

## Birinci Basamakta Sigara Bırakma Danışmanlığı

Dr. B. Murat YALÇIN<sup>1</sup>, Dr. E. Melih ŞAHİN<sup>2</sup>, Dr. Cahit ÖZER<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, SAMSUN

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, EDİRNE

- ✓ Sigara içenlerin kendi sağlık durumlarını düzeltmek için yapacakları en iyi şey basitçe bu alışkanlığı bırakmalarıdır. Ancak, sigarayı bırakanların sadece %10 kadarı tek başına bunu başarmakta, diğerleri profesyonel yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu makalede güncel davranışsal ve farmakolojik sigara bırakma yöntemleri gözden geçirilerek birinci basamak hekimlerine yol gösterilmesi amaçlanmıştır. Tek başına, birinci basamak hekiminin sigara bırakma önerisi bireylerin %6'sının sigarayı bırakmasına sebep olmaktadır ve bu, erişkinlerinin %40'ı sigara kullanan ülkemiz için büyük bir orandır. Sigarayı bırakmak isteyenler, dünsel hazırlıklarına göre beş gruba ayrılmaktadır (düşünmeyenler, düşünenler, hazırlananlar, deneyenler ve sürdürenler). Çalışmalarda çeşitli davranışsal ve farmakolojik tedavilerin beraber kullanımları ile en iyi sonuçların alındığı ileri sürülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Sigara, birinci basamak, sigara bırakma, davranış tedavisi, nikotin replasman tedavisi

✓ **The Smoking Quittance Counselling In Primary Care**

Smoker's best thing to promote their health condition is simply to quit smoking. Only 10% percent of the ex-smokers success in quitting smoking by themselves while others need professional help. In this article we aimed to guide primary care physicians by reviewing the recent behavioural and pharmacological approaches in counselling smoking quittance. Only with the quittance suggestion from their primary care physician, 6% of the individuals quit smoking and this is a huge ratio as 40% of the adult population in our country is currently smoking. By their cognitive prepare of quittance the smokers are divided into five separate groups (precontemplators, contemplators, preparation stage, action stage, maintenance stage). In the previous studies it has been claimed that the best results could be obtained when the behavioural and pharmacological approaches applied together.

**Key words:** Smoke, primary care, smoking quittance, behavioural therapy, nicotine replacement therapy

### GİRİŞ

Sigara günümüzün en önemli toplum sağlığı sorunlarından birisidir<sup>(1)</sup>. Gelişmiş ülkelerde erkeklerin %30-50'i kadınların ise %20-40'ı sigara kullanırken, gelişmekte olan ülkelerde ise aynı oran erkeklerde % 40-60, kadınlarda % 2-10 arasındadır<sup>(2)</sup>. Dünyada halen doğrudan sigaraya bağlı olarak her yıl 4 milyon kişi ölmektedir. 2025 yılında bu rakam 10 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bugün bu ölümlerin yarısı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşirken 2010 yılında ölümlerin %75'i gelişmekte olan ülkelerde olacaktır<sup>(3)</sup>. Sigara-

nın içinde belirlenebilmiş 4000 kadar toksin vardır. Bu toksinler karsinogenetik etkiye (kattan, benzoprien, polisiklik hidrokarbonlar ve nitrozamin), ganglionik uyarı ve depresyona (nikotin), tümör promosyonu ve irritasyona (fenol, nikotin), sillier toksisiteye (formaldehit ve azot oksitleri) neden olmaktadır<sup>(4)</sup>. Sigara bronş, akciğer, larinks, özefagus, ağız boşluğu, mesane, pankreas gibi birçok kanserin etyolojisinde baş sorumluyken, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), atheroskleroz, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), miyokard enfarktüsü (MI), serebrovasküler hasta-

lıklar (SVH), peptik ülser gibi akut ve kronik hastalıkların oluşumunda en önemli bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir<sup>(5-87)</sup>.

