

**DERLEME
MAKALE**

Mustafa Ünal¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

Yazışma Adresi:

Mustafa Ünal, Yrd. Doç. Dr.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
Tel: +90 362 312 19 19
E-mail: hasim_orhan@hotmail.com

Geliş Tarihi: 21.05.2017
Kabul Tarihi: 25.06.2017
DOI: 10.18521/kt.315188

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralptipdergisi@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Hastanede Sigara Danışmanlığı: Problemler ve Çözümler

ÖZET

Hastanede yatan hastalara sigara bırakırma danışmanlığı verilmesi ile ilgili çalışmalar artmaktadır. Hastanelerde çeşitli nedenlerle yatan hastalar sigara içmeye ya ara vermekte ya da miktarını azaltmaktadırlar. Bu süre bir fırsata dönüştürülerek hastalara yatak başında sigara bırakırma danışmanlığı verilmesi ve taburcu olduktan sonra telefonla bir ay içinde takibi yapılması önerilmektedir. Sigara kullanımına bağlı bir hastalıktan dolayı yatan hastalar bu girişimlere daha yatkın olmaktadır. NRT (Nikotine replasman tedavisi) dışında ilaçların etkinliği kanıtlanmamıştır. Ülkemizde aile hekimliği ana bilim dalları yatak başı sigara danışmanlığını üstlenebilir. Ancak, hastane otomasyon sistemlerinin yeniden yapılması, ilaç temini ve geri ödeme problemlerinin çözülmesi, otomatik arama sistemlerinin kurulması ve sigara bırakırma hattıyla entegre çalışması gibi problemlerin çözümleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Danışmanlık, Yatakbaşı, Otomatik Arama Sistemleri

Smoking Cessation Counselling in the Hospitals: Problems and Solutions

ABSTRACT

Studies related to smoking cessation counseling in hospitalized patients are increasing. Smokers hospitalized for a variety of reasons either temporarily stop or reduce the amount of smoking in the hospital. It is suggested that this period be utilized as an opportunity for smoking cessation intervention while in the hospital and followed up within one month by phone after discharge. Patients who are hospitalized due to a smoking-related illness are more prone to these attempts. The efficacy of drugs other than NRT (Nicotine replacement therapy) has not been proven. In our country, family physician departments can assume bedside cigarette counseling. However, problems such as restructuring of hospital automation systems, solving drug procurement and reimbursement, setting up automated calling systems and integrating with smoking cessation hotline should be solved.

Keywords: Smoking, Counseling, Bedside, Automated Calling Systems

GİRİŞ

Sigara en önemli önlenebilir hastalık nedenlerinden biridir. Hangi yaşta bırakılırsa bırakılsın yaşam süresinin artması beklenir. Çeşitli solunum dolaşım hastalıkları kanserler ve sağlık üzerine olan bu olumsuz etkilerine karşı Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde sigaraya karşı küresel bir savaş yürütülmektedir. Türkiye bu savaştaki öncü ülkelerden biri olarak sigarayla ilgili çok önemli toplumsal dönüşümleri başarmıştır. Tüm çabalara rağmen bağımlılık mekanizmalarının karmaşık doğası nedeniyle istenen sonuçlar istenen hızla alınamamaktadır. Kırsal kesimde yaşayan sigara bağımlılarının da bıraktırma kampanyalarından yeterince faydalandığını söylemek mümkün değildir. Bu yüzden sigara ile mücadele tüm toplum katmanlarında devam etmeli ve ulaşılmadık kimse kalmamalıdır. Hastanelerde her kesimden ve her bölgeden önemli sayıda insan yatmaktadır. Hastalar sigara içmenin ağır bir şekilde kısıtlandığı bir ortama girerler. Hasta psikolojisinin de etkisiyle sigara içmeye ya ara verirler ya da miktarını azaltırlar (1). Ancak çoğu hastaneden çıktıktan sonra hızla eski sigara içme alışkanlığına döner. Çalışmalar hastaneden çıkarılan yarısının 3 gün içinde eski alışkanlığına döndüğünü göstermektedir (2). Oysa bu dönem sigara bırakmada bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

