

## Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları

Zeynep Aytemur Solak<sup>1</sup>, Canan Gündüz Telli<sup>2</sup>, Ertürk Erdinç<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup> Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, İzmir

### ÖZET

Sigarayı bırakma polikliniğimizde sigarayı bırakmayı deneyen ve 1 yıllık izlem süresi dolan olguların özellikleri ve sigarayı bırakma başarılarının araştırılması amaçlanmıştır. İlk görüşmede öyküleri alınıp rutin incelemeleri yapılan olgulara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır. Olgular, sigaranın zararları konusunda bilgilendirilerek, bırakmaları için motive edilmiş ve hepsine birer kitapçık verilmiştir. İkinci görüşmeye gelen 145 olgu (yaş ortalaması 46.20±10.42, kadın/erkek: 64/81) araştırmaya dahil edilmiştir. Olguların tümüne davranış eğitimi verilmiş ve motivasyonel destek sağlanmıştır. Düzenli aralıklarla kontrol ziyaretleri ve proaktif telefon görüşmeleri yapılmıştır. Elli sekiz (%40) olguya 2 ay süreyle nikotin replasman tedavisi (NRT) olarak nikotin transdermal bantı uygulanmıştır. NRT uygulanan ve uygulanmayan olgular arasında yaş, cinsiyet, sigaraya başlama yaşı, paket yılı, Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). On beşinci günde NRT uygulanan olguların %81'i, NRT uygulanmayanların %71'i sigara içmezken, 1. yıl sonunda sigarayı bırakma oranları sırasıyla %55.2 ve %40 olmuştur (p>0.05). Tüm olguların 1 yıllık sigara bırakma başarıları ise %45.5'tir.

Sonuçta, sigarayı bırakmada davranış tedavisi, yoğun motivasyonel destek, kontrol ziyaretleri ve telefon görüşmelerinin önemli rol oynadığını söyleyebiliriz. Buna NRT eklenmesi, başarıyı artırmaktadır.

Anahtar sözcükler: sigarayı bırakma, tedavi başarısı

*Toraks Dergisi, 2003;4(1):73-77*

### SUMMARY

#### Results of Smoking Cessation Program

The aim of this study was to evaluate the demographic characteristics and the success rates of the smokers who had completed one year follow-up in our smoking cessation clinic. A full medical history was taken and Fagerström Nicotine Dependency Test was performed at the first appointment. The subjects were given counseling regarding the hazards of smoking and a booklet for motivation was provided. The study population who were admitted for the second appointment, was consisted of 145 smokers (mean age 46.20±10.42 yrs, female/male: 64/81). They received behavioral therapy and motivational support at their second appointment. Follow-up visits and proactive telephone interviews were performed periodically. In 58 (40%) of them, nicotine patches were used as nicotine replacement therapy (NRT) for two months. There was no significant difference in terms of age, sex, history of smoking and Fagerström Nicotine Dependency Score between smokers who were given NRT and the others (p>0.05). At the 15<sup>th</sup> day, 81% of the NRT group and 71% of the other smokers were not smoking. By one year, the rates of cessation were 55.2% and 40%, respectively (p>0.05). The overall success rate was 45.5% at the end of one year.

In conclusion, we can say that behavioral therapy and intensive motivational support, follow-up visits and phone calls play an important role in smoking cessation. Application of NRT improves this success.

Key words: smoking cessation, success of therapy

## GİRİŞ

Dünyada her 8 saniyede bir kişinin ölümüne neden olduğu bildirilen sigara ile mücadele, günümüz tıbbının en önemli

konularından biri durumuna gelmiştir. Bu mücadele kapsamında öncelikle sigaraya başlama oranlarını azaltmaya yönelik stratejiler yer alırken, içenlerin sigarayı bırakması için tedavi yöntemi geliştirme çabaları da sürmektedir. Çünkü sigaranın bırakılması, sigara ile ilişkili hastalık riskini azaltacağı gibi hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatacak, sağkalım beklentisini artıracaktır [1]. Bilinen bir diğer gerçek, sigara içenlerin %70'inin sigarayı bırakmak istemesi ve yaklaşık 1/3'ünün her yıl bırakmaya çalışmasına karşın, %10'dan

