




Araştırma Makalesi

Ankara Med J, 2020;(4):835-843 // doi 10.5505/amj.2020.37974

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNDE PSİKİYATRİ KONSÜLTASYONU YAPILAN OLGULARIN İZLEMİ

FOLLOW-UP OF PATIENTS WHO UNDERWENT A PSYCHIATRIC CONSULTATION AT THE SMOKING CESSATION POLYCLINIC

 Hatice Kilic¹,  Emine Argüder¹,  Ayşe Çağlar²
 Mustafa Uğurlu³,  Hatice Canan Hasanoğlu¹,  Ayşegül Karalezli¹

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Sigara Bırakma Polikliniği Sorumlu Hemşiresi, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Yazışma Adresi / Correspondence:

Doç. Dr. Hatice Kilic (e-posta: drhaticeb@gmail.com)

Geliş Tarihi: 17.06.2020 // Kabul Tarihi: 06.12.2020



Öz

Amaç: Sigara ve tütün kullanımı olan olgularda anksiyete bozukluğu, depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar daha sık bir arada görülmektedir. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran ve ilk değerlendirmede psikiyatri polikliniğine konsülte edilen ve edilmeyen olgular arasında 1. yıl sonunda sigara bırakma açısından farklılık olup olmadığını araştırmak amaçlandı.

Materyal ve Metot: Sigara bırakma polikliniğimize 2017 yılında başvuran toplam 197 olgu çalışmaya dahil edildi. Sigara bırakma polikliniğine başvuran olgular içerisinde Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına göre psikiyatri bölümüne konsülte edilen 96 olgu "grup 1" ve psikiyatri konsültasyonu yapılmayan 101 olgu ise "grup 2" olarak sınıflandı. Tüm olguların demografik verileri sigara içme tutum ve davranışları, komorbid hastalıkları, aldıkları tedaviler ve 1. yılda sigara bırakma durumları kaydedildi.

Bulgular: Grup 1 ve grup 2 olgular karşılaştırıldığında 1. yılda sigara bırakma oranları açısından anlamlı farklılık yoktu [$N_{\text{grup 1 sigara bırakanlar}} = 22$ (%22,90), $N_{\text{grup 2 sigara bırakanlar}} = 23$ (%22,70), $p=0,67$]. Alt grup analizinde 1. Yıl sigara bırakan olgularda; grup 1 olguların grup 2 olgulara göre daha yüksek oranlarda davranışsal tedavi ve NRT tedavisi aldıkları görüldü ($N_{\text{grup 1 sigara bırakanlar}} = 33$ (%44,60), $N_{\text{grup 2 sigara bırakanlar}} = 17$ (%21,80); $p=0,002$). Grup 2 olguların ise grup 1 olgulara göre davranışsal tedavi ve vareniklin tedavisini daha fazla aldıkları belirlendi [$N_{\text{grup 1 sigara bırakanlar}} = 6$ (%8,10), $N_{\text{grup 2 sigara bırakanlar}} = 33$ (%51,10); $p=0,002$].

Sonuç: Sigara bırakma polikliniğine başvuran ve tarama testlerine göre psikiyatrik değerlendirme ihtiyacı olduğu saptanan olguların, etkin farmakolojik ve psikiyatrik destekle anksiyete ve depresyon skoru düşük olgulara benzer oranlarda sigarayı bırakabildiği görülmüştür. Bu nedenle olguların anksiyete depresyon açısından değerlendirilerek psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmesinin ve bu hastaların sigara bırakma programlarının psikiyatri ile eş zamanlı yürütülmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, psikiyatri, depresyon, anksiyete.

Abstract

Objectives: It is known that anxiety disorder, depression, and other psychiatric disorders are more common in patients with smoking and tobacco use. In our study, it was aimed to investigate whether there was any difference in the first-year follow-up between patients who applied to the smoking cessation clinic and those who were not consulted to psychiatry at the first evaluation.

