



Sigaryayı Bırakma Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkliliği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Systematic Review

Zeynep Hilal Çelik , Oya Mortan Sevi 

Öz

Günümüzde sigara tüketimi neden olduğu ciddi hastalıklar hatta ölümler dolayısıyla dünya çapındaki önemli sorunlardan biridir. Örneklendirmek gerekirse tütün ve tütün kullanımının kanser, kalp ve damar bozuklukları ve felç gibi hastalıklara sebep olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Bu konudaki çalışmaların artmasıyla araştırmacılar sigara tüketiminin altında yatan fizyolojik ve psikolojik bağımlılığı da keşfetmiştir. Sigara tüketiminin tehlikeli sonuçlar doğuruyor oluşu sebebiyle birçok tedavi seçeneği mevcuttur. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), sigaryayı bırakma tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Bu sistematik gözden geçirme çalışmasında BDT'nin sigara bırakma tedavisinde etkisini inceleyen araştırmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla MEDLINE, PsycArticle and PsycINFO veritabanları taranmış ve belirlenen dahil etme/dışarıda bırakma kriterlerine göre değerlendirme sırasında fiziksel veya psikiyatrik herhangi bir tanısı olmayan ve ilaç kullanmayan 18 yaşından büyük katılımcıların bulunduğu çalışmalar gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Kriterleri karşılayan 20 çalışma detaylı olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak BDT temelli müdahalelerin özellikle de ilaç ve nikotin replasman tedavisi ile birleştirildiğinde sigara bırakma tedavisinde başarılı bir seçenek olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Sigaryayı bırakma, bilişsel-davranışçı terapi, tedavi

Abstract

Smoking has become one of the most prevalent problems worldwide that causes significant illnesses even deaths. To specify, it has been found that people suffer from cancers, heart diseases and strokes due to the use of tobacco. As soon as the investigations about this field progressed, researchers discovered the physiological and psychological dependence behind smoking. By the reason of its hazardous consequences, a variety of treatment options are now available. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is accepted as an effective method in treatment of smoking cessation. In this article, it is aimed to review the studies which investigate the effect of CBT on smoking cessation. For this purpose, MEDLINE, PsycINFO and PsycARTICLE databases has been searched and studies that include CBT intervention are selected based on defined inclusion and exclusion criteria. Specifically, the studies in which the participants are not diagnosed with any psychological or physiological disorder, older than 18 years, and does not use any kind of medication were included to the review. 20 studies fitting the including criteria are assessed in detail. As a result, CBT-based treatments can be accepted as a successful method for smoking cessation, especially when combined with medication and NRT.

Keywords: Smoking cessation, cognitive-behavioral therapy, treatment

¹ Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

✉ Oya Mortan Sevi, Bahçeşehir Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Turkey
oya.mortansevi@eas.bau.edu.tr

Geliş tarihi/Received: 10.12.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 02.03.2019 | Çevrimiçi yayın/Published online: 15.10.2019

SİGARA kullanımı sebep olduğu ciddi hastalıklar ve hatta ölümler nedeniyle evrensel bir sorun haline gelmiş durumda (Becoña ve ark. 2013). Sigaranın özellikle kalp hastalıkları, kanser ve felç riskini önemli oranda arttırdığı birçok çalışmada vurgulanmıştır (Lichtenstein ve Glasgow 1992, American Cancer Society 2007). Bununla birlikte, istatistikler her yıl sigara kullanımı sebebiyle yaklaşık 6 milyon insanın öldüğünü göstermiştir (Dünya Sağlık Örgütü 2014). Oysaki ölüm ve hastalık sebeplerine bakıldığında sigaranın diğerlerine göre daha önenebilir olduğu görülmektedir (Centers for Disease Control and Prevention 2008).

Sigara bağımlılığının DSM-5'e göre (2013) tütün kullanımı hastalıkları kategorisinin altında sınıflandırıldığı görülmektedir. Tanı almak için son 12 ay içinde bahsedilen alanlardaki bozulmalardan en az ikisinin görülmesi gerekir: tütün tüketiminin alınmak istenenden daha fazla olması, kullanımı kontrol etmeye ilişkin daimi bir istek veya başarısız girişimler, sigara kullanımıyla ilgili aktivitelerle çok fazla zaman harcanması, tekrarlayan sigara kullanımı sebebiyle okulda, iş ve özel hayatta yaşanan sıkıntılar, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaratmasına rağmen sigara kullanımına devam edilmesi, sigara kullanımından ötürü sosyal ve iş hayatındaki aktivitelerde azalmalar, fiziksel olarak tehlikeli durumlarda ve zararlarının bilinmesine rağmen sigara kullanımı, istenen etkiyi deneyimleyebilmek için daha fazla miktarda kullanım (tolerans geliştirilmesi) ve geri çekilme semptomlarının deneyimlenmesi (American Psychiatric Association 2013).

