

Hastalarımızın Kontrole Gelme Sıklıkları İle Sigara Bırakma Davranışları İlişkisi: Polikliniğimizin İlk Bir Yıllık Sonuçları ***The Relationship Between Frequency Ofpatients' Visits to Checkup Sessionsand Smoking Cessation Behavior: First Annual Results of Our Polyclinics***

Sebahat Gücük, Mehmet Kayhan

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Özet: Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların sigara bırakmalarına etkili olması muhtemel poliklinik kontrolüne gelme davranışları ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışma Ocak 2017- Temmuz 2017 arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar alınarak yapıldı. Sigara bırakma amaçlı belirlenen günden sonra en az 12 ay süre ile sigara içmeyenler sigarayı bırakmış kabul edilerek hastalarımızın dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışmamız telefon ile ulaşılamayan ve telefon görüşmesi sırasında çalışmayı kabul etmeyenler haricindeki 223 katılımcı ile tamamlandı. Çalışmamıza katılan 223 kişinin %61,9'u (n:138) erkek, %38,1' (n:85) kadındı. Bir yıl sonraki sigara bırakma oranları %13,5 (n:30) idi. Sağlık çalışanı tarafından sigara bırakma polikliniğine yönlendirilenlerde kontrole gelme sayısı daha yüksekti (p:0,02). Verilen farmakolojik tedaviyi yeterli kullananlarda kontrole gelme sayısı, yeterli kullanmayanlara göre (p:0,02), farmakolojik tedavi verilenlerden devlet desteği ile ilaç tedavisi alanlarda (%78;n:78) 2 ve üzeri poliklinik kontrolüne gelme oranı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksekti (p:0,01). Herhangi bir nedenle de olsa daha sık karşılaştığımız hastalarımıza tütün ve tütün ürünleri kullanma durumları sorularak kullananlarda bırakma, başlamamış olanlarda da çevresindekilere nasıl destek olabilecekleri yönünde yapılacak görüşmelerin ve sigara bırakma poliklinikleri çalışma düzenleri hakkında bilgilendirme ile yönlendirme yapılmasının, mevcut durumun iyileştirebilmesi yönünden motivasyon sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: sigarayı bırakma, poliklinik, tedavi

Gücük S, Kayhan M. 2019. Hastalarımızın Kontrole Gelme Sıklıkları İle Sigara Bırakma Davranışları İlişkisi: Polikliniğimizin İlk Bir Yıllık Sonuçları, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(4): 371- 379 **Doi:** 10.20515/otd.441217

Abstract: In this study, it was aimed to investigate that whether the factors related to adherence of patients, who applied our polyclinics for smoking cessation, to checkup sessions lead to smoking cessation. This study was conducted with patients who applied to the smoking cessation polyclinics between January 2017 and July 2017. The patients who were non-smokers for at least 12 months after the designated smoking cessation day were considered to accomplish quit smoking and the files of these patients were evaluated retrospectively. Our study was completed with 223 participants except those who could not be reached by telephone and did not accept to participate in this study during the phone call. Out of 223 participants in this study, 61.9% (n:138) were male, 38.1% (n:85) were female. Smoking cessation rates after one year were 13.5% (n: 30). The number of visits to the smoking cessation polyclinic, who had referred to the polyclinics by the health worker, was higher (p: 0.02). The number of patients' visits to checkup sessions was significantly higher among patients who received the pharmacological treatment and used their medications adequately compared to the patients who also received pharmacological treatment, yet didn't use their medications adequately (p: 0.02). The rate of following checkups more than twice was significantly higher among the patients who received pharmacological treatment with subvention (78%; n:78) compared to others (p:0,01). We claim that asking about their consumption of tobacco and tobacco products to the patients who we can see more frequently, and then trying to help smoker ones to quit smoking or informing non-smokers about how to support their smoker surroundings can be a motivation in terms of smoking cessation. We believe that informing and better directing smoking cessation polyclinics and making new arrangements in the present working mechanisms of them will also help to improve the current situation.

