

## **Türkiye’de ve Birleşik Krallık’taki Tütün Bırakma Politikalarının Karşılaştırmalı Analizi** *Mehtap ÇAKMAK BARSBAY<sup>1</sup>*

### **Öz**

Bu çalışma, Türkiye’de ve Birleşik Krallık’taki tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılmasına yönelik politikaları karşılaştırmalı olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Öncelikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen tütün kontrol stratejileri ve her iki ülkedeki uygulamalar incelenmiş, ardından bırakma tedavisi politikaları karşılaştırılmıştır. İlaç tedavileri, sağlık eğitimi ve destekleyici davranış terapisi ve kısa müdahaleden oluşan tütün bırakma hizmetleri, Birleşik Krallık'ta kısmen ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Türkiye’de tütün bırakma tedavisinde kullanılan farmakoterapi ürünlerinin bedeli Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmamakta ancak Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen tütün bırakma ilaçları ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. Tütün bırakma hizmetlerine erişim, tütün kontrolünde eşitsizliğin ortadan kaldırılması ve hakkaniyetin sağlanması açısından kritik öneme sahiptir. Bu nedenle tütün kontrol politikalarını etkili hale getirmek için daha fazla çabaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** MPOWER, küresel tütün salgını, tütünle mücadele, ilaç geri ödemesi.

1. Doç. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), Sağlık Yönetimi Bölümü, mehtapcakmak@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7609-6254>

Gönderim Tarihi : 04.12.2022

Kabul Tarihi : 29.12.2022

---

### **Atıfta Bulunmak İçin:**

Çakmak Barsbay, M. (2022). Türkiye’de ve Birleşik Krallık’ta Tütün Bırakma Tedavisi Politikalarının Karşılaştırmalı Analizi. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 6(2):102-116.

## ***Comparative Analysis of Tobacco Cessation Policies in Türkiye and United Kingdom***

*Mehtap ÇAKMAK BARSBAY<sup>1</sup>*

### ***Abstract***

*This study aims to compare stop smoking treatment policies in Türkiye with that of United Kingdom. Firstly, tobacco control strategies proposed by World Health Organization and their applications in both countries were examined, and then tobacco cessation treatment policies were compared. Tobacco cessation services consisting of prescription drug treatments, health education and supportive behavior therapy, and brief advice were reimbursed partially free of charge in United Kingdom. Cost of medications in tobacco cessation treatment in Türkiye was not reimbursed by Social Security Institution. However, medications for stop smoking, which were provided by Ministry of Health, were distributed free of charge to those who intended to quit, in case it was prescribed by an authorized physician. Access to tobacco cessation services is critical in achieving equity and eliminating disparities in tobacco control. Hence, greater efforts are needed to make tobacco control strategies more effective.*

**Keywords:** *MPOWER, global tobacco epidemic, tobacco control, reimbursement of medications.*

1. Assoc. Prof., Ankara Hacı Bayram Veli University, Faculty of Economics and Administrative Sciences (FEAS), Department of Health Management, mehtapcakmak@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7609-6254>

Received : 04.12.2022

Accepted : 29.12.2022

---

### ***Cite This Paper:***

*Çakmak Barsbay, M. (2022). Comparative Analysis of Tobacco Cessation Policies in Türkiye and United Kingdom, Eurasian Journal of Health Technology Assessment, 6(2):102-116.*

## 1. Giriş

Tütün kullanımı, öncelikli ve önlenebilir bir kamu sağlığı sorunudur. Küresel düzeyde tütün kullanan bireylerin sayısının 1,3 milyar olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2022). Tütün kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü'nce (DSÖ) küresel sağlık güvenliğini tehdit eden en önemli salgınlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Küresel Hastalık Yükü çalışmasına göre doğrudan tütün ürünleri kullanımı ve dolaylı olarak tütün ürünleri dumanına maruziyet nedeniyle her yıl 9,2 milyon ölüm gerçekleşmektedir (Institute of Health Metrics, 2022). Tütün kullanımının DALY yükü ise 157 milyon düzeyindedir (Shiffman et al., 2016).

Her türü zararlı olmakla birlikte, tütün kullanmanın güvenli bir düzeyi, miktarı ve sıklığı bulunmamaktadır. Sigara içmek, tütün kullanımının en yaygın biçimi olmakla birlikte özellikle gençler için tütün kullanımı, sigara dışındaki nargile tütünü, dumansız tütün ürünleri, puro ve sarma tütünler gibi alternatif tütün ürünleri ile sürdürülmektedir (World Health Organization, 2015; Erdöl et al., 2015). Tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeler ile tütün içermeyen ancak tütün mamulünü taklit eder tarzda kullanılan her türlü nargile ve sigara, tütün ürünü kabul edilmektedir (World Health Organization, 2003; Resmi Gazete, 2013).

Tütün ve tütün ürünleri kullanımına bağlı bağımlılığın, hastalık olarak tanımlanması çok eskiye gitmemektedir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı, nikotin ve bağımlılık ilişkisini ortaya koyan 1988 tarihli U.S. Surgeon General's Report'un *Nikotin Bağımlılığı* başlıklı araştırma raporunun yayınlanması sonrasında, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5'te tanımlanmış ve tütün bağımlılığı olarak adlandırılmıştır (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Tütün ve tütün ürünleri kullanımı, madde bağımlılığının ilk aşaması ve diğer bağımlılık yapıcı maddelere yönelimin başlangıcıdır (Rajabi et al., 2021). Bu nedenle tütün ve tütün ürünleri kullanımının sona erdirilmesinde sigara kullanımının yanında tütün ürünleri kullanımının da bırakılması önem arz etmektedir. Mortalite ve morbidite yükü nedeniyle küresel önceliklerden biri olarak değerlendirilen tütün kullanımının sona erdirilmesi, tütün ve tütün ürünlerine doğrudan ve dolaylı olarak maruz kalmış ve etkilenmiş bireyler için ilk sıradaki stratejidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakma tedavisi politikalarının Birleşik Krallık'taki politikalar ile karşılaştırılarak analiz edilmesidir. İzleyen bölümde öncelikle temel tütün kontrol politikaları tanıtılmış, daha sonra kontrol politikalarından biri olan tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması stratejisine odaklanarak Türkiye'deki politikalar değerlendirilmiş ve Birleşik Krallık'taki politikalar ile karşılaştırılarak yıllar bazında her iki ülkedeki uygulanan politikalar puanlanarak analiz edilmiştir.

