

---

# Sigara Bırakma Polikliniğimizin Bir Yıllık İzlem Sonuçları#

Tunçalp DEMİR\*, Bülent TUTLUOĞLU\*, Nihal KOÇ\*\*, Leman BİLGİN\*\*\*

- \* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,  
\*\* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı (Biyolog),  
\*\*\* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı (Hemşire), İSTANBUL

## ÖZET

Beş yıldır sürdürmekte olduğumuz sigara bırakma polikliniğimizde izlenen olguların özellikleri ve sigara bırakma sonuçları retrospektif olarak incelendiğinde; toplam 839 olgunun 634'ünün en az bir yıldır izlenmekte olduğu görüldü. En az bir yıl izlenmiş olan olguların 318 (%50.2)'i erkek, 316 (%49.8)'sı kadın ve yaş ortalaması  $43.5 \pm 12$  yıl idi. Altıyüzotuzdört olgudan nikotin replasmanı (transdermal nikotin bantı) uygulanan 297 (%46.8) olguda sigara bırakma oranları 15. günde %46.8, birinci yıl sonunda %33.6 iken, yalnızca başlangıçta kısa eğitim verilen olgularda 15. günde %11.8, birinci yıl sonunda %10.9 olarak bulundu. İlk 15 gün sigara içmeyen 185 olgunun 98 (%52.9)'i, birinci yıl sonunda da sigara içmezken, ilk 15 gün sigara içen 449 olgudan yalnızca 26 (%5.7)'sı birinci yıl sonunda sigara içmiyordu. Tedavi uyumuna baktığımızda ise ikinci haftada tedavisini sürdüren olgu oranı %82.1 iken, 12. haftada bu oran %23.2'ye düşmüştü. Tedaviye bağlı en sık görülen yan etki ise %13.8 ile lokal cilt reaksiyonları olurken, sigara bırakma sırasında en sık yaşanan sorunlar gerginlik-sinirlilik (%8.5) ve konsantrasyon güçlüğü (%7.4) olmuştur. Sonuç olarak; sigara bırakma polikliniklerinde eğitim ve yakın hasta takibi ile birlikte uygulanan nikotin replasman tedavisinin sigara bırakmada etkili bir yöntem olduğunu, ilk 15 günde sigara içiminin uzun dönem başarıyı olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara bırakma, nikotin, nikotin replasman tedavisi, sigara bırakma polikliniği.

## SUMMARY

### One-Year Follow up Results of Smoking Cessation Outpatient Clinic

In this study we investigated the five-year-results of our smoking cessation outpatient clinic retrospectively. Out of 839 subjects admitted to our clinic during this time period 634 of them completed the one-year follow up period. 318 (50.2%) of these subjects were male and 316 (49.8%) of them were female. Subjects were divided into two groups. While one group received nicotine patch therapy, education and motivation the other group received just education and motivation. Mean age was  $43.5 \pm 12$  years. Nicotine patch therapy administered to 297 subjects and smoking cessation rates in this group were 46.8% at 15<sup>th</sup> day and 33.6% at the end of first year. The other group had smoking cessation rates of 11.8% at 15<sup>th</sup> day and 10.9% at the end of one year. Out of 185 subjects who did not smoke at the end of 15<sup>th</sup> day 98 of them were also not smo-

---

### Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Tunçalp DEMİR, İnönü Caddesi İntaş Çamlık Sitesi B-Blok Daire: 19 Sahrayıcedid, İSTANBUL - TÜRKİYE  
e-mail: tuncalp@hotmail.com, drtuncalp@yahoo.com

king at the end of one year. 449 subjects were smoking at the end of 15<sup>th</sup> day and just 26 (5.7%) of them gave up smoking at the end of first year. Therapy compliance was 82.2% at the 15<sup>th</sup> day and 23.2% at 12<sup>th</sup> week. Most frequent side effects were local skin reactions (13.8%) due to nicotine patches, irritability and nervousness (8.5%) and concentration difficulties (7.4%). In this retrospective analysis we concluded that nicotine replacement therapy in conjunction with education and motivation may be an effective method for helping individuals in giving up smoking. We also observed that smoking situation in first 15 days is a good predictor of long-term success.