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Zeynep Aytemur Solak  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova, İzmir  
Telefon: (0232) 3881423  
Faks: (0232) 3887192  
e-posta: zaasolak@med.ege.edu.tr

daha azının uzun süre içmemeyi başarabildiğidir [2]. Başarısız bırakma girişimi ve nökslerle süregelen tütün kullanımı günümüzde tedavi edilebilir kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bu hastalığın profesyonel destek ve farmakolojik yöntemlerle tedavisi, başarı oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır [3]. Nitekim, sigarayı bırakma tedavisi üzerine hazırlanan kılavuzlarda önerilenler uygulandığında uzun süreli bırakma başarısı %15-30 artmaktadır [2]. Kılavuzların önerdiği davranış eğitimi, motivasyonel destek ve farmakolojik tedavinin birlikte en iyi uygulanabildiği birimler, eğitilmiş sağlık personeliyle yürütülen sigarayı bırakma klinikleridir [2,4]. Çalışmamızda, kliniğimiz bünyesinde hizmet veren sigarayı bırakma polikliniğinde sigarayı bırakmayı deneyen ve izleme alınan olguların başarısı araştırılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Çalışma grubu

Temmuz 1999-Aralık 2001 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran ve ilk görüşmeden sonra denemeye karar verip 2. görüşmeye gelen olgular tedavi ve izlem programına alınmışlardır. İlk görüşme sonrası poliklinik izlemine girmeyen ve dolayısıyla tedavi sürecine alınamayan olgular, tedavi başarısını değerlendirmede yanılığa neden olacağı düşünülerek çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışmaya alınan ve Aralık 2001 tarihi itibarıyla 1 yıllık izlem süresi sonunda ulaşılabilen olgu sayısı 145'tir.

### Yöntem

İlk başvuruları sırasında öyküleri alınıp rutin incelemeleri (PA akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri, ekspirasyon havasında karbonmonoksit (CO) düzeyi, rutin kan biyokimyası) yapılan olgulara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testini [5] içeren sigarayla ilgili anket uygulaması yapılmıştır. Tüm olgular sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirilmiş ve bu konuları içeren kitapçık verilmiştir. İlk görüşmede incelemeleri tamamlandıktan sonra sigarayı bırakmaları konusunda motive edilen olgulara 2. görüşme için randevu verilmiş, ilk başvurusunda kararlı olan olgular ise tedavi programına alınmıştır. Tıbbi tedavi olarak nikotin replasman tedavisi (NRT), kontrendikasyonu (yeni geçirilmiş miyokard infarktüsü, ciddi aritmi, kontrolsüz hipertansiyon, kronik deri hastalığı) bulunmayan ve farmakolojik tedaviyi kabul eden olgularda uygulanmıştır. Transdermal nikotin bantları 4 hafta süreyle 21 mg/24 saat olarak başlanmış, 2'şer haftalık sürelerle 14 mg/24 saat ve 7 mg/24 saatle 2 aya tamamlanmıştır. Tüm olgulara sigarayı bıraktıkları dönemde yaşanabilecek yoksunluk belirtileri ve koşullu uyarımlarla mücadelelerini kolaylaştırmaya yönelik davranış eğitimi verilmiş ve yoğun motivasyonel destek sağlanmıştır. Yoğun motivasyonel destek, en az 30 dakikalık başlangıç görüşmesi veya 30 dakikadan

daha kısa ilk görüşme ve ardından her biri 10 dakikadan az olmamak üzere tekrarlanan en az 2 görüşme olarak tanımlanmaktadır [4].

Olgular, ilk 2 ay 15 günde bir, 3. aydan sonra 3 ayda bir kontrole çağrılarak izlem süresi 1 yıla tamamlanmıştır. Kontrollerde ekspiryum havasında CO düzeyleri ölçülmüş, motivasyonel destek sürdürülmüştür. Tekrar sigaraya başlayanların başlama nedenleri araştırılarak yeniden bırakmayı denemeleri için destek verilmiştir. Kontrole gelmeyen olgular telefonla sorgulanmış, ayrıca poliklinik kontrol dönemleri arasında tüm olgularla telefon görüşmeleri yapılmıştır.

Olguların 1 yıllık izlem süresi içinde her kontrolde hiç sigara içmediklerini belirtmeleri ve CO düzeyinin <10 parts per million (ppm) olması başarı olarak değerlendirilirken, günde en az 1 adet sigara içmeye başlaması nöks olarak kabul edilmiştir.