Tütün kullanımı geri çekilme sendromu olan bir bağımlılıktır<sup>(9)</sup>. Bu bağımlılığın psikolojik ve nikotinden kaynaklanan maddesel olmak üzere iki unsuru mevcuttur. Başlamada nikotinin etkisinden çok psikolojik faktörler rol oynamaktadır. İlk içilen sigaralar genellikle lise mezuniyet çağından hemen öncedir. Bu dönemde deneme amaçlı içilen sigaralar alışkanlığın oturmasında etkilidir<sup>(10)</sup>. Deneme süresini takiben kişi sigara içme isteğini kontrol edemediğinden belirli bir düzenle aynı zaman aralıklarında maddeyi istem dışı (kompulsif) kullanmaya başlar. Kompulsif madde kullanımının temelinde edinimsel ve klasik şartlanma rol oynamaktadır. Klasik şartlanmada ödül gerektiren davranışın tekrarlanma sıklığının artması gerekmektedir. Sigara kullanıldıktan sonra nikotin insan beynini etkileyerek hoşla gitme duygusu uyandırmakta ve kişide ödül duygusunu oluşturarak daha sık sigara kullanmaya şartlanmaktadır. Sigara kullanımı, sigara paketini satın almak, jelatinini açmak, sigarayı çıkarmak, çakmak veya kibrit benzeri bir araç bulundurup kullanmak, dumanı seyretmek ve içine çekmek gibi bir dizi törensel davranışı içerir. Bu eylem ve durumlar bir süre sonra ödül ileticisi uyarılar gibi etki göstermekte ve alışkanlığı pekiştirmektedir<sup>(11)</sup>.

Nikotin, sigaranın maddesel bağımlılık etkenini oluşturmaktadır. Tekrarlayan nikotin kullanımına karşılık nöronlar adapte olarak maddeye tolerans sağlarlar, dolayısıyla doz ve kullanımı sıklaştırarak fiziksel bağımlılığı artırır. Spontan alkol çekilmesi haz merkezi Nucleus Accumbens'de %30-40 dopamin azalmasına yol açarken nikotin çekilmesinde bu oran %25 civarındadır<sup>(12)</sup>. Nikotin çekilmesi belirtileri olarak disforik veya depresif duygu durumu, insomnia, irrabilite, sinirlenme veya öfke, anksiyete, düşüncelerini yoğunlaştırmama, huzursuzluk, bradikardi, iştah artışı ve kilo alma izlenebilmektedir<sup>(13)</sup>.

Sigara bıraktırma danışmanlığı da sigara-

nın bağımlılığı kadar karmaşık ve zor bir süreçtir. Sigaraya karşı verilen uğraşta tüm sağlık çalışanlarının çabasına ihtiyaç duyulduğu bir gerçektir. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının sigara bağımlılığı %47-59 arasında bulunmuştur<sup>(14,15)</sup>. Bu kadar yaygın olan sigara alışkanlığı ile mücadelede ülkemizdeki en büyük hekim kitlesini oluşturan birinci basamak hekimlerine son derece önemli görevler düşmektedir. Böyle bir hizmet verebilmek için ilk olarak mücadele yapılacak yerin ve görevlilerin bu ihtiyaçlara cevap verebilecek durumda olması gerekmektedir. ABD'de ulusal kanser enstitüsü tarafından belirlenen böyle bir sağlık merkezi ortamı için gereken koşullar tablo I'de gösterilmiştir<sup>(16,17)</sup>.

**Tablo I:** Sigarasız Sağlık Kuruluşu İçin Amerika Ulusal Kanser Enstitüsünün Önerileri.

- |  |
|--|
| 1. Ofis/Ocak personeli ve doktorlar sigara kullanmamalı  |
| 2. Ofiste/Ocakta personelin sigara kullanmaması genel ve taviz verilmeyen bir politika olarak kabul edilmeli                   |
| 3. Duvarlarda sigara bırakılması pratiği ile ilgili olanakları öneren afiş ve tablolar olmalı                                  |
| 4. Sigara bırakılması ile ilgili hasta eğitim materyali temin edilmeli   |
| 5. Diğer sağlık personelinin sigara bırakılması pratiklerine iştiraki sağlanmalı ve bunlar gerekli yardımı hastaya sunabilmeli |
| 6. Her hasta ziyaretinde sigara kullanımını sorgulayan bir sistem oluşturulmalı  |
| 7. Hasta kartlarında sigara kullanımı hakkında bilgi olmalı işaretlenmeli  |
| 8. Hastaların sigara kullanım durumları takip edilebilmelidir.   |