Yatak başı verilen danışmanlığın sigara bıraktırma oranlarını %37 arttırdığı rapor edilmiştir (3). Bunun için yatak başı sigara danışmanlığı hizmetleri yaygınlık kazanmaktadır. Amerika birleşik devletlerinde hastane kalite standartlarını belirleyen joint comite ve Birleşik krallıkta NICE (National Institute For Health and Care Excellence) yatan her hastaya hastanede yatarken sigara konsültasyonu verilmesini ve taburcu olduktan sonra da bir ay içinde aranmasını önermektedir (4).

Bu önerilerin hastane rutin akışına girmesi zor olmaktadır. Halen bu hizmeti rutin olarak veren dünyada çok az hastane vardır (5). Her hastane bağımsız olarak bu hizmeti organize edebilmelidir.

KAYITLAR

Ülkemizde hastaneye yatan hastalar hastane veri tabanı üzerinden ulusal veri tabanına kaydedilir. Ayrıca ulusal sigara bıraktırma hizmetleri de ayrı bir veri tabanı kullanmaktadır. Hastane veri tabanı ile sigara bıraktırma hastalarının veri tabanları entegre değildir. Mevcut sistemde hastanede sigara danışmanlığı verilmesi ile ilgili bir planlama yoktur. Fakat dünyada hastane sigara danışmanlığı artmaktadır (1-5). Yakın bir gelecekte hastanelerde kaliteyi denetleyen kuruluşların sigara danışmanlığını bir kalite ölçütü olarak alması beklenebilir. Bu yüzden er ya da geç her hastanede sigara içenlerin kaydedileceği ve bu kayıtların anında sigara bıraktırma birimine aktarılacağı bir kayıt sistemine ihtiyaç duyulacaktır. Bu kayıt sistemi ulusal tütün girişimi veri tabanı ile

entegre hale geldiğinde önemli bir aşama geçilmiş olacaktır.

Kayıt sistemi şu şekilde çalışabilir. Hastaneye ilk yatış işlemi esnasında otomatik bir diyalog penceresi açılır ve hastanın sigara içme durumu içiyor veya içmiyor olarak işaretlenir. Burada seçim yapılırken 30 gün kriteri vardır. Hasta son 30 gün içinde sigara içmişse içiyor olarak işaretlenmelidir (1).

Ertesi sabah sigara danışmanı sigara içen dün yatmış hastaların dökümünü kolayca görür ve günlük planını çıkarır. Amaç 24-48 saat içinde hastayı görmektir. Hastaların büyük çoğunluğu bu hizmet teklif edildiğinde kabul etmektedir. Bunun için tablet bilgisayarlar kullanışlıdır ve hasta başında yapılan girişim ve planlamayı sisteme kaydetme kolaylığı da sağlar (6).

YATAK BAŞI SİGARA DANIŞMANLIĞI

Yatak başı sigara danışmanlığının sigara bıraktırmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. Danışmanlık iki türlü ayarlanabilir. Hasta sigara içiyorsa otomatik bir konsültasyon düzenlenir ya da hastaya sigara bıraktırma danışmanı tarafından danışmanlık teklif edilir. Fakat hastanelerde sigara danışmanlığı alabilecek hastaların sadece küçük bir bölümüne konsültasyon istendiği göz önünde tutulursa birinci yöntem daha akla yatkın gelmektedir (7,8).

Hasta sigarayı bırakma girişimi için hazır değilse yani henüz bırakmak istemiyorsa görüşme 5 dakikadan daha az sürecektir. Bu durumda bırakmayı özendirici bilgiler verilir. Eğer hasta bırakmaya karar verdiyse kişisel bırakma planı yapmak yaklaşık 20 dakika sürecektir. Hastanın sigara içme öyküsü alınır. Bağımlılık düzeyi ölçülür. Kaygıları, inançları bırakmadaki engelleri tartışılır. Davranış değişiklikleri önerilir. Gerekliyse nikotin replasmanı ya da başka bir ilaç kullanımı önerilir (9).