**Key Words:** Smoking cessation, nicotine, nicotine replacement therapy, smoking cessation outpatient clinic.

# Bu çalışma, Toraks Derneği 6. Kongresi'nde tartışmalı poster olarak sunulmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl yaklaşık 4.5 milyon insan sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Yirmi-otuz yıl sonra ise bu sayının 10 milyona ulaşacağı ve bu ölümlerin yaklaşık 7 milyonunun az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (1,2). Amerikan Toraks Derneği (ATS)'nin raporuna göre 1993 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle yapılan sağlık harcamaları yaklaşık 50 milyar dolardır (3). Sigara içiminin çok yaygın olduğu ülkemizde de sigaranın etken olduğu kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri gibi hastalıklar ciddi sağlık sorunu oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerin sigara endüstrisinin yeni hedefi olduğu ve ülkemizde de yabancı sigara şirketlerinin girmesi ile birlikte yapılan yoğun kampanyalar sonucu sigara tüketiminin arttığı bilinmektedir (4). Bu nedenle sigarayla mücadele tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hayati önem taşımaktadır. Her ne kadar sigarayla mücadelede asıl hedef özellikle gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesi olsa da, sigara içenlerin de yaklaşık %70'inin sigarayı bırakmak istediği ve sigara içenlerin %80'inin hayatının bir döneminde sigarayı bırakmayı denediği bildirilmektedir (5,6). Ancak hekime başvuranların %15'ten azına sigarayı bırakması konusunda destek olunmakta ve yalnızca %3'ü sigara bırakma ile ilgili olarak takip edilmektedir (7). Bu nedenle sigarayı bırakmak isteyenlere gerekli tıbbi desteği sağlamak hekim sorumluluğu açısından önem taşımaktadır. Son yıllarda yayınlanan sigara bırakma kılavuzları sınırlı sayıdaki tıbbi kontrendikasyonlar dışında tüm sigarayı bırakmak isteyenlere medikal tedaviyi önermektedir (8,9). Ancak özelleşmiş sigara polikliniklerinde uygulanan sigara bırakma

programlarının sigara bırakmadaki başarıyı artırdığı bilinmektedir. Her ne kadar sigara bırakmanın maliyet-etkin olduğu gösterilmiş olsa da, ülkemiz koşullarında bir sigara bırakma polikliniğinin maliyetinin oldukça yüksek olduğunu söyleyebiliriz (10). Çalışmamızda bir üniversite kliniğinde yürüttüğümüz sigara bırakma polikliniğimizde hasta eğitimi ve düzenli hasta takibiyle birlikte uygulanan nikotin replasman tedavisinin etkinliğini ve sonuçlarını değerlendirdik.

#### MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda üç yıldır sürdürmekte olduğumuz sigara bırakma polikliniğimizde en az bir yıldır izlenmekte olan olguların özellikleri ve sigara bırakma sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

#### Sigara Bırakma Polikliniğimizin Çalışma Düzeni

Polikliniğimize hastalar randevu ile kabul edilmektedir. İlk başvuru sırasında tüm olgulara genel bir hastalık anamnezi ile birlikte, Fagerström nikotin bağımlılık testini de içeren bir sigara sorgulama formu uygulanmaktadır. Sistemik fizik muayeneleri yapılan hastalara sigaranın zararlarıyla ilgili kısa bir eğitim ile birlikte tarafımızdan hazırlanan bir kitapçık verilmekte ve ekshale edilen solunum havasında karbonmonoksit (CO) düzeyleri ölçülmektedir. CO ölçümü Micro CO (Micro Medical Limited-England) ile yapılmakta ve 10 ppm'in altındaki değerler sigara içmeme kriteri olarak alınmaktadır. Daha sonra tüm hastalardan solunum fonksiyon testleri (SFT), PA akciğer grafisi, elektrokardiyografi (EKG), tam kan sayımı ve basit kan biyokimyası istenmektedir. İstenen laboratuvar tetkiklerini tamamlayan ve bir sonraki kontrole gelen hastalardan tıbbi kontrendikasyon olmayan (aktif kardiyak hastalığı olanlar, gebeler ve süt emziren