Rutin hasta görüşmelerinde her hastaya sigara kullanıp kullanmadığı sorularak, içenlere sigaranın zararları anlatılmalıdır. Birinci basamakta, sigara kullanan hastalara sadece sigara bırakma önerisi, bu kişilerin %6'sının alışkanlıklarından kurtulmalarını sağlamaktadır. Bu öneriyle beraber mantıklı şekilde sigaranın zararları anlatılırsa başarı oranı daha da arttığı gözlenmiştir<sup>(18)</sup>. Sigara kullanım yaygınlığı göz önüne

alındığında bu büyük bir orandır. Hastaların sigara bağımlılığının değerlendirilmesi amacıyla bir çok pratik test kullanılmaktadır. Fagerström bağımlılık testi bunlar arasında en sık baş vurulandır<sup>(19)</sup>.

Sigarayı bırakmak farklı aşamaları olan bir değişim süreci olarak algılanabilir<sup>(20)</sup>;

1. Bırakmayı düşünmeyenler (Precontemplators)
2. Bırakmayı düşünenler (Contemplators)
3. Bırakma hazırlığı aşaması içinde olanlar (Preperation Stage)
4. Bırakmayı deneme aşamasında olanlar (Action Stage)
5. Bırakmayı sürdürme aşamasında olanlar (Maintance Stage)

Sigara bıraktırma pratiğinde davranış ve medikal tedavi öğeleri birbirleriyle eş zamanlı olarak uygulanmalıdır.

#### **Bırakma aşamalarına göre davranış tedavileri:**

**Bırakmayı düşünmeyenler:** Bu kişiler sigara kullanıp altı ay içinde sigarayı bırakmayı düşünmeyenlerden oluşmaktadır. Bu gruptakiler sigaranın avantajlarını içme sonucu oluşabilecek dezavantajlardan daha fazla görme eğilimi içindedirler. Bu konuda bilgi almak ve iletişim kurma ihtiyacı içinde değildirlir. Bu aşamada yapılacak şey sigara alışkanlıkları ve imajları konusunda ne düşündüklerini onlarla tartışmaktır. Davranış terapisi için alt yapı değişiklikleri yapılmaya çalışılır ve bir sonraki aşama için mesajlar verilir<sup>(21)</sup>.

**Bırakmayı düşünenler:** Altı ay içinde sigarayı bırakma amacında olanlardır. Bu aşamada hasta sigaranın zararlı bir şey olduğunu kabul etmiştir. Sigara ile ilgili daha yoğun bilgi verilir sigarasız bir hayatın ve sağlığın nasıl olacağı hasta ile tartışılır.

**Bırakma hazırlığı aşamasında olanlar:** Geçen bir yıl içinde en az bir kez bırakma denemesi yapmış gelecek bir ay içinde bırakma niyetinde olanları kapsar. Bu aşamadaki hastalar için davranış terapileri nikotin replasman ve diğer medikal tedaviler konuşulur. Hasta ile doktor arasında bu aşamada bir anlaşma ze-

mini hazırlanır. Bu esnada hasta ile bir eylem planı hazırlanarak aşağıdaki davranış değişiklikleri uygulanmaya çalışılır:

1. Tam olarak sigarayı bırakma tarihi belirlenin ve hatta kişinin imzasını alın. Bu tarihin doğum günü, evlilik yıl dönümü gibi hastanın motivasyonunu arttırıcı anlamlı bir gün olarak seçilmesine özen gösterilmesi iyi sonuçlar vermektedir.

2. Davranışçı terapilerden birisi de hastaya ne için sigara içmeyi bırakmak istediğini önem sırasına göre bir kağıda yazdırıp, kişinin sürekli bu kağıdı yanından bulundurup içme isteği geldiğinde çıkarıp okumasını öğütlemektir. Kişinin kararlılığını motive etmek için bu önlem oldukça etkili olacaktır.

3. Kişinin kendi sigara içme eylemini incelemesini sağlayın. Hangi durumlarda ve ortamlarda sigaraya ihtiyaç duyuyor, kaydetmesini isteyin. Kişiyi sigaraya karşı zayıf olduğu anlara karşı öz bilincinin oluşmasını sağlayın ve mümkün olduğunca bu durumlardan kaçınmasını isteyin.

