Epidemiyolojisi	5
3. Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Güncel Tehditler Nelerdir?.....	9
4. Tütünde “Endgame” Stratejisi.....	16
5. Sigara Bırakma Polikliniğinin Yapılandırılması.....	21
6. Sigara Bırakma Müdahalesinde Hemşire ve Sağlık Çalışanlarının Görevleri	25
7. Ülkemizde Sigara Bırakma Polikliniklerinde Karşılaşılan Zorluklar	30
8. Nörobiyolojik ve Psikososyal Açısından Nikotin Bağımlılığı.....	33
9. Olguların Evrelendirilmesi, Bağımlılığın Değerlendirilmesi	37
10. Davranış Değişikliği Açısından Motivasyonel Görüşmeler.....	46
11. Nikotin Bağımlılığında Farmakolojik Tedavi	48
12. Elektronik Sigara ve Isıtılmış Tütün Ürünleri Neden Sigara Bırakma Aracı Olamaz?	53
13. Bırakma Döneminde İzlem.....	56
14. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler	57
15. Özel Durumlarda Sigara Bırakma	62
16. Ergenlerde Tütün Bağımlılığı Tedavi Yaklaşımı	68
17. Nüks Olgulara Yaklaşım	77

ÖNSÖZ

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, her yıl 1,3 milyonu pasif içicilik nedeniyle olmak üzere, toplamda 8,7 milyon insanın ölümüne yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, neden olduğu hastalıklar yaşam kalitesinde azalmaya, iş gücü kayıplarına ve ciddi sağlık harcamalarına yol açmaktadır. Tütün ve tütün ürünlerinin zararları yalnızca insan sağlığı ile sınırlı kalmamakta; aynı zamanda çevresel boyutlarıyla da yerkürenin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Tütün endüstrisi, yıllık 84 megaton karbondioksit eşdeğer sera gazı salınımı ile iklim krizini körüklemekte, doğal kaynakları israf etmekte ve ekosistemlere zarar vermektedir.

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, ciddi, önlenebilir bir küresel halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Türk Toraks Derneği (TTD) misyonu ve vizyonu gereği, kurulduğu 1992 yılından bugüne kadar tütün kontrol çalışmalarında liderlik yapmaktadır. “Tütün ve Sağlık” adıyla özveriyle başlayan çalışmalar “Tütün Kontrolü Çalışma Grubu” çatısı altında devam etmektedir. Bu kapsamda TTD Tütün Kontrol Çalışma Grubu tarafından 2014 yılında Sigara Bırakma Tanı Tedavi Uzlaş Raporu yayınlamıştır. Bu uzlaş raporu yayınlandığı günden itibaren Sigara Bırakma Polikliniklerinin önemli bir başvuru kaynağı olmuştur. 2014 yılından günümüze tütün ve tütün ürünlerinin epidemiyolojisinde değişiklikler meydana gelmiştir. Ülkemizde tütün kontrol çalışmaları sayesinde, 2012 yılında tütün ürünlerinin kullanımında izlenen kısa süreli düşüş, ne yazık ki siyasi kararlılık devam etmediği için tütün kullanım oranları artarak devam etmektedir. Ayrıca tütün endüstrisinin ürün yelpazesini genişletmesi, arızı körüklemesi nedeniyle ülkemizde satışı yasak olan elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri gibi güncel tehditlerin kullanım oranları da artmıştır.

Tüm bu nedenler, “Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu”-nun güncellenmesi gerekliliğini doğurmuştur. Bu doğrultuda, TTD Tütün Kontrolü Çalışma Grubu tarafından meslektaşlarımıza fayda sağlaması umuduyla uzlaş raporu güncellenerek yeniden hazırlanmıştır.

Bu uzlaş raporunun güncellenmesinde emeği geçen Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu Yönetim ve Danışma Kurulu üyelerine, bilgi ve deneyimleriyle katkı sunan tüm hocalarımıza, ayrıca özverili çalışmaları için Dr. Seren Arpaz ve Dr. Levent Akyıldız’a, desteklerinden dolayı Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu’na, tütün kontrolüne gönül veren tüm meslektaşlarımıza teşekkürlerimizi ve şükranlarımızı sunarız.

Pelin Duru Çetinkaya

Fatma Arslan

1. YENİ UZLAŞI RAPORUNA NEDEN İHTİYAÇ DUYULDU?

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı, gerek doğrudan gerekse pasif dumana maruz kalma nedeniyle pek çok ölümcül sağlık sorununa yol açar ve önde gelen, önenebilir halk sağlığı problemlerindendir. Tütün ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının giderek artması, dünya çapında insan sağlığını tehdit eder boyutlara varması ve tütün sektörü tarafından geliştirilen stratejiler ile başa çıkmak için oluşturulan ilk uluslararası anlaşma Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) ülkemiz tarafından 2004 yılında imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesini imzalayarak taraf olan ülkelere, tütün salgınına karşı mücadeleye etmeye yardım etmesi amacı ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2008 yılında, Küresel Tütün Salgını Raporu, MPOWER paketi yayınlanmıştır. TKÇS'nin rehberliğinde ülkemizde yürütülecek olan tütünle mücadele çalışmaları için yol haritası olan "Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı 2008-2012" hazırlanmıştır. Türkiye'de 2009-2010 yılları, kapalı alan sigara yasaklarının, tütün vergi politikalarının, eğitici kamu spotlarının en iyi uygulandığı zaman olmuş ve ülkemizde tütün tüketimi hızlı bir düşüş göstermiştir (1-5). Ancak bu başarı ne yazık ki uzun sürmemiş tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı giderek artmıştır.

Türk Toraks Derneğinin (TTD) misyonu; eğitim, araştırma, koruyucu hekimlik ve hasta hizmetini geliştirmek, göğüs hastalıkları alanıyla ilgili sağlık politikalarını toplum yararına etkilemektir. Bu nedenle kurulduğu 1992 yılından bugüne tütün kontrol çalışmalarında liderlik yapmaktadır. "Tütün ve Sağlık" adıyla başlayan çalışmalar "Tütün Kontrolü Çalışma Grubu" çatısı altında devam etmiştir (6). TTD Tütün Kontrol Çalışma Grubu tarafından 2014 yılında Sigara Bırakma Tanı Tedavi Uzlaş Raporu yayınlamıştır (7). Bu rapor Sigara Bırakma Polikliniklerinde hastayı değerlendirmek ve tedavisini yönetebilmek için başvuru kaynağı olmuştur. Ancak 2014 yılından bugüne gelindiğinde hem tütün ve tütün ürünlerinin epidemiyolojisi, hem de tütün ve tütün ürünlerinin yelpazesi ve pazarlama stratejisi, pazarı değişmiştir. Ayrıca tütün

ve tütün ürünlerinin sadece insan sağlığına değil yerküre sağlığına da olumsuz etkileri her geçen gün daha fark edilebilir olmuştur. Tütün yetiştirmek için her yıl yaklaşık 3.5 milyon hektar alan yok olmaktadır. Büyüyen tütün üretimi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ormansızlaşmaya yol açmaktadır. Tütün endüstrisi yıllık 84 megaton karbondioksit eşdeğeri sera gazı katkısı ile iklim krizini körükler, kaynakları israf eder ve ekosistemlere zarar verir (8). Tütün tüketiminin azaltılması, yalnızca doğrudan sağlıkla ilgili kazançlar değil, tüm sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için kilit nokta olarak tanımlanmalıdır.

Aralık 2019 tarihinden itibaren görülen COVID 19 enfeksiyonunun tütün ve tütün ürünü kullanan kişilerde daha mortal ve morbid seyrettiği saptanmıştır. Pandemi döneminde kapanmalar nedeniyle kullanıcıların ev ortamında tütün ve tütün ürünlerini kullandığı; ikinci ve üçüncü el dumana maruz kalınmasına ve ev içi hava kirliliğine sebep oldukları bilinmektedir. Bu nedenlerle COVID-19 pandemi dönemi, kullanıcıların tütün ve tütün ürünlerini bırakması için bir fırsatken ne yazık ki Sigara Bırakma Polikliniklerine ulaşamamıştır. COVID-19 pandemisinin bir bölümünde Sigara Bırakma Poliklinikleri kapanmış, aktif hizmet verememiştir.

Ülkemizde Sigara Bırakma Polikliniklerinde kullanılan farmakolojik tedavilere zaman zaman erişim problemleri yaşanmıştır. Tüm bu nedenlerle TTD 27. Ulusal kongresi Tütün Kontrol Çalışma Grubu toplantısında uzlaş raporunun güncellenmesine karar verilmiştir. Bu bölümde 2014'den 2024'e olan değişikliklere değinilecektir.

Tütün ve Tütün Ürünlerinin Epidemiyolojisi

2014 yılında rehberde "Türkiye'de doksan'lı yılların başından beri ısrar, sabır ve inatla sürdürülen tütün kontrolü mücadelesi bugün oldukça yetkin bir düzeye ulaşmıştır. Bu çerçevede Türkiye, bugün itibarıyla tütün kontrolü açısından dünyanın önde gelen ülkelerinden birisi hâline gelmiştir." söylemi ile tütün kontrol çalışmalarının başarılarından bahsedilmiştir. Ülkemizde sigara kullanım oranları 1988 yılında %44'lerden (erkek %63, kadın %24); 2012 yılında %27.1'e (erkek %41.5, kadın %13.1) düşmüştür ancak tütün kontrol çalışmalarında

ne yazık ki siyasi kararlılık devam edemediği için tütün kullanım oranı %31'e (erkek %43.2, kadın %18.4) kadar yükselmiştir (9,10). Bir önceki uzlaş raporunda önerilen 'Düz Paket' uygulamasına geçilemediği gibi, kapalı alan yasaklarına uyulmadığı, satışı ve reklamı yasak olan tütün ürünlerinin rahatlıkla temin edilebildiği bir döneme girilmiştir. Sadece klasik tütün kullanım oranları artmamış, endüstrinin değişen yüzü, güncel tehditlerin de (elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri vb) kullanım oranları artmıştır. Ülkemizde satışı ve reklamı yasak olan bu ürünlerin 2016 yılından itibaren online satışının arttığı, sosyal medyada elektronik sigara tanıtımı yapıldığı, evde elektronik sigara tarifleri sunulduğu, ürünün kullanımını teşvik edildiği ve sağlığı tehdit eden sıvıların yüksek dozda serbestçe satıldığı bildirilmiştir (11). Yine satışının yasak olmasına karşın ülkemizde yapılan çalışmada %77'sinin 16 yaş altı olan çocuklarda kullanım oranının en az bir kez %15.2, düzenli kullanım %3.2 olduğu bildirilmiştir (12). Ülkemizde kullanımı giderek artan elektronik sigara (e-sigara) ve ısıtılmış tütün ürünleri hakkında 2022 yılında TTD olarak "durum raporu" yayınlanmış ve bu raporda e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri formlarının özünde birer tütün ürünü olduğu; geleneksel tütün ürünlerine benzer sağlık risklerini taşıdığı, e-sigaraların, ısıtılmış tütün ürünlerinin sigara bırakma yöntemi olarak kullanılamayacağı bildirilmiştir. Türk Toraks Derneği Durum raporunda tütün endüstrisi, e-sigara, ısıtılmış tütün ürünleri gibi yeni tehditler ile sürekli arzı artırma çabası içerisinde oldukları, bu nedenle mücadelemizin 'zarar azaltma' yaklaşımının reddi, her türlü tütün ürününe arzın azaltılması olduğu vurgulanmıştır. Tütün endüstrisinin ana hedef kitlesini oluşturan gençlerde e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri kullanımındaki artışın endişe verici olduğu; sigara içmeyenlerin, küçüklerin ve hassas grupların, e-sigaralara başlamasının önlenmesi gerektiği çağrısında bulunulmuştur. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi gereğince, sözleşmeye taraf ülkeler sadece tütünle değil nikotin bağımlılığı ile bütünüyle mücadele etmelidir. Bu bağlamda yeni nesil tehditlerin üretimine, ithalatına ve satışına geçit vermeyen kararlılığın sürdürülmesi gerektiği bildirilmiştir (13). Elif Dağlı, Pınar Bostan ve Aslı Görek Dilektaşlı editörlüğünde "Tütün Kontrolünde Güncel Tehditler" TTD Kitabı yayınlanarak tüm detayla-

rı ile tütün kontrolünde gelinecek nokta ve güncel tehditler anlatılmıştır (14). Bu nedenle bu uzlaş raporunda tütün ürünleri ve nikotin bağımlılığı tanı ve tedavisinde güncellemelere yer verilecektir.

Sigara Bırakma Poliklinikleri ve Farmakolojik Tedaviler

Hekimlerin her yerde ve her alanda sigara bırakma faaliyetleri sürdürmesi "iyi klinik uygulama" olmasına karşın; bu faaliyetlerin bir sistematik program dahilinde Sigara Bırakma Polikliniklerinde yürütülmesi başarı şansını artırmaktadır. Ülkemizde 2011 yılında 413 Sigara Bırakma Polikliniği hizmet vermekteyken, 2024 yılı itibarıyla bu sayı 565 olmuştur (15,16). Sigara Bırakma Poliklinikleri olmayan iller olduğu gibi, büyük şehirler dışında ilçelerde Sigara Bırakma Poliklinikleri ne yazık ki mevcut değildir. Ülkemizde yaklaşık on sekiz milyon sigara kullanan kişi olduğu göz önünde bulundurulursa Sigara Bırakma Poliklinik sayılarının ne kadar az olduğu ve sigara bırakmayı isteyen herkesin bu hizmete erişemediği açıktır.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde hizmet veren hekimler bulundukları illerde 'İl Tütün Kontrol Kurullarında' üye olabiliyor, her ay düzenlenen toplantılara katılarak tütün kontrol çalışmalarında da aktif rol alabiliyorlardı ancak ne yazık ki İl Tütün Kontrol Kurulları, 01.02.2018 tarihli mevzuat düzenlemesiyle 4733 sayılı Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkol Piyasasının Düzenlenmesine Dair Kanun kapsamına alınmıştır (17). Bu kapsamda aylık toplantılar yapılmayıp valilik nezdinde 'Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulu' toplantıları yapılmaya başlanmış ve Sigara Bırakma Polikliniği hekimleri bu kurulları'nda dahil edilmemişlerdir.

Nikotin bağımlılığının farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar (vareniklin, bupropion, nikotin replasman tedavileri (NRT)) ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödemesinde olmayıp ücretle satılmaktadır. Ancak 2011 yılından itibaren dönemler hâlinde Sağlık Bakanlığı tarafından sigara bırakma polikliniklerine ilaçlar gönderilmekte, hekimler tarafından sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastalara ilaçlar verilmektedir. Bu uygulamada hekimler hastalarına her zaman uygun gördüğü tedaviyi değil ne yazık ki mevcutta olan tedavilerden ve-

rebilmektedir. Vareniklin etken maddesinin olduğu ilaç 2021 yılında piyasadan güvenlik gerekçesiyle çekilmiştir. 2021-2023 tarihleri arasında Sigara Bırakma Polikliniklerinde bupropion ve/veya NRT (bant formu) verilebilmiş; bu süreçte eczanelerde de dönemsel olarak farmakolojik tedavilere ulaşılamamıştır. 2024 yılı Mart ayında Sağlık Bakanlığı tarafından ‘citizin’ etken maddeli ilaç Sigara Bırakma Polikliniklerinde hastalara verilmeye başlanmıştır. Citizinin kullanımı kontrendike olan hastalar, 65 yaş üstü hastalar diğer tedavilere erişememiştir. Citizin etken maddeli ilaç Şubat 2025 tarihinden itibaren eczanelerden ücret karşılığı temin edilebilmektedir. Ülkemizde Şubat 2025 tarihi itibarıyla vareniklin etken maddeli ilaç piyasaya sunulmuştur ancak henüz Sigara Bırakma Polikliniklerinden temin edilememektedir.

COVID 19 Pandemisi

Dünya pandemi ile mücadele ederken, tütün endüstrisi pandemiye kendi lehine çevirip, kazançlarını artırmak için çalışmalarını artırarak sürdürmüştür. Pandemi döneminde sigara bırakma poliklinik hizmetleri aksamıştır. Türkiye, tütün endüstrisi müdahalelerine pandemi döneminde daha fazla maruz kalmış ve bu süreçte, tütün kontrolündeki kazanımlar ne yazık ki kaybedilmiştir. Tütün kontrolünü kaybettiğimiz dikkat çekici bir göstergesi de Sigara Bırakma Polikliniklerine olan başvuruların azalmasıdır.

MPOWER’ın maddelerinden biri olan, sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (Offer help to quit tobacco use) konusunda hekimlere destek olmak için hazırlanmış olan ‘Tütün Ürünleri ve Nikotin Bağımlılığında Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu’ ile hem tütün ve diğer tütün ürünlerinin bırakılması konusunda güncel bilgiler verilmesi hem de daha etkin sigara bırakma poliklinik hizmetleri hakkında öneriler sunulması planlanmıştır. Tütün kontrolünün tek başına tütün ürünü kullananların tedavisi ile olamayacağı, ancak MPOWER’ın tüm bileşenlerinin gerçek anlamda uygulanması ve siyasi kararlılıkla olabileceği unutulmamalıdır.

Önceki uzlaş raporunda belirtilen ‘DSÖ’nün de ifade ettiği gibi acil olarak Türkiye’deki sağlık sistemi bağımlılık tedavisine uyumlu hâle getirilmeli, birinci basamak

hizmetlerine entegre edilmeli ve farmakolojik tedavi ucuz ve ulaşılabilir olmalıdır’ ifadesinin aradan geçen on yıl sonunda ne yazık ki gerçekleştirilemediği ve bugün de bu çağrının tekrar yapılması gerektiği ortadadır.

Kaynaklar

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control. (ISBN 9789241591010) WHO, Geneva: 2003.
2. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. 25.11.2004: No. 5261.
3. MPOWER; Tütün Salgınına Kontrol Etmeye Yönelik Politika Paketi Erişim tarihi: 20.01.2025.https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43888/9789241596633_tur.pdf?sequence=5
4. Akyıldız L. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER. E: Elif Dağlı, Pınar Bostan, Aslı Görek Dilektaşlı. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Toraks Kitapları, Kasım 2022. Sayı: 32:24-33
5. Dağlı E. Tütün Kontrolünde Global ve Ulusal Perspektif. E: Elif Dağlı, Pınar Bostan, Aslı Görek Dilektaşlı. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Toraks Kitapları, Kasım 2022. Sayı: 32:2-8
6. Uyanusta Küçük FÇ. Sivil Toplum Kuruluşlarının Ulusal Tütün Kontrolü Politikaları Gelişimindeki Rollerine Türk Toraks Derneği Özelinde Tarihsel Bir Bakış E: Elif Dağlı, Pınar Bostan, Aslı Görek Dilektaşlı. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Toraks Kitapları, Kasım 2022. Sayı: 32:9-22
7. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrol Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. Ankara, 2014
8. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu “9 Şubat Sigara Bırakma Günü Basın Bildirisi”. <https://toraks.org.tr/site/community/news/10702> Erişim tarihi: 16.02.2025
9. Elbek O, Kılınç O, Salepci B, Bostan P, Çetinkaya PD, Arpaz S, Dilektaşlı AG, Küçük FÇU, Dağlı E. (2021). Tobacco control in Turkey in the light of the global adult tobacco survey. Turkish Thoracic Journal, 22(1), 90.
10. Musaffa Salepci B. Tütün ürünleri ve epidemiyolojisi. Musaffa Salepci B, editör. Her Yönü ile Tütün Kontrolü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p.1-8.
11. Uysal MA, Niksarlioglu Y, Carkoglu A, Uysal O, Kutluk AC, Karadag B. (2018). Digital epidemiology: Can Google trends give some information about electronic cigarette usage in Turkey?.
12. Kurtuluş Ş, Can R. (2022). Use of e-cigarettes and tobacco products among youth in Turkey. The Eurasian Journal of Medicine, 54(2), 127.
13. Çetinkaya PD, Bostan PP, Salepci B, Dilektaşlı AG, Elbek O, Küçük FÇU, İtil O. Turkish Thoracic Society’s statement report on electronic cigarettes and heated tobacco products. Turkish Thoracic Journal, 2022;23(4):296.

14. Dağlı E, Bostan P, Görek Dilektaşlı A. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Toraks Kitapları, Kasım 2022.
15. Uzaslan E. Türkiye’de Sigara Bırakma Poliklinikleri. Elif Dağlı, Pınar Bostan, Aslı Görek Dilektaşlı .Tütün kontrolünde güncel tehditler. Toraks Kitapları, Kasım 2022: 264-275
16. T.C. Sağlık Bakanlığı 2004 Yılı Faaliyet Raporu. tc-saglik-bakanligi-2024-yili-faaliyet-raporupdf.pdf. Erişim tarihi: 20.01.2025. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50450/0/tc-saglik-bakanligi-2024-yili-faaliyet-raporupdf.pdf
17. T.C Sağlık Bakanlığı. Havanı Korumak. Erişim Tarihi 20.01.2025 <https://havanikoru.saglik.gov.tr/tuetuen-hakkinda/uelkemizdeki-tuetuen-kontrol-calismalari.html#:~:text=T%C3%BCt%C3%BCnle%20m%C3%BCcadelede%20ilk%20uluslararası%C4%B1%20anla%C5%9Fma,tarihteki%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakan%C4%B1m%C4%B1z%20Say%C4%B1n%20Prof.>

2. TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN ULUSAL VE ULUSLARARASI EPİDEMİYOLOJİSİ

Tütün kullanımı, dünya genelinde halk sağlığı için büyük ama önlenabilir bir tehdit olmaya devam etmektedir. Bu tehdit yalnızca tütün kullanan bireyleri değil, aynı zamanda tütün kullanmayan ancak zararlı tütün dumanına maruz kalan kişileri de etkilemektedir. Tüm dünyada en yaygın kullanılan tütün ürünü sigaradır. Sigara dışındaki diğer tütün ürünleri arasında nargile, puro, pipo, sarma tütün, bidi (Hint sarma sigarası), kretek (karanfilli sigara), dumansız tütün ürünleri, ısıtılmış tütün ürünleri ve elektronik sigaralar yer almaktadır. Tütün kullanımı, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının yanı sıra yirmiden fazla kanser türü ve diğer birçok ciddi sağlık sorunu için önemli bir risk faktörüdür. Her yıl yaklaşık 8,7 milyondan fazla insanın ölümüne neden olur. Bu ölümlerin 7,4 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımına, yaklaşık 1,3 milyonu da ikinci el dumana maruz kalınmasına bağlıdır. Bu ölümlerin büyük bir kısmı, genellikle tütün endüstrisinin yoğun pazarlama stratejileri ve faaliyetlerine hedef olan düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Tütün kullanımının bu denli yaygın ve zararlı olmasının yanı sıra, kullanım nitelikleri, çeşitliliği ve dinamikleri toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişkenlik göstermektedir (1,2).

Tütün Kullanıcılarının Kategorileri

Epidemiyolojik çalışmalarda tütün kullanıcıları genellikle şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Sigara içmeyen bireyler (non-smoker): Hayatı boyunca hiç sigara kullanmamış kişiler.
- Sigarayı bırakmış bireyler (ex-smoker): Daha önce sigara kullanan ancak en az 6 ay önce sigarayı bırakmış olan bireyler.
- Hâlen sigara içen bireyler (current smoker): Sigara kullanımına devam eden bireyler.

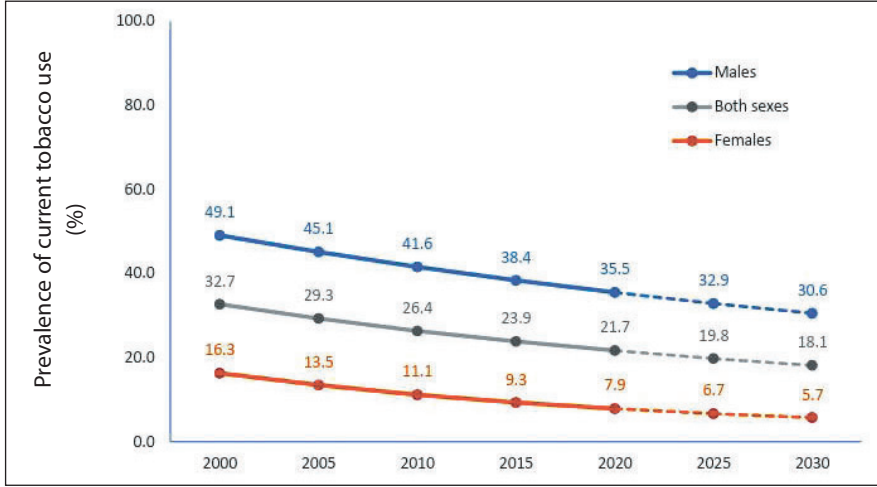
Bu kategorilere ek olarak, sigara kullanıcıları 'günlük içiciler' ve 'aralıklı içiciler' şeklinde de sınıflandırılabilir.

Dünyada Epidemiyolojik Veriler

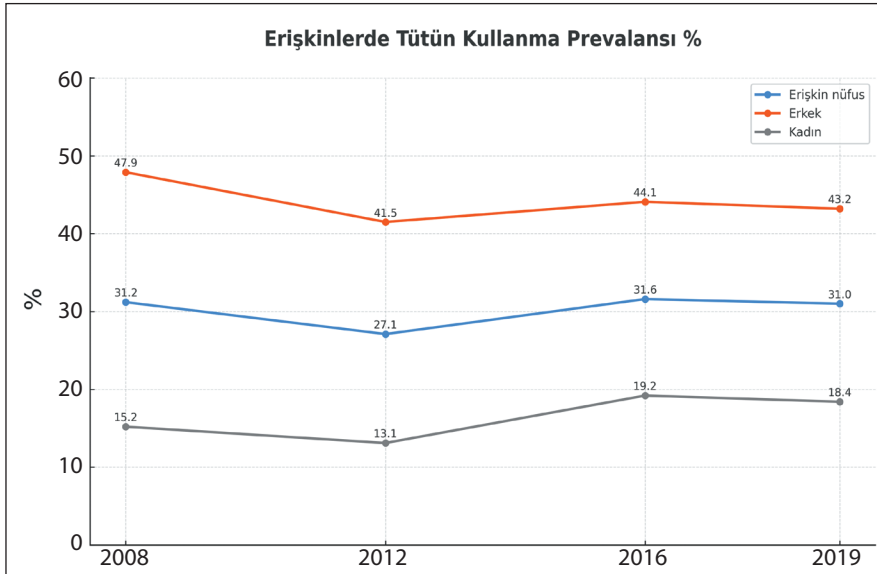
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne üye ülkelerin %87'sini ve küresel nüfusun %97'sini kapsayan 165 ülkeden elde edilen veriler ışığında, 15 yaş ve üzeri bireylerde 2000-2030 yılları arasındaki tütün kullanım eğilimleri 2024 yılında analiz edilmiştir. Buna göre, 2020 yılında yetişkin nüfusta herhangi bir tütün ürünü kullanım oranı %21,7 olarak belirlenmiş olup, 2030 yılında bu oranın %18,7'ye düşmesi beklenmektedir. Her yaş grubunda erkeklerde tütün kullanım oranı daha yüksek olmasına rağmen, kadınlardaki düşüş eğiliminin geçmişte olduğu gibi gelecekte de daha belirgin olacağı saptanmıştır (Şekil 1). Tütün kullanımı, erkeklerde en fazla 45-54 yaş arasında, kadınlarda ise 55-64 yaş aralığında zirveye ulaşmaktadır. Erkek sigara içiciliği ağırlıklı olarak yüksek ve orta gelirli ülkelere kaynaklanırken, kadın sigara içiciliği ise çok yüksek gelirli ve yüksek gelirli ülkelere daha yaygın görülmektedir (3).

Dünya genelinde 15-24 yaş arasındaki gençlerde tütün kullanım oranı, 2000 yılında %20'nin biraz üzerinde iken, 2022 yılı itibarıyla yaklaşık %13'e gerilemiştir. 2030 yılına kadar bu oranın %12'ye düşmesi beklenmektedir. Aynı yaş grubundaki erkeklerde tütün kullanımı, 2000 yılında %32,3 seviyesindeyken, 2022 yılında %21,8'e kadar azalmıştır ve 2030 yılında %19,6'ya gerileyeceği tahmin edilmektedir. Kadınlarda ise 2000 yılında %8,3 olan oran, 2022 itibarıyla %4,3'e düşmüş olup, 2030 yılında %3,5'e kadar azalması öngörülmektedir. 2000-2022 yılları arasında tüm yaş gruplarında hem erkekler hem de kadınlar için tütün kullanımında düzenli bir düşüş gözlemlenmiştir (3).

Tütün ürünlerinin en yaygın olarak kullanıldığı ülkeler arasında Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya ve ABD bulunmaktadır. Çin, dünya genelinde en fazla tütün kullanıcısını barındırmaktadır ve özellikle erkekler arasında kullanım oranları %50'nin üzerindedir. Kanada, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde tütün kullanımı görece daha düşük seviyelerde olsa da, tütün bağımlılığı hâlâ önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelere tütün kontrol politikalarının yetersiz olması, bu ülkelere tütün kullanım oranlarının yüksek olmasına neden olmaktadır.



Şekil 1: Yıllara göre 15 yaş ve üzeri kişiler arasında tütün kullanım yaygınlığındaki küresel eğilimler (3 numaralı kaynaktan alınmıştır.)



Şekil 2: Türkiye’de 2008-2019 yılları arasında erişkin nüfusta tütün kullanım prevalansı (2 numaralı kaynaktan alınmıştır)

Türkiye’de Epidemiyolojik Veriler

Türkiye, tütün kullanımı açısından dünya genelinde üst sıralarda yer almakta olup, yetişkin nüfusta sigara içme oranı %31 olarak belirlenmiştir. Sigara kullanımına bağlı ölümler, ülkedeki tüm ölümlerin %13’ünü oluşturmaktadır (4). Erkeklerde sigara kullanımı %43, kadınlarda ise %18 olarak belirlenmiştir. Tütün kullanımı

2008’den 2012’ye kadar uygulanan politikalar sayesinde yaklaşık %4 azalmışken sonrasında tekrar yükselişe geçmiştir (Şekil 2). Özellikle genç nüfusta tütün ürünlerinin kullanım oranları artmaktadır; 13-15 yaş grubundaki bireyler arasında bu oran %8,4’ten %11’e yükselmiştir. Bu durum, genç nüfus arasında elektronik sigara gibi yeni nesil ürünlerin yaygınlaşmasıyla daha da dikkat çekici hâle gelmektedir (2).

Türkiye’de Tütün Kontrol Politikaları

Türkiye, tütün kontrolü konusunda önemli adımlar atan ülkeler arasında yer almaktadır. 1996 yılında yürürlüğe giren ‘Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun’ ile başlayan bu süreç, 2008 yılında hayata geçirilen ve kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan kapsamlı ‘Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı’ düzenlemesiyle daha da güçlenmiştir (5). Türkiye, DSÖ’nün Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ni (TKÇS) imzalayıp uygulamaya koyan öncü ülkelerden biridir. Bu çerçevede; kapalı alanlarda tütün kullanımının yasaklanması, tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğuna kısıtlama getirilmesi ve sigara paketleri üzerinde caydırıcı görsel uyarılara yer verilmesi gibi çeşitli politika ve müdahaleler hayata geçirilmiştir.

Bununla birlikte, tütün kontrolü kapsamında gerçekleştirilen bu önemli düzenlemelere rağmen, uygulama süreçlerinde yaşanan aksaklıklar ve özellikle genç nüfus arasında yeni nesil tütün ürünlerinin yaygınlaşması, mevcut politikaların sürekli gözden geçirilmesini ve güncellenmesini zorunlu kılmaktadır (6). Veriler, tütün kontrol programlarının başlatıldığı 2008 yılından sonra Türkiye’de sigara satış miktarında başlangıçta bir düşüş yaşandığını, ancak bu azalmanın kalıcı olmadığını göstermektedir. 2008-2011 yılları arasında yurtiçi sigara satışında bir gerileme gözlemlenirken, bu dönemin ardından satışların düzenli şekilde artış gösterdiği dikkati çekmektedir. 2020 yılı itibarıyla, iç piyasada satılan sigara miktarı, 2008 yılına göre %9, 2011 yılına göre ise %29 oranında artış göstermiştir.

2008-2017 yılları arasında tütün ürünlerinden elde edilen Özel Tüketim Vergisi (ÖTV) gelirleri 3,4 kat artış göstermiştir. Bu süreçte, tütüne bağlı ÖTV’nin Gayri Safi Yurt İçi Hasıla içindeki payı %1,1’den %1,2’ye, bütçe gelirleri içindeki payı ise %5,2’den %5,9’a yükselmiştir. 2018 yılında ise toplam ÖTV gelirlerinin %32’si tütün ürünlerinden elde edilmiş olup, bu gelir kalemi petrol ve doğal gazdan sonra ikinci sırada yer almıştır. Ancak, vergi gelirlerindeki artışa rağmen, tütün kullanımının yaygınlaşması sağlık harcamalarını artırmış ve ekonomik yükü ağırlaştırmıştır. Tütün kullanımı, halk sağlığını tehdit et-

mekle kalmayıp, eşitsizliklerin azaltılması, yoksulluğun önlenmesi ve çevrenin korunmasına yönelik çabaları da olumsuz etkilemektedir (7).

Başka bir deyişle, tütün kontrol programlarının devreye alınmasının ardından kısa vadede olumlu sonuçlar elde edilse de, uzun vadede sigara satışlarının artış göstermesi, bu alandaki mücadelede karşılaşılan zorluklara işaret etmektedir. Tütün kullanım alışkanlıklarının değişmesi, yeni ürünlerin piyasaya sürülmesi ve gençler arasında kullanımın yaygınlaşması gibi etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tütün kontrol politikalarının daha etkin uygulanması ve sürekli güncellenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (8).

Elektronik Sigara ve Yeni Nesil Ürünler

Son yıllarda elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri ve diğer yeni nesil tütün ürünleri, özellikle genç nüfus arasında hızla yaygınlaşmıştır. Bu ürünler, genellikle ‘daha az zararlı’ veya ‘sigarayı bırakmaya yardımcı’ olarak pazarlanmasına rağmen, bağımlılık yapıcı nikotin içerikleri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır. Dumansız tütün ürünü kullanım prevalansı 2012-2022 yılları arasındaki verilere göre tüm dünyada %6,3 erkeklerde %9, kadınlarda %3,5 oranındadır. Küresel olarak 13-15 yaş ergenler arasında dumanlı ya da dumansız tütün ürünü kullanan sayısı tahmini 50 milyondur (2). 14 Aralık 2023 tarihinde DSÖ acil eylem çağrısında bulunmuştur. Bu raporda geniş bir ürün çeşitliliği ve çekici tatlarla küresel olarak, elektronik sigara pazarının hızla büyüdüğü; agresif bir şekilde çocuklar ve gençlerin hedef alındığı ve birçok ülkede gençler ve çocuklarda kullanım oranının, yetişkin kullanımını aştığını bildirmiştir (9). Ayrıca DSÖ bu ürünlerin kullanımını azaltmak için daha sıkı düzenlemeler yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (10).

Kaynaklar

1. Tobacco. <https://www.who.int/health-topics/tobacco>. Erişim Tarihi: 08.02.2025
2. Her Yönü ile Tütün Kontrolü - 2024 | Dergiler | Türkiye Klinikleri. <https://www.turkiyeklinikleri.com/journal/gogus-hastaliklari-ozel-konular/88/tr-index.html> Erişim Tarihi: 08.02.2025

3. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283> Erişim Tarihi: 08.02.2025
4. Turkey. Tobacco Atlas. <https://tobaccoatlas.org/factsheets/turkey/> Erişim Tarihi: 16.02.2025
5. 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun Uygulanması ile ilgili 2009/44 Sayılı Bakanlığımız Genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR-11141/4207-sayili-tutun-urunlerinin-zararlarinin-onlenmesi-ve-kontrolu-hakkinda-kanunun-uygulanmasi-ile-ilgili-200944-sayili-bakanligimiz-genelgesi.html> Erişim tarihi: 16.02.2025
6. Elbek O, Kılınç O, Salepçi B. Tobacco Control in Turkey in the Light of the Global Adult Tobacco Survey. Turk Thorac J 2021;22 (1):90-92. <https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2021.19139>.
7. Simla G. Türkiye’de Tütüne Uygulanan Ötv Üzerine Bir Değerlendirme. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/343625/turkiyede-tutune-uygulanan-otv-uzerine-bir-degerlendirme> Erişim tarihi: 16.02.2025
8. Türk Toraks Derneği’ nin “Tütün Kontrolünde Güncel Tehditler” Kitabı <https://toraks.org.tr/site/news/11102> Erişim tarihi: 08.02.2025
9. WHO Call to action .<https://www.who.int/publications/m/item/electronic-cigarettes---call-to-action>
10. Tobacco: E-cigarettes. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes> Erişim tarihi: 16.02.2025

3. TÜTÜN ÜRÜNLERİ VE NİKOTİN BAĞIMLILIĞINDA GÜNCEL TEHDİTLER NELERDİR?

Tütün ve nikotin kullanımı insan sağlığı için zararlı, satan endüstri için kârlıdır. Bu nedenle tütün, nikotin, ke-nevir ürünleri ve endüstrisi tehdit oluşturur.

Söz edilen ürünleri kullananlar çoğu zaman zararları konusunda yeterince bilgi sahibi değildir. Ülke yönetimleri, sağlık çalışanları ve sivil toplum örgütleri ürünlerin zararları ve satıcının taktikleri konusunda farkındalık yaratmak ve zararları önlemeye çalışırlar. Bu taraflar görevlerini yerine getirilmedikleri takdirde tehdit oluşur.

Tütün ürünleri ve nikotin bağımlılığında güncel tehditler değerlendirilirken tüm bu tarafların etkinliklerinin de değerlendirilmesi gerekir.

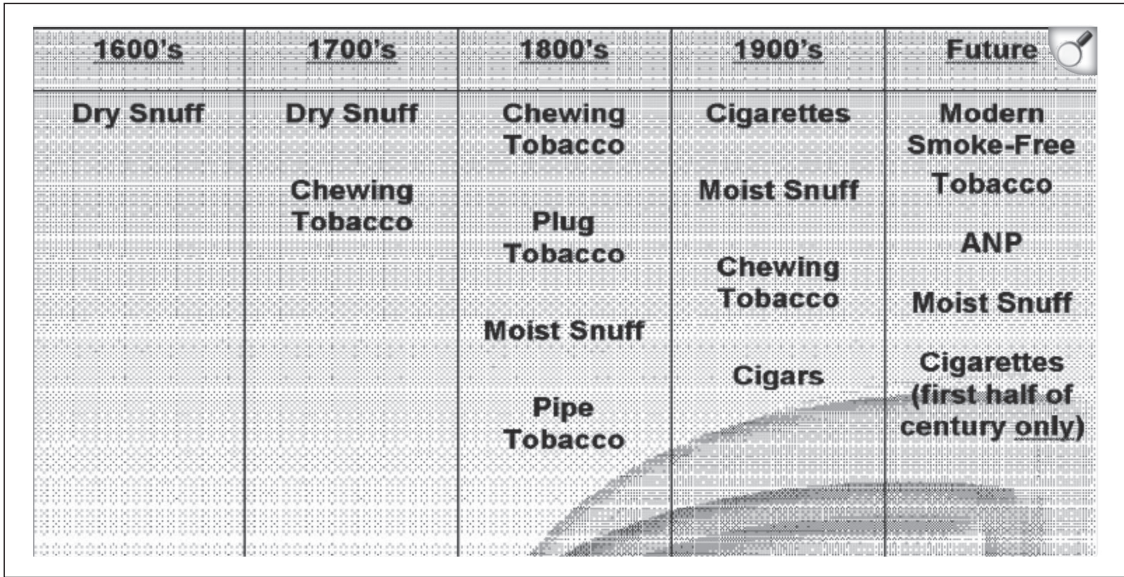
Tehdit 1: Endüstri

Değişen endüstrinin taktiklerini ve ürünlerini tanımak ve önlem almak gereklidir.

Pazarlama stratejisi

Gelişmiş ülkelerde tütün kullanımının normal ol-mak-tan çıkması 1990'lardan sonra ulusötesi tütün şirketle-rinin kârını azaltmaya başladı. Kısıtlayıcı tütün kontrol politikaları ve davalar sonucunda, işlerini sosyal olarak kabul edilebilir, zararı azaltılmış ürünlere kaydırmayı planladılar (1).

Bu firmalardan R.J Reynolds'ın 2008 yılında hazırla-dığı, yeni tütün ürünlerinin zaman içinde piyasaya sürül-mesini özetleyen "göç stratejisi" belgesi önemli bir kanıt-tır. Sigara ve puroların yanı sıra piyasaya alternatif nikotin ürünleri ve diğer "modern dumansız" ürünlerin başarılı bir şekilde piyasaya sürülebileceğini önermiştir.



Şekil 1: RJ Reynolds'un 'Büyük Göçler' planı, 2008.

(Modern dumansız' tütün, snus ve diğer potansiyel olarak daha az riskli ürünleri, 'ANP', elektronik sigaralar gibi alternatif nikotin ürünlerini ifade eder.)

Grafiğin kullanım hakkı dergi tarafından sağlanmıştır.

Hendlin YH, Han EL, Ling PM. Pharmaceuticalisation as the tobacco industry's endgame. *BMJ Glob Health*. 2024 Feb 5;9(2):e013866. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013866. PMID: 38316465; PMCID: PMC10859997.

Tütün endüstrisi kaybettiği imajı yeniden kazanabilmek için ilaç iş modellerini taklit etti. Endüstrisinin iç belgelerinde kârlılığı sağlamak ve toplumsal kabulü yeniden kazanmak, dünya çapında genişleyen tütün kontrol önlemlerini atlatmak için kendilerini ilaç şirketlerine dönüştürmeyi planladıkları bulundu. İlaç benzeri ürünler yaratıp, satarak kârlılığı devam ettirmeye çalıştılar. Tıbbi kullanım için onaylanmamış da olsalar giderek daha fazla farmasötik ürünlere benzeyen ürünlerle ürün portföylelerini çeşitlendirdiler. Bu ürünleri geliştirmek ve piyasaya sürmek için ayrı departmanlar oluşturdular, düzenleyici kurumlardan geçirmek için tıbbi araştırma programları geliştirdiler ve azaltılmış zarar veya ilaç ürünleri olarak sertifika almaya çalıştılar. Bu ürünler arasında snus, ısıtılmış tütün ürünleri, elektronik sigaralar, nikotin sakızları ve inhalerler vardı (1,2).