kadınlar ile dermatolojik hastalığı olanlar) ve tedaviyi kabul edenlere nikotin replasman tedavisi (NRT) başlanmaktadır. Nikotin replasmanı olarak transdermal nikotin flasterleri (Nicotinell TTS) en az 20 sigara/gün içenlere 21 mg/24 saat/gün olarak başlanmakta ve dörder haftalık periyodlarla 14 ve 7 mg ile üç aya tamamlanmaktadır. On-yirmi sigara/gün içenlere 14 mg/24 saat/gün, 10 sigaradan az içenlere ise 7 mg/24 saat/gün dozda nikotin replasmanı uygulanmakta ve aynı sürelerle azaltılmaktadır. Hastalar bu süre içinde 1, 2, 4, 8 ve 12 hafta sonra kontrole çağırılmaktadır. Kontrole gelmeyen ve programı bırakan olgularla 2. ve 12. haftalarla birinci yıl sonunda telefon görüşmesi yapılmıştır. Her kontrolde ekshale edilen solunum havasında CO düzeyleri ölçülmektedir. Tedavi başlanmayan olgular da dahil olmak üzere tüm olgular birinci yıl sonunda telefon görüşmesi ile sorgulanmaktadır (telefon görüşmesi yapılamayan olgular sigarayı içen grup olarak kabul edilmiştir).

Olgular tedavi başlanan ve başlanmayan olarak iki gruba ayrılmış ve olguların özellikleri bağımsız Student's t-testi ile karşılaştırılmıştır. NRT etkinliğinde ise ki-kare testi kullanılmış ve veriler bilgisayar ortamında SPSS 10.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Polikliniğimize bugüne kadar başvuran hasta sayısı 839 iken, bu olguların 634'ü birinci yıl kontrollerini tamamlamış olgulardı (Tablo 1).

Başvuru sonrası ilk kontrolleri yapılan ve bu sırada ilk tetkikleri istenen olgulardan tetkiklerini yaptırıp ikinci kontrole gelen (herhangi bir kontrendikasyonu olmayan) ve tedaviyi kabul eden 297 (%46.8) olguya NRT başlanmıştır. Üçyüzotuzüç (%53.2) olguya ise NRT uygulanamamıştır. Olguların başlangıç ekshale edilen havadaki CO değerleri  $23.77 \pm 13.77$  ppm iken, 15. günde sigara içmeyen olgularda  $4.8 \pm 5.5$  ppm olarak bulunmuştur. Olguların 15. gün ve birinci yıl sonunda sigara bırakma oranları Tablo 2'de verilmiştir.

Onbeşinci gün ve birinci yıl sonunda sigara bırakma oranlarında cinsiyet açısından fark olmadığı görüldü (Tablo 3).

Erken dönem sigara bırakma oranlarının bir yıllık başarı oranlarına etkisine baktığımızda; ilk 15 gün sigara içmeyen 185 olgunun 98 (%52.9)'inin birinci yıl sonunda da sigara içmediği, oysa ki ilk 15 gün sigara içen 449 olgudan yalnızca 26 (%5.7)'sının birinci yıl sonunda sigara içmediği görülmüştür.

**Tablo 1. Olguların genel özellikleri.**

	Toplam hasta	NRT uygulanan	NRT uygulanmayan
Bir yılı tamamlayan	634	297 (%46.8)	337 (%53.1)
Erkek	318 (%50.15)	145	173
Kadın	316 (%49.85)	152	164
Yaş	$43.46 \pm 11.99$ (15-77)	$44.15 \pm 11.3^*$	$42.45 \pm 13.2$
Sigara miktarı (paket/yıl)	$32.86 \pm 26.74$	$31.9 \pm 24.2^*$	$33.1 \pm 27.1$
Fagerström nikotin bağımlılık testi	$5.72 \pm 2.61$	$5.85 \pm 2.75^*$	$5.66 \pm 2.36$

\*  $p > 0.05$ .

NRT: Nikotin replasman tedavisi.

**Tablo 2. Olguların sigara bırakma oranları.**

	NRT kullanan (n= 297)	Tedavisiz (n= 337)	Toplam (n= 634)
Onbeşinci gün	145 (%46.8)*	40 (%11.8)	185 (%29.1)
Birinci yıl	100 (%33.6)*	37 (%10.9)	137 (%21.6)

\*  $p < 0.05$ .

NRT: Nikotin replasman tedavisi.

**Tablo 3. Sigara bırakma oranlarının cinsiyete göre dağılımı.**

	Kadın (316)	Erkek (318)
Onbeşinci gün	90 (%28.4)*	95 (%29.8)
Birinci yıl	66 (%20.8)*	71 (%22.3)
p> 0.05		

Birinci yıl sonunda sigara içmeye devam edenlerin başlangıç değerlendirmesindeki toplam sigara içme miktarı  $31.9 \pm 26.4$  paket/yıl iken, sigarayı bırakmayı başaranlarda ise bu rakam  $38.3 \pm 25.7$  paket/yıl idi. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ).