4. Sigara bırakılması için hastanın sosyal çevresinden faydalanmaya çalışın. Hastanın ailesinin, iş ve sosyal çevresindeki belirli özel insanların sigara bırakma eylemi ve bırakmanın kesin tarihinden haberli olmalarını sağlayın. Bu insanlarla (eş, kardeş, çocuk, patron, iş yeri arkadaşları v.b.), görüşerek hastaya yardımcı olmalarını isteyin. Benzeri hastaların bırakma eyleminden sonra grup terapisine katılması faydalı olabilir<sup>(22)</sup>.

5. Hastayı, çevresini hazırlaması için uyarın. Hastaya sigara ve tütün mamulleri, kül tablaları, çakmak gibi sigara içme eyleminin içinde kullandığı her türlü malzemeyi evinden, arabasından, iş yerinden uzaklaştırmasını anımsatın ve denetleyin. Çalışma ortamını da mümkün olduğunca görün ve modifiye edin.

6. Hastaya, sigara bırakma eyleminden sonra en çok etkilenecekleri kilo alımı, geri çekilme semptomları, içme isteği ve bu istekle nasıl baş edebileceği vb. konulardaki bilgileri verin, hastanın kendi endişelerini dinleyin, ihtiyacı olacak bilgileri vererek endişelerini gidermeye çalışın<sup>(23)</sup>.

**Bırakmayı deneme aşamasında olanlar:**

Bu evre bırakma günü ile başlar. Geri çekilme belirtilerine karşı gerekiyorsa medikal nikotin replasman tedavisi başlatılır. Replasman tedavisine oldukça ek yararı bulunan antidepresan Bupropion da tedavide tercih edilecekse bu aşamadan bir hafta önce başlanılmalıdır. Hasta sık ofis vizitelerine çağrılarak, yardımcı personel veya doktor şahsen hastayı telefonla arayarak kişinin karşılaştığı problemler üzerinde yoğunlaşmalıdır<sup>(24)</sup>.

**Bırakmayı sürdürme aşamasında olanlar:** Bırakma eyleminin devamının sağlanacağı dönemdir. Bu evrede kişinin sigara içme isteğinin önüne geçilmesine yardımcı olunmalıdır. Sigara içme isteği krizleri 3-5 dakika sürer. Hastaya bu krizlerin geçici olacağını söylemek ve bu durumda işe yarayacak mantıklı önerileri beraberce belirlemek gerekir. Bu aşamada kişiye önerileriniz:

- “O anlarda yanınızda bulundurduğunuz sigarayı niçin bırakmak istediğinizi yazdığınız kağıdı okuyun”,
- “Bulduğunuz yeri değiştirin”,
- “Patronun kim olduğunu sigaraya gösterin”,
- “10-15 dakika egzersiz yapın veya yürüyün. Size içme isteği uyandıran yerden veya durumdan uzaklaşın” şeklinde olabilir.

Bu evrede kullanmak üzere derin nefes egzersizini hastaya daha önceki bir dönemde öğretin. Bu teknikte önce sekize kadar sayarak tek bir yavaş ve derin inhalasyon ve aynı şekilde ekspirasyon birkaç dakika kadar sürdürülür. Gerginlik ve anksiyete ile baş etmenin iyi bir yolu da egzersiz yapmaktır. Vital kapasite artışı ile sağlığın düzeldiğine karşı kişideki izlenim bu sayede oldukça pekişecektir. Kilo alma sorununa karşı kişiye bunun sağlıklı olmakla ilgili bir durum olduğunu anlatmak ve iştah artmasına karşı yakın çevresinde yeşil sebze ve meyve bulundurmasını sağlamak iyi sonuç verecektir. Bu evrede hasta kontrolü ve evinden telefonla arama ile başarı şansı artırılmaya çalışılır<sup>(25)</sup>.

Sigara söz konusu olduğunda kısa vadede başarı beklemenin iyimserlik olacağını hekimin bilmesi önemlidir tüm bırakma eylemleri

içinde de ilk denemede başarılı olanların ancak %5 oranında olduğu bir gerçektir. Yeniden başlama (relaps) sigarayı bırakmış bir bireyin günde en az bir kez olmak üzere yedi gün üst üste sigarayı içine çekmesidir. Bu duruma ulaşmamış denemeler ise kaçamak (slip) olarak adlandırılır. Böyle başarısız bir bırakma eyleminden sonra kişi suçluluk duygusuyla karışık hafif bir depresyon ve güçsüzlük duygusu durumu içine girer. Genellikle ilk 6 ile 12 ay içerisindeki vakalarda relaps izlenmektedir<sup>(26)</sup>. Böyle durumlarda hasta bir dahaki vizite kadar sigara kullanabilir ve sigaraya karşı bakış açısı değişebilir. Yapılacak şey kişinin sigara bırakmaya karşı tavrının ne aşamada olduğunu tekrar anlamak, kişinin nerede başarısız olduğunu tespit etmek ve bir sonraki sefere kişinin daha hazırlıklı olmasını sağlamaktır.