Sigara bıraktırma ilaçlarının etkili olması için yaklaşık bir hafta gerekir. Oysa hastaneye yatan hastalar sigara içmeye hemen ara vermektedir. Bu yüzden yatan hastaya yapılan girişimin kendine has dinamikleri vardır. Hastanede yoksunluk belirtileri, taburcu olduktan sonra ise relaps ana problem olabilir (5). Başarılı bir girişim her iki durumu da içermelidir (8).

Hastalar değerlendirilirken transteoretik modelden faydalanılabilir (10). Bu model kişinin değişime hazır olup olmadığını, değilse hazır hale getirmek için izlenecek metotları tarif eder. Beş evre tanımlanmıştır. Düşünme, düşünme, hazırlık, aksiyon ve kazanılanı koruma evreleri. ‘Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?’ sorusu ile başlanır. ‘Hayır’ diyen hasta düşünme evresindedir ve motive edici bir görüşme yapılır. ‘Evet’ diyen hasta ise buna hazır mı, anlamak gerekir. Bunun için hastaneden çıktıktan sonra ‘tekrar sigara içecek misiniz?’ sorusu faydalıdır. ‘Belki içirim’, ‘içmemeliyim fakat şu anda

kestirmek zor' gibi şüpheli yanıtlar hastanın hazırlık evresine gelmediğini gösterir. Bu hastalara hem motive edici hem de relapsları önleyici teknikler uygulanır. Hazırlık evresine gelen hasta 'bir daha asla içmeyeceğim', 'kesinlikle bırakacağım' gibi ifadeler kullanır. Yardım ister. Kalan sigaralarını ve sigara ilgili şeyleri çöpe atma gibi davranışlar sergiler. Bu hastalarda relapsları önleme çalışmaları daha ağırlıklı olarak ele alınır. Hastanın sigara içmesini tetikleyecek durumları belirlemesi ve önlemine alması öğretilir. Telefon görüşmeleri de bu şekilde yapılandırılabilir. Hasta kendine ne kadar güvenirse o kadar başarılı olduğu ve relaps olsa bile yeniden bırakabileceği ortaya konmuştur (11).

DAVRANIŞ TERAPİLERİ

Yatan hastalarda davranış tedavilerinin etkisi kanıtlanmıştır. Hastanedeki yapılan girişimlerin amaçları bırakmak için motivasyonu arttırmak, bırakma girişimine yardımcı olmak ve bırakmış hastaların relapslarını önlemektir. Bunlar için kısa tavsiye, teke-tek danışmanlık, görsel-işitsel-interaktif kaynak sağlanması ve gurup terapileri şeklinde olabilir (12).

Bu çalışmalar yerleşik kültür ve yetişmiş insan gücüne bağlıdır. Dikkat çekici başka bir husus hastanede yatan hastaların sigara içmeye ara verebilmeleridir. Doğası gereği nikotinin yarılanma ömrüne bağlı olarak hastaların düzenli aralıklarla sigara içmesi ve içmediklerinde yoksunluk belirtileri göstermesi gerekir (13). Oysa bazen hasta belirgin yoksunluk göstermeden sigara içimini erteleyebilmektedir. Örneğin evinden uzak yerlerde eğitim gören öğrenciler ailelerinin yanında sigarayı aramadıklarını fark etmektedirler. Oruç tutan bağımlılarda 13-16 saat bekleyebilmektedirler. Hastaneye yatan kişide kendini sigara içmemeye programlayabilmektedir. Bu kişiler beklendiği kadar şiddetli yoksunluk belirtileri göstermeyebilir. Davranış terapilerinde bu özel durumların göz önüne alınması gerekir (14).