Aslında, tütün içindeki nikotin maddesinden dolayı psikolojik bağımlılığın yanı sıra fiziksel bir bağımlılığa da neden olur; bu yüzden ki diğer bağımlılıklarla karşılaştırıldığında nikotin bağımlılığı en düşük iyileşme oranına sahiptir (O'Brien ve McLellan 1996). Sigara bağımlılığının ve tedavi girişimlerinin kronik bir seyir izleyişi her 40 kişiden yalnızca 1'inin sigarayı bırakma sürecini başarıyla tamamlamasından da anlaşılacaktır (Şengezer 2016). Nikotinin beyne en hızlı ulaşan madde olduğu, merkezi ve çevresel sinir sistemini hızla dolaştığı saptanmıştır (Fiore ve ark. 2008, Guimaraes ve ark. 2014). Bu dolaşım ile nikotin vücutta fiziksel değişikliklere yol açar ve vücudun nikotine bağımlı hale gelmesine sebep olur (American Lung Association 1995). Dziegielewski ve Eater'ın da bahsettiği gibi (2000) nikotin bağımlılığının fiziksel bileşeninden ötürü bireyler sigarayı bırakmaya çalışırken aşırma ve geri çekilme gibi semptomları deneyimleyebilirler. Dolayısıyla herhangi bir sigarayı bırakma tedavisi planlanırken bağımlılığın hem fiziksel hem de psikolojik boyutları değerlendirilmeli ve buna uygun olarak tedavi şekillendirilmelidir.

Sıklıkla kullanılan sigarayı bırakma tedavileri arasında Nikotin Replasman Tedavisi (NRT); nikotin bantları, sakızlar ve burun spreyleri; Bupropion ve Varenicline gibi ilaçlar ve farmakolojik olmayan müdahaleler sayılabilir (Fiore ve ark. 2008). Bununla birlikte, farmakolojik müdahalelerin deride tahriş ya da riskli nöbetler geçirmek gibi yan etkileri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Cahill ve ark. 2013). Farmakolojik olmayan müdahaleler arasında telefon üzerinden verilen danışmanlıklar (Stead ve ark. 2013), telefon uygulamaları veya internet üzerinden erişilen tedaviler (Fiore ve ark. 2008), motivasyonel görüşmeler (Lindson-Hawley ve ark. 2015) ve/veya bilişsel davranışçı terapiler (Fiore ve ark. 2008) sayılabilir.

Bilişsel davranışçı terapiler (BDT) temelde duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki etkileşim üzerinden işler. Yani kişinin duyguları ve düşünceleri nasıl davranacağını etkiler, ya da kişinin davranışından duygu ve düşünceleri etkilenir (Beck 2011). Bilişsel davranışçı terapi genellikle 10 ila 20 seans aralığında sonuç almayı hedefler ve öncelikle

sorunu belirleme, ilgili hedefler koyma, sorunun formülasyonunu yapabilmek için veri toplama, başa çıkma ve problem çözme becerileri öğretme, işlevsel olmayan düşünce ve inançların yerine işlevsel olanları geliştirmeyi ve nüks önleme çalışmalarını içerir (Somers 2007).

Sigarayı bırakma konusunda bilişsel davranışçı terapi (BDT) oldukça yapılandırılmış ve kanıta dayalı bir müdahaledir (Hollon ve Beck 2004). Zaten birçok çalışma da BDT'nin bu konudaki etkinliğini başarılı bir şekilde göstermiştir (Rüther ve ark. 2018). López-Núñez ve arkadaşlarının (2016a) bahsettiği gibi BDT temelli bir sigara bırakma programı kişileri tütün kullanımı hakkında bilgilendirme ve psiko eğitimle başlayıp onların sürece bağlılığından ve sigarayı bırakma isteklerinden emin olma, ve sürecin nasıl ilerleyeceğine ilişkin (vücuttan nikotin çekilmesi gibi) bilgilendirme ile devam edebilir. Sonrasında ise, dürtü kontrolü, bilişsel yeniden yapılandırma, başa çıkma tekniklerinin öğretilmesi, edimsel yöntem (contingency management), girişkenlik eğitimi, iletişim eğitimi ve nüks önleme çalışmalarının uygulanması önerilmektedir (Cavallo ve ark. 2007). Şengezer (2016)'ın çalışmasında da vurguladığı gibi sigarayı bırakma sürecinde bilişsel tedavinin önemi oldukça büyüktür; çünkü kişiler sigarayla ilgili olumlu düşüncelerini değiştirmedikleri sürece yokluğunda kendilerini eksik, güçsüz, cezalandırılmış hissedecek ve sigaraya tekrar başlayacaklardır. Benzer şekilde, davranışçı tedavinin de özellikle bırakma sürecinde kişilerin yaşadığı yoksunlukla baş etme güçlerini arttıracak, stresi azaltacak ve gevşemelerini sağlayacak aktivite planlamalarıyla etkili olduğu vurgulanmaktadır (Kılınç 2010, Argüder ve ark. 2013).

Bu çalışmanın amacı BDT temelli sigarayı bırakma müdahalelerini içeren çalışmalarını bir arada toplayarak hangi tekniklerin, hangi örneklemede ne şekilde bir etki gösterdiğini görmek ve bu sayede gelecekteki çalışmaların/müdahalelerin bu bilgiler ışığında bir yol izlemesine katkıda bulunmaktır. Literatürde benzer bir çalışmanın olmadığı göz önünde bulundurulduğunda BDT temelli sigarayı bırakma müdahalelerini içeren çalışmalarını sistematik olarak gözden geçirmeyi hedefleyen bu makalenin araştırmacılar için bir rehber görevi görmesi beklenmektedir.