Key Words: smoking cessation, polyclinic, treatment

Gucuk S, Kayhan M. 2019. The Relationship Between Frequency Ofpatients' Visits to Checkup Sessionsand Smoking Cessation Behavior: First Annual Results of Our Polyclinics, *Osmangazi Journal of Medicine*, 41(4): 371- 379 **Doi:** 10.20515/otd.441217

ORCID ID of the authors: S.G. 0000-0003-3194-6221; M.K. 0000-0001-7493-5165

1. Giriş

Tütün kullanımı dünyada şimdiye kadar karşılaşılan en büyük halk sağlığı tehditlerinden biri (1) olmakla birlikte tüm dünyada en yaygın önlenemez erken yaş morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindedir(2,3). Dünya genelinde tütün kullanımı yılda yaklaşık 6 milyon kişinin ölümüne neden olurken, mevcut eğilimler devam ettiği sürece tütün kullanımının 2030 yılına kadar yılda 8 milyondan fazla kişinin ölümüne neden olacağını göstermektedir (4,3).Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (5). Ancak hekime başvuranların %15'ten azına sigarayı bırakması konusunda destek olunmakta ve yalnızca %3'ü sigara bırakma ile ilgili olarak takip edilebilmektedir (6). Bu nedenle sigarayı bırakmak isteyenlere gerekli tıbbi desteği sağlamak hekim sorumluluğu açısından önem taşımaktadır. Son yıllarda yayınlanan sigara bırakma kılavuzları sınırlı sayıdaki tıbbi kontrendikasyonlar dışında tüm sigarayı bırakmak isteyenlere medikal tedaviyi önermektedir (7).

Sigara ile ilgili sağlık sorunlarını azaltmada en etkili yöntem sigara bırakmadır ve bu konudaki çalışmalar sigara içenlerin %70'inin sigara bırakma isteğinde olduklarını, %46'sının ise sadece bir günde olsa sigara bırakma girişiminde bulduklarını göstermiştir (8,9). Sigara bırakma sırasında yardım almayanların yalnızca %7.5' inin beş aylık bir sürede sigarasız kalabildiği, davranışsal ya da farmakolojik bir desteğines başarı oranlarını %15-30 düzeyine kadar arttırdığı gösterilmiştir (8). Davranış eğitimi-motivasyonel destek en yaygın olarak kullanılan yöntem olmakla birlikte, farklı nikotin preparatları ile birlikte davranış eğitimi başarı oranlarını artırmaktadır (8,10).

Ülkemizde oluşan bilinçlenme, kapalı ortamlarda sigara kullanım yasağı, sigara

kullanımına bağlı oluşan hastalıklar ve getirdiği ekonomik yükü nedeniyle sigara kullanan kişilerin sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniklerine başvuru sayısı günden güne artmaktadır (11).

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastaların poliklinik kontrolüne gelme davranışları ve sigara bırakmaları ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Ocak 2017- Temmuz2017 arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar alınarak yapıldı. Sigara bırakma amaçlı belirlenen günden sonra en az 12 ay süre ile sigara içmeyenler sigarayı bırakmış kabul edilerek (12) hastalarımızın (farmakolojik tedavi başlanmayan hastalar da dâhil olmak üzere) dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışma sırasında başvuran hastalarımıza sırayla telefon edilerek, çalışmaya katılmak isteyenlerin mevcut sigara içme davranışları, tedavi verildi ise yeterli kullanıp kullanmadıkları, sigara kullanmaya devam etme nedenleri öğrenilerek kayıt altına alındı. Dosyalarındaki bilgileri eksiksiz olanlar ile çalışmamız planlandı ve telefon görüşmeleri yapıldığında herhangi bir nedenle ulaşılamamış, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Sigara Bırakma Polikliniğimizde;

