

Research Article

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları: Bilişsel Davranışçı Müdahale ve Farmakoterapi Etkinliğinin İncelenmesi

Results of Smoking Cessation Clinic in Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital: An Investigation Into the Effects of Cognitive Behavioral Intervention and Pharmacotherapy

Selim Arpacıoğlu¹ 

Başak Ünübol² 

Erkal Erzincan³ 

Rabia Bilici² 

Öz

Tütün bağımlılığı tüm dünyada hastalık ve ölümlere neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada; sigara bırakma polikliniğine başvuran ve bilişsel davranışçı müdahale ile birlikte farmakoterapi başlanan orta ve ileri derece nikotin bağımlılığı olanlarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçladık. Kasım 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik verileri ve sigara içme öykülerihasta kayıtlarından elde edildi. Orta ve ağır derecede nikotin bağımlısı olduğu saptanan ve tekrar iletişim kurulabilen 102 hasta çalışmaya dahil edildi. 3. ay sonunda genel sigara bırakma hızı %65,7 olarak, sigarayı bırakma eşiği olarak kabul edilen 6. ay sonunda ise %47,1 olarak saptandı. Sigara bırakan ve bırakamayan grup arasındaki değerlendirmede bırakanlarda bırakmayanlara göre yaşın daha fazla olduğu ($p<0,05$), medeni durumun bırakma başarısını etkilediği ($p<0,05$), sigara içilen ortamda çalışıyor olmanın sigara bırakma başarısını olumsuz yönde etkilediği ($p<0,05$) saptandı. Yeterli süre farmakolojik tedavi kullanılması ve hastaların kontrole gelme sayıları ile bırakma hızları anlamlı olarak artmaktaydı ($p<0,05$). Birinci yıl sonunda relaps oranlarına bakıldığında ise sigarayı bırakan hastaların %11,8'inin tekrar sigaraya başladığı tespit edildi. Verilen farmakoterapiler Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) ve Vareniklin/Bupropiyon olarak iki gruba ayrıldığında, NRT ve

Correspondence to: Selim Arpacıoğlu, Email: arpaciogluselim@gmail.com

¹T.C. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh ve Sinir Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

ORCID IDs of the authors: S.A. 0000-0002-1988-506X; B.Ü. 0000-0003-0600-7900; E.E. 0000-0001-6586-4430; R.B. 0000-0001-6040-6174.

To cite this article: Arpacıoğlu, S., Ünübol, B., & Bilici, R. (2019). Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi sigara bırakma polikliniği sonuçları: Bilişsel davranışçı müdahale ve farmakoterapi etkinliğinin incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6(4), 295-314.

<http://dx.doi.org/10.5152/addicta.2020.19125>

NRT dışı tedavilerin 6. ay ve 1. yıl sigara bırakma oranlarında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadığı bulundu.

Anahtar Kelimeler

Sigara bırakma • Tütün bağımlılığı • Bilişsel müdahale • Davranışsal eğitim • Nikotin replasman tedavisi
• Vareniklin

Abstract

Nicotine addiction is a dangerous health problem that causes illness and death worldwide. In this study, we aimed to determine the factors affecting successful smoking cessation in patients who attended a smoking cessation clinic and received pharmacotherapy with cognitive behavioral intervention. Successful smoking cessation was defined as quitting smoking for six months. Data on sociodemographic and smoking characteristics were collected from 102 patients who attended the clinic between November 2017 and February 2018 and met the inclusion criteria, including moderate to high nicotine dependency. The rate of smoking cessation was found to be 65.7% at the three-month follow-up and 47.1% at the six-month follow-up. Those who quit smoking were more likely to be older than those who did not. Working in a smoking environment was found to have a negative effect on quitting. Quit rates were significantly associated with receiving pharmacological treatment for sufficient time and the number of control interviews ($p<0.05$). Relapse rates at the one-year follow-up found that 11.8% and 35.3% of the patients, respectively, did not return to smoking. There was no statistically significant difference in the six-month smoking cessation rate and one-year relapse rates between Nicotine Replacement Therapy (NRT) and non-NRT treatments.

Keywords

Tobacco smoking cessation • Nicotine addiction • Cognitive behavior therapy • Nicotine replacement therapy • Varenicline

Giriş

Tütün ve tütün mamullerinin tüketimi, küresel halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Günümüzde %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere, dünyada 1,1 milyar kişi ülkemizde ise yaklaşık 15 milyondan fazla kişi tütün ürünü kullanmaktadır (Balaman, n.d.). Aynı zamanda önlenabilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir. Tütün kullanımının dünya çapında her yıl yaklaşık 6 milyon önlenabilir ölüme yol açtığı (World Health Organization, 2014), Bu sayının 2030 yılına kadar dünyada 8,4 milyon kişiye, ülkemizde ise 240,000 kişiye yükseleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımının gelişmiş ülkelerde azalırken, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde artmakta olduğu bildirilmekte (Mathers & Loncar, 2006; Mutangadura, 2004), sigara içenlerin yaşam beklentisinin içmeyenlere göre en az 10 yıl daha kısa olduğu belirtilmektedir (Jha ve ark., 2013).

Tütün kullanımı bakımından insanlar 3 gruba sınıflandırılmaktadır. Sigara içmemiş; yaşamı boyunca hiç sigara içmemiş olan, sigarayı bırakmış; eskiden sigara içmiş olan ancak bir süreden beri (en az 6 ay) içmeyen, sigara içen ise halen düzenli veya düzenli olmayan şekilde sigara içen kişileri tanımlamaktadır.

Sigara içen kişilerin önemli bir bölümünün (yaklaşık üçte ikisi) sigarayı bırakmak istediği halde, nikotin bağımlılığı nedeni ile sigarayı bırakamadığı belirtilmektedir (Benowitz, 2009; Çelepkoluve ark., 2014). Sigara bırakma konusunda herhangi bir yardım almayanların yalnızca %7,5'inin beş aylık bir sürede sigarasız kalmayı başardıkları, davranışsal ya da farmakolojik bir girişimin ise sigara bırakmada başarı oranlarını %15-30 artırdığı bildirilmektedir (Simon, Carmody, Hudes, Snyder, & Murray, 2003). Davranış eğitimi-motivasyonel destek en yaygın olarak kullanılan ve önerilen yöntemdir. Nikotin bağımlılığının tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, ulaşılabilir ve maliyet etkin tedavi yöntemleri de bulunmaktadır (Agaku, King, Dube, & Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014). Farklı nikotin preparatları ile birlikte davranış eğitiminin başarı oranlarının %17-35 arasında değiştiği belirtilmektedir (Fiore, 2000; Simon, Carmody, Hudes, Snyder, & Murray, 2003; Smith ve ark., 2001).

Sigara bırakmada daha önce de bahsedildiği gibi etkinliği meta analizlerde de kanıtlanmış 4 tedavinin 3'ü çeşitli farmakoterapi ajanları iken diğeri de bilişsel davranışçı müdahalelerdir (Karlıkaya, Öztuna, Solak, Özkan, & Örsel, 2006; Tønnesen, 2009). Ayrıca tek başına bırakma başarısını artıran bilişsel davranışçı müdahaleler, ilaçlarla birlikte kullanıldığında optimal sonuç alınmaktadır (Kotz, Brown, & West, 2014a). Bırakma girişiminde başarısızlığın nedenini anlamaya çalışan bir çalışma, anormal bilişsel ve motivasyonel işlemlerin sürece dahil olmasının sigara bağımlılığını devam ettirmede önemli rolü olduğunu göstermiş ve bırakmanın özellikle ilk dönemlerinde görüşmenin odağında bunların yer almasını önermiştir (Powell, Dawkins, West, Powell, & Pickering, 2010).

Tütünle mücadelede birçok kurum ve kuruluşun etkin çalışmaları olmakla birlikte, sağlık profesyonelleri ve bağımlılık programları tütün kullanımının önlenmesi ve bırakma faaliyetleri açısından önemli bir role sahiptir. Özellikle sağlık çalışanlarının sigarayı bıraktırma konusundaki yaklaşımlarına eğilmek önemli olacaktır. Ülkemizde toplumsal bilinçlenme ile sigara kullanan kişilerin sigara bırakma polikliniklerine başvuruları, hala beklenenin altında olmakla birlikte, giderek artmaktadır. Bu polikliniklerde sigarayı bırakma süreçleri, medikal tedavi ve davranışsal eğitim ile desteklenmektedir. Sigara bırakma poliklinikleri ülke genelinde çoğunlukla aile hekimleri ve göğüs hastalıkları uzmanları tarafından yürütülmekle birlikte bazı kliniklerde de psikiyatristler bu hizmeti vermektedir. Bir bağımlılık tedavisi süreci olması nedeniyle psikiyatristlerin tütün bağımlılığı tedavisinde daha yetkin olmaları ve daha etkin rol almalarının beklenmesi akla yatkın görünmektedir.

