

Bir Aile Sağlığı Merkezi Bünyesinde Kurulan Sigara Bıraktırma Kliniğine Müracaat Eden Bireylerin Analizi

Evaluation of Individuals Applying to a Smoking Cessation Clinic at a Family Health Center

Onur Öztürk ¹ , Erdiñç Yavuz ² , Mikail Özdemir ³ , Arzu Ayraller ⁴ 

1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun
2. Samsun Üniversitesi, Samsun
3. Gaziantep İL Sağlık Müdürlüğü, Gaziantep
4. Giresun Üniversitesi, Giresun

Abstract

Objective: This study aimed to conduct a retrospective data analysis of a smoking cessation clinic in a Family Health Center, which is rare in Turkey in terms of being defined and operating simultaneously, and to evaluate it from a primary care perspective.

Method: The study was cross-sectional. The data of the smoking cessation clinic between July 2016 and September 2019 were scanned through the automation system. Demographic characteristics, addiction scores, carbon monoxide levels, number of visits, treatments, and success rates of all individuals aged 18 years and older who applied to the clinic were investigated.

Results: A total of 191 individuals were interviewed 503 times. The mean age of the individuals was 39.4 ± 12.8 years, and 83.3% (n=159) were male. The one-year smoking cessation rate was 69.8%. The number of interviews increased smoking cessation. There was a weak and positive correlation between the number of interviews and carbon monoxide levels ($r=0.17$, $p=0.02$) and a weak correlation between age and carbon monoxide levels ($r=0.35$, $p<0.001$).

Conclusion: The respective smoking cessation clinic achieved a high success rate. Combination therapies are more successful than other treatments. Increasing the number of smoking cessation clinics in family health centers, often the first point of application due to ease of access, may increase smoking cessation rates.

Keywords: Family medicine, smoking cessation clinic, primary care

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezinde, eş zamanlı tanımlanmış ve faaliyet göstermiş olması yönüyle Türkiye'de az sayıda karşılaşılan bir sigara bıraktırma kliniğinin geriye dönük veri analizinin yapılması ve birinci basamak perspektifinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel özelliktedir. Sigara bıraktırma kliniğinin Temmuz 2016- Eylül 2019 tarihleri arasındaki verileri otomasyon sistemi üzerinden taranmıştır. Kliniğe başvuran 18 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin demografik özellikleri, bağımlılık seviye skorları, karbon monoksit düzeyleri, görüşme sayıları, tedavileri ve başarı durumları araştırılmıştır.

Bulgular: Toplamda 191 bireyle 503 kez görüşülmüştür. Bireylerin yaş ortalaması $39,4 \pm 12,8$ yıl olup %83,3 (n=159)'ü erkektir. Bir yıllık sigarayı bırakma oranı %69,8 (n=74)'dir. Görüşme sayısındaki artışın sigara bırakmayı arttırdığı saptanmıştır. Görüşme sayısı ve karbonmonoksit miktarı arasında zayıf ve pozitif yönlü ($r=0,17$, $p=0,02$), yaş ve karbonmonoksit miktarı arasında zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,35$, $p<0,001$).

Sonuç: İlgili sigara bıraktırma kliniğinde yüksek oranda başarı elde edilmiştir. Kombinasyon tedavilerinin başarısı diğer tedavilerden daha fazladır. Toplumun erişim kolaylığı nedeniyle çoğunlukla ilk başvuru noktası olan aile sağlığı merkezlerinde sigara bıraktırma kliniklerinin sayısının artması sigara bıraktırma oranlarını yükseltebilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, sigarayı bırakma kliniği, birinci basamak

Giriş

Sigara bağımlılığı önlenabilir ölüm nedenlerinin başında gelen ve her yaş grubunu etkileyen ciddi bir halk sağlığı problemidir (1). Altı milyondan fazla insan her yıl sigara kaynaklı kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser gibi sebeplerden dolayı ölmektedir (2,3). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye-2016 verilerine göre sigara kul-lanma sıklığı erkeklerde %44,1, kadınlarda ise %19,2'dir (4).