Polikliniğimize ilk başvuru sırasında tüm hastalarımıza genel bir hastalık anamneziveFagerström nikotin bağımlılık testini (FNBT) de içeren bir sigara sorgulama formu uygulanmaktadır. Sistemik fizik muayeneleri yapılan hastalara sigaranın zararlarıyla ilgili kısa bir eğitim ile birlikte tarafımızca hazırlanan yaklaşık 20 dk süren bir bilgilendirme verilmekte ve ekshale edilen solunum havasında karbonmonoksit (CO) düzeyleri ölçülmektedir. Daha sonra tüm hastalardan akciğer grafisi, elektrokardiyografi, tam kan sayımı ve basit kan biyokimyası istenmektedir. İstenen laboratuvar tetkiklerini tamamlayan ve bir sonraki kontrole gelen hastalardan tıbbi kontrendikasyon olmayan (aktif kardiyak

hastalığı olanlar, gebeler ve süt emziren kadınlar ile dermatolojik hastalığı olanlar) ve tedaviyi kabul edenlere uygun farmakolojik tedavi başlanmaktadır. Hastalar ilk başvurudan sonraki 15 günde ve 1, 2, 3,6 ve 12 ayda kontrole çağırılmaktadır. Her kontrolde ekshale edilen solunum havasında CO düzeyleri ölçülmektedir.

Verilen tarihler arasında 321 kişiye polikliniğimizde hizmet verilmişti. Çalışmamız telefon ile ulaşılamayan ve telefon görüşmesi sırasında çalışmayı kabul etmeyenler haricindeki 223 katılımcı ile tamamlandı.

Hastalarımız ilk görüşme dâhil 2 ve üzeri görülenler (kontrole gelenler) ve ilk görüşmeden sonra görülemeyenler (kontrole gelmeyenler) olarak iki gruba ayırdı ve özellikleri karşılaştırıldı.

Sosyodemografik özellikleri, günlük tüketilen sigara adeti, sigara kullanılan süre (paket/yıl), başlama yaşı, öncelikle ilk aklına gelen başvurma nedeni, verilen tedavi, tedaviye devam durumu, kontrole geliş sayısı, depresyon ve anksiyete skorları bilgileri başlıca karşılaştırılan özellikler arasındaydı.

Depresyon ölçer skor ve anksiyeteölçer skorları; Depresyon var (≥ 7 puan) ve Depresyon yok (0-6 puan); Anksiyete var (≥ 10 puan) Anksiyete yok (0-9 puan) olarak kabul edildi.

Nikotin replasman tedavisi, vareniklin ve/veya bupropion tedavisi için en az dört hafta kullananlar yeterli süre tedavi almış olarak kabul edildi (12).

Davranışsal eğitimde, hastaların sigara içme konusundaki, yerleşmiş olan düşünceler öğretilerek değiştirilmeye çalışıldı. Sigara içme isteğini azaltabilmek ve kontrol altına almak için önerilerde bulunuldu.

Çalışmamız için gerekli etik onay alındı.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

(FNBT): Altı adet sorudan oluşmaktadır. FNBT'den alınabilecek en küçük puan 0, en büyük puan 10 olup puan yükseldikçe bağımlılık düzeyi artmaktadır. Kişilerin FNBT'den aldığı puana göre bağımlılık derecesi; çok düşük (0-2 puan), düşük (3-4 puan), orta (5-6 puan), yüksek (7-8 puan) ve çok yüksek (9-10 puan) olarak sınıflandırılmaktadır (13).

İstatistiksel analiz

Verilerin analizleri IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 20,0 (Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Karşılaştırılmalar ki-kare, çok gözlü ki kare, normal dağılmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılması Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup olduğunda ise Kruskal-Wallis testi kullanılarak %95 güven aralığında analiz edildi.

3. Bulgular ve Analizler

Çalışmamıza katılan 223 kişinin %61,9'u (n:138) erkek, %38,1' (n:85) kadındı. %62,8'i bekarken (n:140), %83'ü (n:37,2) evli idi. Katılımcıların yaş ortalaması 42,0 \pm 15,5 (min:17;maks:85) idi. %18,8'inde ek sistemik hastalıklar mevcuttu. Sistemik hastalıklardan en sık hipertansiyon (%46,5) mevcut olup; pulmoner hastalıklardan ise astım (%47,4) en sıkı (Tablo 1).