Literatür incelemelerinde, bilişsel davranışçı yöntemlerin etkin bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmekle birlikte psikiyatristler tarafından hizmet veren sigara bırakma poliklinik sonuçlarının azlığı dikkat çekmiş, bilişsel davranışçı terapist tarafından

hizmet veren sigara bırakma polikliniklerindeki verilerle ilgili bir çalışmanın bulunmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızda, hastanemizdeki sigara bırakma polikliniğimize başvuran hastalar, bilişsel davranışçı terapi uygulayan bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş ve takip edilmiştir. Bu araştırma ile, psikiyatrist tarafından hastalara standart davranışsal öneriler ve kişi özelinde bilişsel müdahaleler yapılarak, kendisine uygun farmakolojik tedavi başlanmış olan hastaların genel özelliklerini, sigarayı bırakmada etkili olan faktörleri ve uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliği ve sigara bırakma oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Örneklem ve Araştırma Modeli

Araştırmamız retrospektif bir doğal izlem çalışmasıdır. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden etik kurul onayı ve çalışma izni alınmıştır. Kasım 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran, psikiyatrist tarafından yapılan görüşmede tütün kullanım bozukluğu tanısı konan tüm hastalara rutin görüşme formu ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi doldurulmuştur. Tedavilerine başlanan tüm hastaların takipleri tedavi başında rutin olarak planlanmış olup, izlemleri sırasında 3. ay, 6. ay ve 1. yıl sonunda telefonla veya yüz yüze kontrol görüşmesi yapılan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastalar içinden kontrol verilerine ulaşılamayanlar çalışmadan çıkarılmıştır.

Araştırma sonuçlarında hekim faktörünün değişkenlik yaratmaması için tüm hastaların aynı hekim tarafından takip edilebilmesi ve benzer verilerin toplanabilmesi adına, psikiyatristin sigara bırakma polikliniğinde görevli olduğu bu tarih aralığı seçilmiştir. Bu tarihlerde sigara bırakma polikliniğine başvuran, 30-45 dakika sürmesi planlanan görüşmeyi yapmaya ve görüşme formunu doldurmaya istekli ve daha sonra iletişime geçmeye gönüllü 18-65 yaş aralığındaki hastalar dahil edilmiştir.

Bu tarih aralığından bir süre önce hastanede standart ve etkili bir sigara bırakma polikliniği hizmeti verilebilmesi amacıyla hastane AMATEM çalışma ekibi tarafından klinik tecrübelerine dayanılarak bir standart görüşme formu oluşturulmuş, hastaların ve her hastaya bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanabilmesi adına randevu süreleri optimal şartlar sağlanamasa da ülke poliklinik şartları da göz önünde bulundurularak başhekimlik onayıyla 30 dakikaya çıkartılmıştır. Bu formlar aracılığı ile hastaların takiplerinin daha kolay yapılması, ileride tedavi veren hekimin değişmesi halinde hastanın genel bilgilerine, sigara bağımlılığı ve sigarayla ilgili biliş ve tutumlarına ulaşılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca relaps oranını azaltmak amacıyla tüm hastaların rutin olarak 3 ay boyunca aylık kontrollere gelmenin önerilmesi, 6. ay ve 1. yılda da aranılarak sigara kullanma durumlarının öğrenilmesi amacıyla yine toplanan görüşme formlarının kullanılması kararlaştırılmıştır. Burada tedaviden dü-

şen hastaların saptanarak kontrole gelmelerinin önerilmesi, böylelikle tekrar tedaviye bağlanmalarını sağlamak; sigarayı bırakan hastalarda ise motivasyon yüksek tutmak amaçlanmıştır. Bir eğitim kliniği olan hastanemizde polikliniklerde görev yapan hekimlerde belirli aralıklarda görev yeri değişiklikleri olmaktadır, bu uygulamadaki bir diğer amaç ileriki yıllarda görülmesi muhtemel relapslarda hastaya tedavide devamlılık olduğunun hissettirilmesi her görüşmede aynı soruların sorulmaması ve görüşme süresinin de daha etkin kullanılmasının sağlanmasıdır. Bizleri bu çalışmayı yapmaya iten önemli bir faktör hasta ve bakanlık tarafından randevu sayılarının artırılması talebi ile randevu sürelerinin azaltılması olmuştur. Yeterli süre ve uygun tekniklerin kullanılmasının uzun vadede hastalar ve tedavi hizmetinin yararlılığı açısından daha etkili olacağı hipotezimizi göstermek ve yaptığımız uygulamanın etkisini görebilmek amacıyla retrospektif bir doğal izlem çalışması yapmaya karar verdik.

Çalışmada tedavi etkinliği değerlendirilirken bırakma başarısını etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinen nikotin bağımlılığının derecesinin bırakma sonuçlarını değişken olarak etkilememesi istenmiştir. Bu nedenle Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi sonucuna göre; çok hafif ve hafif bağımlı grup dahil edilmemiş olup orta, yüksek ve çok yüksek bağımlı gruptaki kişiler çalışmaya alınmıştır. Sadece orta üzeri bağımlılık grubundaki kişilerle çalışılarak araştırmada kullandığımız tekniğin sigara bırakma üzerindeki etkinliği de vurgulanmak istenmiştir. Akut psikotik dönem, psikotik bozukluk ve mental retardasyon ek tanısı dışlama kriteri olarak kullanılmıştır.

İşlem

Sigara bırakma polikliniğinde tüm hastalara Fagerström nikotin bağımlılık testi ve demografik verilerin yer aldığı sigara bırakma polikliniği değerlendirme formunu doldurulmaktadır. Sigara bırakma polikliniğinde yapılan ilk görüşmede hastaların genel değerlendirilmesi yapıldıktan sonra tütün bağımlılığı ve tedavisiyle ilgili bilgilendirme yapılmaktadır. Kişiye uygun (eşlik eden hastalık durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü ve şikayetleri, bağımlılık düzeyi, kişinin maddi olanakları, hastanın seçimi ve tedavi kılavuzlarının önerileri gibi etkenler göz önüne alınarak) farmakolojik tedavi olası etki ve yan etki profili konuşulduktan sonra hastayla birlikte karar verilerek başlanmaktadır ve ardından sigara bırakma günü belirlenmektedir. Tüm hastalara sigara bırakmaya yönelik bireysel davranışsal eğitim verilmektedir. Bu eğitimde kişinin sigara içme konusundaki alışılmış davranış kalıpları değiştirilmeye, sigara bırakmayı zorlaştıracı davranışların yerine bırakmayı kolaylaştıracı davranışlar öğretilmeye çalışılmaktadır. Her hastaya önerilen rutin davranışçı önerilerin (sigara ve hatırlatıcılarından uzak durmak için çevre düzenlemesi yapılması, bırakma tarihi belirlenmesi ve çevresindekilere duyurulması, acil durum planı yapılması, sigara parasının biriktirilmesi vb.) yanı sıra hasta özelinde sigara içme isteğini en aza indirmek ve gelen istekle başa çıkabilmek için önerilerde bulunmaktadır (örneğin ağız alışkanlığı ve kilo alma endişesi nedeniyle bırakamayacağını düşünen bir hastaya karanfil çiğneme,