Materials and Methods: A total of 197 cases who applied to our smoking cessation polyclinic in 2017 were included in the study. Among the patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic, 96 patients who were consulted to psychiatry were evaluated as "group 1" and 101 patients who were not consulted to psychiatry as "group 2". Demographic data and smoking attitudes and habits of all cases, comorbid diseases, treatments they received, and smoking cessation in the first year were recorded.

Results: When group 1 and group 2 were compared, there was no significant difference in the cases referred to psychiatry in terms of smoking cessation rates in the first year [$N_{\text{grup 1 quitters}} = 22$ (22.90%), $N_{\text{grup 2 quitters}} = 23$ (22.70%), $p = 0.67$]. In the subgroup analysis, in cases who quit smoking in the first year; It was observed that group 1 cases received behavioral treatment and NRT treatment at higher rates than group 2 cases ($N_{\text{grup 1 quitters}} = 33$ (44.60%), $N_{\text{grup 2 quitters}} = 17$ (21.80%); $p = 0.002$). It was determined that group 2 cases received behavioral treatment and varenicline treatment more than group 1 cases [$N_{\text{grup 1 quitters}} = 6$ (8.10%), $N_{\text{grup 2 quitters}} = 33$ (51.10%); $p = 0.002$].

Conclusion: It was found that the patients who were found to have a high need for psychological support who applied to the smoking cessation clinic were able to quit smoking at rates similar to those with low anxiety and depression scores with effective pharmacological and psychiatric support.

Keywords: Smoking cessation, psychiatry, depression, anxiety.

Giriş

Tütün kontrolü dünyada ve Türkiye’de önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu konuda yürütülen önlemlerle 2000’li yıllarda önemli bir aşama kaydedilmiştir. Buna rağmen, Amerika Birleşik Devletleri’nde insanların %50’si kendiliğinden sigara bırakma girişiminde bulunmakta, ancak 6 ay içinde olguların sadece %6’sı sigara bırakmaya devam etmektedirler.¹

Türkiye’de yetişkinlerde halen tütün ürünü kullanım sıklığı 15 yaş üzerindeki bireylerde %31,2’dir (erkeklerde %48, kadınlarda %15).⁵ Tütün kullanımının, tütün endüstrisinin politikaları nedeniyle özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde artış gösterdiği görülmektedir. Buna paralel olarak 2030 yılında tütüne bağlı ölümlerin çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde görüleceği öngörülmektedir.²⁻⁶

Sigara bırakmadaki poliklinik uygulamalarında kişinin sigara içmesine yol açan kişisel, ailevi ve sosyal ortam kaynaklı motivasyonlarını doğru tanımlamak, bunlardan vazgeçmesini sağlayıcı cesaretlendirici müdahaleler gerekmektedir. Sağlık kurumuna başvuran olgularda sadece hekimin sigara içip içmediğini sormasının bile sigara bırakma oranını %1-3 oranında artırdığı saptanmıştır.⁷⁻⁸

Sigara bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış yöntemler bilişsel davranışçı tedavi ve farmakoterapidir. Kliniğimizde yapılan başka bir çalışmada sigara bırakma polikliniğinde izlenen olguların farmakoterapi ve davranışsal tedavi alan olguların 1/3’ünün 3. ayda sigarayı bıraktığı, farmakoterapi almayan yalnızca davranışsal tedavi alan olguların ise 1/5’inin sigarayı bıraktığı görülmüştür.⁹

Sigara bırakma polikliniklerinde farmakoterapiye ek olarak bilişsel davranışçı tedavi uygulanması; hastalarda sigara bırakma oranları üzerinde anlamlı katkı sağlamaktadır. Sigara bıraktırma tedavilerine ek olarak antidepressan tedavi ile plaseboya göre sigara bırakma sırasında ortaya çıkan negatif duygu durumun anlamlı olarak daha az izlendiğini bildiren çalışmalar vardır.¹⁰