Tablo 1.
Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cins	<i>erkek</i>	138	61,9
	<i>kadın</i>	85	38,1
Medeni Durum	<i>Bekar</i>	140	62,8
	<i>Evli</i>	83	37,2
Yaş	<i><18</i>	8	3,6
	<i>18-24</i>	32	14,3
	<i>25-29</i>	69	30,9
	<i>30-39</i>	53	23,8
	<i>40-49</i>	33	14,8
	<i>≥50</i>	28	12,6
Çalışma Durumu	<i>Aktif çalışmıyor</i>	80	35,9
	<i>Aktif çalışıyor</i>	111	49,8
	<i>Öğrenci</i>	32	14,3
Eğitim Düzeyi	<i>ilkokul</i>	65	29,1
	<i>lise ve dengi</i>	115	51,6
	<i>yüksekokul ve üstü</i>	43	19,3
Takibi yapılan kronik hastalık	<i>yok</i>	181	81,2
	<i>var</i>	42	18,8
Başvurma durumu (öncelikli olarak)	<i>kendi isteğiyle</i>	137	61,4
	<i>aile bireylerinin istemesi</i>	47	21,1
	<i>sağlık çalışanı tarafından yönlendirme</i>	39	17,5

Sigaraya başlama yaşı $16,7\pm 4,2$ olarak saptandı. Sigara içilen süre $23,9\pm 15,3$ (min:1;maks:64) paket/yıl, günlük içilen sigara $18,3\pm 8,2$ (min:3;maks:50) adet/gün idi. Ölçüm yapılan CO

seviyesi $11,3\pm 2,9$ ppm (min:3;maks:18) olarak saptandı. Katılımcıların sigara kullanma özellikleri tablo 2'de gösterildi.

Tablo 2.
Katılımcıların sigara kullanma özellikleri

		n	%
FNBT puanı	<i>1-2</i>	14	6,3
	<i>3-4</i>	7	3,1
	<i>5-6</i>	120	53,8
	<i>7-8</i>	59	26,5
	<i>9-10</i>	23	10,3
Sigara kullanmaya başlama yaşı	<i><15 yaş</i>	64	28,7
	<i>≥15 yaş</i>	159	71,3
Sigara kullanım süresi (paket/yıl)	<i><5</i>	24	10,8
	<i>5-10</i>	29	13,0
Günlük kullanılan sigara miktarı (adet)	<i>>10</i>	170	76,2
	<i><10</i>	62	27,8
	<i>11-20</i>	122	54,7
	<i>21-30</i>	29	13,0
	<i>>31</i>	10	4,5

FNBT:Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Katılımcılara öncelikli olarak sigara kullanmaya devam etme nedenleri sorulduğunda sıklıkla verilen cevaplar birleştirildiğinde; %49,1'i (n:105) çok keyif aldığını, %21,5'i (n:46) yoğun stress altında olduğu için, %17,8'i (n:38) etrafındaki yakınlarının bırakmamasından dolayı, %11,7'si (n:25) maddi sıkıntılar nedeniyle cevabını verdi.

Depresyon ve anksiyete skorlarına bakıldığında skora sonuçları ile kontrole gelme durumları arasında (p:0,46;p:1,11) ve sigara kullanıyor olma durumları arasında (p:0,82;p:0,12) anlamlı fark yoktu.

Bir yıl sonraki sigara bırakma oranları %13,5 (n:30) idi. Sağlık çalışanı tarafından sigara bırakma polikliniğine yönlendirilenlerde kontrole gelme sayısı daha yüksekti (p:0,02). Verilen farmakolojik tedaviyi yeterli kullananlarda kontrole gelme sayısı, yeterli kullanmayanlara göre (p:0,02), farmakolojik tedavi verilenlerden devlet desteği ile ilaç tedavisi alanlarda (%78;n:78) 2 ve üzeri poliklinik kontrolüne gelme oranı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksekti (p:0,01) (Tablo 3).

