

Sigaranın Bırakılmasında Hekimin Rolü ve Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaya Yaklaşım

Esra Uzaslan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı

ÖZET

Sigara dünyada bir çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede önlenebilir hastalıkların ve ölümlerin baş nedenidir. Sigaranın bireyin sağlığına etkisi ile toplum üzerine etkisini ayırmak mümkün değildir. Hastasının sağlığından endişe eden bir çok hekim onları sigarayı bırakma konusunda cesaretlendirmek için zaman ayırır. Sigara içen bir kişiyi sigara bırakma konusunda yapılan her girişim sağlık kaynaklarının en etkili kullanım şeklidir. Hastanın sigara alışkanlığının sorgulanması ve sigarayı bırakmaya hazırlığının değerlendirilmesi bu girişimin ilk basamaklarıdır. İkinci basamak eğer hasta sigarayı bırakmak istiyorsa bırakmaya yönelik bir yöntem geliştirmektir. Nikotin bağımlılığının patofizyolojisinin anlaşılması da sigarayı bırakmak isteyen hastayı değerlendirirken hekime yardımcı olacaktır.

Akciğer Arşivi: 2003; 4: 225-234

Anahtar Kelimeler: Sigara , hekim, sigaranın bırakılması

SUMMARY

The Physicians Role in Smoking Cessation and Approach to the Patients Applying to Smoking Cessation Clinic

Cigarette smoking is one of the chief avoidable causes of illness and death in most of developed and developing countries in the world. It was impossible to separate the impact of tobacco on individual health from its impact on society. A concern for the patients health drives many physician to spend time encouraging smokers to stop. Interventions aimed at getting smokers to quit are among the most cost-effective uses of health care resources. Asking about the patient's smoking habit and assessing his or her readiness to quit are the first steps of this intervention. The next step to develop a strategy for quitting if the patients wants to make to attempt. An understanding of pathophysiology of nicotine dependence helps when assessing patients with smoking cessation.

Archives of Pulmonary: 2003; 4: 225-234

Key Words: Tobacco, Physician, smoking cessation

Giriş

Sigara dünyanın birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde de olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur (1). Dünyada sigara içmenin yaygınlığının bir ölçütü olarak yapılan araştırmalarda sigaradan dolayı her 10 saniyede bir kişinin öldüğü hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her yıl 4 milyon kişi sigaraya bağlı bir hastalıktan dolayı vaktinden erken ölmektedir ve 2030 yılına ulaşıldığında bu sayının yılda 10 milyona çıkması beklenmekte ve 2020'li yıllarda dünyada sigaraya bağlı olan ölümlerin %70'nin gelişmekte olan ülkelerde olacağı hesaplanmaktadır (2). Çünkü sigara tüketimi sadece gelişmiş ülkelerde azalırken, gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir (3). Ülkemizde erişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. 15-18 yaş

grubunda ise sigara içme oranı %30 olarak bulunmuştur. Sigara içenlerin % 39'u sigara içmeye 15-18 yaşlarında, % 20'si 11-14 yaşlarında başlamaktadır (4). Ülkemizde genel nüfusun, çeşitli meslek gruplarının orta, lise, üniversite öğrencilerinin sigara içim oranları ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır ve çalışmalar devam etmektedir (5-16). Çalışma yöntemlerinin farklılıkları örneğin sigara içme ölçütü olarak bazı araştırmacıların sigara paketini yanında taşıyor olmak, bazı araştırmacıların ise hergün düzenli en az bir sigara içiyor olmayı kabul etmesi, araştırmaların sonuçlarının karşılaştırılmasında bazı güçlükler yaratmaktadır. Bölgemizde 1993-1995 yılları arasında yaptığımız üç çalışmada; üniversiteye kayıt olan öğrenciler arasında sigara içme oranını % 11.6, orta dereceli okul öğretmenlerinin sigara içme oranını % 43, Tıp Fakültesi hekimlerinin sigara içme oranını % 41.7, yardımcı sağlık personelinin sigara içme oranını % 59.7 ve çevre halkının sigara içme oranını % 48 olarak saptadık (14-16). Ülkemizde hala sigara nedeniyle ölen insan sayısının, trafik kazalarından ölenlerin sayısının

Yazışma Adresi: Doç.Dr. Esra Uzaslan
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı, Görükle-Bursa
Tel: 0 224 4428149, e-mail: esrauz@uludag.edu.tr

yaklaşık olarak 10 katı olduğu tahmin edilmektedir (17). Türkiye’de erken ölüme yol açan üç hastalığın (kalp hastalıkları, kanser, beyin damar hastalıkları) en önemli nedenleri arasında sigara gelmektedir. Sigara aynı zamanda bu hastalıkların önlenabilir, kontrol edilebilir nedenleri arasında başta gelmektedir.

Sigara içimi/bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü’nün sınıflandırılmasında bir hastalık olarak ele alınmıştır (International Classification of Diseases, 10th Revision;F.17). Bu nedenle sigara bağımlılığının (hastalığının) tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Sigara vazgeçilebilir bir alışkanlıktır. Sigaraya karşı alınan önlemler ve eğitim programları sonucu, Amerika’da 36 milyon, Fransa’da 8 milyon ve İsviçre’de 1 milyon kişi sigarayı bırakmıştır. Sigaranın topluma verdiği hasara karşı yaygın ve kapsamlı kontrol programları mevcuttur. Kanunlar, vergiler, sigaranın bırakılmasının desteklenmesi, sigaranın içeriğindeki tütün ve katranın sınırlandırılması, reklamın kontrolü, halka açık yerlerde kullanımın denetlenmesi ve kaçakçılığın kontrolü bu kapsamlı kontrol programlarına dahildir. Sigaranın bırakılması, sigaranın neden olduğu hastalıklarla ilgili hastaları tedavi eden bütün tıp branşları hekimleri kadar halk sağlığı ve koruyucu hekimlik açısından da önemlidir. Sigara hastalığının tedavisinde pek çok hekim rol alabilir. Aile hekimi, işyeri hekimi, pratisyen hekim, göğüs hastalıkları uzmanı, kalp hastalıkları uzmanı, ruh ve sinir hastalıkları uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, kalp ve göğüs cerrahisi uzmanı kişinin sigarayı bırakmasında yardım alacağı hekim gruplarıdır. Sağlık kuruluşlarına başvuran olguların hangi sebeple gelmiş olursa olsunlar sigara içme durumları mutlaka sorgulanmalıdır. Hekim karşılaştığı her hastayı sigara alışkanlıkları açısından sorgulayıp hastasına sigarayı bırakmasını önermeli bırakma konusunda hastasını yönlendirip, gerekli farmakolojik tedaviyi hastasına uygulamalıdır. Sigaranın bırakılması döneminde ve sonrasında hastasını izleyip desteklemelidir.