Her ne kadar sigarayı bırakmada kişinin kararı ve bu konudaki tutum ve davranışları belirleyici rol alıyorsa da bu sürecin profesyonelce yönetilmesi ve gerektiği durumlarda tedavi uygulanması gerekmektedir (5). Sigara bıraktırma danışmanlığı da sigara bağımlılığı kadar karmaşık ve zor bir süreçtir. Türkiye'de 500'ü aşkın sayıda sigara bıraktırma kliniği mevcuttur ve toplamda iki buçuk milyonu aşkın kişinin bu hizmetten yararlandığı bilinmektedir (6,7). Aile sağlığı merkezlerinin organizasyonunda ise rutinde sigara bıraktırma klinikleri bulunmamaktadır ancak hekimler bilgileri ve deneyimleri doğrultusunda bu hizmeti verebilmektedir. McIvor ve ark. aile hekimleri, hemşireler ve diğer ön saflardaki sağlık uzmanlarının, hastalarını sigarayı bırakma konusunda etkilemek ve onlara yardımcı olmak için iyi bir konumda olduğunu, birinci basamakta gerçekleştirilecek bu müdahalelerin hem kişisel sağlık hem de halk sağlığı sistemi üzerindeki yükü azaltacağını öne sürerek birinci basamakta sigara bıraktırma tedavilerinin önemini vurgulamıştır (8). Türkiye'de sigarayı bırakmak için polikliniğe başvuran bireylerin sigara bırakma başarıları %20 - %50 arasında değişiklik göstermektedir (9). Halen tütün kullananlar ve son bir yılda kullanmayı bırakan kişiler arasında bir yıl içinde tütün kullanmayı bırakma girişiminin %24,6 olduğu bilinmektedir (4).

Sağlık Bakanlığı tarafından hekimlere yönelik "Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi" eğitimleri verilerek sahada aktif rol almaları sağlanmaktadır (10). Ayrıca İl Sağlık Müdürlüklerince "İl Tütün Kontrol Kurulu" oluşturularak tütün ürünleriyle mücadele edilmesi sağlanmaktadır (11).

Sigara bırakma polikliniğinde ICD-10 CM kodları-2016 (The International Classification of Diseases-10th Revision, Clinical Modification) çerçevesinde Z72.0 "Tütün kullanımı" tanı kodu kullanılmaktadır. Farmakoterapiye davranışçı yaklaşımın ardından monoterapi ile başlanmalı, gerekli durumlarda (yüksek bağımlılık, dirençli hastalar vs.) kombinasyon tedavileri uygulanmalıdır (5). Farmakoterapide Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) (transdermal bant, sakız, nazal sprey, inhaler, sublingual tablet ve pastil), Bupropion ve Vareniklin tablet kullanılmaktadır (12,13).

Sigaraya karşı verilen savaşta tüm sağlık çalışanlarının çabasına ihtiyaç duyulmaktadır (13). Ülkemizdeki önemli bir hekim kitlesini oluşturan birinci basamak kuruluşlarında verilebilen sigara bırakma polikliniğinin sigara bırakma davranışı üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine ait birimde eş zamanlı tanımlanmış ve faaliyet göstermiş olması yönüyle Türkiye'de örneğine az rastlanılan bir sigara bıraktırma kliniğinin geriye dönük veri analizinin yapılması ve birinci basamak perspektifinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırma kayıtlardan elde edilmiş, kesitsel özelliktedir. Analiz edilen veriler otomasyon sistemi üzerinden taranarak elde edilmiştir. Çalışmamızda incelenen sigara bıraktırma kliniği, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun verdiği yetkiyle Samsun iline bağlı, merkezin 44 km güneyinde yer alan, nüfusu 17.000, yüzölçümü 214 km² olan Asarcık ilçesinde (15) bir Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM), bir Aile Hekimliği Birimi'nin içerisinde (5503006 numaralı) kurulmuştur. Bu klinikte çalışmanın yazarları arasında bulunan, Sağlık Bakanlığı onaylı sigara bıraktırma sertifikalarına sahip bir Aile Hekimliği Uzmanı tarafınca Temmuz 2016-Eylül 2019 tarihleri arasında hizmet verilmiştir (16).