İLAÇ KULLANIMI

Sigara bıraktırmamanın farmakolojik tedavisinde Nikotine replasman tedavisi (NRT), bupropion ve vareniklin kullanılmaktadır. Hastanede yapılacak girişimlerde de bu ilaçlardan faydalanmak düşünülebilir. Ancak hastanede yatan hastaların kendilerine has dinamikleri bu yaklaşıma uymamaktadır. Örneğin bupropion ve vareniklin ile bırakma programı yaparken 1-2 hafta içinde bir bırakma günü tespit edilerek o zamana kadar sigara içilmesine izin verilirken hastanede sigarayı hemen bırakma söz konusudur. Belki bu yüzden bupropion etkinliği kanıtlanmış bir sigara bıraktırma ilacı olmasına rağmen hastanede kullanımının danışmanlığa ek bir fayda sağladığı gösterilememiştir. Aynı şekilde vareniklinin de hastanede yatan hastalarda etkisi sınırlı bulunmuştur. Hastanede yatan hastalarda ana problemin yoksunluk olacağı öngörülebilir. NRT bir bekleme süresine ihtiyaç göstermez, yoksunluk

belirtilerini hafifletir ve danışmanlığa ek fayda sağladığı ortaya konmuştur (9).

Rutin olarak önerilebilir (15). Kombinasyon NRT tek NRT den daha etkilidir. Nikotin bandı yanında kısa etkili sakız ya da pastil verilebilir (16).

İlaç seçiminde hasta ve doktor birlikte karar vermelidir. Önceki ilaç deneyimleri ve tıbbi kontrendikasyon olup olmaması önemlidir. Hastaların ücretsiz sigara bıraktırma ilaçlarına ulaşımının ilaç kullanma oranlarını artırdığı belirtilmiştir. Hastalara taburcu olurken bir aylık ilaçlarının verilmesi ve istedikleri takdirde iki defa daha bu haktan yararlanabilmeleri tavsiye edilmiştir (15-18).

HASTALIĞA GÖRE DANIŞMANLIK

Yatak başı sigara danışmanlığının etkinliği tanıdan bağımsızdır. Hangi sebeple hastaneye yatmış olursa olsun tüm sigara içen hastalarda bu girişim etkindir ve tüm yatan hastalara danışmanlık önerilmelidir. Hastanın mevcut durumuna sigaranın negatif etkisi vurgulanmalıdır. Kardiyovasküler hastalıklar gibi sigara ile doğrudan ilişkili hastalıklarda bu etki daha kolay vurgulanabilir ve bu hastalarda sigara duyarlılığı ile bıraktırma girişimlerine ilgi artmıştır (3).

Akut miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda yatak başı sigara danışmanlığının ilaç giderleri hesaba katıldığında bile maliyet etkin olduğu, hastaneye tekrar yatışları ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Ancak ilginç bir şekilde solunum sistemi hastalıklarında aynı etki bu kadar kuvvetli bir biçimde görülmemektedir. Kanseri hastaları hakkında da yeterli veri yoktur. (7).

HASTANE SONRASI TAKİP

Hastanede sigara bıraktırma girişimleri etkilidir. Ancak bu etki taburcu olduktan sonra hasta takip edilirse sürmekte, edilmezse azalmaktadır. Hasta taburcu olduktan sonra olağan yaşantısına dönmekte ve sigara uyarıcıları ile karşılaşmaktadır. Literatürde takibin bir ay içinde yapılması gerektiği yoksa hastanede sigara danışmanlığının ek bir fayda sağlamayacağı bildirilmektedir. Bu yüzden yatak başı sigara girişimleri denilince hastane girişimleri ve hastaneden sonraki hasta takipleri anlaşılır (8). Takip ilk girişim kadar yoğun olmayan her tür girişimdir ve telefon aramaları şeklinde yapılmaktadır. İdeal arama zamanı belirlenirken hastanın riskli dönemleri tahmin edilmeye çalışılır. Taburcu olduktan sonra 3, 14 ve 30 günler (8) veya 2,12, 28, 58 günler (19) gibi farklı arama rejimleri bildirilmiştir. Bu yeni bir konudur ve ideal arama zamanının belirlenmesi için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Aramaları görevli personel yapabileceği gibi bir otomasyon sistemi ile de aramalar yaptırılabilir. Kişilerin bu aramayı yapmasının hasta merkezli bakım felsefesi ve aile hekimliğinin hastaya dokunma prensibi ile daha iyi örtüştüğü söylenebilir. Ancak araştırma amacı dışında böyle bir arama rejiminin rutin hale getirilmesi gerçekçi