Sigara bırakma polikliniklerine başvuran hastaların sahip olduğu komorbid hastalıklar, uygulanacak farmakolojik tedavinin belirlenmesinde ve hastanın izleminde önem arz etmektedir. Ön görüşme esnasında anksiyete ve depresyon skoru yüksek veya daha önce depresyon ya da psikoz tanısı almış hastalar sigara bırakma polikliniğinde çalışan hekimler tarafından zor hastalar olarak değerlendirilmektedirler. Bu çalışmada başvuru esnasında anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan sigara ve tütün kullananlar ve anksiyete veya depresyon skorları normal sınırlarda olan sigara ve tütün kullananlar arasında birinci yıl sigara bırakma oranları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

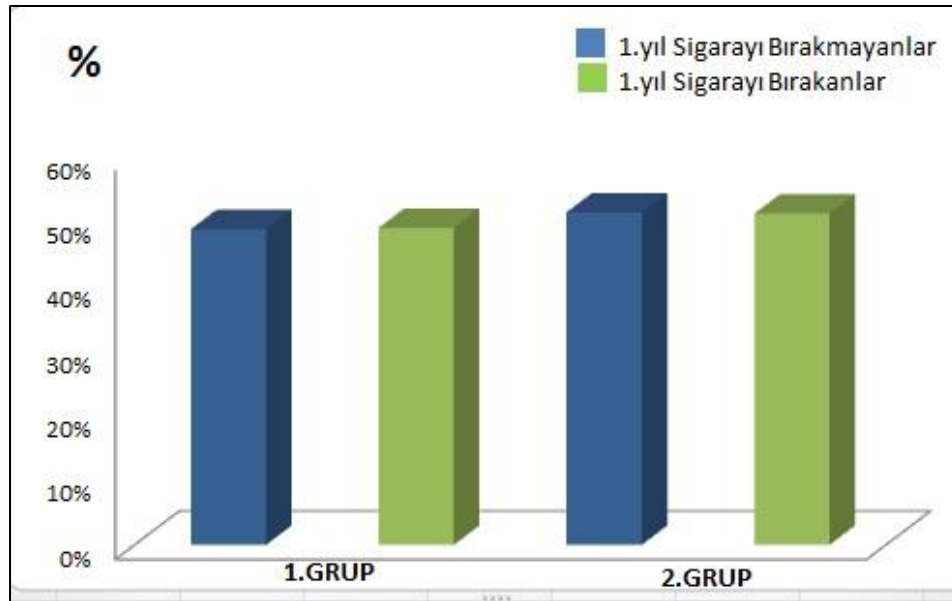
Kliniğimiz sigara bırakma polikliniğine bir yıl içerisinde başvuran 197 sigara ve/veya tütün kullanan katılımcının dosya ve hastane sisteminden elde edilen verileri değerlendirildi. Katılımcıların hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) skorları, demografik verileri ve sigara kullanma alışkanlıkları kayıt edildi. Son 2 ay içinde psikiyatrik yakınmaları (anksiyete ve depresyon belirtileri) olan ve bu yakınmaların günlük işlevselliğini etkilediğini belirten katılımcılar ve başlangıç değerlendirmesinde hastane anksiyete ve depresyon ölçek skorları anlamlı düzeyde yüksek olan (anksiyete ölçeği>10 ve depresyon ölçek skoru>6) 96 olgu psikiyatri kliniğine konsülte edilmişti. Bu olgular "grup 1" olarak sınıflandı. Aynı yıl içerisinde sigara bırakma polikliniğine başvuran ve ilgili skorları normal sınırlarda olan ve psikiyatri bölümüne konsülte edilmeyen 101 olgu "grup 2" olarak sınıflandı. Grup 1 ve grup 2 olgular sigara kullanma alışkanlıklarına dair demografik veriler, ekshalasyon havasında karbonmonoksit seviyesi, Fagöstrom ve HADÖ skorları, sigara bırakma ilaçları, psikiyatri konsültasyonunda önerilen psikiyatrik tedaviler açısından karşılaştırıldı. Tüm olguların dosya, hastane kayıtları retrospektif olarak tarandı. Birinci yılda sigara bırakma durumları değerlendirildi. Sigara bırakma durumları kayıtlı olmayan olgulara da telefon vizitleri ile ulaşıldı. Tüm olguların sigara bırakma durumları kaydedildi. Daha sonra grup 1 ve grup 2 olgular, 1. yılda sigara bırakma açısından karşılaştırıldı. Ayrıca 1. yılda sigara bırakan ve bırakıp tekrar başlayan olgular saptandı. Bırakıp tekrar başlayan olgular "nüks olgular" olarak değerlendirildi. Nüks eden ve etmeyen olgular; sigara kullanma alışkanlıklarına dair demografik veriler, ekshalasyon havasında karbonmonoksit seviyesi, Fagöstrom ve HADÖ skorları açısından karşılaştırıldı. Çalışmalar için Ankara Şehir Hastanesi etik kurul komitesinden onay alındı (19/08/2020-1002).