Örneklem

Kliniğin standardize şekilde yürütülmesi, ayrıca mevcut ASM görevlerinin aksamaması için ilgili birimde

haftanın belli saatlerinde, randevu usulü, yetkinliği bulunan aile hekimliği uzmanı tarafından hasta kabul edilmiştir. Randevular bizzat ilgili kliniğe başvuru yapılarak alınmıştır. Klinikte birim nüfusuna bağlı olan ve olmayan, 18 yaş ve üzerindeki başvuru yapan her hastayla, birer hafta ara ile 4 kez yüz yüze görüşülmesi hedeflenmiştir. Araştırma Evren büyüklüğü belirli olan örneklem hesabına göre Tip 1 hata $\alpha=0.05$, %80 güven aralığında, Cohen'in orta büyüklükte etki gücüne göre 163 olarak belirlenmiş olup 191 kişiye ulaşılmıştır.

İşlem

Çalışma için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden 26521195-604.02 sayılı, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi girişimsel olmayan etik kurulundan 27.05.2020 tarihli ve "GOKA/2020/7/27" numaralı onay alınmıştır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma giderleri için herhangi bir maddi destek alınmamış ve giderler yazarlar tarafından karşılanmıştır.

Hastaların demografik özellikleri, sigara tüketim öyküleri (paket/yıl), bağımlılık seviye skorları, ekspiryum havasında karbonmonoksit (CO) düzeyi, (Micro CO marka Medical) analog seviye göstergeli, pilli ve "ppm (milyonda bir)" birimi üzerinden ölçüm yapan cihazla tespit edilmiştir, ilgili değerlendirmelerde kesme noktası kullanılmamıştır. Görüşme sayıları, tedavileri ve bir yıllık hiç içmeme başarısı durumları incelenmiştir. Bağımlılık seviye ölçütü olarak ilk görüşmede Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır ve 0-2 puan arası hafif düzey, 3-7 puan arası orta düzey, 8-10 puan arası yüksek düzey bağımlı kabul edilmiştir (17). CO düzeyi ölçümü için İl Sağlık Müdürlüğü'nce temin edilen cihaz (Micro CO) kullanılmıştır ve her görüşmede CO düzeyi tekrar ölçülmüştür. Sigara içiciliği ile ilişkisi bakımından CO kesme değeri 5-6 ppm olarak önerilmiştir ancak sigara içenleri sınıflandırmak için kullanılan genel kabul görmüş bir skora göre (18).

Uygun görülen hastalara sigara bıraktırma kliniklerine Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen farmakolojik ajanlar Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) (transdermal bant, sakız, nazal sprey, inhaler, sublingual tablet ve pastil), Vareniklin, Bupropion ve sağlıklı yaşam, egzersiz önerilerinde bulunulmuştur. Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi (TUBATİS) üzerinden ataması yapılarak, ücretsiz olarak, toplum sağlığı merkezi vasıtasıyla dağıtılmıştır. Gerekli durumlarda Bupropion tedavisinden de yararlanılmıştır. Bireyler niyet, tutum ve davranış değişikliklerinin zamanını ve değişim sürecini içeren Transteoretik Model çerçevesinde değerlendirilmiştir (19).

Veri Analizi

Tüm veriler SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc. yazılım paketi kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde ifadeleri kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir. Kategorik değişkenler birbirleriyle Ki-Kare ve Ki-Kare Trend analizi ile karşılaştırılmıştır. Ölçülen verilerin nonparametrik dağılım gösterdiği saptandığından ikili gruplar Mann Whitney U testi ile, ikiden fazla gruplar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Aynı ve daha fazla içen grupta hasta sayısı az olmasından dolayı, tüketimi azaltan grupla birleştirilip sigarayı bırakan ve bırakmayan olarak ikiye ayrıldı. Korelasyon katsayıları 0-0.20, zayıf korelasyon; 0.21-0.40, düşük/orta korelasyon; 0.41-0.60, orta korelasyon; 0.61-0.80, önemli/güçlü korelasyon; ve 0.81-1.0, mükemmel yakın korelasyon olarak değerlendirildi (20). Analizler sırasında veri kayıplarının etkisi göz önünde bulundurularak bağımlı değişkenin sonucuna ulaşamayanlar bilinmiyor olarak gruplandırılmış ve tabloda sunulmuştur. "p" değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Toplamda 191 hastayla 503 kez (kişi başı ortalama $2,63 \pm 1,34$ kez) görüşülmüştür. İlk görüşmeden bir yıl sonra toplamda 139'una ulaşılmıştır, 52 hastanın tedavi başarısı bilinmemektedir. Hastaların 83,3% (n=159) 'u erkektir. Genel yaş ortalaması $39,4 \pm 12,8$ 'dir. 1 yıl sonunda sigara bırakma oranları ve yaş aralığı sırasıyla