değildir. Belki ulusal sigara bırakırma hattı 171 bu görevi üstlenebilir. Hastanede sigara danışmanlığı alan ve taburcu edilen hastaların verileri 171'e aktarılır. Bu aktarma günlük yapılmalı ve günlük çalışma planı çıkarılmalıdır. Böylesi özel ve dinamik bir sistem için danışmanlar eğitilmelidir. Danışman belirlenen günlerde hastayı arar, motive edici mesajlar verir, gerektiğinde ilaç ve doktor desteği için yardımcı olur. Dünyada bir ilk olacak bu model hastane sigara danışmanlığının kurumsallaşması yönünde çok büyük bir adım olacaktır.

Bu gün için aramada önerilen otomasyon sistemleridir. İnteraktif ses tanıma 'interactive voice recogniton' (İVR) sistemlerinin maliyet etkinlik, işleri düzenli yürütme, mesai saatleri dışında arama yapabilmek gibi avantajları vardır. Riskli olan dönemlerde hızlı arama yaptıkları için tercih edilen sistemlerdir (8, 20). Otomatik arama sistemlerinin bırakma oranlarını %18 den % 29'a çıkardığı gösterilmiştir (21). Arama sayısı, ulaşılamazsa kaç kez arama tekrarı yapılacağı sisteme programlanır. Günde iki kez olarak toplam 5-8 kez arama tekrarlanabilir. Sese ve tuşlanan numaraya duyarlı bir programla hastalara önceden kaydedilmiş motive edici bilgiler verilir. Sigara içme durumu sorulur içmiyorsa tebrik edilir, içiyorsa ya da kaçamakları varsa yeniden içmeme durumu için cesaretlendirilir ve bırakmak için yaptıkları plan hatırlatılır. Hasta ihtiyaç duyduğunda, endişeleri ya da soruları olduğunda (ek zorluklar, ilaç yan etkisi, bırakmaya bağlı kabızlık ya da ağızda aft, şiddetli içme isteği vs.) danışman desteği önerilir (22). İlaç uyumu vurgulanır. İlacını bırakan, sigarayı bırakmak için kendisine güvenmeyen hastalara pozitif mesajlar verilmelidir(8,20). 'İlacınızı kullanmak bırakma şansınızı iki misli artırır' gibi. Çekilme ve yoksunluk belirtilerinin şiddeti her aramada sorulmalıdır. Hastaya danışman ile görüşebilmesi, 171'e yönlendirilmesi ya da danışmanlığı reddedebilmesi için seçenekler sunulmalıdır.

SİGARA BIRAKMANIN DOĞRULANMASI

Kişilerin sigarayı bırakıp bırakmadıkları kişisel beyan ile takip edilebilir. Ancak ideal olan bu beyanların kanıtlarla desteklenmesidir. Bu kanıtlar idrar, tükürük ya da kanda nikotin metaboliti olan kotinin ölçümü ve üflenen havada CO ölçümü ile elde edilebilir. Hastanede girişim için sıklıkla NRT verildiğinden kotinin ölçümü yanlış pozitif değerler verebilir. Bu hastalarda kotinin takibi uygun bir metot değildir. Şahitli beyanlar ile de takip yapılabilir (23).

KAPSAM DIŞI TUTULACAK HASTALAR

Aydınlanmış onam veremeyecek kadar bilişsel yetenekleri azalan, akut ataklar için psikiyatri servisine yatırılan ve iletişim kurulamayan, yaşam beklentisi bir yıldan düşük, bakım evlerinden getirilen ve tekrar bakım evlerine dönecek olan, yakın zamanda intihar teşebbüsü olan, taburcu olduktan sonra iletişim kurulamayacak, yoğun

bakım ünitelerinde yatan, günlük yatış-çıkışı yapılan, 6 ay içinde yeniden hastaneye yatan, yakın bir zamanda sigara danışmanlığı almış/alıyor olan hastalar kapsam dışı tutulabilir. Psikiyatrik hastalarda bu hizmet verilecekse gurup çalışması şeklinde verilmesi daha uygun olabilir (21).