Davranış eğitimi ve motivasyonel destek açısından standart tedavi yaklaşımı uygulandığı halde, olguların tümü farmakolojik tedavi almamıştır. Bu nedenle sonuçlar değerlendirilirken olgular, NRT alan ve almayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

### İstatistiksel analiz

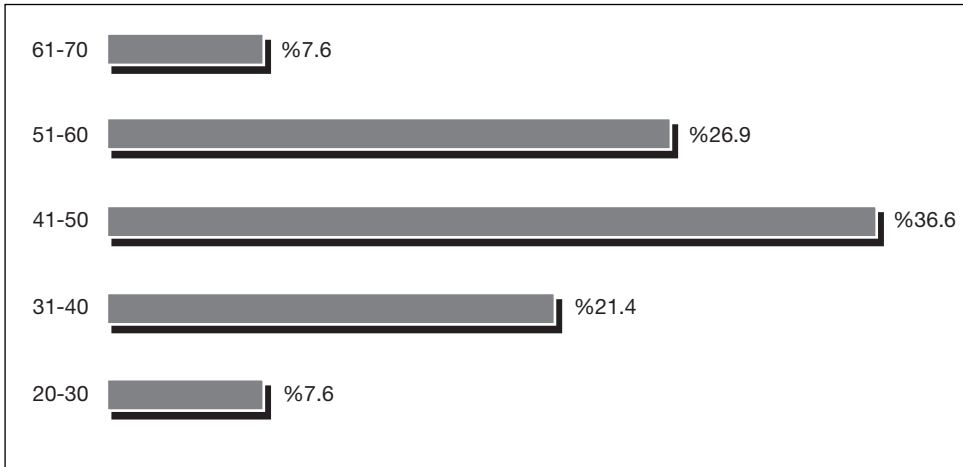
NRT alan ve almayan grupların demografik özellikleri, sigarayı bırakma başarısı açısından aralarında anlamlı farklılık olup olmadığı, bırakmayı etkileyen faktörler ve bu faktörlerin bırakma başarısına katkısının araştırılması için Fisher Kesin Olasılık testi ve ki kare testleri kullanılmıştır.

## BULGULAR

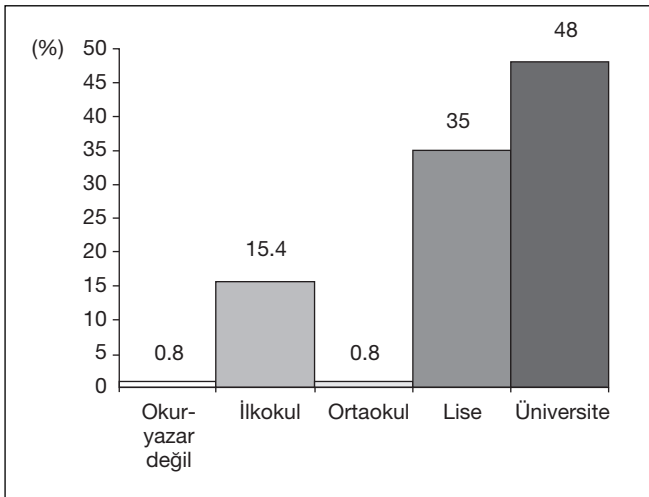
Temmuz 1999-Aralık 2001 tarihleri arasında 664 kişi sigarayı bırakma polikliniğimizden randevu almış, ancak 395'i randevusuna gelmiştir. Olgulardan 2. görüşmeye gelen ve tedavi programına alınanların sayısı ise 305'tir. Bu 305 kişiden 190'ının 1 yıllık izlem süresi dolmuş, ancak 1. yıl sonunda poliklinik kontrolüne gelen ya da telefonla ulaşılabilenlerin sayısı 145 olmuştur. Yaş ortalaması 46.20±10.42 (20-70) olan bu olguların 64'ü (%44.1) kadın, 81'i (%55.9) erkektir. Elli