## 2. Temel Tütün Kontrol Politikaları

DSÖ, 2003 yılında 182 taraf devlet ile birlikte, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini kabul etmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, halk sağlığı alanındaki ilk uluslararası sözleşmedir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinde (World Health Organization, 2003), tütüne olan talebi azaltmaya yönelik 13 başlıkta, tütün arzının azaltılmasına yönelik 3 başlıkta ve çevrenin korunmasına yönelik 1 başlıkta önlemler sıralanmıştır. Sözleşme doğrultusunda belirlenen temel tütün kontrol politikaları, 2008 yılında DSÖ tarafından bir politika paketi şeklinde sunulmuştur (World Health Organization, 2021). Söz konusu

politika belgesinde, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin talep azaltma hükümlerinin uygulanmasında, çerçeve niteliğindeki MPOWER olarak adlandırılan, önerilen stratejilerin ilk harflerinden oluşan, bir model ortaya konmuştur. Modelde yer alan stratejik önlemler ve politikalar; (1) tütün kullanımı ve önleme politikalarının izlenmesi, (2) bireylerin tütün kullanımından korunması, (3) tütün kullanımını bırakmak için bireylere yardım önerisinde bulunulması, (4) tütünün zararları konusunda bireylerin uyarılması, (5) tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun yasaklanması ve (6) tütün vergilerinin artırılmasından oluşmaktadır.

Tütün bağımlılığı ile mücadele politikalarında öncelikli amaç, bireylerin tütün kullanmaya başlamalarının önlenmesi, tüm bireylerin tütün ve tütün ürünlerinden korunması, erken dönem tütün kullanımının sona erdirilmesi, tütün ve tütün ürünlerine yönelik talebin azaltılması, oluşan tütün bağımlılığının tedavisi ve bağımlılıkla mücadele eden bireylerin rehabilite edilmesidir. Bu amaçlara hizmet edecek temel tütün kontrol stratejileri (World Health Organization, 2022) aşağıda açıklanmaktadır.

Tütün ve tütün ürünleri tüketiminin, bu ürünlerin reklamı, özendirilmesi ve sponsorluk yoluyla tanıtım faaliyetlerinin önüne geçilmesi şeklindeki yasal düzenlemelere bağlı olarak azalacağı beklenmektedir. Tütün ve tütün ürünlerine yönelik televizyon, radyo, basılı yayınlar, reklam panoları ve sosyal medya platformlarındaki doğrudan reklamlar ile marka paylaşımı, marka esnetme, ücretsiz dağıtım, fiyat indirimleri, satış noktası ürün teşhirleri, sponsorluklar ve kurumsal sosyal sorumluluk programları gibi görünen tanıtım faaliyetleri şeklindeki dolaylı reklamların önlenmesi ile devlet tütün kullanımı üzerine pazarlamama stratejisini uygulamaktadır (World Health Organization, 2022; Gürbüz & Coşkunoglu Kaya, 2022). Doğrudan ve dolaylı tüm reklam, özendirme ve tütün ürünleri markalarının sponsorluk faaliyetlerinin önüne geçilmesi politikalarının etkili uygulanması ile bireylerin tütünün zararlarından korunması sağlanabilir. Diğer yandan bireylerin tütünün zararları konusunda uyarılması sağlanmalıdır (Çalışkan & Metintaş, 2018). Resimli sağlık uyarılarının kullanımının, bireylerin tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına yönelik anlayış değişikliği oluşturmada katkı yapacağı beklenmektedir. Bu nedenle tütün ve tütün ürünleri ambalajları üzerinde metin ve grafik gösterimlerini içeren sağlık uyarılarının ve düz paket gibi stratejilerin kullanımı önerilmektedir (World Health Organization, 2022).

Bir başka stratejik önlem olan tütün vergilerinin kullanımı politikası, tütün ve tütün ürünleri tüketen bireyler üzerinde talep azaltmada en maliyet etkili politika alternatifi olarak görülmektedir (World Health Organization, 2022). Yıllık bazda gerçekleşen gelir artışları ile kıyaslandığında, daha yüksek düzeydeki tütün vergisi artışının, talep davranışı üzerinde etkide bulunduğu dikkat çekilmektedir. Tütün ve tütün ürünleri fiyatlarının %10 artırıldığı ülkelerde tütün tüketiminin, yaklaşık %4-5 düzeyinde azaldığı raporlanmaktadır (World Health Organization, 2022).

Pasif maruziyetin önlenmesi, tütün ve tütün ürünü kullanmayan bireylerin sağlığının korunması bakımından oldukça önemli bir diğer politika alternatifidir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesine Taraflar Konferansında (World Health Organization, 2003), pasif maruziyeti engellemek için en güvenli politika alternatifinin %100 tütünden ve tütün dumanından arındırılmış dumansız ortamların oluşturulması olduğuna dikkat çekilmiştir.

Tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması, tütün kullanımı davranışı gösteren bireyler için önemli bir politika seçeneğidir. Tütün ve tütün ürünleri kullanan bireylere bırakma konusunda danışmanlık yapmak ve tedavilerini sağlamak, hastalara sunulabilecek

en faydalı ve uygun maliyetli müdahaleler arasında değerlendirilmektedir. Ancak bırakma konusunda destek ve tedavi hizmeti sunmak evrensel olarak sağlık planlarının kapsamında yer almayabilmektedir (Gollust et al., 2008; World Health Organization, 2022).

Tütün kullanımının sonlandırılması, yaşama yıllar, yıllara değer katmak için gereklidir. 40 yaşından sonra sigara içmeye devam edilen her yıl başına ortalama 3 ay yaşam süresi kaybedilmektedir (Aveyard & West, 2007). Halen tütün kullanan bireylerin %68'i tütün kullanımını sonlandırmak istemekte ve bunun için desteğe ihtiyaç duymakta, tütün kullanan her 100 kişiden 78'i tütün kullanımını bırakmayı denemekte ancak %2-3'ü bu girişimlerinde başarılı olabilmektedir (Aveyard & West, 2007). Bu nedenle tütün kullananlarda destek, danışmanlık ve tedavi önem kazanmaktadır.

Tütün bağımlılığının tedavisinde, nikotinin bağımlılıkla ilişkisinin ortaya konulduğu 1988 yılına kadar, danışmanlık hizmeti ve farmakoterapi olarak nikotin sakızının kullanımı yaygındı (West & Cox, 2021). Ancak tütün ve tütün ürünleri kullanımının bağımlılık olarak kategorize edilmesi ile başlayan ve izleyen süreçte ilaç şirketleri, sigarayı bırakmak için transdermal nikotin bantları (Nikotin Tedavisi), Bupropion ve Varenicline gibi bireysel tütün kullanımını bırakma ilaçlarını geliştirerek onay almışlardır (Hurt et al., 1997; Jorenby et al., 2006; Hays & Ebbert, 2008). Böylece tütün bağımlılığının tedavi edilmesinde profesyonel meslek mensuplarınca sunulan danışmanlık ve destek hizmetleri ile birlikte veya tek başına, etkililiği kanıtlanmış bırakma ilaçlarının kullanımı seçenekleri ortaya çıkmıştır. Söz konusu müdahaleler ve gelişen sağlık teknolojilerine bağlı olarak, ABD'de yetişkinlerde sigara içme oranı 1964 yılında %42,4'ten 2010 yılında %19'a gerilemiştir (Hurt et al., 2014). Hali hazırda tütün kullanımının sona erdirilmesinde, ilaç tedavisi dışında danışmanlık terapisi ve rutin destekleyici bakım prosedürü kullanılmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Tütün bırakmaya yönelik tedaviler farmakokemoterapiyi içermekte ve ilaç tedavisi kapsamında Varenicline, Bupropion ve Nikotin Replasman (yerine koyma) tedavisi kullanılmaktadır (Berkeşoğlu vd., 2018; Aveyard & West, 2007; World Health Organization, 2021; Joossens & Raw, 2006).