Tablo1. Çalışmaların yöntemsel özellikleri

Çalışma	Katılımcılar	Tedavi Grubu	BDT Teknikleri	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Droput	Sonuç	E. S.
Cinciripini ve ark. (1994) MEDLINE PsycINFO	34 kişi (19 erkek, 15 kadın) Günde en az 1 paket sigara tüketimi	Grup 1 (BDT) (n=17) veya Grup 2 (kontrol) (n=17)	Grup 1: BDT temelli planlanmış sigara içme, bırakma ve nüks önleme Grup 2: öz-yardım kontrol grubu "Bırakıyorum Kiti" (bazı ölçekler ve sigarayı bırakmak için ipuçları)	Hayır	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> Başlangıçta, 1-4, 5 ve 9.haftalarda ve 6&12.aylarda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 24-saat içinde CO seviyesi <7 ppm	?	24-saat sigaradan arınma oranı - 5&9.haftalar ve 6&12.aylarda: Grup 1> Grup 2	?

Cinciripini ve ark. (1996) PsychARTICLE	Halkın içinden 64 katılımcı (19 erkek, 45 kadın) 3-yıllık sigara içme geçmişi Günde en az 15 sigara tüketimi	Davranışsal Tedavi (DT) (n=32) veya Davranışsal Tedavi + Nikotin Bandı (DNB) (n=32)	DT: Sigarayı bırakma ve içme arzusuna yönelik BDT teknikleri (a) zaman ve edimsel yöntem, (b) stres aşılama, (c) girişkenlik eğitimi ve (d) uykuyu iyileştirmek için teknikler, egzersizler ve olumlu olayların planlanması	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 1, 3, 6, ve 12. aylarda izlem ölçümü <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 24-saat içinde CO <6 ppm	?	3, 6 ve 12. aylarda sigaradan uzak durma: DNB > DT	?
Hall ve ark. (1998) MEDLINE PsychINFO	199 içici (89 erkek, 110 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi Katılımcıların 65'inde Majör Depresyon geçmişi ve 50'sinde tekrar eden episodlar	Nortriptyline + BDT (n=51) Nortriptyline + Sağlık Eğitimi (SE) (n=48) Plasebo + BDT (n=52) Plasebo + Sağlık Eğitimi (n=48)	SE: Sağlıkla ilgili bilgilendirme + sigarayı bırakmak için plan geliştirme BDT: Hall ve ark. (1994) çalışması baz alınarak duyu düzenleme eğitimi ile düşünce ve aktivitelerle çalışma yapılır.	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 12, 24, 38 ve 64. haftalarda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> CO seviyesi 10 ppm ve daha az Kotinin seviyesi 341 nmol/L ve daha az	47	Sigaradan uzak durma: Nortriptyline > Plasebo Majör Depresyon geçmişi olan katılımcılar için: BDT > SE	2. 3
Pollak ve ark. (2007) PsychINFO	Hamileliklerinin 13 ile 25 hafta arasındaki süreçte olan 181 kadın Hayatları boyunca en az 100 sigara içmiş olmak	BDT (n=59) veya BDT + NRT (n=122)	BDT danışmanlık prosedürü; -motivasyonel görüşme, -sosyal biliş teorisi ve -davranış değişiminin transteorik modeli üzerinedir.	Evet	Evet	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta seçkisiz atamadan 7 hafta sonra, 38 hafta gebelikte, ve doğumdan sonraki 3. ayda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi <10 ppm	31	Hamilelik sürecindeki ölçümlerde sigarayı bırakma: BDT + NRT > BDT	?
Schmitz ve ark. (2007) MEDLINE	Yaşları 30-70 arasında değişen 154	Plasebo + Standart Tedavi (ST)	Marlatt & Gordon (1985)'in nüks önleme modeline	Evet	Evet	<u>Tedavi öncesi ve sonrası</u>	69	Tedavi sonunda, 3, 6, 9 ve	?

PsychINFO	kadın Günde en az 10 sigara tüketimi	(n=37) veya Plasebo + BDT (n=39) veya Bupropion + ST (n=37) veya Bupropion + BDT (n=41)	göre BDT prosedürü: 1) sigara içmeyi tetikleyen faktörlerin belirlenmesi 2) işlevsel analiz 3) hatalarla çalışma 4) yaşam tarzını dengeleme 5) problem çözme			ölçüm: başlangıçta, hedef bırakma gününde, tedavi sonunda, 3, 6, 9 ve 12 aylardaki izlem çalışmaları <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi <10 ppm Kotinin seviyesi < 15 ng/ml		12 aylarda sigarayı bırakma: Bupropion + BDT > Bupropion + ST	
Hall ve ark. (2009) MEDLINE	50 yaşından büyük 402 katılımcı (242 erkek, 160 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	Standart Tedavi (ST) (n=100) veya BDT-G (n=99) veya BDT-G+NRT-G (n=104) veya NRT-G (n=99)	ST: 12-haftalık grup terapisi + NRT + Bupropion alır. BDT-G: 11 seanslık bilişsel davranışçı terapi 1) motivasyon artırma 2) duygu durum yönetimi 3) kilo kontrolü 4) sosyal destek 5) bağlılık ve geri çekilme ile başa çıkma NRT-G- 40 haftalık nikotin sakızı BDT-G+NRT-G	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 12, 24, 52, 64, ve 104. haftalarda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi 10 ppm ve altı Anatabin/anabasin seviyeleri 2 mg/ml ve daha az	59	2 yıllık periyotta sigarayı bırakma: BDT-G > NRT-G ve ST	?
Hernandez-Lopez ve ark. (2009) PsychARTICLE MEDLINE	İspanya'dan 81 katılımcı (29 erkek, 52 kadın) En az 5 yıldır sigara içiyor olmak Günde en az 10 sigara tüketimi	Kabul ve Bağlılık Terapisi (KBT) (n=43) veya BDT (n=38)	KBT: sigarayı bırakmanın değeri, isteklilik ve düşüncelerin kabulü, duygular ve bırakmayla ilgili duyular BDT: sigarayı bırakmaya hazırlık, bırakma, sürdürme ve nüks önleme	Evet	Yes	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, tedavi sonunda ve 3, 6, 12. ay izlem çalışmaları <u>Sigarayı bırakma oranı:</u>	38	Tedavi amaçlı 12. ay izlem çalışmada sigarayı bırakma oranı: KBT > BDT	?