GÜÇLÜKLER

Başlıca güçlükler hastanede danışmanlık hizmetini kimin vereceği, bu hizmeti kimin finanse edeceği ve hizmetin ulusal tütün savaş birimlerine uyum ve entegrasyonunun nasıl olacağıdır. Bu problemler ve çözüm önerileri aşağıda sıralanmıştır.

Hastane sigara danışmanlığının kurumsallaşması: Hastanede yapılan sigara danışmanlığı çalışmaları genellikle araştırma amaçlı yapılmıştır. Bu şekilde etkisi kanıtlandığına göre artık rutin bir işlem haline gelmesi gerekir. Bu ise sanıldığından daha zor iştir. Hastane yöneticilerine, politika yapıcılara büyük görevler düşmektedir.

Alt yapı düzenlemeleri: Mevcut kayıt sistemlerine gerekli eklemeler yapılması lokal ve ulusal düzeyde işbirliği gerektirir. Bunun teknik ve idari güçlükleri vardır. Ancak hastane beklemeden kendi başına da gerekli düzenlemeleri yapmalı ve takip alt yapısını kendi hastaları için kurmalıdır.

Personel: Hastanede yatan hasta sayısı ve sigara içiminin toplumdaki prevalansı göz önüne alındığında her yatan hastaya yatak başı sigara danışmanlığı vermenin önemli bir işgücü gerektirdiği açıktır. Bu hastane bünyesinde danışman alınarak ya da mevcut personeli kullanarak temin edilebilir. Hekimler, hemşireler, psikologlar danışmanlık hizmeti verebilir. Ülkemizde sigara bırakırma hizmetleri sağlık bakanlığına bağlı doktorlar tarafından yürütülmektedir. Sigara ile savaş kampanyalarında çok sayıda hekim sigara danışmanlığı eğitimine alınmış ve sertifika verilmiştir. Ücretsiz hizmet ve ilaç verildiği dönemlerde yoğun çalışma temposu yürütülmüş kampanya bitince bu polikliniklerin iş yükleri azalmıştır. İşte bu hekimler hastanede sigara danışmanlığı verme kapsamında değerlendirilebilirler (24).

Sigara danışmanlığı aile hekimliği asistan eğitimlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Çoğu aile hekimliği anabilim dalı (AD) aktif olarak zaten sigara bırakırma poliklinikleri yürütmektedirler. Böylesi bir proje için aile hekimliği AD'ları ideal konumdadır. Bu yolla hem aile hekimliği asistanları bağımlılık tedavisini tutum haline getirebilir hem de farklı şikâyetleri olan çok çeşitli hasta gurupları ile karşılaşarak multidisipliner bakış açısı kazanabilirler. Dünyada aile hekimliklerinin öncülük ettiği bir hastane sigara bırakırma modeli henüz yoktur. Bu disiplin, nedense, ağırlıklı olarak göğüs hastalıkları uzmanlarıncaya yürütülmektedir. Oysaki sigara bırakırma eğitimi alan aile hekimliği uzmanları, kendi merkezlerinde bu sürecin koordinatörlüğünü yapabilecek donanımdadır.

Sigara için hastaların belirlenmesi: Hastaneye yatan hastalar sigara bırakmaya niyet

etmiş ve birkaç gün sigara içmemiş olabilir. Bu hastalar sigara içmiyorum şeklinde beyanda bulunabilir. Burada temel ölçü hastaneye yatmadan önceki bir aydır. Bir ay içinde sigara içmişse içiyor olarak, bir aydan uzun süredir içmemişse içmiyor olarak işaretlenir. Kayıt elemanları bu konuda eğitilmelidir. Kayıtların kaçırıldığı ancak servis hemşireleri ya da doktorlarının sigara içme servisine yönlendirdiği hastalar bildirilmiştir (8).