seveceği düşük kalorili atıştırmalıklar bulma gibi bir yerine koyma planlanırken günlük rutinlerinden kopamayacağını düşünen hastalarda günlük rutinlerini ve özellikle sigara kullanma alışkanlıklarını değiştirme planlaması tedaviye eklenmiştir). Ayrıca her hastada kendi özelinde sigara bırakmasını engelleyebilecek ve motivasyonunu düşürebilecek bilişlerine yönelik bilişsel müdahalede bulunulmuştur. Bu bilişsel müdahalelerde hastaların doldurduğu formlardan ve yapılan görüşmeden alınan bilgiler yol gösterici olmuştur. Sigarayı kullanma nedenleri, bırakma motivasyonları, bırakma ile ilgili tereddütleri, tedavi hakkındaki düşünceleri, önceki başarılı başarısız bırakma girişimleri ile ilgili verdikleri bilgiler üzerinden kullandıkları düşünce hatalarına (olumluyu yok sayma, felaketleştirme, etiketleme vb.) yönelik bilişsel müdahalede bulunulmuştur. Bir örnek vermek gerekirse daha önce de sigarayı bırakmayı denediğini ancak iki ay sonra tekrar başladığını bu nedenle bırakamayacağına inandığını ve tedavi alma konusunda kararsız olduğunu, çocuğunun ısrarı üzerine başvurduğunu söyleyen hastaya; sigarayı iki ay bırakıp tekrar başlamasının farklı bir açıdan bakınca 2 ay boyunca bırakabildiği olarak da yorumlanabileceği, yapılan çalışmaların insanların genelde üçüncü denemede sigarayı bırakabildiğini gösterdiği, sigaranın nükslerle giden bir bağımlılık olduğu ve ısrarla mücadele etmenin gerekliliği, tedavi kullanmanın bırakma oranlarını artırmadaki etkileri hakkında bilgiler verilir. Ayrıca çocuğunu da kontrole getirmesini isteyerek tedaviye dahil etmek, sigara kullanmanın verebileceği muhtemel zararların kendisi ve çocuğu ile ilgili geleceğine etkileri üzerinde motivasyonel görüşme teknikleriyle konuşmak ve sigarayı bırakarak elde edebileceği maddi kazanımları çocuğu ile ilgili alanlarda kullanmayı planlamak böyle bir hastada motivasyonu artırmada etkili olacaktır.

Yukarıda belirtilen kriterlere uyan 117 hastanın belirtilen tarihler arasında sigara bırakma polikliniğimizde tedavisine başlanmıştır. Bu hastaların ilk 3 aylık takiplerinde rutin olarak aylık yüz yüze görüşme önerilmiş 6. ve 12. ayda telefonla ulaşılarak sigara kullanma durumları öğrenilmiştir. Bu hastaların 102 tanesinin 3. ay, 6. ay ve 1.yılda verilerine ulaşılmıştır. İstatistik değerlendirmeleri bu 102 kişi üzerinden yapılmıştır. Sigara bırakma başarısı sigara bırakma gününden itibaren hiç sigara içilmemiş olması olarak kabul edilmiştir. Sigara bırakma oranları literatüre uygun olarak altıncı ay bırakma başarılarına göre verilmiştir. Birinci yılda sigara içme durumları ise relaps oranlarının saptanmasında kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme formu

Yirmi bir sorudan oluşan bu formda, hastaların sosyo demografik bilgileri, tütün kullanım durumları, geçmiş tedavi yaklaşımları, ruhsal ve bedensel hastalık durumu ve geçmiş öyküsü, çevresel koşulları ve motivasyon durumlarını saptamak amacıyla günlük uygulamalara etkisi olabilecek faktörler değerlendirilmektedir.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FBNT)

İlk kez 1978'de Fagerström, Fagerström Tolerans Testi'ni önermiştir. Bu test 1991'de Heatherton ve ark. tarafından yeniden ele alınmış ve FBNT ortaya çıkmıştır (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991). FBNT altı sorudan oluşan ve nikotinin bağımlılık düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan bu testte alınabilecek en yüksek puan 11'dir ve 0-2 puan çok az, 3-4 puan az, 5 puan orta, 6- 7 puan yüksek, 8 puan üzeri çok yüksek derecede nikotin bağımlılığını gösterir. Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır ülkemizde FBNT sigara bırakma kliniklerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2004 yılında Uysal ve ark. tarafından yapılmıştır (Uysal ve ark., 2004).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde student t testi; ikiden fazla grup arasındaki istatistiksel değerlendirmelerinde ise tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grubun tespiti amacıyla ise Tukey testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grup arasındaki analizlerinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis Testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık ($p<0,05$) saptanması durumunda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için Ki-Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır.

Retrospektif kohort olarak planlanan çalışmada bağımlı değişkenler 1. ay, 6. ay ve 12. ay sigara bırakma başarısıdır. Bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu, çalıştığı ve yaşadığı yerde sigara içilme durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü, kullanılan sigara bırakma tedavisi, kullanılan sigara bırakma ilacı kutu sayısı, kontrol randevularına gelme sayısı, daha önce sigara bırakma tedavisi alma durumu, sigara kullanım öyküsü ve Fagerström nikotin bağımlılık skorudur.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 102 hastanın 49'u (%48) kadın, 53'ü (%52) erkekti. Yaş ortalaması $40,63 \pm 10,98$ ve ortalama sigara tüketimi ise $24,97 \pm 11,47$ paket/yıl'dır. Hastaların büyük kısmının (%66,7) halen çalışanlardan oluştuğu ve 65'inin (%63,7) ise herhangi bir sistemik hastalık öyküsüne sahip olmadığı saptanmıştır. 16 kişide (%15,7) aktif psikiyatrik hastalık saptandığı ve yine 16 kişide (%15,7) isruhsal hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve sigara kullanımına dair genel verileri ve sigarayı bırakıp bırakmama durumlarına göre (6.ay) iki gruba ayrılarak karşılaştırılmalarının istatistikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1.
Hastaların Sosyodemografik ve Sigara Kullanımına Dair Genel Verileri. Sigarayı Bırakıp Bırakmama Durumlarına Göre (6.Ay) İki Gruba Ayrılarak Karşılaştırılmalarının İstatistikleri

		Tüm		
		Katılımcılar	Bırakamayanlar	Bırakanlar
Cinsiyet	Erkek	53 (%52,0)	26 (%49,1)	27 (%50,9)
	Kadın	49 (%48,0)	28 (%57,1)	21 (%42,9)
Yaş*	Ort ± SS (Medyan)	40,63±10,98 (38,00)	38,39±9,90 (36,00)	43,15±11,67 (40,50)
Medeni durum*	Evli	53 (%52,5)	27 (%50,9)	26 (%49,1)
	Bekar	26 (%25,7)	18 (%69,2)	8 (%30,8)
	Boşanmış	19 (18,8%)	6 (%31,6)	13 (%68,4)
	Dul	3 (%3,0)	3 (%100,0)	0 (%0,0)
Eğitim Düzeyi / Başarıyla tamamladığı yıl olarak	Ort ± SS (Medyan)	11,93±4,29 (13,00)	12,31±4,51 (13,00)	11,50±4,03 (12,00)
Sosyo-Ekonomik Gelir Düzeyi	Düşük	17 (%16,7)	9 (%52,9)	8 (%47,1)
	Orta	82 (%80,4)	43 (%52,4)	39 (%47,6)
	Yüksek	3 (%2,9)	2 (%66,7)	1 (%33,3)
Halen çalışıyor mu	Evet	68 (%66,7)	39 (%57,4)	29 (%42,6)
	Hayır	34 (%33,3)	15 (%44,1)	19 (%55,9)
Günde ortalama kaç sigara içiyor	Ort ± SS (Medyan)	24,97±11,47 (21,00)	26,11±12,45 (22,50)	23,69±10,23 (20,00)
Kaç yıldır sigara içiyor*	Ort ± SS (Medyan)	21,42±9,73 (20,00)	19,56±9,22 (18,00)	23,52±9,96 (21,50)
Şu anda psikiyatrik şikayeti var mı	Hayır	86 (%84,3)	44 (%51,2)	42 (%48,8)
	Depresyon	3 (%2,9)	1 (%33,3)	2 (%66,7)
	Anksiyete bozukluğu	2 (%2,0)	1 (50,0%)	1 (%50,0)
	Anksiyete ve depresyon	0	0 (%0,0)	0 (%0,0)
	Bipolar ve Psikotik bozukluklar	0	0 (%0,0)	0 (%0,0)
	Alkol/madde Kullanım Bozukluğu	0	0 (%0,0)	0 (%0,0)
	Eşik altı depresyon veya anksiyete	7 (%6,9)	5 (%71,4)	2 (%28,6)
	Diğer	4 (%3,9)	3 (%75,0)	1 (%25,0)
Tanısı konmuş hastalığı var mı	Hayır	65 (63,7%)	37 (%56,9)	28 (%43,1)
	KOAH veya diğer Akciğer hastalıkları	15 (%14,7)	4 (%26,7)	11 (%73,3)
	Kardiyovasküler (MI, Hipertansiyon)	8 (%7,8)	2 (%25,0)	6 (%75,0)
	Tüm Maligniteler	1 (%1,0)	1 (%100,0)	0 (%0,0)
	Diabet	2 (%2,0)	1 (%50,0)	1 (% 50,0)
	Diğer kronik hastalıklar	8 (%7,8)	7 (%87,5)	1 (%12,5)
	Diğer	3 (%2,9)	2 (%66,7)	1 (%33,3)