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin 14. maddesi, anlaşmaya taraf olan devletlerin, tütün kullanımını bırakmayı teşvik etmek için etkili önlemler almalarını, tütün bağımlılığı için tedavinin erişilebilirliğini ve karşılanabilirliğini kolaylaştırmalarının önemine dikkat çekmektedir. Söz konusu 14. madde uyarınca, ülkelerden, mümkün olduğunda, ücretsiz veya makul bir maliyetle, etkili bırakma tedavisini sağlamaları beklenmektedir. Bu kapsamda Türkiye'deki ve Birleşik Krallık'taki tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılmasına yönelik politikalar, karşılaştırmalı olarak incelenmiş elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

### 3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma, Türkiye'de ve Birleşik Krallık'taki tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılmasına yönelik politikaları karşılaştırmalı olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Veri kaynağı olarak Türkiye'de ve Birleşik Krallık'ta tütün kontrolüne yönelik temel politika belgeleri (Ulusal Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planları, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025, Tütün Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Birimleri Hakkında Yönetmelik, Sağlık Uygulama Tebliği, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti Sigarayı Bırakma Hizmetleri Raporları, Sigara ve Sağlık Eylem Planı- Action on Smoking and Health) ile ülke karşılaştırmasında 2003, 2005, 2007,

2010, 2013, 2016, 2019 ve 2021 yılları Tütün Kontrol Ölçeği (Joossens & Raw, 2006) toplam puanı, tedavi alt boyutu puanı, alt boyut indikatörleri ve literatür bulguları kullanılmıştır. Politika belgelerine dayanarak her iki ülkenin tütün kontrol politikaları değerlendirilmiş, daha sonra Birleşik Krallık ve Türkiye'nin yıllar bazında Tütün Kontrol Ölçeği toplam puanları ile tedavi politikalarını gösteren indikatörlerden yıllar bazında aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Tablo 1'de verilen indikatörler bazında, her iki ülkedeki tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması politikalarındaki benzerlik ve farklılıklar değerlendirilmiştir. Tütün Kontrol Ölçeğinin (Joossens & Raw, 2006) tedavi alt boyutu indikatörleri, indikatör puanları ve alınabilecek toplam alt ölçek puanı Tablo 1'de yer almaktadır. Araştırma, açık erişimli ikincil verilerin kullanımına dayandığından etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Tablo 1. Tütün Kontrol Ölçeği Tedavi Alt Boyutu.

İndikatör	Puan
Kullanım durumunun takibi	1
Kısa tavsiye	1
Ulusal bırakma hattı	2
Bırakma desteği	4
İlaçların geri ödenmesi	2
Toplam alt ölçek puanı	10

#### 4. Bulgular

Öncelikle politika belgelerine dayalı olarak ülkelerin tütün kontrol politikalarının değerlendirilmesine yönelik bulgulara yer verilmektedir. Daha sonra ise Birleşik Krallık ve Türkiye'nin yıllar bazında Tütün Kontrol Ölçeği puanına yönelik bulgular sunulmaktadır.

##### 4.1. Tütün Kontrol Politikalarının Karşılaştırılması

Türkiye'de tütün kontrolü çalışmalarına 1996 yılında Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunun yürürlüğe girmesi ile başlanmıştır. 2003 yılında DSÖ ve 182 taraf devlet ile birlikte kabul edilen uluslararası sözleşme statüsündeki Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Türkiye'de 30.11.2004 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu doğrultuda ulusal bir tütün politikası oluşturulmuş ve Ulusal Tütün Kontrol Programı, 7.10.2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayınlanmıştır. Buna dayanan eylem planları ise 2008-2012, 2015-2018, 2018-2023 dönemleri için ayrı ayrı hazırlanarak ulusal tütün kontrolü operasyonel göstergelerle takip edilebilir kılınmıştır. 2006 yılında resmi olarak başlayan tütün kontrol politikasının etkisiyle yıllar bazında tütün kullanım sıklığında kayda değer azalmalar olduğu gözlenmiştir. Bu kapsamda Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un yürürlüğe girmesinden 12 yıl sonra- 2008 yılında- değişikliğe gidilerek 2009'un ikinci yarısında yürürlüğe giren, dumansız alanların genişletilmesi için istisnasız, kapalı alanlarda tütün ve tütün ürünleri kullanımı yasaklanmış; yapılacak denetimlerde kural ihlallerinin tespiti halinde uygulanacak idari para cezaları ve belirli sürelerle iş yeri kapatma cezaları düzenlenmiştir. Ayrıca, her tür reklam, tanıtım ve sponsorluk yasağına ek olarak basın ve medya organlarında tütün ve tütün ürünlerinin zararlarına yönelik bilgilendirme ve sağlık eğitimi içerikleri yerleştirilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Çocuk ve gençliğin sağlık düzeyinin korunması kapsamında 18 yaşın altındakilerin piyasa koşullarında tütün ve tütün ürünlerine erişimi yasaklanmıştır. Ancak kontrol önlemlerinin, DSÖ tarafından halen zayıf uygulama düzeyinde olduğu değerlendirilmektedir. Türkiye'de Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun ile sigara paketleri üzerine uyarı yazıları yazılmıştır. Tütün

ürünlerinde düz paket mevzuatı benimsenmiş olup Türkiye, Avrupa'da tütün ürünleri paketi yüzeyinde en geniş alanda sağlık uyarılarına yer veren ülke durumundadır.