<20 yaş (%70,18), 21-40 yaş (%66,22), 41-50 yaş (%74,07) ve >50yaş (%70,97) olarak bulunmuştur. Birim dışından başvuru oranı %73,8 (n=141)'dir. İleri düzey bağımlı oranı %70,7 (n=135) iken orta düzey bağımlı oranı %12,0 (n=23), hafif düzey bağımlı oranı %17,2 (n=33)'dir.

Tablo 1. Tedavi protokolünün bir yıl sonraki sigara içme durumu ile ilişkisi

Tedavi		Sigara				p
		Bıraktı		İçiyor		
		n	%	n	%	
Monoterapi Vareniklin	Yok	71	(71,00)	29	(29,00)	0,429
	Var	25	(64,10)	14	(35,90)	
Monoterapi NRT	Yok	93	(69,40)	41	(30,60)	0,645*
	Var	3	(60,00)	2	(40,00)	
Monoterapi Bupropion	Yok	89	(72,95)	33	(27,05)	0,008
	Var	7	(41,18)	10	(58,82)	
Vareniklin ve NRT	Yok	54	(62,79)	32	(37,21)	0,041
	Var	42	(79,25)	11	(20,75)	
Vareniklin ve Bupropion	Yok	94	(68,61)	43	(31,39)	1,000*
	Var	2	(100,00)	0	(,00)	
NRT ve Bupropion	Yok	77	(67,54)	37	(32,46)	0,407
	Var	19	(76,00)	6	(24,00)	

Ki kare testi, *Fisher's Exact Testi* NRT: Nikotin replasman tedavisi

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık ölçeği ile hafif düzeyde bağımlı %68,4 (n=13), Orta düzeyde bağımlı %64,2 (n=9)'u ve bağımlılığı yüksek olan %69,8 (n=74) birey bir yıl sonunda sigara içmeyi bıraktığı bulunmuştur. Bupropion kullanımında sigarayı bırakma eğilimindeki artış Bupropion kullanılmadığındaki duruma göre daha yüksektir (p=0,008). Vareniklin & NRT kullananlarda sigara içme oranı kullanmayanlara göre daha düşüktür (p=0,041) (Tablo 1). Sigara içme durumu bilinmeyen hastalar dışarıda bırakıldığında; cinsiyet, yaş gruplandırması, başvuru birim ve ilk görüşmede saptanan Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi skorları bir yıl sonunda sigara içme durumu üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Bazı değişkenlerin bir yıl sonraki sigara içme durumu ile ilişkisi

Değişken		Sigara				p
		Bıraktı		İçiyor		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	16	(64,00)	9	(36,00)	0,545
	Erkek	80	(70,18)	34	(29,82)	
Yaş	<20	5	(71,43)	2	(28,57)	0,626*
	21-40	49	(66,22)	25	(33,78)	
	41-50	20	(74,07)	7	(25,93)	
	>50	22	(70,97)	9	(29,03)	
Bölge	İçi	31	(79,49)	8	(20,51)	0,097
	Dışı	65	(65,00)	35	(35,00)	
Fagerstrom Skoru	Hafif	13	(68,42)	6	(31,58)	0,815*
	Orta	9	(64,29)	5	(35,71)	
	Yüksek	74	(69,81)	32	(30,19)	

Ki kare * Lineer ilişki

Benzer şekilde sigara içme durumu bilinmeyen hastalar dışarıda bırakıldığında; Fagerstrom skoru, CO miktarı ve sigara tüketim miktarı (paket/yıl) değişkenlerinin bir yıl sonunda sigara içme durumu üzerine etkisinin

olmadığı saptanmıştır ($p=0,179$) (Tablo 3). Görüşme sayısındaki artışın ise tedavi başarısını arttırdığı saptanmıştır ($p<0,001$). Görüşme sayısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde yalnızca CO miktarı ile anlamlı bir ilişki, zayıf ve pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,17$, $p=0,02$).