Hekimin Desteği

Hekimlerin telkin, öneri ve desteklerinin birçok sigara içen hastayı sigarayı bırakma konusunda motive ettiği, hastalara cesaret vererek bırakmayı denemesini sağladığı bilinmektedir (18). Hekimlerin yönlendirdiği ve olguların en az 6 ay izlendiği 28 sigara bırakma programının analizinde hekimlerin sadece hastaya sigarayı bırakmasını öğütlediği 15 programın ortalama başarısı %5 (%3-%13), hekimlerin hastaya sigaranın bırakılması için yoğun destek verdiği 13

programın ortalama başarısı %29 (%13-%40) olarak saptanmıştır (19). Hamilelerin, pulmoner ve kardiovasküler hastalığı olan kişilerin hekimlerin yönlendirmesi ile sigarayı bırakma oranları diğer olgulara göre daha yüksektir. Hamilelerde bu oran %1-35 arasında değişmektedir. Hekimlerin desteği ile sigaranın bırakılma oranının akciğer hastalarında %10-76 (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %31.5), kalp hastalarında %11-73, (ortalama bir yıl bırakmış kalma oranı %43) olarak bulunmuştur (19). Ani ölüm veya yakın bir zamanda ölüm korkusu sigaranın bırakılmasında en güçlü motivatörlerdendir (28). Yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmiş olguların hekimin desteği ile sigarayı bırakma oranı %60’a kadar yükselmektedir.

Sigaranın bırakılması sırasında kişilerin yaşadığı dört deneyim (dönem) vardır (20,21). Bunlar düşünce öncesi; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi bir şekilde düşünmediği dönem, düşünme; kişinin sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündüğü ve planladığı dönem, hareket; kişinin sigarayı bırakmayı denediği ve bırakmaya çalıştığı dönem, bırakmış kalma; kişinin sigara içmeyi bıraktıktan sonra tekrar içmekten kaçınması ve bırakmış kalmasıdır.

Bütün bu dönemlerde hekim telkin ve desteğinin sigaranın bırakılması konusunda büyük önemi vardır. Hekim sigarayı bırakmayı düşünmeyen hastasını, bırakması açısından uyararak bu konuyu ciddi olarak düşünme yönünde motive edebilir. Sigarayı bırakmaya hazır ve kararlı olan bir hastaya ise hekim sigarayı bırakma teknikleri ve programları hakkında bilgi vererek destek olabilir. Yani hekimin sigaranın bırakılmasındaki temel desteği bu konuda motivasyonu olmayan hastayı, bırakma konusunda motive etmek, bırakmaya hazır olan hastaya ise bu konuda destek vermek, bırakma yöntemlerini öğretmek ve tıbbi destek vermektir (20). Hekimlerin bu konudaki desteği dört aşamada değerlendirilebilir: Sorgulama, Öneri, Tedavi ve İzleme (20,22).

Sorgulama; hekim, her klinik görüşmede hastaya sigara içip içmediğini, ne kadar içtiğini, bırakmayı düşünüp düşünmediğini, daha önceki bırakma deneyimlerini sorar ve nikotin bağımlılığının derecesini belirler.

Öneri; hekim çok net ve anlaşılır bir mesajla hastaya sigarayı bırakmasını önerir. Bu önerinin hastanın motivasyonunu güçlendirmesi için sigaranın zararları, kişisel risk faktörleri, sigarayı bırakmasının kendisine ve ailesine getireceği yararlar açıklanabilir. Kişilerin sigarayı bırakmasına destek olan motivasyon faktörleri

farklıdır ve biri için geçerli olan neden diğerini hiç etkilemeyebilir. Elbette ki bir hastada sigaranın zararlarının genel olarak anlatılması veya bu zararların kendinin ve ailesinin sağlık durumu ile ilgili kurularak anlatılması farklı etkiler bırakır. Kişilerin sigarayı bırakmasındaki en önemli faktörlerin kendi sağlıklarını korumak ve çocuklarına iyi örnek olmak olduğu bildirilmiştir (23). Ancak; sigaranın neden olduğu hastalıklar nedeni ile mortalite açısından büyük risk taşımalarına rağmen hala sigara içen (geçirilmiş miyokard infarktüsü hastalar, hatta Buerger hastalığı nedeniyle ekstremitelerini kaybedip sakat olmalarına rağmen sigara içmeye devam eden) kişiler vardır. Bu nedenle sigara ve sağlık ilişkisinin anlatılması birçok olguyu sigarayı bırakmayı denemesi konusunda motive etmeyebilir. Çünkü sigara içme alışkanlığının farklı komponentleri vardır. Bu nedenle klinisyen hastasının sigara içme alışkanlığının sürmesi durumunda ümitsizliğe kapılmadan önermeye ve destek olmaya devam etmelidir.

Tedavi; bu aşamada klinisyen sigarayı bırakmak isteyen hastasına bırakma yöntemlerinden birini önerir. Birçok hasta kendi başına bırakabildiği gibi, diğer yöntemlerden de (farmakolojik tedavi, grup psikoterapileri, vs) yararlanılabilir. Sigarayı bırakırken hastaya yardımcı olacak bu konuda yaşayabileceği problemleri açıklayan broşür, kitap vs verilebilir. Kişinin sigara ile birlikte yapmaya alışık olduğu, sigara ile özdeşleştiği aktiviteler; çay, kahve, içki içmek, televizyon seyretmek, kitap okumak, el işi yapmak, arkadaş toplantıları gibi davranışları birlikte irdelenir. Çünkü sigaranın bırakılması aşamasında bu özdeş aktivitelerin devam etmesi sıkça sigara içme isteğini çağırıştıracaktır. Elbette ki bu durumda kişinin motivasyonu ve kararlılığı da çok önemlidir.