Türkiye'de 2011 yılında Sağlık Bakanlığı, ülke çapında toplum temelli bir Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı başlatmıştır. 81 ilde bulunan 228 sigara bırakma merkezinde ve 400'ün üzerinde hekim tarafından söz konusu program uygulanmıştır (Çelik et al., 2015). Buna göre programdan Ocak-Kasım 2011 tarihleri arasında toplam 164.733 katılımcı faydalanmıştır. Başlıca müdahaleler, ücretsiz ilaç tedavisi (Varenicline ve Bupropion) ve birinci basamak desteğinden oluşmuştur. Programda sırasıyla 0,7 ve 0,3 oranında Varenicline ve Bupropion kullanılmıştır. Program kapsamında sigarayı bırakma klinikleri merkezileştirilmiş, tedavi kılavuzları standartlaştırılmış, özel bir ilaç atama algoritması uygulanmış ve eğitilmiş hekimler tarafından birinci basamak desteği ve takibi sağlanmıştır. Söz konusu programın etkililiğinin değerlendirilmesine yönelik yapılan araştırmada (Çelik et al., 2015), programa kaydolduktan sonra 1 yıllık takibi tamamlayan rastgele seçilmiş katılımcılardan telefon görüşmeleri ile veriler toplanmış ve Varenicline verilen katılımcılarda %29,6 ve Bupropion verilenlerde ise %25,1 sigara bırakma oranının gerçekleştiği bulunmuştur. Araştırmada, ilerleyen yaş, kadın cinsiyet, daha uzun süreli ilaç bırakma, düşük Fagerstrom skoru, hipertansiyon varlığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olmaması ve kanser olmaması başarı oranının daha yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde oluşturulan finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri sisteminde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, üniversite ve özel sektör sağlık hizmet sunucuları temsilcilerinden oluşan Komisyon, ilaç geri ödeme komisyonu, alternatif geri ödeme komisyonu gibi komisyonlar karar vericidir. Herhangi bir ilacın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme kapsamına alınabilmesi için belirtilen komisyonların onayını takiben Sağlık Uygulama Tebliği eki (EK-4/A) Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde yer alması gerekir. Hali hazırda tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılmasına yönelik nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan ilaçlar, Sağlık Uygulama Tebliği eki (EK-4/A) Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde yer almamaktadır. Bu durumda söz konusu ilaçların bedeli, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmemektedir. Sadece yetkilendirilmiş hekimlerce reçete edilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen ilaçların bedelsiz dağıtımı yapılmaktadır. Tütün bağımlılığı tedavisinde kullanılan ve geri ödeme kapsamında olmayan farmakolojik preparatlar, 2010, 2015, 2017 ve 2020 yıllarında Sağlık Bakanlığı tarafından satın alınarak sigara bırakma polikliniklerinde görevli hekimler tarafından uygun görülen hastaların tedavisi için kullanıma sunulmaktadır. Bunun dışında tütün bağımlılığının ilaçsız ve psikososyal tedavisi kapsamında tedavi ile birlikte veya tedavi dışında destek ve danışmanlık hizmeti sunulmaktadır.

Birleşik Krallık'ta tütün kontrolü çalışmalarına Ulusal Sağlık Hizmeti Sigarayı Bırakma Hizmetleri kapsamında başlanmıştır. Birleşik Krallık'ta tütün ve tütün kullanımının sonlandırılması amacıyla Ottawa Sigarayı Bırakma Modeli kullanılmaktadır. Bu model, hastaneye kabul edilen tüm hastaların tütün ve tütün ürünleri kullanma durumunun belirlenmesini, ardından tavsiyelerde bulunulmasını, kişiselleştirilmiş yatak başı danışmanlığı yapılmasını, Nikotin Replasman Tedavisi veya farmakoterapi reçete edilmesini ve taburculuk sonrası tütün kullanma durumunun takip edilmesini içermektedir.

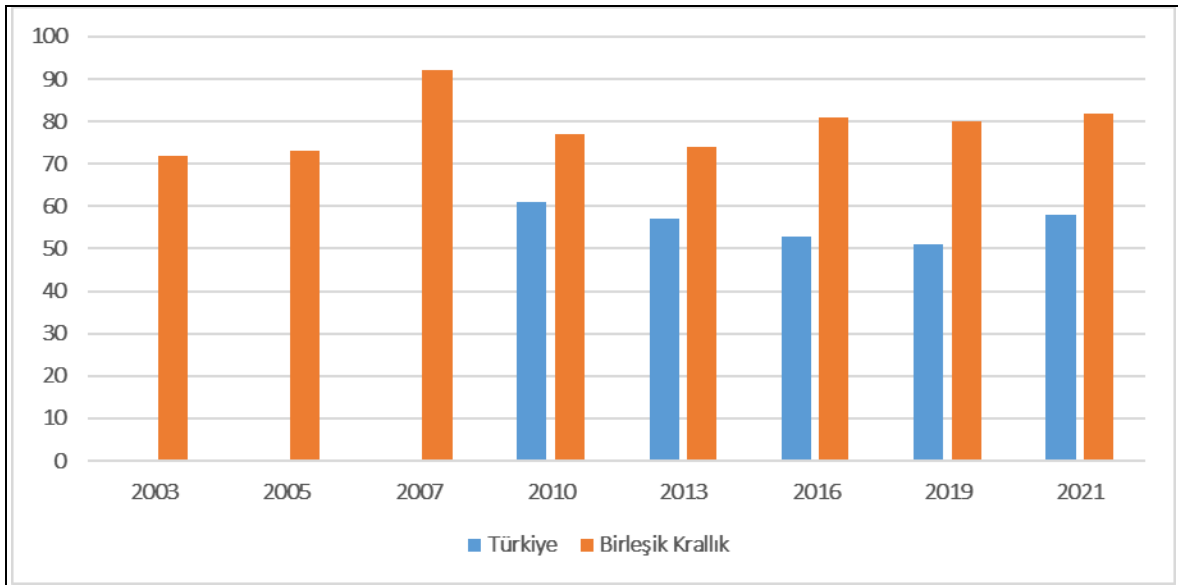
Hastaneye ayakta veya yatarak hizmet sunmak üzere kabul edilen ve tütün kullanım bırakma hizmeti verilen bireyler için finansman Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından karşılanmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması tedavisi için ulusal

geri ödeme politikalarının gerçek dünyadaki etkinliğine ilişkin önceki çalışmalar, esas olarak Birleşik Krallık'ta ortaya çıkmıştır (Nagelhout et al., 2015). Tütün ürünlerinde düz paket mevzuatı benimsenmiştir. Birleşik Krallık'ta tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakma politikaları merkezi düzeyde belirlenmektedir. Ancak merkezi Ulusal Sağlık Hizmeti Sigarayı Bırakma Hizmetleri, yerel otoriteler ile iş birliği halindedir.

Verilen hizmetler reçeteli ilaç tedavileri, eğitim ve destekleyici davranış değiştirme yardımlarından ve kısa klinik müdahaleden (öğren-öner-ölç) oluşmaktadır. Birleşik Krallık'ta tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması amacıyla 10 yılı aşkın bir süredir ücretsiz davranışsal destek ve ilaçlar sunulmaktadır (West & Croghan, 2013). Nikotin Yamaları, Nikotin Sakızı, Nikotin Ağız Spreyi, Nikotin İnhalatörü, Nikotin Burun Spreyi, Bupropion, Nikotin Pastili, Nikotin Mikrotabları ve Varenicline gibi tüm Nikotin Replasman Tedavisi ürünleri ana tedarikçiler tarafından temin edilmektedir.

#### 4.2. Tütün Kontrol Ölçeğinin Puanlarının Karşılaştırılması

Tütün Kontrol Ölçeğinin tedavi başlığının alt boyutunda tütün kullanımının kayıt edilmesi ve takibi, kısa klinik müdahale, tütün bırakma hattı, bırakma desteği ağı ve tedavide kullanılan ilaçların geri ödemesinin yapılması indikatörleri yer almaktadır (Tablo 1).