İlaçlaştırma (farmasötikleşme) yöntemi ile tütün kontrol savunucularını ve kamu idarelerini karşı karşıya getirdiler. Yeni ilaçlı ürünlerin tanıtımı tütün kontrol topluluğunu böldü, bazı halk sağlığı uzmanları ve kurumları ‘temiz’ zararı azaltılmış nikotin ve tütün ürünlerinin kullanımını savundu. İlaçlaştırılmış ürünler, farmasötik nikotin replasman tedavisi ile ticari tütün/nikotin ürünleri

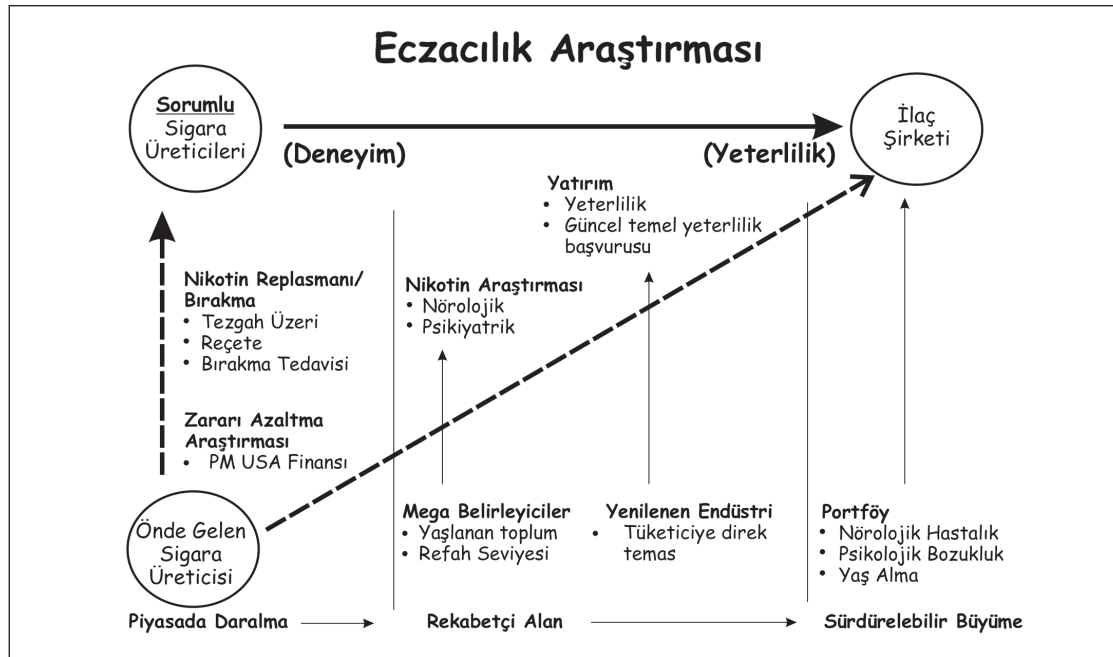
arasındaki çizgiyi bulanıklaştırıyordu. Tütün endüstrisinin hedeflerini gerçekleştirmiş oldu.

Tütün endüstrisinin ilaçlaştırılması halk sağlığını çeşitli şekillerde olumsuz etkiliyor. Kanun yapıcının hastalık ve ölüme neden olan sigara satışlarına odaklanmasını engelliyor. Bilim camiasının bölünmesi politika geliştirme sürecini geciktiriyor ve durduruyor. Bu durum Tütün kontrolü politika yapımcıları ile tütün endüstrisi arasındaki istişareyi veya ortaklığı açıkça yasaklayan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Madde 5.3’ü işlevsiz kılmaktadır.

İştirakları aracılığıyla farmasötik firması olan tütün endüstrisi

İlaç sektörüne benzeme çabaları içinde olan tütün firmaları uzmanı olmadıkları konularla ilgili irili ufaklı firmalara yatırım yaptılar.

Örneğin, Philip Morris firması Swedish Match, Otiopic, Vectura, Fertin Pharma, Syqe Medical, Molex isimli firmaları satın aldı. Bunlardan Vectura solunum teknolojisi, Syqe Medikal ise medikal marihuana şirketi idi. Syqe, kendini inhalasyon yoluyla terapötik moleküllerin iletilmesini sağlayan bir ilaç teknolojisi şirketi olarak tanımlıyordu (3).





İlk olarak tıbbi kenevirin kullanım için piyasaya süren Syqe, ağrı, santral sinir sistemi bozuklukları, uyku, anksiyete ve lösemi olmak üzere çeşitli terapötik alanlar için araştırmalar yaptığını bildiriyordu. Syqe İnhaler tıbbi esrar kullanımı, bitkinin psikoaktif etkilerini azaltmayı ve sigaranın zararlı etkilerine maruz kalmadan hızlı bir rahatlama sağlamayı mümkün kıldığını iddia ediyor, konu ile ilgili çalışmaları tıp dergilerinde yayınlıyordu (4). Bu şekilde tütün firması tıbbi literatürde yer alan bir ilaç firmasına evriliyordu. Syqe Inhaler için yalnızca kontrollü farmasötik standartlar altında üretilen kenevir kullanıldığı belirtiliyordu.

Yeni ve gelecek ürünler

Geleneksel tütün ürünlerin zararları daha iyi anlaşıldıkça ve tütün kontrol önlemleri uygulamaya konuldukça, tütün şirketlerinin sigara pazarı küçülmeye başladı. Sektörün uzun vadeli geleceğini güvence altına almak için 2000'li yılların başından itibaren e-sigaralar, ısıtılmış tütün ürünleri, snus ve nikotin poşetleri gibi yeni nikotin ve tütün ürünlerini geliştirdiler ve düşük ve orta gelirli ülkeler de dahil olmak üzere pazarladılar.

E-sigaralar

E-sigaralar genellikle nikotin içeren, pille çalışan cihazlardır. Kullanıcıların tütünü yakmadan nikotin içeren buharı solumalarını sağlarlar. "Elektronik Nikotin Dağıtım Sistemleri" (ENDS) elektronik sigaralar, e-nargile, e-pipolar ve e-puro gibi cihazları kapsar. Bu cihazlar, bir sıvıyı, kullanıcının soluyabileceği bir buhara dönüştürür. Sıvı, propilen glikol ve/veya gliserin gibi kimyasallara farklı tatlar ve farklı miktarlarda nikotine eklenerek yapılır (5).

E-sigaralar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ortaokul ve lise öğrencileri arasında en yaygın kullanılan tütün ürünü olmuştur. Ortaokul öğrencilerinin %3,5'i ve lise öğrencilerinin %7,8'i e-sigara kullanıyor. E-sigara kullanan öğrencilerin %87,6'sı aromalı e-sigara tercih ediyor ve %26,3'ü her gün e-sigara kullandığını bildiriyor (6).

E-sigara kullanan çocuklar ve ergenlerin, normal sigara kullanmaya devam etme olasılıkları daha yüksek olabilir. E-sigaraardan çıkan aerosol kansere neden olan kimyasallar içerebilir. E-sigaraaların uzun vadeli sağlık etkileri bilinmemektedir. Türkiye'de elektrikli nikotin dağıtım sistemleri (ENDS) ve kenevir ruhsatlandırılmamıştır, bu nedenle bu ürünlerin satışı yasadışıdır.

Kenevir

Kenevir ürünlerinin yaygınlaşması en yakın ve endişelendirici bir tehdit olarak görülmektedir.

E-sigaraaların bir kısmında kenevir bulunmaktadır. Ayrıca tütün endüstrisinin ilaç sınıfında pazarladığı "Syqe inhaler" tetrahidrokanabinol (THC) olarak bilinen psikoaktif zihin değiştirici bir bileşen içermektedir. Delta-9 THC, tüketilen THC'nin birincil formudur (7).

Kenevir bitkisi, konsantreler, özütler ve yenilebilir ürünler üretmek için hasat edilebilir. THC ağızdan alınabilir, içilebilir, buhar olarak solunabilir, dil altına püskürtülebilir, ciltte kullanılabilir, yenilebilir ve gıda ürünlerine karıştırılabilir (8). Esrar kullanımının yan etkileri arasında dikkat, karar verme, hafıza, koordinasyon, denge bozukluğu vardır. Kullanıcılarda kaygı ve paranoya, boğaz ve akciğerleri tahrişi, uyku düzensizliği görülebilir. Uzun süre kullananlarda IQ kaybı, öğrenme ve hafıza bozuklukları saptanmıştır (9).

Ülkemizde yasa dışı ticareti yapılan nargile ve e-sigara ürünlerin içerikleri bilinmemekte ve denetlenmemektedir. Uluslararası TEK Sözleşmesi ve 2313 sayılı kanun kapsamında kenevirin “keyif verici kullanımı” ülkemizde yasaktır. Bununla birlikte kenevirden elde edilen kanna-bidiol (CBD) yağı ve tetrahidrokanabinolü (THC) bulunan ürünlerin internet üzerinden satışları saptanmıştır. 2016-2022 yılları arasında kurulan dört büyük e-ticaret sitesinin 55 bağlantı üzerinden CBD ve THC ürünlerini pazarladığı tespit edilmiştir (10).

Bu bulgular tütün kontrol çalışanlarının araştırma ve savunuculuk kapsamını genişletmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tehdit 2: Yönetimler

Ülke yönetimlerinin tütün kontrol politikalarında gereken ivmeyi göstermemesi küresel tehdit oluşturur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tütün Kontrolü çerçeve sözleşmesi (TKÇS), küresel tütün salgınına yanıt olarak geliştirilmiştir. Ulusötesi tütün reklam, promosyon ve sponsorluğu, kaçak ve sahte sigaraların uluslararası hareketi gibi faktörler tütün kontrolünde bir sözleşme çerçevesinde iş birliğini gerektirmiştir. Bugüne kadar 183 ülkenin taraf olduğu sözleşme 21 Mayıs 2003 tarihinde kabul edilmiş, 27 Şubat 2005'te yürürlüğe girmiştir (11).

Türkiye ve sözleşmeye taraf olarak bütün ülkeler yükümlülüklerini belirlenmiş takvime göre getirmek zorundadır. Tarafların tütün kontrolü mevzuatını ve uygulamalarını zamanında yerine getirmemiş olması uluslararası tütün mücadelesi için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Avrupa örneği :Yakalanamayan hedefler

Avrupa Bölgesi'nde sigara içme oranları, ülkeler arasında farklıdır. 2015'te erkek sigara içme yaygınlığı, Rusya Federasyonu'nda yaklaşık %60' tan, İzlanda'da yaklaşık %16'ya kadar değişmektedir (12). Düşük sosyal ekonomik düzeyi olanlarda sigara kullanımı daha fazladır ve erkeklerde kadınların iki katıdır (13). Bu nedenle DSÖ Avrupa üçüncü bölgesi, 2010 ile 2025 arasında tütün kullanımının %30'luk azalma hedefine ulaşamayacaktır. Düşük sosyo-ekonomik düzeyin ve eşitsizliklerin sigara bırakmayı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (14).

Avrupa ülkeleri arasında tütün kontrol politikalarının benimsenmesi ve uygulanması süreci, politikaların gücü, uygulama zamanlaması ve yaptırım düzeyi açısından büyük farklılıklar göstermektedir.

Tütün Kontrol Ölçeği Avrupa ülkelerinin tütün kontrol politikalarına uyumunu izler.

Yeni girişimlerde bulunmayan ülkeler sıralamada gerilemektedir. Doğu Avrupa ülkelerinde inceleme devresinde gerileme saptanmıştır.

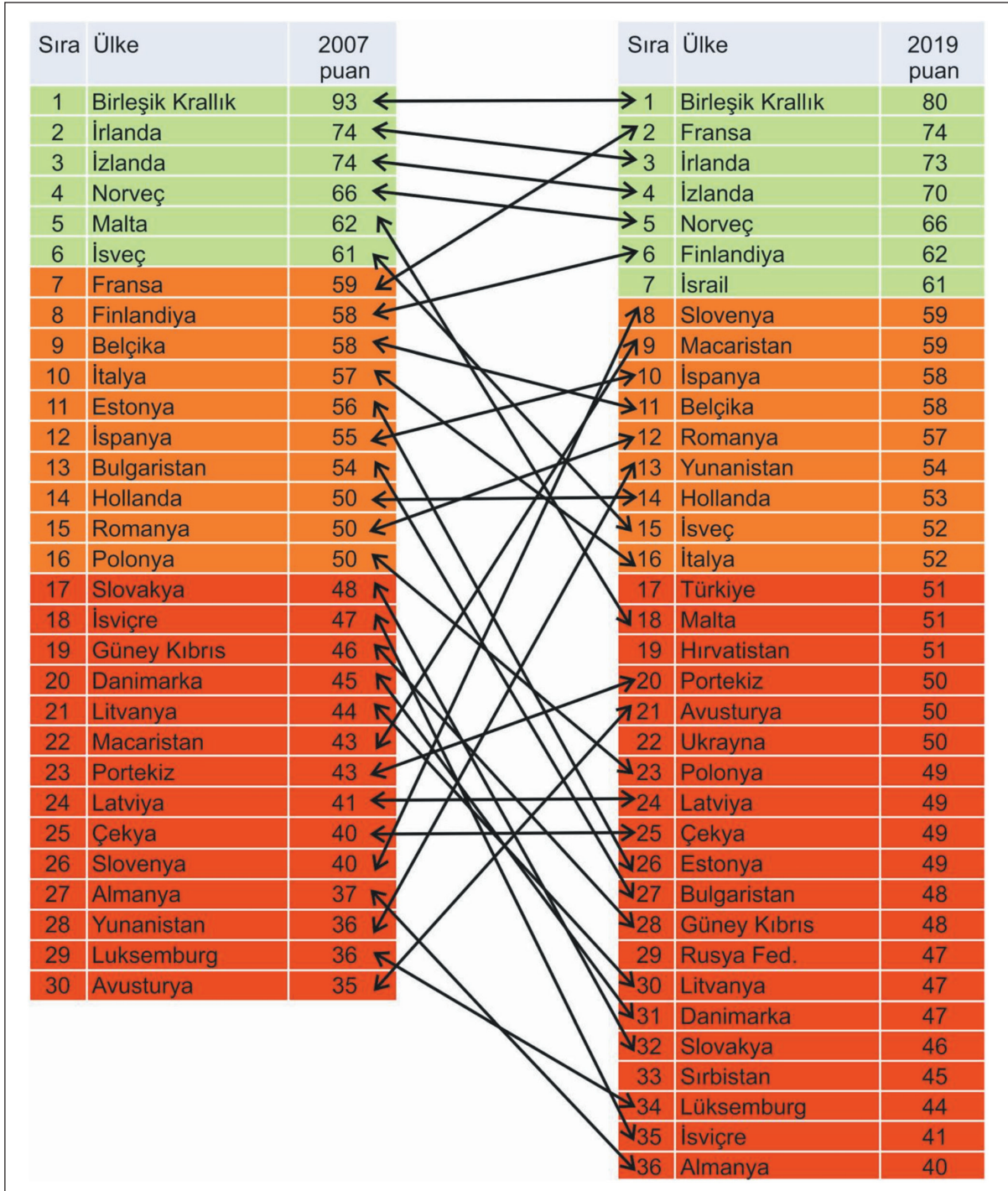
Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine üye olmayan Amerika Birleşik Devletleri'nde konuyla ilgili izlemi sivil toplum yapmaktadırlar. Amerikan Akciğer Derneği yıllık “tütün kontrolünün durumu” raporunu kamuoyu ile paylaşır. American Lung Association “State of Tobacco Control Report 2024” eyaletlere not vermiş, ülkenin aromalar, e-sigara ve puff bar ile başarılı bir savaş vermediğini açıklamıştır (15).

Ülkemizde ise tütün kontrolü mevzuatına uyum daha çok sivil toplum tarafından izlenmekte ve tehdit oluşturan hususlar raporlanmaktadır.

Bu çalışmalar arasında kapalı alan sigara yasaklarına ikram sektörünün uyumu ve kamu denetimleri; satış noktalarında işletmenin ürün yerleştirme kurallarına uyumu, endüstrinin müdahalesi ve yıllar içinde değişimi; kısa vadeli sigara bırakma ilaçlarının dağıtımının etkileri; satış ruhsatı olmayan e-sigara, ısıtılmış tütün ürünlerinin kullanım sıklığı ve sunum yöntemleri; kamu tarafından tütün endüstrisine sağlanan teşvikler incelenmiş ve yayınlanmıştır. Saptanmış tehditlerin dikkate alınmaması hâlinde ülkemizde artan tütün ve nikotin ürünleri kullanımı durdurulamayacaktır.

Kanun ihlalleri

TKÇS 5.3 maddesi tütün kontrolü ile ilgili halk sağlığı politikalarının tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkarlarından korunmasını gerektirir. Bununla birlikte tütün endüstrisine 2019'da 13, 2020'de 15, 2021'de 17 ve 2022'de ise 8 adet teşvik belgesi düzenlenmiştir. Tüm tütün şirketlerine KDV muafiyeti, 31 şirkete Vergi İndirimi, Yatırıma Katkı Payı, Sigorta Primi İşveren Payı indirimi, Gümrük Vergisi Muafiyeti desteği sağlanmış olduğu tespit edilmiştir (16).



Şekil 2: 2007 ve 2019'daki Tütün Kontrol Ölçeği puanları

Türkiye’de 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren kapalı alanda tütün ürünleri kullanmak yasaklanmıştır. İlk iki yıl titizlikle uygulanmış, sağlık ölçütlerinde iyileşme sağlanmış daha sonra kanuna uyum kalmamıştır. Dene-timlerin aksadığı veya yapılmadığı izlenmiştir (17,18).

Tütün satış noktalarında satışa sunulan ürünlerin işletme dışından görülmesi, işletme içinde çocukların göz hizası üzerinde bulundurulması ve reklam unsuru içermesi yasakken bu kurallara uyumun yıllar içinde giderek azaldığını ve kaybaldığı saptanmıştır. Ayrıca bu işletmelerin ülkemizde ruhsatlanmamış ısıtılmış tütün ürünleri, e-sigara ve benzeri ürünleri satışa sundukları görülmüştür (19,20,21).

Tehdit 3: Tütün Kontrolü Alt Yapı Zafiyeti

Tütün kontrolü için sürdürülebilir mali ve insan gücü sağlanmalıdır.

Dünyada ve ülkemizde tütün kontrolü faaliyetleri kamu ve sivil toplum çalışanları tarafından gerçekleştirilmekte , finansmanı kamu ve hayır kurumları tarafından sağlanmaktadır. Birçok ülkede geçici proje kaynakları kullanılmaktadır. Destekçi hayır kurumlarının finansal karar değişikliği yapması hâlinde bir sivil toplum birimi çalışmayı sonlandırmaktadır. Tütün kontrolünde gönüllülük esası ile çalışanlarda ise asıl işin yüküne bağlı olarak istikrarlı bir çalışma gerçekleştirmek mümkün olamamaktadır.

Avrupa Komisyonu 2025’de ani bir kararla daha önce destek verdiği sivil toplum kurumlarını desteklemekten vazgeçmiştir.

Giderek güçlenen ve çeşitlenen tütün ve nikotin endüstrisine karşı akılcı insan gücü ve finans kaynakları oluşturulması elzemdir.

Kaynaklar

1. Hendlin YH, Han EL, Ling PM. Pharmaceuticalisation as the tobacco industry’s endgame. *BMJ Glob Health*. 2024 Feb 5;9(2):e013866. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013866. PMID: 38316465; PMCID: PMC10859997.
2. Philip Morris, Red Team. Philip Morris USA mission exploration project. Truth Tobacco Industry Documents 2000. Available: <https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=qscl0172> Erişim Tarihi: 21.09.2024

3. Aviram J, Atzmony D, Eisenberg E. Long-term effectiveness and safety of medical cannabis administered through the metered-dose Syqe Inhaler. *Pain Rep*. 2022 May 17;7(3):e1011. doi:10.1097/PR9.0000000000001011. PMID: 35620248; PMCID: PMC9116950.
4. Vulfsons S, Ognitz M, Bar-Sela G, Raz-Pasteur A, Eisenberg E. Cannabis treatment in hospitalized patients using the SYQE inhaler: Results of a pilot open-label study. *Palliat Support Care*. 2020 Feb;18(1):12-17. doi: 10.1017/S147895151900021X. PMID: 31196236.
5. Langley RJ, Dagli E, Bush A. E-cigarettes: WHO knows best. *Arch Dis Child*. 2024 Aug 30: archdischild-2024-327395. doi: 10.1136/archdischild-2024-327395. Epub ahead of print. PMID: 39214692.6) <https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/youth.html>
6. Aviram J, Atzmony D, Frenklakh A, Kroll A, Zaks I, Haze-kamp A. THC degradation does not impair the accuracy of THC doses aerosolized by the metered-dose SyqeAir inhaler: a 24-month stability trial. *J Cannabis Res*. 2022 Oct 24;4(1):55. doi: 10.1186/s42238-022-00166-5.
7. Aviram J, Glezerman M, Hayam E, Belobrov R, Procaccia S, Meiri D, Eisenberg E. Evaluating Sex Differences in Efficacy, Safety and Pharmacokinetics in Patients Treated with Cannabis by a Metered-Dose Inhaler. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2023 Oct 8;16(10):1426. doi: 10.3390/ph16101426. PMID: 37895897; PMCID: PMC10610259.
8. The link between cannabis and tobacco <https://truthinitiative.org/sites/default/files/media/files/2024/05/Cannabis%20Fact%20Sheet%202023.pdf>
9. Dagli E, Pece Sonmez U, Pazarli P, Elbek O, Salepci B, Yıldız F, Ay P, Guner M. Cannabis: the new tobacco ? *European Respiratory Journal* 64(suppl 68): PA513 Published: Sep 2024 DOI: 10.1183/13993003.congress-2024.PA513
10. 20th anniversary of the entry into force of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <https://fctc.who.int> Erişim Tarihi: 20.03.2025
11. Willemsen MC, Mons U, Fernández E. Tobacco control in Europe: progress and key challenges. *Tob Control* 2022;31:160–163.
12. Bosdriesz JR, Willemsen MC, Stronks K, et al. Socioeconomic inequalities in smoking cessation in 11 European countries from 1987 to 2012. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:886–92.
13. Giskes K, Kunst AE, Benach J, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:395–401.
14. <https://www.lung.org/getmedia/1b4b0cc-c-6a41-41dd-ba13-7fad86a7dc3/ALA-SOTC-2024.pdf> The American Lung Association’s annual “State of Tobacco Control” report Erişim Tarihi: 20.03.2025

15. Gezer T, Elbek O, Dağlı E, Salepci B, Bostan P, Ay P, Ceyhan M, Yıldız F. Tobacco control or tobacco investment ?: Incentives given to tobacco industry European Respiratory Journal 2023 62(suppl 67): OA4232; DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2023.OA4232>
16. Ay P, Dagli E, Yildiz F, Elbek O, Gezer T, Guner M, Ceyhan M. Assessment of Smoke-Free Compliance in Enclosed Spaces of Hospitality Establishments in Istanbul between 2013 and 2017 European Respiratory Journal 52(suppl 62): PA4535 Published: Sep 2018 DOI: 10.1183/13993003.congress-2018.PA4535
17. Ay P, Evrengil E, Güner M, Dagli E. What makes hospitality premises prone to smoke-free violation? Compliance to smoke-free legislation among Istanbul hospitality premises in 2015. European Respiratory Journal 46(suppl 59): PA5122 Published: Sep 2015 DOI: 10.1183/13993003.congress-2015.PA5122
18. Sonmez UP, Guner M, Dagli E, Gezer T, Elbek O, Ay P, Yildiz F, Salepci B, Bostan P. Changes in violations at tobacco point of sales between 2015 – 2022 in Istanbul. European Respiratory Journal 62(suppl 67): PA3333 Published: Sep 2023 DOI: 10.1183/13993003.congress-2023.PA3333
19. Dagli E, Sonmez U, Guner M, Gezer T, Ay P, Elbek O, Yildiz F, Ceyhan M. Point of Sale Display of Plain Cigarette Packages : Finger prints of the industry European Respiratory Journal 58(suppl 65): PA3204 Published: Sep 2021 DOI: 10.1183/13993003.congress-2021.PA3204
20. Dagli E, Guner M, Sonmez U, Yildiz F, Ay P, Elbek O, Ceyhan M, Gezer T. Heated tobacco product marketing: internet platforms undermine regulations. European Respiratory Journal 54(suppl 63): PA1693 Published: Sep 2019 DOI: 10.1183/13993003.congress-2019.PA1693
21. Concerns over the lack of information on the publication of the 2025 calls for operating grants under the EU4Health programme <https://eu4health.eu/concerns-over-the-lack-of-information-on-the-publication-of-the-2025-calls-for-operating-grants-under-the-eu4health-programme/> Erişim Zamanı: 03.03.2025

4. TÜTÜNDE ‘ENDGAME’ STRATEJİSİ

Tobacco Endgame – Tütünde Oyunun Sonu

Tütün kullanımını bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkartacak düzeyde azaltma stratejisi ‘Tobacco Endgame’ olarak adlandırılır. Oyunun sonunu getirecek bu uygulamalar, genellikle yetkin tütün kontrol önlemlerini hayata geçirmiş ve toplumda sigara içme prevalansını yüzde 15’in altına düşürebilmiş ülkelerde gündeme gelen stratejidir (1). Strateji çerçevesinde MPOWER’ın talebi azaltmaya yönelik önlemleri ile Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’nin halk sağlığı politikalarını tütün endüstrisinden korumaya yönelik yaklaşımları birlikte ele alınmaktadır.

Dünya genelinde sigara içme prevalansının yüzde 15’in altında olduğu ve aynı zamanda TKÇS puanının da 68’in üstünde olduğu 28 ülkenin oyunsonu’na hazır olduğu görülmektedir. Ne yazık ki Türkiye, söz konusu 28 ülke arasında değildir (1).

Tütünde “oyun sonu”nun hedefi, ülkedeki sigara kullanım sıklığını belirlenmiş bir hedef yılında yüzde 5’in altına düşürmektir (1). Elektronik sigara ve diğer alternatif tütün ürünlerinin oyunun sonu kavramına dahil edilip edilmemesi konusunda farklı yaklaşımlar vardır. Ancak eğer gerçekten oyunun sonu getirilmek amaçlanıyorsa tütün ve nikotin kullanımının her türüsünü bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkarmak hedeflenmelidir.

Hedef ve Politika

Oyunun sonunu getirecek strateji üç temel hedef üzerine şekillenmiştir:

1. Tütün Kullanımının Sonlandırılması: Dünya genelinde her türlü tütün ürünlerinin kullanımının minimize edilmesi
2. Kamu Sağlığının Korunması: Gelecek nesillerin tütün zararlarına maruz kalmalarının önlenmesi
3. Tütün Kontrol Önlemleri: Tütün kullanımının yeniden bir halk sağlığı sorunu olmasını engelleyecek uzun vadeli politikaların oluşturulması



Tütün kullanımında oyunun sonunu getirecek politikalar, öncelikle Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve MPOWER uygulamasını dikkate alan tütün kontrolü yasalarıdır. Tütün reklamlarını yasaklamak, tütün ürünlerinin içeriğine yönelik düzenlemeler yapmak, kapalı ve halka açık yerlerde tütün kullanımını engellemek, tütün



ürünlerine yönelik yüksek vergiler getirmek, düz paket uygulamak, sigara bırakma programlarının yetkinliğini geliştirmek ve tütün kullanımının zararları ve tütün endüstrisinin politikaları hakkında kamuoyuna yönelik farkındalık kampanyaları geliştirmek temel yaklaşım olmalıdır. Öte yandan satış noktalarına teşhir yasakları getirmek, tütün ürünlerindeki nikotin içeriğini bağımlılık yaratmayacak düzeye düşürmek, tütün ürünü satış noktalarının sayısını azaltmak, açık havada sigara içme kısıtlamaları uygulamak ve belirli bir yıl sonrasında doğan kişilere her türlü tütün ürünü satışını yasaklamak da yenilikçi hedefler/önlemler olarak bu bağlamda önerilmiştir (1).

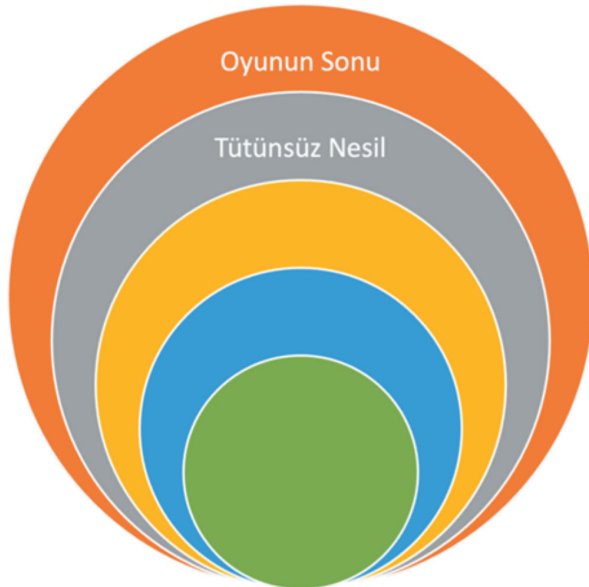
Tütünsüz Nesil

Yenilikçi önlemler arasında ifade edilen “tütünsüz nesil” uygulaması kritik bir müdahale olarak öne çıkmaktadır. Çünkü araştırma verileri sigara içenlerin yüzde 80’inden fazlasının 18, hemen tamamının ise 26 yaşından önce kullanıma başladığına işaret etmektedir (2). Bu nedenle gençlerin sigaraya başlamasını önlemek tütün kullanımında oyunun sonunu getirebilecek bir müdahaledir. Öte yandan gençlerin sigarayı kullanmaya başlamasının arkasında ‘akran etkisi’ ve ‘yetişkin görünme’ arzusunun olduğu bilinmektedir. Tütün endüstrisi de ‘Çocuklar sigara içmez’ kampanyaları sayesinde sigara kullanımını

çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş göstergesi hâline getirmiştir (2). Bu nedenle gençlere her türlü tütün ürünlerinin satışının yasaklanması bu geçiş etkisini kırabilecek bir politikadır.

Eğer tütün satışı belirli bir yıl sonrasında doğacak herkese yasaklanırsa mantıksal açıdan sorunlu bu durum da ortadan kalkacaktır. Söz konusu müdahalenin en önemli avantajı, tütün ürünlerinin yol açtığı bağımlılığı tümüyle ortadan kaldıracak olmasıdır. Çünkü oldukça zor olan tütün ürünlerinin bağımlılığından kurtulmak yerine tütün ürünü kullanmaya hiç başlamamak en etkili halk sağlığı politikasıdır. Tütün endüstrisinin taktiklerine ve satış pazarlamasına karşı gençleri tam korumaya almak sayesinde sigara içmek ‘geçen yüzyıl’ için geçerli bir durum haline dönüşebilir (2). Bu durum yıllar içerisinde tütünsüz bir sosyalliği ve toplumsal normu var edecek ve günümüzde olduğunun aksine tütün ürünü kullanmak çocukluktan yetişkinliğe geçişin bir göstergesi olmaktan çıkabilecektir. Öte yandan tütün endüstrisinin, ürünlerinin kullanımının devamı için öne sürdüğü ‘yetişkinlerin özgür seçimi’ argümanı da bu noktada ikna edici değildir. Çünkü hayatta yaşanan asıl gerçeklik, çocuğun üstün yararı kavramı uyarınca çocuğun tütün ürünlerine maruz kalarak bağımlı bir yetişkine dönüşmesinin önlenmesidir (2).

Bununla birlikte tütün kontrolünün ne kadar ileri gitmesine izin verileceği hakkında özgürlük zemininde dünya genelinde etik bir tartışma mevcuttur. Bu bağlamda belirli bir tarihten sonra doğmuş olanlara tütün ürünlerinin satılmamasının kişisel özgürlükleri ihlal edip etmediği ele alınmaktadır. Özgürlük konusunu bütüncül olarak ele alan yaklaşım, tütün kontrolünde oyunun sonunu getirecek müdahalelerin aslında insanlara yaşamları boyunca özgürlük sağlayarak onları daha özgür biçime taşıyacağının altını çizmektedirler (3). Benzer biçimde ‘oyunun sonu’ stratejisinin, aynı zamanda toplumsal özgürlüğü artırıp sigara içmenin yarattığı eşitsizlikleri azaltarak özgürlüğün kişiler arası daha iyi dağılımını da kolaylaştıracağını vurgulamaktadırlar (3). Unutulmamalıdır ki, pek çok özgürlük teorisyenine göre, diğer her şey eşit olduğunda daha iyi seçenekler özgürlüğü kötü seçeneklerden daha fazla artırmaktadırlar -ki tütün ürünü kullanmak hastalık ve ölümlerle sonuçlanan çok kötü bir seçenektir.



Elektronik Sigara ve Alternatif Nikotin Ürünleri

Elektronik sigara ya da ısıtılmış tütün ürünleri gibi alternatif ürünlerin sigarayı bırakamayan ya da bırakmak istemeyen kullanıcılara ‘zarar azaltma’ stratejisinin bir parçası olarak önermek de oyunun sonunu getirecek bir müdahale olarak kimi bilim insanları tarafından tanınlanmaktadır. Ancak söz konusu politika önerisinin tütün şirketleri tarafından da önerilen ve desteklenen bir yaklaşım olduğu dikkate alınmalıdır. Bu nedenle ‘oyunun sonu’ kavramın içeriğine ‘zarar azaltma’ stratejisi dahil edildiğinde, gerçekten oyunun sonunu getirmekten ziyade var olan oyunun günümüz koşullarında devamını garantiye alacak ve tütün endüstrisine meşruiyet sağlayabilecek bir argüman hâline dönüştüğü dikkate alınmalıdır.

“

We need to stop excluding men and women who smoke from the conversation. These are the people who have the most to gain from smoke-free alternatives.



Jacek Olczak, Chief Executive Officer, Philip Morris International

Tütün endüstrisinin, son yıllarda, tıbbi kullanım için onaylanmamış olsa dahi farmasötik ürünlere benzeyen tütün ürünlerini portföylerine dahil ettikleri bilinmektedir. Tütün şirketlerinin iç yazışma belgeleri, endüstrinin bu politikasının, kârlılığı sağlamak ve sosyal kabulü yeniden kazanmak için bilinçli olarak uygulamaya koyduğuna işaret etmektedir (4). Bu bağlamda tütün endüstri tarafından ‘ilaçlaştırılmış ürünler’, tıbbi endikasyonla kullanılan nikotin replasman tedavisi ile ticari tütün/nikotin arasındaki çizgiyi kasten bulanıklaştırmaktadır. Söz konusu politika, toplumun sigara satışının yarattığı hastalık yüküne odaklanmasını engelleyerek, zarar azaltma argümanı ile bilim insanlarını birbirine karşı taraf kılarak ve siyasi iktidarlarla olmaması gereken teması yeniden sağlayıp TKÇS Madde 5.3’ü ihlal ederek halk sağlığı yaklaşımını olumsuz etkilemektedir (4).

Zaten gerçek yaşam verileri de e-sigara başta olmak üzere endüstri tarafından geliştirilen nikotin ürünlerinin oyunun sonunu getirebilecek bir argüman olmadığı ger-

çeğini desteklemektedir. Bu bağlamda 2020-2022 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’ndeki e-sigara satışının %46,6 oranında artmış olması çarpıcıdır (5). Benzer biçimde 2023 yılı itibarıyla ABD’de lisede okuyan her 100 öğrenciden ikisi sigara kullanmasına karşılık her 10 lise öğrencisinden birisi e-sigara kullanmaktadır (5). Birleşik Krallık’ta ise 14-17 yaş arasındaki ergenlerin %32,9’u nikotin ürünleri kullanmakta ve e-sigarayı erken yaşta kullananların %58,9’unun daha sonra sigarayı da denediği görülmektedir (5). Söz konusu veriler, bugün itibarıyla, e-sigara ve alternatif nikotin ürünlerinin gençler üzerinde klasik sigaraya göre daha yüksek cazibesi olduğunu ve bu nedenle oyunun sonunu getirecek strateji arasında yer almaması gerektiğine işaret etmektedir.

Tütün Endüstrisi ve Kamu Politikası

Tütün endüstrisi, tütün kontrol önlemlerini zayıflatmak, içeriğini boşaltacak ve etkisiz müdahaleleri destekleyecek tarzda lobi faaliyetinde bulunmaktadır. Bu bağlamda tütün endüstrisinin kontrol politikalarını zayıflatma konusundaki çabaları iyi belgelenmiştir. Öte yandan tarihsel süreç içerisinde, tütün endüstrisinin dahil olduğu uygulamalarla tütün kullanımının meşru bir toplumsal kültüre dönüşmüş olması da tütün kontrolünü zorlaştıran bir faktördür. Ayrıca son zamanlarda oyuncak ve günlük eşyalardan esinlenerek şekillendirilmiş yenilikçi ‘vape aletleri’ sosyal medyanın da etkisiyle Z ve Alfa kuşağı arasında popülerlik kazanmaktadır (5). Bu nedenle e-sigara gibi ürünleri oyunun sonunu getirecek bir stratejisinin parçası hâline getirmenin aksine başta okullar olmak üzere kapalı alanlarda e-sigara benzeri ürünlerin ortama saldığı kimyasalları saptayan dedektörlerin yerleştirilmesi, tütünsüz ve dumansız kampüs uygulamaları, e-sigara ve benzeri alternatif nikotin ürünlerinin üretimlerinin önlenmesi, gençlere satışının yasaklanması ve kent atık sularında alternatif nikotin ürünlerinin metabolitlerinin takibinin yapılması gereklidir (5).

Tütün kullanımında oyunun sonunun gelmesini zorlaştırabilecek en önemli faktör tütün sektöründe yaşanan özelleştirme uygulamalarıdır. Çünkü araştırma verileri özelleştirmenin tütün ürünlerinin pazarlamasının artmasına, ürün dağıtım ağının daha etkili hâle gelmesine, ürünlerin göreceli ucuzlaması yoluyla toplumda sigaraya

olan talebin artmasına ve sigaraya başlama yaşının düşmesine yol açmaktadır (6). Özelleştirme uygulamaları sonrasında oluşturulan tütün piyasası, tütün şirketlerinin kâr elde etme güdüsüyle tütün kontrolünü zayıflatmaktadır. Bu nedenle tütün kullanımında oyunun sonunu getirebilecek politikalar arasında tütün piyasasındaki varlıkların özel mülkiyete dönüşümünü azaltacak – önleyecek yeni tedarik modellerinin de uygulamaya konulması gerekmektedir.

Tütün ürünlerinin kullanımı ile sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yakın ilişki mevcuttur. Bu bağlamda işsizlik ve düşük gelir kapasitesiyle kişisel tüketim arasında pozitif; eğitim ile negatif yönlü bir ilişkinin varlığı uzun zamandır bilinmektedir. Ancak yakın dönemde yapılan bir araştırma, bu ilişkinin sadece kişisel tüketim bazında değil, ülke çapında da geçerli olduğuna işaret etmektedir (7). Öte yandan benzer bir ilişkinin ülkemiz için de geçerli olduğu saptanmıştır (8). Bu bağlamda araştırma verileri tütün konusunda oyunun sonunu getirecek stratejiler arasına, işsizlik oranını azaltıp ülke genelinde eşitlikçi bir refah artışı sağlamanın yanı sıra ülkelerin demokratik standartlarını yükselterek sosyal özgürlükleri genişletmek, vatandaşların haklarını talep etme kapasitelerini artırmak ve toplumda ekonomik ve cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik kamu politikalarının da eklenmesi gerektiğine işaret etmektedir (8).

Son olarak; ulusal ve küresel tütün kontrol politikalarına rağmen tütün kullanımı her yıl milyonlarca insanı öldürürken tütün şirketlerine inanılmaz kârlar sağlamaktadır. 2018 yılında dünyanın en büyük altı üretici tütün şirketinin 55 milyar ABD doları kâr elde ettiği; bu kâr ora-

nının en fazla kâr eden dokuz büyük firmanın toplam kârlarından daha fazla olduğu dikkate alınmalıdır (9). Tütün sektörünün oligopol yapısından da kaynaklanan bu çok yüksek kâr marjı; çok düşük maliyetli, ancak çok yüksek bağımlılık yapan ürünler satmalarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle tütün kullanımında oyunun sonunu getirecek asıl müdahale, yüksek kâr oranlarının getirdiği ekonomik güçle tütün kontrolü önlemlerine karşı mücadele eden tütün şirketlerinin oynadıkları oyundan kâr/kazanç elde etmelerini önlemekte saklıdır. Böylesi bir müdahalenin ilk adımı da endüstrinin ürünlerin perakende fiyatlarını belirleme gücünü elinden almak ve elde ettikleri kârlar üzerinden yüksek gelir vergi ödemelerine mahkûm etmek olmalıdır (9). Bu bağlamda yaşama geçirilebilecek bir uygulama da tütün ürünlerinin piyasaya arzının kâr amacı olmayan bir kurum tarafından yapılması olabilir (10). Öte yandan böylesi bir aracı kurum sayesinde piyasa arzının zaman içerisinde kâr amacından uzaklaşacağı için azalması, talep baskısı nedeniyle ürünlerin fiyatlarını arttırarak talebi baskılayacak ek bir kazanım da sağlayacaktır. Ancak bu kazanımlar tütün endüstrisinin olağanüstü kazançlarını baltalayacak gelişmelerdir. Lobicilik, davalar ile yıldırma arayışı ve yasadışı ticaretin yaygınlaşması ise tütün kontrolünde oynanacak bu son oyunu boşa çıkarmak için tütün endüstrinin verebileceği tepkilerden biridir (10).

Bu nedenle ‘oyun sonu’ müdahaleleri için güçlü siyasi irade ve yüksek kamuoyu desteği gereklidir. Böylesi bir destek ise ancak halk sağlığının, şirketlerin kazanç – kâr güdüsüne üstün tutulduğu bir dünya görüşünün toplum genelinde yaygınlık kazanması ile mümkündür.



Kaynaklar

1. Selvan ST, Yeo XX, van der Eijk Y. Which countries are ready for a tobacco endgame? A scoping review and cluster analysis. *Lancet Glob Health* 2024; 12: e1049-1058.
2. Berrick AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tob Control* 2013; 22: i22-i26.
3. Schmidt AT. Freedom of choice and the tobacco endgame. *Bioethics* 2022; 36: 77-84.
4. Hendlin YH, Han EL, Ling PM. Pharmaceuticalisation as the tobacco industry's endgame. *BMJ Glob Health* 2024; 9: e013866.
5. Zong NC, Zhang Y, Cai H. Keep gimmicks of toy e-cigarettes away and juveniles on track towards the tobacco endgame. *Chest* 2024; 166: 1293-1295.
6. Gilmore AB, Fooks G, McKee M. A review of the impacts of tobacco industry privatisation: Implications for policy. *Glob Public Health* 2011; 6: 621-642.
7. Watson LK, Weldon I, Lin GO, Nanyangwe-Moyo T, Hoffman SJ, Poirier MJP. Beyond MPOWER: A systematic review of population-level factors that affect European tobacco smoking rates. *Eur J Public Health* 2023;33: 851-856.
8. Elbek O, Emecen AN, Duru Çetinkaya P, Deniz P, Kılınç O. Tütün kontrolünde başarı, demokrasinin gelişmişliği, insan haklarının düzeyi, hukukun üstünlüğü, zenginlik ve zenginliğin eşitlikçi dağılımı, sağlığa ayrılan kaynak, toplumsal cinsiyet eşitliği ve eğitim ile ilişkilidir. *Türk Toraks Derneği 27. Yıllık Kongresi*, 29 Nisan – 3 Mayıs 2024, Girne KKTC, SB-249.
9. Branston JB, Industry profits continue to drive the tobacco epidemic: A new endgame for tobacco control? *Tob Prev Cessation* 2021; 7: 45.
10. Wilson N, Thomson GW, Edwards R, Blakely T. Potential advantages and disadvantages of an endgame strategy: a 'sinking lid' on tobacco supply. *Tob Control* 2013; 22: i18-i21.

5. SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNİN YAPILANDIRILMASI

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünya nüfusunun yaklaşık üçte birine tekabül eden toplam 23 ülkede, sigara bırakma hizmetlerinin maliyeti tamamen veya kısmen karşılanan ‘kapsamlı sigara bırakma yardımı’ hizmetlerine erişilebilmektedir. Nikotin yoksunluğunu azaltmak amacıyla kullanılan ilaçların bazılarının ücretsiz teminini sağlayan ücretsiz sigara bırakma poliklinikleri ve sabit hatlardan arandığında ücretsiz olan ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı sayesinde, ülkemiz de bu hizmete erişimin tam olarak sağlandığı ülkelerden biri olarak anılmaktadır (1). Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçlar, ülkemizde geri ödeme kapsamında değildir ancak 2011 yılından itibaren dönemler hâlinde Sağlık Bakanlığı tarafından satın alınarak, sigara bırakma polikliniklerinde, hekimler tarafından uygun görülen içiciler için kullanıma sunulmaktadır. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (S.B. HSGM) Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Dairesi Başkanlığı web sayfasındaki raporlar sekmesinde paylaşımda olan en son Tütünle Mücadele Faaliyet Raporu, 2018 yılına aittir. Raporun sigara bırakma poliklinikleri ile ilgili kısmında; “2018 yılı itibarıyla sigarayı bırakmak isteyen 217.134 içiciye toplam 568.607 adet ilaç ve preparat reçete edilmiş” olduğu bildirilmektedir (2). O gün olduğu gibi bugün de içicilerin tedaviye erişimleri, Tütün Bağımlılığı Tedavisi ve İzlem Sistemi (TUBATİS) üzerinden gerçekleşmektedir, ancak 2018 sonrasında bu sisteme ait net verilere, daha da önemlisi bırakma başarısı ile ilişkili değerlendirmesine ait verilere resmi kaynaklardan ulaşılamamıştır. Ancak Salepçi ve arkadaşlarının kendi poliklinikleri kapsamında yaptıkları çalışmalarda, içicilerin Sağlık Bakanlığı tarafından dağıtılan ücretsiz ilaçları alabildiği bir dönemle, içicilerin ilaçların ücretini kendilerinin ödemek zorunda kaldığı ikinci bir dönemi karşılaştırmak suretiyle, bırakma başarı oranları araştırılmış; beklenenin aksine, başarı oranları, ilaçlarının ücretini kendileri ödeyen hastalarda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (3,4). Sigara

bırakma yardımının dolayısıyla sigara bırakma polikliniklerinin ‘etkin ve kapsamlı’ hizmet verebilmesi için hizmetin ve/veya tedavinin ücretsiz olmasının gerekli ama yeterli olmadığını söylemek mümkündür.

Sigara bırakma yardımı, bir danışmanlık hizmetidir. Danışan ve danışman arasında, gerektiği sıklıkta ve süreklilik arzeden görüşme imkânı, sürecin başarısı için elzemdir. Motivasyonel ve bireysel görüşmeler, farmakolojik tedaviye uyumu artırdığı gibi; farmakolojik tedavinin tek başına etki yaratamayacağı davranış değişikliği sürecinin de temelini oluşturur (5). Sigara bırakma polikliniğinde bulunan hekim, yalnızca ücretsiz temin edilen ilacın danışan için uygunluğuna karar vermek suretiyle değil, bırakma sürecinin tamamına eşlik etmek suretiyle gerçek anlamda yardım sunabilir. Hekimin, psikoloji bilimindeki davranışçı ve bilişsel kuramlara dayanarak, tüm süreçte ‘eğitici ve koruyucu’ olması, danışan için sürecin sürekliliğine dair motivasyon ve güven yaratması esastır (6). Ancak günümüzde pek çok sigara bırakma polikliniğinde, rehberlerde önerilen 1 yıllık takip süreci, sigara bırakma polikliniği hizmet kapsamında yürütülememektedir. ALO 171 sigara bırakma danışma hattı aracılığıyla sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilen içici, sigara bırakma polikliniğindeki hekim tarafından değerlendirilip, bırakma günü ve tedavi süreci planlandıktan sonra, çoğunlukla, takip sürecini ALO 171 ile tamamlamaktadır. HSGM’nin web sayfasında yazıldığı kadarıyla; “danışma hattı tarafından, kişinin sisteme dâhil olmasını müteakiben sigarayı bırakmak isteyen kişi 1. hafta, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. ayın sonu olmak üzere yılda en az 6 defa aranarak kişilerin sigarayı bırakma durumları takip ediliyor” (7). Sağlık Bakanlığı 2024 Faaliyet Raporu’nda: “Danışma hattı santraline 2010 yılından 31 Aralık 2024 tarihine kadar 31.005.454 çağrı girişi olduğu; 2012 yılından 31 Aralık 2024 tarihine kadar arayan ve bu hat aracılığıyla sigarayı bırakmak isteyen kişilere yönelik 1.021.787 sigara bırakma planı yapıldığı” belirtilmektedir (8). Ancak bıraktıktan sonraki takip sürecine dair bilgi ayrıntılarıyla paylaşılmamakta; ALO 171 ve TUBATİS sistemi birbiri ile entegre olmadığından, verilen tedaviye uyum, tedavinin etkisi ve bırakma başarısına dair bilgiye hekimler tarafından sistem üzerinden ulaşılamamaktadır. Öte yandan

ALO 171 tarafından yürütülen takip sürecini kullanmak yerine; takip sürecinin tamamına bizzat müdahil olabilmek isteyen sigara bırakma polikliniği hekimi, (randevular için Merkezi Hekim Randevu Sistemini (MHRS) kullanacak olsa bile) takip süreçlerinde randevuları ihtiyaca uygun şekilde düzenleyecek yardımcı personele ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca MHRS üzerinden kontrol randevuları oluşturmak konusunda da zorluk yaşanabilmektedir (9). Aslında, ‘Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik’ hükümleri kapsamında yürütülen bir sigara bırakma polikliniğinde, asgari 1 hemşire, asgari 1 tıbbi sekreter bulunması zorunludur (10). Günümüz koşullarında ise bu yönetmelikle belirlenen standartlara uygun sigara bırakma polikliniği sayısının oldukça kısıtlı olduğu gözlemlenmektedir. Çetinkaya ve arkadaşlarının araştırmasında, ulaşılabilen sigara bırakma polikliniklerinin %21,6’sında sadece hemşire/sekreter mevcut olduğu bildirilmiştir. (11). Nitekim Sağlık Bakanlığı verilerinde de bu alanda çalışan 3 hekime 1 yardımcı personel düştüğü göz önüne alınırsa yardımcı personelsiz çalışan polikliniklerin mevcut olduğu aşikârdır. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporunda, “2024 yılı itibarıyla 565 adet sigara bırakma polikliniğinde, 1.173 sertifikalı hekim 476 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır” şeklinde bilgi mevcuttur (8). Bu bilgilerden hareketle; mevzuatta belirlenen standartlardan farklı şekilde yürütülmeye çalışılan sigara bırakma yardımı hizmetine ‘etkin ve kapsamlı’ diyebilmek, ancak yürütülen bu sürecin bırakma başarısı üzerine etkisine ve ulusal sonuçlarına ilişkin bilgilerin kamuoyuyla paylaşılması ile mümkün olabilir. Ancak yakın zamana kadar resmi kaynaklarda bu değerlendirmelere rastlanmamıştır. Ülkemizden bildirilen münferit bırakma başarısı sonuçları, sigara bırakma polikliniği tarafından tedavisi planlanıp ALO 171 tarafından sigarasız kalma durumu takip edilen içici grubuna ait değil, takip süreçlerini de bizzat kendilerinin yürütebildikleri sigara bırakma polikliniklerine aittir (3,4, 12,13). Ancak yakın zamanda Sağlık Bakanlığı HSGM web sayfasında yayınlanan 2024-2028 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi içeriğinde ‘Sigara Bırakma’ başlığı altındaki gösterge ve hedefler bölümünde; (herhangi bir kaynağa atıf verilmeksizin) 2024 yılı sekmesinde, sigara bırakma polikliniklerinin 1 yıllık takip sonu-

cu bırakma başarısı için %40; ALO 171 için %42 şeklinde bir bilgi görülmektedir. 2028 yılı için hedef oranlar ise, sırasıyla, %44 ve %46 olarak bildirilmiştir. Önümüzdeki 4 yıl sonunda sigara bırakma yardımı etkinliğinde hedeflenen artış için bildirilen inisiyatif ve faaliyetlerin arasında, sigara bırakma polikliniklerinin mevcut sistemin ötesinde yeniden yapılandırılması ile ilgili herhangi bir madde bulunmamaktadır (14).

Sigara bırakma polikliniklerinde yardım arayan sigara içicileri, genellikle, genel nüfustaki sigara içicilerinden daha fazla yüksek bağımlılığa sahip, daha uzun bir sigara içme geçmişleri ve daha fazla sayıda başarısız sigara bırakma girişimleri olan içicilerdir. Sigarayı bırakmak için daha az sosyal desteğe sahip olabilirler. Bu özellikler, sigara bırakmada uzun süreli başarı için daha düşük olasılıkla ilişkilidir (15). Bu yüzden sigara bırakma polikliniklerine başvuran tüm içicilerin 1 yıllık takip sonucu sigarasız kalma başarısı genellikle %50’nin altındadır; bu oran sigara bırakma polikliniğinin sağladığı hizmetin etkinliği ile doğru orantılı olarak değişir. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelikte belirtildiği üzere tütün bağımlılığı tedavi usulleri, farmakolojik tedavinin yanı sıra, aşerme ile baş etme becerileri geliştirme, problem çözme eğitimleri gibi uygulamalı danışmanlık hizmetleri, tedavinin bir parçası olarak ya da tedavi dışında sosyal destek, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlarla yürütülen motivasyonel ve bireysel psikolojik danışmanlık görüşmelerini ve ayrıca bırakma gününden 1 yıl sonrasına dek yürütülen takip sürecini kapsamaktadır (10). Ancak görünen o ki, açılma izni, personel standardı, tedavi usülleri gibi pek çok başlık altında mevzuatta belirlenenler, denetime tabi tutulmuyor; bu yüzden sigara bırakma polikliniklerinin çoğu belirgin şekilde yetersizlikler ve sorunlar içinde varlıklarını devam ettirmeye çalışıyor (9). Bu hizmeti vermeye çalışan sağlık profesyonellerinin zamansızlık, imkânsızlık ve maddi/manevi itibar görememek gibi engeller nedeniyle gerekli performansı gösterememesi, hizmeti almaya çalışanların ise mevcut sistemin koşulları nedeniyle tedavi ve takip sürecine tam uyum gösterememesi, sigara bırakma polikliniklerinin beklenen etkisini ortadan kaldırmaktadır. Bu durum, sigara bırakma yardımıyla bırakmayı deneyen ve başarısız olan içici-

leri artırmakta ve en kötüsü, içicileri daha fazla öğrenilmiş çaresizliğe sevk etmektedir.

Sonuç olarak, sigara bırakma yardımı hizmetinin ideal koşullarda ve maksimum etki ile yürütülmesini sağlayacak çözümlere acilen ihtiyaç vardır. Her bir yetersizlik, engel ya da sorun üzerine ayrı ayrı düşünmek, mevzuata yansıtma, değişimi planlamak gerekmektedir.

Tele Tıp ile Sigara Bırakma Poliklinik Hizmetleri

Danışmanlık hizmetlerinin yoğunluğu ile etkinliği arasındaki doz-yanıt ilişkisi gerçeğinden yola çıkarak (16); görüşme imkânını, sıklığını ve görüşme süresini artırma olasılığı sunan tele-tıp, mevcut sigara bırakma polikliniklerinde yetersiz kalan danışmanlık hizmetinin daha etkin verilmesini sağlayabilir (17). Sigarayı bırakma desteği arayan içiciler için acil sistematik fiziksel muayene ve laboratuvar testleri zorunlu olmayabileceğinden, senkron video görüşmeler kapsamında sunulan teletıp, zamansızlık, imkânsızlık, yol ücreti vs gibi nedenlerle polikliniğe fiziki olarak gelemeyenler için makul bir seçenek ve umut vadeden bir alan olarak ortaya çıkıyor (18). Randomize kontrollü çok merkezli bir araştırmada teletıp yöntemiyle tedavinin bırakma oranları açısından geleneksel yüz yüze danışmanlığa göre daha düşük olmadığı gösterilmiştir. Bu araştırmada, sigarayı bırakma oranı teletıp tedavi grubunda daha yüksek ve teletıp tedavi tekniği ile, uzun vadeli nüks oranları geleneksel standart yüz yüze tedavi ile benzer bulunmuştur (19). Yine ülkemizde yapılan bir araştırmada sigarayı bırakma oranı teletıp grubunda geleneksel tedavi grubundan 3,9 kat daha yüksek bulunmuştur (18).

Öte yandan bırakma sürecinde destek ortamı sağlayacak asenkron teletıp uygulamalarının, örneğin sigara tetikleyicilerinden kaçınmayı öğreten ‘ACT-Kabül ve Taahhüt Terapisi’ tabanlı uygulama gibi bazı profesyonel uygulamaların sürece etkisi gösterilmiştir (20). Yapay zekâ, LLM (Large Language Models) kullanmak suretiyle hazırlanacak olan konuya özel mobil sağlık uygulamaları da tamamen bireyselleştirilmiş ve adaptif danışmanlık hizmeti ve bırakma sürecinde ihtiyaç duyulan destek ortamını sağlamak konusunda imkân sunabilir. Örneğin, kullanıcıların sigara bırakma ile ilgili açık uçlu sorular

sormasına olanak tanıyan yani LLM destekli sohbet özelliği dahil edilmesiyle geliştirilen sohbet robotu önemli etkilere yol açmıştır (21).

Hızla gelişen teknolojinin akılcı kullanımı, her geçen gün daha da atıl hâle gelen sigara bırakma polikliniklerinde, zaman ve insan gücünden tasarruf edilebilmesine, yaşanan engellerin aşılmasına, bırakma sürecinde çoklu ve farklı yöntemler kullanılmasına olanak tanıyabilir. Henüz mevcut olmadığı için örnekleyemediğimiz ancak değişime olan ihtiyaç farkedilip üzerine düşünüldüğünde ve başka bir sigara bırakma yardımı sistemi her an mümkün olabilir...

Kaynaklar

1. <https://www.who.int/activities/quitting-tobacco>
2. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-ve-madde-bagimliliği-ile-mucadele-db/dokumanlar/Raporlar/Tutun_Faaliyet_Raporu_2018_20.08.2019.pdf
3. Salepci B, Fidan A, Çağlayan B, Parmaksız ET, Kırıl N, Cömert SŞ, Güngör GA, Salepci E. Can a Computer-Based Prescription of Free Medication Increase Smoking Cessation Rates Efficiently? Turk Thorac J. 2016 Jan;17(1):15-21. doi: 10.5578/ttj.17.1.003. Epub 2015 Dec 14. PMID: 29404116; PMCID: PMC5792108.
4. Salepci B, Özdoğan S, Altunok EÇ, Naziroğlu T, Kırıl N, Parmaksız ET, Fidan A, Sağmen SB, Doğan C, Cömert SS. Comparative Analysis of Three Different Drug Distribution Schemes for Smoking Cessation. Turk Thorac J. 2021 Mar;22(2):110-117. doi: 10.5152/TurkThoracJ.2020.19111. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33871333; PMCID: PMC8051300.
5. Bostan P. Sigara bırakma yardımında bilişsel davranışçı yaklaşım. Musaffa Salepci B, editör. Her Yönü ile Tütün Kontrolü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p.52-5
6. Blocher DH. Developmental Counseling. New York : Ronald Press Co; 1966
7. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/alo-171.html>
8. T.C. Sağlık Bakanlığı 2004 Yılı Faaliyet Raporu. tc-saglik-bakanligi-2024-yili-faaliyet-raporupdf.pdf
9. Uysal A. Sigara Bırakma Polikliniklerinde Gerçek Yaşam ve İyileştirmeye Yönelik Öneriler. Editörler: Dağlı E, Bostan P, Dilektaşlı GA. Tütün Kontrolünde Güncel Tehditler Toraks Kitapları Say:32. ISBN: 978-605-06717-9-7
10. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkındaki Yönetmelik <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?-mevzuatNo=15510&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeligi&mevzuatTertip=5>

11. Çetinkaya PD, Batum Ö, Kararmaz EA ve ark. Compliance With the Legislation of the Smoking Cessation Clinic in Turkey. *Turk Thorac J* 2020; 21(3): 180-4.
12. Çetinkaya PD, Turan A, Deniz PP, Çetinkaya F, Arpaz S, Uysal A, Dülger S, Salepçi B, Kiliç O, Dilektaşlı AG. Smoking Cessation Success and Affecting Factors in Geriatric Patients. *Iran J Public Health*. 2023 Dec;52(12):2583-2589. doi: 10.18502/ijph.v52i12.14319. PMID: 38435773; PMCID: PMC10903311.
13. Karadoğan D, Önal Ö, Şahin DS, Kanbay Y, Alp S, Şahin Ü. Treatment adherence and short-term outcomes of smoking cessation outpatient clinic patients. *Tob Induc Dis*. 2018 Aug 30;16:38. doi: 10.18332/tid/94212. PMID: 31516437; PMCID: PMC6659484.
14. 2024-2028 Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/2024-2028_Tutun_Kontrolu_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf
15. Samokhvalov AV, Selby P, Bondy SJ, et al. Smokers who seek help in specialized cessation clinics: How special are they compared to smokers in general population? *Journal of Smoking Cessation*. 2014;9(2):76-84. doi:10.1017/jsc.2013.23
16. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care*. 2000 Oct;45(10):1200-62. PMID: 11054899.
17. Bostan P. Sigara bırakma yardımında temel Telesaglık/Teletıp Uygulamaları. Göğüs hastalıkları alanında e-sağlık uygulamaları. Editörler: Alpaydın A. Candemir İ. Ankara. Kasım 2023. ISBN: 978-625-6615-01-4
18. Metin M, Kaya Ş, Sözmen K, Altınışık G. Smoking Cessation Support via Video Counseling (e-Cessation): A Promising Field for Telemedicine Implementation. *Thorac Res Pract*. 2024 May;25(3):121-129. doi: 10.5152/ThoracResPract.2024.23056.. PMID: 39128028; PMCID: PMC11181302.
19. Nomura A, Tanigawa T, Muto T, et al. Clinical efficacy of telemedicine compared to face-to-face clinic visits for smoking cessation: multicenter open-label randomized controlled noninferiority trial. *J Med Internet Res*. 2019;21(4):e13520. (10.2196/13520)
20. Bricker JB, Mull K, Kientz JA, Vilardaga R, Mercer LD, Akioka KJ, Jaimee L. Heffner JL. Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence* 2014; 143: 87-89
21. Bricker JB, Sullivan B, Mull K, Santiago-Torres M, Lavista Feres JM. Conversational Chatbot for Cigarette Smoking Cessation: Results From the 11-Step User-Centered Design Development Process and Randomized Controlled Trial *JMIR Mhealth Uhealth* 2024;12:e57318. doi: 10.2196/57318

6. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİNDE HEMŞİRE VE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖREVLERİ

Sigara bırakma tedavilerinde hemşire ve sağlık çalışanlarının sunduğu destek ve yardım, bireylerin yaşaması muhtemel fizyolojik ve psikolojik zorluklarla başa çıkma becerilerinin gelişmesine ve bırakma başarılarının artmasına katkı sağlar (1,2). Çalışma şartları gereği hastaları ile bir arada kalma süresi en uzun sağlık çalışanlarından biri hemşirelerdir. Hemşirelerin yanı sıra sağlık çalışanlarının birçoğu yatan hasta, ayaktan hasta ve acil bakım dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda hastalarla temas hâlinindedir (3,4). Ayrıca hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının sağlık eğitimcisi rolleri sigara bırakma müdahalelerinin başarısında önemli katkı sağlayabilir. Yapılan çalışmalar, hemşirelerin sigara bırakma önerisinde bulunmasının (5), uygun girişimleri belirleyip, süreci takip etmelerinin (6,7) hastalarının sigara bırakma oranını önemli ölçüde artırdığını ortaya koymuştur (8).

1. Değerlendirme: Değerlendirmenin ilk basamağı tütün ürünleri kullanımının sorgulanmasıdır. Tüm hastalara tütün ürünü kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Tütün ürünlerinden herhangi birini kullandığını ifade eden bireylerde kullanılan kısa müdahale girişimleri bireyin tütün kullanımını azaltmaya veya bırakmaya yönelik motivasyonun artmasına katkı sağlayan, kanıta dayalı bir yaklaşımdır (9,10). Literatürde sigarayı bırakma programında sağlık personeli tarafından verilen kısa müdahale etkinliğinin, hiçbir tavsiye almayanlara göre sigarayı bırakma oranında %66 oranında anlamlı bir artış sağladığı gösterilmiştir (11). Ayrıca kısa müdahalelerin başarılı bir bırakma girişimi olasılığını artırabileceği ve bırakma girişiminde bulunan bireyin tütünsüz kaldığı süreyi artırabileceği gösterilmiştir (12). 5A (5Ö) tekniğinin ilk üç parametresi olan 'Öğren', 'Öner' ve 'Önderlik et' basamaklarından oluşan kısa müdahale uygulamasında kritik nokta, uygulamanın 3-10 dakika arasında tamamlanması ve sonraki görüşmelere rehberlik edecek yazılı bir dokümantasyon sağlanmasıdır (9,10).

Tablo 1: Sigara bırakma tedavilerinde hemşire ve sağlık çalışanları için öneriler

Uygulama Önerileri		Kanıt Düzeyi
1. Değerlendirme	Tüm hastalara her türlü tütün kullanımını değerlendirmek açısından tütün ürünlerinden herhangi birini kullanıp kullanmadığını sorun. Kısa müdahaleler kullanın ve uygun şekilde müdahaleyi başlatın.	Ia,Ib, V
2. Planlama	Hastalarla birlikte kişiye özgü bırakma girişimi planı geliştirin	V
3. Uygulama	Tütün kullanıyorlarsa ve tütün kullanımını azaltma veya bırakma konusunda ilgi gösteriyorlarsa, motivasyonel danışmanlık hizmeti ve farmakolojik yaklaşımlar konusunda danışmanlık sağlayın.	Ia,V
4. Değerlendirme	Hedeflere ulaşmaya kadar girişim planının etkililiğini değerlendirin.	V
5. Eğitim	Sağlık çalışanlarının eğitim programlarına tütün müdahaleleri hakkında kanıta dayalı içerikleri dahil edin.	Ib,Iib,IV,V
	Eğitimlerin tütün müdahalesi profesyonelleri tarafından sunulmasını sağlayın.	IV
6. Sistem, Organizasyon ve Politika	Tüm tütün mamullerinin mevzuat ve yaptırımları için politika yapımcılarla birlikte savunuculuk yapın.	Ia,Iib,IV
	Toplumsal alanlarda ve sağlık hizmeti sunulan tüm ortamlarda diğer disiplinlerle işbirliği yaparak politikaların uygulanmasını sağlayın	Ia,IV

Tablo 2: Kısa müdahalede 3A uygulaması

Öğren (Ask)	Hastanıza herhangi bir tütün ürünü kullanıp kullanmadığını sorun (sigara/e-sigara)
	Sigarayı yakın zamanda bırakmışsa (son 12 ay) tebrik edip yaşadığı zorlukları, destek ihtiyacı olup olmadığını sorun
	Hastanız yakın zamanda yeniden sigara içmeye başlamışsa, yeniden bırakması için teşvik edin
	Şu an içmiyor (eski içici/exsmoker) olsa bile nüks ve hata riskine yönelik stratejileri içeren motivasyonel bir görüşme bırakma davranışının sürdürülmesine oldukça etkili katkı sağlayacaktır.
Öner (Advise)	Net, güçlü ve bireyselleştirilmiş tavsiyelerde bulunun ve öz yeterliliğini vurgulayarak bırakması için cesaretlendirin
	Bırakmanın hem kendi hem de çevresindeki bireylerin sağlığına katkı sağlayacağına yönelik telkinlerde bulunun
	Sigara bırakma hakkında düşüncelerini ve önümüzdeki 30 gün içinde bırakma isteği olup olmadığını sorun
	Bırakmaya hazır değilse kısa bir motivasyonel mesaj ile beklentileri belirlemek ve ileriki görüşmeler için açık bir kapı bırakın. Tütün bağımlılığı tedavilerinin bırakma başarısına olan katkısını vurgulayın. Bırakmaya karşı olan direnci çözmek için bireyle değişimin gerekliliğini tartışmaktan kaçınin. Direnç gelişmesine neden olan faktörleri tartışarak direncin nedenleri fark ettirin.
Önderlik et (Assist)	Kullandığı tütün ürününü bırakmak isteyen içicilere, tetikleyiciler, karşılaşabileceği zorluklar, zorlukları aşmada kullanabileceği baş etme stratejilerini gözden geçirin. Meraklarını giderin. Çelişkilerinin belirlemesine aracılık edin.
	Bir bırakma tarihi belirlemesini sağlayın
	Gereken durumlarda uygun farmakoterapi tedavisi için sigara bırakma polikliniği randevusu oluşturmaya rehberlik edin.

2. Planlama: Her bir danışan için danışana özgü yaklaşım temelli bakış açısı ile danışan merkezli müdahale planı yapılmalıdır. Kişi merkezli bir müdahale planı sağlığın sosyal belirleyicileri olan gelir, eğitim, cinsiyet gibi özelliklerinin yanı sıra yaşam tarzını, etkileşimlerini, yaşanmış deneyimlerini ve kültürel özelliklerini de kapsayacak şekilde düzenlenmiş olmalıdır. Bu faktörlere ek olarak, kişinin bireysel ihtiyaçlarının da dikkate alınmış olması önemlidir (9,10,13).

3. Uygulama: Sigarayı bırakmak isteyen kişilere yönelik uygulamalar bireye yönelik planın eyleme geçirilmesini ifade eder. Uygulama aşamasında yoğun müdahalelerden faydalanılır. Yoğun müdahaleler kısa müdahalelerden farklı olarak daha uzun süre ve derinlemesine görüşmelerin yapılmasını içerir. Bu bağlamda bireyin bağımlılık düzeyi tanımlanır, bırakma motivasyonu değerlendirilir, yüksek riskli durumları ve tütün kullanımına neden olan tetikleyicileri belirlenir. Bu basamakta yüksek riskli durumlarla başa çıkması için problem çözme stratejilerinin belirlen-

mesi de ayrıca önem taşır (9,10,11). Belirlenecek bu stratejiler bireyi hata ve nükslere karşı koruyacaktır. Yoğun müdahaleler nikotin replasman tedavisi ve/veya reçeteli ilaçların kullanımının yanı sıra psikososyal tedaviler olarak adlandırılan bireysel danışmanlık, proaktif telefon danışmanlığı grup danışmanlığı ve davranışsal müdahaleler konusunda danışmanlığı içermelidir (9,10,14).

4. Değerlendirme: Müdahale planının değerlendirilmesi, hem sağlık çalışanı ve danışanın bırakma süreci motivasyonunun hem de danışanın tedavinin hedeflerine ulaşma yolundaki ilerlemesinin değerlendirilmesine olanak tanır. Tedavinin hedefleri, ilk karşılaşma sırasında belirlenmeli ve her karşılaşmada yeniden değerlendirilmelidir. Değerlendirme, verilen tedavinin etkisini, yan etkileri, tetikleyiciler ve istekleri, yoksunluk semptomlarını, nüksler veya kaymaları, motivasyon durumunu, zorluklar ve başarıları içerebilir (9,10). Olası sorunlarla ilgili çözümlerin sağlanması başarı oranını artıracaktır. Değerlendirmede tetikleyiciler karşısında ortaya çıkması muh-



Şekil 1: Kısa Müdahale Akış Şeması

temelen nüksleri önleme çalışmaları da ele alınmalıdır. Danışana nüksetmelerin başarısızlığın göstergesi olmadığını vurgulamak önemlidir. Unutulmamalıdır ki nüksler, danışanın müdahale planını ve hedeflerini, tetikleyicilerini ve zorluklarını daha fazla değerlendirme fırsatı sunar (15). Düzenli kontrole gelmenin önemi vurgulanmalıdır. Değerlendirme hastanın ulaşabileceği bir sigara bırakma polikliniğinde bu alanda profesyonel eğitim almış hemşire ve/veya sağlık çalışanı ile yüz yüze ya da proaktif telefon görüşmeleriyle sürdürülmelidir. Bu durum hastaya güvenli ve sürdürülebilir bir bırakma süreci desteği sağlayacaktır.

5. Eğitim: Hemşireler ve sağlık çalışanları kanıta dayalı tütün müdahalelerinin sunulması konusunda uygun şekilde eğitilmelidir (16). Tütün müdahalelerine yönelik eğitim programları, sürekli eğitim programları ve hizmet içi eğitim programları dahilinde verilebilir (9,10). Hemşirelerin tütün kontrolü bilgisi ve becerileri konusunda eğitimlerine yatırım yapmak, hastaların sigarayı bırakması, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık hizmeti maliyet tasarrufları üzerinde önemli etkisi olan etkili bir yaklaşımdır (17).

6. Sistem, Organizasyon, Politika: Hemşireler ve sağlık çalışanları tütün kontrol mevzuatının etkinliğini artırmak ve desteklemek için önemli bir konumdadırlar. Hemşireler ve sağlık çalışanlarının sistem, organizasyon ve politik alandaki çalışmaları arasında sigara ve diğer tütün ürünlerine yönelik ulusal yasakların savunulması, tütün ürünlerine ilişkin vergi artırımının savunulması, tütün kullanımının yasak olduğu yerlerde uygulamanın desteklenmesi sayılabilir (14). Bunun için, işyerleri de dahil olmak üzere tüm halka açık alanlarda sigara ve diğer tütün ürünlerine maruz kalmanın önlenmesi için savunuculuk yapılmalıdır. Bireyleri tütün kontrol mevzuatı hakkında eğitmeli, e-sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri de dahil olmak üzere tütünsüz bir mevzuat için savunuculuğa odaklanmalı, bireysel ve toplumsal düzeyde tütünle ilişkili hastalık yükünü azaltmaya hizmet eden tütünden koruma ve önleme girişimlerine katılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kazemzadeh Z, Manzari ZS, Pouresmail Z. Nursing interventions for smoking cessation in hospitalized patients: A systematic review. *Int Nurs Rev.*2017;64(2):263–75. <https://doi.org/10.1111/inr.12320>.
2. Nichter M, Çarkoğlu A, Nichter M, Özcan Ş, Uysal MA. Engaging nurses in smoking cessation: Challenges and opportunities in Turkey. *Health Policy.* 2018;122(2):192-197. [doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.007](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.007)
3. World Health Organization. Nursing and Midwifery. https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1
4. Odorico M, Le Goff D, Aerts N, Bastiaens H, Le Reste JY. How To Support Smoking Cessation In Primary Care And The Community: A Systematic Review Of Interventions For The Prevention Of Cardiovascular Diseases. *Vasc Health Risk Manag.* 2019;15:485–502. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S221744>.
5. Patnode CD, Henderson JT, Melnikow J, Coppola EL, Durbin S, Thomas R. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567066/>,
6. Clair C, Augsburg A, Birrer P, et al. Assessing the efficacy and impact of a personalised smoking cessation intervention among type 2 diabetic smokers: study protocol for an open-label randomised controlled trial (DISCOGO-RCT). *BMJ Open.* 2020;10(11):e040117. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040117>.
7. Auer R, Gencer B, Tango R, et al. Uptake and efficacy of a systematic intensive smoking cessation intervention using motivational interviewing for smokers hospitalised for an acute coronary syndrome: a multicentre before-after study with parallel group comparisons. *BMJ Open.* 2016;6(9):e011520. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011520>
8. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*2017;12(12):CD001188. [doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5).
9. Registered Nurses' Association of Ontario. Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice. 2017;3rd ed. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario
10. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. Guidelines for treating tobacco dependence. 2020.4th.edition Brussels, Belgium.
11. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD000165.

12. van Schayck OCP, Bindels L, Nijs A, et al. The experience of general practitioners with Very Brief Advice in the treatment of tobacco addiction. NPJ Prim Care Respir Med. 2020;30:40. doi:10.1038/s41533-020-00200-0
13. Aslam SP, Leslie SW, Morris J, et al. Nicotine Addiction and Smoking: Health Effects and Interventions (Nursing) [Updated 2024 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568714/>
14. American Nurses Association (ANA). Prevention and Cessation of Tobacco and Other Tobacco Product. Position Statement. 8515 Georgia Avenue, Suite 400 Silver Spring, MD 20910 <https://www.nursingworld.org/globalassets/practiceandpolicy/work-environment/health--safety/tobacco-cessation/ana-position-statement-on-tobacco-products-03202020.pdf>
15. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(1):CD000009. Published 2014 Jan 23. doi:10.1002/14651858.CD000009.pub4
16. Kamışlı S. Tütün Kontrolü ve Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları. Bağımlılık Dergisi, 2025; 26(2):235-246 Doi: 10.51982/bagimli.1537821
17. Nohavova, I., Kralikova, E., Wells, M., Bialous, S. A., Sarna, L. Real life impact of educating nurses in tobacco cessation intervention. Tobacco Prevention & Cessation, 2019;5(Supplement), A8. <https://doi.org/10.18332/tpc/105285>

Kanıt Düzeyleri

- Ia Randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinden veya sistematik incelemelerinden ve/veya öncelikli olarak nicel araştırmalardan oluşan birden fazla çalışmanın sentezinden elde edilen kanıt.
- Ib En az bir randomize kontrollü çalışmadan elde edilen kanıt.
- Ila Randomizasyon olmaksızın en az bir iyi tasarlanmış kontrollü çalışmadan elde edilen kanıt.
- Ilb Randomizasyon olmaksızın en az bir diğer iyi tasarlanmış yarı deneysel çalışmadan elde edilen kanıt.
- III Öncelikle nitel araştırmalardan oluşan birden fazla çalışmanın sentezinden elde edilen kanıt.
- IV Analitik çalışmalar veya tanımlayıcı çalışmalar gibi iyi tasarlanmış deneysel olmayan gözlemsel çalışmalardan ve/veya nitel çalışmalardan elde edilen kanıt.
- V Uzman görüşünden veya komite raporlarından ve/veya saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilen kanıt.

7. ÜLKEMİZDE SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİKLERİNDE KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

2000’li yılların başından itibaren ise birçok üniversite ve devlet hastanesinde Sigara Bırakma Poliklinikleri (SBP), göğüs hastalıkları uzmanları öncülüğünde hizmet vermektedir. Psikiyatri, halk sağlığı ve aile hekimliği alanlarında çalışan uzmanlıklar da SBP yapan branşlar olarak eklenmiştir.

23 Kasım 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan yönetmelik ile SBP’ nin yapılması düzenlenmiş ve SBP’ de olması gereken asgari kurallar belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre, sigara bırakma yardımı konusunda eğitim almış, sertifikası olan bir hekimin görev alması zorunlu kılınmıştır. Asgari bir hemşire (tercihen eğitimci ve katılımcı belgesi olan), asgari bir tıbbi sekreter, katılımcı belgesine sahip bir psikolog (psikiyatri uzmanı olan kurum ve kuruluşlarda bu şart aranmaz) bulunması da yer almıştır. Ayrıca, yeterli büyüklükte bir bekleme alanı olması da yer almıştır. Bu koşullara uygunluk, Tütün ve Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü’nden en az iki personel tarafından yılda iki kez denetlenmesi koşulu da getirilmiştir. Polikliniklerde sedye, tansiyon aleti, karbonmonoksit (CO) ölçüm cihazı gibi olması gereken tıbbi malzemelerin yer alması ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (1).

2011 yılında çıkarılan yönetmelik oldukça kapsamlı ve iyi hazırlanmıştır. Ancak ülkemiz koşullarında gerek üniversite hastaneleri gerekse devlet hastaneleri yapılması oldukça farklı olduğundan bu standartlara sahip merkez sayısı çok kısıtlı kalmıştır (2). SBP’nin açılması ve yapılması yöneticilerin tercihine bırakılmıştır. Yönetmelik son derece iyi niyetle ve bilimsel kurallara göre hazırlanmış olmasına rağmen, günlük pratikte uygulanmamaktadır. Bu konuda en önemli sorun SBP’nin kazanç getiren bir poliklinik olmamasıdır. Sigara bırakma yardımı, göğüs hastalıkları, aile hekimliği ve psikiyatri branşları tarafından asıl uzmanlık alanlarına ek olarak yapılmaktadır. Performans getirisi de harcanan zaman göre düşük olduğundan, hekimler tarafından tercih edilmemektedir.

Yöneticiler de aynı sebeplerden dolayı gereken önceliği verememektedirler.

Tek hekimin sorumluluğunda SBP’nin işleyişi

Tek hekim, bireysel çaba göstererek kendi polikliniğinde (diğer hastaların da muayene edildiği poliklinik) odasında, kendisi randevu vermektedir. Hasta sayısı ve harcanan zaman hekime bağlıdır. Bunun yanında, sekreter desteğinin de olduğu SBP’leri de vardır. Burada hekim veya sekreter randevu verebilmektedir.

Tek hekim sorumluluğunda, çok hekim ile poliklinik hizmeti

Birden fazla hekim kendi polikliniği veya ayrı poliklinikte sekreter desteği ile SBP yapabilmektedir. Sekreter randevu vermektedir. Hasta sayısı ve harcanan zaman kısmen hekim kısmen de sekreterin kontrolündedir.

Tek veya birden fazla hekim tarafından MHRS tarafından randevu verilmektedir. Sekreter desteği olabilmektedir. Hasta sayısı ve hastaya ayrılan zaman başhekimliğe veya hekimlere bağlıdır.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Performans Puanı

2021 yılından itibaren; ICD- 701.231 kodu ile ilk muayene 45 puan, ICD-701.232 kodu ile kontroller 21 puan olup, CO ölçümü performans puanına dahil edilmemiştir.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Randevu Sistemi

Hekim kontrolünde verilen randevu ve MHRS üzerinden verilen randevu olarak ikiye ayrılmaktadır. MHRS üzerinden verilen randevu, 182 üzerinden başvuru veya Alo 171 sigara bırakma danışma hattı yönlendirilmesi aracılığıyla olabilmektedir.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Takip Süresi ve Aralığı

Sigara bırakma yardımında kullanılan ilaçlar, maksimum üç aylık süre ile Sağlık Bakanlığı tarafından, SBP’ler ve halk sağlığı kurumu aracılığı ile sağlanmaktadır. Dolayısı ile sigara bırakma süreci içinde olan hasta, SBP danışma hattı tarafından düzenli olarak üç ay boyunca takip edilmektedir. Ancak arzu edilen hastanın bir yıl süresince

takip edilmesidir. Bu da SBP hekiminin inisiyatifine bırakılmaktadır. Sık ve uzun süre takip, hasta uyumunu artırdığından, sigara bırakma üzerine başarısı kanıtlanmıştır (3-5). SBP tarafından takip, zamanla çalışan üzerinde yorgunluk ve motivasyon eksikliğine neden olabilmektedir. Hastanın takipleri MHRS tarafından yapılabilmekte, ancak kontrol hastalarının randevu alması sorun olabilmektedir.

Sorunlar

- Hastalar sadece ilaç yazdırarak sigarayı bırakabileceklerini düşünmektedirler. SBP'ye başvurduklarında, yalnızca ilaç yazılmasının onlar için yeterli olduğu algısı içindedirler.
- Sigara bırakma yardımı uzmanlığı diye bir tanım bulunmamaktadır.
- SBP hizmetinin sadece göğüs hastalıkları uzmanlarına ve aile hekimlerine ait olduğu düşüncesi yaygındır.
- Yapılan hizmetin toplum tarafından yeterince itibar görmemesi, idare tarafından verilen önemin ise yöneticilere göre farklılık göstermesi, var olan personelin (hemşire-sekreter) daha önemli olduğu düşünülen farklı alanlarda görevlendirilmesi.
- Sigara bırakma poliklinikleri bakanlık tarafından izne tabi olmasına rağmen, işleyişin yeterince denetlenmemesi.
- Hastaya ayrılan zamanın standart olmaması.
- Özellikle pandemi döneminde sıklaşan istifa/ayrılma durumlarının getirdiği personel yetersizliği, başka hastanelere, ilçelere görevlendirilen hekimlerin olması, hastaların randevuları açısından sorun ve motivasyon düşüklüğü yaşanması.
- Bakanlar kurulu kararı ile ilaçların dönemsel olarak verilmesi, zaman zaman ilaçların temin edilememesi.
- Meşakkatli olan bu hizmetin performans puanlarının düşük olması.
- Formların güncellenmemesi, tüm SBP'lerce standart formların kullanılmıyor olması dolayısıyla ulusal veri üretmede zorlukların yaşanması.
- SBP'lerinde ve rutin polikliniklerde hâlen e-sigara/dumansız tütün ürünlerinin sorgulanmıyor olması.
- E-sigara/dumansız tütün ürünleri sorgulanan polikliniklerde, kullanım miktarını saptamaya yönelik standart "paket/yıl" gibi bir kavramının olmaması.

Çözüm Önerileri

- Hastaların sadece ilaç kullanarak sigara bırakamayacakları konusunda eğitim ve bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması, basım/dağıtım sorununun çözülmesi ve medyada halkı aydınlatıcı görsellerin hazırlanması.
- Göğüs hastalıkları, aile hekimliği, halk sağlığı ve psikiyatri uzmanlık eğitiminde sigara bırakma yardımı eğitimlerinin zorunlu olması.
- Psikiyatrist olan hastanelerde psikiyatristlerin SBP işleyişine dahil edilmesi.
- SBP'lerinin merkezi yönetim tarafından açılmasının organize edilmesi, ülke çapında homojen dağılımın sağlanması.
- Sigara bırakma eğitimi alan, sertifikasyonu olan hekimlerin bir yıl içinde SBP açması veya çalışmasının zorunlu kılınması.
- Aile sağlığı merkezlerinde sertifikası olan hekimlere SBP yapma yetkisinin verilmesi.
- Sağlık yöneticilerinin, sigara bırakma polikliniklerinin randevularının MHRS üzerinden verilmesi konusundaki ısrarından vazgeçmesi.
- Sigara bırakma polikliniklerinin denetiminin bakanlık tarafından düzenli olarak yapılması.
- Hastaya ayrılan zamanın standart hâle getirilmesi.
- Sigara bırakma ilaçlarının SGK kapsamında reçete edilebilmesi ve hasta tarafından da katkısının sağlanması.
- Sigara bırakma hizmetinin, branş poliklinik hizmetlerinden ayrılması.
- Görev tanımının netleştirilmesi, hastaya ayrılan uygun ve yeterli zamanın hekime sağlanması.
- Hemşire, psikolog vb. sağlık personelinin yetkilerinin ayrıntılı olarak tanımlanarak, bu hizmeti veren sağlık personeli sayısının artırılması.

- Bu konuda uzmanlaşmış (eğitilmiş, sertifikalı) hemşirelere nikotin yerine koyma tedavisi yazabilme yetkisinin verilmesi.
- Mevcut performans sisteminde denetlenme koşulu ile performans puanlarının artırılması.
- Sigara bırakmayı gerçekten isteyen hastalara harcanacak zaman ile, tam kararlı olmayan hastalara harcanacak zamanın standardize edilmesi.
- Ülkemize hastaların bırakma konusunda kararlılık ve kendine güven ölçeklerinin geliştirilmesi.
- Formların güncellenmesi ve standart kullanımı: Ulusal veri üretmeye yönelik sorunların tartışılması.
- E-sigara/dumansız tütün ürünlerinin hasta hikâyesinde sorgulanması ve bu ürünler ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi.
- ALO 171 tarafından takibin sisteme entegre edilmesi ve SBP ile koordinasyonunun sağlanması.
- Muayene ve takip formlarının harcanan zamana göre düzenlenecek şekilde standardize edilmesi.
- CO ölçüm cihazlarının yaygınlaştırılması ve ödeme kolaylığının sağlanması.
- Polikliniklere hasta ile iletişim olanaklarının sağlanması (kurumsal telefon, e-posta, sms, sosyal medya vb).
- Göğüs Hastalıkları ve Aile Hekimliği dışında tütün kullanımı açısından duyarlı gruptan hastaları gören uzmanlık alanlarında (Kadın Doğum, Kardiyoloji gibi) sigara bırakma yardımı farkındalığının oluşturulması ve görev tanımlarında yer alması.
- Hastane ve sağlık kurumlarında sigara bırakma yardımı için danışma ve yönlendirme hizmetlerinin oluşturulması.
- Yatak başı verilen sigara bırakma danışmanlığının sigara bırakma oranlarını %37 artırdığı gösterilmiştir (6,7). Yatan hasta (ameliyat öncesi hastalar, kadınlar, gebeler, kanser hastaları vb.) sigara içiyorsa rutin konsültasyon, danışman tarafından sigara bırakma yardımı önerisi verilmesi.