**Farmakolojik Tedavi:**

Hastalardaki fiziksel bağımlılığın ana ögesi ni nikotinin kandan geri çekilmesi oluşturmaktadır. Normalde inhale edilen bir sigara ile nikotin birkaç saniye içinde beyine ulaşır<sup>(27)</sup>. Nikotinin kandaki seviyesi her 2-3 saatte bir düşer. Bu aşamada şiddetli geri çekilme semptomları ortaya çıkabilir. Sigarayı bırakan birinde bu semptomlar en şiddetli olarak ilk 3-4 haftada izlenebilmektedir. Bu belirtiler arasında disforik ve depresif duygu durumu, çabuk sinirlenme, huzursuzluk, anksiyete, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, kalp atım hızında düşme, iştah artışı veya kilo alma sayılabilir. Sigara bırakma ile ortalama 2,1 kg kilo alınabilir<sup>(28,29)</sup>. Çekilme belirtileri başladığında nikotin replasman tedavisi oldukça faydalı olacaktır<sup>(30)</sup>. Nikotinin flaster, çiklet, inhaler, ve nasal sprey formları vardır. Nikotin replasman tedavisinin özeti tablo II’de görülmektedir.

Antidepresan ilaçlardan Bupropion nikotin replasman tedavisinde başarı yüzdelerini arttırmaktadır. 12 aylık terapide tek başına başarı oranı %30, nikotinle kombine olarak %36 bulunmuştur<sup>(31)</sup>. Sigara içme isteğinin bastırılmasındaki etkisi tam olarak bilinmese de norepinefrin, serotonin, ve dopamin geri emilimini inhibe eder. Sigarayı bırakma gününden 1-2 hafta önce başlangıç için 3 gün 150 mg ola-

**Tablo II:** Nikotin geri çekilmeleri için gerekli replasman tedavisi

Veriliş Şekli	Başlangıç dozu	İdame dozu	Tedavi süresi
<b>Patch (Flaster)</b>	Her gün için bir flaster (bağımlılık derecesine göre 21, 14, 7 mgr başlanır.)	4-8 haftada bir alt doza geçilir.	8-12 hafta
<b>Çiklet (4 mgr )</b>	Günde 10-15 tane	Günde 8-5 adet	8-12 hafta
<b>İnhaler</b>	Günde 4 inhalasyon	Günde 4 inh. daha azaltarak	8-12 hafta
<b>Nazal sprey</b>	Saatte 4 spey	Günde 8-80 arası daha azaltarak	8-12 hafta

rak başlanıp daha sonra günde iki kez 150 mg dozuna çıkılır. Genellikle 12 hafta tedavi yeterli olmaktadır<sup>(32)</sup>.

Sonuçta sigara başlanması kolay ancak bırakılması zor bir alışkanlıktır. Sigara ile savaşta en etkin yöntem sigaraya başlamaya engel olmaktır. Fakat bu bağımlılığı taşıyanlara sağlanacak tıbbi yardım da çok değerlidir. Görüldüğü üzere hekim sigara bağımlısına ancak yol gösterebilmekte ve tedavinin başarısının çoğu bağımlı kişinin isteği, motivasyonu, kararlılığına bağlı kalmaktadır. Doktorlar sigara konusunda gerçekleri bildiklerinden hastalarının iyiliği için sigara konusunda en önemli muhalif grup olmak zorundadırlar. Mümkün olabilecek her koşulda sigara ile mücadele etmek gerekmektedir ve hastaların doktorla en çok karşılaştığı yer olan birinci basamakta bu mücadelede en kritik yerlerinden biridir<sup>(33)</sup>. Yurtdışında gelişmiş ülkelerde sigaraya karşı ciddi çalışmalar sürdürülmesi sayesinde sigaraya başlama oranları düşürülürken ülkemizde sigaraya başlama oranı her gün artmaktadır. Bu da yıllar içinde sağlık sistemimize tahmin edeceğimizden daha da fazla yük ekleyeceği açıktır. Kaynaklarını dikkatli yönlendirmek zorunda olan ülkemiz için bu durum daha da önem kazanmaktadır.