İzleme; bu dönemde hekim sigarayı bırakan hastasını belirli aralıklarla görmek üzere kontrole çağırır. İlk iki hafta içinde öngörüşme, bırakmayı izleyen ilk ay haftalık, bunu izleyen ilk üç ay ayda bir takiben 3., 6., 12. aylarda ise tekrar görüşmeler önerilmektedir. İlk yıl içinde hastanın izlenmesi mektup göndermek veya telefon görüşmeleri ile de sıklaştırılabilir. İzleme döneminde hastanın sigarayı bırakmış kalma durumu, motivasyonun devamlılığı, relapsa eğilimi değerlendirilir. Genellikle relapslar; sigaraya tekrar başlanması, sigara içmenin bırakıldığı ilk haftalar içinde olmaktadır (20). Sigarayı bırakan kişi ilk iki kontrolüne kadar sigara içmemişse bırakmış kalma olasılığı yüksektir. Ancak relapslar başarısızlık olarak değerlendirilmemeli ve tekrar bırakma yönünde kişi motive edilmelidir.

Hastaya Yaklaşım

Kısa Klinik Görüşmede Genel Yaklaşım:

Hekime herhangi bir sebeple başvuran olgularla yapılan kısa süreli görüşmelerdir. Üç dakika gibi kısa süreli bir görüşmenin bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar yaptığı saptanmıştır. Bu yaklaşım adolosan, hamile bayanlar, yaşlı içiciler dahil her hasta grubunu kapsamalıdır. Kısa görüşmeler, sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olan içiciler, sigara içen ancak bırakma denemesi konusunda istekli olmayan olgular, önceden içen henüz sigarayı bırakmış içicilere uygulanabilir:

Bırakma denemesi için istekli olgulara beş ana basamak (5A) uygulaması önerilmektedir (24).

- Sor (Ask),
- Bırakmasını öner (Advice),
- İlk 1 ay içindeki sigarayı bırakma isteğini değerlendir (Assess),
- Tedaviyi planla ve yardım et (Assist),
- Nüksü önlemek için izle (Arrange).

Bırakma denemesi konusunda isteksiz olgulara '5R' olarak adlandırılan bir basamak uygulaması geliştirilmiştir (24):

- Kişiyi özel durumları (hastalık durumu veya riskleri, ailesel ve sosyal durumu) ele alarak bırakmaya cesaretlendirilmesi (Relevance),
 - Sigara içmeye bağlı gelişebilecek olumsuz sonuçların vurgulanması (Risks),
 - Sigarayı bırakmanın erken ve geç dönemdeki yararları konusunda bilgilendirilmesi (Rewards),
 - Olgunun sigarayı bırakmasını engelleyen faktörleri belirlenmesi ve çözüm yolları geliştirilmesi (Roadblocks),
 - Motivasyonel desteğin, olgunun her poliklinik başvurusunda tekrarlanması (Repetition).
- Sigarayı yeni bırakmış olgularda ise amaç nüksü önlemek olduğundan sigarayı bırakmaya bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar ve tekrar sigara içimine neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve çözüm önerileri getirilmelidir.

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Hastaya Yaklaşım

Sigara bırakma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen bütün içicilere yoğun bir tedavi programının uygulandığı uzmanlaşmış merkezlerdir. Bu polikliniklerde ilk görüşmede hekim hastanın genel sağlık durumunu değerlendirdikten sonra kişiyi hastalık riskleri ve bırak-

manın yöntemleri konusunda bilgi verir ve gerektiğinde uygulamayı düşündüğü farmakolojik tedavi konusunda hastayı aydınlatır. Sigara bırakma polikliniklerinde sigara konusunda yetişmiş hekim dışı sağlık personeli ise psikososyal yardım veya davranış eğitimi açısından hastaya yardımcı olmaktadır. Sigara ile ilgili bilgilerin ve uygulanan tedavi programının yazılı dökümanite edilmesi önemlidir, bu polikliniklerde hastalara broşür, kitapçık gibi yazılı materyal sağlanabilir. Sigara bırakma programı her biri en az 10 dakika süren, 4 veya daha fazla görüşmeyi içermesi önerilmektedir. Hastalar bırakma gününden sonraki ilk 15 gün içinde en az bir kez görülmeli, izleyen 3 ay, ayda bir kez ve daha sonra 3 ayda bir görüşmelerle 1 yıllık izlem tamamlanmalıdır. Görüşmeler, hem bireysel hem de grup görüşmeleri şeklinde yapılabilir. Ayrıca telefon görüşmeleri etkili bir uygulamadır. Telefon görüşmeleri, olgular kontrol gelmediği zaman ve poliklinik kontrol tarihleri arasında izleyen hekimin belirlediği tarihlerde ve sıklıkta yapılabilir. Destek ve davranış tedavileri; pratik öneriler (sorun çözme, beceri geliştirme) ile tedavi sırası ve sonrasındaki sosyal desteği içermelidir. Sigarayı bırakacak olan hastanın öncelikle sigarayı bırakmaya hazırlanması gerekmektedir. Bu nedenle önce kişinin sigara bağımlılığının tanısı gerekir. Tanı için kişinin sigara öyküsü, bağımlılığın Fagerström testi veya EMASH ile değerlendirilmesi ve CO analizörü ile sigara dumanına ne kadar maruz kaldığının ölçülmesi gerekmektedir. Sigaranın bırakılması aşamasında farmakoterapi, her sigara içicisine (kontrendikasyon yoksa) önerilmektedir. Farmakoterapinin sigarayı bırakma başarısını artırırken, bırakma aşamasında ortaya çıkacak olan nikotin yoksunluk belirtilerini azalttığı bilinmektedir.

Hazırlık dönemi: Sigara bırakmayı düşünen bir kişi önce hazırlık dönemi geçirmelidir. Bu dönemde sigarayı bırakma nedenleri, sigaranın hayatlarındaki rolü ve sigara kullanım şekli ve kişiyi tetikleyen faktörler belirlenmelidir. Kişiyi sigarayı bıraktığı zaman elde edeceği yararlar anlatılmalıdır. Örneğin; yemeklerin lezzetini yeniden tam olarak alacaklarını, dumansız odalarda yaşayacaklarını, nefeslerinin sigara kokmuyacağını, harcayacak daha fazla paraları olacağını, diş ve parmaklarındaki sarı lekelerden kurtulacaklarını, elbise ve mobilyalarındaki sigara yanıklarından kurtulacakları gibi yararlar kişilere hatırlatılmalıdır. Bu dönemde sigarayı bırakacak olan kişi sigarayı bırakma nedenlerini listelemelidir. Bırakma nedenleri arasında sağlık, görünüm, eş, çocuklar, para ve sosyal görev gibi nedenler arasında kişiye göre öncelik sırası belirlenmelidir. Hazırlık döneminde sigara içen kişinin si-