Olguların tedavi uyumuna baktığımızda ise 244 (%82.1)'ünün ilk iki hafta, 155 (%52.1)'inin ilk dört hafta ve 69 (%23.2)'unun 12 hafta nikotin bantı kullandığı görülmüştür.

Sigarayı bırakan olgularda en sık görülen yan etkiler gerginlik, sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, kabızlık ve uyku hali iken, bu bulgular nikotin replasmanı uygulanmayan olgularda daha sıkı. Nikotin replasmanına bağlı olarak görülen en sık yan etkiler ise lokal cilt reaksiyonları, uykusuzluk ve baş ağrısı idi (Tablo 4). Bir olguda ise, devam eden nikotin yoksunluk semptomları nedeniyle, bir yıldan uzun süre nikotin bantı uygulaması gerekmiştir.

## TARTIŞMA

Sigarayla mücadele son yıllarda tüm dünyada giderek artan bir öneme sahip olmaktadır. Bu konuda yayınlanan konsensusların tümünde hastanın sigara açısından sorgulanması, sigara ve bırakma konusunda bilgilendirilmesi, hasta bırakma kararını verdikten sonra farmakolojik tedavi uygulanması ve hastaların düzenli izlenmesi öngörülmektedir (8,9,11-14). Toplum sağlığı açısından baktığımızda ilk basamak sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimlerin sigara bırakmadaki rolü çok önemli olmakla birlikte, özel sigara bırakma polikliniklerinin kurulmasının kolay, etkinliğinin oldukça iyi olduğu ve başarı oranlarını da arttırdığı bilinmektedir (9,15,16). Kendi kendine sigarayı bırakmayı deneyenlerde ise uzun süreli başarının %10'lardan az olduğu bildirilmiştir (17).

Polikliniğimizdeki bir yıllık başarının nikotin replasmanı uygulanan ve uygulanmayan 634 olguda toplam %21.6 olması, özel sigara polikliniklerindeki başarı oranının yüksekliğini destekler durumdur.

2000 yılına kadar yayınlanan tüm konsensuslarda farmakolojik tedavi olarak nikotin replasmanı önerilmekte idi. Hangi nikotin formunu kullanılacağı konusunda kesin bir görüş belirtilmemekle birlikte en sık kullanılan formlar transdermal flaster ve sakız olmuştur. Son yayınlanan konsensuslarda ise nikotin replasmanının yanın-

**Tablo 4. Tedavi sırasında görülen yan etkiler.**

Yan etkiler	NRT uygulanan		Tedavisiz		Toplam (n= 634)
	Toplam (n= 297)	Sigarayı bırakan (n= 100)	Toplam (n= 337)	Sigarayı bırakan (n= 37)	
Lokal cilt reaksiyonları	41 (%13.8)	13 (%13)	0	0	41 (%6.4)
Gerginlik, sinirlilik	19 (%6.3)	10 (%10)	35 (%10.3)	12 (%35.1)	54 (%8.5)
Kolda yanma, miyalji	13 (%4.3)	3 (%3)	0	0	9 (%1.9)
Konsantrasyon güçlüğü	13 (%4.3)	3 (%3)	34 (%10.0)	9 (%31.0)	47 (%7.4)
Uykusuzluk	12 (%4.0)	3 (%3)	7 (%2.0)	1 (%3.4)	19 (%2.9)
Kabus görme	11 (%3.7)	5 (%5)	3 (%0.08)	2 (%5.4)	14 (%2.2)
Kabızlık	11 (%3.7)	5 (%5)	9 (%2.6)	5 (%13.5)	20 (%3.1)
Baş ağrısı	11 (%3.7)	5 (%5)	0	0	11 (%1.7)
Uyku hali	7 (%2.3)	3 (%3)	11 (%3.2)	7 (%20.1)	18 (%2.8)
Ağızda aft	3 (%1.0)	0	3 (%0.8)	1 (%3.4)	6 (%0.9)
Nikotin bantı bağımlılığı	1 (%0.3)	1 (%1)	0	0	1 (%0.15)