Bulgular

Sigara bırakma polikliniğine başvuran grup 1 ve grup 2 olgular, demografik özelliklerine göre karşılaştırıldı (Tablo 1). Grup 1 ve grup 2 olgular, 1. yıl sigara bırakma durumları ve aldıkları tedaviler açısından karşılaştırıldı (Şekil 1) (Tablo 2). Birinci yılda sigara bırakan olgular [n=45 (%22,20)] ile bırakmayan olgular [n=152 (%77,80)] arasında demografik özellikler açısından anksiyete skoru dışında anlamlı farklılık yoktu. Birinci yılda sigara bırakan olguların bırakmayan olgulara göre anksiyete skoru yüksekti (Sırasıyla ortalama±standart sapma 10,07±4,82, 9,04±4,00; p=0,03) (Tablo 3). Birinci yılda sigarayı bırakıp tekrar başlayan olgular, ilk defa bırakan olgularla karşılaştırıldı. Sonuç olarak; nüks olan olgular ile nüks olmayan olgular demografik özellikler açısından Tablo 4'de karşılaştırıldı.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri.

	Grup-1 n=96	Grup-2 n=101	P
Yaş (Yıl)	42,35±11,64	42,63±12,35	0,870
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	52/44	66/31	0,670
Medeni hali (Bekar/Evli)	32/64	18/83	0,060
Eğitim			0,76
Yok	1	6	
İlköğretim	28	23	
Lise	31	27	
Üniversite	36	45	
Günlük sigara adet	24,91±11,03	22,66±9,57	0,290
Sigara içme süresi (Yıl)	24,25±10,46	25,44±11,70	0,450
Daha önce sigara bırakma (Yıl)	0,43±1,02	0,28±0,90	0,250
Sigarayı ilk deneme yaşı	17,38±4,81	16,58±4,08	0,200
Sigara paket/yıl	24,45±14,38	26,17±17,23	0,440
Serum karbonmonoksit düzeyi (ppm)	8,97±5,34	9,02±4,75	0,950
Fagöstem skoru	6,91±2,23	6,12±2,48	0,020
Depresyon skoru (HADÖ)	9,25±4,40	5,89±3,66	0,001
Anksiyete skoru (HADÖ)	24,25±10,46	8,31±4,12	0,001



Şekil 1. Grup 1 ve grup 2 olgularının tedavinin 1. yılında sigara bırakma durumları açısından karşılaştırılması (p<0,67).

Tablo 2. Grup 1 ve grup 2 olguların 1. yıl sigara bırakma durumları ve aldıkları tedaviler açısından karşılaştırılması.