						30-gün içinde CO <5 ppm			
Rovina ve ark. (2009) MEDLINE	205 içici (125 erkek, 80 kadın) Geçen yıl boyunca günde en az 15 sigara içmiş olmak	Grup A: Bupropion + 15 dakikalık bireysel danışmanlık (n=94) veya Grup B: Bupropion + özgül olmayan destekleyici ve motivasyonel grup terapisi (DMGT) (n=35) veya Grup C: Bupropion + BDT (n=40) veya Grup D: Yalnızca BDT (n=36)	BDT: -Bırakmayla ilgili düşünce, davranış ve inançları değiştirmek, -ve olumsuz duyguyla çalışmak	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, terapi sonrası, 3, 6, 9, ve 12 aylardaki izlem çalışmalarında <u>Sigarayı bırakma halinin devamlılığı:</u> CO seviyesi <10 ppm	21	Terapi sonunda sigarayı bırakma: B > A > C > D 12.ayda: C > A > B > D	?
Hendricks ve ark. (2010) PsychINFO	50 yaşından büyük 199 katılımcı (117 erkek, 82 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	BDT-G (n=99) veya Standart Tedavi (ST) (n=100)	ST: Bütün katılımcılar Bupropion, nikotin sakız ve danışmanlık almıştır. BDT-G koşulundaki katılımcılar ilave bireysel terapiler alır: 1) sigarayı bırakmak için motivasyon 2)duygu durum ile başa çıkma 3)kilo kontrolü 4)sosyal destek 5)geri çekilme semptomları ile başa çıkma	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 12, 24, 52, 64 ve 104 haftalar da <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi 10 ppm ve altı Anatabine/anabasin e seviyesi 2 mg/ml ve altı	20	64.haftada 7-gün sigaradan arınma oranı: BDT-G > ST 52.haftada sigarayı bırakma öz-etkinlik: BDT-G > ST	?
Alterman ve ark. (2011) MEDLINE	DSM-IV-TR'a göre Nikotin Bağımlılığı tanısı alan 240 katılımcı	Düşük-Yoğunlukta Tedavi (DYT) (n=80) veya Orta-Yoğunlukta	DYT: 8 hafta boyunca NRT + eğitici videokasetler + pratisyen hemşire ile 1 tavsiye&eğitim (T&E) seansı	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 9, 26 ve 52.haftalarda	?	Yüksek yoğunlukta tedavi en yüksek sigara bırakma	?

	(122 erkek, 118 kadın) Günde en az 1 paket sigara tüketimi	Tedavi (OYT) (n=80) veya Yüksek-Yoğunlukta Tedavi (YYT) (n=80)	OYT: Ek olarak 3 T&E seansı YYT: Yukarıdakilere ek olarak 12 bireysel BDT seansı			a <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> Nefes CO oranı < 9 ppm Kotinin seviyesi < 200 ng/ml		oranını vermiştir.	
Hall ve ark. (2011) MEDLINE	406 katılımcı (247 erkek, 159 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	ST (n=81) veya ilaç (n=81) veya Plasebo + ilaç (n=81) veya BDT+ ilaç (n=80) veya BDT+Plasebo (n=83)	İlk 12 hafta boyunca bütün katılımcılar NRT + Bupropion + Danışmanlık alır. Sonrasında 5 farklı genişletilmiş tedavi uygulanır. BDT prosedürü: -motivasyonel müdahale, -olumsuz duygu durumu ile baş etme, -bağımlılık ve geri çekilme ile mücadele, -sosyal destek ve kilo alımı üzerine müdahale planlanmıştır.	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 12, 24, 52, 64 ve 104.haftalarda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi 10 ppm ve altı Kotinin seviyesi 60 ng/ml ve altı	68	64. ve 104.haftalarda 7-gün sigaradan arınma oranı: BDT > diğer	?
Wittchen ve ark. (2011) MEDLINE	467 içici (226 erkek, 241 kadın) Halihazırda düzenli içici olmak	Bupropion (n=108) veya Nikotin Replasman Terapisi (NRT) (n=105) veya BDT (n=175) veya Motivasyonel Görüşme (MG) (n=81)	Bütün katılımcılar kısa motivasyonel görüşme almıştır. BDT: ilave 4 veya 5 danışmanlık seansı + BDT prosedürü: -bırakma gününe hazırlık, -geri çekilme ile mücadele, -nüks önleme vs. + BDT öz-yardım kılavuzu + Ev ödevi çalışmaları	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> Başlangıçta, 2, 4 ve 12.haftalarda (tedavi sonrası) <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde sigaradan uzak durma oranı	65	Tedavi sonrası sigarayı bırakma: BUP > NRT > BDT > MG	?
Park ve ark. (2014) MEDLINE	Fagerström Test'e göre orta seviyeli nikotin bağımlılığı	İpucu Yoluyla Maruz Bırakma Tedavisi	BDT: 1)sigarayı bırakma hakkında eğitim 2)geri çekilme semptomlarıyla	Hayır	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta	?	Tedavi sonunda sigarayı bırakma (4.hafta):	?