da bupropion da önerilmekte, bu ikisi arasında tercih belirtilmemektedir (8,9). Çalışmamızda transdermal nikotin formunun kullanılmasının nedeni, o dönemde ülkemizde bulunan sigara bırakma için kullanılabilir tek ilaç olmasıdır. Nikotin bantları, nikotin sakızlarından sonra en sık kullanılan nikotin formudur. Yapılan birçok çalışmada oldukça etkin oldukları gösterilmiştir (15,18,19). Onyedici çalışmanın incelendiği meta-analizde altı aylık başarı oranları nikotin bantları ile %22, plasebo ile %9 olarak bulunmuştur (19). Çalışmamızda da nikotin replasmanı uygulanan gruptaki bir yıllık başarının %33.6 ve tedavisiz grupta %10.9 olması yukarıdaki bulgularla benzerlik göstermektedir. Hastaların ilk başvurularından sonra hemen NRT'nin başlanmaması ve bazı laboratuvar tetkiklerinin istenmesinin bir nedeni de nikotin replasmanı için bir kontrendikasyonun olup olmadığının saptanması yanında, hastalara sigarayı bırakma konusundaki kararlarını tekrar düşünme fırsatı verme ve gerçekten bırakmayı isteyenlerin gelmesini sağlamaktır. Böylece kararsız hastaların elimine edilmesi sağlanmakta bu da poliklinikteki iş yükünün azalması yanında başarı oranlarının da artmasını sağlamaktadır. Ülkemizde Uzaslan ve arkadaşlarının çalışmasında motivasyonel destek ve yakın izlem ile bir yıllık %40 başarı elde edilmiştir. Bu çalışmada yalnızca 12 olguya nikotin replasmanı uygulanmıştır (20). Nikotin bantı uygulanmayan grubun da aynı zamanda çoğunlukla tıbbi kontrendikasyon nedeniyle tedavi başlanamayan olgular dışında- düzenli kontrole gelmeyen ya da kararsız kişilerden oluşması, tedavi uygulanan gruptaki başarı oranımızın yalnızca nikotin replasmanına bağlanamayacağını göstermektedir. Tedavi uyumuna baktığımızda ise olguların %82.1'inin ilk iki hafta düzenli nikotin bantı kullandığı ancak 12 haftanın sonunda bu oranın %23.2'ye düştüğü görülmektedir. Westman ve arkadaşlarının çalışmasında da dördüncü haftanın sonunda %72 olan kompliyansın altıncı haftanın sonunda %13'e düştüğü belirtilmiştir (21). "European CEASE Trial" çalışmasında ise iki hafta sonunda %83-86 olan kompliyansın 12 haftanın sonunda %57-64'e düştüğü görülmüş (22). Ancak sigarayı bırakma ya da relapsların genelde ilk birkaç haftada oluştuğu bu nedenle uzun süreli tedavinin çok gerekli olmadığı da bilinmektedir (9). Bunun yanında yoksunluk belirtileri süren hastalarda tedavinin

uzatılabileceği bildirilmektedir (8). Bizim de bir olgumuzda bir yıldan uzun süre nikotin replasmanı yapmamız gerekmiştir. Uzun dönem başarısını etkileyen faktörlerden birinin kişinin ilk iki haftada sigara içip içmemesi olduğu bildirilmiştir (23,24). Erken dönemde içilen bir tek sigaranın bile, uzun dönemde başarı oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir. Kenford ve arkadaşları transdermal flasterlerle yaptıkları bir çalışmada, altıncı ayın sonunda sigarayı bırakma oranının tedavinin ikinci haftasında içilen sigara ile ters orantılı olduğunu göstermiştir. İkinci haftada sigara içenlerin %97'sinin altıncı ayın sonunda da sigara içtikleri, ikinci hafta sigara içmeyenlerin ise %41'inin altıncı ayı sonunda da sigara içmediği gösterilmiştir (23). Çalışmamızda da benzer şekilde ilk 15 gün sigara içmeyen olguların %52.9'unun birinci yıl sonunda da sigara içmedikleri, ilk 15 gün içinde sigara içenlerin ise yalnızca %94.3'ünün birinci yıl sonunda da sigara içtikleri görülmüştür.

Polikliniğimizde her başvuran hastaya sigaranın zararlarıyla ilgili kısa bir eğitim ve hasta el kitabı verilmesi de genel başarıyı arttırıcı unsurlardır. Nikotin replasman tedavisini kabul etmeyen bir grup hastada hemşireler tarafından uygulanan motivasyonel destek programının bir yıllık sigara bırakma başarısını %3.6'dan, %8.7'ye çıkardığı gösterilmiştir (25).

Her ne kadar bazı çalışmalarda sigara bırakmada erkeklerin daha başarılı olduğu belirtilse de çalışmamızda hem erken hem de uzun dönem başarıda kadın erkek arasında fark bulunmamıştır (24).