garanın günlük yaşamındaki yerini algılaması sağlanmalıdır. Ellerimize yapacak bir iş bulmak, eğlenceli zamanları daha eğlenceli yapmak, kilo almaktan kurtulmak, nikotin yoksunluk semptomlarından kurtulmak veya sosyal statülerde kendini rahat hissetmek sigaranın rolleri arasında olabilir. Duygusal durumları içermeyen ortamlarda sigara içimi sorgulanmalıdır. Araba kullanımı, telefonla konuşma, balık avlama, çay-kahve içimi, alkol alma, televizyon seyretme, kitap okuma ve sohbet ortamında sigara içip içilmediği belirlenmelidir. Sigara kullanma şekli ve tetikleyen faktörleri hastaların not etmesi istenmelidir. İçilen her bir sigara için saat kaçta içildiği, nerede içildiği, ne yaparken içildiği, kiminle birlikteyken içildiği, hangi durumlarda içildiği ve sigara içilme isteğinin ne olduğu not edilmelidir. Sigaranın hayatlarındaki rolün ne olduğunu sorulmasını da içerir. Bu rol stresli durumla başa çıkmak, hoş olmayan durumların üstesinden gelmek, gevşemek, konsantrasyonu artırmak, iş arasında bir nefes alma, kendilerini kötü ve üzgün hissettiklerinde rahatlama ve sıkılınca vakit geçirmek verilen yanıtlardan bazıları olabilir. Hazırlık döneminde sigarayı bırakırken sigarayı bırakmalarına mani olacak engelleri ortadan kaldırarak yaşamlarını zevkli hale getirecek sağlıklarını artıracak aktiviteler planlamaları önerilmektedir. Bu aktiviteler egzersiz yapmak, gevşeme ve meditasyon teknikleri öğrenmek, hobilerini uygulamak, ellerini boş bırakmayacak uğraşlar edinmek olabilir. Sigarayı bırakmadan önce uygun bir zaman seçilmelidir. Büyük değişiklikler ve büyük stresler öncesinde sigara bırakılmaya çalışılmamalı, ancak bahanelerle sigarayı bırakma işlemi geciktirmemelidir. Sigarayı bırakmadan önce bırakacak olan hastalara destek sistemleri geliştirmesi önerilmektedir. Onları destekleyen kişilerle duygularını paylaşmaları, konuşmaları, aktivitelerini planlamaları önerilebilir. Sigara bırakma döneminde onları engelleyecek kişilerle ilk birkaç hafta ilişkilerini en aza indirmeleri söylenmelidir. Sigara bırakmaya hazırlık döneminde sigara içme şekillerini değiştirmeye başlamaları önerilmektedir. Bunun için karton sigara almamaları, her bir sigarayı daha az içmeleri, ilk sigara içim zamanını geciktirmeleri, acilen içme isteğini geciktirmeye çalışmaları, sigara içme işlevini güçleştirmeleri anlatılmalıdır.

Sigaranın Bırakılmasını İzleyen Dönemde Nikotin Yoksunluk Semptomları:

Sigara içinde mevcut olan nikotinin merkezi sinir sistemi üzerine nöroreguluar, biyokimyasal ve

psikolojik etkileri vardır. Bu nedenle nikotin tekrar kullanımını yönünde istek oluşturur. Nikotinin psiko-farmakolojik etkileri, hoşlanma, mutluluk, gevşeme, dikkat artışı, performansta artış, reaksiyon zamanında kısalma, endişede azalma, strese azalma, açlık hissinde ve kilo almada azalma şeklindedir. Ayrıca nikotin yoksunluk belirtilerini hissetme de psiko-farmakolojik bir etkidir. Sigara bırakma döneminde nikotin yoksunluğuna bağlı bulgular en yoğun ilk 72 saat içinde yaşanır. Aşırı sigara içme isteği, endişe, huzursuzluk, sinirlilik, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü ve depresyon bu bulgulardan bazılarıdır. Şiddeti kişiden kişiye göre değişir. Bu bulgular 2-3 hafta döneminde azalarak kaybolur. Sigara içiminin durdurulmasını izleyen ilk üç ay içinde, sigarayı bırakan kişinin karşılaştığı bazı problemler ve yakınlabileceği semptomlar vardır. Kişinin bu duruma önceden hazırlıklı olması ve hekimin bu dönemdeki yardımı sigaranın bırakılma oranını arttıracaktır. Sigara içiminin bırakılmasını izleyen ilk üç gün yoksunluk semptomlarının en yoğun yaşandığı dönemdir. Bu semptomların şiddeti genellikle 72. saate doğru pik yaptıktan sonra giderek azalarak 3-4 hafta içinde kaybolur. Bu dönemde başlıca yakınılan semptomlar anksiyete, huzursuzluk, irritabilite, öfke, korku, konsantrasyon güçlüğü, depresyon ve aşırı sigara içme isteğidir (18). Erken ortaya çıkan bu semptomlarla mücadele edebilmesi için sigarayı bırakan kişiye genellikle bu dönemde aktif olması (günlük aktivitesini arttırması), kafein içeren içeceklerden kaçınması, derin nefes alma egzersizleri yapması, ilk üç hafta sigara içme riski olan ortamlardan kaçınması (sigara içen arkadaşlarla birlikte olunacak toplantılar, geziler, partiler), bolca şekersiz sakız vs kullanması, sigara içme isteği aşırı olduğu durumlarda bu isteğin geçeceğini sıkça hatırlaması önerilir. Sigaranın bırakılmasını izleyen ikinci ve üçüncü haftaya doğru aşırı sigara içme isteği azalabilir, ancak bu isteğin ne zaman tiryaki yakalayacağı belli değildir. Bu durumda içilen bir sigaranın bile verilen bütün emekleri boşa çıkararak relapsı başlatabileceği hatırd tutulmalıdır. Sigaranın bırakılmasını izleyen ilk üç ay içinde ortaya çıkabilecek diğer klinik problemler depresyon ve kilo almadır. Depresyon genellikle hafif ve geçicidir, nadiren antidepressanlarla tedavi gerektirir. Sigarayı bırakmayı izleyen ilk 6-8 hafta içinde gözlemlenen hızlı kilo alma riski ise, önceden alınacak önlemler, egzersizin arttırılması ve düşük kalorili gıdaların yenmesi ile azaltılabilir.

Farmakolojik Tedavi Uygulanması

Bütün sigara bırakma yöntemlerin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları kişide sigara içimine bağlı gelişen psikolojik bağımlılığın ve fiziksel bağımlılığının üstesinden gelmektir. Sigaranın bırakılması, nikotin yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde onaylanmış iki grup farmakolojik tedavi yöntemi vardır (24,25). Nikotin replasman tedavisi (NRT) ve nikotin içermeyen farmakoterapi (bupropion hydrochloride).