	olan 30 erkek Günlük içici olmak	(İYMB) (n=15) veya BDT (n=15)	çalışma 3)yüksek riskli durumlara mücadele etme 4)bilişsel yeniden yapılandırma 5)stres yönetimi			(0.hafta), tedavi sonunda (4.hafta), izlem çalışmasında (12.hafta) <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> Nefes CO seviyesi en az 6 ppm		İYMB grubundan 10 katılımcı, BDT grubundan 11 katılımcı bırakmış, 12 haftada: İYMB grubundan 7 katılımcı, BDT grubundan 8 katılımcı bırakmış.	
Secades-Villa ve ark. (2014) PsychINFO MEDLINE	DSM-IV-TR'ye göre nikotin bağımlılığı tanısı alan tedavi arayan 92 günlük içici (33 erkek, 59 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	BDT (n=39) veya BDT + EY(Edimsel Yöntem) (n=43)	BDT müdahalesi: 1)tütün hakkında bilgilendirme 2)davranışsal sözleşme 3)öz-izleme 4)uyarıcı kontrolü 5)geri çekilme semptomlarıyla çalışma 6)fizyolojik geri çekilme 7)alternatif davranışlarla çalışma 8)sigarayı bırakmak için sosyal pekiştirme 9)nüks önleme + EY	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, tedavi sonrası, 1 ve 6. aylardaki izlem çalışmaları <u>Tedaviye bağlılık, sigaradan uzak durma oranı ve sigarayı bırakma halinin sürekliliği:</u> 7-gün ppa CO seviyesi <4 ppm Kotinin seviyesi < 80 ng/ml	11	Tedaviye bağlılık: BDT+EY > BDT Tedavi sonrası, 1 ve 6.ay izlem çalışmalarında sigarayı bırakma: BDT+EY > BDT	.4 23
Yalcin ve ark. (2014) MEDLINE	350 katılımcı (176 erkek, 174 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	Kontrol Grubu (n=175) Çalışma Grubu (n=175) i) Davranışsal Danışmanlık (DD) ii) DD + NRT	Tüm gruplar ST (40 dk. çalışma grubu) alır Kontrol Grubu: ST'ye ek 6 ay 150 dk. bireysel tedavi Çalışma Grubu: ST'ye ek 6 ay 630 dk. grup ve 100 dk. bireysel tedavi 1)öfke ve stresin	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> Ön-test, son-test (tedavi sonrası), 3 ve 6.ay izlem çalışmaları	22	Çalışma grubunda: Süreklilik Öfke ve Umutsuzluk puanı düşmüş Kendine Güven puanı	?

		iii) DD + Bupropion iv) DD + Varenicline	tetikleyicileri ve ipuçları 2)rahatlama teknikleri, 3)baş etme stratejileri, 4)stres yönetimi, 5)bilışsel yeniden yapılandırma ve 6)sosyal iletişimi güçlendirme			nda <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> CO seviyesi 10 ppm ve altı		yükselmiş. Kontrol grubunda değişiklik yok Bırakma düzeyi: Çalışma G.> Kontrol G.	
Lee ve ark. (2015) PsychINFO	Hamileliklerinin ilk üç aylık döneminde olan şehrin iç bölgelelerinde yaşayan 277 kadın Çalışmaya dahil olmadan 30 gün önceki süreçte en az bir nefes sigara içmiş olmak	Bilişsel Davranışçı Danışma Grubu (BDD) (n=140) veya En İyi Uygulama Grubu (IUG) (n=137)	BDD: 1)sigarayı bırakma öündeki bilişsel davranışçı engellerle çalışmak, 2) bireysel bırakma planı geliştirmek, 3)doğum sonrası engellerin ve tetikleyicilerin belirlenmesi 4)başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi IUG: Kısa danışmanlık: 1)sigara hakkında sorma 2)sigarayı bırakma konusunda tavsiyeler 3)bırakma motivasyonunu değerlendirme 4)strateji ve kaynaklar konusunda yardımcı olma 5)izlem çalışmalarını düzenleme	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, doğum öncesi izlem, doğumdan sonra 1 ve 5. aylarda izlem çalışmaları <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde Kotinin seviyesi <10 mg	63	7-gün sigaradan arınma oranı: BDD > IUG	.1 5
Weidberg ve ark. (2015) MEDLINE	(DSM-IV-TR'ye göre nikotin bağımlılığı tanısı almış 123 tedavi arayan içici (51 erkek, 72 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	BDT (n=47) veya BDT + EY (n=69): -sigarayı bırakma pekiştirilir. -kotinin seviyesindeki giderek artan düşüş pekiştirilir.	BDT: -tütün hakkında bilgilendirme -davranışsal sözleşme, -nikotin çekilmesi, -uyarıcı kontrolü, - başa çıkma stratejileri, -alternatif davranış eğitimi, -hedeflerin ulaşılması ve sigarayı bırakmaya ilişkin sosyal pekiştirme -nüks önleme	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, tedavi sonrası ve 6. ay izlem <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> Özbidirim Nefes CO seviyesi < 4 ppm ve Kotinin test	11	Tedavi sonunda sigarayı bırakma: BDT+EY > BDT izlem çalışmalarında anlamlı bir fark bulunamamış.	?