Tablo 3. Hastalarla yapılan toplam görüşme sayısı ile hastaların ilk görüşmedeki Fagerstrom skoru, CO miktarı ve sigara tüketim miktarları (paket/yıl)

	Sigara		p
	Bıraktı	İçiyor	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
Paket/yıl	20 (13-35)	18 (10-30)	0,179
Fagerstrom	7 (6-8)	7 (5-8)	0,930
CO değeri (ppm)*	19,5 (14-29)	19 (14-23)	0,178

*CO: Karbon monoksit * Ppm: Parts per million Mann Whitney U Test

Tartışma

Bu çalışmada gözlenen sigara bırakma oranları Salepçi ve ark çalışması (%41) ve Argüdar ve ark çalışması (%36,5) ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (21,22). Birinci basamak hekimliğinin öncelikle 'koruyucu hekimlik' olduğu prensibi doğrultusunda gerçekleştirilen bir uygulamadır. Özellikle kırsal bölgede faaliyet göstermesi, merkezdeki sigara bıraktırma kliniklerine ulaşım sorunu yaşayan hastalar için cezbedici olmuştur. Birim dışından başvuran hastaların ağırlıkta olması bunun bir göstergesi olabilir. Bilindiği üzere, Türkiye'de sigara bıraktırma kliniklerin bir kısmı birinci basamakta (kansere tarama merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri), bir kısmı göğüs hastalıkları hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve tıp fakültelerinde, bir kısmı da özel kliniklerde hizmet vermektedir.

Yürütölmekte olan aile hekimliği uygulamasında herhangi bir sebepten dolayı çok sayıda hasta-hekim görüşmesi yapıldığından aile hekimi artık aileden biri gibidir. Ayrıca, tedavide farmakoterapi kombinasyonlarının sık kullanılmış olması da etken olabilir. Hastaların büyük çoğunluğunun erkek olması muhtemelen dünyada sigara içiciliğinin erkeklerde daha sık olmasının yanı sıra Anadolu kırsalında kadın içiciliğinin daha az olmasından kaynaklanmaktadır (2). Bu çalışmada cinsiyetler arasında sigara bırakma başarısı açısından fark görülmemiştir. Argüder ve ark. da sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında aynı sonuca ulaşmışlardır (21). Resmi Gazete 'de 2017 yılında yayınlanan karar ile Sağlık Bakanlığı'nca 300.000 kutu Vareniklin ve 600.000 kutu nikotin bandı alımı yapıp, SGK'nın ödeme kapsamı dışında tutulan bu ilaçlar ücretsiz dağıtılmıştır (23). Bu yüzden kliniğimizde önerilen ilaçların Sağlık Bakanlığı'nın kliniklere gönderdiği bu ilaçlar içinden tercih edilmiş olması beklenilebilecek bir sonuçtur. Ücretsiz ilaçların tükendiği dönemde önerilen ilaçlarda ise alım gücü faktörü seçimleri etkilemiş olabilir. Ayrıca NRT oranının yüksekliği de genelde kombinasyonda tercih edilmiş olması ile açıklanabilir. Araştırmamızda ilk görüşmeden bir yıl sonra tedavi başarısının öğrenilmesi için ulaşılamayan nispeten yüksek oranda bir grup olması farklı tedavi rejimlerine yönelik farklı başarı oranları elde edilmesine neden olmuş olabilir. Bu nedenle en düşük içme oranının Bupropion 'da olması yanıltıcı olabilir çünkü en yüksek ulaşılamama oranı %80,8 ile bu grupta görülmüştür. Tedavi başarısı bilinmeyenler dahil edildiğinde en düşük başarı oranı tek başına NRT kullanımında gözlenmiştir. Vareniklin kullanımında daha başarılı sonuçlar elde edilmesi ve görüşme sıklığının sigara içme oranlarıyla korele olması literatürle uyumludur (22,24,25). Görüşme sıklığının CO miktarı ile pozitif korelasyon göstermesi, her ölçümde tecrübe edilen kötü koku ve nefes darlığının terapi sürecinin daha çok ciddiye alınmasını sağlanması ile ilişkilendirilebilir.