Nikotin Replasman Tedavisi

Sigarayı bırakma yöntemlerinden biri olarak nikotin replasman (yerine koyma) tedavisinin amacı, sigaranın kesilmesini izleyen dönemde ortaya çıkan nikotin yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmaktır (26). Böylece sigarayı bırakmak isteyen kişi yoksunluk semptomlarını daha az yaşayacak, sigaranın psikolojik ve davranış alışkanlığı ile ilgili komponentleri ile mücadele edecektir. Nikotin yerine koyma tedavisi nikotin bağımlılığı olduğu saptanan kişilere hekim kontrolünde uygulanmalıdır. Nikotin bağımlılığının saptanması için en sık kullanılan yöntem Fagerstrom Tolerans Anketidir (27). Fagerstrom Tolerans Anketine göre 7 puan ve üzerinde alan bağımlıların sigarayı bırakırken nikotin replasman tedavisinden yarar görmeleri mümkündür. Nikotin bağımlılık testi olarak EMASH'ın önerdiği tek soruluk test de kullanılabilir (28). Kişide yüksek veya orta derecede nikotin bağımlılığı saptanırsa, günde 15 adetten fazla sigara içiyorsa veya hafif derecede bağımlı olmasına rağmen sigarayı bırakmak için kullandığı diğer yöntemlerden fayda görmemişse nikotin replasman tedavisi uygulanır. Nikotin replasman tedavisi (NRT) ile vücuda verilen nikotin dozu sigara içimiyle alınan dozdan çok daha düşüktür. Bir sigara içiminden 10 dakika sonra ulaşılan plazma nikotin düzeyi 20-50 mg/L arasında, ortalama 35 mg/L'dır. Oysa nikotin replasman tedavisi için kullanılan nikotin sakızları ve nazal spreylemlerle nikotin plazma seviyesi 6-8 mg/L, transdermal formlarda ise 12 mg/L düzeylerinde pik yapmaktadır (26,29). NRT amacıyla kullanılan ilaçlar genellikle 2-6 haftalık aralıklarla azaltılarak kesilir, bu azaltma sırasında nikotin yoksunluk semptomlarının da azalıyor

olması önemlidir (26). Ancak bazı hastalarda özellikle NRT'ni nikotin sakızları ile alanlarda nikotin preparatlarını kullanma alışkanlığı devam etmektedir (30). NRT ile bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranının %15-25 arasında değiştiği bildirilmektedir (31). NRT'nin çeşitli formlarının kullanıldığı 17.703 olguyu içeren 53 çalışmanın meta-analizinde NRT'nin uzun dönemde (6-12 ay) sigarayı bırakmış kalma oranını iki kat arttırdığı saptanmıştır (32).

Nikotin replasman tedavisinde günümüzde kullanılan nikotin formları, sakız, nazal sprey, oral inhaler ve transdermal plasterdir. Transdermal formu haricinde diğer NRT formlarının etkinliğinin placebo ile karşılaştırıldığı üç çalışmada bir yıl sigarayı bırakmış kalma oranı nikotin sakızı için %29 (plasebosunun %16), nikotin nazal sprey için %27 (plasebosunun %15), nikotin inhaler için %28 (plasebosunun %18) olarak bulunmuştur (33-35). NRT formlarının bir arada kullanıldığı çalışmalar vardır, bugün için genel olarak kombine kullanımda nikotin transdermal plasterleri ile birlikte günde 1-6 parça alınabilecek nikotin sakızı önerilir.

Nikotin Bantı

Nikotin bantı ile vücuda saatte 1 mg nikotinin kontrollü olarak verilmesi sağlanır. Bantın 16 saat ve 24 saat vücuda yapışık kalan iki formu vardır. Nikotin bantından sigara içimi ile alınan nikotin miktarının %50'si organizmaya geçmektedir. 24 saatlik formu ile 21 mg, 16 saatlik formu ile 15 mg nikotin alınmaktadır. Ülkemizde 24 saatlik formu bulunan bantlar üç farklı boyutta olup, 30 cm²'lik bantta 21 mg, 20 cm²'lik bantta 14 mg, 10 cm²'lik bantta 7 mg nikotin vücuda alınmaktadır. Sigaranın bırakılması aşamalarında 4-2 haftada bir NRT'de doz azaltımı yapılarak, daha düşük dozda nikotin içeren banta geçilir ve tedavi 8-12 haftada sonlandırılır. Günde 15 adetten fazla sigara içenlerde 21 mg başlanması, bu dozda 4 hafta devam edilmesi, daha sonra 2'şer hafta süreyle sırayla 14 mg ve 7 mg olarak tedavinin 8 haftaya tamamlanması önerilmektedir (24). 10-15 adet/gün içenlerde düşük dozlarla başlanabilir.

Nikotin bantının yan etkileri ise azdır. Transdermal bant sabahleyin kuru, temiz ve kılsız deriye (genel-

Tablo I: Fageström Tolerans Anketi.

1- İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra yakıyorsunuz?	1= İlk 30 dakika içinde	0= 30 dakikadan sonra	
2. Sigara içilmesi yasak olan yerlerde, sigara içmeme durumunda zorlanıyor musunuz?	1= Evet	0= Hayır	
3. Vazgeçmek istemeyeceğiniz sigaranız hangisidir?	1= Sabahleyin içilen ilk sigara	0= Diğerleri	
4. Günde kaç sigara içerirsiniz ?	2= 26 veya üstü	1= 16-25	0= 15 ve azı
5. Sigarayı günün ilk saatlerinde, daha sonraki saatlere göre daha sık içer misiniz?	1= Evet	0= Hayır	
6. Günün büyük bölümünde yataкта kalmanız gerekecek kadar hasta olduğunuzda bile sigara içer misiniz?	1= Evet	0= Hayır	
7. Genellikle kullanmakta olduğunuz sigaranın nikotin seviyesi nedir?	2= 1.0 mg'dan fazla	1= 0.61-1 mg arası	0= 0.6 mg veya daha az
8. Sigaranızı içinize çeker misiniz?	2= Daima	1= Bazen	0= Hiçbir zaman

Tablo II: Nikotin Bağımlılık Testi.