Şekil 1. Tütün Kontrol Ölçeği Toplam Puanları

Tütün Kontrol Ölçeğinden alınabilecek toplam puan 100'dür. Ölçekten alınacak daha yüksek puan, bir ülkede kapsamlı tütün kontrol önlemlerinin alındığını göstermektedir. Tütün Kontrol Ölçeği indikatörlerine göre 37 Avrupa ülkesinin aldığı puanlar hesaplanmakta ve alınan toplam puan baz alınarak ülkeler sıralanmaktadır. Türkiye 2003, 2005 ve 2007 yılları için yapılan karşılaştırmalı çalışmada dahil edilen ülkeler arasında olmadığından puanı ve sıralaması hesaplanmamıştır (Şekil 1).

Tütün Kontrol Ölçeği sonuçlarının 2003, 2005, 2007, 2010, 2013, 2016, 2019 ve 2021 yılları versiyonlarına göre Birleşik Krallık, tüm yıllarda ilk sırada yer almaktadır (Tablo 2). Buna karşılık Türkiye'nin puanı ve sıralaması 2010-2019 yılları arasında gerilemiştir. Tütün Kontrol Ölçeğinden alınan toplam puanının azalmasının nedeni, öncelikle tütün

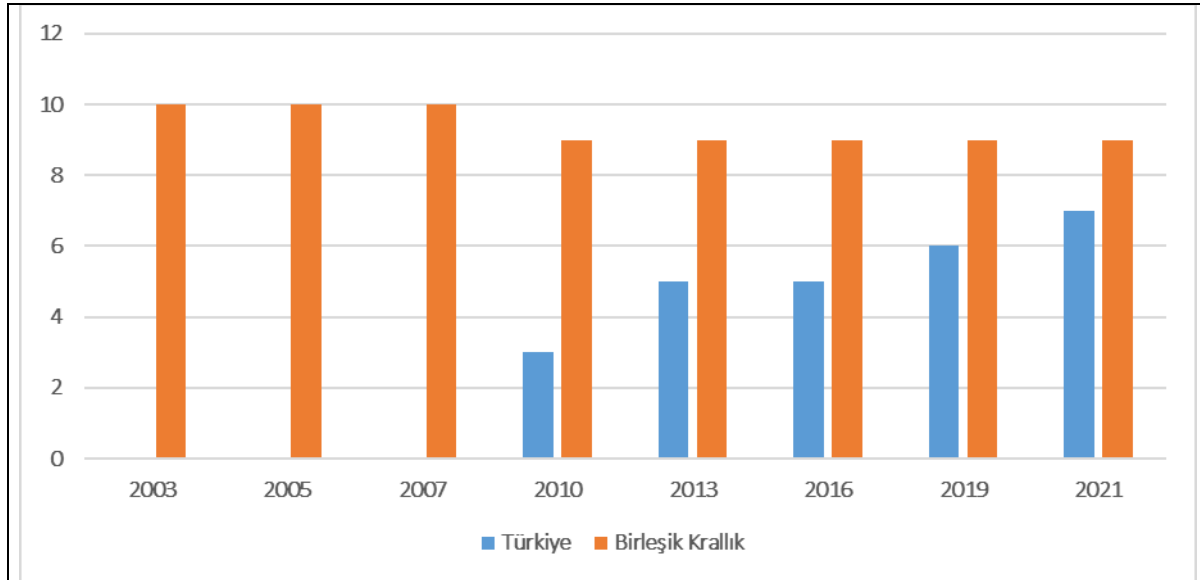


ürünlerinin piyasa fiyatlarının erişilebilirliği engelleyecek seviyede olmaması, fiyatın yıllar itibariyle erişimi engelleyecek düzeye getirilememesi ve vergilendirmedeki artışların yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer yandan kamusal ve kapalı alanlarda, özellikle restoran ve barlarda, tütün kullanma yasak ihlalleri nedeniyle yasaklar indikatörü puanında azalma olmuştur. Buna karşılık bırakma tedavisi kapsamında bırakma hattının kurulması ve yıllar itibariyle kapsamının tüm yerleşim yerlerini içine alacak şekilde genişletilmesi bırakma hattı indikatöründen alınan puanı artırmıştır. Ayrıca 2021 yılında kısa klinik müdahale indikatöründen aldığı puanın etkisiyle hem tedavi alt boyutundan hem de toplam ölçekten aldığı puan artmış ve sıralamada yükselmiştir.

Tablo 2. Tütün Kontrol Ölçeği ve Tedavi Alt Boyutu Puanları.

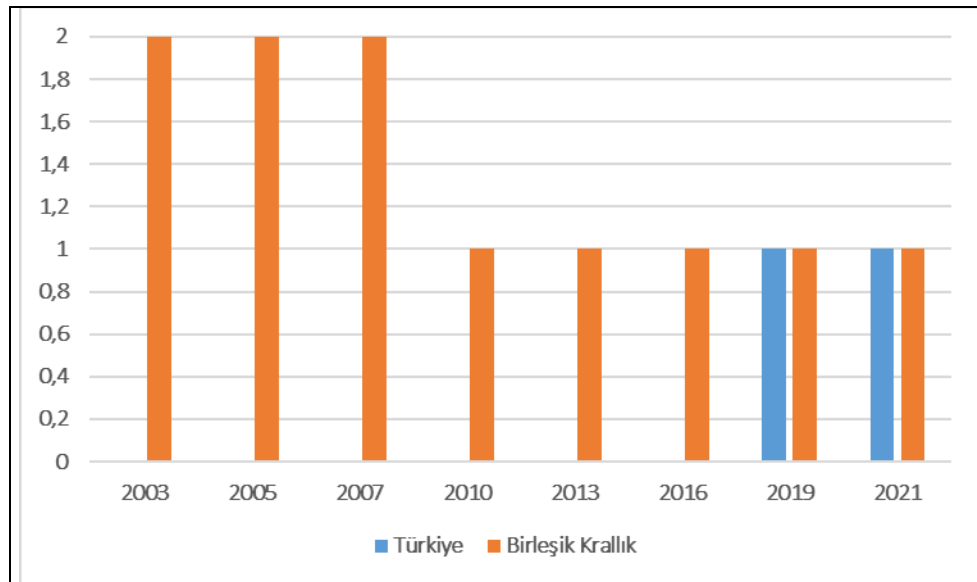
		Türkiye	Birleşik Krallık
2010	Tedavi alt boyutu puanı	3	9
	Ölçek toplam puanı	61	77
	Ülke sıralaması	4	1
2013	Tedavi alt boyutu puanı	5	9
	Ölçek toplam puanı	57	74
	Ülke sıralaması	5	1
2016	Tedavi alt boyutu puanı	5	9
	Ölçek toplam puanı	53	81
	Ülke sıralaması	9	1
2019	Tedavi alt boyutu puanı	6	9
	Ölçek toplam puanı	51	80
	Ülke sıralaması	17	1
2021	Tedavi alt boyutu puanı	7	9
	Ölçek toplam puanı	58	82
	Ülke sıralaması	11	1