- Sigara bırakma yardımı hizmetinde “Teletıp uygulamaları” için alt yapı oluşturulması (Uygulanan hizmetlerle entegre edilmesi, yardımcı sağlık personelinin eğitilmesi görevlendirilmesi) (8).
- Ülke verisinin oluşturulamaması en önemli sorundur. SBP’lerde somut veri elde etmek için gerekli donanımların sağlanması (CO cihazı, idrarda kotinin ölçümleri).
- Transteoretik modelin evrelerine göre yaklaşımının yaygınlaştırılması.

Son söz olarak, bakanlık ve sivil toplum örgütleri bir paydaş olarak çalışarak, 23 Kasım 2011 tarihinde yayınlanan yönetmeliğin realiteye göre güncellenmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111123-1.htm>.
2. Çetinkaya PD, Batum Ö, Kararmaz EA ve ark. Compliance With the Legislation of the Smoking Cessation Clinic in Turkey. Turk Thorac J 2020; 21(3): 180-4.
3. Durusoy R, Uzaslan E. Tütün Bırakma Yaklaşımlarında Güncel Durum ve Alandan Deneyimler. Sted 2014; 23: 33-39.
4. West R, McNeill, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-999.
5. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. 2020.
6. Ünal M. Hastanede Sigara Danışmanlığı: Problemler ve Çözümler. Konuralp Tıp Dergisi 2017; 9 (2): 94-99.
7. Samaan Z, Nowacki B, Schulze K ve ark. Smoking Cessation Intervention in a Cardiovascular Hospital Based Clinical Setting. Cardiovascular Psychiatry and Neurology 2012; 2012: 970108.
8. Byaruhanga J, Atorkey P, Matthew P ve ark. Effectiveness of Individual Real-Time Video Counseling on Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity, and Obesity Health Risks: Systematic Review. J Med Internet Res. 2020; 22(9):e18621.

8. NÖROBİYOLOJİK VE PSİKOSOSYAL AÇIDAN NİKOTİN BAĞIMLILIĞI

Madde kullanım bozukluğu, kişinin psikoaktif özelliklere sahip bir maddeyi, bedensel, ruhsal ve sosyal olumsuz etkilerine rağmen süregelen bir şekilde tükettiği ve kullanımını üzerindeki denetimini kısmen veya büyük ölçüde kaybettiği klinik bir tanıdır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci edisyonunda (DSM-5), on farklı psikoaktif madde grubuna yönelik tanı kriterleri tanımlanmıştır (1). Bu maddeler arasında yer alan nikotin, yüksek potensli bir molekül olup bağımlılığın üç temel kriterini karşılar: tolerans, yoksunluk ve kompulsif kullanım (2). Pek çok solunum sistemi, sinir sistemi, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve onkolojik hastalıkların etiyolojisinde doğrudan rolü olan tütün ve nikotin ürünleri dünya genelinde 1,4 milyar kişi tarafından kullanılmaktadır (3). İkinci ve üçüncü el dumana maruz kalmanın sebep olduğu morbidite ve mortalite de göz önüne alındığında nikotin kullanım bozukluğunun dünya nüfusunun tamamını etkileyen küresel bir halk sağlığı sorunu olduğu söylenebilir.

Hâlen açıklanıp anlaşılması gereken pek çok nokta olsa da moleküler düzeyden sosyoekonomik özelliklere kadar uzanan geniş bir araştırma sahasına sahip olan madde kullanım bozuklukları hakkında, sayısız prelinik ve klinik çalışma sayesinde kavrayışımızda bazı sağlam bilgi kümeleri oluşmuştur. Nikotin dahil neredeyse tüm madde kullanım bozuklukları için geçerli temel bulgular şöyle özetlenebilir (4):

- Madde bağımlılığı nüks ve iyileşme dönemleriyle seyreden kronik bir beyin hastalığıdır.
- Bağımlılık, kendine özgü davranışsal ve nörobiyolojik özellikleri olan üç evreden oluşan bir bağımlılık döngüsü aracılığıyla gelişir.
- Prefrontal korteks, amigdala ve bazal gangliyonlardaki yapısal ve işlevsel bozukluklar bağımlılığın gelişimi ve devamı açısından özellikli bölgelerdir.

- Madde kullanımına bağlı beyindeki değişimler, madde kullanımının kesilmesinin ardından uzun süre devam edebilir.
- Beyin gelişiminin hâlen devam ettiği ergenlik dönemi bağımlılık gelişimi ve maddeye maruz kalmanın ortaya çıkaracağı hasarın boyutu açısından kritik riskli dönemdir.

Bağımlılık Döngüsü

Birbirini takip eden ve tekrarlı maddeye maruz kalma ile, ilgili beyin bölgelerinde ortaya çıkan yapısal değişiklikler sebebiyle birbirine pozitif pekiştirici etkisi olan üç evreden oluşan bir döngüdür.

Bu evreler: Maddenin kullanımı ve yarattığı akut etkilerin görüldüğü aşırı tüketim, intoksikasyon evresi; sistemdeki madde etkisinin kaybolması ile ortaya çıkan yoksunluk evresi ve nihayetinde tekrar madde kullanımı, intoksikasyon evresi ile sonuçlanan zihinsel uğraş, beklenti evresidir (5).

Aşırı tüketim, intoksikasyon evresi: Bireyin psikoaktif maddeyi kullanması ile rahatlatma, gevşeme, haz, uyarılma, kaygının ortadan kalkması gibi öforik etkileri yaşadığı evredir. Bu evre ile ilişkili merkezler, bazal gangliyonlarda bulunan nükleus akumbens ve dorsal striatumdur. Bağımlılık potansiyeline sahip maddeler, farklı farklı yollardan, ventral tegmental alanda bulunan dopaminerjik nöronların uyarılmasına sebep olur ve nükleus akumbens dopamin miktarı akut olarak artar (6). Evrimsel olarak sağkalım ile doğrudan ilişkili olan ve beynin ödül merkezi olan bu devre ilgili madde aracılığıyla anormal bir işlevsellik kazanır. Artmış dopamin miktarı ve nükleus akumbens aktivitesi yukarıda bahsedilen öforik etkilerin ortaya çıkmasına sebep olan nörobiyolojik yoldur ve her madde kullanımı bireyin sonraki kullanımları açısından pozitif pekiştirici bir etkiye sahip olduğundan dorsal striatum üzerinden alışkanlık davranışı gelişir (4, 7).

Yoksunluk evresi: Madde kullanım bozukluğu olanlarda intoksikasyon evresini takiben, madde etkisinin ortadan kalkması ile ortaya çıkar. Disfori, çökkünlük, olumsuz duygudurum, artmış kaygı, fiziksel ve duygusal acı ve ağrıya hassasiyet ve kullanılan maddenin etkili olduğu

yolakla ilişkili yoksunluk belirtileri görülür. Diğer ödül uyaranlarına duyarsızlaşmış nükleus akumbens ile birlikte amigdala üzerinden artmış bir stres cevabı görülür ve kortikotropin serbestleştirici hormon, norepinefrin ve dinorfin düzeyleri artar (4). Bağımlılığın ilerleyen dönemlerinde ödül merkezinde maddeye karşı gelişen tolerans sebebiyle intoksikasyon evresinin haz yaşantısı giderek küntleşir, kaybolur veya aynı etkiye ulaşabilmek için yüksek dozlarda madde kullanımı gerekir. Paralel olarak sonrasında olumsuz yaşantının da şiddeti arttığından, madde kullanımındaki ana motivasyon yoksunluğun ortadan kaldırılmasına dönüşür (5).

Zihinsel uğraş, beklenti evresi: İntoksikasyon hâlinde değilken bireyin tekrar madde kullanımının sağlanmasına yönelik zihinsel uğraşının ve hazırlığının olduğu dönemdir. Yaşanılan aşerme ile, prefrontal kortekste gerçekleşen dikkat, planlama, hedefe yönelik davranış, tepki dizginleme, haz erteleme gibi yürütücü işlevler olarak adlandırılan becerileri tekrar madde kullanımı için organize edilir. Prefrontal korteksin düzenleyici nörotransmitterlerinden biri dopamindir. Ödül merkezi ve stres yanıtındaki bozulmalar prefrontal korteks işlevlerini de olumsuz etkiler ve yürütücü işlevler uygunsuz bir şekilde madde arayışına yönelik faaliyet gösterir (4, 5). Bağımlılığın şiddetiyle ilişkili olarak birey, kendisine ve çevresine zararı dokunabilecek riskli ve saldırgan davranışları ketleme becerisini maddeye erişim pahasına kaybedebilir.

Nikotin ve Bağımlılık Döngüsü

Nikotinin, rahatlama, duygudurumda iyileşme gibi öforik etkileri diğer bağımlılık yapan maddelere benzerdir (2, 8). Nikotinin santral sinir sisteminde bulunan nikotinerjik asetilkolin reseptörleri (nAChR) aracılığıyla bağımlılık döngüsünü tetikler. İnhalasyon yoluyla alınan nikotin, lipofilik olması sebebiyle kan beyin bariyerine kolaylıkla geçerek hızla santral sinir sistemine ulaşarak tepe konsantrasyona erişir. Nikotin, dopaminerjik nöronların hem ventral tegmental bölgedeki gövdelerinde hem de nükleus akumbensteki akson uçlarında bulunan $\alpha 4\beta 2$ nAChR'lerine bağlanarak dopamin salınımını tetikler ve intoksikasyon evresinin karakteristik davranışsal ve psikolojik özelliklerini ortaya çıkarır (2, 5, 9). Ayrıca doğrudan ve dolaylı olarak nikotinerjik uyarım beynin farklı

bölgelerinde glutamat, GABA, endorfinlerin salınımı artırarak nikotin kullanım bozukluğunda görülen diğer davranışsal ve fizyolojik etkilere aracılık eder (10, 11). Nikotinin medial habenulada bulunan nöronlar üzerinde $\alpha 5$ ve $\alpha 3$ alt birimlerini içeren nAChR ile aversif, tiksindirici etkilere ve nikotin yoksunluk belirtilerine aracılık ettiği gösterilmiştir (12). Nikotin kullanım bozukluğunun gelişimi ve şiddetini temel ödüllendirici ve tiksindirici etkilerin net toplamı belirleyici olmaktadır. Maruz kalma yaşı, nAChR alt birimlerinin polimorfizmi ve beyindeki bölgelere dağılımı, kullanım şekli ve alınan kümülatif nikotin dozu bu etkiye aracılık eden önemli faktörlerdendir (2, 5, 11). İrritabilite, odaklanma güçlüğü, kilo alımı, huzursuzluk, kaygı ve uyku sorunları gibi yoksunluk belirtileri bahsedilen faktörlerle de ilişkili olarak hafiften şiddetli geniş bir yelpazede son nikotin tüketiminden saatler sonra başlar, 48 ila 72 saat içinde zirve noktaya ulaşır ve azalarak 6 ay süreye kadar devam edebilir (2).

Nikotin Kullanımı ve Psikososyal Risk Faktörleri

Dünya genelinde her yedi kişiden birinin nikotin tüketimi olduğu göz önüne alındığında böyle geniş bir grubun psikolojik ve sosyokültürel açıdan oldukça heterojen olduğunu belirtmek yanlış olmaz. Her ne kadar bu durum nikotin bağımlılığına özgün örüntülerin tanımlanmasını zorlaştırırsa da yapılan epidemiyolojik araştırmalar ve uzunlamasına gözlem çalışmaları, nikotin kullanımını önleme yönelik müdahaleler ve politikalar geliştirmeye yardımcı olabilecek bazı faktörleri tanımlamıştır. Bu faktörlerin en başında yaş gelmektedir.

Sigara içen erişkinlerin %87'si ilk sigaralarını 18 yaşından önce içtiklerini bildirmektedir (2). 15 ila 25 yaş aralığında sigara içmeye başlamamış birinin daha sonra nikotin içeren bir ürün kullanmaya başlama olasılığı çok düşük olarak değerlendirilmektedir (11). Sigara içenlerin yalnızca %1,5'u sigara içmeye 26 yaşından sonra başlayanlardan oluşmaktadır. Benzer şekilde elektronik sigara kullanımı da ergen yaş grubunda erişkinlere göre daha fazla gözlenmektedir (13). Beyin maturasyonu ve prefrontal korteksin gelişimi yirmili yaşların ortalarına kadar devam eder (14). Bu sebeple ergenlik bireyin yaşamı içinde yenilik arayışı ve risk alma davranışında artış, davranış ketlemesinde

azalma ile karakterize bir dönem olduğundan ergenler, nikotin ve psikoaktif maddeleri sonuçlarını düşünmeden denemeye daha yatkındırlar. Öte yandan beynin, özellikle prefrontal korteksin gelişimi ve olgunlaşması hâlen devam ettiği için erken yaşlarda nikotine veya diğer maddelere maruz kalma beyin gelişimini bozar ve madde bağımlılığına yatkın bir beyin gelişimine zemin hazırlar (5). Tüm bunlar göz önüne alındığında nikotin bağımlılığı ile mücadelede geliştirilecek politikaların ve müdahale planlarının ergenlerde nikotin kullanımını önleme çerçevesini odağa alarak geliştirilmesi erişkinlik döneminde nikotin ilişkili sorunların önüne geçilmesinde de doğrudan etkili olacaktır.

Kişinin büyüdüğü ve geliştiği çevrenin nikotine ve diğer maddelere karşı ödüllendirici ve caydırıcı tutumu madde kullanım bozukluğunu doğrudan etkiliyor görünmektedir. Yapılan çalışmalar, çocukluk çağında ebeveynlerinin sigara içtiği bir ortamda büyüyen çocukların, ebeveynleri sigara içmeyenlere göre sigara kullanımının daha fazla olduğu sigaraya karşı daha az olumsuz tutum sergilediği gösterilmiştir (5, 15). Ayrıca bu grup diğerlerine göre daha erken yaşta nikotin kullanımına başlamaktadır. Ailede sigara tüketiminin yanı sıra sosyal çevrede ve ticari olarak sigaraya ve diğer nikotin içeren ürünlere erişimin kolay olması, güvensiz bir sosyal ortamda yaşam, düşük eğitim ve gelir düzeyi, sosyal desteğin zayıflığı, ayrımcılığa maruz kalan azınlık gruplarında mensup olma, işsizlik ve artmış stres düzeyleri nikotin gibi tüm diğer madde kullanım bozuklukları için tanımlanmış risk faktörleri arasındadır (2, 4, 5).

Duygudurum, kaygı, psikotik bozukluklar ve dürtü kontrol bozuklukları dahil olmak üzere bir psikiyatrik bozukluk varlığı genel popülasyona göre nikotin ve diğer madde kullanım bozuklukları açısından artmış risk ile ilişkili görünmektedir (5). Büyük örneklemli bir epidemiyolojik çalışmada, yaşam boyu herhangi bir psikiyatrik tanı almış olanlarda madde kullanım bozukluğunun %29,8, herhangi bir psikiyatrik tanı almamışlarda ise %16,7 yaygınlıkta olduğu bulunmuştur (16). Başka herhangi bir madde kullanımının varlığında da genellikle nikotin kullanımı komorbid bir patoloji olarak eşlik etmektedir.

Sonuç olarak, nikotin kullanım bozukluğu, beyin işlevleri üzerindeki karmaşık etkileri, bağımlılık döngüsü içindeki kritik nörobiyolojik süreçleri ve bireysel ile çevresel risk faktörleriyle, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Özellikle ergenlik dönemi, bağımlılık gelişimi açısından kritik bir hassasiyet taşıırken, erken yaşta önleyici müdahalelerin ve toplum temelli farkındalık çalışmalarının önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Nikotin bağımlılığı ile mücadelede bireysel psikososyal etmenlerin yanı sıra, kamu politikaları, eğitim ve sağlık hizmetleri aracılığıyla bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, bağımlılık döngüsünün her aşamasına yönelik hedefe odaklı tedavi ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, sigara ve diğer nikotin içeren ürünlerin kullanımını azaltmada etkili bir yol haritası sunacaktır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. 2013.
2. Gogineni HP, Sachs DP, Brunzell DH. Neurobiology and Mechanisms of Nicotine Addiction. Tobacco Dependence: A Comprehensive Guide to Prevention and Treatment: Springer; 2023. p. 45-74.
3. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025: World Health Organization; 2020 (Internet). <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>. Erişim Tarihi: 14.02.2025
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Office of the Surgeon General (US). Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; November 2016.
5. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. World Psychiatry. 2023;22(2):203-29.
6. Wise RA. Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on. Neurotox Res. 2008;14:169-183.
7. Kalivas PW. The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. Nat Rev Neurosci. 2009;10(8):561-572.
8. Pomerleau CS, Pomerleau OF. Euphoriant effects of nicotine in smokers. Psychopharmacology. 1992;108:460-465.

9. Zhang T, Zhang L, Liang Y, Siapas AG, Zhou F-M, Dani JA. Dopamine signaling differences in the nucleus accumbens and dorsal striatum exploited by nicotine. *J Neurosci*. 2009;29(13):4035-4043.
10. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med*. 2008;121(4):S3-S10.
11. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):19.
12. Fowler CD, Lu Q, Johnson PM, Marks MJ, Kenny PJ. Habenular $\alpha 5$ nicotinic receptor subunit signalling controls nicotine intake. *Nature*. 2011;471(7340):597-601.
13. Park-Lee E. Notes from the field: e-cigarette use among middle and high school students—National Youth Tobacco Survey, United States, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 70(39):1387-1389.
14. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004;101(21):8174-8179.
15. Wilkinson AV, Shete S, Prokhorov AV. The moderating role of parental smoking on their children's attitudes toward smoking among a predominantly minority sample: a cross-sectional analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008;3:18.
16. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-2518.

9. OLGULARIN EVRELENDİRİLMESİ, BAĞIMLILIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nikotin bağımlılığı kronik bir hastalıktır. Tütün kullanımı, nikotine olan fiziksel bağımlılık ve birey için ödüllendirici olan öğrenilmiş davranışlar tarafından sürdürülen kronik, tekrarlayıcı bir bozukluktur (1). Diyabet, hipertansiyon ve depresyon gibi diğer kronik hastalıklar için kullanılan kronik hastalık yönetimi modeli, nikotin bağımlılığı tedavisini yönlendirmek için kapsayıcı bir yaklaşım sağlar. Bu yaklaşım bağımlılık yönünden rutin tarama ve değerlendirme, tütün kullanımını bırakma önerisi, tedavi tekliflerinin tekrarlanması ve zaman içinde ilerlemenin düzenli izlenmesini içerir (2). Kronik hastalık yönetimi, sağlık ekibinin hastaların tütün kullanımını yönetme sorumluluğunu paylaştığı, ekip temelli bir yaklaşımdır. Klinik uzmanın görevi, tavsiye vermek, yönlendirmeleri başlatmak ve nikotin bağımlılığının tedavisi için farmakoterapiyi başlatmak ve yönetmektir.

Nikotin bağımlılığı tedavisinde 5A (5Ö) yaklaşımı, 1990'lı yıllardan günümüze uygulanmakta olan kapsam-

lı bir tedavi modeli olarak geliştirilmiştir. 5A bileşenleri şunlardır (1,3):

- Öğren: Tütün kullanımının sorgulanması
- Öner: Bırakma önerisi
- Ölç: Bırakmaya hazır olup olmadığını değerlendir
- Önderlik et: Bırakmaya hazır olanlara yardımcı ol
- Örgüt: Bırakma sonrası takip düzenlemek

Bu yaklaşım Tablo 1'de özetlenmiştir.

5A modelinde yer alan ilk 2A basamağı, yani tütün ürünü kullanımının sorgulanması ve tütün ürünü kullanan bireylere kişiye özel bir bırakma önerisi verilmesi, herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvuran her hastaya (sağlık sistemi içerisinde tüm basamaklarda, hastanın değerlendirildiği birim ve bölümden bağımsız) gereken yaklaşımdır. Bireyin bırakmaya hazır olup olmadığını değerlendirme (üçüncü (A) adım) genellikle **Değişim Aşamaları Modeli** kullanılarak yapılır. Bu yaklaşım, hasta odaklı bir çerçeve sağlar ve aşamaya özgü müdahaleler ve öneriler sunmayı kolaylaştırır. Ayrıca, klinisyenlerin sigara bırakma tedavisini kabul etmeye ve sürdürmeye en yatkın hastaları belirlemesine ve böylece ziyaret ve personel zamanını en etkili şekilde değerlendirilmesine yardımcı olur.

Tablo 1: Tütün kullanımı değerlendirme ve sigarayı bırakma konusunda 5A (5Ö) yaklaşımı

Öğren (Ask)	Her hastada, her klinik ziyaretinde tütün kullanımı durumunun sorgulanıp kaydedilmesi sağlanmalıdır. Her ne sebeple gelirse gelsin, her başvuruda hastanın tütün kullanım durumu mutlaka sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Hastanın kan basıncı, nabız, kilo, ateş, solunum sayısı gibi vital bulguların yanında mutlaka tütün kullanımı yer almalıdır.
Öner (Advise)	Tüm tütün kullanıcılarını açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş bir şekilde bırakmaları konusunda güçlü bir şekilde bırakma/kurtulma önerilmelidir. Bu öneri, AÇIK, GÜÇLÜ ve KİŞİYE ÖZEL olmalıdır. Açık: "Sigarayı şimdi bırakmanızın sizin için önemli olduğunu düşünüyorum ve size yardımcı olabilirim." "Hastayken azaltmanız yeterli değil." "Ara sıra ya da az sigara içmek tehlikenizi azaltmaz." "Size bu konuda yardımcı olabilirim" Güçlü: "Klinisyeniniz olarak, sigarayı bırakmanın sağlığını korumak ve gelecekte sağlıklı kalmak için yapabileceğiniz en önemli şey olduğunu bilmenizi isterim. Size bu konuda yardımcı olabilirim" "Sağlığınız için yapabileceğiniz en iyi şey sigarayı bırakmaktır. Doktorunuz olarak bunu belirtmek istiyorum. Size yardıma hazırım." Kişiselleştirilmiş: Tütün kullanımını mevcut sağlık/sosyal durumunuza ve/veya sosyal ve ekonomik maliyetlere, bırakma motivasyonu/düzeyine ve çocuklar ile evdeki diğer kişilere olan etkisine bağlayın.

Tablo 1 devam

Ölç (Assess)	Hastanın önümüzdeki 30 gün içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığını belirleyin: - Hasta şu anda bırakmaya istekliyse, yardım sağlayın. - Hasta yoğun bir tedaviye katılacaksa, bu tedaviyi uygulayın ya da yoğun bir müdahaleye yönlendirin. Bırakmak isteyen hastaların bu aşamada bırakma isteği nedenleri gözden geçirilmeli, hastanın kararlılık durumu saptanmaya çalışılmalıdır. Hastanın nikotin bağımlılığı ölçülmeli (Fagerström testi yapılabilir) tercihi edilmelidir ve olanak varsa karbonmonoksit (CO) ölçümü yapılmalıdır. Daha önce bırakma deneyimi varsa bu dönemde yaşananlar, karşılaşılan güçlükler, en uzun bırakılan süre, tedavi kullanılıp kullanılmadığı gözden geçirilmelidir. - Hasta şu anda bırakmaya istekli değilse, motive edici bir müdahale (5R stratejileri) sağlayın. - Hasta özel bir popülasyonda ise (örn. ergen, hamile sigara içicisi), o gruba özel bilgiler verin.
Önderlik et (Assist)	Hastanın bırakmasına yardımcı olun. Yapılabilecekler Tablo-3'de özetlenmiştir. Hastayla birlikte bir bırakma planı hazırlanmalıdır. Hastanın motivasyonunu artıracağından bırakma günü belirlenmesi uygun olur. Bırakma gününün görüşmeden sonraki 2 hafta içerisinde olması idealdir. Bırakma kararı aile, arkadaş ve işyerinde paylaşılmalı ve destek alınmalıdır. İlk birkaç hafta içerisinde yoğun nikotin yoksunluk belirtilerinin yaşanabileceği anlatılmalı ve bunlarla nasıl başa çıkacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir. En çok zorlanılan ve sigaraya yeniden başlanılan zaman ilk birkaç haftadır. Ev, işyeri ve araba gibi kişinin yaşadığı çevreden sigarayı hatırlatacak eşyaların uzaklaştırılması önerilmelidir. Bırakma döneminde mücadele gücünü artıracak yeni günlük aktiviteler geliştirilmelidir (4). Yaşa uygun egzersiz, yürüyüş yapmak, istedikleri hobilere zaman ayrılması önerilmelidir. • İçme isteği kişiyi zorladığında; • Bir meyve ya da çiğ sebze soyup yemek (salatalık, elma, havuç gibi) • 10 kez derin nefes alıp verme • Duş alma • Yemekten oyalanmadan kalkma gibi önerilerde bulunulabilir. Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi esastır. "Bir taneden bir şey olmaz" düşüncesine kapılmanın sigaraya yeniden başlamaya neden olacağı vurgulanmalıdır. Bırakma süresince mümkün olduğunca alkolden uzak durulmalıdır. Alkol nükse neden olabilir. Birlikte yaşadığı kişiler sigara içiyorsa bu bırakmayı olumsuz etkileyecektir. Ev içerisinde sigara içilmesi önlenmeli ve diğer kişilerde bırakma konusunda cesaretlendirilmeli ve ev halkının birlikte bırakması sağlanmaya çalışılmalıdır. Hastalara bırakma konusunda etkili ilaçların (Nikotin yerine koyma preparatları, Bupropion, Varenikline) olduğu anlatılmalıdır. Destek tedavisi ile birlikte farmakolojik tedavinin birlikte kullanılması başarı oranlarını çok artırdığı bilinmektedir. Hastaların kullanılan ilaçlara güven kaybı olmaması açısından ilaçların nasıl etki edeceği, yoksunluk belirtilerinin daha az hissedilmesini sağlayacağı ancak sigara bırakmanın kişinin kendi kararı ile olacağı anlatılmalıdır. Kişinin yaşına, kültürüne ve eğitimine uygun yazılı materyal sağlanmalıdır. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu tarafından hazırlanan kitapçıklar bu amaç için uygundur.
Örgütle (Arrange)	Bırakma sonrası dönemin düzenlenmesidir. Takip için kişisel veya telefonla görüşme planlanır. Bırakma öncesi görüşme hazırlık ve sigara bırakma tarihlerinin belirlenmesini içerir. Bırakma gününde genellikle hastaya randevu verilmez. Relaps oranının en yüksek olduğu dönem bırakma sonrası ilk hafta olduğu için bırakma sonrası ilk hafta izlem görüşmesi planlanır. Takip, bırakma tarihinden sonraki ilk hafta içinde yapılmalıdır. İkinci takip ilk ay içinde önerilir. Gerekğinde daha fazla takip planlayın. Her takipte başarıyı tebrik edin. Tütün kullanımı devam ederse, durumu gözden geçirin ve tamamen bırakmaya yeniden motive edin. Hastaya, bir geri dönüşün öğrenme deneyimi olabileceğini hatırlatın. Karşılaşılan sorunları belirleyin ve gelecek için çözüm yollarını planlayın. Farmakoterapi kullanımı ve yaşanan zorlukları değerlendirin. Gerekirse daha yoğun bir tedaviye sevk edin.

Değişim Aşamaları modeli: Tedavi müdahalelerini bireyin değişime hazır olma düzeyine göre uyarlamaya yardımcı olur. Bu model, sigara içen kişilerin sigarayı bırakma sürecinde beş aşamadan geçtiğini öne sürer (3). Bu aşamalar şunlardır (Şekil 1) (4):

- **Düşünme öncesi (önümüzdeki altı ay içinde bırakmayı düşünmeme)**

Yakın gelecekte tütün kullanım davranışı ile ilgili değişiklik düşünmez. Sigara alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisi yoktur. Bilgiyi almaktan kaçınır ya da direnç gösterir. İçiciliğin yarattığı hastalık risklerini göz ardı eder. Nikotinden sağladığı faydalara odaklanır. Önceki başarısız bırakma girişimlerini, bırakma konusunda yetersizlik ya da iradesizlik olarak yorumlar. Başarabileceğine inanmaz. Bırakma konusunda isteği ve kendine güveni yoktur.

- **Düşünme (önümüzdeki altı ay içinde bırakmayı düşünme, ancak önümüzdeki bir ay içinde değil)**

Gelecek 6 ay içerisinde bırakmayı düşünmektedir. Bırakmak için gün belirleme eğilimi yoktur. Bırakmayı ertelenen gerekçeleri hep ön plandadır. Sigarayla ilgili olumlu ve olumsuz düşünceler neredeyse eşittir. Düşünme evresine sıkışıp kalmıştır.

- **Hazırlık/Kararlılık (önümüzdeki bir ay içinde bırakma girişimi yapmayı planlama)**

Gelecek 1 ay içerisinde bırakmayı planlar. Sigara ile ilgili olumsuz düşünceleri ağır basar, risklerin bilincindedir. Bırakmaya yönelik anlamlı adımlar atmıştır. Eyleme geçmek için bir planı vardır. İlk adım “bırakma günü”nün belirlenmesidir. Destek tedavi yöntemini belirlemek gerekir. Bağımlılıkla mücadelesini kolaylaştıracak her türlü donanım, deneme evresindeki bırakma başarısını artırır.

- **Bırakma (şu anda bırakma sürecinde olma veya son altı ay içinde bırakmış olma)**

Sigarayı bırakma adımını atmıştır. Henüz 6 aylık süre dolmamıştır. Bu evre, nüksün en sık yaşandığı dönemdir. Nüks, %50 oranında ilk 2-3 haftada görülür. Nüks riski azalarak devam eder.

- **Sürdürme/Bırakmış Kalma**

Bırakma başarısı; genellikle en az altı aylık bırakma olarak tanımlanır. 6 aydan uzun süredir sigara içmiyor. Nükslerden kaçınmaya çalışır. Kendine güveni artmıştır. Nüks riski devam eder.

- **Relaps (Nüks)**



Tüm Hastalarda Yapılması Önerilenler

Tütün kullanımının sorulması: Tüm bireylere mevcut ve geçmiş tütün kullanımlarını, e-sigara dahil sorulur ve tütün ürünleri ve sigara içme durumu kaydedilir. Tütün ürünü kullananlarda, kullanım öyküsü, bırakma girişimleri ve nikotin bağımlılığı düzeyini değerlendirilir.

Mevcut kullanımın durumunun belirlenmesi: İlk olarak bireylere sigara içip içmediklerini veya herhangi bir tütün ürünü kullanıp kullanmadıklarını sorarız. Genellikle şu soru ile öğrenilir: “Geçtiğimiz yıl içinde ne sıklıkla tütün ürünleri kullandınız?”. Bu soru, tütün ve diğer madde kullanımı taraması için geçerliliği doğrulanmış bir araç olan “TAPS” (Tütün, Alkol, Reçeteli ilaçlar ve diğer Maddeler aracı) tarama anketinin bir parçasıdır (5). Bu şekilde sormak, aralıklı sigara içen veya yanıcı olmayan tütün ürünleri kullanan bireyleri belirlemeye yardımcı olabilir. Dumansız tütün ürünleri, nargile, sarmalık tütün, çiğnemelik tütün veya elektronik sigara, puf bar ile ısıtılmış tütün ürünleri gibi yanıcı olmayan tütün ürün-

lerinin kullanımı da klinik uzmanın dikkatini gerektirir. Mutlaka sorgulanmalı ve dokümanite edilmelidir. Tütün kullanımının rutin ve tekrar tekrar sorgulanması, bırakma oranlarını, sigara bırakma için reçete veya yönlendirme alma oranlarını artırır (6).

Tütün ürünü kullanımı, sigara içme durumunun kaydedilmesi: Elektronik tıbbi kayıtlarda tütün kullanımı ve sigara içme durumunu belgelemek, tütün kullananların belirlenmesini sağlar ve sigara bırakma müdahalelerinin kullanımını artırabilmektedir (7). İdeal olarak, poliklinik elemanlarını personeli, hastayı ziyarete hazırlarken tütün kullanımını sorup kaydedebilir.

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi: Hekim, hastanın nikotin bağımlılığı derecesini değerlendirmelidir (1). Nikotin bağımlılığını ve özellikle şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilen ölçekler mevcuttur. Bunlardan rutinde en çok tercih edileni Fagerström Nikotin Bağımlılık Testidir (3).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testinde fiziksel tolerans değerlendirilir. Sigara içme dürtüsü, nikotin yoksunluk semptomları gibi bağımlılığın diğer yoksunluk ölçütleri değerlendirilememektedir (8,9). FNBT (Tablo 2), Türkçe validasyonu sağlanmış ve psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir (10,11). Günlük sayı ve ilk sigara, bağımlılık düzeylerini gösterme açısından oldukça duyarlı olup, ikisinin birlikte kullanılması durumunda duyarlılık ve özgüllük artmaktadır (12,13).

Basitçe, aşağıda yer alan iki soru sorularak Nikotin Bağımlılığı İndeksi (Tablo 3) kullanabilir (13). Sigara İçme Şiddeti İndeksi, sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığı derecesini değerlendirmek için kullanılan 2 soruluk bir araçtır (8,13). Fagerstrom Tolerans Anketi ve Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi'nden geliştirilmiştir (14). Yüksek nikotin bağımlılığı düzeyleri, sigarayı bırakmada daha fazla zorlukla ilişkilidir (8,13).

Tablo 2: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

İlk sigaranızı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?	a. Uyandıktan sonra ilk 5 dakika içinde b. 6-30 dakika içinde c. 31-60 dakika d. 1 saatten fazla	3 puan 2 puan 1 puan 0 puan
Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçmeyeceğiniz sigara hangisidir?	a. Sabah içtiğim ilk sigara b. Diğer herhangi biri	1 puan 0 puan
Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?	a. 10 adet veya daha az b. 11-20 c. 21-30 d. 31 veya daha fazla	0 puan 1 puan 2 puan 3 puan
Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık sigara içer misiniz?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?	a. Evet b. Hayır	1 puan 0 puan
Toplam skor		
0-2	Çok az bağımlılık	
3-4	Az bağımlılık	
5	Orta derecede bağımlılık	
6-7	Yüksek bağımlılık	
8-10	Çok yüksek bağımlılık	

Tablo 3: Nikotin Bağımlılığı İndeksi

Sigara içtiğiniz günlerde, uyandıktan sonra ilk sigaranızı ne kadar sürede içiyorsunuz?	60 dakikadan sonra	31 - 60 dakika içinde	6 - 30 dakika içinde	5 dakika içinde
Puan	0	1	2	3
Günde genellikle kaç sigara içiyorsunuz?	10 veya daha az	11 - 20	21 - 30	31 veya daha fazla
Puan	0	1	2	3
Toplam Puan				
0 - 2	Düşük			
3 - 4	Orta			
5 - 6	Yüksek			

Yüksek nikotin bağımlılığına sahip bireyler genellikle günde daha fazla sigara içer ve uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde sigara içerler (14,15). Yüksek nikotin bağımlılığı, sigarayı bırakmada daha fazla zorluk ve daha yoğun bırakma müdahaleleri gereksinimi ile ilişkilidir.

Kullanım öyküsünü ve bırakma girişimlerini değerlendir: Bireyin sigara içme süresi, günlük sigara sayısı, kullanılan tütün ürünlerinin türü ve bırakma girişimi öyküsünü değerlendirmek, danışmanlık ve tedaviye rehberlik edebilir. Klinik uzmanları, hastanın hangi bırakma yöntemlerini denediğini ve belirli davranış değişiklikleri ve ilaçlar ile elde ettiği başarı düzeyini sormalıdır.

Tütün kullanımını bırakmak/terk etmek önerilir:

- **Net ve kişiye özel bırakma önerisi sunulmalıdır.** Klinik uzmanlar, her hasta görüşmesinde bırakma yönünde kısa ve net bir tavsiye sunmalıdır. Bu, her hasta bırakmaya hazır olmasa bile sigara bırakma oranlarını artırabilir (15). 42 çalışmanın meta-analizinde, hekimin sigarayı bırakmaya yönelik sözel önerisinin, altı ay veya daha uzun sürede bırakma oranlarını, öneri yapılmayan ya da olağan bakım verilen gruba kıyasla artırdığı bulunmuştur (ortalama bırakma oranları %8'e karşı %4.8; rölatif risk 1.76; %95 GA 1.58-1.96) (15).
- **Bırakmanın o hasta özelinde sağlayacağı faydalara odaklanmak:** Bırakma tavsiyesi, bırakmanın faydalarına odaklanan olumlu bir çerçevede sunulduğunda daha etkili olmaktadır. Basit bir örnek olarak "Sigara

bırakmak, sağlığınız için yapabileceğiniz en önemli şeydir". Bırakmanın artık kendilerine fayda etmeyeceğini düşünen bireyler için, klinisyenler "Sigara bırakmanın faydasını görmek için asla geç değildir" mesajını vurgulayabilir (1). Bırakma önerisi, hastanın mevcut tıbbi sorunları veya ziyaret nedeni ile ilişkilendirilirse daha etkili olmaktadır. Örneğin, solunum semptomları ile başvuran bir hastaya, sigara bırakmanın solunum yolu enfeksiyonlarının şiddetini veya astım alevlenmelerinin sıklığını azaltabileceğini belirtebiliriz. Kişinin sağlık dışı nedenlerle sigara bırakmayı istemesi de, oluşturulacak kişisel bırakma önerisine rehberlik edebilir. Kişiye özel danışmanlığa rehberlik eder; çünkü kişisel konular genellikle bırakma çabalarını motive eder. Hastaların bırakma nedenleri arasında para biriktirmek, nikotin bağımlılığından kurtulmak, çocuklarına sigara içmeyen bir örnek olmak veya çocuklarının ya da torunlarının yetişkinliğe erişmesini görme şansını artırmak sayılabilir (1).

- **Tütünsüz ev ve araç önerilmelidir:** Sigara içme durumundan bağımsız olarak, tüm hastalara evleri ve araçları için katı bir tütünsüz, sigarasız yaşam alanı oluşturulması önerilmelidir. Tütünsüz ortamlar, sigara içen bireylerin günlük içtikleri sigara sayısını azaltmalarına, sigara içme dürtülerini en aza indirmelerine ve ailelerini (özellikle çocukları), arkadaşlarını ve ev halkını pasif içicilikten korumalarına yardımcı olabilir (16). Pasif içicilik, sigara içmeyenlerde koroner kalp hastalığı ve akciğer kanseri gibi olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir.

Bırakmaya Hazır Olan Hastalar

Sigara bırakmaya hazır olan bireylerde ilk adımlar, bir bırakma tarihi belirlemeyi, bırakmanın faydalarını pekiştirmeyi, bırakmaya engel olan faktörleri ele almayı ve bir tedavi planı geliştirmeyi içerir. Genellikle birinci basamak hekimi bırakma tarihini belirler ve tedavi planını oluşturur. Bazı uygulama ortamlarında, ofis personeli diğer görevlerde yardımcı olabilir. Ayrıca, hastane veya toplum temelli bırakma programları, telefon danışma hatları ve dijital sağlık kaynakları, davranışsal danışmanlık bileşenleri sağlayabilir. Bu aşamadaki yaklaşım Tablo 4’de özetlenmiştir.

Bırakma tarihi belirleme: Hastanın önümüzdeki iki ila dört hafta içinde bir bırakma tarihi belirlemesine yardımcı olunmalıdır. Bu süre, sigara bırakma ilaçlarını temin etmek ve bırakma girişimi için hazırlık yapmak için yeterli zamanı sağlar (17). Hastalara genellikle bırakma tarihinde bırakmalarını tavsiye ederiz, ancak bırakma tarihine kadar azaltma da kabul edilebilir bir alternatiftir. 22 randomize çalışmayı ve 9000’den fazla katılımcıyı içeren bir sistematik derlemede, bırakma tarihinden önce sigara kullanımını azaltanların (yani “azaltarak bırakma”) ani bırakanlara benzer bırakma oranları gösterdiği bulunmuştur (rölatif risk [RR] 1.01; %95 GA 0.87-1.17) (18). Ancak bırakma gününden sonra “tek nefes bile yok” anlayışının benimsenmesi gerekir.

Tablo 4: Sigara bırakmada hastalara yardımcı olma yaklaşımları

Hastaya bir bırakma planı ile yardımcı olun	Bir bırakma tarihi belirleyin. İdeal olarak, bu tarih 2 hafta içinde olmalı. Aile, arkadaşlar ve iş arkadaşlarına bırakma kararınızı anlatın ve anlayış ile destek isteyin. Planlanan bırakma girişiminde karşılaşılabilecek zorlukları önceden belirleyin, özellikle ilk birkaç haftada. Bu zorluklar nikotin yoksunluk belirtilerini içerebilir. Ortamınızdaki tüm tütün ürünlerini kaldırın. Bırakmadan önce, uzun vakit geçirdiğiniz yerlerde (örneğin iş, ev, araba) sigara içmekten kaçının.
Pratik danışmanlık sağlayın (problem çözme/eğitim)	Tamamen bırakma – Tamamen bırakma esastır. “Bırakma tarihinden sonra tek bir nefes bile alınmamalı.” Geçmiş bırakma deneyimi – Önceki bırakma girişimlerini gözden geçirin. Bu girişimlerde neyin işe yaradığını ve geri dönüşe yol açan faktörleri belirleyin. Önümüzdeki bırakma girişimindeki tetikleyicileri ve zorlukları öngörün – Zorlukları ve tetikleyicileri tartışın ve hastanın bunların üstesinden nasıl geleceğini planlayın. Hastaya ev, araba ve iş ortamından tüm tütün ürünlerini kaldırmasını tavsiye edin. Alkol nüksü tetikleyebileceğinden, hasta bırakma sürecinde alkolü sınırlamayı veya tamamen bırakmayı düşünmelidir. Evde başka bir sigara içicisi varsa bırakma daha zor olabilir. Hastalar ev arkadaşlarını birlikte bırakmaya veya yanlarında sigara içmemeye teşvik etmelidir.
Tedavi içi sosyal destek sağlayın	Klinik ortamda destekleyici bir ortam sağlayın ve hastayı bırakma sürecinde teşvik edin. “Klinik ekibimiz ve ben size yardımcı olmak için buradayız.”
Tedavi dışı sosyal destek sağlama konusunda yardımcı olun	Hastaya, tedavi dışındaki ortamda bırakma girişimine destek olacak sosyal bir destek ağı geliştirmesinde yardımcı olun. “Eşinizden, arkadaşlarınızdan ve iş arkadaşlarınızdan bırakma sürecinizde sizi desteklemelerini isteyin.”
Onaylanmış farmakoterapiyi önerin (özel durumlar hariç)	Kanıtlanmış etkili farmakoterapiyi önerin. Bu ilaçların bırakma başarısını nasıl artırdığını ve yoksunluk belirtilerini nasıl azalttığını açıklayın.
Ek materyaller sağlayın	Ücretsiz telefon hatları, web sayfaları, eğitim materyalleri ve broşürler sunun Bu materyaller hastaya kültürel/ırksal/egitimsel/yaş açısından uygun olmalıdır. Kliniklerin bekleme/çalışma alanlarında kolayca erişilebilir olmalıdır.

Bırakma nedenlerini pekiştirme: Hastaya özgü bırakma nedenlerini öğrenmek ve bunları pekiştirmek, bırakma girişimlerini destekleyebilir ve tedavinin zamanlaması ile yoğunluğunu belirleyebilir. Örneğin, ailesini pasif içicilikten korumak isteyen bir hasta, bir tatil günü veya bir aile üyesinin doğum günü gibi anlamlı bir tarihe bırakma tarihi koyabilir. Sağlığını iyileştirmek amacıyla bırakmak isteyen bireyler ise bırakmayı, sigara tetikleyicileriyle başa çıkmaya yardımcı olabilecek egzersize başlamak ile ilişkilendirebilir. Bazı bireyler için bırakma nedenlerini yakın arkadaşları ve aile üyeleriyle paylaşmak da ek destek sağlar.

Bırakmanın önündeki engelleri belirleme ve mücadele yöntemleri geliştirme: Klinik uzmanlar, hastanın bırakma sürecinde karşılaşılabileceği engelleri önceden tahmin etmesine ve bunları aşmasına yardımcı olabilir. Engeller kişiden kişiye değişse de, yaygın engeller arasında nikotin yoksunluk semptomları ve sigara içmeye özgü tetikleyiciler yer alır.