			stratejileri	Evet	Hayır	< 80 ng/ml			
López-Núñez ve ark. (2016a) PsychINFO MEDLINE	92 tedavi arayan katılımcı (33 erkek, 59 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	BDT (n=49) veya BDT + EY (n=43)	BDT: -davranışsal sözleşme, -tüketime ilişkin öz-izleme, -nikotin çekilmesi, -geri çekilme semptomlarına ilişkin stratejiler, -tüketime ilişkin fizyolojik geri bildirim, -ve nüks önleme stratejileri. EY: nikotini bırakma pekiştiricilerin büyütülmesi ile pekiştirilir.	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 6-aylık izlem çalışmasında <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> Öz bildirim Nefes CO seviyesi < 4 ppm ve Kotinin seviyesi < 80 ng/ml	10	Sigarayı bırakma halinin devamlılığı: EY+BDT > BDT 6.ayda sigarayı bırakma: EY+BDT > BDT	?
López-Núñez ve ark. (2016b) PsychINFO	DSM-IV-TR'e göre nikotin bağımlılığı tanısı alan 154 tedavi arayan katılımcı (59 erkek, 95 kadın) Günde en az 10 sigara tüketimi	BDT (n=48) veya BDT + EY-U (Sigaradan uzak durmak için) (n=51) veya BDT + EY-B (Sigara bırakmayı biçimlendirmek için) (n=55)	Becona ve Vázquez, (1997) ile Secades-Villa ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarına bağlı olarak BDT prosedürü: 1)katılımcıların tütün hakkında bilgilendirilmesi 2)davranışsal sözleşme 3)öz-izleme 4)uyaran kontrolü 5)geri çekilme semptomlarıyla baş etme 6)fizyolojik geri bildirim 7)alternatif davranışlar üzerine çalışma 8)sigarayı bırakma durumunda sosyal pekiştiriciler 9)nüks önleme	Evet	Hayır	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, 6-aylık izlem çalışmasında <u>Sigarayı bırakma oranı:</u> 7-gün içinde CO seviyesi 4 ppm ve altı Kotinin seviyesi 80 ng/ml ve altı	16	Tedavideki sigarayı bırakma oranı Her iki BDT+EY uygulaması > BDT	.17
Sheffer ve ark. (2017) MEDLINE	İrk, etnik köken ve sosyoekonomik düzey (SED) bakımından azınlık konumunda olan 227 günlük içici	Standart Tedavi (StdT) (n=113) veya Uyarlanmış Tedavi (UyT) (n=114)	StdT: tütün bağımlılığı için UyT: BDT programı 1)tetikleyici ipucularına-çeme döngüsünün belirlenmesi 2)tetikleyiciler ve arzulanma için bireysel başa çıkma	Evet	Evet	<u>Tedavi öncesi ve sonrası ölçüm:</u> başlangıçta, sigarayı bıraktıktan hemen sonra, 3 ve 6.ay izlem	29	UyT düşük SED bireylerin sigaraya tekrar başlama sürelerini düşürmüştür	?

	(164 erkek, 63 kadın)		stratejileri 3)öz-izleme 4)hedef belirleme 5)stresle baş etme 6)problem çözme 7)çatışma yönetimi 8)tütün ürünlerini reddetme eğitimi 9)sosyal desteği güçlendirme 10)nüks önleme			çalışmalarında -nüksün geciktirilmesi üzerindeki etkisi: -7-gün sigaradan arınma oranı		(StdT grubuna göre). UyT grubunda düşük SED bireyler StdT grubuna göre sigaradan daha uzun süre uzak durmuşlardır.	
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--

Yöntem

Literatür taraması için PsycINFO, PsycARTICLES ve MEDLINE veritabanları kullanılmıştır. Tarama sırasında “sigarayı bırakmak ve bilişsel davranışçı terapi”, “sigarayı bırakmak ve bilişsel davranışçı müdahale”, ve “sigarayı bırakmak ve bilişsel davranışçı tedavi” anahtar sözcükleri makalelerin özet bölümünde aranmıştır. Ulaşılan makaleler arasında bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini ölçmeyenler elenmiştir. Ayrıca, etnik kökeni, ırkı ya da sosyoekonomik seviyesi ne olursa olsun 18 yaşından büyük, DSM-IV-TR veya DSM-V'e göre herhangi bir tanısı olmayan, benzer şekilde fizyolojik bir hastalığı da olmayan ve ilgili ilaç kullanımını olmayan bütün katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kriterlere uyan ve İngilizce yazılmış makaleler incelenip seçilmiştir. Dahil edilen çalışmalarla ilgili bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de alfabetik sıraya göre listelenmiştir.