Tablo 3.
Katılımcıların poliklinik kontrolüne gelme sıklıkları ve ilişkili faktörler

		Poliklinik kontrol sayıları				p*
		<2		≥2		
		n	%	n	%	
Cins	<i>erkek</i>	73	52,9	65	47,1	0,01
	<i>kadın</i>	31	36,5	54	63,5	
Çalışma Durumu	<i>aktif çalışmıyor</i>	30	37,5	50	62,5	0,07
	<i>aktif çalışıyor</i>	55	49,5	56	50,5	
	<i>öğrenci</i>	19	59,4	13	40,6	
Eğitim	<i>ilköğretim</i>	27	41,5	38	58,5	0,02
	<i>lise ve dengi</i>	63	54,8	52	45,2	
	<i>yüksekokul ve üzeri</i>	14	32,6	29	67,4	
Takibi yapılan kronik hastalık	<i>yok</i>	92	50,8	89	49,2	0,09
	<i>var</i>	12	28,6	30	71,4	
Şu anda sigara kullanma durumu	<i>yok</i>	1	3,3	29	96,7	0,000
	<i>var</i>	103	53,7	90	46,6	
Sigara kullanım süre (paket/yıl)	<i><5</i>	15	62,5	9	37,5	0,13
	<i>5-10</i>	19	65,5	10	34,5	
	<i>>10</i>	70	41,2	100	58,8	
Yeterli ilaç kullanma	<i>hayır</i>	11	15,5	60	84,5	0,02
	<i>evet</i>	0	0,0	41	100	
Başvurma durumu (öncelikli olarak)	<i>kendi isteğiyle</i>	75	54,7	62	45,3	0,04
	<i>aile bireylerinin istemesi</i>	19	40,4	28	59,6	
	<i>sağlık çalışanı tarafından yönlendirme</i>	10	25,6	29	74,4	

*p<0,05

Bir yıl sonra sigara kullanmama oranları kadınlarda (p:0,01) ve verilen tedaviyi yeterli kullananlarda (p:0,01) anlamlı derecede yüksekti. Sigara bırakma polikliniklerine sağlık çalışanı tarafından yönlendirilenlerde bir yılsonunda sigara kullanmama oranları

diğerlerine göre anlamlı derecede yüksekti (p:0,03) (Tablo 4). Sigara kullanılan süre sigara bırakma oranlarını etkilemezken (p:0,51), günlük içilen miktar arttıkça (p:0,03) bırakma oranları azalmaktaydı (p:0,03).

Tablo 4.
Katılımcıların bir yıl sonunda sigara bırakma durumu ve ilişkili faktörler

		Sigara bırakma durumu				p*
		bıraktı		bırakmadı		
		n	%	n	%	
Cins	<i>erkek</i>	13	9,4	125	90,6	0,01
	<i>kadın</i>	17	20,0	68	80,0	
Çalışma Durumu	<i>aktif çalışmıyor</i>	11	9,9	100	90,1	0,20
	<i>aktif çalışıyor</i>	15	18,8	65	81,2	
	<i>öğrenci</i>	4	12,5	28	87,5	
Eğitim	<i>ilköğretim</i>	6	9,2	59	90,8	0,36
	<i>lise ve dengi</i>	16	13,9	99	86,1	
	<i>yüksekokul ve üzeri</i>	8	18,6	35	81,4	
Yeterli ilaç kullanma	<i>hayır</i>	8	11,3	63	88,7	0,01
	<i>evet</i>	19	46,3	22	53,7	
Başvurma durumu (öncelikli olarak)	<i>kendi isteğiyle</i>	12	8,8	125	91,2	0,03
	<i>aile bireylerinin istemesi</i>	10	21,3	37	78,7	
	<i>sağlık çalışanı tarafından yönlendirme</i>	8	20,5	31	79,5	

*p<0,05

4. Tartışma

Dünya çapında tütünle mücadele giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Yapılan çalışmalar, insanların sosyal, psikolojik ve farmakolojik faktörlerin etkisi ile sigara içtiğini göstermektedir (14).