Nikotin yoksunluğu: Nikotine olan fiziksel bağımlılık sigara içme davranışını sürdüren ve pekiştiren bir faktör olduğu için, hastalara nikotin yoksunluğu semptomlarını tanıma ve yönetme konusunda eğitim vermek başarılı bir bırakma için önemlidir. Yoksunluk semptomları arasında sigara isteği, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, huzursuzluk, ruh hâli değişiklikleri (disfori, anksiyete veya depresyon), uykusuzluk, iştah artışı ve kilo alımı yer alır. Çoğu semptom özgül olmadığı için hastalar bunları genellikle nikotin yoksunluğu olarak tanımlamaz. Nikotin yoksunluğu semptomları, nikotine fizyolojik olarak bağımlı bir kişi sigarayı bıraktığında veya birkaç saat sigara içmediğinde ortaya çıkar. Yoksunluk semptomları, bırakmanın ilk üç gününde zirve yapar ve sonraki üç, dört hafta içinde kademeli olarak azalır. Yoksunluk semptomlarını yönetmeyi öğrenen hastalar, özellikle bırakmanın ilk dönemlerinde, sigara içmeyi bırakmayı sürdürme konusunda daha başarılı olurlar. Nikotin yoksunluk semptomları, birinci basamak sigara bırakma ilaçlarının herhangi biriyle hafifletilebilir. Davranışsal yaklaşımlar da ek destek sağlayabilir.

Sigara tetikleyicileri: Sigara içme tetikleyicilerini belirlemek ve bu konuda hastalara danışmanlık yapmak, si-

gara bırakma yönetiminin kilit bir parçasıdır çünkü tetikleyiciler, bireylerin nikotinden uzak kalmakta zorlanmasına katkıda bulunur (19). Tütün kullanan kişiler, sabah kahvesi, çay içimi, alkollü içki kullanımı, genellikle de bir öğün sonrası gibi çevresel tetikleyicilerle tütün kullanımının haz verici etkilerini ilişkilendirmeye koşullanır.

Kilo alma korkusu: Kilo alma korkusu da yaygın bir engeldir. Sigara bırakma ile kilo alımı yaşanabilse de, davranışsal yaklaşımlar kilo alımını sınırlamaya yardımcı olabilir.

Tedavi maliyetleri: Bazı hastalar tedavi maliyetleri konusunda endişelenebilir. Ücretsiz ilaç sağlanması, sigara bırakma oranlarını artırabilmektedir. Güncel bir meta-analizde, birinci basamakta ücretsiz ilaç sağlanması, olağan bakıma kıyasla altı ayda bırakma oranlarını artırmıştır (%17'ye karşı %12; RR 1.36; %95 GA 1.05-1.76) (20). Proaktif hasta erişimi ve sigara bırakma ilaçlarına kolay erişim sağlayan programlar da düşük gelirli ve düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde bırakma oranlarını artırabilir (21,22).

Bırakmaya Hazır Olmayan Hastalar

Yakın gelecekte tütün kullanım davranışı ile ilgili değişiklik düşünmez. Sigara alışkanlığının sonuçları hakkında yeterli bilgisi yoktur. Bilgiyi almaktan kaçınır ya da direnç gösterir. İçiciliğin yarattığı hastalık risklerini göz ardı eder. Nikotinden sağladığı faydalara odaklanır. Önceki başarısız bırakma girişimlerini, bırakma konusunda yetersizlik ya da iradesizlik olarak yorumlar. Başarabileceğine inanmaz. Bırakma konusunda isteği ve kendine güveni yoktur. Bu hastalarda yapılması gereken, tütün kullanımı ile ilgili olumsuz düşünce geliştirmesine yönelik yaklaşımlardır. Motivasyonel görüşme teknikleri, klinisyenlerin hastanın tütün kullanımıyla ilgili hislerini, inançlarını, düşüncelerini ve değerlerini keşfetmesine yardımcı olabilir. "5R" modeli, bu tür bir değerlendirme için kullanılan yaklaşımlardan biridir (3). Sigara içmeye devam eden bireylerin, başkalarını pasif içicilikten koruması da teşvik edilmelidir. Diğer tüm kronik hastalık yönetimlerinde olduğu gibi, sigara içme davranışını değiştirmeye hazır olmayan bireylerin sigara içme durumu, sonraki klinik ziyaretlerde tekrar ele alınmalıdır.

Tablo 5: Sigarayı Bırakmaya İstekli Olmayanları Motive Etmek İçin Uygulanacak “5R” Yaklaşımı

Relevans (İlişki)	Sigara içmenin getireceği zararlar kişinin içinde bulunduğu durumla ilişkilendirilerek bırakmaya cesaretlendirilmelidir. O andaki 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. Hastadan bırakmanın kişisel olarak neden önemli olduğunu belirtmesini isteyin. Hastalığa, risk faktörlerine veya sosyal duruma (örn. evde çocuk olması), sağlık kaygılarına, yaşa, cinsiyete ve diğer önemli hasta özelliklerine göre kişiselleştirilmiş bilgilendirme en etkilisidir (örn. daha önce bırakma girişimi, bırakma önündeki kişisel engeller).
Riskler	Sigara içme sonucu oluşacak kısa ve uzun dönemli riskler üzerinde durulmalıdır. Hastadan sigara içmenin kendi sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri belirtmesi istenip hasta ile ilişkili gibi görünen özelliklerin altı çizilmelidir. Sigaranın azaltılması veya farklı tütün ürünlerinin (örn. düşük katranlı/nikotinsiz sigaralar, dumansız tütün, puro, pipo, elektronik sigara vb.) kullanmanın hastalanma riskini azaltmayacağı anlatılmalıdır. Risk örnekleri: Akut riskler: Nefes darlığı, astım alevlenmeleri, gebeliğe zarar, impotans, infertilite, artmış solunum yolu enfeksiyon riski ve kandaki karbon monoksit artışı. Uzun vadeli riskler: Kalp krizi ve inme, akciğer ve diğer kanserler (gırtlak, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, pankreas, mesane, rahim ağzı), KOAH (kronik bronşit ve amfizem), osteoporoz, uzun süreli sakatlık ve uzun süreli bakım ihtiyacı. Çevresel riskler: Eşlerde akciğer kanseri ve kalp hastalığı riski artışı; tütün kullanıcılarının çocuklarında daha fazla sigara içme; düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski, ani infant ölümü sendromu, çocuklarında astım, orta kulak iltihabı ve artmış solunum yolu enfeksiyonu riski. Tütün kullanımının çevre sağlığına verdiği hasar da vurgulanabilir.
Ödüller	Hastadan tütün kullanımını bırakmanın potansiyel faydalarını belirtmesini isteyin ve hastaya en uygun olanları vurgulayın. Hastaya sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararlar anlatılmalıdır. Bıraktığı andan itibaren adım adım sağlık durumunun nasıl düzeleceği konusunda bilgi verilmelidir. Ödül örnekleri: - Daha iyi sağlık - Yiyeceklerin tadı daha iyi gelir - Koku duyusu iyileşir - Para biriktirme - Kendini daha iyi hissetmek - Ev, araba, kıyafetler ve nefesin daha iyi kokması - Bırakma konusunda endişelenmeye gerek kalmaz - Daha sağlıklı çocuklar - Çocuklar için iyi bir örnek olma - Başkalarına pasif içicilikten zarar vermeme - Fiziksel olarak daha iyi hissetme ve aktivitelerde daha iyi performans - Ciltte kırışma/yaşlanmanın azalması
Engeller	Tütün kullanımını bırakmanın önündeki engeller hasta ile birlikte belirlenir ve bu engellere yönelik çözümler (problem çözme, farmakoterapi) hakkında konuşulur. Sık görülen engeller: - Nikotin yoksunluk belirtileri - Başarısızlık korkusu - Kilo alma - Destek eksikliği - Depresyon - Tütün kullanımından zevk alma - Tütün ürünü kullanan bireylerle bir arada bulunma
Tekrar	Bu motivasyonel müdahale, sigarayı bırakmaya istekli olmayan hastalara her klinik ziyaretinde tekrarlanmalıdır. Daha önce bırakmayı denemiş ancak başarısız olmuş hastalara, çoğu kişinin başarılı olmadan önce birden fazla bırakma girişiminde bulunduğu söylenmelidir.

Kaynaklar

1. Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Treatment of tobacco smoking: a review. *Jama*. 2022;327(6):566-77.
2. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J. The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *American College of Physicians*; 2008. p. 554-6.
3. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(2):295-304.
4. Türk Toraks Derneği Sigara Birakma Tani Ve Tedavi Uzlaş Raporu. 2014:1-74.
5. Carter G, Yu Z, Aryana Bryan M, Brown JL, Winhusen T, Cochran G. Validation of the tobacco, alcohol, prescription medication, and other substance use (TAPS) tool with the WHO alcohol, smoking, and substance Involvement screening test (ASSIST). *Addict Behav*. 2022;126:107178.
6. Than CT, Bean-Mayberry B, Schweizer CA, Lee M, Chanfreau-Coffinier C, Clair K, et al. Ask and Ask Again: Repeated Screening for Smoking Increases Likelihood of Prescription for Cessation Treatment Among Women Veterans. *J Gen Intern Med*. 2023;38(11):2553-9.
7. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(12):Cd008743.
8. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict*. 1989;84(7):791-9.
9. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999;94(2):269-81.
10. 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.
11. Uysal MA, Öztuna D, Bahadır A, Görek Dilektaşlı A, Karşıdağ Ç, Horoz A, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Fagerström test for nicotine dependence. *Tuberk Toraks*. 2015;63(4):250-6.
12. A U. Sigara bağımlılığı ve değerlendirilmesi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hast ABD Dizisi*. 2005;5:130-48.
13. Diaz FJ, Jané M, Saltó E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(3):161-8.
14. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ*. 2004;328(7435):338-9.
15. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(5):Cd000165.
16. Mills AL, Messer K, Gilpin EA, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(10):1131-41.
17. Brady BR, Nair US, Gerald JK, Yuan NP, Krupski LA, Thomson CA. Higher quality quit-date goal setting enhances quit attempts among quitline callers. *Tob Prev Cessat*. 2019;5:20.
18. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9(9):Cd013183.
19. Rigotti NA. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. *Jama*. 2012;308(15):1573-80.
20. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;9(9):Cd011556.
21. Danan ER, Fu SS, Clothier BA, Noorbaloochi S, Hammett PJ, Widome R, et al. The Equity Impact of Proactive Outreach to Smokers: Analysis of a Randomized Trial. *Am J Prev Med*. 2018;55(4):506-16.
22. Fu SS, van Ryn M, Nelson D, Burgess DJ, Thomas JL, Saul J, et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*. 2016;71(5):446-53.

10. DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ AÇISINDAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞMELER

İletişim iki insan birbirinin farkına vardığı anda başlar. Kişiler arasında yapılan ve yapılmayan her şeyin mesaj değeri vardır (1). İletişimin yüzde 55'i beden diliyle gerçekleşirken, yüzde 38'inin ses tonuyla ilgili olduğu, sadece yüzde 7'sini sözcüklerin oluşturduğu bilinir. İnsanlar nasıl birbirine mesaj veriyorsa, bulunulan ortam da insanlara mesaj verir. İletişim çok kanallıdır. Her bir duyu organı bir iletişim kanalı olarak iş görür. Sessiz mesajlar duyguların iletilmesinde daha etkilidir. Tüm bunlara ek olarak insan olayları algıladığı, yorumladığı ve anlam verdiği hâliyle yaşamını sürdürür. Dış dünyaya dönük sosyal yüzümüz ile iç dünyamız arasında fark açıldıkça kişinin üzerindeki gerilim artar. Oysa kendini hem ait hem de bağımsız hissetmek isteyen birey güven ortamına ihtiyaç duyar (1).

İnsanın temel gereksinimleri vardır: umursanmak, kabul edilmek, değerli görülmek (bir bütünün parçası olarak görülmek), yeterli görülmek (güçlü ve güvenilir olma isteği) ve sevmek (1). Kuşkusuz bunların farkında olarak yaratılan güven ortamında bağımlılıkları tedavi etmek, bağımlı olana yardımcı olmak mümkün olabilecektir.

Motivasyonel görüşme (MG), hastaların (ya da danışanların; bu yazıda hasta olarak yer alacaktır) ambivalansı (ikilemi; bu yazıda literatürde yer aldığı şekliyle ambivalans olarak yer alacaktır) keşfetmelerine ve çözmelerine yardımcı olacak davranış değişikliğini ortaya çıkarmayı amaçlayan hasta merkezli bir yaklaşımdır (2). Millner ve Rollnick tarafından 1980'lerde geliştirilen yöntem, alkol bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı, kilo verme gibi tedavilerde kullanıldığı gibi konumuz olan sigara bağımlılığı (tütün ürünleri bağımlılığı, yazıda sigara bağımlılığı olarak yer alacaktır) tedavisinde de kullanılmaktadır (2,3). Ambivalans İngilizce ve Fransızca ambivalence 'kararsızlık, iki nitelik arasında gidip gelme hâli' sözcüğünden, Almanca ambivalenz 'iki değerlilik' sözcüğünden alıntıdır (4). Motivasyon ise hedefe yönelik davranışın başlatılmasından, sürdürülmesinden, yönlendirilmesinden ve canlılığından sorumlu itici güç veya güçler olarak tarif

edilir. MG ise değişim diline özel olarak dikkat gösteren işbirlikçi, hedef odaklı bir iletişim tarzıdır. Kabul ve şefkat atmosferinde kişinin kendi değişim nedenlerini ortaya çıkararak ve keşfederek belirli bir hedefe yönelik kişisel motivasyonu ve bağlılığı güçlendirmek için ortaya konulmuştur (5). Özellikle ambivalansı belirgin, değişim konusunda karmaşık duygular içinde olanlara, konuyla ilgili özgüveni düşük, değişim konusunda kendilerinden şüphe duyan, bu konuda isteği az olan, değişimin getirileri ve bağımlılığın dezavantajlarının önemini kavrama güçlüğü çekenlerde işe yarayabilecek bir yöntemdir.

Motivasyonel Görüşmede Temel Beceriler

1. Açık uçlu sorular sormak: Bu sorular hastanın deneyimlerini, bakış açılarını ve fikirlerini ortaya çıkarır ve inceler. Çağrıştırıcı sorular sorarak hekimin (konuyla ilgili danışılan kişi bu yazıda hekim olarak yer alacaktır) hastanın değişimin nasıl anlamlı veya mümkün olabileceğini düşünmesini sağlar (5,6).

Soru örnekleri: “Ne kadar sigara içiyorsunuz?” “Sigaranın hayatınızda nasıl bir yeri var?”

“Daha sağlıklı olmak için neler yapabilirsiniz?” “Sigara bırakmanın getireceği avantajlar neler olabilir?”

Sonu evet, hayır gibi yanıtlarla bitecek veya çoktan seçmeli olabilecek sorular çağrışımlara da kapalı olabilmeleri bakımından görüşmenin akışına, akıcılığına da engel olabilecektir. Farklı bir alandan örnek vermek gerekirse bizimle çalışmaktan memnun musunuz gibi bir soruya yanıt, evet ve hayır ile, son zamanlarda gergin misiniz sorusuna yanıtlar ise az, çok, orta, evet, hayır gibi sözcüklerle sınırlı hâle gelebilir.

2. Onaylama: Güçlü yönlerin, çabaların ve geçmiş başarıların onaylanması, kişinin değişim yeteneğine dair umut ve güveninin oluşmasına yardımcı olur (5,6).

“Sağlığınıza önem veriyorsunuz.” “Sevdiklerinize değer veriyorsunuz.”

“Daha önce yaşamınızda çeşitli değişikliklerin üstesinden gelmişsiniz.”

3. Yankı: Dikkatli dinleyerek ve kişinin ne söylediğini tekrarlayarak, yeniden ifade ederek veya kişinin iletmeye çalıştığı şey hakkında daha derin bir tahmin sunarak

anlamaya çalışmaya dayanır. Bu, motivasyonel görüşmenin temel bir becerisidir ve empatiyi ifade eder.

Örnek vermek istersek; "Sigara bırakma sırasında nikotin çekilme belirtilerinin sizi zorladığından bahsediyorsunuz" "Astımım olduğunu düşünmüyorum. Astım tanısı konusunda emin değilsiniz?"

4. **Özetleme:** Paylaşılanları garanti altına alır ve hasta tarafından belirtilen önemli noktaları güçlendirir. "Doğru anladıysam..."
5. **Değişim diline dikkat etme:** Değişime karşı (sürdürme söylemi) ve değişim lehine (değişim söylemi) söylenenleri belirlemeyi ve uygun durumlarda sürdürme söyleminden değişim söylemine doğru bir hareketi teşvik etmeyi sağlar.

6. **Bilgi alışverişi:** Hem hekimin hem de hastanın uzmanlığa sahip olduğunu gösterir. Bilgi paylaşımı iki yönlü bir yol olarak kabul edilir ve hastanın söylediklerine yanıt verilerek devam edilmesi beklenir (5-8).

Motivasyonel görüşmenin dört temel süreci vardır:

1. **Katılım:** Motivasyonel görüşmenin temelini oluşturur. Dikkatli dinleme yoluyla kişiyi anlamak, doğru bir şekilde yansıtmak, güçlü yönlerini onaylamak ve özerkliğini desteklemek.
2. **Odaklanma:** Ortak paylaşılan amaç üzerinde anlaşmaya varılınca hekim değişim hakkında yönlendirici bir sohbete geçebilir.
3. **Uyandırma:** Hastanın ambivalansı normalleştirilir, yargılanmaz, çözülür. Bu yapılırken hastanın düşünceleri ve motivasyonlarına dikkat edilir, oluşturulması ve yapılandırılmasına yardımcı olunur.
4. **Planlama:** Hastanın değişime olan bağlılığını pekiştiren ve kişinin kendi içgörüsüne de dayalı bir plan geliştirmesini destekleyen planlamanın zamanlamasının ve hazırlığının yapılmasıdır (5-8).

Motivasyonel görüşmenin hastayla karşılıklı güven ve saygı içinde geçeceği bir ortamla başlaması, öncesinde hekimin hoş geldiniz demesi, kendini tanıtarak kişilerin kendisini rahat hissedeceği bir ortam yaratması ve umutlu olması, ilgi çekerek bağ kurma açısından temel bir giriş

olacaktır. Otorite kurmak, akıl vermek, damgalamak gibi davranışlardan uzak durması ise şüphesiz işbirliğini artıracak bir tutum olacaktır.

Literatürde çeşitli meta-analizlerde ve çalışmalarda motivasyonel görüşmenin sürece müdahale olmamasına kıyasla, sigarayı bırakmaya yönelik diğer davranışsal destek türlerine ek olarak veya sigarayı bırakmaya yönelik diğer davranışsal destek türleriyle karşılaştırıldığında, kişilerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olup olmadığını göstermek için yeterli kanıt yoktur. Ayrıca, daha yoğun motivasyonel görüşmenin daha az yoğun motivasyonel görüşmeden daha etkili olup olmadığı da belirsizdir (3,9,10). Gelecekteki çalışmaların bu sonuçları değiştirmesi şüphesiz ki muhtemeldir.

Kaynaklar

1. İletişim Donanımları, Doğan Cüceloğlu, Remzi Kitabevi, 2022
2. Rollnick S, Miller WR. (October 1995). "What is Motivational Interviewing?". Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 23 (4): 325–334. doi:10.1017/S135246580001643X.
3. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P; Motivational interviewing for smoking cessation Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jul 31;7(7):CD006936.doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub4.
4. Nişanyan Sözlük, Çağdaş Türkçe'nin Etimolojisi [Internet] <https://www.nisanyansozluk.com/kelime/ambivalans> Erişim tarihi: 08.03.2025
5. Miller WR, Rollnick S. (2013) Motivational Interviewing: Helping people to change (3rd Edition). Guilford Press.[Internet] <https://motivationalinterviewing.org/understanding-motivational-interviewing> Erişim tarihi: 08.03.2025
6. [Internet] <https://motivationalinterviewing.org/> Erişim tarihi: 08.03.2025
7. [Internet] <https://www.ogelk.net/konular/19-akademik-motivasyonel-gorusme.html> Erişim tarihi: 08.03.2025
8. Prof. Dr. Kültegin Ögel, Uzm. Psk. Melike Şimşek. Motivasyonel Görüşme Tekniği, Psikonet Yayınları, 2024.
9. Velasquez M, Hecht J, Quinn V, Emmons K, DiClemente C, Dolan-Mullen P. Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: training and implementation issues Tob Control. 2000 Sep;9(Suppl 3):iii36–iii40. doi: 10.1136/tc.9.suppl_3.iii36
10. Hettrema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2010;78(6):868–884. <https://doi.org/10.1037/a0021498>

11. NİKOTİN BAĞIMLILIĞINDA FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Sigara içmek kronik bir hastalıktır ve birden fazla sayıda bileşene sahip bir terapötik müdahale gerektirir. Bu bileşenlerden biri de farmakolojik tedavidir. Sigara bırakma tedavisinde iki ilaç kategorisi belirtilir; birinci basamak ve ikinci basamak ilaçlar. Nikotin yerine koyma tedavisi (NRT), vareniklin ve bupropion birinci basamak ilaç kategorisini oluştururken, ikinci basamak sigarayı bırakma ilaçları arasında sitizin, nortriptilin ve klonidin sayılabilir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sigara içen ve sigarayı bırakmak isteyen tütün kullanıcıları için farmakolojik tedavi seçenekleri olarak vareniklin, NRT, bupropion ve sitizin önerilmektedir (2). Sigarayı bırakma başarısını artırmak için tekli ilaç kullanımının yanı sıra farmakolojik tedavilerin kombine edilmesi, tedavi süresinin uzatılması, hastaya göre doz ayarlamalarının yapılması gibi ek stratejiler uygulanabilir (3).

I. Birinci Basamak Tedaviler

1.1. Nikotin Yerine Koyma Tedavisi

Nikotin bandı, sakız, pastil, inhaler ve sprey formları kullanılabilir. Erişilebilirliği kolaydır, reçetesiz ulaşılabilir. Ancak davranışsal bilişsel terapi ile birlikte ve kullanım şekillerinin eğitimlerinin verilip, izlenebileceği şartlarda başlanması önerilir (2). NRT, nikotin reseptörlerini uyararak sigara içme isteğini ve yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırır. Bu etkisi anında görülür. Ayrıca, nikotinik reseptörlerin sayısını azaltma etkisi vardır ve bu azalma haftalarca devam eder. Dolayısıyla tütün bağımlılığını azaltır (4).

Stead ve ark' nın 117 çalışma ve 50000'den fazla katılımcının sonuçlarını incelediği makalede, ticari olarak satılan tüm NRT formlarının (sakız, transdermal yama, burun spreyi, inhaler ve dil altı tabletleri/pastilleri) bırakma oranını %50 ila %70 oranında artırdığı belirtilmiştir. NRT' nin etkinliği, bireye sağlanan ek desteğin yoğunluğundan bağımsızdır. Nikotin bandının hızlı etki eden bir NRT formu ile birleştirilmesinin, tek tip NRT' den daha etkili olduğuna dair kanıtlar sunulmuştur. Bu şekil-

de kombine edilen NRT formları ile %17-37 oranlarında daha yüksek uzun vadeli bırakma oranı verilmiştir (5).

Nikotin yerine koyma tedavisinde başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Nikotin replasman ürünlerinin başlangıç dozu, günde içilen miktar ve sabah uyandıktan sonra ilk sigaraya kadar geçen zamana göre belirlenebilir. NRT tedavisine başlandığı gün sigara içiminin tamamen bırakılması gerekir. NRT ile birlikte sigara içmeye devam edenlerde, aşırı miktarda alınan nikotin nedeni ile yan etkiler görülebilir. Gebelik, emzirme dönemi, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, unstabil anjina pektoris ve aritmi varlığında NRT kullanılmamalıdır. Karaciğer ve böbrek yetmezliği, hipertiroidi, tip I diabetes mellitus, feokromasitoma tanılı hastalarda da NRT kullanımını sırasında çok dikkatli olunması gerekmektedir (1,3).

NRT' nin başlıca formları, nikotin bantları, burun spreyleri ve oral formlar olarak, nikotin sakızları, nikotin pastilleri, dil altı tabletleri ve nikotin spreyleridir.

a. Nikotin Bantları: Nikotin bantları, cilde yapıştırılarak gün boyunca yavaş yavaş nikotin salgılar. Daha stabil nikotin konsantrasyonları sağlaması önemli bir avantaj iken acil nikotin ihtiyacını karşılamaması oral formlara göre önemli bir dezavantajıdır. Bandın 16 saat ve 24 saatlik olmak üzere iki formu vardır. 24 saatlik olan formda 21 mg, 14 mg, 7 mg 'lık; 16 saatlik formda 25 mg ve 15 mg ve 10 mg'lık dozlar bulunmaktadır. 21 mg/24 saat bant saatte yaklaşık 0,9 mg nikotin verirken, 25 mg/16 saat bant saatte 1,4 mg nikotin sağlar. NRT başlangıç dozları Tablo 1'de verilmiştir. Tedavi sürecinde 2-4 haftada bir NRT' de doz azaltımı yapılarak tedavi 8-12 haftaya tamamlanır. En sık görülen yan etki cilt alerjisidir. Lokal cilt reaksiyonu riskini azaltmak için bant sabah uyanınca vücudun bel- den üst kısmı olacak şekilde kuru, temiz ve kılsız deriye yapıştırılır ve 20 saniye kadar üzerine parmakla basılarak vücuda tam teması sağlanır. On altı saatlik form akşam yataırken çıkarılır. Yirmi dört saatlik form ise ertesi sabah çıkarılır. Çıkarılan bantlardan hâlen nikotin salınımı olabileceğinden çevresel zararlar konusunda hasta uyarılmalıdır. Bant, her gün farklı bir bölgeye yapıştırılmalı, en erken dört gün sonra tekrar aynı bölgeye dönülmelidir. Lokal cilt reaksiyonu dışında, bulantı, kusma, karın ağ-

Tablo 1: NRT başlangıç dozları (1).

Günün ilk sigarasını içme zamanı	<10 sigara /gün	10-19 sigara /gün	20-30 sigara /gün	30> sigara /gün
<5 dakika	Farmakolojik tedaviye gerek yok	Yüksek doz bant (0.9 mg/h) +/- oral NRT	Yüksek doz bant (0.9 mg/h) +/- oral NRT	2 Yüksek doz bant (1.8 mg/h) +/- oral NRT
<30 dakika	Farmakolojik tedaviye gerek yok	Yüksek doz bant (0.9 mg/h)	Yüksek doz bant (0.9 mg/h) +/- oral NRT	Yüksek doz bant (0.9 mg/h) +/- oral NRT
<60 dakika	Farmakolojik tedaviye gerek yok	Oral NRT	Yüksek doz bant (0.9 mg/h)	Yüksek doz bant (0.9 mg/h) +/- oral NRT
>60 dakika	Farmakolojik tedaviye gerek yok	Farmakolojik tedaviye gerek yok	Oral NRT	

rısı, ishal ve baş ağrısı gibi yan etkiler görülebilir. Bunlar, doz titrasyonu veya doz azaltılmasıyla yönetilebilir. Uzun süreli kullanım herhangi bir ciddi zararlı etkiyle ilişkilendirilmez ve nikotin bantlarının bağımlılık riski düşüktür (6,7).

b. Oral Nikotin Replasmanı: Sakız, dil altı tabletleri (dil altına yerleştirilir), pastil ve nikotin inhalatörü olmak üzere 4 tip oral form vardır. Bu formların hepsinde nikotin oral mukoza yoluyla emilir. Nikotinin oral mukoza yoluyla emilimi yalnızca ağız pH'ı nötr ise gerçekleşir, bu nedenle kullanıcı oral nikotin replasman tedavisi almadan 30 dakika önce yemek yemekten veya içmekten, özellikle de gazlı içeceklerden kaçınmalıdır (1). Oral NRT formlarının da, nikotin bantları kadar etkili bir bırakma yardımcısı olduğu tespit edilmiştir (8).

i. Nikotin Sakızları: Nikotin sakızının 2 mg ve 4 mg'lık dozları mevcuttur. 2 mg sakız düşük ve orta bağımlı sigara içicileri için uygundur. Sakız nane, tarçın, meyve aromalarıyla tatlandırılmıştır. Sakızın etkili olması ve yan etkilere neden olmaması için doğru bir teknikle çiğnenmesi gerekir. Ağıza alınan sakız bir veya iki kez çiğnenir, sonra 3 dakika boyunca yanağa konur ve bekletilir. Sonra yirmi dakika boyunca dakikada bir çiğnenir. Yanak içinde her seferinde başka bir yerde bekletilir. Yavaşça çiğnenmeli ve tükürükle yutulmamalıdır. Tamamlandığında, sakız çocukların erişemeyeceği bir yere atılmalıdır. Çünkü hâlen nikotin içerebilir ve zararlı olabilir. Doğru teknikle çiğnenmezse ağızda, çenede ağrı, mide ağrısı, hıçkırık

gibi yan etkiler görülebilir. Dikkatli olunması gereken bir nokta da hastaların bu kez de nikotin sakızına bağımlılık geliştirebilecekleri ve bırakmada zorlanabilecekleridir (1).

ii. Nikotin Pastilleri: Nikotin pastillerinin 1 mg, 2 mg ve 4 mg'lık formları mevcuttur. Çiğnenmeden yavaşça 30 dakika süreyle emilmesi önerilir. Oral emilimi sakızdan daha iyidir (3).

iii. Nikotin Sublingual Tablet: Nikotinin dilaltı tablet formunda, 2 mg'lık tabletler dilaltına yerleştirilir. Burada kendiliğinden çözünmesi beklenir. Etkinliğin iyi olabilmesi için her saat bir tablet kullanılması önerilmektedir. Tabletler 15-30 dakikada ağız içinde erirler (1,3).

iiii. Nikotin İnhalatörleri: Nikotin inhalatörleri, sigara ağızlığına benzeyen beyaz plastik bir tüpten oluşur ve açıldığında nikotin kartuşu içerir. Kullanıldığında az miktarda nikotin ağız mukozasına yansıtılır ve orada emilir. İsmi inhalatördür ancak gerçekte bu ilaç ile akciğerlere nikotin ulaşmamakta, oral mukozadan emilmektedir. Ağız ve boğaz irritasyonu, öksürük gibi yan etkiler görülebilir (1,3).

c. Nikotin Burun Spreyleri: Nikotin nazal sprey (NNS), nikotinin vücuda en hızlı alınış şeklidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. Yoksunluk semptomlarını bastırmada çok etkili olma avantajı vardır. Ancak burun tahrişine neden olabilir ve nikotini beyne aniden, neredeyse sigara kadar hızlı verdiği için kendisi de bağımlılığa neden olabilir (1,3).

1.2. Bupropion

Bupropion bir antidepresandır ve nikotin bağımlılığının tedavisinde etkili olduğu kanıtlanan ilk nikotinsiz tedavidir. Noradrenalin ve dopaminin geri alınımını inhibe ederek sigaradan türetilen nikotin etkisini taklit eder. Bu şekilde nikotin yoksunluğu belirtilerini azaltır. Depresyon anamnezi olan ve olmayan olgularda eşit etkili olması, bu etkisinin antidepresan etkisinden bağımsız olduğunu desteklemektedir (7). Bupropionun 150 mg'lık tabletleri bulunmaktadır. Tespit edilen sigarayı bırakma tarihinden 1-2 hafta önce tedaviye başlanır. İlk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150 mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak tedavi 8 haftaya tamamlanır. Gerekli görülen durumlarda 6 aya kadar da uzatılabilir. Bupropion genelde iyi tolere edilir. En sık yan etkileri ağız kuruluğu, uykusuzluk ve baş ağrılarıdır. Hastaların yaklaşık %0.1'inde konvülsiyon görülebilir. Bupropion, epilepsi, beyin arteriovenöz malformasyonu, ciddi kafa travması, ciddi felç ve merkezi sinir tümörü veya enfeksiyonu, anoreksia veya bulimia varlığında kontrendikedir. İlaç etkileşimleri açısından da dikkatli olunmalıdır. Etanolün aniden kesilmesi durumu; benzodiazepinlerin, barbitüratların, antiepileptik ilaçların mevcut kullanımı; önceki 2 haftada monoamin oksidaz inhibitörlerinin kullanımı; linezolid veya intravenöz metilen mavisi, geri dönüşümlü bir monoamin oksidaz inhibitörü ile eş zamanlı kullanım önerilmemektedir (1,3,7).

1.3. Vareniklin

Vareniklin, 2006'dan beri sigara bırakma tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır (1). Nikotinik asetilkolin reseptörlerinin (nAChR) parsiyel agonistidir ve öncelikli olarak $\alpha 4 \beta 2$ reseptörlerini hedef alır (9). Vareniklin $\alpha 4 \beta 2$ reseptörlerini uyarak nikotinik agonist etkileri ile nucleus accumbensden dopamin salınımını sağlar, aynı zamanda reseptöre bağlandığı için parsiyel antagonistik etki ile alınan nikotin de bu reseptörlere bağlanmasına engel olur. Nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (3,7,9).

Genellikle sigarayı bırakma tarihinden 7-14 gün önce tedaviye başlanır. Ancak bunun yanında esnek bırakma tarihli yöntem (bir ay içinde bir bırakma günü seçilir), ilaç

ön yükleme yöntemi (bırakma tarihi belirlenmeden ilaca başlanır), azaltıp bırakma yöntemi (ilaca başlanır, sigara kademeli olarak azaltılır) gibi yeni yöntemler de denilmektedir (7). Başlangıç 0,5 mg tabletler ile yapılır. İlk 3 gün sabah bir adet kullandıktan sonra, hasta sabah –akşam, günde 2 adet kullanmaya başlar. Bir hafta bu şekilde tamamlandıktan sonra günde 2 kez 1mg'lık tabletler ile tedaviye devam edilir.

En yaygın yan etkiler bulantı, uyku bozuklukları, anormal rüyalar, baş ağrısı, nazofarenjit ve ağız kuruluğudur. Genellikle, bulantı hafif-orta şiddettedir ve tedavinin başlangıcında ortaya çıkar. Çoğunlukla bir hafta içinde geçer. Bu hastalara ilacı yemekle birlikte alması önerilebilir. Vareniklinin araç sürüş yeteneğini etkileyebileceği düşünülmüş, ancak sonraki çalışmalar bunu desteklememiştir. Yine depresyon, intihar düşüncesi veya kardiyovasküler hastalık riskini artırmadığı da çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Vareniklin kullanımında mutlak veya rölatif kontrendikasyonlar arasında, 18 yaş altı olmak, hamilelik, emzirme ve aktif maddelere veya yardımcı maddelere karşı aşırı hassasiyet bulunmaktadır. Nöbet öyküsü bir kontrendikasyon değildir, ancak tedavi sırasında nöbetlerin ortaya çıkması ilacın kesilmesini gerektirir. (3,4,7,10).

1.4. Kombinasyon Tedavileri

Tedavi başarısını artırmak ve yoksunluk belirtilerini azaltmak amacıyla iki veya daha fazla farmakolojik yöntemin bir arada uygulanmasıdır. Sigarayı bırakmak için hem kombine NRT formları hem de tek NRT ve bupropion kombinasyonunu onaylanmıştır. NRT ve vareniklin kombinasyonu için kontrendikasyon kanıtı yoktur, ancak etkililik sonuçları için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (3).

II. İkinci Basamak Tedaviler

1.1. Nortriptilin

Nortriptilin, sigarayı bırakmada yararlı bir etkiye sahip bir trisiklik antidepresandır. Serotonin ve norepinefrin seviyelerini artırır ve presinaptik nöronal membran tarafından geri emilimlerini engeller. Sigarayı bırakma üzerindeki etkisi antidepresan aktivitesiyle ilişkili değildir. QT segmenti uzaması potansiyeli nedeniyle kronik kalp hastalığı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (3,7).

1.2. Klonidin

Klonidin, hipertansiyonu tedavi etmek için kullanılan seçici bir alfa-adrenerjik reseptör agonistidir. Merkezi sinir sistemindeki etkisi nedeniyle yoksunluk semptomlarını iyileştirmek için kullanılabilir. Plasebo ile karşılaştırıldığında sigarayı bırakmada etkili olduğu gösterilmiştir. Ağız kuruluğu ve sedasyon gibi yan etkiler kullanımını sınırlar (9,11).

Birinci basamak tedaviler başarısız olduğunda veya kontrendike olduğunda ikinci basamak tedaviler düşünülebilir (3).

1.3. Sitizin

Sitizin, birinci basamak ilaçlar kadar etkili olduğu düşünülmese de, kanıt kesinliği orta düzeyde olması, şu anda yalnızca bazı ülkelerde yasal olarak mevcut olma-

sı, dozaj rejiminde daha fazla değişkenliğe sahip olması ve ülke düzeyindeki ilaç düzenleyici kuruluşlar tarafından daha az inceleme ve onaya sahip olması nedenleri ile ikinci basamakta listelenmektedir (2). Ülkemizde, hem Sağlık Bakanlığı'nın ücretsiz sigara bırakma ilacı kampanyasında yer almakta hem de Şubat 2025 tarihinden itibaren eczanelerden temin edilebilmektedir.

Sitizin, cytisus laburnum ve sophora tetraptera gibi bitkilerin tohumlarından elde edilen doğal bir alkaloiddir. Vareniklin ile benzer şekilde etki eder, $\alpha 4 \beta 2$ nikotinik asetilkolin reseptörlerinin parsiyel agonisti ve parsiyel antagonistidir (1,3). Sitizin ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan biri olan Pozzi ve ark'nın çalışmasında 1 yıllık bırakma başarısı %47,3 olarak verilmiştir (12). Önerilen dozaj rejimi, 1 ila 3. günlerde her 2 saatte bir, 1 tablet (1,5 mg) (günde 6 tablet) ile başlar. Bu aşı-

Tablo 2: Tütün Bağımlılığında Farmakolojik Tedavi Doz ve Kullanım Talimatları (1).

İlaç	Doz	Talimatlar
Bupropion	1-3. günler: Her sabah 150 mg; 4. gün-son: 150 mg x 2/gün(en az 8 saat ara ile)	Bırakma tarihinden 1-2 hafta önce başlayın; 2-6 ay kullanın
Nikotin Sakızı	2 mg – hasta günde ≤ 24 sigara içiyor 4 mg – hasta günde ≥ 25 sigara içiyor Oybirliğiyle önerilen doz günde çığnenen 8-12 sakızdır	3-6 ay kullanın
Nikotin Pastilleri	1, 2 ve 4 mg dozları; başlangıçta her 1-2 saatte 1 pastil, sonra azaltılır hasta uyandıktan sonra ≥ 30 dakika sigara içiyorsa 2 mg; hasta uyandıktan sonra < 30 dakika sigara içiyorsa 4 mg	3-6 ay kullanın
Nikotin Bandı	7, 14, 21 mg/24 saat (veya 10,15,25 mg/16) Hasta günde 10 sigara içiyorsa, 4 hafta boyunca günde 21 mg, sonra 2 hafta boyunca günde 14 mg, sonra 2 hafta boyunca günde 7 mg; Hasta günde < 10 sigara içiyorsa, 6 hafta boyunca günde 14 mg ile başlayın, ardından 2 hafta boyunca günde 7 mg	Her sabah yeni bant kullanın 8-12 hafta 3-6 ay kullanıldığında artan etkililik kanıtı
Vareniklin	1-3. Günler: Her sabah 0,5 mg; 4-7. Günler: Günde iki kez 0,5 mg; 8-son: Günde iki kez 1 mg	Bırakma tarihinden 1 hafta önce başlayın; 3-6 ay kullanın
Sitizin	1-3. günlerde her 2 saatte bir, 1 tablet (1,5 mg) (günde 6 tablet) sonra etkinlik kontrolü Olumlu etki varsa, hasta 5. günde sigarayı bırakmalıdır. 4-12. günlerde, günde 5 tablet (2-5 saat ara ile) ; 13-16. günlerde, günde 4 tablet (3 saat ara ile); 17-20. günlerde günde 3 tablet (5 saat ara ile); 21-25. günlerde günde 1 2 tablet (6-8 saat ara ile)	25 günde tedavi sonlandırılır

mada, sigara içimi azaltılmalıdır. İstenilen etki ortaya çıkmazsa, tedavi kesilir ve 2-3 ay sonra tekrar denenebilir. Olumlu etki varsa, hasta 5. günde sigarayı bırakmalıdır. 4-12. günlerde, günde 5 tablet (2-5 saat ara ile); 13-16. günlerde, günde 4 tablet (3 saat ara ile); 17-20. günlerde günde 3 tablet (5 saat ara ile); 21-25. günlerde günde 1-2 tablet (6-8 saat ara ile) alınarak tedavi sonlandırılır (1). Bulantı, kusma, konstipasyon ve uyku bozuklukları en sık yan etkilerdir (1,12) Yan etki gelişme riski %31 olarak verilmiştir (12). Sitizinin aşırı dozu, nikotin zehirlenmesine benzer ve bulantı, kusma, klonik konvülsiyonlar, taşikardi, göz bebeği genişlemesi, baş ağrısı, genel halsizlik, solunum felci gibi etkiler ortaya çıkarabilir (1).

Tablo 2’de tütün bağımlılığının tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçların doz ve kullanım talimatları özet şekilde verilmiştir.

Sonuç

Tütün bağımlılığının tedavisi birçok bileşeni olan meşakatli bir süreçtir. Yoksunluk belirtilerini hafifletmek ve sigara içme isteğini azaltmak için farmakolojik ilaç tedavileri tercih edilebilir. Nikotin replasman tedavisi, bupropion, vareniklin, sitizin gibi ilaçlar ve kombine tedaviler sigarayı bırakma mücadelesini desteklemektedir.

Kaynaklar

1. European Network for Tobacco Dependence Treatment Guidelines. https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf Erişim Tarihi: 2020
2. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adult. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. Polat Yuluğ D, Özge C. Sigara Bırakma Farmakolojik Tedavisi: Musaffa Salepçi B, ed. Türkiye Klinikleri. Ankara Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş; 2024:45-51
4. Giulietti F, Filipponi A, rosettani G, Giordano P, Iacoacci C, Spannella F, ve ark. Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated review for Daily Clinical Practice. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2020;27(5):349-62.
5. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11:CD000146.
6. Drug and Therapeutics Bulletin. Republished: nicotine and health. BMJ 2014; 349:2014.7.0264rep. doi:10.1136/bmj.2014.7.0264rep
7. Choi HK, Ataucuri-Vargas J, Lin C, Singrey A. The current state of tobacco cessation treatment. Cleve Clin J Med. 2021;88(7):393-404.
8. Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, ve ark. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 6. Art. No.: CD013308.DOI: 10.1002/14651858.CD013308.pub2.
9. Gómez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, Dodd S. Current and Emerging Pharmacotherapies for Cessation of Tobacco Smoking. Pharmacotherapy. 2018;38(2):235-58
10. US Food and Drug Administration. Drug safety communication. FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings. [cited: 12.10.2024]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-revises-description-mental-healthside-effects-stop-smoking>
11. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004; 2004(3):CD000058. doi:10.1002/14651858.CD000058.pub2
12. Pozzi P, Boffi R, Veronese C, Trussardo S, Valsecchi C, Sabia F ve ark. Cytisine as a smoking cessation aid: Preliminary observations with a modified therapeutic scheme in real life Tumori Journal2024;110:2:124–131

12. ELEKTRONİK SİĞARA VE ISITILMIŞ TÜTÜN ÜRÜNLERİ NEDEN SİĞARA BIRAKMA ARACI OLAMAZ?

1950’li yıllarda sigaranın zararlarının anlaşılmasına başlaması ile birlikte aslında şu an piyasaya sürülmüş bulunan yeni ürünlerin çalışmaları başladı demek yanlış olmaz. Daha az zararlı kavramını yerleştirebilmek için tütün endüstrisi yıllardır çalışmaya devam etmektedir.