Sigarayı bırakma sırasında görülen yan etkilere baktığımızda ise; bunların bir kısmının nikotin eksikliğine bağlı yakınmalar olduğunu, bir kısmının ise NRT'den kaynaklandığını söyleyebiliriz. Nikotin eksikliğine bağlı görülen en sık yakınmaların, gerginlik, sinirlilik ve konsantrasyon güçlüğü olduğu görülmektedir. Bu yakınmalar NRT uygulanmayan grupta daha sık görülmüştür. NRT'nin bu yakınmalar üzerinde etkili olduğunu söyleyebiliriz. NRT uygulanan bir kısım olguda da benzer yakınmaların görülmesi bu olgularda nikotin dozunun yetersiz kalmasından olabilir. Kabızlık ve uyku hali de nikotin eksikliğine bağlı görülen diğer yan etkilerdir. Nikotin bantı ile sigarayı bırakan grupta bant kullanmayanlara oranla daha az görüldü. Nikotin bantına bağlı

olarak en sık görülen yan etkiler ise lokal deri reaksiyonları, kolda yanma, ağrı ve baş ağrısı idi. Yine sigarayı bırakan dört olguda ortaya çıkan ağız içi aftöz lezyonlar oldukça inatçı seyretmiştir. Uygulanan lokal antiinflamatuvar tedavilere ya da yüksek doz B vitaminine (B<sub>1-6</sub>) yanıt alınamamıştır. Bu olguların hepsi tekrar sigaraya başlamış ve lezyonlar kendiliğinden kaybolmuştur. Olguların tekrar sigarayı bırakmayı denemelerinde lezyonların yeniden ortaya çıktığı görülmüştür. Genel olarak yan etki sıklığının az olduğunu ve ciddi yan etkiler olmadığını söyleyebiliriz. Benzer şekilde "European CEASE Trial"de de yan etki düşük oranda bildirilmiş en sık olarak da baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı, kusma ve lokal deri reaksiyonlarından söz edilmiştir (22). Hurt ve arkadaşlarının çalışmasında da lokal deri reaksiyonları sıklıkla bildirilirken, daha az olarak baş ağrısı, bulantı, kusma ve uyku problemleri bildirilmiştir (26).

Sonuç olarak; özel sigara bırakma polikliniklerinin hasta eğitimi ve yakın takip ile birlikte NRT uygulanmasının düşük yan etki profili ile güvenli bir yöntem olduğunu ve bir yıllık sigara bırakma başarısını arttırdığını söyleyebiliriz.

#### KAYNAKLAR

1. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 90-9.
2. Mackay J, Crofton J. Tobacco and the developing world. *Br Med Bull* 1996; 52: 206-21.
3. American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 861-5.
4. Dağlı E. Are low income countries targets of the tobacco industry? *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 113-8.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults- United States, 1995. *MMWR* 1997; 46: 1217-20.
6. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress; a report of the Surgeon General. Rockville MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989; DHHS Publication No. (CDC) 89-8411.
7. Goldstein MG, Niaura R, Willey-Lessne C, et al. Physicians counseling smokers: A population-based survey of patients perceptions of health care provider-delivered smoking cessation interventions. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1313-9.
8. A US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 283: 3244-54.
9. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax* 2000; 55: 987-99.
10. Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53: 1-38.
11. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff. The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. *JAMA* 1996; 175: 1270-80.
12. Hughes JR, Fiester S, Goldstein MG, et al. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1-31.
13. European Medical Association Smoking or Health. Guidelines on smoking cessation for general practitioners and other health professionals. *Monaldi Arch Chest Dis* 1997; 52: 282-4.
14. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998; 53: 1-19.
15. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994; 343: 139-42.
16. Nardini S. The smoking cessation clinic. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55: 495-501.
17. Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002; 346: 506-12.
18. Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, et al. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest* 1994; 105: 524-33.
19. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271: 1940-7.
20. Uzaslan E, Özyardımcı N, Karadağ M, et al. The physicians intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Ann Med Scien* 2000; 9: 63-9.
21. Westman EC, Levin ED, Rose JE. The nicotine patch in smoking cessation. A randomized trial with telephone counseling. *Arch Intern Med* 1993; 153: 1917-23.
22. 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.
23. Kenford LS, Fiore MC, Jorenby DE, et al. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271: 589-94.
24. Gourley SG, Forbes A, Marriner T, et al. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. *Br Med J* 1994; 309: 842-6.
25. Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: A randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996; 9: 2351-5.
26. Hurt DR, Dale LC, Fredrickson PA, et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. One year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA* 1994; 271: 595-600.