Tütün Kontrol Ölçeği tedavi alt boyutundan alınabilecek toplam puan 10'dur. Türkiye 2003, 2005 ve 2007 yılları için yapılan karşılaştırmalı çalışmada dahil edilen ülkeler arasında olmadığından tedavi alt ölçeği puanı hesaplanmamıştır. Şekil 2'nin incelenmesinden, Türkiye'nin tedavi alt boyutundan aldığı puanın yıllar itibariyle artmış olduğu, buna karşılık Birleşik Krallık'ta 2010 yılından itibaren tedavide kullanılan ilaç ve preparatların geri ödenmesine sınırlama getirildiğinden tedavi alt ölçeğinden aldığı puanın düşmüş olduğu görülmektedir. Türkiye'nin 2013, 2019 ve 2021 yıllarındaki puan artışı, bırakma tedavisi kapsamında bırakma hattının kurulması ve yıllar itibariyle kapsamının tüm yerleşim yerlerini içine alacak şekilde genişletilmesi nedeniyle gerçekleşmiştir. Ayrıca Türkiye, 2021 yılında ilk kez kısa klinik müdahale indikatöründen puan almış ve 2021'de toplam puanı 7'ye yükselmiştir. Buna karşılık, bireylerin kullanım durumunun kaydı, bırakma desteği ağı ve tedavide kullanılan ilaçların geri ödenmesi bakımından puan almamıştır.



Şekil 2. Tütün Kontrol Ölçeği Tedavi Alt Boyutu Toplam Puanları

Türkiye, Tütün Kontrol Ölçeği tedavi alt boyutu kapsamında 2010 yılında sadece bırakma desteği indikatöründen puan almıştır. Birleşik Krallık Tütün Kontrol Ölçeğinin tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması tedavisi politikalarından 2003, 2005 ve 2007’de 10 tam puan almıştır. Birleşik Krallıkta, tütün bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların kısmen geri ödeme kapsamına alınması nedeniyle 2010 ve 2021 yılları arasında alt ölçek puanı 9’a düşmüştür.



Şekil 3. Bırakma Tedavisi İlaçlarının Geri Ödeme Puanı

Tütün Kontrol Ölçeğinin tedavi alt boyutunda yer alan ilaçların geri ödenmesi indikatöründen en fazla 2 puan alınabilmektedir. 2003, 2005 ve 2007 yıllarında Türkiye’nin bırakma tedavisi ilaçlarının geri ödeme puanı bulunmamaktadır. Ancak 2003, 2005 ve 2007 yıllarında Birleşik Krallık’ın aynı indikatörden tam puan aldığı görülmektedir. Türkiye ve Birleşik Krallık, ilaçların geri ödenmesi adlı indikatörden 2019 ve 2021 yıllarında 1’er puan almıştır (Şekil 3).

## 5. Tartışma

Halk sağlığı alanındaki ilk uluslararası antlaşma olan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi ve DSÖ tarafından önerilen MPOWER stratejileri, ülkelere tütün tüketiminin kısıtlanması için etkili politika geliştirme çerçevesi sunmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması gibi talep azaltıcı stratejiler pek çok ülke tarafından benimsenmekte ve farklı derecelerde uygulanmaktadır. Tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması hem toplum hem de bireysel düzeyde tütüne karşı mücadelede önemli ve kilit bir stratejidir. Türkiye’de ve Birleşik Krallık’ta yukarıda da bahsedildiği üzere tütün kullanımını sona erdirmek isteyenlere ilaç tedavisi, danışmanlık ve bırakma desteği gibi kapsamlı bir bırakma hizmeti verilmektedir. Ayrıca tütün kontrol politikalarının uygulanması açısından merkezi bir yapının varlığı her iki ülkede de ortaktır.

Türkiye ve Birleşik Krallık, tütün kullanımını azaltmak için vergilendirme ve resimli sağlık uyarıları, reklam ve tanıtım yasağı, tütün bağımlılığı tedavisinin desteklenmesi gibi stratejileri uygulamaktadır. Belirlenen tütün kontrol politikalarından optimum sonuca ulaşmak ve tütün kullanımındaki zorlukların üstesinden gelmek için pek çok ülke gibi Türkiye’de ve Birleşik Krallık’ta tütün endüstrisi, ilgili lobiler, kaçakçılık ve düşük sosyoekonomik durum gibi altta yatan zor faktörlerle mücadele edilmesi gerekmektedir (Safaei Lari et al., 2021). Diğer yandan halen piyasada tutunan daha düşük fiyatlı tütün ve tütün ürünleri markaları ve ayrıca bireyler tarafından hazırlanan tütün ürünleri, özellikle gençler ve yoksulların tütün kullanım alışkanlıklarını sürdürmeleri önünde önemli bir engel olarak değerlendirilebilir.

2012 sonrası Birleşik Krallık’ta farmakoterapi ve bırakma hizmetlerinin kullanımında düşüş ve e-sigara kullanımında artış görölmektedir (Britton, 2016; Nagelhout et al., 2015). Bunun nedeni ilaçların geri ödenmesine yönelik yapılan plandaki değişiklik ve tütün ürünleri fiyatlarının artışı olabilir. Birleşik Krallık’taki tütün endüstrisi, daha pahalı markalardan elde edilen kârlarla daha ucuz markaları çapraz sübvans etmek için alternatif bir fiyatlandırma ve ürün çeşitlendirme stratejisi kullanmakta, düşük fiyatlı alt segment markaların kullanımı ile tütün ürünlerinin kolay erişilebilirliğini sağlamaktadır (TobaccoFree Research Institute Ireland LBG, 2013). Bu nedenle Birleşik Krallık, Tütün Kontrol Ölçeği puan sıralamasında ilk sırada yer almasına karşılık (Şekil 1) tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı sonuçlarını izlemelidir.

Tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılması için bireylerin bırakma hizmetlerine erişememesi, sağlıkta hakkaniyet açısından önemlidir. Tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakmaya istekli olan bireylerin, bu kapsamdaki hizmetlere erişebilmesi ve ihtiyaç duydukları tedavinin ulusal sağlık sistemlerinin geri ödeme planları kapsamında ödenmesi, tütün kullanımı kontrol programlarının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Ancak birçok ülkede bireyler, tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakma tedavisi maliyetinin yüksek olması nedeniyle bu süreçte bırakma hizmeti alamamaktadır (Jorenby et al., 2006). Söz konusu bırakma tedavisinin sigorta poliçelerinde yer almaması ya da bireylerin sağlık ve sosyal güvenlik kapsamı dışında kalması nedeniyle oluşan sağlık harcamaları ancak cepten ödemelerle karşılanabilmektedir (Naghelout et al., 2015; Yaşar vd., 2014).