	Grup-1 n=96 (%48,74)	Grup-2 n=101 (%51,26)	Toplam n (%)	p
1.yıl sigara bırakmayanlar	74 (48,70)	78 (51,30)	152 (77,15)	0,670
1.yıl sigara bırakanlar	22 (48,90)	23 (51,10)	45 (22,85)	
1.yıl sigara bırakmayanlarda sigara bırakma tedavileri				
Davranışsal tedavi (DT)	18 (24,30)	3 (3,80)	21 (13,80)	0,002
DT ve NRT*	33 (44,60)	17 (21,80)	50 (33,90)	
DT ve Vareniklin	6 (8,10)	33 (42,30)	39 (25,70)	
1.yıl sigara bırakanlarda sigara bırakma tedavileri				
Davranışsal tedavi (DT)	5 (22,70)	0 (00)	5 (11,10)	0,001
DT ve NRT	8 (36,40)	3 (13)	11 (24,50)	
DT ve Vareniklin	2 (9,10)	13 (56,50)	15 (33,30)	
1.yıl sigara bırakmayanlarda psikiyatrik tedaviler				
Psikoterapi	37 (50,00)	76 (97,40)	113 (74,30)	0,001
Antidepresan	14 (18,90)	2 (2,60)	16 (10,50)	
SSRI*	10 (13,50)	0	10 (6,60)	
Bupropion**	8 (10,80)	0	8 (5,30)	
1.yıl sigara bırakanlarda psikiyatrik tedaviler				
Psikoterapi	12 (54,50)	22 (95,70)	34 (75,60)	0,001
Antidepresan	2 (9,20)	1 (4,30)	3 (6,70)	
SSRI*	7 (31,80)	0	7 (15,60)	
Bupropion **	0	0	0	

*NRT: Nikotin Replasman Tedavisi SSRI: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörleri

**Bupropion psikiyatri uzmanı tarafınca depresyon tedavisi için verilmiştir.

Tablo 3. Birinci yılda sigarayı bırakan ve bırakmayan olguların demografik özellikler açısından karşılaştırılması.

1.yılda sigarayı bırakan olgular	Grup-1	Grup-2	P
Yaş (Yıl)	41,66±13,85	42,74±11,41	0,07
Günlük sigara (Adet)	22,06±10,04	23,82±10,39	0,46
Sigara içme süresi (Yıl)	24,88±13,18	24,85±10,46	0,07
Daha önce sigara bırakma (Yıl)	0,39±0,85	0,35±0,98	0,89
Sigarayı ilk deneme yaşı (Yıl)	16,46±4,46	16,58±4,08	0,84
Sigara paket/yıl	24,08±16,67	25,71±15,69	0,82
Serum karbonmonoksit düzeyi (ppm)	8,65±4,33	9,10±5,24	0,44
Fagöstremskoru	6,41±2,45	6,53±2,38	0,82

Tablo 4. Nüks olan olgular ile olmayan olguların demografik özellikler açısından karşılaştırılması.

	Sigarayı bırakıp başlayan olgular (Nüks olgular)	Sigara Bırakan Olgular	P
	n=133 (%67,50)	n=64 (%32,50)	
Yaş (yıl)	42,17±11,43	43,17±13,13	0,160
Cinsiyet Erkek/Kadın	50/83	29/35	0,360
Medeni hali bekar/evli	33/100	17/47	0,790
Eğitim			0,420
Yok	4	3	
İlköğretim	33	18	
Lise	44	14	
Üniversite	52	29	
Günlük sigara (adet)	23,75±10,66	22,71±9,59	0,342
Sigara içme süresi (yıl)	24,50±10,15	25,60±12,92	0,001
Daha önce sigara bırakma (yıl)	0,48±1,08	0,00±0,00	0,001
Sigarayı ilk deneme yaşı (yıl)	17,18±4,77	16,53±3,72	0,332
Sigara paket/yıl	25,00±15,11	26,03±17,49	0,191
Serum karbonmonoksit düzeyi (ppm)	8,60±4,45	9,83±5,72	0,161
Fagöstrem skoru	6,51±2,39	6,50±2,41	0,721
Depresyon skoru	7,22±4,12	8,15±4,79	0,091
Anksiyete skoru	9,81±4,54	9,87±4,92	0,311
Depresyon tanısı (evet/hayır)	20 (%15) / 113 (%85)	8 (%12,50) / 56 (%87,50)	0,630
Psikoz Tanısı (evet/hayır)	1 (%0,80) / 132 (%99,20)	1(%1,60) / 63 (%98,40)	0,590
1.Yıl sigara bırakma (evet/hayır)	31 (%23,30) / 102 (%76,70)	14 (%21,90) / 50 (%78,10)	0,820
Psikiyatriye konsülte edilenler (evet/hayır)	64 (%48,1) / 69 (%51,9)	32 (%50) / 50 (%50)	0,870
Psikiyatrik ilaç tedavisi (evet/ hayır)	32 (%24,10) /101 (%71,90)	17 (%26,60) / 47 (%73,40)	0,701