Elektronik Sigara

İlk olarak 1963 yılında ısıtılmış hava ile çalışan bir model patentlenerek piyasaya sürülmüş, ancak ticari olarak başarılı olamamıştır (1). 2003 yılına geldiğimizde günümüzde kullanılan modellerin ilk örneği Çin’de patent almış ve 2004 yılında piyasaya sürülmüştür. Türkiye’de 2007 yılında sigara bırakma aracı gibi pazarlanmaya çalışılmış ancak daha sonra yasaklanmıştır (2). Yıllar içerisinde değişik modeller ile çeşitlendirilerek, özellikle sigara

yasağına bir başkaldırı ve zararsız bir ürün mottosu ile pazarlanmış ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Elektronik sigara içeriği zararsız ve sadece nikotin içeriyor olarak pazarlanmaya çalışılsa da etkilerinin sigara ile benzer olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.

Sohal ve ark.nın yaptığı bir çalışmada geleneksel sigara, elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünlerinin bronş epiteli üzerine yaptığı etkiler araştırılmış ve her üç ürünün benzer şekilde oksidatif stres ve inflamasyonda artış, enfeksiyonlara yatkınlık, hava yolu remodellingi, sitokin ve enzim salgısı, kollajen ve fibronectin salgısı yaptığı gösterilmiştir (4). Mark Olfson ve ark.nın yaptığı bir çalışma özellikle genç nüfusun bu ürünü kullandığı, bırakma üzerine bir etkisi olmadığı gibi ağır içicilikle ilgili olduğunu göstermiştir (5).

Elektronik sigara kullanımı öncelikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere tüm dünyada hızla artmakta, daha az zararlı algısı ile sigarayı bırakmış kişilerin de yeniden bu ürünleri kullanarak tütün kullanma alışkanlığına geri

Tablo 1: Elektronik sigaranın içerik ve potansiyel zararları (3 numaralı kaynaktan alınmıştır)

	İçerik	Potansiyel Zarar
Metal Materyal	Pil Nikel-krom kablo Demir Aluminyum Silika Seramik	Karsinojen Solunum hastalıkları Otoimmün disfonksiyon Üreme toksikası
Likid Materyal	Nikotin Propilen glikol Gliserin Mentol Şeker	Antibakteriyel defans bozukluğu Alveoler makrofaj disfonksiyonu İnflamasyon Sitotoksosite Endotelial hücre geçirgenliğinde artış. Primer iritasyon Bronşiolitis obliterans
Aerosol	Akrolein Formaldehit Glisidol Volatil organik içerik Nitrozaminler NNN (N-Nitrozonornikotin)	Akciğer kanseri, KOAH, Astım Epitelial cevap ve müsin sekresyonu artışı İritasyon, baş ağrısı, organ hasarı Potent karsinojen

döndüğü görülmektedir. Gençlerde elektronik sigara kullanımı ABD’de %19.6, Avrupa’da %14.8 seviyelerine çıkmıştır. Kullanıcıların çoğu elektronik sigara ve geleneksel sigarayı birlikte kullanmaktadır (5,6).

Isıtılmış Tütün ürünleri (Heated tobacco product - HTP)

Isıtılmış tütün ürünleri ile ilgili çalışmalarda 1962 yılına dayanmaktadır. Farklı tütün firmaları süreç içerisinde değişik ürünleri denemiş ve piyasaya sürmüştür. Bu ürünlerin birçoğu o dönemde başarısız olduğu için piyasadan çekilmiştir. 2008 yılında tütün endüstrisi bu ürünlere yeniden yatırım yapmaya başlamış ve 2014 yılında ilk olarak Japonya ve İtalya’da piyasaya sürülmüştür. 2022 itibarı ile 64 ülkede pazarlanır hale gelmiştir (7,8). Güncel araştırmalar, HTP kullanıcılarının büyük çoğunluğunun sigara geçmişi olan yetişkinler olduğunu ve ikili kullanımın yaygınlığını göstermektedir (7). HTP pazarında 2022-2027 arasında %80 büyümeye beklenirken, özellikle Batı Avrupa (%41) ve Afrika’da yeni pazarların açılması öngörülmektedir (8). 25-34 yaş grubunda kullanım 35 yaş üstüne göre 2,3 kat fazladır (8). Bu da bu ürünlerin pazarlanmasında özellikle gençlerin hedeflendiğini göstermektedir.

Yaklaşık 300 derecede ısıtılan tütünün daha az zararlı olduğu iddia edilse de yapılan çalışmalar içeriğinde birçok kimyasal olduğunu ve etkilerinin diğer tütün ürünlerinden farklı olmadığını göstermektedir (4,9,10).

HTP’lerin dünya genelinde kullanım oranı ülkelerden ülkeye farklı olabilmekte ve %3.8 -%35.2 oranlarında bildirilmiştir (11,12). Ülkemizde bu ürünün satışının yasak olmasına karşın rahatlıkla temin edilebildiği ya da komşu

ülkelerden ve Kıbrıs’tan getirilmesinin mümkün olduğu bilinmektedir. Ülkemizde özellikle gençler de olmak üzere kullanımının arttığı da yapılan çalışmalarda görülmektedir.

Bu ürünleri neden bırakma aracı olarak kullanamayız?

Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünleri bizzat tütün endüstrisi tarafından tasarlanmış, üretilmiş ve piyasaya sunulmuş ürünlerdir. İlaç olarak tasarlanmamıştır. Sunulma amaçları sağlık değil daha fazla kâr etmektir. Gizli-açık agresif reklam ve kampanyalarla tüm dünyada kullanımları hızla artmaktadır. Gelecekte geleneksel sigaranın yerine bu ürünlerin geçmesi planlanmaktadır. Endüstrinin söylemlerinde yer alan daha az zararlı olduklarını gösteren bilimsel kanıt olmadığı gibi, diğer tütün ürünleri ile benzer olumsuz sağlık etkilerine sahiptirler. Bırakmaya yardım etmek bir yana, sigarayı bırakmış kişilerin yeniden tütün bağımlılığına dönüş yapmalarına neden olmaktadır. Ayrıca hiçbir tütün ürünü kullanmayan gençlerde elektronik sigara kullanımı sonrasında sigara kullanmaya başladıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Özellikle gençlerin hedef alınması ile gençlerin diğer maddelere karşı bağımlılık geliştirmelerinin de önünü açmaktadır.

Sigara bırakma polikliniklerinde hastaların sigara kullanım anamnezleri alınırken mutlaka elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri gibi güncel tehditleri kullanıp kullanmadıkları detaylı sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Isıtılmış tütün ürünleri ya da elektronik sigara kullanan hastalarla karşılaşıldığında bu ürünlerin diğer tütün ürünlerinden farklı olmadığı mutlaka anlatılmalı ve bırakma yardımı için geleneksel sigara içen hastalardan farklı davranılmamalıdır. Değerlendirme ve bırakma tedavisi aynı şekilde yapılmalıdır.

Tablo 2: Isıtılmış tütün ürünleri içeriği (Kaynak 9,10 dan alınmıştır)

Isıtılmış tütün ürünlerinde ana akım dumanında tesbit edilen bazı kimyasallar	
Formaldehit	Methakrolein
Asetaldehit	Butiraldehit
Aseton	Valeraldehit
Akrolein	Glyoxal
Propionaldehit	Methyl glyoxal
Krotonaldehit	Karbon Monoksit
	Propileneglikol

Kaynaklar

1. Cloud Chasing A Closer Look at the E-Cigarette Epidemic. South Central Public Health District 2021,1-2.
2. Erdöl C. Geçmişten Günümüze Tütün ve Tütün Ürünleriyle Mücadele Yolculuğu. 2. Baskı. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yayınları; 2019.

3. Romero IT, Padilla RP, Zabert G, Gutierrez IB, Respiratory Impact of Electronic Cigarettes and Liow-Risk tobacco. *Rev invest Clin.*2019, 71: 17-27. doi; 10.24875
4. Sohal SS, Eapen MS, Naidu VGM, et al. IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. *ERJ Open Res* 2019; 5: 00159-2018 doi:10.1183.
5. Olfson M, Wall MM, Liu SM, Sultan RS, Blanco C.E-cigarette Use Among Young Adults in the U.S. *Am J Prev Med.* 2019 May;56(5):655-663. doi: 10.1016
6. Bilir N, Özcebe H, Elektronik Sigara ve Isıtılmış Tütün ürünleri teknik Rapor, ISBN: 978-605-85528-9-0 Yayın No: 17-2022/1 Mayıs 2022.
7. Sun T, Anandan A, W. Lim CC, East K, Xu SS, Quah ACK and at all, Global prevalence of heated tobacco product use, 2015–22: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2023;118:1430–1444. Doi:10.1111.
8. Tobacco Tactics. Heated tobacco products. 2023. Available from: <https://tobaccotactics.org/article/heated-tobacco-products/>.
9. Salman R, Talih S, El-Hage R, Haddad C, Karaoghlanian N, El-Hellani A, Saliba NA, Shihadeh A, Free-Base and Total Nicotine, Reactive Oxygen Species, and Carbonyl Emissions From IQOS, a Heated Tobacco Product. *Nicotine & Tobacco Research*, 2019, 1285–1288 doi:10.1093.
10. Upadhyay S, Rahman M, Johanson G, Palmberg L, Ganguly K. Heated Tobacco Products: Insights into Composition and Toxicity, *Toxics* 2023, 11, 667. <https://doi.org/10.3390>.
11. E-cigarettes and other alternative nicotine products <https://www.tobaccoinaustralia.org.au/chapter-18-e-cigarettes/in-depth-18b-non-combustible-cigarettes/18b-2-the-heated-tobacco-product-market> Erişim Tarihi: 12.02.2025
12. Consumption of heated tobacco among smokers in Poland from 2020 to 2024 <https://www.statista.com/statistics/1537909/poland-heated-tobacco-consumption/> Erişim Tarihi: 12.02.2025

13. BIRAKMA DÖNEMİNDE İZLEM

Nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi, tedavisinin planlanması ve başlanması kadar önemli diğer bir süreç tedavi başlanan hastaların izlenmesidir. Düzenli ve etkili bir izlem stratejisinin oluşturulması ve uygulanması tedavi başarısını önemli düzeyde artırmaktadır (1- 4). Bırakmayı düşünen hastalara yapılan 5A (ask/advise/assess/assist/arrange), 5Ö (öğren/öner/ölç/önderlik et/örgütüle) müdahalesinin önemli bileşenlerinden birisi de izlemdir (1-3). Bırakmayı düşünmeyen hastalarda düzenli izlem planlanması gerçekçi değildir. Ancak bırakmayı düşünmeyen hastalarda her karşılaşma kısa klinik müdahale yapmak için fırsat olarak düşünülmelidir (1,2). Bırakmayı düşünen ve sigara bırakma müdahalesi yapılmış hastalarda izlem randevularının planlanması gereklidir (1). Bu randevular bireysel yüz yüze, grup görüşmeleri şeklinde yüz yüze, telefon konsültasyonu, çevrimiçi görüşmeler şeklinde gerçekleştirilebilir (1,2). Yeni gündeme gelen dijital ortamda bulunan teknolojik izlem yöntemleri de kullanılmaya başlamıştır (2). Dijital ortamlarda sigara bırakma amacıyla geliştirilmiş çok sayıda uygulama mevcuttur (2). Ancak bunların bilimsel bilgiye dayalı geliştirilenleri sigara bırakma sürecinde yardım sağlarken, bilimsel bilgiye dayalı titiz bir tasarım, test ve bakım sürecinden geçmemiş uygulamalar sürece zarar verme potansiyeli taşımaktadır (2). Bu nedenle dijital uygulamaları kullanmayı düşünen ülkeler, güvenilir kurumlar tarafından değerlendirme/doğrulama ve kalite güvencesi süreci aracılığıyla mevcut dijital tütün bırakma programlarını uyarlamayı düşünebilirler (2). Dijital araçların sınırlamaları ve gelişen özellikleri akılda tutulmalı ve yerel uygulamayı araştırma, izleme ve değerlendirme süreçleri yapılandırılmalıdır (2). Ayrıca dijital uygulamalara tütün endüstrisinin müdahalelerini önleyecek tedbirlerin alınması da güvenceye alınmalıdır (2).

Sigara bırakmada kullanılacak izlem yöntemleri birbirini tamamlayacak şekilde bir arada kullanılabilir. Gö-

rüşme sayısının ve süresinin ne kadar olması gerektiği konusunda öneri ise her bir görüşmenin minimum 10 dk olmak kaydıyla, ilk 3 ayda 5 kez olması gerektiği şeklindedir (1-3). Görüşme sayısının hastanın gereksinimine göre artırılması bırakma başarısını artırmaktadır (4). Bu görüşmelerden ilkinin sigara bırakma günü ya da haftasında olması önerilmektedir (1,2). Sonrakiler süreç planlandığı şekilde sürüyorsa 1, 3, 6 ve 12. aylarda olması şeklindedir (1-3). Planlanmış randevuya gelmeyen hastaların telefonla aranması ve görüşmeye gelmeme nedeninin öğrenilmesi ve gerekli girişimin yapılması hastanın süreçte tutulmasına katkı sağlayacaktır. Görüşme içerikleri hastanın içinde bulunduğu sürece ve gereksinimine göre yapılandırılmalıdır. Örneğin bırakma günü sonrasında yapılan ilk görüşmede sürecin planlanan şekilde sürüp sürmediği, yoksunluk belirtilerinin kontrol düzeyi, hastanın süreçle ilgili bilişsel ve davranışsal durumu, farmakoterapiye ilişkin etkinlik ve yan etki araştırılması gerekirken, bırakmayı sürdüren hastalarda nüks riskinin araştırılması ve nüks önlemeye yönelik görüşmelerin yapılandırılması gereklidir (1). Tüm görüşmelerde danışmanın, hastayı sürecin içinde tutacak, motivasyonel görüşme ilkelerine uygun bir üslupla görüşmeleri gerçekleştirilmesi sürecin sağlıklı devam etmesi açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Kumar R, Prasad R. Smoking Cessation: An Update. Indian J Chest Dis Allied Sci 2014;56:161-169]
2. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Türk Toraks Derneği Tütün kontrolü çalışma grubu 2014. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaş raporu. https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/ef712e27e221af17ab3b44ca23fe11aa49b62032270561dce9e62214188110ac.pdf Ulaşma tarihi 06.03.2025
4. Günay T, Acar N, Lülecı D, Seven F, Şentürk Durukan N, Baydur H, Kılınç O, Taner Ş. Factors affecting smoking cessation success in individuals who applied to a smoking cessation centre. Cent Eur J Public Health 2024; 32 (4): 256–262.

14. SİGARA BIRAKMA BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sigara içenlerin %70'i sigarayı bırakmayı düşünürler ve her yıl %30-40'ı bırakmaya çalışırlar. Kendi başına bırakmaya çalışanların %5'inden daha azı bırakmayı başlar. Bırakmayı başaramayanların 2/3'ü de 30 gün içinde tekrar bırakmayı isterler. Sigara içenlerin %70'den fazlası her yıl bir klinisyeni, 1/3'ü bir diş hekimini ziyaret eder. Bir hekimin 3-5 dakikalık sigara bırakma hakkında konuşması ve önerisi bile sigara bırakma başarısını artıran önemli bir faktördür. Tütün bağımlılığı kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır ve tüm kronik hastalıklar için olduğu gibi tütün bağımlılığı tedavisi için de yayınlanmış rehberler bulunmaktadır. Bu rehberler tarafından önerilen farmakolojik, davranışsal ve motivasyonel tedaviler ile sigara bırakma başarı oranları kısa süreli görüşmeye göre en azından 2-3 kat artmaktadır (1,2). Başarı oranları, ülkemizde de yaygın olan sigara bırakma polikliniklerinin yapılması, bu polikliniklerde görevli hekim ve yardımcı sağlık personelinin yaklaşımı ile de yakından ilişkilidir (2). Gelişmiş sigara bırakma yaklaşımları ve tedavilerine rağmen uzun süreli sigara bırakma oranları hâlen düşük düzeylerde olup, sigara bırakmaya çalışanlar defalarca denedikten sonra başarıya ulaşabilmektedirler. Bu nedenle sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri irdelemek önemlidir.

Bu bölümde sigara bırakma için uygulanan tedaviler dışındaki sigara bırakma başarısını etkileyen diğer faktörler tartışılacaktır. Literatür incelendiğinde Caponnetto ve Polosa'nın 2008 yılında yayınlanan derlemesinde 202 makale incelenmiş ve sigara bırakma başarısını etkileyen yaş, cinsiyet, sigaraya başlama yaşı, önceki sigara bırakma denemeleri, depresyon, anksiyete, motivasyon, nikotin bağımlılığı, alkolizm, bekâr-evli yaşıyor olmak, evde veya işyerinde başka sigara içenler olması gibi faktörler değerlendirilmiştir. Kronik hastalığı olanlar, ergenler, psikiyatrik hastalığı olanlar gibi spesifik popülasyonları içeren makaleler derlemeye alınmamıştır. Bu derlemede önceki bırakma deneyimlerinin daha uzun süreli olması; alkol sorunu, anksiyete ve depresyon olmaması; düşük-orta ni-

kotin bağımlılığı; yeterince motive olmak; evli olmak; çevresinde sigara içen olmaması en etkili faktörler olarak tespit edilmiştir (3). Fakat bu çalışmaların farklı metodolojisi ve heterojenitesi nedeni ile Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubunun 2014'te yayınlanmış olan Uzlaş Raporunda bahsedildiği gibi mevcut verilere göre sigara bırakma başarısını etkileyen kesin bir faktör hâlen bulunamamıştır (4). Bu konuda 2011 yılında yayınlanmış başka bir derlemede farklı ülkelerden popülasyon bazlı 8 çalışma incelenmiş ve sigara bırakma teşebbüsünde önceki bırakma deneyimleri ve motivasyon etkili bulunmuşken bırakma başarısında etkili faktör olarak sadece bağımlılık düzeyi tespit edilmiştir. Yazarlar, doğu ve batı toplumları arasında kültür ve din farklılıkları nedeni ile bırakma başarısında etkili olması beklenen cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi faktörlerin bırakma teşebbüsü veya başarısı üzerine etkili olmadığı yorumunu yapmışlar (4-5). Sonuç olarak, başarıyı etkileyen faktörler genelleştirilemez, gerçek yaşam ortamlarında, farklı ülkelerdeki sigara içenlerin sosyo-kültürel ve dini özellikleri dikkate alınmalıdır (6).

Bu bölüm, önceki uzlaş raporu (4) baz alınarak ve son yıllarda yapılmış çalışmalar gözden geçirilerek revize edildi. Sigara bırakma üzerine etkili faktörleri belli başlıklar altında incelemek konuya daha açıklık getirecektir.

1. Cinsiyet

Çalışmaların büyük çoğunluğunda erkeklerde uzun süreli sigara bırakma başarısı kadınlara göre daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Sigara bırakma deneyimleri ise benzer oranlardadır. Kadınların depresyona eğilimli olması, kilo alma kaygıları, nikotin eksikliği nedeni ile kognitif olarak erkeklerle göre daha negatif etkilenmeleri başarı oranlarını azaltmaktadır (3,4,7). Son yıllarda yayınlanmış çalışmalara baktığımızda genellikle doğu toplumlarından olması nedeni ile İran çalışmasının (8) sadece erkek popülasyonu içermesi, diğer çalışmalardaki (9,10) kadın popülasyonun da çok az olması nedeni ile cinsiyet açısından bir sonuç bildirilmemiştir. Ülkemizden yayınlanmış iki çalışmada ise sigara bırakma başarısında cinsiyet açısından bir fark bulunmamıştır (11-13). Sonuç olarak sigara bırakma başarısında cinsiyetin rolü hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2. Yaş

Sigaraya erken yaşta başlayanların daha fazla sigara tükettikleri, daha uzun süre sigara içtikleri ve bağımlılık düzeylerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (3). Bu nedenle önceki yıllarda yayınlanmış pek çok çalışmada sigaraya erken yaşta başlamanın sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (3,14,15). Bazı çalışmalarda ise ileri yaşta olmanın başarıyı artırdığı tespit edilmiştir (4,7,9,10). Sadece erkek popülasyonda yapılmış İran çalışmasında ise daha ileri yaşta olanlar daha başarısız bulunmuştur (8). Ülkemizde yapılan iki çalışmada yaş açısından bir fark bulunmamış (11,13), diğer çalışmada ise sigaraya erken yaşta başlayanların bırakma başarısı daha düşük bulunmuştur (12). Sonuç olarak sigaraya erken yaşta başlamanın bırakmayı olumsuz etkileyen kritik bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

3. Önceki Sigara Bırakma Girişimleri

Sigara bırakmaya çalışanların büyük çoğunluğu daha önce de bırakmayı denemişlerdir. Önceki çalışmalarda daha önce bırakma deneyimleri daha fazla sayıda ve daha uzun süre olanların daha başarılı oldukları tespit edilmiştir (3,4,16,17). Daha önceki başarılı deneyimlerin motivasyonu artırdığı ve 5 günden daha uzun süren bırakma deneyimi olanların daha başarılı oldukları tespit edilmiştir (3). Son yıllarda yayınlanmış çalışmalarda ve Türkiye çalışmaları bu faktör irdelenmemiştir.

4. Ruh Sağlığı (Depresyon ve Anksiyete)

Sigara içenler arasında depresyon oranının yüksek olduğu bilinmektedir ve sebep olarak sigara içmenin depresif modu tedavi ettiği, stresle baş etmeyi kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir (3). Bu hipotezi destekleyen sigara bırakma sonrasında majör depresyon atağı geçirme riskinin arttığını ve bu riskin en azından 6 ay sürdüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (18,19). Çalışmalarda depresyon varlığının ve negatif duygu durumunun sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (3,4,10,12,). Fakat depresyon varlığının başarı oranını etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (13,20,21).

Anksiyete bozukluğu ve panik atağı olan hastalar arasında da sigara içme oranları yüksektir ve bu kişiler sigara bırakma sırasında daha fazla yoksunluk semptomu hissediler (3). Bu nedenle anksiyete varlığı sigara bırakma başarısını olumsuz etkileyen bir faktördür (3,4,10,12). Tayland çalışmasında insomnia varlığı da olumsuz bir faktör olarak bulunmuştur (9). Sonuç olarak psikiyatrik hastalığı olanlarda farmakolojik tedavilere ve psikiyatri desteğine ihtiyaç vardır.

5. Nikotin Bağımlılığı

Sigara bırakmayı en çok etkileyen faktör olarak bilinen nikotin bağımlılığı, 6 soru içeren, çok kısa sürede cevaplanabilen Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Skoru ile değerlendirilir ve bağımlılık skoru 7'nin üstünde olanlar ileri düzeyde bağımlı olarak tanımlanır (22). Bağımlılık skoru yüksek olan kişilerin daha fazla nikotin eksiklik belirtileri hissetmeleri nedeni ile daha başarısız olacakları öngörülmektedir (3). Daha fazla sayıda ve sabah ilk 5 dakikada sigara içilmesi skoru belirleyen en önemli belirteçler olup pek çok çalışmada bu belirteçlerin sigara bırakmayı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (3,4,7,8,10,12). Vangeli ve ark.nın derlemesinde sigara bırakma girişiminde önceki deneyimler ve motivasyon etkili bulunmuşken, bırakma başarısını etkileyen tek faktör bağımlılık düzeyi olarak belirlenmiştir (5). Bu nedenle bağımlılık düzeyi yüksek olgularda mutlaka farmakolojik tedavi ihtiyacı vardır.

6. Alkol Bağımlılığı

Alkolizm, sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkiler. Alkol kullanmayanlarda sigara bırakma başarısı, alkol alanlara göre ≥ 3 kat daha yüksektir (3). Erkek popülasyonunun fazla olduğu çalışmalarda da alkol kullanımının sigara bırakma başarısını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (8,10). Tersine sigara bırakmanın alkol bağımlılığında relapsa neden olmadığı ve bağımlılığı olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (23,24). Alkol bağımlılığı olan olguların bağımlılık merkezlerinden destek almak gereklidir.

7. Motivasyon

Sigara bırakma konusunda birikmiş olan kanıtlara göre kişisel motivasyon sigara bırakma başarısını artıran en önemli faktörlerdendir (3,4,25,26). Hekim tarafından 30 saniye kadar kısa bir sürede bazı sorularla hastanın motivasyon düzeyinin 0-10 arasında değerlendirilmesi bile sigara bırakmaya katkı sağlayabilir (27). Hastanın başlangıçtaki motivasyonu, süre uzadıkça azalabileceği için hasta ile ilk görüşmeden kısa bir süre sonra bırakma günü belirlemek önemlidir. Görüşmeler sırasında hastanın motivasyonunu artırmaya yönelik yaklaşım gereklidir. Özellikle sigara içicisinin sigarayı bıraktığında içsel kazanımları (sağlığının daha iyi olması ve öz güveninin artması) ve dışsal kazanımları (sigaraya harcadığı paranın azalması ve sosyal çevrede daha fazla kabul görmesi) konusunda motive edilmesi başarıyı olumlu etkiler (3). Curry ve ark.nın 90'lı yıllarda yapmış olduğu çalışmalarda içsel motivasyonun, dışsal motivasyona göre sigara bırakma başarısını daha çok artırdığı gösterilmiştir (28,29). İki binli yıllarda bu konuda yayınlanmış iki derlemede motivasyon, sigara bırakma başarısını etkileyen önemli bir faktör olarak bulunmuştur (3,5). Son yıllarda doğu ülkelerinden ve ülkemizden yayınlanmış olan çalışmalarda da kişilerin motive edilmesinin, sık görüşmelerin ve telefonla aranmalarının başarı oranını artırdığı gösterilmiştir (8-10,12,13). Sonuç olarak motivasyonu artıran yaklaşımlar sigara bırakma başarısını artırır.

8. Aile ve Sosyal Çevre

Sigara bırakmaya karar veren kişinin medeni durumu, iş çevresi, sosyal çevresi bırakma başarısını etkileyen önemli faktörlerdir. Evde, işyerinde, arkadaş çevresinde sigara içiliyor olması başarıyı olumsuz etkiler (3,4). Pek çok çalışmada mesleki sosyal statü, evli olmak, evdeki sigara içen sayısı, aile desteği, sosyal çevre desteği, torun sahibi olmak bırakma başarısını etkileyen önemli faktörler olarak bulunmuştur (7,9-12,30-32). Sigara içiciler genellikle sigara içenlerle evlenmeye meyilli olmakla birlikte sigara içmeyen birisi ile evlendiklerinde de sigara bırakmaya meyilli olmaktadır. Bu nedenle sigara içmeyen eşin desteği veya eşlerin birlikte karar vererek sigarayı bırakmaları başarı oranını artırır. Eşin pozitif destekleyici yaklaşımı (bırakma çabasını takdir etme) olumlu yönde

etkilerken negatif yaklaşımı (sigara içmesinden sürekli şikâyet etmesi) olumsuz etkiler. Eş desteği gibi sosyal çevre ve işyerinde iş arkadaşlarının desteği de başarı oranını olumlu yönde etkiler (3).

9. Komorbiditeler

Özellikle kanser olduğunu öğrenen kişilerde bırakma isteği fazla olmakla birlikte nikotin bağımlılığının yüksek olması; astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kronik kardiovasküler hastalığı olanlarda nikotin bağımlılığının yüksek olması ve hastalıklarına bağlı stresi sigara ile yendikleri algısı; diyabetik hastalarda kilo alma korkusu bu hastalarda sigara bırakma başarısını olumsuz etkilemektedir (4,7,11,33,34). Fakat araştırmaların çoğunda ek hastalık varlığı dışlanma kriteri olduğu için bu konuda literatürde yeterli kanıt yoktur.

10. Bırakma Sürecinin Dinamik Faktörleri

Sigara bırakma süreci relapslarla seyreden bir süreçtir. Bu süreçte nikotin yoksunluk belirtilerini daha fazla yaşayanlar daha başarısız olmakta evde sigara içen eş, işyerinde sigara içen arkadaşlar olması süreci olumsuz etkilemektedir (3,4). Kilo alma korkusunun süreci olumsuz etkileyebileceği öngörülmekle birlikte bu konuda da çelişkili sonuçlar mevcuttur (4). Türkiye'de yapılmış iki çalışmada bırakma sürecindeki görüşme sıklığının ve telefonla aramaların başarıyı artırdığı gösterilmiştir (12,13).

11. Genetik Faktörler

Sigara içicilerin çoğunun bırakma isteği olmasına ve bırakmada yardımcı davranışsal veya farmakolojik tedavilerin etkin bulunmuş olmasına rağmen hâlen bırakma oranları çok düşüktür. Sigara içme davranışı ve nikotin bağımlılığı üzerine etkili genetik farklılıklar olduğu bilinmekte ve bu konuda araştırmalar devam etmektedir. Çalışmalarda sigaraya başlama sürecindeki farklılıkların %40-75'inin, içmeyi sürdürmedeki farklılıkların %70-80'inin, bırakma başarısındaki farklılıkların %50'sinin, yoksunluk belirtilerindeki farklılıkların %30-50'sinin genetik faktörlere bağlı olduğu gösterilmiştir. Farmakolojik tedavilere de bireylerin farklı tepki vermeleri genetik faktörlerle ilişkilendirilmekte ve genotiplere göre tedavilerin geliştirilmesiyle başarı oranlarının artması beklenmekte ve bu konuda araştırmalar devam etmektedir (35).

11. Diğer Faktörler

Eğitim düzeyinin yüksek olması; gelir düzeyini gösteren kendine ait evde oturuyor olmak ve evdeki oda sayısının fazla olması gibi özelliklerin sigara bırakma başarısını artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Sigara bırakma polikliniklerine başvuran kişilerin daha eğitilmiş olmasının başarıyı artırdığı düşünülmekle birlikte popülasyon çalışmalarında da eğitilmiş kişilerin daha başarılı oldukları gösterilmiştir (3). Eğitim, gelir düzeyi ve meslek gibi faktörlerin bırakmada etkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (7,11,13). İran çalışmasında şehirde yaşayanlarda başarı oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). Tayland çalışmasında çocuk veya torun sahibi olmak, egzersiz yapıyor olmak, kötü kokudan kurtulma isteği, kapalı ortamlarda ve işyerinde sigara içme yasağı olması, sigara fiyatlarının yüksek olması gibi faktörlerin başarıyı artırdığı; sigara içme için sosyal baskı, içmeyi seviyor olmak, sigara ile eşleştirilen aktivitelerin olması gibi faktörlerin de bırakmayı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (9).

Sonuç olarak; Sigaraya geç yaşta başlamak; önceki bırakma deneyimlerinin daha uzun süreli olması; alkol kullanımı olmaması; depresyon ve anksiyete olmaması; düşük ve orta düzeyde nikotin bağımlılığı olması; motivasyonun yüksek olması; evli olmak; evde ve/veya işyerinde sigara içenlerin olmaması; bırakma sürecinde aile ve sosyal desteğin bulunması bırakma başarısını olumlu etkileyen faktörlerdir.

Kaynaklar

1. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008; 35(2): 158–176.
2. European Network for Tobacco Dependence Treatment Guidelines, English edition 2020. https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf. Erişim Tarihi: 05.01.2025.
3. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine* 2008;102:1182-1192.
4. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkili Faktörler. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu, Ankara; 2014;11:44-47.
5. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* 2011;106(12):2110-21.
6. Caponnetto P, Polosa R. Commentary on Vangeli et al. (2011): Towards an improved understanding of smoking relapse predictors – recipe for success? *Addiction* 2011; 106(12): 2122-23.
7. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10: 165-169.
8. Manoochehri Z, Rajati F, Rezaei M, Faradmal J. Factors influencing smoking cessation attempts and success in Iranian male adults: national survey data. *BMC Public Health* 2024; 24:1654.
9. Sornpaisarn B, Parvez N, Chatakan W, et al. Methods and factors influencing successful smoking cessation in Thailand: A case-control study among smokers at the community level. *Tob. Induc. Dis.* 2022; 20: 67.
10. Wang JH, Yang YF, Zhao SL, et al. Attitudes and influencing factors associated with smoking cessation: An online cross-sectional survey in China. *Tob. Induc. Dis.* 2023;21:87.
11. Gülensoy ES, Akpınar EE. The Factors Affecting Smoking Cessation and Efficacy of Quitting Methods. *Middle Black Sea Journal of Health Science* 2019; 5(3):168-174.
12. Esmer B, Sengezer T, Aksu F, Özkara A, Aksu K. Clinical, sociodemographic and tobacco-use factors associated with smoking cessation rates at three years followup, Ankara, Turkey. *Tob. Prev. Cessation* 2019;5:47.
13. Gölcü EE, Çetin H, Tüzün S, Öner C, Cömert SŞ, Şimşek EE. Factors Affecting the Success of Smoking Cessation Clinic: A Cross-Sectional Study. *Bağımlılık Dergisi* 2022;23(2):199-204.
14. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996;86:214-20.
15. Khuder SA, Dayal HH, Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addict Behav* 1999;24(5):673-7.
16. Murray RP, Gerald LB, Lindgren PG, Connett JE, Rand CS, Anthonisen NR. Characteristics of participants who stop smoking and sustain abstinence for 1 and 5 years in the Lung Health Study. *Prev Med* 2000;30(5):392e400.
17. Etter JF. Associations between smoking prevalence, stages of change, cigarette consumption, and quit attempts across the United States. *Prev Med* 2004;38(3):369e73.
18. Kinnunen T, Henning L, Nordstrom BL. Smoking cessation in individuals with depression: recommendations for treatment. *CNS Drugs* 1999;11:93e103.
19. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929e32.

20. Kinnunen T, Haukkala A, Korhonen T, Quiles ZN, Spiro A, Garvey AJ. Depression and smoking across 25 years of the Normative Aging Study. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(4):413e26.
21. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):657e63.
22. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119e27.
23. Covey LS, Glassman AH, Stetner F, Becker J. Effect of history of alcoholism or major depression on smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1993;150(10):1546e7.
24. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, Jr RM, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18(4):867e72.
25. Williams GC, Gagne M, Ryan RM, Deci EL. Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychol* 2002;21:40e50.
26. Boardman T, Catley D, Mayo MS, Ahluwalia JS. Self-efficacy and motivation to quit during participation in a smoking cessation program. *Int J Behav Med* 2005;12(4):266e72.
27. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change: a guide for practitioners. London: Churchill Livingstone; 1999.
28. Curry SJ, Wagner EW, Grothaus L. Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:310e6.
29. Curry SJ, Grothaus L, McBride CM. Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population based sample of smokers. *Addict Behav* 1997;22:727e39.
30. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year followup. *Addict* 2001;96(6):891e902.
31. Chandola T, Head J, Bartley M. Socioeconomic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addict* 2004;99(6):770e7.
32. May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tob Control* 2000; 9(4):415e22.
33. Tsikrika S, Dai S, Dilektasli A, Katsaounou P, Dagli E. Challenges and perspectives of tobacco cessation in special groups of patients and populations. *Breathe* 2023;19:220224.
34. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of Smoking Cessation and Maintenance. *Jurnal of Clinical Psychology* 1998; 54(2): 223-235.
35. Quaak M, van Schayck CP, Knaapen AM, van Schooten FJ. Genetic variation as a predictor of smoking cessation success. A promising preventive and intervention tool for chronic respiratory diseases? *ERJ* 2009;33(3):468-480.

15. ÖZEL DURUMLARDA SİĞARA BIRAKMA TEDAVİSİ

Tütün kontrolü, özellikle düşük gelir düzeyindeki bireyler, kadınlar, gebeler, gençler, cinsel azınlıklar ve kronik hastalığı olanlar gibi kırılgan gruplar için öncelikli bir halk sağlığı sorunudur. Bu gruplar, tütün endüstrisinin hedef kitlesi olma eğilimindedir ve sosyal, ekonomik ve politik etkileşimlerin dikkate alınması önemlidir. Tedavi ve danışmanlık, özel grupların özelliklerini anlayarak şekillendirilmelidir. Bu bağlamda, tütün bağımlılığı ile mücadele ederken, özel grupların ihtiyaçlarına odaklanılmalı ve tedavi yöntemleri bu ihtiyaçlara göre uyarlanmalıdır.

1. Gelir Dengesizliği

Ekonomik göstergeler ile sağlık durumu arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Düşük gelir grubundaki bireylerde tütün kullanımı daha yaygın olup, başlama yaşı daha erken ve tüketim miktarı daha fazladır (1). Tütün ürünlerine uygulanan yüksek vergilendirme gibi uygulamaların, düşük gelir grubundaki bireylerin sigara kullanımını azaltmasında beklenen etkiyi göstermediği belirtilmektedir (2).

Sosyoekonomik kısıtlılıklar, bireylerin stres seviyelerini artırarak psikolojik sorunlara, aile içi problemlere, sağlıksız beslenmeye, şiddet eğilimi ve toplumsal sorunlara yol açmaktadır (3). Aynı zamanda, düşük gelir düzeyi sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayan önemli bir faktördür (4). Kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin, özellikle de kadınların sağlık sigortası kapsamının daha dar olduğu, koruyucu sağlık hizmetleri ve sigara bırakma kliniklerine ulaşımın daha zor olduğu bilinmektedir. Kadınların aile içindeki bakım ve ev işleri gibi sorumlulukları, stres düzeylerini artırarak tütün kullanımını teşvik edebilirken, sigara bırakma kliniklerinden danışmanlık alma olasılıklarını azaltmaktadır (5).

Uzun çalışma saatleri, kamusal alanlarda daha fazla vakit geçirme ve televizyon izleme süresinin artışı gibi etkenler, düşük gelir grubundaki bireylerin tütün ürünleri ve reklamlarına daha fazla maruz kalmalarına sebep olarak sigara kullanımını artırmaktadır (6). Ayrıca sosyal

destek eksikliği, psikolojik sıkıntılar ve yüksek stres düzeyi, bu gruptaki bireylerin sigarayı bırakmasını zorlaştıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (2). Özellikle, tütünle mücadelenin işsizliğe neden olmayacağı, aksine ekonomik faydalar sağlayacağı vurgulanmalı ve yoksullukla mücadelede tütün kontrolünün kritik bir rol oynadığı ortaya konulmalıdır (7).

Tütün kullanımı bireysel bir tercih gibi görünse de, aslında altında karmaşık toplumsal dinamikler yatmaktadır. Irk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği gibi faktörler nedeniyle bireyler çeşitli ayrımcılıklara maruz kalmaktadır. Bu ayrımcılığa uğrayan kırılgan gruplarda tütün kullanım oranları daha yüksek seyretilmektedir. Tütün endüstrisi, ürün yelpazesini genişleterek ve kırılgan gruplara özel pazarlama stratejileri geliştirerek bu grupları hedef almaktadır. Bu grupta sigara bırakma tedavisinde güçlü sosyal destek sağlanmalıdır (8). Aile ve toplum desteğini artırmaya yönelik grup terapileri, sosyal yardımlardan faydalanan bireylere özel sigara bırakma programları, işveren destekli sigara bırakma programlarının teşvik edilmesi sosyal desteğin güçlendirilmesi uygulamalarına örnek olabilir. Sigara bırakma kliniklerinin yaygınlaştırılması, hekim tarafından ilaçların reçetelendirilerek ücretsiz temini sigara bırakma oranını artırabilir.

Okullarda, işyerlerinde yüz yüze veya kitle iletişim araçlarıyla farkındalık ve eğitim programları yapılabilir. Düşük maliyetli veya ücretsiz psikososyal destek sağlanması, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ve stres yönetimi eğitimi etkili olacaktır. Tütün ürünlerine erişimin kısıtlanması için endüstrisinin düşük gelirli gruplara yönelik özel promosyonlarını engelleyen yasal düzenlemeler, tütün ürünlerinin küçük paketlerde satışının önlenmesi, tütün reklamlarının tamamen yasaklanması ve sigara satış noktalarının azaltılması sağlanmalıdır.

2. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklarda sigara bırakma, tedavinin ayrılmaz bir bileşenidir. Kronik hastalık teşhisi alan bireylerde sigara bırakmayı deneme oranlarının arttığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan bireyler sigara bırakma sürecinde cesaretlendirilerek desteklenmelidir. Sigarayı bırakmanın hastalık seyrine olumlu etkileri vur-

gulanmalı, sigaranın semptomları kötüleştirdiği ve genel sağlık durumunu olumsuz etkilediği anlatılmalıdır. Komorbiditeler göz önünde bulundurularak, kişiye özel farmakolojik ve davranışsal tedavi planları oluşturulmalıdır. Sigaranın zararlı etkileri bilinmesine rağmen, kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakma oranları yine de beklenenden düşük seyretmektedir.

2.1. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri hastalarının sigarayı bırakması, tanı, tedavi ve takip sürecinde olumlu sağlık etkileri sağlamaktadır. Sigara bırakıldığında oksijenizasyon artmakta, kan basıncı düşmekte, immün yanıt güçlenmekte ve dolaşım ile solunum fonksiyonları düzelmektedir. Ayrıca, bilişsel fonksiyonların iyileşmesi, iştah ve uyku düzeninin sağlanması gibi ek faydalar da görülmektedir. Sigaranın bırakılması, cerrahi süreçlerde preoperatif ve postoperatif riskleri azaltırken, uzun vadede nüks ve sekonder tümör gelişme riskini düşürmektedir (9). Kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan hastalarda sigaranın bırakılması tedaviye yanıt oranlarını artırırken, komplikasyon, morbidite ve mortalite oranlarının azalmasını sağlamaktadır (10). Akciğer kanseri tanısı konulduğu andan itibaren sigara hastalık ilişkisi, sigara bırakma sonucunda kısa ve uzun dönemdeki kazanımlar anlatılmalı, bağımlılık açısından değerlendirilerek uygun tedavi başlanmalı ve hastalar yakından izlenmelidir.

2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Tütün ürünleri, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gelişimi için en önemli risk faktörlerinden biridir. Sigaranın bırakılması, tedavinin en önemli basamağıdır. Sigaranın bırakılması hastalığın ilerlemesini yavaşlatırken, yıllık FEV1 kaybını azaltmakta, semptomları hafifletmekte, alevlenme ve hastaneye yatış oranlarını düşürmektedir. Ancak, KOAH hastalarında sigara bırakma oranları düşük olup, nikotin bağımlılığı yüksek seyretmektedir (11).

Yüksek nikotin bağımlılığı sigaranın bırakılamamasının sebeplerinden biri olabilir. Kronik solunum yolu hastalığı olanlarda nörobilişsel fonksiyonlarda azalma ve duygudurum bozukluğu daha sıklıkla görülmektedir.

Özellikle depresyon KOAH' da sigara bağımlılık düzeyini artırmaktadır (12).

KOAH ile sigara arasındaki ilişki, sigara içmeye devam ettiklerinde sağlık açısından oluşabilecek riskler ve sigarayı bıraktıklarında kazanımları açıklanmalıdır. Uzun süreli oksijen tedavisi alanlar sigaraya bağlı gelişebilecek kaza ve yanıklar konusunda uyarılmalıdır. Komorbiditeler değerlendirilerek kişisel tedavi planı yapılmalı ve sigara bırakma sürecinde yakın izlem uygulanmalıdır. KOAH hastalarına sigara bırakma danışmanlığında, yoğun motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin bir arada kullanılması durumunda başarılı sonuçlar alındığı gösterilmiştir (13).

2.3. Diğer Kronik Hastalıklar

Diyabeti olan hastaların sigara içmesi, insülin direncini artırarak diyabetin kontrolünü zorlaştırır. Diyabetik bireylerde sigaranın bırakılması, kardiyovasküler komplikasyonları azaltır ve glisemik kontrolü iyileştirir. Diyabetle ilişkili periferik nöropati ve böbrek hastalıklarının ilerleyişini yavaşlatır (14).

İnflamatuar hastalıklarda (Romatoid Artrit, Crohn Hastalığı vb.) sigara, inflamatuvar yanıtı artırarak hastalığın şiddetini artırır. Sigaranın bırakılması, hastalık aktivitesini azaltabilir ve tedaviye yanıtı artırabilir (15).