Tablo I. Olguların özellikleri

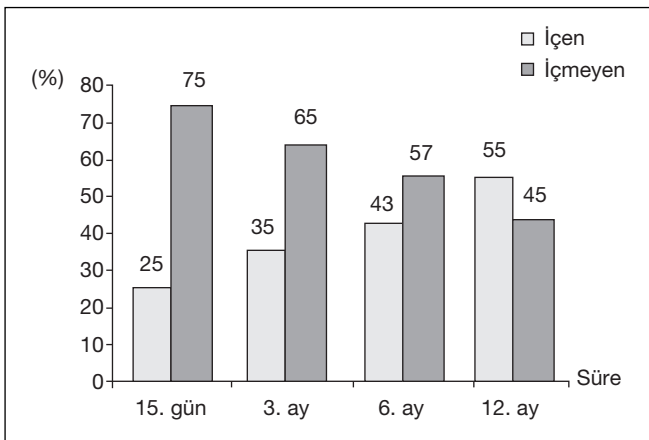
	NRT alan olgular	NRT almayan olgular
Kadın	26	38
Erkek	32	49
Yaş*	46.31±10.24	46.00±10.66
Paket yılı*	35.36±21.30	32.27±17.71
Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru*	4.98±2.25	4.36±2.34
*p>0.05		



Şekil 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı.



Şekil 2. Olguların eğitim durumları.



Şekil 3. Olguların 1 yıllık başarı oranları (n=145).

sekizi (%40) NRT almış, 87'si (%60) ise kullanmamıştır. NRT alıp almamalarına göre iki gruba ayrılan olguların sonuçları Tablo I'de verilmiştir. Yaş, paket yılı, Fagerström Ni-

kotin Bağımlılık Skoru açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Tüm olguların yaş dağılımına bakıldığında 30 yaş altı ve 60 yaş üstü oranının çok düşük olduğu görülmektedir (Şekil 1). Eğitim durumları incelendiğinde, %48'inin üniversite mezunu olması dikkat çekicidir (Şekil 2) ve iki grupta eğitim düzeyleri benzerdir.

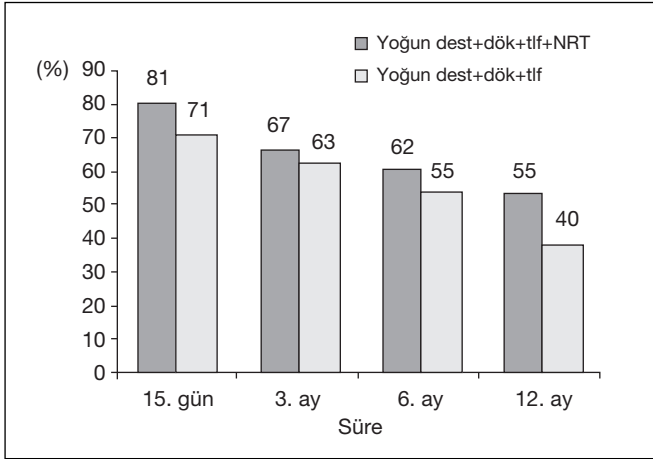
Sağlık sorunları açısından sorgulanan 145 olgudan 20'sinin (%13.8) hipertansiyon, 12'sinin (%8.3) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), 10'unun (%6.9) koroner arter hastalığı (KAH), 6'sının (%4.1) depresyon, 4'ünün (%2.8) bipolar bozukluk, 4'ünün (%2.8) astım, 1'inin (%0.7) akciğer kanseri tanısı aldığı öğrenilmiştir.

Sigarayı bırakma polikliniğinde tedavi programına alınan ve 1 yıllık izlem süresi dolan olguların 15. gün, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl sonundaki sigara bırakma oranları Şekil 3'te verilmiştir. Sigara içmeyenlerin oranı 15. günde %74.7, 1. yıl sonunda %45.5 iken, içenlerin oranı sırasıyla %25.3 ve %54.5 olmuştur.

Uygulanan tedavi yöntemine göre bırakma başarısı ele alındığında, yoğun destekle birlikte NRT alan 58 olguda sigara içmeyenlerin oranı 15. günde %81, 1. yıl sonunda %55.2'dir. NRT almayan grupta (85 olgu) ise bu oran sırasıyla %71 ve %40'tır (Şekil 4). NRT alan grupta başarı oranları daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Birinci yıl sonunda kadınların 30'u (%46.9), erkeklerin ise 36'sı (%44.4) sigara içmemektedir ( $p>0.05$ ). Bırakmayı daha önce denemiş olgularda başarı oranı %47 iken, denememiş olanlarda %38'dir. Önceden deneyenler daha başarılı görülmektedir ancak fark anlamsızdır ( $p>0.05$ ). Evde sigara içen bir yakının olmasının sigarayı bırakma başarısını olumsuz etkilemediği saptanmıştır; 1. yıl sonunda evde sigara içen yakını olmayanlarda başarı oranı %47.9, sigara içen yakını olanlarda ise %44.1'dir ( $p>0.05$ ).