Tartışma

Çalışma sonucunda anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olduğu için psikiyatri bölümüne konsülte edilen olgularla, psikiyatri bölümüne konsulte edilmeyen olguların 1. yılın sonunda benzer oranda sigarayı bıraktıkları görüldü. Etkin farmakolojik tedaviyle birlikte psikiyatrik destek olguların sigara bırakma oranlarının diğer olgularla benzer seyrettiği görülmüştür.

Bu konuda daha 23.393 kişiyi kapsayan bir çalışmada şizofren olgularda %59,10 oranında, diğer psikiyatrik hastalıkları olanlarda ise %34,30 oranında sigara içme oranı saptanmıştır. Ek sorunu olmayan kontrol grubuna göre sigara içme oranının 3 kattan daha fazla olduğu saptanmıştır.¹¹⁻¹² Bir çalışmada ruh sağlığında problem olan sigara içici olgularda, sigara bırakma oranının %27-34 olduğu bildirilmiştir.¹³ Türkiye’de yapılmış bir çalışmada bu oran %15,07’dir.¹²

Psikiyatrik problemlere göre sigara bırakma oranının değerlendirildiği başka bir çalışmada, şizofrenide sigara bırakma oranı %74 iken, bipolar bozuklukta %66 ve major depresyonda %57 olarak saptanmıştır.¹⁴ Yine 247 şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastanın uzun süreli izlendiği prospektif bir çalışmada en az 6 ay ve daha uzun süreli farmakoterapi ve psikoterapi uygulamaları ile başarılı sigara bırakma oranları kaydedilmiştir.¹⁵

Sigara bırakma polikliniklerinde ilk seansta olguların komorbiditeleri, tetkik sonuçları, anksiyete ve depresyon seviyeleri değerlendirildikten sonra gerekli olgularda psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. Olgulara poliklinikte uygulanan davranış terapilerine ek olarak, sigara bağımlılığında düşünceyi değiştirmek amaçlı bilişsel terapiden ve farmakoterapiden de faydalanılmaktadır.¹⁶ Sigara içme düşüncesini olumsuz düşüncelere dönüştüremeyen kişiler sigarayı bıraktıklarında kayıp ve eksiklik duyguları yaşarlar. Bunu telafi etmek için çoğu zaman tekrar sigara içme davranışına yönelirler. Motivasyonel görüşme teknikleri madde kullanım bozukluklarında sıklıkla kullanılan, hasta odaklı, doğrudan ve hastanın tedaviye karşı içindeki ambivalansın çözümünü sağlayan bir terapi yöntemidir.¹⁷⁻¹⁸ Bizim çalışmamızda tüm olgularımıza davranışçı önerilerde bulunmuş ve psikiyatride konsülte edilen %48 olguya ek motivasyonel görüşme desteği sağlanmıştır. Ayrıca eşlik eden depresyon ve psikoz tanısı olan olgularda veya yeni tanı koyulan psikolojik problemlere yönelik farmakoterapi uygulanmıştır. İlaç tedavileri içinde, vareniklin psikiyatrik yakınması olan hastalarda tercih edilmemiştir. Birinci yıl sonunda bu grup olgularda diğerleri ile benzer bırakma oranları saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalığı olanlarda sigara bırakmanın hem bazı tedaviler bakımından (vareniklin) hem de sigarayı bırakmanın getirdiği geçici psikolojik yükler bakımından bazı riskler barındırdığı bilinmektedir. Ancak bu hastalarda sigara bırakma tedavileri uygulanmamalı gibi bir yaklaşımı en başta benimsememek gereklidir. Her hasta bireysel olarak değerlendirilmeli, özellikle intihar ya da benzeri riskli davranış öyküsü olan hastalarda dikkatli ve eş güdümlü bir tedavi (sigara bırakma ve psikiyatrik tedavi) yönetimi benimsenmelidir. Bu amaçlı göğüs hastalıkları ve psikiyatri kliniği doktorları, multidisipliner olarak hastayı izlemelidir. Sigara bırakmanın özellikle orta uzun vadede mental sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı önemli ve olumlu etkileri olduğu gerçeği atlanmamalıdır.¹⁻³