Çalışmamızda, 12. ayda sigara bırakma başarısı %13,5 olarak hesaplandı. Ülkemizde yapılan çalışmalarda 1. yıl sonunda bırakma başarısı, %21-48 oranı arasında değişmektedir (11,15,16). Sigara bırakma da etkili olduğu düşünülen yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, evde sigara içenlerin olması, var olan sistemik hastalıklar, günlük içilen sigara sayısı ve nikotin bağımlılığının etkisinin

değerlendirildiği çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır (17,18). Bazı çalışmalarda cinsiyet sigara bırakmada oldukça etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir (19) Sigara bırakmada erkeklerin daha başarılı olduğu belirtilse de (20) ülkemizde yapılan çalışmalarda hem erken hem de uzun dönem başarıda kadın erkek arasında fark bulunmamıştır (21,12). Çalışmamızda kadınların başvuruları daha az olmasına rağmen kontrole devam ve sigara bırakma oranları daha fazla bulunmuştu. Kadınların oranının az olması üniversite hastanemize ulaşımın şehrimizdeki diğer sağlık kuruluşları kadar kolay olmamasından kaynaklanmış

olabilir. Başvurma oranlarının erkeklere göre az olmasına rağmen devamları yüksek olmuştur. Gebelik dönemlerinde de içebilme olasılıklarını da düşününce özellikle kadınlarımıza vereceğimiz destek önemlidir.

Sigara bırakmanın üzerinde, eğitim durumunun etkisini inceleyen bazı çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe sigara bırakma oranının yükseldiği bildirilmektedir (12,22) bazılarında ise eğitim düzeyinin etkisine rastlanmamıştır (11,18). Ülkemizde yapılan, başka bir çalışmada eğitim düzeyi yüksekliğinin bırakma oranlarını etkilemediği saptanmıştır (12). Çalışmamızda, eğitim durumu yükseldikçe kontrole gelme anlamlı derecede artmakla birlikte bir yılın sonunda bırakma oranlarını etkilememiştir. Bu da bize sigara bırakma polikliniklerinde başarının artması için başvuran her hastamıza basitten başlayarak vereceğimiz desteğin önemli olduğunu göstermektedir.

Sigara bırakma konusunda yapılmış çalışmalarda, hastaların herhangi bir nedenle görülmeleri sırasında, sigara tüketimleri açısından sorgulanmaları, sigara ve bırakma konusunda bilgilendirilmesi, bırakma kararını verenlere ise farmakolojik tedavinin uygulanması ve düzenli izlemlerinin yapılması önerilmektedir (7,23). Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyenlerde uzun süreli başarının %10'lardan az olduğu bildirilmiştir (24). Başvurulan sağlık kurumlarının çok önemli bir yeri olmakla birlikte sigarabırakma polikliniklerinin etkinliğinin oldukça iyi olduğu ve başarı oranlarını da arttırdığı bilinmektedir (25). Sağlık çalışanlarının rollerini etkin bir şekilde gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi, uygun tutum ve beceriye sahip olması gerekir. Bu da profesyonel standartlara göre verilen, yetkin sürekli tıp eğitimi ve çalışmalarla sağlanmalıdır (26). Çalışmamızda sağlık çalışanları tarafından herhangi bir hastalığı olsun ya da olmasın sigara bırakma polikliniğine yönlendirilenlerde kontrollere gelme ve sigara bırakma başarısı daha yüksekti. Hastalarımızı hangi nedenle görürsek görelim bunu sigara kullanma durumlarını sorgulamak için bir fırsat olarak değerlendirme ve ulaşabilecekleri sigara

bırakma polikliniklerine yönlendirme önemlidir.