Uyandıktan sonra ilk sigara içene kadar geçen süre	Zaman	Skor	Bağımlılık Derecesi
0-5 dakika		3	Yüksek
5-30 dakika		2	Orta
30-60 dakika		1	Düşük
60 dakika ↑		0	-

likle gövdenin üst kısmına, omuz etrafına ve üst kol bölgesine) yapıştırılıp, 20 saniye kadar üzerine parmakla basılarak vücuda tam teması sağlanır. Her gün farklı bir bölgeye yapıştırılarak (örneğin sırasıyla; sağ omuz başı, sol omuz başı, sağ üst kol, sol üst kol) ancak dört gün sonra tekrar aynı yere yapıştırılması önerilir. Böylece deride oluşabilecek irritasyon eritem gibi yan etkilerin sıklığı azalır. Bantların yan etkileri genellikle hafif ve geçicidir, nadiren tedavinin kesilmesine neden olur. Uygulama yerinde oluşabilecek deri reaksiyonlarının yanı sıra, ürtiker, baş ağrısı, aritmi, taşikardi bulantı, hafif vertigo, sersemlik, kas ağrıları, uykusuzluk, soğuk algınlığı benzeri semptomlar, bulantı, nadir olarak karın ağrısı, dispepsi, öksürük, anormal rüya görme, artrit, anksiyete, emosyonel değişiklikler, kabızlık, ya da diyare, eklem ve sırt ağrısı ortaya çıkabilir (36). Olguların %10-20'sinde hafif deri reaksiyonlarının oluşabildiği, ancak %1,5-2 olguda tedavinin kesilmesi gerekecek kadar ciddi ve persistan cilt irritasyonu ortaya çıktığı bildirilmiştir (37). Tedavinin kesilmesini gerektirecek kontrendikasyonlar ciddi deri reaksiyonları, nikotin bantlarına karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Kişi nikotin replasman tedavisi sırasında kesinlikle sigara içmemelidir. Ayrıca gebelerde ve süt emziren kadınlarda aktif yada son bir ay içinde miyokard infarktüsü geçirenlerde, unstable angina ve aritmileri olanlarda nikotin bant ve diğer nikotin replasman tedavileri uygulanmamalıdır.

Nikotin Sakızları

Nikotin sakızları sıklıkla kullanılan nikotin replasman tedavi formlarından biri olup 2 mg ve 4 mg'lık formları vardır. Sakızlarda bulunan nikotin çiğneme sırasında ağız mukozasından emilir. Emilimin iyi olabilmesi için ağızın pH'sı ve çiğneme tekniği önemlidir. Alkali ortamda nikotin absorpsiyonu daha iyi olduğu için sakızlara bikarbonat eklenmiştir (26). Sakızın yavaş çiğnenmesi önerilmektedir (36). Çiğneme esnasında herhangi bir şey yenilip içilmemelidir. Nikotin sakız tedavisini kullanan kişi, sigara içme isteği ortaya çıktığı zaman, nikotin tadını hissedene kadar sakızı 5-10 kez çiğneyip sonra bir kaç dakika yanak mukozasında bekletmelidir, daha sonra mukozanın başka bir bölgesinde aynı işlemi tekrarlayarak nikotin emilimini arttırabilir. Yaklaşık 20-30 dakika çiğnenen 2 mg'lık bir

nikotin sakızı ile 0.8-1.0 mg nikotin, 4 mg'lık sakızla 1.2-1.4 mg nikotin emilir. Nikotin sakızının, banta göre bir avantajı kişinin sigara içme isteği olduğu zaman kullanılmasıdır. Oysa bant ile sabit bir doz alınmakta ve bu doz isteğe göre azaltılmaktadır.

Nikotin sakızı kullanarak sigarayı bırakmayı amaçlayanların 2 mg'lık formdan günde 20 sakızı çiğnemesi gerekirken yapılan çalışmalarda bu miktarın çok daha azının tüketildiği saptanmıştır. Nikotin sakızı kullanarak sigarayı bırakacak olan kişilere genellikle önerilen yöntem, sigara içimini tamamen durdurması ve düzenli olarak (sabah uyanmasından itibaren 8-10 saat sonrasına kadar her saat) sakızı çiğnemesidir (26).

Nikotin sakız tedavisinin 8-12 hafta kullanılması yeterlidir, ancak gerektiğinde bu süre uzatılabilir. Birçok çalışmada tedavinin en az 6-12 hafta bazen bir yıla kadar devam ettiği görülmüştür. Sigarayı bu yöntemle bırakan olguların %10'unun bir yıldan daha uzun süre sakız çiğnemeye devam ettiği bilinmektedir (26). Nikotin sakızlarının yan etkileri, ağız, boğaz ve midede nikotin yutulmasına bağlı olarak ortaya çıkan bazı geçici hafif semptomlar (bulantı, kusma, hazımsızlık, hıçkırık vs)dir.

Nikotin İnhaler

Nikotin inhaler, yeni geliştirilen nikotin replasman tedavilerinden biridir. Her inhalasyon kartuşu 10 mg nikotin içermekte ve her kullanışta 1.5-2.0 mg nikotini dışarıya bırakmaktadır. Bir kartuş ortalama 80 inhalasyon sağlar. Nikotin inhaler sigara ağızlığına benzer şekilde olduğu için sigara ile ilgili el ve ağız alışkanlığının yerini doldurması açısından yararlı olabilir. Yapılan bir çalışmada nikotin inhaler kullanarak sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı %15 olarak bulunmuştur (38). Nikotin inhalerin yan etkileri; ağız ve boğaz irritasyonu ve öksürüktür. Günde en az dört inhalerin kullanılması (4-10 inhaler/gün) ve bu tedaviye 3 ay devam edilmesi, bunu takip eden üç ayda dozun azaltılması önerilmektedir (26).

Nikotin Nazal Sprey

Nikotin nazal sprej (NNS), her püskürtmede 0.5 mg nikotin veren pompa şeklindeki nikotin tedavi formudur. Her burun deliğine birer kez püskürtü-

lür ve her defasında 1 mg alınması amaçlanır (34). Saatte 1-2 doz, azami 5 doz önerilmektedir. Nikotin nazal sprey vücuda nikotin en hızlı alınış şeklidir ve bu nedenle farmakokinetik profili sigaraninkine benzer. Nikotin nazal sprey ile plasebonun etkinliğinin karşılaştırıldığı iki çalışmada sigarayı bir yıl bırakmış kalma oranı nikotin nazal sprey için %26 (plasebonun %10) 34 ve %27 (plasebonun %15) 39 olarak bulunmuştur NNS'in yüksek bağımlılığı olan olgular için uygun nikotin replasman tedavisi olduğu düşünülmektedir (26). Önerilen doz 10-40 paf/gündür. Tedavi süresi 3 ay-12 ay arası değişmektedir. Nikotin nazal spreyin yan etkisi mukozal irritasyona bağlı nazal sekresyonlarda artış, mukozada konjesyon, gözlerde yaşarma, öksürük ve aksırıktır (25, 40).