Çalışmamızın kısıtlayıcı noktaları, retrospektif bir çalışma olması nedeni ile psikiyatrik tanılı hasta sayısının az olması ve bu hastalıklar ile sigara bırakma davranışı arasındaki ilişkiyi araştıramamış olmamızdır.

Sigara bıraktırma müdahalesinde bulunan hekimler için bile psikiyatrik sorunu olanlarda tedavi başarısızlığı oranı yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ancak 1 yıl sonunda diğer olgular kadar sigara bırakma oranı saptanmış olması, hastalar için olduğu kadar doktorlar için de motive edici bir sonuçtur. Bu konuda daha geniş serili randomize, kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Quitting smoking among adults: United States, 2001-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011;60(44):1513-9.
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşi raporu. Ankara: Miki Matbaacılık;2014.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med* 2006;3:e442.
5. T.C. Ministry of Health General Directorate of Primary Health Care, 2010; T.C. Ministry of Health, 2017.
6. Yaşar Z, Kurt ÖK, Talay F, Kargı A. Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler. *Eurasian J Pulmonol* 2014;16:99-104.
7. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşi raporu. Ankara: Miki Matbaacılık; 2014.
8. Karalezli A, Bilir N, Süerdem M, Gümüş S, Börekçi Ş, Atam Taşdemir Z, et al. Effective Factors on Unassisted Smoking Cessation. *Eurasian J Pulmonol* 2017;19:104-11.
9. Argüder E, Karezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC ve ark. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Tur Toraks Derg* 2013;14:81-7.
10. Cinciripini PM, Robinson JD, Karam-Hage M, Minnix JA, Lam C, Versace F, Brown VL, Engelmann JM, Wetter DW. Effects of Varenicline and Bupropion Sustained-Release Use Plus Intensive Smoking Cessation Counseling on Prolonged Abstinence From Smoking and on Depression, Negative Affect, and Other Symptoms of Nicotine Withdrawal. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):522-33.
11. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking Characteristics of Adults with Selected Lifetime Mental Illnesses: Results From the 2007 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2010;100(12):2464-72.
12. Colak M, Aslaner MA. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olan Hastaların Tedavi Devamlılıkları ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J* 2019;(3):498-504.
13. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284(20):2606-10.
14. Üçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 58:434-7.
15. Evins AE, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, Achtyes ED, Ayer D, Schoenfeld DA. Maintenance Treatment With Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder A Randomized Clinical Trial. 2014;311(1):2.
16. Şengezer T. Tütün Bağımlılığında Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yöntemleri Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016; 4 (1): 97-103.
17. Özdel K. Dünden Bugüne Bilişsel Davranışçı Terapiler: Teori ve Uygulama. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2015; 8(2):10-20.
18. Oğuz Kılınç. Sigara Bırakma Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Yöntemler. *Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics* 2012; 5(2)40-2.