Bulgular

Çalışmaların yöntemsel özellikleri

Örnekleme

Çalışmaların örneklemeleri 18 yaşından büyük sigara içen bireyleri içermektedir. Çalışmaların “içici” kriterleri değişkenlik göstermektedir. Şöyle ki, hamile kadınların katılımcı olduğu bir çalışmada (Lee ve ark. 2015) son 30 gün içerisinde bir nefes dahi içmiş olmak yeteriyken başka çalışmalarda “içici” olarak değerlendirilebilmek için günde en az bir paket sigara tüketimi gerekli görülmüştür (Cinciripini ve ark. 1994, Alterman ve ark. 2011). Ama genel olarak bakıldığında birçok çalışma günlük en az 10 sigara içen bireyleri “içici” olarak değerlendirmiştir. Bazı çalışmalarda günlük sigara tüketiminin yanı sıra Fagerström Test veya DSM-IV-TR'a göre nikotin bağımlılığı tanısını almak da gerekli görülmüştür (örn. Park ve ark. 2014, López-Núñez ve ark. 2016). Çalışmaların örneklemelerine bakıldığında ise katılımcı sayılarının 30 (Park ve ark. 2014) ila 467 (Wittchen ve ark. 2011) arasında değiştiği görülmektedir.

Tedavi ve kontrol/karşılaştırma grubu

Çalışmalarda bilişsel davranışçı temelli müdahaleler oldukça farklı şekillerde kullanılmıştır. Ama temelde çalışmalarda ortak olarak psikoeğitim, bağıllık ve geri çekilme ile başa

çıkma, dürtü kontrolü, öz-izleme, duygu yönetimi, başa çıkma stratejileri ve nüks önleme çalışmaları yer almıştır.

Çalışmaların bazılarında BDT'nin etkinliği edimsel yöntem ile karşılaştırılmıştır (Pollak ve ark. 2007, Secades-Villa ve ark. 2014, Weidberg ve ark. 2015, López-Núñez ve ark. 2016a, 2016b). Çalışmalardan yalnızca birinde Bilişsel Davranışçı Terapinin Kabul ve Bağlılık Terapisi ile karşılaştırıldığı görülmüştür (Hernandez-Lopez ve ark. 2009). Benzer şekilde bir çalışmada da BDT'nin etkinliği İpucu Yoluyla Maruz Bırakma Tedavisi ile karşılaştırılmıştır (Park ve ark. 2014). Dahil edilen çalışmaların 9'unda BDT'nin ya Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) ile ya ilaç (Bupropion, Nortriptyline ya da Varenicline) ya da her ikisi ile karşılaştırıldığı görülmektedir (örn. Hall ve ark. 1998, Rovina ve ark. 2009).

Tedavi gruplarına atanma

Çalışmaların 18'inde katılımcılar tedavi koşullarına seçkisiz olarak atanmıştır. Toplamda 20 çalışmanın yalnızca 2'sinde karşılaştırma grupları olmasına rağmen katılımcılar bu gruplara seçkisiz olarak atanmamıştır (Cinciripini ve ark. 1994, Park ve ark. 2014).

Ölçüm yöntemleri

Çalışmaların odağının sigarayı bırakma tedavisinin etkinliği ölçmek olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu sistematik gözden geçirmeye dahil edilen makalelerin tamamında ön test-son test yöntemi ile katılımcıların tedavi öncesi ve sonrası sigara içme durumlarının ölçüldüğü görülmektedir. Dolayısıyla çalışmadaki esas önemli bulgu olan "sigara içme durumu/sigarayı bırakma oranı" ön test-son test yöntemiyle ölçülmüştür. Çalışmaların çoğunda temel ölçüm kaynağı kişilerin öz değerlendirmesine dayalı sigarayı içme/bırakma durumları ile nefeslerindeki CO seviyesi ve idrar kotinin seviyesinin üçünün örtüşmesiyle elde edilmiştir. Bu şekilde bireylerin 24-saat, 7-gün veya 30-gün sigaradan uzak durma oranı ölçülmüştür.

Aslında çalışmanın odağı sigarayı bırakmak olsa da bazı çalışmalarda Beck Depresyon Envanteri, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği gibi farklı ölçümler de yapılmıştır.

Bunun yanı sıra, 20 çalışmanın 4 tanesinde ön test, son test ve izlem ölçümlerinde bağımsız bir değerlendiricinin bulunduğu görülmektedir (Pollak ve ark. 2007, Schmitz ve ark. 2007, Hernandez-Lopez ve ark. 2009, Sheffer ve ark. 2017). Gözden geçiren makalelerden yalnızca birinde izlem ölçümleri yapılmamıştır (Wittchen ve ark. 2011). Geri kalan 19 çalışmada yapılan izlem ölçümlerinin ise tedaviden sonraki 1 ay (Secades-Villa ve ark. 2014, Lee ve ark. 2015) ile 104 hafta (Hall ve ark. 2009; 2011, Hendriks ve ark. 2011) arasında değişiklik gösterdiği görülür. İzlem ölçümlerinin tedaviden en az 1 yıl sonrasında dahi devam ettiği 4 çalışma vardır (Hall ve ark. 1998; 2009, Hendricks ve ark. 2010, Hall ve ark. 2011).