Sigara, başlanması kolay ancak bırakılması zor bir alışkanlıktır. Sigara içenlerin çoğu her yıl doktorlarını ziyaret etse de sadece %25-45'i bırakma konusunda tavsiye alır ve sadece %15'i profesyonel yardım alır (26). Hekimlerin sigara ile mücadeledeki ana sorumlulukları; özellikle çocuklar ve gençler başta olmak üzere sigara içmeyenlerin başlamamasını sağlamak, sigara içenlerin sigarayı bırakmasına yardımcı olmak ve eski sigara içicilerini nüksetmemeye teşvik etmektir (27). Bununla beraber birçok doktor, ağır iş yükü, yetersiz zaman, sigara bıraktırma hizmetlerini destekleyecek sistem eksikliği ve finansal teşviklerin bulunmaması

sebebiyle sigara bıraktırmayı teşvik etme motivasyonunu kaybetmektedir. Ayrıca, birçok doktor da danışmanlık bilgi ve becerilerine yeterince güvenmemektedir (28). Hizmet içi eğitimler ve hekim gönüllülüğü esasıyla ASM'lerin bu mücadelenin içine dahil edilmesi, hastaların sigara bırakma kliniklerine erişimini kolaylaştıracaktır. Bu klinikler sayesinde birinci basamakta bırakmayı düşünmeyenlere, bırakmayı düşünenlere, bırakma hazırlığı içinde olanlara, bırakmayı deneme aşamasında olanlara ve bırakmayı sürdürme aşamasında olanlara, yani her hastaya her aşamada koruyucu ve tedavi edici amaçlı yaklaşım sergilenebilir. 5A (sor, öner, değerlendir, yardım et, izle) ve 5R (ilişki, riskler, ödüller, engeller, tekrar) olarak kısaltılan teknikleri kullanılarak "öğretiler anlar" oluşturulabilir (29,30). Hasta-hekim görüşmesinin sıklık ve samimiyet ölçütlerinde en üst noktalarda olduğu ve empati ortamının oluşturulabildiği ASM'lerde sigara bırakma terapilerinin düzenlenmesi sürece katkıda bulunabilir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Klinik yürütücüsünün başka bir kuruma tayini sebebiyle kliniğin Eylül 2019'da kapanmasından sonra, özellikle son aylarda sigara bırakma terapisine gelenlerin bir yıllık sonuçları elde edilememiş, sadece mevcut durumları telefon ile sorgulanmaya çalışılmıştır. Telefonla veya yüz yüze görüşülemeyen, dolayısıyla mevcut durumu bilinmeyen hastalar da mevcuttur. Ayrıca, klinik kırsal bir bölgede faaliyet göstermiştir, bu yüzden sonuçlar kentlere atfedilemez.

Sonuç olarak, bBu çalışmanın yürütüldüğü klinik, ASM içerisindeki bir birime eş zamanlı tanımlandığı için bu konudaki çok az örnekten biri olarak önem arz etmektedir. İlgili sigara bırakma kliniğinde yüksek oranda başarı elde edilmiştir. Kombinasyon tedavilerinin başarısı diğer tedavilerden daha fazladır. Yüz yüze görüşme sürecine uyum gösteren hastalarda başarı oranı artmaktadır. Sigara bağımlılığı ile mücadelede ASM'ler daha çok hastaya ulaşılması açısından önemli bir potansiyele sahiptir. Ayrıca aile hekimleri ve hastaları arasında kurulan ilişki bu konuda başarı şansını artırabilir. Toplumun ilk başvuru noktası olan ASM'lerde sigara bırakma klinikleri açıldıkça sigara bırakma oranları yükselir.