*p<0.05

Ort: ortalama; SS: standart sapma; KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; MI: miyokard infarktüsü

Tamamına davranışsal önerilerde ve bilişsel müdahalelerde bulunulan hastalara farklı farmakoterapi tedavileri uygun bulunarak; 65'ine (%63,7) Vareniklin, 20'sine (%19,6) Nikotin bandı ve Nikotin sakızı birlikte, 6'sına (%5,9) Nikotin sakızı, 6'sına (%5,9) Bupropiyon, 5'ine (%4,9) Nikotin bandı başlanmıştı. Bırakma hızları sırasıyla %44,6; %45; %50; %66,7 ve %60 olarak saptandı. Nikotin bandı, sakızı, bant+sakızı kullananlar Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) olarak gruplanmıştır. Genel olarak sigara bırakma hızlarına bakıldığında; 3. ayda 67 (%65,7), sigarayı bırakma eşiği olarak kabul edilen 6. ayda ise 48 (%47,1) kişi sigarayı bırakmıştı. Birinci yıl sonunda ise sigarayı bırakıp tekrar başlamayan 36 (%35,3) kişi olduğu saptandı.

Sigara bırakan ve bırakamayan grup arasında değerlendirmede bırakanlarda bırakmayanlara göre yaşın ($38,39 \pm 9,0$, $43,15 \pm 11,67$) ve sigara içilen yıl süresinin ($19,56 \pm 9,22$, $23,52 \pm 9,96$) daha fazla olduğu ($p < 0,05$), medeni halin bırakma başarısını çoktan aza sırasıyla boşanmış (%68,4), evli (%48,1), bekar (%30,8) ve dul (%0) olmanın bırakma durumunu etkilediği ($p < 0,05$) ve sigara içilen ortamda çalışıyor olmanın sigara bırakma başarısını 3. ay 6. ay ve 1. yıl bırakma verilerinin tamamında istatistiksel anlamlı olacak şekilde olumsuz yönde etkilediği ($p < 0,05$) saptandı. Bizim çalışmamızda aktif veya geçirilmiş komorbid psikiyatrik hastalık varlığı sigara bırakma başarısı üzerinde anlamlı farklılığa neden olmamıştı. Komorbid Akciğer ve Kardiyovasküler hastalığı olanlarda ise diğer tıbbi hastalığı olanlar ve komorbid hastalığı olmayanlara göre 3. ay 6. ay ve 1. yıl sonundaki sigara bırakma oranları daha yüksek bulunmuştu. 3. ay ($p = 0,053$) iken 6. ay ve 1. yıl istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) saptanmıştı. Komorbid tıbbi hastalıkların bırakma üzerine etkisi Tablo 2'te gösterilmiştir.

Tablo 2.
Eşlik Eden Tıbbi Hastalıkların Bırakma Üzerine Etkisi

		Komorbid Hastalık		
		Yok	Kardiyolojik veya Akciğer Hastalığı	Diğer
3. ayda bırakma	Hayır	52 %62,7	22 %26,5	9 %10,8
	Evet	13 %68,4	1 %5,3	5 %26,3
6. ayda bırakma*	Hayır	37 %68,5	6 %11,1	11 %20,4
	Evet	28 %58,3	17 %35,4	3 %6,3
1. yılda bırakma*	Hayır	46 %69,7	7 %10,6	13 %19,7
	Evet	19 %52,8	16 %44,4	1 %2,8

* $p < 0,05$

Yeterli sürede farmakolojik tedavi alması ve hastaların kontrole gelme sayıları ile bırakma hızları artmaktaydı. Farmakoterapi süresi istatistiklerinde 3.ay için $p=0,25$ 6.ay için $p=0,01$ ve 1.yıl için $p=0,18$ saptanmıştı. Kontrol görüşmesi sayıları istatistiklerinde 3.ay için $p=0,28$ 6.ay için $p=0,01$ ve 1.yıl için $p=0,26$ saptanmıştı.

Hastaların farmakolojik tedavi kullanım süreleri ve kontrole gelme sayılarına dair veriler de Tablo 3 ve 4'te özetlenmiştir.

Tablo 3.
Hastaların Farmakolojik Tedavi Kullanım Süreleri ve Kontrole Gelme Sayılarına Dair Veriler

		Farmakoterapi Süresi				
		Hiç	10 günden az	1 ay+-1hafta	2 ay+-1hafta	3 ay+-1hafta
3. ayda bırakma	Hayır	12 (%100,0)	9 (%100,0)	22 (%75,9)	13 (%65,0)	27 (%84,4)
	Evet	0 (%0,0)	0 (%0,0)	7 (%24,1)	7 (%35,0)	5 (%15,6)
6. ayda bırakma*	Hayır	9 (%75,0)	5 (%55,6)	18 (%62,1)	11 (%55,0)	11 (%34,4)
	Evet	3 (%25,0)	4 (%44,4)	11 (%37,9)	9 (%45,0)	21 (%65,6)
1. yılda bırakma	Hayır	9 (%75,0)	5 (%55,6)	20 (%69,0)	16 (%80,0)	16 (%50,0)
	Evet	3 (%25,0)	4 (%44,4)	9 (%31,0)	4 (%20,0)	16 (%50,0)

* $p<0,05$

Tablo 4.
Hastaların Farmakolojik Tedavi Kullanım Süreleri ve Kontrole Gelme Sayılarına Dair Veriler

		Kaç Kez Kontrol Görüşmesine Gelmiş				
		0	1	2	3	4-5
3. ayda bırakma	Hayır	31 (9% 1,2)	15 (%75,0)	17 (%70,8)	14 (%82,4)	6 (%85,7)
	Evet	3 (%8,8)	5 (%250)	7 (%29,2)	3 (%17,6)	1 (%14,3)
6. ayda bırakma*	Hayır	23 (%67,6)	11 (%55,0)	11 (%45,8)	7 (%41,2)	2 (%28,6)
	Evet	11 (%32,4)	9 (%45,0)	13 (% 54,2)	10 (% 58,8)	5 (%71,4)
1. yılda bırakma	Hayır	24 (%70,6)	13 (%65,0)	16 (%66,7)	9 (%52,9)	4 (%57,1)
	Evet	10 (%29,4)	7 (%35,0)	8 (%33,3)	8 (%47,1)	3 (%42,9)

* $p<0,05$

Birinci yıl sonunda relaps oranlarına bakıldığında ise sigarayı bırakan hastaların %11,8'inin tekrar sigaraya başladığı çalışmaya alınan tüm hastaların %35,3'ünün ise sigarayı bırakmış vehiç başlamamış olduğu tespit edildi.

Verilen farmakoterapi NRT ve Vareniklin veya Bupropiyon olarak iki gruba ayrıldığında NRT ve NRT dışı tedavilerin 6. aydaki sigara bırakma oranlarında ve 1. yıl relaps oranlarında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı, istatistiksel detayları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5.
NRT ve NRT Dışı Tedavilerin 6. Aydaki Sigara Bırakma Oranlarında ve 1. Yıl Relaps Oranlarındaki İstatistiksel Veriler

		Tedavi	
		Vareniklin veya Bupropiyon	NRT
6. ayda bırakma	Hayır	38 (%53,5)	16 (%51,6)
	Evet	33 (%46,5)	15 (%48,4)
1. yılda bırakma	Hayır	50 (%70,4)	16 (%51,6)
	Evet	21 (%29,6)	15 (%48,4)

NRT: nikotin replasman tedavisi.