**Geliş Tarihi** : 15.12.2003

**Yayına kabul tarihi** : 16.09.2004

**Yazışma adresi:**

Dr. B. Murat YALÇIN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

(Tıp Eğitimi Birimi)

55139 Kurupelit, SAMSUN

## KAYNAKLAR

1. Yach D. Tobacco control: From concern for the lung to global political action. *Thorax* 2001; 56: 247-248.
2. World Health Organisation. The world health report 1999: International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. Geneva: World Health Organisation 1999.
3. WHO.org [homepage on the internet] Mayo report on addressing the worldwide tobacco epidemic through effective, evidence based treatment. Report of an expert meeting. Rochester 1999. Available from: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/mayo>
4. Gray N, Kozlowski LT. More on the regulation of tobacco smoke: how we got here and where next? *Ann Onc* 2003; 14: 353-357.
5. Ernster VL. Trends in smoking, cancer risk and cigarette promotions, current priorities for reducing tobacco exposure. *Cancer*, 1988; 62: 1701-1712.
6. Benfante R, Reed D, Frank J. Does cigarette smoking have an independent effect on coronary heart disease incidence in elderly? *Am J Public Health* 1991; 81: 897-899.
7. McNeill A. Harm reduction. *BMJ* 2004; 328: 885-887
8. Fielding JE, Phenow KH. Health effects of involuntary smoking. A meta analysis on the effects of passive smoking. *N Eng J Med* 1998; 319: 1452-1457.
9. American Psychiatric Association. Diagnostik and statistical Manual of mental disorders. DSM IV (revision). Washington DC, American Psychiatric Association 1995.
10. Jones NS, Jacobson PD, Lantz PM, et all. Combating teen smoking research and policy strategies. *Tob Control* 2002; 11: 165-166.
11. Luty J. Nicotine addiction and smoking cessation treatments. *Adv Psychiatr Treatment* 202; 8: 42-48.

12. Balfour DJ. The neurobiology of tobacco dependence: a commentary. *Respiration* 2002; 69: 7-11.
13. T Colemann. Smoking cessation: integrating recent advances into clinical practice. *Thorax* 2001; 56: 579-582.
14. Çan G, Özlü T, Bülbül Y, ve ark. Trabzon merkezinde görev yapan doktorlarda sigara içme sıklığı. Altıncı ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı 1997: 466.
15. Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve dış hekimlerinin sigara konusundaki davranışları ve tutumları. *Doğa*. 1990;14: 381-390.
16. Jorenby DE, Fiore MC. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical guideline: basics and beyond. *Prim Care* 1999; 26: 513-528.
17. Agency for Health Care policy and Resarch. Smoking Cessation: Clinical practice guideline no:18 Rockville, Md: US Government Printing office; 1996.
18. West R, McNeil A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
19. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowsski LT. The Fagerström test for nicotine dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-1127.
20. Mallin R. Smoking cessation: Integration of behavioral and drug therapies. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1107-1117.
21. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
22. May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tob Control* 2000; 9: 415-422.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford. 1991.
24. Sutherland G. Current approaches to the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62: 53-61.
25. Rustin TA. Assessing nicotine dependence. *Am Fam Physician* 2000;62: 579-584,591-592.
26. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP. Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263: 2760-275.
27. Glassman AH, Jackson WK, Walsh BT. Cigarette craving, smoking withdraw and clonidine. *Science* 1984; 226: 864-866.
28. Fant RV, Owen LL, Henningfield JE. Nicotine replacement therapy. *Prim Care* 1999; 26: 633-652.
29. Hall S, Humfleet GL, Reus VI. Psychological interventions and antidepressant treatment in smoking cessation. *Archive General Psychiatry* 2002; 59: 930-936
30. Hughes JR. New treatments for smoking cessation. *Cancer Journal for Clinicians* 2000; 50: 143-151
31. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Serial on line) [www.cochrane.org/cochrane/revabstr/abs/000146](http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/abs/000146)
32. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998;7: 262-267.
33. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001; 10: 27-32.