Kaynaklar

1. Unal M, Yalcin BM, Ozturk O. A patient having recurrent aphtous stomatitis after three years of smoking cessation; a case report and review of literature. J Addict Res Ther 2014; 5(4): 2-5.
2. Çelik M, Erdoğan A. Tütün kullanımının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2016; 7(5): 6-12.
3. Ozturk O, Fidanci I. The relationship between smoking and cancer: mini review. Cancer Surg 2016; 1(2): 2-3.
4. Sağlık Bakanlığı. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2019.
5. Öztürk O, Selçuk MY, Yalçın BM, Ünal M. Self-control, everything for smoking cessation? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10(1): 4-5.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı. Tedavi Merkezleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/alo171/alo-171/alo-171-sigara-birakma-danisma-hatti-2.html>. Accessed: 29.04.2021.
7. Anadolu Ajansı. Sigarayı bırakma polikliniklerinden 2,5 milyon kişi hizmet aldı. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/sigarayi-birakma-polikliniklerinden-2-5-milyon-kisi-hizmet-aldi/1533870>. Accessed: 22.02.2021.
8. McIvor A, Kayser J, Assaad JM, et al. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. Can Respir J 2009; 16(4): 129-134.
9. Fırat M, Kanbay Y, Ayran G. Sigara, alkol ve madde kullanımı tarama testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Addicta: The Turkish Journal on Addictions 2019; 6(4): 244-256.
10. Benli A.R. Tütün ürünleri ve sigara denetimlerine yönelik farklı bir bakış. Bağımlılık Dergisi 2023; 24(3): 402-405.
11. Sağlık Bakanlığı. Tütün kontrolü çalışmalarında kullanılan 2009/44 sayılı genelge ekindeki değişiklikler. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11157/tutun-kontrolu-calismalarinda-kullanilan-200944-sayili-genelge-ekindeki-degisiklikler>. Accessed: 22.02.2021.
12. Abakay A, Işık R. Sigara bırakmada farmakolojik tedavi: nikotin replasman tedavileri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016; 4 (1): 104-107.
13. McDonough M. Update on medicines for smoking cessation. Aust Prescr 2015; 38(4): 106-111.
14. Koç EM, Başer DA, Döner P, et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. J Clin Exp Invest 2015; 6 (1): 33-39.

15. Asarcık Belediyesi. <http://asarcik.bel.tr/sayfa.aspx?s=ilcemiz> Accessed:22.02.2021.
16. Öztürk O. Bir aile sağlığı merkezinde kurulan sigara bıraktırma kliniği ve çalışma disiplini. Turk J Public Health 2019; 17(1): 100-101.
17. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British journal of addiction. 1991; 86(9): 1119-1127.
18. Sandberg A, Sköld CM, Grunewald J, et al. Assessing recent smoking status by measuring exhaled carbon monoxide levels. PLoS One 2011; 6(12): e28864.
19. Kaçan B, Erkuş UU, Fındık G, et al. Riskli sürücü davranışlarının transteorik model temelinde incelenmesi: bir grup karşılaştırması çalışması. Trafik ve Ulaşım Araştırmaları Dergisi 2018; 1(2): 33-47.
20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977; 33(1): 159-174.
21. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, et al. Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. Toraks Derg 2005; 6(2):151-158.
22. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, et al. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Turk Toraks Derg 2013; 14(1): 81-87.
23. Resmi Gazete. Karar Sayısı 2017/10063. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/05/20170506-13.pdf>. Accessed: 29.04.2021.
24. Issa JS, Abe TO, Moura S, et al. Effectiveness of coadministration of varenicline, bupropion, and serotonin reuptake inhibitors in a smoking cessation program in the real-life setting. Nicotine Tob Res 2013; 15(6): 1146-1150.
25. Metintaş M, Süerdem M. Sigara Bırakma Tedavisi. Ankara, Toraks Derneği, 2005.
26. Ozturk O, Ozturk G, Yazicioglu B, et al. Smoking frequency, cessation knowledge; attitudes and beliefs among internal and surgery residents. J Exp Clin Med 2015; 32(4): 171-175.
27. Zwar NA, Mendelson CP, Richmond RL. Tobacco smoking: Options for helping smokers to quit. Aust Fam Physician 2014; 43(6): 348-354.
28. Chatkin G, Chatkin J. Learning about smoking during medical school: Are we still missing opportunities'? Int J Tuberc Lung Dis 2009; 13(4): 429-437.
29. Chai W, Zou G, Shi J, et al. Evaluation of the effectiveness of a WHO-5A model based comprehensive tobacco control program among migrant workers in Guangdong, China: a pilot study. BMC Public Health 2018; 18(1): 296.
30. Cohen DJ, Clark EC, Lawson PJ, et al. Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. Patient Educ Couns 2011; 85(2): 8-15.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support