Tartışma

Bu çalışmada, sigara bırakma polikliniğine başvuran ve bilişsel davranışçı müdahale ile birlikte farmakoterapi başlanan orta ve ileri derece nikotin bağımlılarında tedavi sonuçlarını ve sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

Sigara bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış üç farmakolojik yöntem; nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklidir (Chandler & Rennard, 2010). Ülkemizde nikotin yerine koyma tedavisi olarak nikotin bandı, nikotin sakızı ve nikotin pastili bulunmaktadır. 12 aylık bir gözlem çalışması boyunca bırakma başarılarını oransal olarak karşılaştıran bir çalışmada sigarayı bırakmak için hiç yardım almayanlara göre bırakma oranları; reçetelendirilmiş ilaçlar ile bir uzman tarafından verilen davranışçı desteği birlikte alanlarda 3.25 kat, kısa tavsiyelerle birlikte reçetelendirilmiş ilaçlar kullananlarda 1.61 kat ve kendisi gidip reçetesiz NRT alıp kullananlarda 0,96 kat fazla bulunmuştur (Kotz, Brown, & West, 2014b). Farklı evrelerdeki bireylerin özellikleri ve gereksinimlerine uygun girişimin yapılması sigara bırakma başarısını artırmaktadır (Cahill, Lancaster, & Green, 2010). Sigara bırakma tedavilerinin etkinliğinin incelendiği yüksek kalitedeki meta analizler üzerinden yapılan bir meta analiz çalışmasında 3 tedavinin de etkinliğinin gösterildiği, hipnoz ve akupunktur gibi alternatif tedavilerin bilimsel olarak kanıtlanmış bir etkilerinin olmadığı, farmakoterapi dışında diğer etkinliği kanıtlanmış yöntemin bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla motivasyondan oluşan destek tedavisi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada pratisyen hekim tarafından sigaranın bırakılmasını önerme, bırakmaya yardımcı broşürler verme gibi minimal destek ile bırakmayı deneyenlerde 1 yıllık bırakma başarısı %2 ve %1 bulunmuş iken, optimal ilaç ve destek tedavisi ile 1 yıllık sigaradan uzak durma oranlarının %25 civarlarında olduğu yayınlanmıştır (Tønnesen, 2009). Toplamda 15.000'den fazla katılımcı ve 38 çalışma ile yapılan bir başka meta-analizde, sigara bırakma girişiminde bulunan kişilere farmakoterapi yardımı ile daha yoğun davranışsal destek sağlamanın, başarı oranlarını yaklaşık %16 artıracaklarını ileri sürmüştür (Stead & Lancaster, 2012).

Çalışmamızın verilerine göre tamamına davranışsal eğitim ve bilişsel müdahalede bulunulan hastalara farmakoterapi olarak %63,7'sine (65 kişi) Vareniklin, %19,6'sına (20 kişi) Nikotin bandı ve Nikotin sakızı birlikte, %5,9'una (6 kişi) Nikotin sakızı, %5,9'una (6 kişi) Bupropiyon, %4,9'una (5kişi) Nikotin bandı başlanmıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihte sağlık bakanlığı Vareniklin ve nikotin bandını ücretsiz olarak karşılamakta idi, bu durum hastaların tedavi tercihinde etkili olmaktadır, özellikle daha pahalı bir tedavi olan Vareniklinin ücretsiz verilmesinin hastaların bu tedaviyi tercih etmesinde önemli bir etken olduğu düşünüldü. Vareniklin tedavisinin daha çok Bupropiyon tedavisinin ise daha az tercih edilmesinin bu faktöre bağlı olduğu düşünüldü. Bu bulgularımızla uyumlu şekilde ülkemizde aynı dönemde yapılan benzer dizaynli bir çalışmada da hastaların %82,8'ine vareniklin, %6,2'sine bupropion ve davranışsal eğitim, %4,0'üne nikotin replasman tedavisi ve eğitim, %7,0'sine ise sadece davranışsal eğitim verildiği belirtilmiştir (Berkeşoğlu, Özgür, & Demir, 2018). Bizim çalışmamızdaki ile benzer oranda tedavi tercihlerinin olduğu görülmektedir, bu anlamda kullanılan farmakoterapi tercihleri literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda sigaranın bırakılmasında etkili olan faktörler değerlendirilmiş, 3. ay, 6. ay ve 1. yıl sonundaki sigara bırakma durumları karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda, sigara bırakma polikliniğimizdeki takip sonuçlarında sigara bırakma hızı; 3. ay sonunda %65,7 olarak, sigarayı bırakma eşiği olarak kabul edilen 6. ay sonunda ise %47,1 olarak saptanmıştır. Ülkemizde sigara bırakma tedavisinin sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarda 3. ayda bırakma oranlarının %36,5-65 aralığında olduğu (Argüder ve ark., 2013; Çan, Öztuna, & Özlü, 2004; Demir, Tutluoğlu, Koç, & Bilgin, 2004; Salepçi ve ark., 2005; Uzaslan ve ark., 2000), 6. ay sonundaki bırakma oranlarının ise %27,6-%48.5 oranlarında olduğu bildirilmektedir (Berkeşoğlu ve ark., 2018; Salepçi ve ark., 2005). Bizim çalışmamızda da sadece orta ve yüksek bağımlılığı olan kişilerin dahil edilmesine karşın, hem 3. ayda hem de 6. ayın sonunda bırakma başarısının daha önce bildirilen oranların üst sınırında bulunmasının nedeninin kullanılan bilişsel-davranışçı tekniğin etkinliğinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda sigarayı bırakan ve bırakamayan olguların eğitim ve cinsiyet düzeyleri arasında farklılık yoktu. Çalışmamızla benzer şekilde geçmiş çalışmalarda eğitimin sigara bırakmaya etkisi gösterilememiştir (Argüder ve ark., 2013; Fidan, Ebru, Mehmet, Sezer, & Ziya, 2005). Cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisi değerlendirildiğinde literatürde bazı çalışmalar erkeklerin daha kolay bırakabildiğini bildirirken bazı çalışmalar ise farklılık olmadığını göstermiştir (Demir ve ark., 2004; Renaud & Halpern, 2010; Sağlam, 2012).

Sigara kullanımının erkekler arasında daha yaygın olduğu bilinmesine karşın (Retisma ve ark., 2017; Ünübol & Hızlı Sayar, 2019), polikliniğimize başvuran ve çalış-

mamıza dahil olan kişilerdeki cinsiyet dağılımının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Kadınların erkeklere nazaran sigarayı bırakma konusunda kendilerini daha çok baskı altında hissetmeleri, sigarayı bırakmak için destek almak amacıyla poliklinik başvurusuna ihtiyaç duymaları bu durumun bir nedeni olabilir.

Çalışmamızda sigarayı bırakan olguların yaş değerleri bırakamayanlara göre hafif derecede yükseklik göstermişti. Daha önce yapılan bazı çalışmalarda da sonuçlarımıza benzer şekilde sigarayı bırakmadaki başarının yaş ile doğru orantılı olduğu gösterilmiştir (Raheison ve ark., 2005; Tillgren, Haglund, Lundberg, & Romelsjö, 1996). Yaş ve sigara içilen yıl süresi arttıkça sigara bırakma oranlarındaki artış, yaş ilerledikçe ve sigara içilen yıl süresi arttıkça sigaranın zararlarını daha fazla görme ve sigara ile ilgili farkındalıkta artma ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda, medeni durumun sigara bırakma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bırakma başarısını çoktan aza sırasıyla; boşanmış (%68,4), evli (%48,1), bekar (%30,8) ve dul (%0) olmanın etkilediği ($p<0,05$) görülmüştür. Literatüre bakıldığında genellikle medeni durum ile sigara bırakma başarısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmemiştir (Argüder ve ark., 2013; Berkeşoğlu ve ark., 2018; İzmir, Akçay, & Eyüboğlu, 2015). Çalışmamızda bekar ve özellikle dul olanlarda sosyal desteğin daha zayıf olabilme ihtimali sigara bırakma başarılarını düşürmüş olabilir. Boşanma gibi kişinin kendiyle ilgili karar verebilme, hayatını değiştirme adına adım atabilme kapasitesi gerektiren bir eylemi gerçekleştirenler sigarayı bırakma gibi bir hayat değişikliğini gerçekleştirmede de daha başarılı olmuş olabilirler.

Çalışmamızda çalıştığı yerde sigara içilen kişilerde 1. yıl sonunda bırakma oranı, çalışmayan ve çalıştığı yerde sigara içilmeyenlere oranla 3. ay 6. ay ve 1. yıl verilerinin hepsinde anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da sigara tedavisi sonuçları incelendiğinde sigarayı bırakamayan grup, sigarayı bırakanlara göre işyerinde daha fazla sigara içmekteydi ($p<0,001$) (Yaşar, Kurt, Talay, & Kargı, 2014). İşyerinde sigara içenlerin işyerinde sigara içmenin yasak olmadığı sigara içildiği anlamı çıkarıldığında bu anlamda çalışmamızın sonucu literatür ile uyumluydu. Çalışan kişinin daha fazla vakit geçirdiği kişilerin sigara içmesi ya da bulunması gerektiği ortamlarda sigara içilmesi kişinin sigarayı bırakmasında olumsuz etkiliyor olabilir.