Kronik böbrek hastalığında sigara kullanımı böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek hastalığın ilerlemesine neden olur. Sigaranın bırakılması, proteinüriyi azaltır ve böbrek fonksiyonlarını koruyarak diyalize geçiş süresini uzatabilir (16).

Kronik hastalığı olan kişilerde sigara bırakma tedavisinde motivasyonel görüşme teknikleri, bilişsel-davranışçı terapi ve destek grupları önerilir. Depresyon, anksiyete gibi komorbiditeler değerlendirilerek psikososyal destek sağlanmalıdır.

Farmakolojik tedavide nikotin replasman tedavileri, bupropion, sitizin ve vareniklin gibi ilaçlar kullanılabilir. Kronik hastalığa bağlı özel risk faktörleri, kontrendikasyonları, ilaç yan etkileri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi ve düzenli takip programları oluşturulmalıdır.

Bu yaklaşımların bir arada kullanılması, bireylerin sigarayı bırakma sürecini daha başarılı bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir.

3. Kadınlar

Dünyada, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, 200 milyon kadın sigara bağımlısıdır. Her yıl 2,15 milyon kadın sigara kullanımı, 600 bin kadın ise sigara dumanına maruz kalma nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Türkiye’de kadınlar arasında sigara bağımlılığı oranı giderek artmaktadır. Başlangıçta erkeklere göre daha düşük olan sigara kullanım oranları, tütün endüstrisi için kadınları potansiyel bir hedef kitle hâline getirmiştir (17).

Tütün endüstrisi, yıllarca kadınları hedef alan reklam ve pazarlama stratejileri geliştirmiştir. İlk olarak sinema dünyasında ünlü kadınları sigara reklamlarında kullanmış, ardından popüler medya organlarında kadınlara yönelik sigara reklamları yayımlanmıştır. Bu dönemde özgür ve güçlü kadın imajı ile sigara arasındaki bağlantı vurgulanmıştır. Kadınları etkilemek için sigara pazarlamasında güzellik, zayıflık, statü, cinsellik ve romantizm gibi temalar öne çıkarılmıştır. Light ve slim sigaralar, kokusuz veya aroma kokulu elektronik sigaralar gibi ürünler de bu pazarlama stratejilerinin bir parçasıdır. Bugün ise sosyal medya, dijital film ve video izleme kanallarında bu tür reklamlar devam etmektedir. Tütün endüstrisi, kadınlara yönelik sosyal sorumluluk projeleri, kadın girişimciliği desteği ve kadın hakları eylemlerine katılarak, aslında reklam yasaklarını aşarak kendi ürünlerini tanıtmaya devam etmektedir (18).

Tütün ürünlerinin kadınlar üzerindeki zararlı sağlık etkileri daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü, kadın ölümlerinin %6’sının sigara kullanımına bağlı olduğunu rapor etmiştir (19). Sigara, kadınlarda akciğer kanseri başta olmak üzere, meme, serviks, mesane, larinks ve pankreas kanserlerine yol açmaktadır. Ayrıca kardiyovasküler hastalıklar ve koroner arter hastalığı riski, sigara içen kadınlarda erkeklerden %25 daha yüksektir. Kadınlarda sigara kullanımı, KOAH’ın daha erken gelişmesine ve daha ağır seyretmesine neden olmaktadır. Sigara içimi ayrıca erken menopoz ve osteoporoz riskini artırmaktadır.

Nikotin metabolizması kadınlarda erkeklerden daha hızlıdır, bu da tedaviye karşı duyarlılığı etkileyebilir. Kadınların sigara bırakma başarısızlık oranı, hormonal faktörler, genetik farklılıklar, kilo kaybı ve duygusal bozukluklara duyarlılık gibi etmenlerden dolayı erkeklerden daha yüksek olabilir. Sigara bırakma sürecinde kadınlara özel yaklaşımlar ve danışmanlık sağlanmalıdır.

Kadınların sigara kullanımıyla ilgili farkındalığı artırmak amacıyla özel tütün kontrol stratejileri geliştirilmelidir. Sigara bırakma konusunda kadınları hedef alan, cinsiyete duyarlı politikalar, yasal düzenlemeler ve denetimler uygulanmalıdır.

4. Gebelik

Gebelik sırasında annenin sigara kullanımı, fetüsün gelişimini olumsuz etkileyerek abortus, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum gibi riskleri artırmaktadır. Sigara içen ya da ikinci el sigara dumanına maruz kalan annelerin bebeklerinin konjenital malformasyonlar, immün sistem bozuklukları, astım ve ani bebek ölümü oranları daha yüksektir (20). Ayrıca sigara içen annelerin, bebeklerini yeterince emziremedikleri de saptanmıştır. Emziren annelerde, sigara içilmesi durumunda nikotin, sütle bebeğe geçmektedir (21). Gebelik dönemi, hem anne hem de bebeğin sağlığı için en kritik dönem olduğu için, sigarayı bırakmak için de ideal bir zaman dilimidir. Bu süreçte, annenin sigara bırakma kararı desteklenmeli ve bu konuda eşinin ve evde yaşayan diğer aile üyelerinin desteği sağlanmalıdır.

Gebelerde sigara bırakma sürecinde 5A yaklaşımı benimsenmelidir. Sigara içmeyen ya da bırakmayı başaran anneler kutlanarak izlenmelidir. Sigara bırakmaya henüz hazır olmayan gebelere motivasyonel görüşmeler yapılmalı ve riskler anlatılmalıdır. Eğer gebe 1 ay içinde bırakmaya hazırsa, sürecin yönetilmesi için önderlik edilmelidir. Sigara bırakma programları, davranış değişimini destekleyerek gebelikte sigara içmeyi bırakma oranını artırmaktadır. Programların, gebelerin özel ihtiyaçlarına göre uyarlanması başarıyı artırır. Sigara bırakma görüşmelerinin en az 10 dakika sürmesi ve en az 4 kez yapılması önerilmektedir. Gebeler, bırakma gününden sonra ilk 15 gün içinde bir kez, sonraki 3 ay boyunca ayda bir kez ve

sonrasında ise 3 ayda bir görölerek bir yıl süresince izlenmelidir. Bu görüşmeler bireysel ya da grup görüşmeleri şeklinde yapılabileceğı gibi, telefonla uzaktan danışmanlık da sağlanabilir. Sigara bırakma eğitim materyallerinin kullanılması da başarıyı artırmaktadır (22).

Gebelik döneminde sigara bırakma tedavisinde kullanılan farmakolojik tedaviler ile ilgili yeterli veri yoktur. Nikotin replasman tedavileri (NRT) gebelikte D kategorisinde sınıflandırılmaktadır. Bu tedavi, gerekli bilgi verildikten sonra, yarar-zarar dengesi göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan Bupropion ve Vareniklin gibi ilaçlar ise gebelik kategorisi C olduğı için kullanımı önerilmemektedir. Sigara bırakma sürecinde, gebelerin özel ihtiyaçlarına yönelik bilişsel-davranışsal tedavi, psikolojik destek ve eğitim programları başarılı bir sonuç için büyük önem taşımaktadır.

5. Çocuk ve Ergenler

Tütün bağımlılarının yaklaşık %90' ı 18 yaşından önce sigara kullanmaya başlamıştır. Dünyada 13-15 yaş arası ergenlerin %11'i sigara kullanmaktadır. Ülkemizde ise, Küresel Gençlik Tütün Araştırması 2017 verilerine göre, 13-15 yaş arası gençlerin %17.9' u bir tütün ürünü kullanırken, %7.7' si sigara kullanmaktadır (23). Amerika Birleşik Devletleri' nde 2019 yılında yapılan Ulusal Gençlik Araştırması ise lise öğrencileri arasında en çok kullanılan tütün ürününün %27.5 ile elektronik sigara olduğunu göstermiştir. Ergenlerin nörobilişsel, gelişimsel ve psikolojik özellikleri tütün kullanmaya başlama riskini arttırmaktadır (24). Ergenlerde artmış duygusal uyarılma, heyecan arayışı ve haz odaklı yaşam anlayışı risk alma davranışının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca stres ve kaygıyı azalttığı, dikkat ve odaklanmayı artırdığı ve kilo kontrolü sağladığı düşüncesi hâkimdir. Gençler tütünün zararlı sağlık etkilerinin ortaya çıkması için önlerinde çok uzun süre olduğunu, bağımlı olmayacaklarını ve istedikleri zaman bırakabileceklerini düşünürler (25).

Yapılan araştırmalarda erkek cinsiyet, yetersiz eğitim, kırsalda yaşamak, ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olması, ebeveynlerin tütün kullanması, arkadaşlarının tütün kullanması ergenlerin tütün bağımlılığında risk fak-

törleri olarak göze çarpmaktadır. Tütün endüstrisi ergenlerin rol-model alabileceğı kişileri, ünlüleri, kahramanları, sosyal medyayı, dijital platformları kullanarak ergenleri tütün kullanımına özendirmektedir (26). Elektronik sigaralar günümüzde gençler arasında en yüksek oranda kullanılan ve kullanımı giderek artan tütün ürünüdür. İçerisinde nikotin, çok çeşitli zararlı kimyasal, biyolojik maddeler ve birçoğunda esrar bulunmaktadır.

Gençlerde tütün bağımlılığı, birlikte alkol, uyuşturucu ve ilaç kullanımının olması, seksüel aktiviteye erken yaşlarda başlama, sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi diğer riskli davranışlarla birlikte gruplandırılmaktadır.

Gençlerde sigara bırakma konusunda önerilen yaklaşımlar, motivasyonel özelliklerin tanımlanması ve desteklenmesi, dumansız alanlar, gençlere yönelik sigara bırakma programları ve farmakoterapidir. Sigara bırakma motivasyonunu artıran faktörler arasında fiziksel görünüm, atletik performans, sigaranın maliyeti, şu andaki ve gelecekteki sağlık durumları yaygın bir motivasyon faktörüdür.

Gençlere yönelik müdahale programları okul tabanlı, toplum tabanlı veya akran eğitimi ile yürütölmektedir. Sağlık personellerinin tütün ürünü kullanmayarak örnek olması, tavsiye, yönlendirme ve eğitimler gençlerin sigarayı bırakmaları konusunda önemli role sahiptirler. Konvansiyonel sigara yanında elektronik sigara kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır.

Sigara bırakma açısından klinik değerlendirmede 5A yöntemi ergenlerde 6A olarak kullanılır. Gençler için 'anticipate' 'öngörü' klinisyenin ailenin sigara içme durumunu sorgulayarak çocuk ve ergenlerde sigaraya başlama olasılığının tartışılmasıdır. Nikotin bağımlılığını ölçmede en çok kullanılan ölçek ise Modifiye Fagerström Tolerans Testi'dir (27).

Ergenlerde tütün bağımlılığında öncelikli tedavi yaklaşımı davranışsal yöntemlerin kullanılmasıdır. Yargılayıcı olmayan, destekleyici ve cesaretlendirici yaklaşımla sorunların tespiti, bağımlılığa sebep olan sosyal tetikleyicilerin ortaya çıkarılması, öz farkındalığının artırılması ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi için teknikler uygulanmalıdır.

Sigara bırakma tedavisinde erişkinlerde kullanılan nikotin replasman tedavileri, bupropion ve vareniklin gibi farmakolojik ajanların 18 yaş altında kullanımı önerilmemektedir. Elektronik sigaraların sigara bırakma yöntemi olmadığı, tütün bağımlılığı için bir basamak olduğu vurgusu yapılmalıdır. Çocukluk ve ergenlik döneminde nikotine maruz kalma beyin bilişsel ve psikolojik işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Nikotin replasman tedavileri bu sebeple önerilmemektedir. Çocuk ve ergenlerde tütün bırakma tedavilerinin etkinliğini değerlendiren araştırma sayısının yetersiz olması bu konuda net öneriler yapılabilmesini zorlaştırmaktadır.

Tütün bırakma döneminde izlem çok değerlidir. Nükslerin çoğunluğu ilk 1 yılda gerçekleştiği için en az 1 yıl süreyle izlem yapılmalıdır. İlk ay 2 hafta aralarla, 3 aya kadar aylık daha sonra 3 ayda bir olacak şekilde izlem yapılabilir. İzlem süresi ve aralığı kişisel özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. İzlemde nikotin yoksunluk semptomları, duygudurum değişikliği, kilo alımı gibi sorunlar sorgulanmalıdır. Kayma veya hata ortaya çıkmışsa yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla, sebepler değerlendirilmeli ve önlem alınmalıdır.

Tütün bırakma tedavisinden daha önemli olan çocuk ve ergenin tütün ile hiç tanışmamış olmasıdır. Endüstrinin çocuk ve gençlere ulaşımının engellenmesi için politikalar geliştirilmesi, uygulanması ve denetimlerin yapılması gerekmektedir. Önleme çalışmasında her hekimin ebeveynlerin tütün bağımlılığını sorgulaması, ebeveynlerin bağımlılık ve etkileri konusunda eğitimi ve ebeveynlere tütünün bırakılması çalışmaları çok değerlidir.

6. Cinsel Azınlıklar

Sosyal hayatta kırılgan gruplardan biri olan cinsel azınlıklar, tütün endüstrisinin hedef aldığı önemli bir kitleyi oluşturur. Bu bireyler, cinsel yönelimleri nedeniyle ayrımcılığa uğrayabilmekte, mağduriyet, taciz, içselleştirilmiş homofobi, stres, psikolojik zorluklar, tütün endüstrisinin onlara yönelik geliştirdiği stratejiler, gece hayatında sosyalleşme, alkol ve madde kullanımı, ekonomik yetersizlikler, iş ve aile yaşamındaki güçlükler gibi faktörlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenlerle tütün kullanım oranları bu grupta daha yüksek olabilir (28).

Son 30 yılda, tütün endüstrisi cinsel azınlıklara ulaşmak için çeşitli stratejiler geliştirmiştir. Bu stratejiler arasında, sadece cinsel azınlıklara yönelik semboller ve mesajlar kullanmak, markaları çekici hâle getirecek görseller ve çeldiriciler yayınlamak yer almaktadır. Tütün ürünlerinin pazarlanmasında, 'havalı, moda'ya uygun, sanata ve eğlenceye düşkün' gibi kimlikler yaratılarak, bu kimlikleri destekleyen etkinliklerle tütün ürünleri tanıtılmaktadır (29).

Genel sağlık hizmetlerinin, özel grupların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması ve tütün kontrol programlarının azlığı, cinsel azınlıklar arasında tütün bırakma oranlarının düşük olmasına neden olmaktadır. Bu grupta, sigara bırakma konusunda özelleştirilmiş programların daha başarılı olduğu gösterilmiştir (30). Ayrımcılık deneyimleri, ruh sağlığı, alkol ve madde kullanımı gibi sorunlara yol açmaktadır. Alkol kullanımı, cinsel azınlıklar arasında tütün bırakma girişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, alkol ve tütün bırakma çalışmalarının bütüncül bir yaklaşımla yapılması önemlidir (31).

Cinsel yönelimi farklı olan gruplara yönelik tütün bırakma tedavisinde, standart tedavi yöntemleri kullanılmalı, ancak bu gruplara hitap edebilecek, dikkatlerini çekebilecek ve güvenlerini kazanacak yaklaşımlar tercih edilmelidir. Ayrımcılık yapmadan, cinsiyetçi dil kullanmadan, anlayışla ve kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır. Bu tür bir yaklaşım, tedavinin başarı şansını artıracaktır. Ayrıca, sigara dışında, elektronik sigara ve diğer tütün ürünlerinin de yaygın olarak kullanıldığını unutmamak gerekmektedir.

Sonuç olarak, tütün bağımlılığı tedavisi, özellikle belirli grupların ihtiyaçlarını dikkate alarak özelleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Tedavi programları ve iletişim stratejileri, her bir grup için özel olarak tasarlanmalıdır. Tedavi sürecinde, bireylerin izlenmesi ve uzun vadeli destek sağlanması, tedavi başarısını artıran önemli faktörlerdir. Bu yaklaşım, tütün bağımlılığıyla mücadelede daha etkili sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunur ve toplum sağlığını iyileştirir.

Kaynaklar

1. TÜİK. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2020. 15 Haziran 2021, Sayı 37404. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-ve-Yasam-KosullariArastirmasi-2020-37404>
2. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci* 2012; 1248: 107-123
3. Elbek O. Sosyoekonomik Eşitsizlikler ve Tütün Kullanımı. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Ed. Dağlı E, Bostan P, Dilektaşlı Görek A. Toraks Kitapları. Kasım 2022 Sayı 32 286-300
4. Allen L, Williams J, Townsend N, et al. Socioeconomic status and noncommunicable disease behavioural risk factors in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2017; 5 (3): e277-e289.
5. Mitchell SA, Kneipp SM, Giscombe CW. Social factors related to smoking among rural, low-income women: findings from a systematic review. *Public Health Nurs* 2016; 33 (3): 214-223.
6. Shusted CS, Kane GC. Linkage between poverty and smoking in Philadelphia and its impact on future directions for tobacco control in the city. *Popul Health Manag* 2020; 23 (1): 68-77.
7. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Washington, World Bank.
8. Global Health Metrics. Tobacco-Level 2 risk. Global burden of disease 2019 risk factor summaries. <https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/gbd/summaries/risks/tobacco-smoking>
9. Gandini S, Botteri E, Iodice S, Boniol M, Lowenfels AB, Maisonneuve P, Boyle P. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Jan 1;122(1):155-64
10. Hutton D, Gee I, McGee CE, Mellor R. No Ifs, No Butts: Compliance with Smoking Cessation in Secondary Care Guidance (NICE PH48) by Providers of Cancer Therapies (Radiotherapy and Chemotherapy) in the UK. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Dec 15;13(12):1244
11. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2022 Jun 11;399(10342):2227-2242
12. Tønnesen P. Smoking cessation and COPD. *Eur Respir Rev*. 2013 Mar 1;22(127):37-43
13. Tashkin DP. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Semin Respir Crit Care Med*. 2015 Aug;36(4):491-507
14. Shen JH, Hwang IW, Choe JP, Hwang SJ, Kim JY, Lee JM. Association of early-onset diabetes with socioeconomic, and health factors: a matched case-control study controlling for age, gender, and BMI. *J Diabetes Metab Disord*. 2024 Dec 17;24(1):14.
15. Johannsen A, Susin C, Gustafsson A. Smoking and inflammation: evidence for a synergistic role in chronic disease. *Periodontol* 2000. 2014;64(1):111-26.
16. Yang Y, Zhang Z, Lu HT, Xu QQ, Zhuo L, Li WG. Smoking as a causative factor in chronic kidney disease: a two-sample Mendelian randomization study. *Ren Fail*. 2025;47(1):2453014
17. Tanoue LT. Cigarette smoking and women's respiratory health. *Clin Chest Med*. 2000 M Respiriology
18. Mackay J, Amosar A. Women and tobacco. 2003 Jun;8(2):123-30. doi: 10.1046/j.1440-1843.2003.00464.x.
19. New WHO report reveals urgency of confronting tobacco use among women. 11 February 2021 www.who.int/europe/news/item/11-02-2021-new-who-report-reveals-urgency-of-confronting-tobacco-use-among-women
20. Handley MC, Avery DM Jr. Smoking in Rural and Underserved Pregnant Women. *Nurs Clin North Am*. 2015;50(3):577-84.
21. American Lung Association.Fact Sheet. Women and Smoking. http://www.lungusa.org/tobacco/women_factsheet99.html; 2001
22. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratziou C, Katsaounou PA. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis*. 2019 2;17:57.
23. Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA-2017); 6.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik-db/duyurular/KGTA-2017_pdf.pdf
24. Wang TW, Gentzke AS, Creamer ML, et al. Tobacco Product Use and Associated Factors Among Middle and High School Students- United States, 2019. *MMWR* 2019; 68: 1-12.
25. US Preventive Services Task Force. Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US Preventive Services. Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2020; 323: 1590-1598.
26. Siqueira LM. Nicotine and tobacco as substances of abuse in children and adolescents. *Pediatrics* 2017; 139: e20163436.
27. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
28. Yasin Y. Cinsel Azınlıklar ve Tütün Kontrolü. Tütün kontrolünde güncel tehditler. Ed. Dağlı E, Bostan P, Dilektaşlı Görek A. Toraks Kitapları. Kasım 2022 Sayı 32
29. Stevens P, Carlson LM, Hinman JM. An Analyses of Tobacco Industry. Marketing to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Populations: Strategies for Mainstream Tobacco Control and Prevention. *Health Promot Pract*. 2004; 5(3): 129S-134S
30. Berger I, Mooney-Somers J. Smoking Cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: a content-based systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19(12): 1408-1417.
31. Kahler CW, Strong DR, Papandonatos GD, Colby SM, Clark MA, Boergers Y, et al. Cigarette smoking and the lifetime alcohol involvement continuum. *Drug Alcohol Depend*. 2008; 93(1): 111-120.

16. ERGENLERDE TÜTÜN BAĞIMLILIĞI TEDAVİ YAKLAŞIMI

Giriş

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması'na göre, 2015 yılında dünya genelinde 6.4 milyon ölüm tütünle ilişkilendirilmiştir (1). Sigara içmeye başlama yaşı hem Avrupa hem de ABD'de ortalama 15-16 yaştır (2,3), bununla birlikte yetişkin sigara içicilerin neredeyse %90'ı 18 yaşından önce sigara içmeye başlamaktadır (3). Sigara içen ergenler arasında bırakmayı desteklemek için müdahale, özellikle önemlidir çünkü bu şekilde, nikotin bağımlılığı azaltılabilir, önlenir ve kronik sigara içiciliğine geçiş engellenebilir. Ancak, gençler için sigara bırakma programlarının etkinliği konusunda sınırlı kanıt bulunmaktadır ve etkili görünen programlar yalnızca kısa vadeli bırakmayı teşvik edebilmiştir (4,5). Ergen sigara içenlerin %71'i bırakmayı denemekle birlikte bu yaş grubunda nüksler yaygındır; ilk hafta içinde %34'ü nüks ederken, bırakma girişimini takip eden yıl içinde sigara içenlerin %92'si nüks etmektedir (6).

Ergenlikte Nikotine Duyarlılık

Nikotin, duygusal ve bilişsel işleme ile ilgili beyin bölgelerine doğrudan etki eden, psikoaktif ve bağımlılık yapıcı bir maddedir. Preklinik ve klinik veriler, sosyokültürel etkilerin ergenlik döneminde sigara içmeyi önemli ölçüde etkilediğini, ancak ergenlerin nikotine karşı duyarlılığının güçlü nörobiyolojik temellere sahip olduğunu göstermektedir (7).

Ergenlik, biliş ve duyguyu düzenleyen beyin devrelerinin olgunlaşması için hassas bir dönemdir ve bu da nikotin ve tütünün etkilerine karşı duyarlılığı beraberinde getirir (8). Ergen beynindeki yapısal değişiklikler; gri madde, beyaz madde ve ilişkili nörokimyasal sistemlerin uzun süreli yeniden organizasyonu şeklindedir. Fonksiyonel MRG çalışmalarında, nikotin bağımlılığı ve tütün tüketiminin beyin hacminde belirgin atrofi desenleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (9). Ergenlik döneminde sigara içmek, ilerleyen yaşamda psikiyatrik bozukluklar ve bilişsel bozukluklar geliştirme riskini artırır (10). Ayrıca, ergenlik dönemindeki sigara içenler dikkat eksikliği yaşarlar

ve bu durum sigara içme yıllarıyla birlikte kötüleşir (11). Ergenlerin sigara içme davranışları yetişkinlerle karşılaştırıldığında, ergen beyninde nikotin bağımlılık yapıcı özelliklerine karşı artmış bir duyarlılığa işaret etmektedir. Ergenler, sigara tüketiminin düşük seviyelerinde bile bağımlılık belirtileri bildirmektedir (12). Ergen beyninde, erişkinden farklı olarak nikotin bağımlılığının mikrogial aktivasyonu artırdığı ve bunun da inflamasyonla ilişkili sitokinlerin artan salgılanması, metabolik disfonksiyon, proteinlerin ve nöronal kalıntıların etkisiz fagositozu ve nörokimyasal iletimdeki değişiklikler gibi uzun vadeli limbik işlev değişikliklerine yol açtığı gösterilmiştir (13).

Sigara veya e-sigara kullanan adölesanlar için davranışsal destek

Çocuk yaş grubu hasta gören poliklinik ortamları, tütün kullanımına müdahale etmek ve başlangıç kullanımını ve/veya ömür boyu bağımlılığı önlemek için kritik bir fırsattır. Gençler, beyinleri hâlâ gelişmekte olduğu için nikotin bağımlılığına karşı benzersiz bir şekilde hassastır. Erken müdahale, bu gelişim döneminde kritik öneme sahiptir, çünkü nikotin bağımlılığı gençlerde yetişkinlere göre daha hızlı gelişir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA), pediatri kliniklerinde tüm hastaların tütün kullanımını ve maruz kalma için sistematik olarak taranmasını, gençler ve ebeveynlerine tütün önleme ve bırakma konusunda danışmanlık yapılmasını, tüm pediatrik hastalara önerilen, tütün önleme ve bırakma tedavi desteğinin verilmesini önermektedir (14). E-sigara bıraktırma için, klasik sigara bırakma için kullanılan yöntemlere benzer yöntemler geçerlidir.

Ergenlik döneminde tütün hakkında tarama ve danışmanlık, bakım verenlerin bulunmadığı bir ortamda gizli olarak yapılmalıdır. Çocuk ve ergen sağlığı çalışanları (Çocuk ve ergen sağlığı çalışanları ifadesi, gençler ve genç yetişkinlere bakım sağlayan tüm hekimleri ve hekim olmayan kişileri kapsamak amacıyla kullanılmaktadır; bunlar arasında çocuk hastalıkları uzmanları, çocuk hastalıkları yan dal uzmanları, çocuk cerrahisi uzmanları, aile hekimleri, davranışsal sağlık profesyonelleri, hemşireler, hemşirelik öğrencileri, uzmanlık öğrencileri, diş hekimleri ve eczacılar bulunmaktadır) gençleri bırakma tedavisine ebeveynlerini dahil etmeye teşvik etmelidir, ancak

gençlerin istememesi durumunda bu isteğe saygı göstermelidir. Klinisyen ergenle bu tür bilgileri ebeveynleri veya bakım verenlerle nasıl paylaşacakları hakkında konuşmalı ve gerektiğinde bu konuda ona yardımcı olmaya hazır olduğunu ifade etmelidir.

Çocuk ve ergen sağlığı çalışanları, her ziyarette tekrarlanan basit, 3 aşamalı (ACT modeli) bir müdahale ile gençlere en iyi şekilde destek olabilir (15):

- Gençlere tütün kullanımı hakkında soru sorulmalı (ask)
- Gençlere bırakma konusunda danışmanlık yapılmalı (counsel)
- Gençleri uygun davranışsal kaynaklara yönlendirerek, gerektiğinde farmakolojik destek reçeteleyerek ve uzun vadeli destek sağlamak için takip ederek tedavi edilmelidir (treat).

Erişkinlerde kullanılan 5A (5Ö) modeli ergene adapte edilerek de kullanılabilir (16).

SOR (ASK)

11 yaşından itibaren, her hastada, her klinik görüşmede tütün kullanımı için tarama yapılmalıdır. Tarama ile e-sigara ve diğer vape ürünleri de dahil olmak üzere tüm tütün ürünleri hakkında soru sorulmalıdır.

Örnek Tarama Soruları şu şekildedir:

- “Sigara, elektronik sigara veya tütün ürünleri gibi herhangi bir ürünü kullanıyor musun?”
 - Not: Bu örnekler, toplumdaki yaygın olan ürünlere göre özelleştirilmelidir (örneğin, puro veya nargile)
- İlave sorular şunlar olabilir:
 - “Arkadaşların veya ailen tütün veya vape ürünleri kullanıyor mu?”
 - “Hiç tütün veya vape ürünü denedin mi?” Hangisi (ler)i?
 - “[ürün adı]’nı kaç kez kullandın?”
- Kendiliğinden uygulanan yazılı veya elektronik bir tarama anketi bu amaçla kullanılabilir. Özellikle hekimle görüşme öncesi hastaya uygulanabilen CRAF-

FT 2.1+N veya S2BI gibi kendi kendine uygulanan anketler klinik ziyarette hekime zaman kazandırabilir. Kendi kendine uygulanan tarama, ergenlerin açıklama yapmasını teşvik etmede daha etkili olabilir (17). Resimler veya fotoğraflar kullanarak tütün ürünlerini göstermek bu konuda yardımcı olabilir.

DANIŞMANLIK YAP (COUNSEL)

Tütün ürünleri kullanan tüm hastalar kullanım düzeyine veya bağımlılığa bakılmaksızın bırakmaları konusunda bilgilendirilmelidir. Gençlere tütün kullanımını bırakmaları tavsiye edilmelidir. Tütün ürünlerini bırakma danışmanlığını uygularken şunlar yapılmalıdır:

- **Açık olunmalı:** Gençlere beyinlerinin hâlâ gelişmekte olduğunu ve bu durumun onları nikotin bağımlılığına karşı çok hassas hâle getirdiği açıklanmalıdır. Nikotin, beyin gelişimine zarar verebilir. Bu durum anlayacakları ifadelerle mutlaka açıklanmalıdır. Gençlerin, tütün kullanımını bırakmalarının, kısa ve uzun vadeli sağlık sorunlarını önlemenin önemli bir yolu olduğunu anlamaları sağlanmalıdır.
- **Kişiselleştirilmiş olmalı:** Tütün bırakmanın gençlerin diğer ilgi alanlarına fayda sağlayabileceği açıklanmalıdır. Örneğin, atletik performansı artırabilir, hobi veya diğer aktivitelere harcamak için para biriktirmelerine olanak tanıyabilir.
- **Faydaları açıklanmalı:** Tütünü bırakmanın sağlığa iyi geldiğini, para tasarrufu sağladığını ve toksik kimyasallara ve metallerle maruz kalma, kötü nefes, dişlerde lekelenme veya erken cilt yaşlanması gibi şeylerden kaçınmaya yardımcı olduğu açıklanmalıdır. Bunları açıklayarak bırakmanın gençlere hayatları üzerinde daha fazla kontrol sağladığı, çünkü nikotine bağımlı olmadıkları anlatılmış olur.

Samimi, açık bir konuşma yapılmalıdır:

- Konuşmaya bireysel olarak, ebeveyn olmadan başlanmalıdır.
- Bırakma hakkında bir konuşmayı yönlendirmek için motivasyonel görüşme yöntemi kullanılmalıdır.
- Saygılı, yargılayıcı olmayan kelimeler seçilmeli ve güçlü yönlerle dayalı bir bakış açısı kullanılmalıdır.

- Neden tütün kullandıklarını öğrenilmelidir. Gençler, kaygı veya stres gibi altta yatan durumlar için kendilerini tedavi etmek amacıyla tütün ürünleri kullanabilirler. Gençlerle bu durumları yönetmenin daha sağlıklı yolları hakkında konuşulmalıdır
- Gençlerin tütün kullanma geçmişi, geçmişteki bırakma denemeleri ve bağımlılık belirtileri değerlendirilmelidir

Örnek danışmanlık açıklamaları şu şekildedir:

- Nikotin, beyin gelişimine zarar verebilir.
- E-sigara kullanmak/içmek, aileni ve arkadaşlarını sağlıklarına zarar verebilecek kimyasallara maruz bırakır.
- Vaping yaptığında, kimyasalları ve ağır metalleri soluyorsun, bu akciğerlerine zarar verebilir.
- Biliyorum, düzenli koşu yapıyorsun. Sigara bırakmak akciğer kapasiteni artırabilir, bu da daha uzun ve daha hızlı koşmana yardımcı olabilir.
- Bırakmak sağlığını korur, paranı tasarruf ettirir ve bağımsızlığını artırır.
- Bir süre vaping yapmadığında/nikotin almadığında meydana gelen semptomlardan bahsettin. Bunlar yoksunluk belirtileridir ve nikotinin beynini değiştirmeye başladığını ve bir bağımlılık geliştirdiğini bize gösterir.
- Doktorun olarak, seninle ilgileniyorum ve seni mümkün olduğunca sağlıklı kalmana yardımcı olmak istiyorum.
- Sigara içmeyi/e-sigarayı bırakmak, sağlıklı kalmanın önemli bir yoludur.
- Bırakmak zor, ama senin bunu yapabileceğine inanıyorum.
- Görünüşe göre stresi yönetmek için sigara /e-sigara içiyorsun. Stresle başa çıkmanın diğer yolları hakkında bazı önerilerde bulunabilir miyim?
- 1-10 puan arasında, sigarayı/e-sigarayı bırakmak senin için ne kadar önemli? Seni o sayıyı seçmeye iten neydi? Seni daha yüksek bir sayıya ulaştırmak için ne gerekir?

- Bugün bırakmayı düşünüyor musun?

Eğer genç bırakmakla ilgileniyorsa:

- Gençlere 2 hafta içinde bir bırakma tarihi belirlemelerine yardımcı olunmalıdır. Bu tarih, büyük yaşam stresörlerinin ve olaylarının, örneğin sınav, taşınma gibi döneme denk gelmemelidir.
- Gençlere, onlara başarı için bir bırakma planı geliştirmelerine ve zorlukları öngörmelerine yardımcı olacak bir davranışsal destek programına bağlayacağını hekim açıklamalıdır.

Örnek Danışmanlık İfadeleri:

- Bırakmakla ilgilendiğin için çok mutluyum. Hadi önümüzdeki 2 hafta içinde bir bırakma tarihi belirleyelim.
- Senin bırakmayı kolaylaştıracak bazı kaynaklarla bağlantı kurmanda yardımcı olacağım.

Gençler, bırakma çabalarına ebeveynlerini dahil etmeleri konusunda teşvik edilmelidir. Genç ve ebeveynle birlikte konuşulmalı ve ebeveynin, tütün kullanımının çocuğunun suçu olmadığını anlamasına yardımcı olunmalıdır. Bu bağlamda şu ifade uygundur “Nikotin bağımlılığı tıbbi bir durumdur ve biz çocuğunuza yardımcı olmak için buradayız”. Eğer bir ebeveyn veya evdeki başka biri tütün kullanıyorsa, onlarla birlikte aile olarak bırakmayı konuşmak gereklidir. Genç, ebeveynleriyle iletişim kurmak istemiyorsa, onun isteklerine saygı gösterilmeli ve gence, tütün kullanımının görüşme sonrası aileye açıklanmayacağı bilgisi verilmelidir. Eğer genç, bırakma konusunda kararsızsa veya sadece azaltmak istiyorsa, “5R” kuralı gençle konuşulmalıdır (18).

Şu Anda Bırakmaya Hazır Olmayan Hastalar için 5R Kuralı

Bırakmaya hazır olmayan hastalar, motivasyonel bir müdahaleye yanıt verebilirler. Klinisyen, hastaları “5 R” ile bir bırakma girişimini düşünmeye motive edebilir:

Relevance (İlgililik)– Hasta, bırakmanın neden kişisel olarak önemli olduğunu belirtmeye teşvik edilmelidir.

Risks (Riskler)– Hastadan tütün kullanımının potansiyel olumsuz sonuçlarını belirlemesi istenmelidir.

Rewards (Ödüller)- Hastadan tütün kullanımını bırakmanın potansiyel faydalarını belirlemesi istenmelidir.

Roadblocks (Engeller)- Hastadan bırakma konusunda engeli veya engelleri belirlemesi istenmelidir.

Repetition (Tekrar)- Motivasyonel müdahale, bırakma konusunda motivasyonu olmayan bir hastanın bir klinisyenle etkileşime girdiği her seferde tekrarlanmalıdır. Daha önceki bırakma girişimlerinde başarısız olan tütün kullanıcılarına, çoğu insanın başarılı olmadan önce tekrar tekrar bırakma girişiminde bulunduğu söylenmelidir.

Eğer bir hasta bırakmaya hazır değilse veya “istediği zaman bırakabileceğini” söylüyorsa, onlara tütün kullanımını tamamen 2 hafta boyunca bırakmaları için meydan okuma yapılabilir. Hekim, gence cesaret vermeli ve hazır olduklarında yardım etmeye hazır olduğunu belirtmelidir. İki haftanın sonunda, nasıl gittiğini öğrenmek için kontrol edilmeli ve bırakma desteği konusu yeniden ele alınmalıdır. Eğer hasta 2 hafta boyunca bırakmaya hazır değilse, 1-3 gün denemesi istenmeli ve sürecin nasıl gittiği kontrol edilmelidir.

TEDAVİ ET (TREAT)

Bu başlık altındaki amaç; gençleri uygun davranışsal destekle ilişki kurdurmak ve gerektiğinde farmakolojik tedavi reçete etmektir. Uygun davranışsal ve farmakolojik destekler, başarılı bir şekilde bırakma olasılığını artırabilir. Tütün bağımlılığı tedavisi, gencin bağımlılık seviyesine göre uyarlanmalıdır. Çocuk hasta gören klinisyenler, tüm gençleri tedavi sağlayıcılarına bağlayarak klinik ziyaretin kapsamı dışında sürekli, bırakma desteği sağlamalı ve klinik olarak gerekli olduğunda farmakoterapi reçete etmeyi düşünmelidir. Öncelikli olarak gençlerin nikotin bağımlılığı seviyesi bir tarama aracıyla değerlendirilmelidir; daha fazla nikotin bağımlılığı olan gençler daha güçlü veya daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bu yaş grubunda kullanılabilecek mevcut bağımlılık tarama araçları şunlardır: Nikotine Bağımlılık Kontrol Listesi (HONC) (19), Elektronik Sigara Bağımlılık Ölçeği (20), Modifiye Fagerström Tolerans Anketi (21). Tütün kullanan tüm gençlerin davranışsal bırakma destek programları ile bağlantı kurması yönünde desteklenmesi çok önemlidir. Davranışsal destek programları ile gençlere başarıyla bırakmak için bir plan, ihtiyaç ve tetikleyicilerle başa çıkma stratejileri, stres ve kaygı için sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirme ve bırakma süreci boyunca destek sağlama alanlarında yardımcı olunabilir. Davranışsal müdahaleler, hem sanal hem de yüz yüze seçenekler dahil olmak üzere çeşitli biçimlerde olabilir:

- Telefon bırakma hattı

- SMS destek

- Web tabanlı müdahaleler

- Akıllı telefon uygulamaları

- Yüz yüze danışmanlık (bireysel veya grup şeklinde)

Gençte başarılı bir bırakma planının bileşenleri özetle şunlardır:

- 1. Tamamen bırakma:** Bırakma tarihinde, gençler tüm tütün ve vape ürünlerini kullanmayı bırakmalı ve tüm tütün ürünlerini ve aksesuarlarını atmalıdır.
- 2. Tetikleyiciler:** Gençlerin tütün kullanma isteği uyandırabilecek insanları, yerleri, duyguları veya durumları belirlenmeli ve bu tetikleyicileri yönetmek için bir plan geliştirilmelidir.
- 3. Yoksunluk belirtileri:** Nikotin yoksunluğunun belirtileri (örneğin, özlem, sinirlilik, iştah artışı) tartışılmalı ve bunlarla başa çıkma stratejileri geliştirilmelidir.
- 4. Sosyal destek:** Başarıyı teşvik edebilecek arkadaşlar ve aile üyeleri belirlenmelidir.
- 5. Özbakım:** Sağlıklı beslenme, egzersiz, mindfulness, meditasyon gibi destekleyici davranışları gencin hayatına katması yönünde danışmanlık verilmelidir.

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi ve Ergen Hastalar

Nikotin Yerine Koyma Tedavisi (NRT), yetişkinlerin tütün kullanımını bırakmalarına yardımcı olmak için güvenli ve etkilidir. Nikotine orta derecede veya şiddetli derecede bağımlı olan gençler için farmakolojik bırakma desteği düşünülmelidir. Gençlerde NRT nikotin bağımlılığını tedavi etmek için önemli bir yardımcıdır, kullanıma kontrollü bir miktar nikotin sağlayarak yoksunluk belirtilerini hafifletmeye yardımcı olur (22). Yetişkinler üzerinde NRT'nin etkinliği ve tütün bağımlılığının ciddi

zararları göz önüne alındığında, Amerika Pediatri Akademisi (AAP) politikası, çocuk doktorlarına nikotine orta veya şiddetli derecede bağımlı olan ve bırakmaya kararlı gençler için endikasyon dışı NRT'yi düşünmelerini önermektedir (23). Şu anda, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 18 yaş altındaki gençler için NRT onaylanmamıştır. Tüm bırakma ilaçları, reçetesiz satılanlar da dahil olmak üzere, 18 yaş altındaki gençler için bir reçete gerektirir. Klinisyenler, her hastanın bireysel ihtiyaçlarını değerlendirerek bırakma ilacının onlara başarılı bir şekilde bırakmalarında yardımcı olup olmayacağını belirlemelidir. Ayrıca, okulda alınması gereken ilaç tedavisini önerirken, okul ilaç politikalarına dikkat etmelidirler (örn, pastil ve sakız için).

Birçok pediatrist, bu ilacı ergenlerle, özellikle 18 yaş altındakilerle nasıl kullanacakları konusunda belirsizlik yaşamaktadır. En iyi sonuçlar için, hastalara uzun etkili bir NRT formunu (örneğin, nikotin bandı) daha kısa etkili bir formla birleştirmeleri önerilmektedir (örn, sakız, pastil, sprej veya inhaler). Bu kombinasyon tedavisi, hastanın gün boyunca kanında sabit bir nikotin seviyesini korumasını sağlarken, aynı zamanda yoksunluğa yanıt vermesine olanak tanır. Ayrıca, hastalara NRT' nin en iyi şekilde davranışsal danışmanlık müdahaleleriyle birlikte etkili olduğu konusunda bilgi verilmelidir (24).

Sakız, bant, pastil, burun spreji ve inhaler dahil olmak üzere beş formda NRT yer almaktadır. Gençlerin başarılı bir şekilde sigara bırakmalarına yardımcı olmada NRT'nin etkinliği üzerine yapılan araştırmalar, yeterli güçte araştırma olmaması nedeniyle sınırlıdır. Genel olarak etkinliğe ait bulgular farklılık göstermektedir. Karşılaştırılabilir yetişkin araştırmalarına göre daha olumlu sonuçlar göstermektedir. Onsekiz yaş altındaki ergenlerde NRT kullanımının ciddi zararlara yol açtığına dair bir kanıt yoktur (25). Tedavi sonlandırıldıktan sonra uyumsuzluk ve nüks yaygındır ve yakın takip gereklidir. NRT, nikotini tütün ve elektronik sigara ürünlerinde bulunan toksik kimyasallar ve kanserojenler olmadan, düşük düzeyde ve nikotin pikleri olmadan sağladığı için sigaralardan, e-sigaralardan ve diğer tütün ürünlerinden daha güvenlidir. Nikotin çok daha yavaş emildiği için NRT' nin kötüye kullanım potansiyeli düşüktür.

Nikotine veya ilacın herhangi bir bileşenine karşı aşırı duyarlılık NRT'nin en önemli komplikasyonudur. Ayrıca, soya alerjisi olan hastalar nikotin pastilini kullanmamalıdır (26). NRT reçete ederken kardiyovasküler hastalık, diyabet ve hipertiroidizm gibi hastalıklarla ilgili değerlendirmeler yapılarak riskli gruplar belirlenmelidir. Hastaları NRT ilaçları faydaları ve dezavantajları hakkında bilgilendirmeli, göreceli kontrendikasyonları taranmalı ve tedaviyi nasıl kullanacakları konusunda eğitmelidir. Tedavi bireysel olmalı, NRT seçimi tercihlere, mevcut olanaklara ve hastanın potansiyel yan etkiler konusundaki deneyimine dayanmalıdır.