İlk görüşmede ekspiryum havasında CO düzeyi  $15.37\pm 8.67$



Şekil 4. Tedavi yöntemlerine göre başarı oranları ( $p>0.05$ ).

ppm'dir. On beşinci günde sigarayı bırakan olgularda  $3.90\pm 2.24$  ppm, bırakamayan olgularda ise  $13.70\pm 3.69$  ppm olarak bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

NRT uygulanan olgularda en sık rastlanan yan etkiler arasında deride lokal iritasyon (%26), uykusuzluk (%26) ve baş ağrısı (%9.4) yer almaktadır. Daha nadir olarak (<%9) anormal rüya görme, baş dönmesi, terleme, çarpıntı, ishal ve dispepsi görülmüştür. İlginç olarak, sigarayı bırakanlarda görülebilen anormal rüya görme ve aftöz stomatit yakınmaları NRT uygulananlarda diğer gruba göre daha sıktır ( $p<0.05$ ).

Sigarayla ilişkili ciddi hastalığı olanlar arasında KOAH'lı olguların %41.7'sinin, KAH'lıların %40'ının bu 1 yıl içinde sigara içmedikleri, akciğer kanserli olgunun içmeye devam ettiği belirlenmiştir.

İlk günlerde ya da haftalarda sigarayı bırakamayan 7 (%4.8) olgu, izlemleri sırasında bırakmışlardır. Üç (%2.1) olgu ilk haftalarda bırakmış, daha sonra nüks gelişmiş, izlemi sırasında yeniden bırakmıştır. Bu 10 olgu, 1 yıllık süreleri sona erdiğinde sigara içmemeyi sürdürmekteydi.

## TARTIŞMA

Sigarayı bırakmayı deneyen olgularımızda 1. yıl sonunda %45.5 olarak saptanan yüksek başarı oranı, profesyonel desteğin rolünü vurgulaması açısından çok önemlidir. Bir yıl boyunca devam eden yüz yüze görüşmeler ve periyodik telefon görüşmeleri bu desteğin sürekliliğini sağlamıştır. Sonucu belirleyen bir faktör de sigarayı bırakmayı deneme konusunda kararlı olguların tedavi programına alınmış olmasıdır. İlk görüşmeden sonra bir daha gelmeyen olgular, bu tedavi programından yararlanmadıkları için dahil edilmemiştir. Uzaslan ve arkadaşları, sigara bırakma polikliniğinin 5 yıllık sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında 296 olgunun 1 yıllık başarı oranını %40 olarak vermektedir. Yazarlar, bu oranın hekimle yüz yüze görüşme yapılmış olması nedeniyle elde edilmiş olabile-

ceği ve olguların sahip oldukları sağlık sorunlarının güçlü motivasyon sağladığı düşüncesindedir [6]. Yüksek başarı oranı elde ettikleri çalışmalarında dikkati çeken bir nokta, NRT alan olgu sayısının sadece 12 olmasıdır. Bizim olgularımızdan da %40'ı NRT almıştır. NRT almayan olgularımızın sonuçları ile karşılaştırdığımızda yoğun desteğe farmakoterapi eklenmesinin başarıyı artırmakla birlikte bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görmekteyiz ( $p>0.05$ ).

Günümüzde sigaranın bırakılmasında önerilen 2 tedavi yaklaşımı bulunmaktadır: biri farmakolojik tedavi, diğeri ise davranış tedavisi ile motivasyondan oluşan destek tedavisidir [2,4,7,8]. Yapılan çalışmalar her ikisinin de tek başına etkili olduğunu ancak birlikte kullanıldıklarında başarı oranının arttığını göstermektedir. Silagy ve arkadaşları, transdermal nikotin bantı ve yoğun destek tedavisi kombinasyonu ile 1 yıllık başarıyı %36 olarak bildirmişlerdir [9]. NRT ve destek tedavisinin birlikte uygulandığı iki ayrı çalışmada 3 aylık bırakma başarıları %50 ve %47.9'dur [10,11].