Çalışmamızda komorbid akciğer ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda diğer tıbbi hastalığı olanlar ve komorbid hastalığı olmayanlara göre 3. ay, 6. ay ve 1. yıl sonundaki sigara bırakma oranları daha yüksek bulunmuştur. 3. ay ($p=0,053$) iken 6. ay ve 1. yıl istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) saptanmıştır. Alttan yatan sigara ilişkili hastalığı olanların daha kolay sigarayı bıraktığı bilinmektedir (Hasan, 1996). Yapılan bir araştırmada çalışmamıza benzer şekilde, sigarayı bırakamayan ve bırakanlar karşılaştırılmış ve sigarayı bırakanlar grupta komorbid hastalıklar (KOA ve hiper-

tansiyon), anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Salepçi ve ark., 2016). Bu anlamda hasta tarafından sigarayla daha kolay ilişkilendirilen ek tıbbi hastalık varlığında kişilerin sigara bırakma motivasyonunun daha yüksek olduğu ve bırakma başarılarının olumlu yönde etkilendiği söylenebilir.

Eşlik eden psikiyatrik ve diğer madde kullanım bozuklukları olan bireylerde sigara içme sıklığı daha yüksektir (Jamal ve ark., 2018). Psikiyatrik komorbiditeleri olan bireyler, olmayanlara kıyasla; sigara içmeye daha erken yaşlarda başlamakta, daha fazla sigara tüketmekte, tütüne daha çok bağımlı olmaktadır ve sigarayı bırakma olasılıkları daha düşüktür (Prochaska, Das, & Young-Wolff, 2017). Herhangi bir zamanda anksiyete ya da depresyon gibi psikiyatrik ek tanı alanların ve daha düşük bırakma oranları olduğu belirtilmiştir (Piper ve ark., 2017; 2010). Psikiyatrik hastalığın varlığı sigara bırakma tedavisine engel olmamaktadır. Genel popülasyonda uygulanan bırakma yöntemleri psikiyatrik bozukluğu olan bireylere de önerilmektedir, bu grupta bazı güçlendirme tedavilerinin bırakma oranlarını artırdığı gösterilmiştir (TT Derneği, 2014). Bizim çalışmamızda aktif veya geçirilmiş komorbid psikiyatrik hastalık varlığı sigara bırakma başarısı üzerinde anlamlı farklılığa neden olmamıştı. Ağır mental bozukluğu ve psikotik hastalığı olanlar görüşmeye uyum sağlayamayacağı için çalışmaya alınmamıştı. Bu durum psikiyatrik hastalığı olanlardaki bırakma başarısının, olmayanlardaki ile benzer derecede bulunmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmanın bir ruh sağlığı hastanesinde ve psikiyatrist tarafından uygulanması da psikiyatrik hastalığı olan hastaların tedavi uyumlarının artırmış ve tedavi başarısının komorbid ruhsal bozukluğu olanlarda olmayanlarla benzer sonuçlanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda yeterli sürede farmakolojik tedavi verilmesi ve hastaların kontrole gelme sayıları ile bırakma hızları anlamlı olarak artmaktaydı ($p<0,05$). Bulgularımızla benzer şekilde, geçmiş çalışmalarda, tedaviye uyum başarılı bırakmanın ana belirleyicisi olarak görülmüş ve olumlu etkisinden bahsedilmiştir (Berkeşoğlu ve ark., 2018; Rasmussen, Klinge, Krogh, Nordentoft, & Tønnesen, 2018). Bu durumun literatür ile uyumlu olarak farmakoterapinin kısa kesilmemesi ve hastalara sık destek verilmesinin bırakma başarısını artırdığı bilgisini yansıttığı düşünüldü.

Tüm hastalara tedavi ve takiplerinin ilk 3 ayında aylık düzenli yüz yüze görüşmeler ve 3 aylık farmakoterapi kullanılması önerilmişti ancak Tablo 3 ve 4'te de ayrıntılarına ulaşılabileceği gibi hastaların ortalama tedavi süresi 6,55 hafta ve ortalama kontrol sayıları 1,47 idi. Altı aydan sonra hiçbir hasta kontrole gelmemişti. Hastalar telefon görüşmelerinde randevuların dolu olması nedeniyle sisteminden randevu alamayarak kontrole gelemedikleri ve ilaç temin etmekte yaşadıkları aksaklıkların tedaviyi erken kesmelerine neden olduğunu ifade etti. Daha uzun görüşmelere imkanveren ve tarihleri belirli randevuların ayarlanmasının tedavi başarısını artıracabileceği düşünüldü.

Ücretsiz tedavi imkanlarının ve ulaşılabilirliğinin artırılmasının da tedavi başarısını olumlu etkileyebileceği düşünüldü.

Bizim çalışmamızda NRT ve NRT dışı tedavilerin 6. aydaki sigara bırakma oranlarında ve 1. yıl relaps oranlarında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Literatüre bakıldığında başarılı sigara bırakma girişimlerine rağmen bıraktıktan sonra 6-12 ay içinde hastaların %70-80'inde relaps gelişebilmektedir (Hays ve ark., 2001). Relapsı önlemede yapılan çalışmalarda davranışsal (grup/bireysel) tedavilerde, telefonla proaktif görüşmelerde, nikotin yerine koyma tedavisinde, bupropion tedavisinde plaseboya göre anlamlı fark bulunamamıştır. Yalnızca Vareniklin tedavisinin relapsı önlemede anlamlı etkisi olduğu gösterilmiştir (Hajek ve ark., 2013). Çalışmamız vareniklinin relapsı önlemedeki etkinliği açısından daha önceki çalışmalara benzer bulunmuştur. Farklı olarak çalışmamızda NRT tedavisi de relapsı önlemede etkin bulunmuştur. Bu durumun görece daha ucuz ve daha eski bir tedavi olan NRT ile sigarayı bırakanlarda sigara bırakmada ilaca değil, bilişsel davranışçı görüşmeye ve kendilerine atfedilen kredinin daha fazla olmuş olabileceği ile açıklanabileceği düşünüldü. Ayrıca yapılan bilişsel davranışçı görüşme sonrası bırakabileceğine inancı ve motivasyonu daha yüksek olan hasta grubunun yan etkisi en az olan tedaviyi yani NRT'yi tercih ettiği düşünülebilir. Bu da bizim hasta grubumuzda, daha önce yapılmış randomize kontrollü çalışmalara göre NRT grubunda görülen tedavi ve relapsı önleme başarısındaki yüksekliği açıklayabilir.

Bu tarz çalışmalarda Hawthorne Etkisi bir kısıtlılık olarak görülebilmektedir; ancak bu etkiyi ortadan kaldırabilmek için hastalara çalışma ayrıntılı olarak anlatılmış ve verdiği cevaplar ile tedavi süreci arasında hiçbir bağlantı olmayacağı konusunda dikkatli bir biçimde bilgilendirilmiştir. Çalışma, sadece tütün bağımlılığı tanımlı hastalar dahil edilerek yapılmıştır. Bu nedenle sonuçların tüm alkol/madde kullanım bozukluklarına genellenmesi uygun gözükmemektedir. Çalışma, sadece İstanbul'da ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi sigara bırakma polikliniğine başvuran örneklemde yapılmıştır. Bu nedenle sonuçlar Türkiye örneklemini kapsamamaktadır. Ayrıca çalışmaya kriterlere uygun tütün bağımlılarından sadece yaklaşık kırk dakika boyunca standart görüşme formlarını doldurup araştırmacı ile görüşme yapan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir, görüşmeye zaman ayırmak istemeyen ve formları doldurmak istemeyen sigara bağımlıları olmuştur. Araştırmacı ile formal görüşme yapmayı kabul eden hastaların, sigara bağımlılığı konusunda yardım almaya daha açık oldukları düşünülebilir.

Sonuç

Relapslarla giden ve kronik bir hastalık olduğu bilinen tütün bağımlılığında Türkiye sigara içme oranlarının yüksek olduğu ülkeler arasındadır ve ülkemizde, prevalans yüksekliğinin nedenlerinden birisi de bırakma oranlarının düşük olmasıdır. Ülkemiz-

de sigaraya karşı mücadelede toplumsal bilinçlenmeyi sağlamak ve sigara kullanan kişilerin sigara bırakma polikliniklerine başvurularını arttırmak hedeflenmektedir çünkü ülkemizde de dünyada olduğu gibi sigara bırakma poliklinikleri istenilenin altında kullanılmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları psikiyatri pratiğinde sigara kullanımına yaklaşım konusunda mevcut durumun tespiti ile konuya dikkat çekilmesi hedeflenmektedir. Çalışmamız bu konuda farkındalık oluşturarak yeni bakış açıları kazandırarak sonraki araştırmalara da ışık tutacaktır. Psikiyatri kliniklerinde tütün bağımlılığına yaklaşımın saptanmasına ve bilişsel davranışçı müdahalelerin psikiyatristler tarafından sigara bırakma polikliniğinde rutin kullanımının etkinliğini göstermeyeyönelik olması açısından ülkemiz için yeni ve önemlidir.