Hastaların ilk başvurularından sonra hemen tedavinin başlanmaması ve bazı laboratuvar tetkiklerinin istenmesinin bir nedeni de verilebilecek farmakolojik tedaviler için bir kontrendikasyonun olup olmadığının saptanması yanında, hastalara sigarayı bırakma konusundaki kararlarını tekrar düşünme fırsatı verme ve gerçekten bırakmayı isteyenlerin daha kararlı gelebilmesini sağlamaktır(21). Sigara bırakma programlarında, danışmanlık, eğitim, bilişsel davranışçı psikoterapilerden hangileri kullanılırsa kullanılsın seanslara devam etmenin sağlanması, motivasyonun devamı ve sorunlara müdahale edilebilmesi ve sonuçta başarının artırılabilmesi açısından önemlidir(26). Türkcan ve arkadaşları çalışmalarında sigara bırakma için hastaneye başvuran olgulara klinik değerlendirme sonrası tek başına eğitime karşılık eğitim ile birlikte farmakolojik tedavi uygulanmasının tedaviyi ve programa devamı sürdürme oranını artırdığını saptamışlardır (27). Lee ve arkadaşları çalışmalarında 3 ay ve üzeri uygun tedavi alanlarda başarı oranının artmakta olduğunu belirtmişlerdir (28). Yapılan destekleyici telefon görüşmelerinde yine başarı oranlarını artırmakta olduğu bulunmuştur (29,30). Benli ve arkadaşları da tedavi süresi arttıkça başarı oranlarının arttığını saptamışlardır (31). Son yıllarda bazı dönemlerde Sağlık Bakanlığımız tarafından farmakolojik tedavi için gerekli ilaç desteği sigara bırakma polikliniklerinde Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS) üzerinden kişinin bilgileri sisteme kayıt edilerek verilmektedir. Sistem üzerinden ilaç verildiği dönemlerde sisteme kayıtlı, ilaç tedavisi gören hastalar belirli sıklıkla görevli tarafından telefonla aranarak mevcut sigara kullanma durumu sorularak kontrollere gelmesi açısından desteklenmektedir. Bizim çalışma süremiz içerisinde bazı dönemlerde ilaç desteği olmuştuk bazı dönemlerde de hastalarımız kendileri almak durumunda kalmıştı. Kendilerine telefonla destek verilen dönemlerde kişilerin kontrole gelme oranları artmıştı. Kontrole gelerek yeterli farmakolojik tedavi alanlarda da sigara

bırakma oranlarımız yüksekti. Çalışmamızda bu iki parametre birbiriyle anlamlı derecede ilişkili bulunmuştu. Bizde ilimiz genelinde hizmet veren sigara bırakma polikliniklerinde, bir sonraki verilen randevu tarihinden önce hatırlatıcı mesaj gönderebilecek şekilde programımızı geliştirmeyi planladık. Gerekli alt yapı oluşturulduktan sonra her başvuran için ilimiz genelinde oluşturulacak ekibimizle hizmet verdiğimiz kişilerle belirlenen sıklıklarda telefon görüşmeleri ile ulaşılması hedeflenmektedir.

Çalışmamızın kısıtlayıcı taraflarına bakıldığında; Hastanemiz içerisinde bölümümüz olarak sigara bırakma polikliniği, yeni hizmet vermeye başladığımız bir alan olduğu için hasta sayımız diğer sigara bırakma poliklinikleri kadar yüksek olamamış olabilir. Hastalarımızın büyük kısmı aslında bırakmaya istekli olan ama herhangi bir nedenle hastaneye gelmişken polikliniğimizi görerek başvurulardan oluşmaktaydı. Hastalarımıza daha sonraki kontrol zamanlarını hatırlatma

ve kontrollere gelmeyi destekleme bakımından yeterli personel ve sisteme sahip bulunmamakta olduğumuz için kontrol oranlarımız beklenen oranlarda yüksek olamamıştır. İlerleyen dönemlerde daha çok hastaya danışmanlık verebilme ve daha yüksek bırakma başarı oranlarına ulaşabilmeyi hedeflemekteyiz.