NİKOTİN REPLASMAN TEDAVİ FORMLARI

Nikotin Transdermal Bant

Bantın 21mg, 14mg, 7mg (24 saat etkili)/ 10, 15, 25 (16 saat etkili) formları vardır. Bantın temiz cilde uygulanması, her 24 saatte bir yamanın değiştirilmesi gereklidir. AAP tedavi rejimi (21, 14 ve 7 mg lik formlar için) 8-10 haftalıktır ve şu şekildedir;

- İlk doz 6 hafta kullanılmalı, ardından daha düşük doza geçip 2 hafta bu şekilde kullanılıp en düşük doza adım adım geçilip tedavinin 2 hafta sonrasında sonlandırılması planlanmalıdır.

Yan etkileri arasında cilt tahrişi, uyku bozukluğu görülebilir. Bantın avantajı nikotinin kan seviyelerinin sürekli olması, uyum sağlamanın kolay olmasıdır. Ergenlerde 24 saatlik kullanılan formlarının (21 mg ve 14 mg) kâbus görme gibi uyku sorunları yapabildiği gösterilmiştir (23).

Nikotin Sakızı

Amerikan Pediatri Akademisi erişkindekine benzer bir kullanım önermektedir. Akut olarak etkisini gösteren NRT formlarından biridir. Kullanıcı ihtiyacına göre (istek ve yoksunluk bulgusu) dozu ve kullanım sıklığını ayarlayabilmektedir. Sigara içenlerin özellikle şiddetli istek veya yoksunluk bulguları ile karşılaştıklarında nikotin sakızı gibi akut etkili bir formdaki NRT 'kurtarıcı ilaç' olarak kullanılarak nüksü önleyebilir (27). Sakızın 4 mg, 2 mg'lık formları vardır. 'Çiğne ve bekle' yöntemi uygulanmalıdır. Sakız ağza konulmalı ve karıncalanma hissi duyana

kadar çiğnenmelidir. O aşamada çiğneme bırakılmalı ve sakız yanak ile diş etinin arasına 'park' edilmeli, yaklaşık bir dakika sonra, karıncalanma hissi duyana kadar tekrar çiğnemeye başlanmalı, sonrasında çiğneme bırakılmalı ve sakız tekrar 'park' edilmeli, yaklaşık 30 dakika boyunca bu şekilde tekrarlanmalıdır.

12 haftalık tedavi rejimi şu şekildedir;

- İlk 6 hafta boyunca her 1-2 saatte bir 1 sakız çiğnenmeli
- 3 ek hafta boyunca her 2-4 saatte bir 1 sakız çiğnenmeli
- 3 ek hafta boyunca her 4-8 saatte bir 1 sakız çiğnenmelidir.

Yan etkiler arasında çene ağrısı, ağız tahrişi, hazımsızlık, bulantı, hıçkırık bulunur. Kullanım avantajları, dozaj esnekliği, nikotin kan dolaşımına hızlı bir şekilde ulaşmasıdır. Ergenlerin nikotin sakızını, sigara içen akranlarının yanında iken ya da sigara içmesi ile ilgili bir baskı hissettiğinde kullanmaları, akran etkisi ile baş etmelerini kolaylaştırabilir. Nikotin bukkal emilimini etkilediği için, ergenlere özellikle sakız çiğneme sırasında ya da hemen sonrasında asitli içeceklerden (örneğin kahve, gazlı içecekler) uzak durması belirtilmelidir. Çok hızlı çiğnemesi ve park yönteminin kullanılmaması sonucu yutulan nikotin etkin olamadığı gibi bulantı yapabileceği konusunda da ergen uyarılmalıdır (28).

Nikotin Pastili

Ergenlerde kullanımı erişkindekine benzerdir. 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır.

Pastil ağza koyulmalı, ara sıra hareket ettirilmelidir. Pastilin yavaşça erimesine izin verilmeli, pastil çiğnenmemeli veya yutulmamalıdır. Aynı anda 1'den fazla pastil kullanılmamalıdır. 12 haftalık tedavi rejimi şöyledir;

- İlk 6 hafta boyunca her 1-2 saatte bir 1 pastil kullanılmalı
- 3 hafta boyunca her 2-4 saatte bir 1 pastil kullanılmalı
- 3 hafta boyunca her 4-8 saatte bir 1 pastil kullanılmalıdır.

Tablo 1: Amerikan Pediatri Akademisi' nin bağımlılık düzeyine göre nikotin yerine koyma tedavisi kullanım önerileri

NRT Formu	Bağımlılık Düzeyi	
	Orta Derecede Bağımlılık	Şiddetli Bağımlılık
Nikotin Sakızı	2 mg	4 mg
Nikotin Bantı	14 mg'lık bantla başlanıp sonra azaltılır	21 mg'lık bantla başlanıp sonra azaltılır
Nikotin Pastili	2 mg	4 mg

Yan etkileri, ağız tahrişi, bulantı ve hıçkırıktır. Avantajları, esnek dozaj, nikotin kan dolaşımına hızlı ulaşımı, çiğneme olmamasıdır.

Akut etkili olarak kullanılan diğer nikotin yerine koyma tedavileri ise nikotin oral inhaler, nikotin burun spreyi olup bunların da ergenlerdeki kullanımı erişkinlere benzerdir.

NRT Kombine Kullanımı

Yavaş salınımlı olan ve gün boyunca sabit bir nikotin konsantrasyonu elde edilmesini sağlayan nikotin bandının yanına hızlı etkinliği olan bir NRT'nin eklenmesi sigara bırakılmadaki etkinliği artırmaktadır.

Daha düşük bir doz reçete edilirse, ancak işe yaramazsa hekim uyumu değerlendirmeli ve hastayı daha yüksek bir doza geçirmeli veya kullanım ve azaltma için daha uzun bir program düşünmelidir. Hasta tütün nikotin kullanımına geri dönme riskinin kalmadığını hissettiğinde, zamanla NRT'yi bırakmak için pediatrist ile birlikte çalışmalıdır.

Ergenlikte Sigara Bırakmanın Belirleyicileri

Ergenler ve genç yetişkinler arasında sigara bırakma ile ilişkili faktörler üzerine nitel çalışmaların en güncel sistematik incelemesine göre (29) bu yaş grubunda sigara bırakma ile ilişkili 39 faktör belirlenmiş olup bunlar iki kategoriye ayrılmıştır:

- 1) **Çevresel faktörler;** dört alt kategoride incelenmiştir (tütün kontrol politikaları, sigara içmeyi teşvik eden

normlar, sigarayı bırakma hizmetleri-müdahaleleri, arkadaşlar ve ailenin etkisi)

- 2) **Bireysel faktörler;** beş alt kategoride incelenmiştir (psikolojik özellikler, tutumlar, sigarayı bırakmadan önceki sigara içme davranışı, nikotin bağımlılığı belirtileri ve diğer maddelerin kullanımı). Bu derlemenin genel sonuçları şu şekildedir:

Çevresel Faktörler

Tütün Kontrol Politikaları

Sigara içen/bırakan ergenler, okulda dumansız politikaların sigarayı bırakmayı kolaylaştırdığını bildirmiştir. Ancak, yalnızca sigara içen gençler, sigaranın finansal yönlerinin önemine atıfta bulunarak, artan maliyetlerin sigarayı azaltma konusunda bir motivasyon olduğunu öne sürmüşlerdir. Bir çalışma, düz ambalaj ve resimli uyarıların şu anda sigara içen ergenler üzerinde etkisi olmayacağını, ancak yeni başlayanları etkileyebileceğini düşündürmüştür. Birçok ergen, sigarayı bıraktıklarını ve sigara ile ilgili sağlık sorunları bildirdiklerini, sigara paketlerindeki resimli uyarıların onları dolaylı olarak bırakmaya teşvik ettiğini, ancak bırakmalarının ana nedeninin, sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir.

Sigara İçmeyi Destekleyen Normlar

Yedi çalışmada sigara içen ergenler, sigara içmenin normal kabul edildiği bir ortamda yaşamanın, bırakma konusunda önemli bir engel olduğunu ve sigara içen ergenler arasında sigaranın etkili bir sosyal bağ kurma mekanizması ve akranlarla etkileşim kurma yolu olarak faydalarına dair daha güçlü inançlara katkıda bulunabileceğini bildirmiştir.

Sigara Bırakma Hizmetleri ve Müdahaleleri

İki çalışmada, sigara içen/bırakan ergenler, daha önce sigara içen kişileri rol model olarak gördüklerini ifade etmişler ve onlardan tavsiye veya destek almanın bırakmayı kolaylaştıracağını önermişlerdir. Her iki grup da, ihtiyaçlarını anlayan danışmanlar tarafından desteklenmenin başarılı bir şekilde bırakmak için gerekli olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Sigara bırakma hizmetleri ve müdahaleleri ile ilgili olarak, danışmanların sigara içenlere karşı tutumlarının bırakma konusunda en önemli belirleyici

olduğunu vurgulamışlardır. Bırakan ergenlere göre, yargılayıcı olmayan ve ulaşılabilir danışmanlar anahtar rol oynamıştır. Gizlilik, bırakma hizmetlerinin etkinliği için kritik bir faktör olarak belirlenmiştir ve birkaç çalışma da NRT'nin bırakmaya yardımcı olarak kullanımını tartışmıştır; görüşler tutarsızdır—bazı katılımcılar NRT'nin kendileri için işe yaramadığını bildirmiştir, diğerleri ise NRT'yi faydalı bulmuştur.

Arkadaşlar ve Ailelerin Etkisi

Katılımcılar, arkadaşların ve ailenin sigara içme konusundaki davranışlarının ve tutumlarının sigarayı bırakmada büyük bir etkisi olduğunu düşünmüşlerdir. Birçok çalışmada sigara içen/bırakan ergenler, sigara içen akranlarının baskısının bırakma üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, üç çalışmada sigara içen ergenler, genellikle sosyal ortamlarda, sigara içen arkadaşlarının etrafında olduklarında ve onlara sigara teklif ettiklerinde yeniden başladıklarını bildirmişlerdir. Sigara içen insanlarla yaşamanın da olumsuz etkilerini bildirmiş olup, bu durumun da sürekli sigara içme baskısı yarattığını ifade etmişlerdir. Buna karşılık, sekiz çalışmada sigara içen/bırakan ergenler, arkadaşlar ve aile desteğinin sigarayı bırakmada anahtar olduğunu belirtmişlerdir.

Bireysel Özellikler

Psikolojik Özellikler

Motivasyon, irade gücü ve öz yeterlilik ergenler tarafından sigara içmeyi bırakmada önemli olarak belirtilmiştir. Ancak, sigara içen gençler sıkılmayı ve stresi sigarayı bırakmada önemli engeller olarak bildirmişlerdir.

Tutumlar

Sigara içen/bırakan ergenler, bırakma hizmetlerini kullanmaktan dolayı utanç duyduklarını ve bunun bırakma için bir engel olduğunu bildirmişlerdir. Kızlar arasında, sigara içen ve fiziksel olarak bağımlı olduklarını kabul edenler, bırakmayı o kadar zor bulduklarını ifade etmişlerdir ki, sigaraya devam etmenin faydalarının, bırakmanın faydalarından daha fazla önde geldiğini belirtmişlerdir. Ayrıca, sigara içen kızlar, kilo alma endişelerini bırakma engeli olarak bildirmişlerdir. Sigara içen hamile genç yetişkinler, bebeklerinin sağlığı konusundaki endişe-

lerinin davranışlarını değıştirmelerine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Sigara Bırakmadan Önceki Davranışlar

Sigara bırakan ergenler, sigara içen kişilerden kaçındıklarını ve bırakmaya yardımcı olma stratejileri olarak başka bir şey yaparak meşgul olduklarını belirtmişlerdir (örneğin, tatlı şeyler yemek, spor salonuna gitmek, sakız çiğnemek, yemek yemek, ellerini kalem çevirerek meşgul tutmak, boş zaman etkinliklerine katılmak). Sigara içen ergenler, vape kullanımının sigarayı bırakma üzerindeki etkisi hakkında tutarsız algılar bildirmişlerdir. Bazıları birlikte kullanımın bırakmaya geçişin başarılı bir yolu olarak düşünürken, diğerleri vaping yaparken arzusunun devam etmesini başarılı bir bırakma engeli olarak tanımlamıştır. Sigara içen ergenler, başarılı bir bırakma için gerekli bir adım olarak sigara içiminin azaltılmasını belirtmişlerdir. Sigarayı bırakan ergenler, sigaraya erişimi sınırlamanın ve bırakma niyetini ifade etmenin bırakmaya ulaşmada yardımcı olan stratejiler olduğunu bildirmişlerdir.

Nikotin Bağımlılığı Belirtileri

On iki çalışmada sigara içen/bırakan ergenler, sigara bırakma konusunda engel olarak arzularını kontrol edememelerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, altı çalışmada sigara içen ergenler bırakma engeli olarak yoksunluk belirtilerini bildirmiştir.

Diğer Madde Kullanımı

Sigara içen/bırakan ergenler, alkol tüketiminin tütün kullanımıyla bağlantılı olduğunu ve bu nedenle bırakma için bir engel olarak gördüklerini bildirmişlerdir. Bir çalışmada sigara içen ergenler, uyuşturucu kullanımının ek bir engel olduğunu, esrar kullanımının sigara içmeyi pekiştirdiğini bildirmiştir.

Gençler arasında sigara bırakma öngörücüleri üzerine sistematik incelemelerin en güncel yayınlanan özetinde (30) , farklı yaş gruplarına göre sigara içmeme/bırakma girişimlerinin olası pozitif belirleyicileri olarak; sigara içmeye başlama yaşının daha büyük olması, yüksek öğrenim durumu, evli/partnerle birlikte yaşama, bırakma konusunda öz yeterlilik/güven, iyi öz yönetim becerileri, iyi algılanan genel sağlık, ebeveyn denetimi, ebeveyn desteğı,

ebeveynlerin/aile üyelerinin sigarayı bırakması, arkadaşlarının/akranlarının bırakması, akran desteğı, tütün fiyat artışı, sigara erişimini kısıtlamak, sigara kupon yasağı raporlanmıştır. Negatif belirleyicileri olarak ise, nikotin bağımlılık düzeyi, içme isteğı, sigara içme sıklığı, sigara içme yoğunluğu, sigara içmeye yatkınlık, sigara içmeyi teşvik eden durumlar, daha önce sigara kullanma öyküsü, alkol kullanımı, diğer madde kullanımı, stres düzeyi, depresyon, aile/hane halkı sigara içme durumu, akran sigara kullanımı ve sigara içmenin sosyal kabul edilebilirliği olarak raporlanmıştır.

Kaynaklar

1. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, Abbafati C, Abera SF, Abraham B, Abyu GY, Adebisi AO. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2017 May 13;389(10082):1885-906.
2. Marcon A, Pesce G, Calciano L, Bellisario V, Dharmage SC, Garcia-Aymerich J, Gislason T, Heinrich J, Holm M, Jansson C, Jarvis D. Trends in smoking initiation in Europe over 40 years: a retrospective cohort study. PLoS One. 2018 Aug 22;13(8):e0201881.
3. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. 2010;9.
4. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(11).
5. Villanti AC, West JC, Klemperer EM, Graham AL, Mays D, Mermelstein RJ, Higgins ST. Smoking-cessation interventions for US young adults: updated systematic review. American journal of preventive medicine. 2020 Jul 1;59(1):123-36.
6. Bancej C, O'Loughlin J, Platt RW, Paradis G, Gervais A. Smoking cessation attempts among adolescent smokers: a systematic review of prevalence studies. Tobacco control. 2007 Dec 1;16(6):e8-e8.
7. Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. The Journal of physiology. 2015 Aug 15;593(16):3397-412.
8. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2007 Feb 1;86(2):189-99.

9. Peng P, Wang Z, Jiang T, Chu S, Wang S, Xiao D. Brain-volume changes in young and middle-aged smokers: A DARTEL-based voxel-based morphometry study. *The Clinical Respiratory Journal*. 2017 Sep;11(5):621-31.
10. Moylan S, Gustavson K, Karevold E, Øverland S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. The impact of smoking in adolescence on early adult anxiety symptoms and the relationship between infant vulnerability factors for anxiety and early adult anxiety symptoms: the TOPP Study. *PloS one*. 2013 May 16;8(5):e63252.
11. Andersson A, Hegvik TA, Chen Q, Rosenqvist MA, Kvalvik LG, Almqvist C, D'Onofrio BM, Hartman C, Klungsoyr K, Haavik J, Tuvblad C. Attention-deficit/hyperactivity disorder and smoking habits in pregnant women. *PLoS One*. 2020 Jun 18;15(6):e0234561.
12. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and alcohol dependence*. 2000 May 1;59:83-95.
13. Mahajan SD, Homish GG, Quisenberry A. Multifactorial etiology of adolescent nicotine addiction: a review of the neurobiology of nicotine addiction and its implications for smoking cessation pharmacotherapy. *Frontiers in public health*. 2021 Jul 5;9:664748.
14. https://smokingcessationleadership.ucsf.edu/sites/smoking-cessationleadership.ucsf.edu/files/Downloads/Toolkits/AAP_Youth_Tobacco_Cessation_Considerations_for_Clinicians.pdf
15. Youth tobacco cessation: How to ACT (Ask-Counsel-Treat) in 2-3 minutes. American Academy of Pediatrics 2021. Available at: https://downloads.aap.org/AAP/PDF/AAP_Cessation_ACT_Flowchart.pdf.
16. Panel DG. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. US Department of Health and Human Services: Atlanta, GA, USA. 2008 May.
17. Harris SK, Knight Jr JR, Van Hook S, Sherritt L, Traci LB, Kulig JW, Christina AN, Saitz R. Adolescent substance use screening in primary care: validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. *Substance abuse*. 2016 Jan;37(1):197-203.
18. Patients Not Ready To Make A Quit Attempt Now (The "5 R's"). 2020. <http://www.ahrq.gov/prevention/guidelines/tobacco/5rs.html> Erişim Tarihi: 28.12.2024
19. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, Coleman M, Wood C. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002 Apr 1;156(4):397-403.
20. Morean ME, Krishnan-Sarin S, Sussman S, Foulds J, Fishbein H, Grana R, O'Malley SS. Psychometric evaluation of the e-cigarette dependence scale. *Nicotine and Tobacco Research*. 2019 Nov;21(11):1556-64.
21. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring Nicotine Dependence Among High-Risk Adolescent Smokers. *Addict Behav*. 1996;21(1):117-127.
22. CDCTobaccoFree. Learn About Nicotine Replacement Therapy. Centers for Disease Control and Prevention. Published March 21, 2020. <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/quit-smoking/guide/explore-medications.html> Erişim Tarihi: 29.12.2020
23. Section on Tobacco Control, Groner JA, Nelson KE, Etzel RA, Wilson KM, Farber HJ, Balk SJ, Groner JA, Moore JE. Clinical practice policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. *Pediatrics*. 2015 Nov 1;136(5):1008-17.
24. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Donahue K, Doubeni CA, Epling JW, Kubik M, Ogedegbe G. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2021 Jan 19;325(3):265-79.
25. US Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement: Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: Primary Care Interventions. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/tobacco-and-nicotine-use-prevention-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions>. Erişim Tarihi: 14.10.2019
26. Nicotine (Professional Patient Advice). *Drugs.com*. <https://www.drugs.com/ppa/nicotine.html>. Erişim Tarihi: 17.10.2024
27. Hajek P, Stead IF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2001(3):CD000546.
28. Taş D. Çocuk ve Ergenlerde Tütün Bağımlılığı Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2022;13(7):17-24.
29. Bitar S, Collonnaz M, O'loughlin J, Kestens Y, Ricci L, Martini H, Agrinier N, Minary L. A systematic review of qualitative studies on factors associated with smoking cessation among adolescents and young adults. *Nicotine and Tobacco Research*. 2024 Jan 1;26(1):2-11.
30. Kundu A, Sultana N, Felsky D, Moraes TJ, Selby P, Chaiton M. An overview of systematic reviews on predictors of smoking cessation among young people. *Plos one*. 2024 Mar 11;19(3):e0299728.

17. NÜKS OLGULARA YAKLAŞIM

Anahtar Noktalar

- Nikotin bağımlılığı tekrarlayan nükslerle seyredabilen kronik bir hastalıktır.
- Sosyoekonomik ve kültürel faktörlerin yanında yaş ve cinsiyet gibi pek çok faktör nüks riskini etkileyebilir.
- Nükslerin en sık sigara içmenin olumlu (örn. rahatlamak) veya içmemenin olumsuz (örn. öfkeli olmak, kilo almak) etkiye yol açtığı durumlar veya sigara bağımlılığıyla ilgili durumlar (örn. yoksunluk belirtileri, içme isteği) yaşandığında meydana geldiği gösterilmiştir.
- Çalışmalar bir sigara içicisinin 1 yıldan uzun süreli başarılı bir bırakmadan önce tahmin edilenden çok daha fazla sayıda (ortalama 30 kez) bırakma denemesinde bulunduğunu göstermektedir.
- Kendi başına veya destek alarak sigara bırakma sürecine giren veya hastane yatışı, gebelik vb gibi durumlar nedeniyle zorunlu olarak bir süre sigara içemeyen ancak bırakmaya istekli grupların hepsi nüks önleme çalışmalarının hedef kitlesidir.
- Mevcut tedavilerin (özellikle farmakoterapi) uzun süreli uygulanması nüks tedavisi ve nüksü önlemede umut vericidir.
- Yeni kanıtlar bulunana kadar her sigara bırakma girişimini en uygun şekilde desteklemek, nüks önleme stratejileri üzerine yoğunlaşmaktan daha etkili olabilir.

Nüks tanımı nedir?

Nüks (relaps) sigara bırakıldıktan sonra tekrar eskisi gibi içilmeye başlanmasıdır. Sigaradan kurtulma sürecinde tek bir sigara içilmesi kayma (slip), birkaç sigara içilmesi veya birkaç gün az miktarda sigara içilmesi hata (lapse) olarak tanımlanır. Kayma ve hatalar büyük oranda nüks ile sonuçlanmaktadır (1–4).

Erken Nüks

- Her söndürülen sigara ile bırakmak
- Her yakılan sigara ile nüks

Geç Nüks

- Uzun süre içmemek
- Kaldığı yerden devam etmek

Tekrarlayan Nüksler

- Sigaraya ara verme
- Aslında hiç bırakmamış gibi

Nikotin bağımlılığı kronik, tekrarlayan ve nükslerle seyreden bir hastalıktır. Ne zaman başarısız bırakma girişimi ne zaman nüks kabul edileceği konusu tam olarak açık değildir. Prensip olarak, sigarayı bırakma tarihinden sonra herhangi bir zamanda sigara içmeye devam edilmesi nüks olarak sayılabilir. Bir sigara içicisinin sigaradan kurtulmayı başarması için gereken bırakma girişimi sayısı, yalnızca başarılı bırakanlardan oluşan örneklemdeki kişilerin yaşamları boyunca hatırladıklarına dayanmaktadır. Birçok çalışma ve kılavuz sigara bırakma için 6 ila 14 girişimin gerektiğini öne sürmektedir (5). Hatırlanan bırakma girişimi sayısı, uzunlamasına değerlendirmelere kıyasla kesitsel değerlendirmelerde önemli ölçüde daha düşüktür (6). Sigaradan kurtulmak için kaç bırakma girişimi gerektiğine dair önceki tahminler yalnızca eski sigara içicilerinden oluşan popülasyonları kullanmıştır; bu tahminler, geçmiş bırakma girişimlerini hatırlamadaki zorluk ve bırakmayı deneyen ancak hiçbir zaman başarılı olamayan çok sayıda insanı hesaba katmamak nedeniyle önemli ölçüde önyargılıdır (7,8).

Sigarayı bırakmayı başarmak için gereken bırakma girişimi sayısının tahmin edilmesi konusunda yapılan kapsamlı uzunlamasına bir değerlendirmede bir sigara içicisinin 1 yıl ve daha uzun süre başarılı bir şekilde bırakmadan önce ortalama 30 kez veya daha fazla bırakmayı denediğini göstermektedir (9).

Sigara bağımlıları nüksü nasıl tanımlamaktadır (10)?

- “Söndürdüğüm her sigaradan bir süre sonra yaktığım sigarayla, günde 15-20 sefer gerçekleştirdiğim aksiyondur”
- “Aslında sigarayı hiç bırakmamış olmak”
- “Sigarayı bırakmaktan vazgeçmek”
- “Bıraktığın yerden devam etme durumudur, yanıltır ama içine çekmiş bulunmuşumdur dumanı”
- “Aslında bırakmadığının kanıtıdır”
- “Ulan bıraktım, çok süperim ben heheyy!” diye ortalarda dolanırken, tekrar başladıktan sonra; “bu kadar salaklık olmaz! ne iradesiz, ne iğrenç biriyim ben” diye dolanmaktadır”

Tiryakilerin nüksü tanımlama şekli çaresizlik, pişmanlık ve kabulleniş gibi görünse de aslında kurtulma isteği ve umudunun en önemli delilidir.

Sigara içmeden geçen sürenin uzunluğu sigara bırakma başarısının en önemli göstergesidir. Her nüksten sonra içilen sigara miktarının azalması yeni bir sigara bırakma girişiminin göstergesi olabilmektedir (2).

Nüks ihtimali öngörülebilir mi?

Sigara bırakma girişiminde bulunan kişiler arasında, ilk denemede mi, daha önce bırakıp tekrar başlayanlarda mı, yoksa çok sayıda nüks yaşamış bireylerde mi nüks olasılığının daha yüksek olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bırakma sonrası ilk iki haftada hiç sigara içmeyen kişilerin, uzun dönemde sigara bırakma olasılıklarının on kat daha fazla olduğu bulunmuştur (11). Sigaranın bırakılması başarıldıktan sonra 6 ile 12 ay içinde hastaların %70-80’inde nüks gelişebilmektedir (12,13). Nüks oranlarının ikinci yıl için %15, iki yıldan sonra her yıl %2-4, 10 yıldan sonra ise her yıl için %1’in altında olduğu tahmin edilmektedir (14).

Destekle ya da desteksiz sigarayı birdenbire bırakanlarda, azaltarak bırakanlara göre aşırı sigara içme isteği daha nadir görülmekte ve buna bağlı olarak tekrar başlama eğilimi daha az görülmektedir (15). Nüks gelişmesi

ile ilgili faktörlerin önceden bilinmesi sigara bırakmada başarıya ulaşılması için son derece önemlidir.

Son dönemde ülkemizden yapılan bir çalışmada stresli olayların, özellikle iş yeri sorunlarının, yakınlarının yaşadığı ciddi sağlık sorunlarının ve yakın çevrede sigara içenlerin bulunmasının nüks riskini anlamlı olarak artırdığı gösterildi (16).

Sigarayı bırakmaya çalışan birinde nüks riskinin yüksek olduğu durumlar (16-21)

- yoksunluk belirtileri
- yakın çevrede sigara içenler olması
- tedaviye uyumsuzluk
- sigaraya kolay ulaşabilir olma
- aşırı kahve ve alkol kullanımı
- negatif ruh hâli
- zayıf sigara bırakma isteği
- hata ve kaymaların görülmesi
- daha genç olma
- çok sigara içme
- zayıf sağlık bilinci
- düşük eğitim seviyesi
- kilo alma

Sigara bırakma sürecinde olguların olumlu (örn. rahatlamak) ya da olumsuz etki (örn. öfkeli olmak) deneyimlemelerinin nüksetmenin en sık nedenleri olduğu gösterilmiştir. Sigara bağımlılığına bağlı diğer durumlar, nükslerin diğer nedenlerini oluşturmaktadır. Erkek olmak, yüksek eğitilmiş olmak ve psikofarmasötik kullanmak, olumlu etki gösteren nüks durumlarını, ileri yaşta sigaraya başlamak olumsuz etki yaratan nüks durumlarını öngörmektedir. Daha az motivasyonlu ve daha genç sigara içicileri sigara bağımlılığıyla ilişkili durumlarda nüks yaşamaktadır (22).

ABD’de yapılan çok yeni yayınlanan uzunlamasına kohort çalışmada, sigara içen yetişkinlerde finansal zorlanmanın sigarayı bırakmayı olumsuz etkilediği ve ayrıca

başarılı bir şekilde sigarayı bırakanlarda nüks olasılığını artırdığı gösterildi (23). ABD dışında yapılan çeşitli araştırmalarda da, daha yüksek mali sıkıntı ile daha düşük sigara bırakma oranı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (24,25).

Nükse neden olan faktörler iyi tanımlanmış olmakla beraber önlemeye yönelik kanıtlanmış uygulamalar son derece sınırlıdır.

Nüks önlemek için ne zaman müdahale etmeli?

Nüks önleme müdahaleleri davranışsal destek veya sigara bırakma ilaçlarının uzun süreli kullanımını veya her ikisini kapsayabilir. Nüks önleme müdahalesinin uzatılmış bırakma tedavisinden net bir ayrımı yoktur. Nüksü önlemeye yönelik müdahaleler üzerine yapılan çalışmalar, hâlihazırda bırakmış olan kişileri rastgele değerlendirebilir veya sigarayı bırakma girişiminden önce rastgele sigara içenleri değerlendirebilir veya tüm katılımcılara genel bir sigara bırakma müdahalesi uygulamasıyla değerlendirebilir. Tüm tasarımlar bir takım metodolojik güçlüklerle sahiptir. Nüks önleme müdahalelerini değerlendirmeye yönelik mevcut girişimlerin temel metodolojik özelliği, katılımcıların rastgele atandıkları zamanla ilgilidir (yani sigarayı bırakmadan önce veya sonra) (26). Yapılan sistematik değerlendirmede bulunan kanıtlar, sigarayı bırakmada yararlı olan davranışsal tedavilerin nüksetmeyi önlemede yardımcı olduğunu maalesef desteklemiyordu. Bu sonuç, incelenen tüm farklı nüks önleme gruplarında aynıydı. Vareniklin ile uzun süreli tedavi, nüksetmeyi önlemede etkili bulundu. Rimonabant çalışması da nüks önleme lehine önemli bir etkiye sahipti, ancak bu iki farmakolojik ajan da ilaç güvenliği ile ilgili endişeler nedeniyle piyasadan çekildi. Bupropion ile tedaviyi uzatmanın nüks önlemede yardımcı olmadığı görüldü ve nikotin replasman tedavisini (NRT) uzatma konusunda kanıtlar yetersizdi. Bupropion ile birlikte NRT'nin çift plaseboya karşı iki karşılaştırmasında da nüks önlemede bir etki sağlanamadı (26).

Bırakma müdahalesi ile nüks önleme müdahalesi farklı mı?

Nüks olgularda tedavi düzenlerken hastanın daha önce tedavide kullanmadığı ilaçları tercih etmek veya ilaç-

ları kombine ederek kullanmak veya tedavi süresini daha uzun tutmak gibi seçenekler üzerinde düşünülebilir (27).

Nüks Tedavisi

Klinisyenler ve hastalar nüks veya başarısız bir bırakma girişiminden sonra umutsuzluğa kapılmamalıdır. Zira hastaların çoğunda sigarayı sürekli bırakmayı başarmadan önce çok sayıda bırakma denemeleri olabilmektedir (9). Güncel sigara bırakma tedavileri etkili olmasına rağmen nüks sorunu hâlen devam etmektedir.

Davranışsal-Bilişsel Teknikler: Sigaranın yeniden bırakılması sürecinde öncelikle nüksün ortaya çıkma sebeplerinin tespiti ve bu sebeplere yönelik davranışsal-bilişsel tekniklerin kullanılması esastır. Kişiye özel sorunlar hakkında farkındalık artışı ve motivasyon gerekir. Sorunlarla baş etmeye yönelik geliştirilen davranışsal-bilişsel teknikler, nüksü önlemek için uzun zamandır kullanılmaktadır (28).

Bilişsel davranış terapisi, pozitif psikoloji, bireysel danışmanlık ve grup terapisi gibi nüksetmeyi önlemeye yönelik psikolojik yaklaşımlar hakkında kapsamlı bilgi sağlamak için 18 literatürün ele alındığı bir derlemede tekli veya çoklu bilişsel davranış terapisi ve ek farmakolojik tedavinin yaklaşık %20-45 oranında nüksetmeyi önlemede etkili olduğu gösterildi. Ayrıca iki davranışsal tedavinin birleştirilmesinin (bilişsel davranış terapisi artı telefon danışmanlığı gibi) daha yüksek etkinliğe sahip olduğu bulundu (29).

Sigara ve alkol kullanımı için farkındalık temelli nüks önleme ile bilişsel davranışçı terapinin karşılaştırıldığı pilot randomize kontrollü yeni bir çalışmada hem farkındalık tabanlı nüks önleme hem de bilişsel davranışçı terapi oldukça kabul edilebilir bulundu. Farkındalık tabanlı nüks önlemenin ölçülen tüm parametrelerde bilişsel davranışçı terapiye benzer sonuçları vardı (30).

Sigara içen nüks olgularda yeniden başarılı bırakma müdahalesi biraz da desteğin sürdürülebilirliğine bağlıdır. Bilişsel ve davranışçı tedavinin başarısındaki anahtar ise “yaşam tarzı değişikliği” sağlanabilmesidir. Bunun için olgulara verilmesi gereken mesajlar en azından şu başlıkları kapsamalıdır (31):

- Nikotin bağımlılığının fizyolojik ve psikolojik boyutu hakkında bilgilendirme,
- Bırakma girişimleri başarısız olduğunda iradenin sorulanmaması,
- Sigara içme isteği uyandıran kişisel ve çevresel unsurların saptanması ve farkındalık sağlanması,
- Nüksün yarattığı endişe ve kaygıların giderilmesi,
- Günlük yaşamında mümkün olduğunda yeni ve kalıcı düzenlemeler yapmaya teşvik edilmesi,
- Destek isteme olanakları hakkında eğitilmesi (sosyal, tıbbi, eğitim desteği gibi).

İlaç tedavileri: Nüks tedavisindeki başarısı ve maliyet-etkinliği açısından üzerinde en çok durulan ajan vareniklidir. Vareniklin ile yapılan çalışmaların bir kısmı genişletilmiş tedavi ile nüksü önlemeye yönelik, bir kısmı da nüks gelişen olgularda yeniden tedavinin maliyet-etkinliğini değerlendirmeye yöneliktir. İlk tedavi sırasında veya sonrasında nüks eden hastalarda vareniklinin maliyet-etkinliğini analiz eden çalışmalarda vareniklin ile ikinci kez bırakma girişimi maliyet etkin bulunmuştur (32). Ayrıca kapsamlı bu kohort çalışmada nüks olgularda vareniklinle yeniden tedavinin bupropion artı nikotin yerine koyma tedavileri ile yapılan çalışmalarla kıyaslandığında daha maliyet etkin bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir.

Varenikline alternatif diğer bir nikotin reseptör parsiyel agonisti olan sitizin tedavisinde, varenikline göre daha az sayıda insanda istenmeyen yan etki bildirilmiştir. Sitizin ve vareniklini doğrudan karşılaştıran çalışmalara dayanarak, sigarayı bırakmada her iki ilaç arasında etkinlik açısından anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir. (33). Gelecekte varenikline alternatif sitizinin diğer farmakoterapilerle karşılaştırıldığında etkinliği ve güvenliği test edilmeli ve ayrıca doz ve kullanım süresi farklılıkları değerlendirilmelidir.

Isıtılmış tütün ürünleri (HTP'ler) sigara içenlerin bırakmasına yardımcı olmak için daha güvenli bir alternatif olarak pazarlanır. Japonya'da yapılan uzunlamasına bir çalışmada ısıtılmış tütün ürünleri kullanımının sigara içenlerin bırakmasına yardımcı olmadığı ve aynı zamanda eski sigara içicilerinin tekrar sigaraya başlamasını da engelle-

mediği gösterilmiştir. HTP'ler bir çeşit tütün ürünüdür ve nüks tedavisinde de kesinlikle önerilmemelidir (34).

Sonuç olarak nüks, kişiden kişiye farklılıklar gösteren, çok değişik faktörlerle ortaya çıkan bir durumdur. Bu faktörlerin birbirleriyle ilişkileri, kişisel farklılıkları ve bırakma sürecine olan olumsuz etkileri çok iyi değerlendirilmelidir. Nüks, çok uzun süreler sigara bırakmayı başaran hastalar arasında bile olabilmektedir. Günümüzde sigara bırakma programlarının bir parçası olarak içicilerin sigarayı kalıcı bırakmasını sağlayabilmek için nüks önleyici uygulamalar hakkında kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Mevcut tedavilerin (özellikle farmakoterapi) uzun süreli uygulanması nüksü önlemede umut vericidir. Yeni kanıtlar bulunana kadar nikotin bağımlılığının "kronik, tekrarlayan ve nükslerle seyreden bir hastalık" olduğunu bilerek her sigara bırakma girişimini en uygun şekilde desteklemek, nüks önleme stratejileri üzerine yoğunlaşmaktan çok daha önemlidir.

Kaynaklar

1. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clin Psychol Rev.* 2005 Sep 1;25(6):713–33.
2. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev.* 2006 Mar 1;26(2):196–215.
3. McKee SA, Krishnan-Sarin S, Shi J, Mase T, O'Malley SS. Modeling the effect of alcohol on smoking lapse behavior. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2006 Dec 30 [cited 2025 Jan 18];189(2):201–10. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-006-0551-8>
4. Wileyto EP, Patterson F, Niaura R, Epstein LH, Brown RA, Audrain-McGovern J, et al. Recurrent Event Analysis of Lapse and Recovery in a Smoking Cessation Clinical Trial Using Bupropion. *Nicotine & Tobacco Research* [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2025 Jan 18];7(2):257–68. Available from: <https://doi.org/10.1080/14622200500055673>
5. Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SL, Escobedo LG, Slade J. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiol Rev* [Internet]. 1995 Jan 1 [cited 2025 Jan 18];17(1):48–65. Available from: <https://europepmc.org/article/med/8521946>
6. Borland R, Partos TR, Yong HH, Cummings KM, Hyland A. How much unsuccessful quitting activity is going on among adult smokers? Data from the International Tobacco Control Four Country cohort survey. *Addiction* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2025 Jan 18];107(3):673–82. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2011.03685.x>

7. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* (Abingdon, England) [Internet]. 2004 Jan [cited 2025 Jan 18];99(1):29–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14678060/>
8. Zhu SH, Wong S, Tang H, Shi CW, Chen MS. High Quit Ratio Among Asian Immigrants in California: Implications for Population Tobacco Cessation. *Nicotine & Tobacco Research* [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2025 Jan 18];9(Suppl_3):S505–14. Available from: <https://dx.doi.org/10.1080/14622200701587037>
9. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2025 Jan 18];6(6):e011045. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011045>
10. Sigarayaya tekrar başlamak - ekşi sözlük [Internet]. [cited 2025 Jan 18]. Available from: <https://eksisozluk.com/sigaraya-tekrar-baslamak--1503740>
11. Westman EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE. Smoking Behavior on the First Day of a Quit Attempt Predicts Long-term Abstinence. *Arch Intern Med* [Internet]. 1997 Feb 10 [cited 2025 Jan 18];157(3):335–40. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/622856>
12. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001 Sep 18;135(6):423–33.
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation : information for specialists [Internet]. 1996 [cited 2025 Jan 18]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82175>
14. Gilpin EA, Pierce JP, Farkas AJ. Duration of Smoking Abstinence and Success in Quitting. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute* [Internet]. 1997 Apr 16 [cited 2025 Jan 18];89(8):572–572. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/jnci/89.8.572>
15. Lindson-Hawley N, Banting M, West R, Michie S, Shinkins B, Aveyard P. Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Noninferiority Trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2016 May 3 [cited 2025 Jan 18];164(9):585–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26975007/>
16. Acar T, Gallagher C, Gören Y, Erbas B, Özkara A. Determinants of Smoking Cessation Outcomes and Reasons for Relapse in Patients Admitted to a Smoking Cessation Outpatient Clinic in Turkey. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Mar 1;21(3).
17. Gümüş S, Özkan M. Nüks ve Nüks Tedavisi. In: Aytemur ZA, editor. *Tütün ve Tütün Kontrolü* [Internet]. Ankara: Türk Toraks Derneği; 2010 [cited 2025 Jan 18]. p. 525–34. Available from: <https://members.toraks.org.tr/library/books/412>
18. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of Smoking Cessation and Maintenance. *J Clin Psychol* [Internet]. 1998 [cited 2025 Jan 18];54:223–35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions>
19. Mothersill KJ, McDowell I, Rosser W. Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 1988 Jan 1;13(1):29–36.
20. Garvey AJ, Bliss RE, Hitchcock JL, Heinold JW, Rosner B. Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the normative aging study. *Addictive Behaviors*. 1992 Jul 1;17(4):367–77.
21. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatzianandreu EJ, Newcomb PA, et al. Methods Used to Quit Smoking in the United States: Do Cessation Programs Help? *JAMA* [Internet]. 1990 May 23 [cited 2025 Jan 18];263(20):2760–5. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/381957>
22. Rodríguez-Cano R, López-Durán A, Martínez-Vispo C, Becoña E. Causes of smoking relapse in the 12 months after smoking cessation treatment: Affective and cigarette dependence-related factors. *Addictive Behaviors*. 2021 Aug 1;119:106903.
23. Cook S, Curtis J, Buszkiewicz JH, Brouwer AF, Fleischer NL. Financial Strain and Smoking Cessation and Relapse Among U.S. Adults Who Smoke: A Longitudinal Cohort Study. *Am J Prev Med*. 2025 Jan 1;68(1):164–71.
24. Siahpush M, Yong HH, Borland R, Reid JL, Hammond D. Smokers with financial stress are more likely to want to quit but less likely to try or succeed: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction* [Internet]. 2009 Aug 1 [cited 2025 Jan 18];104(8):1382–90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2009.02599.x>
25. Caleyachetty A, Lewis S, McNeill A, Leonardi-Bee J. Struggling to make ends meet: exploring pathways to understand why smokers in financial difficulties are less likely to quit successfully. *Eur J Public Health* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2025 Jan 18];22(suppl_1):41–8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckr199>
26. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Oct 28 [cited 2025 Jan 18];2019(10). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003999.pub6/full>
27. Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Treating Tobacco Dependence in Light of the 2008 US Department of Health and Human Services Clinical Practice Guideline. *Mayo Clin Proc*. 2009 Aug 1;84(8):730–6.

28. Maskrey V, Blyth A, Brown TJ, Barton GR, Notley C, Aveyard P, et al. Self-help educational booklets for the prevention of smoking relapse following smoking cessation treatment: a randomized controlled trial. *Addiction* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2025 Jan 18];110(12):2006–14. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.13080>
29. Afriani M, Binti Y, Yusop M, Bin H, Yusof M. Psychological Approach to Smoking Relapse Prevention : A Systematic Review. *International Archives of Medical Sciences and Public Health* [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2025 Jan 18];3(2):145–55. Available from: <https://pcijournal.org/index.php/iamsph/article/view/651>
30. Vinci C, Sutton SK, Yang MJ, Baban S, Sauls R, Witkiewitz K, et al. Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use. *Drug Alcohol Depend*. 2023 Mar 1;244:109768.
31. Aytemur ZA. Smoking Cessation: Relapse and Therapy. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2017 Feb 22;4(1):152–5.
32. Kautiainen K, Ekroos H, Puhakka M, Liira H, Laine J, Linden K, et al. Re-treatment with varenicline is a cost-effective aid for smoking cessation. *J Med Econ* [Internet]. 2017 Mar 4 [cited 2025 Jan 18];20(3):246–52. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13696998.2016.1249485>
33. Gossa W. Nicotine Receptor Partial Agonists for Smoking Cessation. *Am Fam Physician* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Jan 18];108(3):235A-235B. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006103.pub9/full>
34. Odani S, Tsuno K, Agaku IT, Tabuchi T. Heated tobacco products do not help smokers quit or prevent relapse: a longitudinal study in Japan. *Tob Control*. 2024 Jun 20;33(4):472–80.



TÜRK TORAKS DERNEğİ

Turan Güneş Bulvarı, Koyunlu Sitesi

No: 175/19 Oran-Çankaya, ANKARA

Tel: (312) 490 40 50

E-posta: toraks@toraks.org.tr

Web: <https://www.toraks.org.tr>

ISBN: 978-625-6615-16-8