Psikiyatri pratiğinde sigara tedavisi ve başarısı konusunda mevcut durumun tespiti ile konuya dikkat çekilmesinin yanı sıra randevu sayısı ilaç kullanım süresi gibi değiştirilebilir etkenlerin saptanması halinde bu alanda yapılacak müdahaleler ile tütün bağımlılığı tedavisinde başarı oranları artırılabilir. Tütün kullanımı, dünyada önlenemez ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmektedir, tütünle mücadelede alanında yapılan bu çalışma ile tütün bağımlılığı tedavisinde psikiyatristlerin ve hatta belki diğer bilişsel davranışçı terapistlerin tedaviye katılımının artırılması ve tedavi başarısının artırılması hedeflenmektedir. Böylece hem tütün kullanımının devamı nedeniyle gelişecek hastalık ve ölümlerin önlenmesi konusunda hem de bu hastalıkların ve tütün kullanımının devamının getireceği büyük sosyal ve mali yükün önlenmesi konusunda ruh sağlığı ve halk sağlığı alanına katkısı olacağı düşünülmektedir.

Etkinliği kanıtlanmış ve maliyet etkin olduğu gösterilmiş sigara bırakma tedavilerinin kullanımının artırılması, tedavinin ve bırakmanın önündeki içsel engellerin aşılması için psikiyatristlerin bu alanda daha fazla rol almasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları tütün bağımlılığına psikiyatri pratiğinde yaklaşım konusunda yeni bakış açıları kazandırarak sonraki araştırmalara da ışık tutacaktır.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (karar no: 49; tarih: 22.07.2019).

Hasta Onamı: Araştırma retrospektif bir araştırma olup, veriler tutulan poliklinik kayıtları üzerinden elde edilmiştir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – S.A., B.Ü., E.E., R.B.; Tasarım – S.A., B.Ü., E.E., R.B.; Denetleme – E.E., R.B.; Kaynaklar – S.A., B.Ü.; Malzemeler – S.A., B.Ü.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – S.A.; Analiz ve/veya Yorum – S.A., B.Ü., E.E.; Literatür Taraması – S.A., B.Ü.; Yazıyı Yazan – S.A., B.Ü.; Eleştirel İnceleme – S.A., B.Ü., E.E., R.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu alışma iin finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the Ethics Committee of Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital (no: 49, date: 22.07.2019).

Informed Consent: Informed consent was not obtained because the study is retrospective.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – S.A., B. ., E.E., R.B.; Design - S.A., B. ., E.E., R.B.; Supervision - E.E., R.B.; Resources - S.A., B. .; Materials - S.A., B. .; Data Collection and/or Processing - S.A.; Analysis and/or Interpretation - S.A., B. ., E.E.; Literature Search - S.A., B. .; Writing Manuscript - S.A., B. .; Critical Review - S.A., B. ., E.E., R.B.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaka

- Agaku, I. T., King, B. A., Dube, S. R., & CentersforDisease Control andPrevention (CDC). (2014). Currentcigarettesmokingamongadults - United States, 2005-2012. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(2), 29-34.
- Argüder, E., Karalezli, A., Hezer, H., Kılı, H., Er, M., Hasanoğlu, H. C., & Demir, P. (2013). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Turkish Thoracic Journal* 14, 81-87.
- Balaman, Z. (n.d.). *T rkiyede T t nle M cadele S reci*. Retrieved October 30, 2019, from <https://havanikoru.saglik.gov.tr/surec>
- Benowitz, N. L. (2009). Nicotine Chemistry, Metabolism, Kinetics and Biomarkers. IN: Nicotine Psychopharmacology (Handbook of Experimental Pharmacology, Vol. 192). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69248-5_2 [Crossref]
- Berkeşoğlu, .,  zg r, E. S., & Demir, A. U. (2018). Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, pp. 355-365. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.473902> <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.473902> [Crossref]
- Cahill, K., Lancaster, T., & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004492.pub4> <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4> [Crossref]
- an, G.,  ztuna, F., &  zl , T. (2004). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigara bırakma polikliniğı sonularının değerlendirilmesi. *Tuberk l z ve Toraks*, 52(1), 63-74.
- elepku, T., Atli, A., Palancı, Y., Yılmaz, A., Demir, S., İbiloğlu, A. O., & Ekin, S. (2014). Sigara kullancılar da nikotin bağımlılık düzeyinin yaş ve cinsiyetle ilişkisi: Diyarbakır  rneklemi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41(4), 712-716. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2014.04.0505> [Crossref]
- Chandler, M. A., & Rennard, S. I. (2010). Smoking cessation. *Chest*, 137(2), 428-435. <https://doi.org/10.1378/chest.09-0124> [Crossref]
- Demir, T., Tutluoğlu, B., Ko, N., & Bilgin, L. (2004). Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuları. *T berk l z ve Toraks Dergisi*, 52(1), 63-68.

- Türk Toraks Grubu Derneği, (2014). *Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu*. Ankara.
- Fidan, F., Ebru, P., Mehmet, Ü., Sezer, M., & Ziya, K. (2005). Sigara bırakmayı etkileyen faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 6(3), 27-34.
- Fiore, M. C. (2000). *A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service report*. JAMA: The Journal of the American Medical Association. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2000-08538-004>
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003999. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003999.pub4> [Crossref]
- Hasan, S. U. (1996). ATS statement--cigarette smoking and health. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 154, 1579-1580. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.154.5.8912785> <https://doi.org/10.1164/ajrccm.154.5.8912785> [Crossref]
- Hays, J. T., Hurt, R. D., Rigotti, N. A., Niaura, R., Gonzales, D., Durcan, M. J., & White, J. D. (2001). Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 135(6), 423-433. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-6-200109180-00011> [Crossref]
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K.-O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x> [Crossref]
- İzmir, A., Akçay, Ş., & Eyüboğlu, F. Ö. (2015). Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Hastanesi Sigara Bırakma Polikliniği 1 Yıllık İzlem Sonuçları. Retrieved from <http://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdid=bsbd&plng=tur&un=BSBD-29981> <https://doi.org/10.5505/bsbd.2015.29981> [Crossref]
- Jamal, A., Phillips, E., Gentzke, A. S., Homa, D. M., Babb, S. D., King, B. A., & Neff, L. J. (2018). Current cigarette smoking among adults - United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(2), 53-59. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1> [Crossref]
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., & Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), 341-350. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1211128> [Crossref]
- Karlıkaya, C., Öztuna, F., Solak, Z. A., Özkan, M., & Örsel, O. (2006). Tütün kontrolü. *Turkish Thoracic Journal* 7(1), 51-64.
- Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2014a). "Real-world" effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*, 109, 491-499. <https://doi.org/10.1111/add.12429> <https://doi.org/10.1111/add.12429> [Crossref]
- Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2014b). "Real-world" effectiveness of smoking cessation treatments: A population study. *Addiction*, 109(3), 491-499. <https://doi.org/10.1111/add.12429> [Crossref]
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442> [Crossref]
- Mutangadura, G. (2004). World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life World Health Organization, Geneva, 2002, 250 pages, US\$ 13.50, ISBN 9-2415-6207-2. *Agricultural Economics*, 30, 170-172. <https://doi.org/10.1016/j.agecon.2003.11.006> <https://doi.org/10.1016/j.agecon.2003.11.006> [Crossref]
- Piper, M. E., Schlam, T. R., Cook, J. W., Smith, S. S., Bolt, D. M., Loh, W.-Y., & Baker, T. B. (2017). Toward precision smoking cessation treatment I: Moderator results from a factori-