Öte yandan, uygulanan destek tedavinin etkisi, yoğunluğu ile doğru orantılıdır [12]. İki farklı destek yönteminin karşılaştırıldığı rastgele yöntemli, kontrollü bir çalışmada, bir gruba kısa önerilerde bulunulmuş, diğer gruba davranış tedavisi uygulanmıştır. Bir yıl sonunda başarı oranları sırasıyla %7 ve %30 olarak bildirilmiştir [13]. Beş dakikadan daha kısa süren görüşme ve bırakma önerilerinin sonuçlarının değerlendirildiği meta-analizde 6 aylık bırakma oranı %8.4 iken [14] daha sonraki yıllarda büyük serilerde uzun süreli başarı %10'dur [15,16]. Lando ve arkadaşlarının değerlendirmesine göre, yoğun destekten oluşan bazı programlarda 1 yıllık bırakma oranı %16, %22'dir [17]. Sigarayı bırakma tedavisinin bir parçası olan destek tedavisi, bırakmayı engelleyen faktörleri belirleme, nüks önleme planları geliştirme ve motivasyon sayesinde belki de uzun süreli başarıyı sağlayan en önemli tek unsurdur. Bizim sonuçlarımız da bunu destekler niteliktedir; başarıda "olmazsa olmaz" rolü oynamaktadır. Buna NRT'nin eklenmesi başarıyı artırmaktadır. Transdermal nikotin bantlarıyla yapılmış 17 çalışmayı değerlendiren bir meta-analizde 6 aylık başarı oranı %22, plasebo grubunda ise %9 bulunmuştur [18]. Plaseboyla karşılaştırıldığında NRT'nin sigarayı bırakma başarısını 2-3 kat artırdığı görülmektedir. Ancak bu çalışmalarda NRT ile kombine edilen destek tedavisinin yoğunluğu farklıdır. NRT'nin değişik formlarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada 1 yıllık başarı oranı, sakızda %29, inhaler formda %28, nazal spreyde ise %27'dir. Bir önceki meta-analize göre yüksek bulunan bu başarı oranları NRT'ye eklenen destek tedavisine bağlanmaktadır [19]. Ayrıca, sonuçların ilk meta-analizde 6 aylık, diğerinde ise 1 yıllık olduğu göz önüne alınırsa destek tedavisinin bırakma başarısı üzerindeki etkisi daha da ön plana çıkmaktadır.

Olguların poliklinik kontrolleri dışında telefonla aranarak

desteğin sürdürülmesi ve motive edilmeleri proaktif telefon görüşmesi olarak nitelendirilmektedir [4]. Konuyla ilgili sınırlı sayıda kontrollü çalışma, etkili olduğunu desteklemektedir [20,21]. Bununla birlikte 23 çalışmanın sonuçlarının incelendiği Cochrane veritabanı bulguları, araştırmalardaki heterojenlik nedeniyle proaktif telefon görüşmelerinin etkisinin boyutu hakkında kesin bilgi edinilemediğini göstermektedir. Yüz yüze görüşme veya farmakoterapiye eklenmesinin yararını doğrulayan ya da dışlayan kanıtlar olmadığı vurgulanmaktadır [22]. Kliniğimizde yürüttüğümüz çalışma her ne kadar kontrollü değilse de, telefon görüşmelerinin etkili olduğuna inanmaktayız. Bu görüşmeler sigarayı bırakmış olanların motivasyonunu artırırken, bırakamayan ya da tekrar başlayanları yeniden düşünme ve deneme aşamasına getirebilmektedir. Bunun somut bir örneği, olgularımız içinde bırakamayan ya da tekrar başlayan 10 (%7) kişinin izlemleri sırasında sigarayı bırakmalarınıdır.

Olguların %48'inin üniversite, %35'inin lise mezunu olması, eğitim düzeyi yükseldikçe sigara konusundaki bilincin daha da arttığını akla getirmektedir. Bir yıllık başarı sonuçları da göz önüne alındığında (%45.5) sigarayı bırakmada eğitim durumunun rol oynayabileceği söylenebilir, ancak karşılaştırma yapılamadığından kesin bir yargıya varmak söz konusu değildir. Çan ve arkadaşları, 1. yıl sonunda %53.1 oranında bırakma başarısı elde ettikleri çalışmalarında, eğitim durumunun bırakma üzerine anlamlı etkisi olmadığını bulmuşlardır [23]. Çalışmamızda dikkati çeken bir diğer nokta, yaş dağılımıdır. Olguların %36'sı 40-50 yaş grubundadır. Çok merkezli çalışmalar ve meta-analizlerde de benzer bir yaş dağılımı görülmektedir [18,24]. Otuz yaş altında ve 60 yaş üstünde olanların çok düşük oranda çıkması, gençlerin sağlıklarını tehdit eden hastalıklara karşı henüz duyarız olması, yaşlıların da kendi kendine bırakmış olması veya bırakmayı düşünmemesi ya da toplam nüfusa oranlarının daha az olmasıyla açıklanabilir. Orta yaş grubundaki olguların yüksek oranı ise hastalıkların ortaya çıkması açısından en riskli dönemde olmalarından kaynaklanabilir. Diğer bir gözlemimiz sigara bırakma başarısında cinsiyet farkının önemli olmadığıdır. Bazı çalışmalarda erkeklerin daha başarılı olduğu bildirilmekteyse de [25] fark olmadığını gösteren sonuçlar da vardır [6,23].