5. Sonuç

Tütünle mücadelede başarı verilen tedavinin çeşidiyle birlikte yoğunluğu ile de alakalı görünmektedir. Özellikle birinci basamak başvurularında çeşitli nedenlerle de olsa daha sık karşılaştığımız hastalarımıza tütün ve tütün ürünleri kullanma durumları sorularak kullanılanlarda bırakma, başlamamış olanlarda da çevresindekilere nasıl destek olabilecekleri yönünde yapılacak görüşmelerin ve sigara bırakma poliklinikleri çalışma düzenleri hakkında bilgilendirme ile buralara yönlendirme yapılmasının, mevcut durumun iyileştirilmesi yönünden motivasyon sağlayacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T. Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanlarda Sigara İçme Prevalansı ve Sigaraya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi, The Medical Journal of Kocatepe, 2004;5: 63- 67
2. Koç EM, Ayhan Başer D, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Demir Alsancak A, Şencan İ, Kasım İ, Kahveci R, Özkara A. Hastane Çalışanlarının Sigara İçme Düzeylerinin Belirlenmesi ve Dumansız Hava Sahası Uygulamasının Değerlendirilmesi. Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2015; 6 (1): 33-3.
3. Kumar D, Parashar A, Thakur A. Tobacco use and its correlates among youth in a Northern Urban City of India. International Journal of Science and Research (IJSR) 2016; 5(2):1577-82.
4. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 2011. (Erişim Tarihi: 10.02.2018).
5. Yalçınkaya M, Gök Özer F, Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6): 409-20.
6. Goldstein MG, Niaura R, Willey-Lessne C, et al. Physicians counseling smokers: A population-based survey of patients perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. Arch Intern Med 1997;157: 1313-19.
7. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. JAMA 2000 283(24):3244-54.
8. Simon AJ, Carmody TP, Hudes HS, et al. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: A randomized trial. Am J Med 2003;114:555-62.
9. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M, et al. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Ann Med Sci 2000;9:63-9.
10. Smith SS, Jorenby DE, Fiore FC, et al. Strike while the iron hot is: Can stepped-care treatments resurrect relapsing

- smokers. *J Consulting Clinical Psychology* 2001;69(4):429-39.
11. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu CH, Demir P. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 81-7.
 12. Şahbaz S, Kılınç O, Günay T, Ceylan E. Sigara içme ve demografik özelliklerin sigara bırakma tedavilerinin sonuçlarına etkileri. *Toraks Dergisi* 2007; 8(2):110-4.
 13. Uysal MA, Kadakal F, Karsıdag C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*. 2004;52(2):115-21.
 14. Karlıkaya C, Öztuna f, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7(1): 51-64.
 15. Solak ZA, Telli CG, Erdinc E. Sigara bırakma tedavisinin sonuçları. *Türk Toraks Derg* 2003; 4(1): 73-7.
 16. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factor associated with success. *Turk J Med Sci* 2012; 42(3): 515-22.
 17. Dale LC, Glover ED, Sachs DPL, Schoeder DR. Bupropion for smoking cessation: Predictors of successful outcome. *Chest* 2001;119(5):1357-64.
 18. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G. Socio demographic predictors of success in smoking intervention. *Tobacco Control* 2001;10:165-69.
 19. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123:1916-23.
 20. Gourley SG, Forbes A, Marriner T, et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *Br Med J* 1994; 309(6958): 842-6.
 21. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52(1): 63-8.
 22. Janson C, Kunzli N, deMarco R, et al. Changes in active and passive smoking in European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2006; 27(3): 517-24.
 23. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax* 2000; 55(12):987-99.
 24. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346(7): 506-12.
 25. Nardini S. The smoking cessation clinic. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55(6): 495-501.
 26. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerström OK, Gratiou C, Jimenez-Ruiz C, Nardini S, Viegi G, Lazzaro C, CampellIA, Dagli E, West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 2007 29(2): 390-417.
 27. Türkcan A, Çakmak D. Nikotin bağımlılarında nikotin yerine koyma tedavisinin sigara bırakma programını sürdürme üzerine etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004;14(4):198-203.
 28. Lee J-Y, Kim MJ, Jun H-J, Kang M, Park AR, Oh DE, et al. Adherence to varenicline and abstinence rates for quitting smoking in a private health promotion center-based smoking cessation clinic. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2012;72(5):426-32.
 29. Pan W. Proactive telephone counseling as an adjunct to minimal intervention for smoking cessation: a meta-analysis. *Health Educ Res*. 2006; 21(3):416-27.
 30. Peterson Jr AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Ludman EJ, Liu J, Bricker JB. Group-randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling 112 intervention for adolescent smoking cessation. *J Natl Cancer Inst*. 2009; 101(20):1378-92.
 31. Benli AR, Erturhan S, Oruc MA, Kalpakci P, Sunay D, Demirel Y. A comparison of the efficacy of varenicline and bupropion and an evaluation of the effect of the medications in the context of the smoking cessation programme. *Tobacco Induced Diseases* 2017; 15:10:2-8.