- al experiment. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.025> [\[Crossref\]](#)
- Piper, M. E., Smith, S. S., Schlam, T. R., Fleming, M. F., Bittrich, A. A., Brown, J. L., & Baker, T. B. (2010). Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 13-23. <https://doi.org/10.1037/a0018065> [\[Crossref\]](#)
- Powell, J., Dawkins, L., West, R., Powell, J., & Pickering, A. (2010). Relapse to smoking during unaided cessation: Clinical, cognitive and motivational predictors. *Psychopharmacology*, 212(4), 537-549. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1975-8> [\[Crossref\]](#)
- Prochaska, J. J., Das, S., & Young-Wolff, K. C. (2017). Smoking, mental illness, and public health. *Annual Review of Public Health*, 38, 165-185. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618> [\[Crossref\]](#)
- Raherison, C., Marjary, A., Valpromy, B., Prevot, S., Fossoux, H., & Taytard, A. (2005). Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respiratory Medicine*, 99(10), 1303-1310. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2004.12.002> [\[Crossref\]](#)
- Rasmussen, M., Klinge, M., Krogh, J., Nordentoft, M., & Tønnesen, H. (2018). Effectiveness of the Gold Standard Programme (GSP) for smoking cessation on smokers with and without a severe mental disorder: a Danish cohort study. *BMJ Open*, 8(6), e021114. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021114> [\[Crossref\]](#)
- Reitsma, M. B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J. S., Abajobir, A., Abate, K. H., & Gakidou, E. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389(10082), 1885-1906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X) [\[Crossref\]](#)
- Renaud, J. M., & Halpern, M. T. (2010). Clinical management of smoking cessation: Patient factors affecting a reward-based approach. *Patient Preference and Adherence*, 4, 441-450. <https://doi.org/10.2147/PPA.S8913> [\[Crossref\]](#)
- Sağlam, L. (2012). Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 42(3), 515-522.
- Salepci, B., Caglayan, B., Fidan, A., Parmaksiz, E. T., Kiral, N., Comert, S. S., & Coskun, E. (2016). The effect of pulmonary function testing on the success of smoking cessation. *Respiratory Care*, 61(8), 1073-1080. <https://doi.org/10.4187/respcare.04490> [\[Crossref\]](#)
- Salepci, B., Fidan, A., Oru ,  ., Torun, E.,  aglayan, B., & Kader,  . N. (2005). Sigara bırakma polikliniğimizde başarı oranları ve başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*, 6(2), 151-158.
- Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E., & Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *The American Journal of Medicine*, 114(7), 555-562. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00081-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00081-0) [\[Crossref\]](#)
- Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., Beach, K. E., & Baker, T. B. (2001). Strike while the iron is hot: can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 429-439. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.429> [\[Crossref\]](#)
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2012). Behavioural interventions as adjunct stop harmaco therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009670. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009670.pub2> [\[Crossref\]](#)

- Tillgren, P., Haglund, B. J., Lundberg, M., & Romelsjö, A. (1996). The socio demographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(6), 625-630. <https://doi.org/10.1136/jech.50.6.625> [Crossref]
- Tønnesen, P. (2009). Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review. *Health Policy*, 91, S15-S25. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(09\)70004-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(09)70004-1) [Crossref]
- Ünüböl, H., & Hızlı Sayar, G. (2019). Psychological factors associated with smoking and quitting: Addiction map of Turkey study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1971-1982. <https://doi.org/10.2147/NDT.S204167> [Crossref]
- Uysal, M. A., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N. G., Uysal, O., & Yılmaz, V. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks*, 52(2), 115-121.
- Uzaslan, E. K., Özyardımcı, N., Karadağ, M., Yuksel, E. G., Gozu, R. O., & Ege, E. (2000). The physician's intervention in smoking cessation: Results of the five years of smoking cessation clinic. *Annals of Medical Sciences*, 9(2), 63-69.
- World Health Organization. (2014). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2011: Warning about the Dangers of Tobacco. World Health Organization.
- Yaşar, Z., Kurt, Ö. K., Talay, F., & Kargı, A. (2014). Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: Sigara bırakmada etkili olan faktörler. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 16, 99-104.

Extended Abstract

Results of Smoking Cessation Clinic in Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital: An Investigation Into the Effects of Cognitive Behavioral Intervention and Pharmacotherapy

Introduction

Nicotine addiction is major health problem that causes illness and death worldwide. This study aimed to determine the factors affecting successful smoking cessation among moderate–high nicotine dependent smokers who attended a clinic-based smoking cessation treatment, including pharmacotherapy and cognitive behavioral intervention.

Methods

This study used a retrospective natural follow-up design. A routine interview form and the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) were filled out by all patients who attended the Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital Smoking Cessation Clinic between November 2017 and February 2018, and they were diagnosed with nicotine-use disorder by a psychiatrist. For this study, patients were eligible if they were aged 18–65 and were willing to participate in the initial 30–45-minute interview and provide follow-up data.

Additional diagnosis of an acute psychotic episode, psychotic disorder, or mental retardation was used as exclusion criteria. Based on the FTND score, smokers with low and low-to-moderate nicotine dependence were excluded from the study. Thus, all participants had moderate–high nicotine dependence. This was done to ensure that we could reliably assess the effectiveness of the smoking cessation treatment used in this research. The follow-up for all patients was routinely planned at the beginning of the treatment, and all patients were followed up by phone calls or face-to-face interviews at the end of three months, six months, and one year.

There were 117 patients who met the specified criteria and commenced their smoking cessation treatment at the clinic between November 2017 and February 2018. Of these, data for 102 patients were available at the three-month, six-month, and one-year follow-ups. Thus, the 15 patients whose follow-up data was not available were excluded from the study. Successful smoking cessation was defined as continuous non-smoking for six months since the day of cessation, in accordance with the literature. Smoking situations at the one-year follow-up were used to determine relapse rates.

Results

Of the 102 patients included in the study, 48% were female. The average age was 40.63 ± 10.98 years and the average cigarette consumption was 24.97 ± 11.47 packs/year.

Smoking cessation rates were 65.7% at the three-month follow-up and 47.1% at the six-month follow-up. The latter statistic met our threshold for successful smoking cessation. Those who quit smoking were more likely to be older than those who did not. The marital status of those who successfully quit smoking was divorced (68.4%), married (48.1%), and single (30.8%). Working in a smoking environment was found to negatively affect quitting success.

Behavioral recommendations and cognitive interventions were made to all patients. Patients who used nicotine patches, gum, and both patch and gum were grouped as Nicotine Replacement Therapy (NRT). NRT pharmacotherapies were prescribed at the following rates: Nicotine patch plus gum: 19.6%; nicotine gum: 5.9%; and nicotine patch: 4.9%. The quit rates for NRT were 45%, 50.0%, and 60%, respectively. Non-NRT pharmacotherapies were prescribed at the following rates: Varenicline: 63.7% and Bupropion: 5.9%. The quit rates were 44.6% and 66.7%, respectively. Giving pharmacological treatment for sufficient time and the number of control interviews were significantly associated with increased quit rates.

At the one-year follow-up, it was determined that 11.8% of the patients who quit smoking had relapsed, and 35.3% had not started smoking again. There were no statistically significant differences in the six-month smoking cessation rate and one-year relapse rates between NRT and non-NRT treatments.

Discussion

In this study, the quit rate was 65.7% at the three-month follow-up and 47.1% at the six-month follow-up. In previous studies evaluating the results of smoking cessation treatment in our country, it has been reported that quit rates range from 36.5% to 65.0% after three months and from 27.6% to 48.5% after six months. Although our study only included those with moderate–high nicotine dependence, it is thought that the reason for the high quit rates at the three- and six-month follow-ups may be the effectiveness of the cognitive behavioral technique used.

We found that the rate of smoking cessation increased significantly with an adequate duration of pharmacological treatment and by increasing the number of control interviews with patients. Similarly, previous studies have found that compliance with treatment is the main determinant of successful smoking cessation. Also, consistent with the literature, our results suggest that maintaining adequate pharmacotherapy and providing frequent support to patients increases quitting success.

All patients were offered regular face-to-face interviews and a supply of pharmacotherapy in the first three months of their treatment, but the mean duration of the treatment was 6.55 weeks, and the mean number of control interviews was 1.47. The patients stated that they faced difficulties in getting appointments when they phoned,

because the system was fully booked. Patients also stated that the difficulties they faced in receiving medication caused them to stop the treatment early. In the future, setting appointment dates in advance and allowing longer interviews may increase the success rate of the treatment. In addition, increasing the number and accessibility of free treatment facilities may also increase treatment success.

Psychiatrists need to play a greater role in this field to (1) increase the use of smoking cessation therapies, which have been proven to be effective and cost effective and (2) help patients overcome their internal barriers to smoking treatment and quitting. The results of this study will provide new information on the approach to tobacco addiction in psychiatric practice and offer insights for further research.