Nikotin replasman tedavisinin süresi kullanılan ilaç formuna göre farklılık göstermekle birlikte 3 ile 12 ay arasında değişebilir. Tedavi sırasında sigara içiminin tamamen bırakılması gerekir. Başlangıçta herhangi bir NRT seçilebilir. Tedavi başarısızlığında ya da nikotin yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınmadığında, kombine tedavi kullanılabilir. En çok tercih edilen bant ve sakız kombinasyonudur. Bu kombinasyonda sakızın 2 mg'lık formunun kullanılması tercih edilmektedir. NRT'nin kullanılmaması gereken durumlar; gebelik, emzirme dönemi, 18 yaş altı, son 6 hafta içinde geçirilmiş akut miyokard infarktüsü, instabil anjina pektoris, aritmilerdir. Ayrıca bant formu, psoriasis ve egzema gibi inatçı deri hastalığı olanlarda önerilmemektedir. Nikotin replasman tedavisinde kullanılan nikotin formlarının özellikleri Tablo III'de gösterilmiştir (26).

Tablo III: Nikotin Replasman Tedavisinde Kullanılan Nikotin Formlarının Özellikleri

	Bant	Sakız	İnhaler	Nazal sprey
Emilim	Deri	Ağız	Ağız, boğaz	Burun
Kullanımı	Sabit doz	İstenildiğinde	İstenildiğinde	İstenildiğinde
Günlük doz	1 bant 15-25 mg	1 adet/saat 10-20 mg	6-10 paf 10-15 mg	2 paf, 40 kez/gün 10-40 mg
Tek dozu	15 mg/16 saat 21 mg/24 saat	2 mg veya 4 mg	10 mg	0.5 mg/paf
Kullanım süresi	6-12 hafta	3 ay (12 ay)*	3 ay (6 ay)*	3 ay (12 ay)*
Yan etkileri	Deri irritasyonu	Hıçkırık Ağız mukozası irritasyonu Dispepsi	Boğaz irritasyonu	Nazal sekresyon
Kaçınılması gereken durumlar	Egzama	Takma diş	Farenjit Reversibl havayolu obstrüksiyonu	Rinit Burun kanaması
Düşük bağımlılarda	+++	+++	+++	+
Yüksek bağımlılarda	+	+++	++	+++
Avantajları	Kullanımı kolay, sabit kan nikotin düzeyi sağlar	Dozu kişinin kontrolündedir	El-ağız alışkanlığı için idealdir, doz kişinin kontrolündedir	Doz kişinin kontrolündedir. Çok hızlı ve en yüksek nikotin düzeyi sağlar
Dezavantajları	Şiddetli istek durumunda doz ayarlaması yapılamaz, nikotin yavaş salınır	Doğru çiğneme tekniki gerekir, takma dişle kullanmak zordur	Çok sık kullanım gerektirir	En çok irritasyon yapan NRT ürünüdür
* En uzun kullanılabilir süre + Çok uygun değil, ++ İkinci seçenek, +++ Birinci seçenek				

Nikotin İçermeyen Farmakoterapi

Bupropion HCL

Bupropion; nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif bir ajan olmakla birlikte sigaranın bırakılma oranını plaseboya göre yükseltmekte ve nikotin replasman tedavileri ile birlikte kullanılmaktadır (26). Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteye sahiptir. Norepinefrin ve dopaminin sinaptik geri alınımının zayıf bir inhibitörüdür. Nikotin yoksunluk belirtilerinin azalmasına neden olmaktadır (41). Sigaranın bırakılmasında Bupropion'un etkinliğinin plasebo ile karşılaştırıldığı 615 olguyu içeren bir çalışmada bupropion'un yavaş salımlı formlarının sigaranın bırakılma oranını arttırdığı, yan etki sıklığının çok düşük olduğu ve kilo alma oranını düşürdüğü bildirilmiştir (42). Bu çalışmada olguların biyokimyasal olarak da teyit edilen 1. yılın sonunda sigarayı bırakmış kalma oranı plasebo grubunda %12.4 iken, 300 mg bupropion'u 7 hafta kullanan grupta %23.1 olarak saptanmıştır. Bupropionun 150 mg'lık tabletleri vardır ve tedavi bupropion 300mg/gün dozunda kullanılarak 8 hafta sürer ancak 6 ay kadar sürdürülebileceği bildirilmektedir (24). Bupropion tedavisine sigara bırakılmadan önce başlanır, ilk 3 gün 150 mg, 4. günden itibaren 300 mg (150mg 2x1) dozunda ilaç kullanılarak, 7-14 gün içinde bir sürede hedef bırakma günü belirlenir. Bupropion tedavisi devam ederken sigara bırakılır ve tedavi aynı dozda sürdürülür. Yan etkileri en sıklıkla baş ağrısı, uykusuzluk ve ağız kuruluğudur. Bupropion kullanımı konvulsiyon, konvulsiyon eşliğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanım öyküsü, MSS travması, anoreksi ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve MAO inhibitörü kullanma öyküsü olanlarda kontrendikedir. Ciddi yoksunluk belirtileri olan ya da monoterapi ile başarı sağlanamayan olgularda NRT ve bupropion kombine kullanılabilir.

Sigara günümüzde ölümle sonuçlanan birçok hastalığın ana nedenidir. Sigara içiminin hastanın primer hastalığının tedavisi bir parçası olarak kabul edilerek yaklaşımda bulunulması gereklidir. Sigara bırakma poliklinikleri bu konuda daha spesifik çalışan merkezler olup, burada uygulanan tedavi programları hastaya bireysel yaklaşımı, motivasyonel faktörlerin değerlendirilmesini ve sık klinik görüşmeleri içermektedir (43,44). Bu poliklinikler dışında da her hekim hastasına sigarayı bırakması konusunda destek olabilmelidir. Farmakoterapi sigarayı bırakmaya çalışan tüm bağımlılarda hekim gözetiminde uygulanabilir. Günde 15 adet ve daha fazla sigara içen ve/veya

günün ilk 30 dakikası içinde sigara içmeye başlayan olgularda standart dozlarda farmakoterapi başlanmalıdır (28). Günde 10-15 adet sigara içen hafif içicilerde ise düşük doz nikotin replasman tedavisi planlanabilir. Bupropion kullanılırken içilen sigara sayısına göre doz ayarlamasına gerek yoktur (25). Eğer kişinin günde içtiği sigara sayısı 10 adetten az ise bu olguda fiziksel bağımlılık boyutu değerlendirilerek sigara içmediği zaman yoksunluk belirtileri nedeniyle zorlanıyorsa bu olgulara da tedavi başlanabilir.