Akut bir nedenle hastaneye yatanlar:

Hastaneye akut bir nedenle yatan hastalara sigara danışmanlığının ne zaman verileceği bir problem oluşturabilir. Akut dönem geçtikten sonra ilgili doktoru ile görüşerek uygun zaman belirlenebilir. Aslında sigaranın zararı her nefeste arttığı için her sigara bıraktırma girişimi geç kalmış bir girişimdir. Bu yüzden her hastaya mümkün olan en kısa zamanda bu şans verilmelidir.

Yakın zamanda sigara danışmanlığı almış olanlar: Ülkemizde sigara içme kampanyaları peş peşe düzenlenmekte ve burada sigara danışmanlığı alanların sayısı hızla artmaktadır. Bu hastaların verileri TUBATİS'e (Tütün Bağımlılığı Tedavisi İzlem Sistemi) kaydedilmektedir (<https://tubatis.saglik.gov.tr/Forms/Login.aspx>).

Hastanede yatan hastalardan bazıları yakın zamanda bu danışmanlığı almış ya da alıyor olabilir. Bu hastalardan isteyenlere hastanede sigara danışmanlık hizmeti verilebilir. Danışman TUBATİS'ten hasta verilerine ulaşabilmelidir.

İlaç temini: Hastanede ilaçların kullanılması ve taburcu olurken bir aylık ilacın hastaya verilmesi önerilmektedir. İlaç giderlerinin hasta sigortasından karşılanması, sigortası yoksa hastane yardım fonlarından verildiği bildirilmektedir. Ülkelere göre

farklı uygulamalar olabilir. Ülkemizde zaman zaman sigara bıraktırma kampanyaları kapsamında ücretsiz ilaç desteği sağlanmaktadır. NRT desteği ise hiç olmamıştır. Hâlbuki hastane sigara bıraktırma tedavilerine ek faydası kanıtlanan tek girişim NRT dir. Hastane dışında da 8-12 haftalık kullanımda uzun dönem bırakma oranlarını %50-%70 artırmaktadır (25). NRT hastaya sarf edilen ilaç kapsamına alınabilir. İlaçlar bir proje kapsamında temin edilebilir. Kritik nokta bu uygulamanın rutin hale gelmesi için gerekli mekanizmaların kurulmasıdır.

Arama sistemlerinin kurulması: İVR sisteminin kurulmasının teknik ve ekonomik zorlukları vardır. Ek bir maliyet getirir. Hastane yönetimini ve ilgili tarafları ikna etmek zor olabilir.

SONUÇ

Hastanede yapılan sigara bıraktırma girişimleri başarılı bulunmuştur. Motive edici görüşmeler ve ilaçsız danışmanlık girişimlerinin etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu etki hastaneye yatış sebebinden bağımsızdır. Danışmanlık hizmetine ek verilen bupropionun ek bir katkısı gösterilememiştir. Vareniklinin ek bir fayda sağladığını gösteren çalışmalar varsa da bunlar küçük hasta gurupları ile yapıldığından güvenilirliği düşüktür. Her hastaya hastanede yatarken isterse reddedebileceği bir sigara danışmanlığı konsültasyonu ayarlanması tavsiye edilmektedir. Ülkemizin mevcut sigara ile savaşında hastanelerde yeni bir cephe açmak sigara içme oranlarının daha hızlı aşağı çekilmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca ikincil kazanım olarak her hastaneye yatan hastaya bu danışmanlığın verilmesi psikolojik olarak sigarasız toplum bilincini pekiştirecektir.