Sonuç olarak, insan sağlığının en önemli tehdit unsurlarından biri olan sigara ile mücadelede, sigaraya başlamanın engellenmesi kadar, milyonlarca bağımlının bırakmasına yardım edilmesi de önemlidir. Ancak, güçlü bağımlılık yapıcı özelliğinden ötürü yapılacak yardım, zaman ve sabır gerektirmektedir. Üstelik tüm çabalara rağmen, olgular kararlı bile olsalar, hepsinin bırakması sağlanamamaktadır. Bardağın dolu tarafından baktığımızda, profesyonel yardım ve tıbbi tedavi, kendi kendine bırakmayı deneyenlere göre başarı oranları-

nı önemli ölçüde artırmaktadır. O halde bu destek yaygınlaştırılmalı ve isteyen her bağımlının yararlanabilmesi sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington, D.C: Government Printing Office, 1990. (DHHS publication no. (CDC) 90-8416).
2. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000; 283: 3244-54.
3. Jackson G, Bobak A, Chorlton I. Smoking Cessation: A consensus statement with special reference to primary care. Int J Clin Pract 2001; 55: 385-92.
4. West R, McNeill A, Raw Martin. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55: 987-99.
5. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1992; 69: 763-7.
6. Uzaslan EK, Özyardımcı N, Karadağ M ve ark. The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. Ann Med Sci 2000; 9: 63-9.
7. Lancaster T, Stead T, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000; 321: 355-8.
8. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. Chest 2000; 117: 169S-175S.
9. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. The effect of nicotine replacement on smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D, eds. Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. Oxford, The Cochrane Collaboration, 1997; pp: 1-18.
10. Özkan M, Yılmaz N, Yüksek İ ve ark. A clinical practice of treating tobacco use and dependence. Eur Respir J 2002 Sep 20; Suppl 38: 578, P3579.
11. Demir T, Tutluoğlu B, Umut S ve ark. Sigara bırakma polikliniği sonuçlarımız. TÜSAD XXV. Kongre Özet Kitabı 1999, TP59.
12. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. N Engl J Med 2002; 346: 506-12.
13. Bakkevic O, Steine S, von Hafenbradl K, et al. Smoking cessation. A comparative, randomised study between management in general practice and the behavioural programme SmokEnders. Scand J Prim Health Care 2000 Dec; 18: 247-51.
14. Kotke TE, Battista RN, DeFries GH, et al. Attributes of successful smoking cessation intervention in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988; 259: 2882-9.
15. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, et al. Training physicians in counseling about smoking cessation: a randomized trial of the 'Quit for Life' program. Ann Intern Med 1989; 110: 640-7.
16. Strecher VJ, O'Malley MS, Villagra VG, et al. Can residents be trained to counsel patients about quitting smoking? Results from a randomised trial. J Gen Intern Med 1991; 6:9-17.
17. Lando HA, McGovern PG, Barrios F, et al. Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics. Am J Public Health 1990; 80:554-9.
18. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, et al. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. JAMA 1994; 271: 1940-7.
19. Tonnesen P. Smoking cessation and prevention. Eur Respir Mon 1998; 7: 127-34.
20. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, et al. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. Health Educ Res 1996; 11: 243-57.
21. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 202-11.
22. Stead LF, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2001; 2: CD003850.
23. Çan G, Öztuna F, Özlü T ve ark. The evaluation of our smoking cessation clinic results. Eur Respir J 2002 Sep 20; Suppl 38: 579, P3584.
24. Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Eur Respir J 1999; 13: 238-46.
25. Gourley SG, Forbes A, Marriner T, et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. BMJ 1994; 309: 842-6.