Kaynaklar

1. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C Jr: Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78
2. World Health Organization, World Health Report 1999. Geneva :WHO, 1999.
3. World Bank ,eds. Curbing the Epidemics: Governments and the Economics of Tobacco Control. The World Bank ; Washington D.C, 1999
4. Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması: PIAR Araştırması Ltd Şti. Ocak 1988.
5. Sezer E: Ankara'nın ortaokul, lise ve lise dengi okullarında sigara içme durumu ve sigaraya başlama nedenleri (1983). *Doğa Bilim Dergisi* 1984;8(3):375-84.
6. Sezer E: Elazığ lise ve dengi okul üçüncü sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu. *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 1990;5(2):121-33.
7. Kocabaş A. Orta dereceli okul öğrencilerinde sigara içme alışkanlığı. *Ankara Tıp Mecmuası* 1988;41:33-40.
8. Şanlı E, Koçoğlu F: Sigara bırakma kampanyasının Cumhuriyet Üniversitesi öğrencileri üzerindeki etkisi. *Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg* 1984;2:3-4.
9. Sezer E, Açık Y, Bilgin N ve ark: Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerde sigara kullanımı. *Sağlık İçin Sigara Alarmı. Turkish Journal of Smoking and Health.* 1994;1:12-18.
10. Gök M, Arıkan V, Zamani A, Süerdem M: Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde sigara anketi sonuçları. *Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi 7-8 Kasım 1997, İstanbul, P:1.*
11. Seyfikli Z, Gönügür U, Sümer H, Yakıt C: Sivas'ta ev kadınlarında sigara alışkanlığı. *Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi. 7-8 Kasım 1997, İstanbul, P:13.*
12. Özşahin A, Bostancı M, Zencir M: Çalışan çocuklarda sigara kullanımı. *Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi. 7-8 Kasım 1997, İstanbul, P:12.*
13. Kartaloğlu Z, Okutan O, Aydılek R, Yüksekol İ: Türk Silahlı Kuvvetleri'nde sigara kullanımı. *Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, 7-8 Kasım 1997, İstanbul, P:14.*

14. Gürdal Yüksel E, Kunt AE, Özyardımcı N, Özcan T, Ediger D, Gediz R: Uludağ Üniversitesi mensupları ve çevre halkına uygulanan sigara anketi sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks* 1994; 43(2):66-75.
15. Gürdal Yüksel E, Kunt AE, Özyardımcı N, Balkanlı H, Durak Ö: Uludağ Üniversitesine kayıt olan öğrencilere uygulanan sigara anketi sonuçları. XX. Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi. Kongre Kitabı 1994:644-53.
16. Gürdal Yüksel E, Kunt Uzaslan AE, Balkanlı H, Özcan T, Ediger D, Alkan B, Karaca Ş, Durak Ö: Orta dereceli okul öğretmenlerine uygulanan sigara anketi sonuçları. *Solunum Hastalıkları* 1999;15(1):57-62.
17. Tür A: Sigarayı Bırakma Yöntemleri. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. Tür A (ed.), Logos Yayıncılık, 1995:195-211.
18. Schwartz JL: Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*, 1992; 76(2):451-76.
19. Schwartz JL: Review and Evaluation of Smoking Cessation Methods: The United States and Canada, 1978-1985. NIH Publications; 87-2940, 1987, pp:125-56.
20. Manley MW, Epps RP, Glynn TJ: The clinician's role in promoting smoking cessation among clinic patients. *Med Clin North Am* 1992;76(2):477-94.
20. Prochaska JO, Diclemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390-8.
21. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997;52:282-4.
22. Halper MT, Warner KE: Motivations for smoking cessation: a comparison of successful quitters and failures. *J Subst Abuse* 1993;5(3):247-56.
23. A US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
24. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346(7): 506-12.
25. Tønnesen P: Smoking cessation and prevention. *Eur Respir Mon*, 1998;7:127-34.
26. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K-O: The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
27. European Medical Association Smoking or Health (EMASH): Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997;52:282-4.
28. Russel MA, Jarvis M, Iyer R, et al: Relation of nicotine yield of cigarettes to blood nicotine concentrations in smokers. *BMJ* 1980;280:972-6.
29. Kornitzer M, Kittel F, Draimaix M, et al: A double-blind study of 2 mg versus 4 mg nicotine gum in an industrial setting. *J Psychosom Res* 1989;31:171-6.
30. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SS, et al: Smoking cessation. Clinical practice guidelines No:18. AHCPR 96-0692. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy Research: 1996.
31. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M: Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994;343:139-42.
32. Hjalmarson A: Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *JAMA* 1984; 252:2835-8.
33. Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wiklund O: Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. *Arch Intern Med* 1994;154:2567-72.
34. Hjalmarson A, Nilsson F, Sjastrom L, Wiklund O: The nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind randomized clinical evaluation. *Arch Intern Med* 1987;157:1721-8.
35. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000; 117: 169S- 175S.
36. Fagerström KA, Säwe U, Tønnesen P: Therapeutic use of nicotine patches; efficacy and safety. *J Smoking Rel Dis* 1992;3:247-61.
37. Tønnesen P, Nørregaard J, Mikkelsen K, Jørgensen S, Nilsson F: A double-blind trial of nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993;269:1268-71.
38. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MAH, et al: Randomised controlled trial of a nicotine nasal spray in smoking cessation. *Lancet* 1992; 340:324-9.
39. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121(3): 932-41.
40. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, et al. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 1996; 91: 1293-306.
41. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55:987-99.
42. Hurt RD, Sachs DPL, Elbert DG, et al: A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337(17): 1195-202.
43. Özyardımcı N, Gürdal Yüksel E, Kunt Uzaslan E, Özcan T, Karadağ M, Gözü RO, Ege E: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Sigarayı Bırakturma Polikliniği 2. yıl sonuçları. *Bursa Devlet Hast Bült* 1998;14(2):123-8.
44. Kunt Uzaslan E, Özyardımcı N, Karadağ M, Gürdal Yüksel E, Gözü RO, Ege E: Physician's intervention on smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences* 2000;2: 63-9.