Yapılan araştırmalarda tütün ve tütün ürünleri kullanımını bırakma tedavisinin geri ödeme kapsamında yer almasının, tütün ve tütün ürünleri kullanımının azaltılmasında etkili faktör olduğu değerlendirilmektedir (Fai et al., 2016; Nagelhout et al., 2015; Levy et al., 2013; Gollust et al., 2008). Nikotin Replasman Tedavisi, reçeteli ilaçlar ve davranış danışmanlığı

gibi bırakma tedavilerinin geri ödenmesi, bırakma girişimlerinin başarısı üzerinde etkili bulunmuştur (Nagelhout et al., 2015). Fai et al. (2016), 3 ay süreyle tütün ve tütün ürünleri kullanımı bırakma tedavisinin ücretsiz sağlandığı durumlarda, bırakma düzeyinin %42,6 artış gösterdiğini raporlamaktadır. Birleşik Krallık'ta 2006 yılında tütün bağımlılığı için Nikotin Replasman Tedavisi, Varenicline ve Bupropion kullanımı başlamıştır (Levy et al., 2013). 2012 yılına kadar tütün bağımlılığı için farmako-davranışsal tedavilerin geri ödemesinin yapıldığı görülmektedir. Buna bağlı olarak tütün kullanım sıklığında %4,75 azalma ve bırakma oranlarında %39 artış kaydedilmiştir (Levy et al., 2013).

Buna karşılık bırakma tedavisi kapsamındaki hizmetlerin cepten ödeme yoluyla karşılandığı durumlarda ücretsiz bırakma hizmetine erişime kıyasla maliyet-etkililik daha düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen tütün kullanımının sona erdirilmesine yönelik kampanya kapsamında ücretsiz ilaç temin eden bireylerde 6 ay sonunda bırakma başarısının %30,9 olduğu; buna karşılık, söz konusu ilacı ücretli temin eden bireylerde bu oranın %18 olduğu bulunmuştur (Berkeşoğlu vd., 2018). Başka bir çalışmada ise tütün kullanımını bırakmak için cepten ödeme yolu ile Nikotin Replasman Tedavisine göre daha pahalı ilaçlar olan Bupropion ve Varenicline kullanmaya başlayan bireylerin ilk kutu sonrasında ilaç bedelini ödeyememe nedeni ile tedavinin sürdürülebilirliğini sağlayamadıkları bildirilmektedir (Yaşar vd., 2014).

Hem uluslararası antlaşmada hem de DSÖ'nün uygulama rehberinde belirtilen politika önerilerini tutarlı ve tam olarak uygulayan ülkelerde, tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığının yıllar içinde azalacağı beklenmektedir. Nitekim temel tütün kontrol önlemlerinin uygulandığı 126 ülkeyi kapsayan bir araştırmada, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi kapsamında önlem alma ile tütün kullanma sıklığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada, ülkelerin beş temel önlemi (tütün ürünlerinde vergilerin artırılması; bireylerin tütün dumanından korunması; sağlık uyarılarının yapılması; tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun önlenmesi; ve bırakma desteğinin sağlanması) kullanmasının, bu ülkelerde 2005'ten 2015'e kadar tütün ve tütün ürünü kullanım sıklığında meydana getirdiği değişim takip edilmiştir. Temel önlemleri uygulayan ülkelerde, kullanım sıklığında azalma görülmüştür. Diğer yandan, kullanılan müdahale sayısı arttıkça en yüksek düzeyde uygulanan her ek önlemin, kullanım sıklığında %1,57'lik bir azalmaya yol açtığı bulunmuştur (Gravelly et al., 2017). Hali hazırda tüm MPOWER tedbirlerini tam olarak benimseyen Türkiye ve Brezilya olmak üzere iki ülke bulunmakta olup toplamda 300 milyon kişinin söz konusu önlemlerle korunduğu varsayılmaktadır (World Health Organization, 2021). En az bir tam MPOWER önlemi uygulanan ülkelerde yaşayan 5 milyar kişi bulunmakta, bunların 3,9 milyarı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (World Health Organization, 2021). DSÖ, 2025 yılı için tütün kullanımında %30'luk nispi bir azalma hedefi belirlemiştir (World Health Organization, 2022). Buna göre, küresel ölçekte tütün kullanım sıklığı, 2025 yılına kadar %15,1 olmalıdır. Ancak, hali hazırda DSÖ, 2025 yılına kadar tütün kullanım sıklığının %17,1 olacağını tahmin etmektedir. Bu nedenle, öngörülen düşüş, DSÖ tarafından belirlenen 2025 hedefine ulaşmak için henüz bekleneni karşılamamaktadır (Peruga et al., 2021). Bu bakımdan tutarlı ve bütüncül bir bakışla MPOWER stratejilerinin uygulanması, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan bireyler arasında eşitsizliklerin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

## 6. Sonuç

Türkiye’de ve Birleşik Krallık’ta tütün kullanımının yaygınlığını, tütüne bağlı hastalık yükünü ve maliyetleri azaltma potansiyeline sahip çeşitli stratejiler belirlenmiştir. Ancak her iki ülkedeki tütün kontrolü politikalarının güçlendirilmesi gereken boyutları bulunmaktadır. Türkiye’deki tütün ve tütün ürünleri kullanımının sonlandırılmasına yönelik politikalarda, bireylerin kullanım durumunun kaydı, bırakma desteği ağı ve tedavide kullanılan ilaçların geri ödenmesi politikaları açısından boşluklar bulunmaktadır. Buna karşılık, Birleşik Krallık’taki tütün kullanımını bırakma politikalarında, tedavide kullanılan ilaçların geri ödenmesi açısından iyileştirilmesi gereken yönler olduğu görülmektedir. Bu kapsamda Türkiye’de tütünle mücadele politikalarında yapılacak iyileştirmeler; tütün ve tütün ürünleri kullanma durumunun hastanın sağlık kayıtlarından izlenebilmesi için tıbbi notlara ve hasta dosyasına kaydedilmesini, bununla birlikte tütün ve tütün ürünleri kullanma durumunun tüm tıbbi notlara ve hasta dosyasına kaydedilmesi için yasal veya mali teşvik stratejilerinin oluşturulmasını içermelidir. Bunlara ilave olarak, Türkiye’de hali hazırda seçili yerleşim alanlarında bulunan bırakma destek ağının, tüm ülke ölçeğini kapsayacak şekilde genişletilmesi; her iki ülkede tütünle mücadele kapsamında tedavinin geri ödenmesi stratejilerinin iyileştirilmesi önerilebilir.