KAYNAKLAR

1. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; CD001837: 3 doi:10.1002/14651858.CD001837.pub2
2. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. Arch Intern Med. 1997;157(22):2653-60.
3. Reid RD, Mullen KA, Slovinec D'Angelo ME, et al. Smoking cessation for hospitalized smokers: an evaluation of the "Ottawa Model". Nicotine Tob Res 2010;12(1):11-8. doi:10.1093/ntr/ntp165
4. Fiore MC, Goplerud E, Schroeder SA. The joint commission's new tobacco-cessation measures--will hospitals do the right thing? N. Engl. J. Med. 2012;366(13):1172-1174.
5. Duffy SA, Cummins SE, Fellows JL, et al. Fidelity monitoring across the seven studies in the Consortium of Hospitals Advancing Research on Tobacco (CHART). Tob. Induc. Dis. 2015;13(1):29.
6. Nahhas GJ, Cummings KM, Talbot V, et al. Who opted out of an opt-out smoking-cessation programme for hospitalised patients? J Smoking Cessation. 2016: 1-6.
7. Kotz D. Implementation of a new 'opt-out' default for tobacco treatment is urgently needed, but requires free access to evidence-based treatments. Addiction.2015;110(3):387-388.
8. Nahhas GJ, Wilson D, Talbot V, et al. Feasibility of Implementing a Hospital-Based "Opt-Out" Tobacco-cessation Service, Nicotine Tob Res. 2016; 312: 1-7 DOI: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw312>
9. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008; (1), Art. No.: CD000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub3
10. Fidancı I, Öztürk O, Ünal M. Transtheoretic model in smoking cessation. J. Exp. Clin. Med., 2017; 34(1): 7-11. doi: 10.5835/jecm.omu.34.01.003.
11. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. Am Psychol.1992;47:1102.
12. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012(5):CD001837

13. Sönmez CI, Özbey Z. Nikotin Bağımlılığının Nörobiyolojisi ve Klinik Özellikleri Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2016;7(5):13-9.
14. Ismail S, Rahman HA, Abidin EZ, et al. The effect of faith-based smoking cessation intervention during Ramadan among Malay smokers. Qatar Medical Journal: Vol. 2016 2, 16. DOI: 10.5339/qmj.2016.16
15. Faseru B, Turner M, Casey G, et al. Evaluation of a hospital-based tobacco treatment service: Outcomes and lessons learned . Journal of Hospital Medicine , 2011; (6) , 143 – 150 . doi:10.1002/jhm.835.
16. Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. JAMA. 2014;311(2):193–4. doi:10.1001/jama.2013.283787.
17. Land T, Rigotti NA, Levy DE, et al. A longitudinal study of Medicaid coverage for tobacco dependence treatments in Massachusetts and associated decreases in hospitalizations for cardiovascular disease. PLoS Med. 2010;7(12). doi:10.1371/journal.pmed.1000375.
18. Rigotti NA. Smoking cessation in the hospital setting-a new opportunity for managed care. Tobacco Control. 2000;9 Suppl 1:i54–5. doi:10.1136/tc.9.suppl_1.i54.
19. Reid ZZ, Regan S, Kelley JHK, et al. Comparative effectiveness of post-discharge strategies for hospitalized smokers: study protocol for the Helping HAND 2 randomized controlled trial BMC Public Health (2015) 15:109. DOI 10.1186/s12889-015-1484-0
20. Regan S, Reyen M, Lockhart AC, et al. An interactive voice response system to continue a hospital-based smoking cessation intervention after discharge. Nicotine Tob Res. Apr 2011;13(4):255-260.
21. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B, et al. Interactive voice response telephony to promote smoking cessation in patients with heart disease: a pilot study. Patient Educ Couns. 2007;66(3):319–26.
22. Smith SS, Keller PA, Kobinsky KH, et al. Enhancing tobacco quitline effectiveness: identifying a superior pharmacotherapy adjuvant. Nicotine Tob Res. 2013;15(3):718–28.
23. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, et al. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest 2007;131:446–52.
24. Sonmez CI, Aydin LY, Turker Y, et al. "Comparison of smoking habits, knowledge, attitudes and tobacco control interventions between primary care physicians and nurses." Tobacco induced diseases 13.1 (2015): 37).
25. Regan S, Reyen M, Richards AE et al. Nicotine replacement therapy use at home after use during a hospitalization brief report. Nicotine & Tobacco Research, Volume 14, Number 7 (July 2012) 885–889.