Tütün bırakma hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, tütün kontrolünde eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve hakkaniyetin sağlanması açısından önemli bir bileşendir. Bu amaçla tütün endüstrisinin- özellikle kadınlar, çocuklar ve gençler gibi- hedef grupları genişletme, piyasaya arz edilen ürünleri çeşitlendirme ve fiyat farklılaştırma şeklindeki taktiklerine karşı etkin bir şekilde karşı koymak için her iki ülkedeki tütünle mücadele stratejilerinin izlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda tütün kontrol politikalarını etkili hale getirmek için daha fazla çabaya ihtiyaç vardır. Tütün kontrol önlemlerinin etkililiğine yönelik kanıt temeli oluşturmak için geniş kapsamlı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

### **Çıkar Çatışması Beyanı:**

Beyan edilecek herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

### **Finansal Kaynak:**

Bu çalışma için fon sağlanmamıştır.

### **Teşekkür:**

Herhangi bir beyan bulunmamaktadır.

**Kaynakça**

1. Aveyard, P., & West, R. (2007). Managing smoking cessation. *BMJ*, 335, 37-41.
2. Berkeşoğlu, C., Özgür, E., & Demir, A. (2018). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 355-365.
3. Britton, J. (2016). Electronic cigarettes and smoking cessation in England. *BMJ*, 354, i4819.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Smoking cessation: a report of the surgeon*. [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2020-smoking-cessation/index.html)
5. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Smoking cessation: fast facts*. [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/cessation/smoking-cessation-fast-facts/index.html](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/smoking-cessation-fast-facts/index.html)
6. Çalışkan, S., & Metintaş, S. (2018). Dünyada tütün kontrol uygulamalarının küresel ölçekte değerlendirilmesi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 32-41.
7. Çelik, İ., Yüce, D., Hayran, M., Erman, M., Kılıçkap, S., Buzgan, T., . . . Akdağ, R. (2015). Nationwide smoking cessation treatment support program – Turkey project. *Health Policy*, 119(1), 50-56.
8. Erdöl, C., Ergüder, T., Morton, J., Palipudi, K., Gupta, P., & Asma, S. (2015). Waterpipe tobacco smoking in Turkey: policy implications and trends from the global adult tobacco survey (GATS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 15559-15566.
9. Fai, S. C., Yen, G. K., & Malik, N. (2016). Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Canadian Pharmacists Journal*, 149(5), 303-312.
10. Gürbüz, A., & Coşkunoglu Kaya, H. (2022). Devletin sigara kullanımı üzerine pazarlamama (demarketing) uygulamaları ve tüketiciler üzerinde covid-19 dönemindeki etkisi. *Journal of Humanities and Tourism Research*, 12(1), 101-124.
11. Gollust, S. E., Schroeder, S. A., & Warner, K. E. (2008). Helping smokers quit: understanding the barriers to utilization of smoking cessation services. *The Milbank Quarterly A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 86(4), 601-627.
12. Gravely, S., Giovino, G. A., Craig, L., Commar, A., D'Espaignet, E. T., Schotte, K., & Fong, G. T. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO framework convention on tobacco control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet Public Health*, e166-e174.
13. Hays, J. T., & Ebbert, J. O. (2008). Varenicline for tobacco dependence. *The New England Journal of Medicine*, 359(19), 2018–2024.
14. Hurt, R. D., Sachs, D. P., Glover, E. D., Offord, K. P., Johnston, J. A., Dale, L. C., & et al. (1997). A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*, 337(17), 1195–202.
15. Hurt, R. T., Edakkanambeth Varayil, J., Mundi, M. S., & et al. (2014). Designation of obesity as a disease: lessons learned from alcohol and tobacco. *Current Gastroenterology Reports*, 16(415), 1-7.
16. Institute of Health Metrics. (2022). *Global burden of disease 2019*. <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2019-smoking-tobacco-use-prevalence-1990-2019>
17. Joossens, L., & Raw, M. (2006). The tobacco control scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control*, 15(3), 247-253.
18. Jorenby, D. E., Hays, J. T., Rigotti, N. A., Azoulay, S., Watsky, E. J., Williams, K. E., & et al. (2006). Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*, 296(1), 56-63.
19. Levy, D. T., Currie, L., & Clancy, L. (2013). Tobacco control policy in the UK: blueprint for the rest of Europe? *European Journal of Public Health*, 23(2), 201–206.
20. Nagelhout, G. E., Willemsen, M. C., van den Putte, B., de Vries, H., Willems, R. A., & Segaar, D. (2015). Effectiveness of a national reimbursement policy and accompanying media attention on use of cessation treatment and on smoking cessation: a real-world study in the Netherlands. *Tobacco Control*, 24(5), 455-461.
21. NHS Smoking Cessation Service (SCS). (2022). *Community pharmacy advanced service specification*. [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/B1298\\_community-pharmacy-advanced-service-specification-nhs-smoking-cessation-service-090322.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/B1298_community-pharmacy-advanced-service-specification-nhs-smoking-cessation-service-090322.pdf)
22. NHS Smoking Cessation Service (SCS). (2022). *NHS stop smoking services help you quit*. <https://www.nhs.uk/live-well/quit-smoking/nhs-stop-smoking-services-help-you-quit/>
23. Peruga, A., Lopez, M. J., Martinez, C., & Fernandez, E. (2021). Tobacco control policies in the 21st century: achievements and open challenges. *Molecular Oncology*, 15(3), 744-752.
24. Rajabi, A., Shojaei, A., Janani, L., Farjam, M., Baradaran, H. R., Pedram, K., & Motevalian, S. A. (2021). Cigarette smoking behavior a gateway to opium use disorder: a Mendelian randomization analysis. *Behavior Genetics*, 51, 385-393.

25. Resmi Gazete. (2013). Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4207&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
26. Safaei Lari, M., Raei, B., Nourizadeh Tehrani, P., & Takian, A. (2021). Evaluation of tobacco control measures in the organization for economic co-operation and development countries: a comparative study using data envelopment analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 21(3), e00527.
27. Shiffman, J., & et al. (2016). The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy and Planning*, 31, i110-i123.
28. TobaccoFree Research Institute Ireland LBG. (2013). *Pricing policies and control of tobacco in Europe*. Dublin: Final Report - PPACTE (Pricing policies and control of tobacco in Europe).
29. West, R., & Cox, S. (2021). The 1988 US Surgeon General's report nicotine addiction: how well has it stood up to three more decades of research? *Addiction*, <https://doi.org/10.1111/add.15754>.
30. West, R., & Croghan, E. (2013). Performance of English stop smoking services in first 10 years: analysis of service monitoring data. *BMJ*, 347, f4921.
31. World Health Organization. (2003). *The WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: World Health Organization.
32. World Health Organization. (2015). *Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions for regulators*. Geneva: World Health Organization.
33. World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*. Luxemburg: World Health Organization.
34. World Health Organization. (2022). *NCD Global Monitoring Framework on noncommunicable diseases*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/340869/Report-3.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/340869/Report-3.pdf)
35. World Health Organization. (2022). *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
36. Yaşar, Z., Kar Kurt, Ö., Talay, F., & Kargı, A. (2014). Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 16, 99-104.