BDT uygulamalarının içerik ve uygulamaları

BDT teknikleri

Değerlendirilen çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda en çok kullanılan yöntemin nüks önleme üzerine olduğu ve 8 çalışmanın nüks önleme tekniklerini içerdiği görülmektedir (örn. Secades-Villa ve ark. 2014, López-Núñez ve ark. 2016). Benzer şekilde 4 çalışmada uygulanan tedavilerin duygu düzenleme stratejileri içerdiği dikkat çekmektedir

(Hall ve ark. 1998; 2009, Hendriks ve ark. 2010, Hall ve ark. 2011). Çalışmaların 3 tanesinde şu 5 teknik ortak şekilde kullanılmıştır: motivasyonel müdahale, duygu düzenleme, bağımlılık ve geri çekilme ile baş etme, sosyal destek ve kilo alımı üzerine çalışmalar (Hall ve ark. 2009, Hendriks ve ark. 2010, Hall ve ark. 2011).

Tablo 2. Çalışmalarda uygulanan bilişsel davranışçı terapinin özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Seans Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı	Grup veya Bireysel
Cinciripini ve ark. (1994)	90-dakika	8 seans	Haftada bir	?	5-7	Grup
Cinciripini ve ark. (1996)	2 saat	9 seans	Haftada bir	2 terapist	7-11	Grup
Hall ve ark. (1998)	2 saat	10 seans	8 haftada 10 seans	3 terapist	5-11	Grup
Pollak ve ark. (2007)	Ortalama 25.7 dakika	6 seans	1. ve 2. seanslar 48 saat ara ile, 3. seans 2-4 hafta ara ile, 4, 5 ve 6. seanslar 2-4 hafta ara ile	?	1	Bireysel
Schmitz ve ark. (2007)	60-dakika	7 seans	Haftada bir	2 terapist	4-8	Grup
Hall ve ark. (2009)	20-40 dakika	11 seans	10-16. haftalarda 2 haftada bir, 20-36. haftalarda 4 haftada bir, 44-52. haftalarda 8 haftada bir	?	1	Bireysel
Hernandez-Lopez ve ark. (2009)	90-dakika	7 seans	Haftada bir	1 terapist	8-10	Grup
Rovina ve ark. (2009)	1 saat	?	İlk ay ayda bir, Sonraki 19 hafta boyunca 3er hafta ara ile	1 terapist	En fazla 10	Grup
Hendricks ve ark. (2010)	20-40 dakika	11 seans	10, 12, 14, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 44, ve 52. haftalarda	?	1	Bireysel
Alterman ve ark. (2011)	45-50 dakika	12 seans	Haftada bir	4 terapist	1	Bireysel
Hall ve ark. (2011)	20-40 dakika	11 seans	12-20. haftalarda 2 haftada bir 20-52. haftalarda 4 haftada bir	?	1	Bireysel
Wittchen ve ark. (2011)	20-30 dakika	4 seans (5 isteğe bağlı)	Başlangıç, at ve 2, 4, 6 (isteğe bağlı) ve 12. haftalarda	?	1	Bireysel
Park ve ark. (2014)	?	4 seans	Haftada bir	1 terapist	1	Bireysel
Secades-Villa ve ark. (2014)	1 saat	6 seans	Haftada bir	?	5-6	Grup
Yalcin ve ark. (2014)	90 dakika	5 seans	Haftada bir	?	1	Bireysel
Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Seans Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı	Grup veya Bireysel
Lee ve ark. (2015)	İlk seans için 45 dk 2.seans için 15 dk 3.seans için 45 dk 4.seans için 15 dk	4 seans	?	1 terapist	1	Bireysel
Weidberg ve ark. (2015)	1 saat	6 seans	Haftada bir	?	6	Grup
López-Núñez ve ark. (2016a)	1 saat	6 seans	Haftada bir	?	5-6	Grup

López-Núñez ve ark. (2016b)	1 saat	6 seans	Haftada bir	?	5-6	Grup
Sheffer ve ark. (2017)	1 saat	6 seans	Haftada bir	?	?	Grup

Seans özellikleri

Seans özellikleri açısından çalışmalar incelendiğinde çoğunda görüşmelerin haftada bir yapıldığı ama bazılarında bu sürenin en az iki hafta aralıklarla olduğu görülmektedir (Hall ve ark. 2009, Hendriks ve ark. 2010, Hall ve ark. 2011, Wittchen ve ark. 2011). Çalışmalarda bilişsel davranışçı tedavinin uygulanma süresi ise 4 seans (Park ve ark. 2014, Lee ve ark. 2015) ile 12 seans (Alterman ve ark. 2011) arasında değişmektedir. Buna ek olarak, seansların süresi değerlendirildiğinde yalnızca bir çalışmada (Park ve ark. 2014) seansların ne kadar sürdüğü belirtilmemiştir. Geri kalan çalışmalar için ise seans süresinin 20-30 dakika ile 2 saat arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca, 20 çalışmanın 9'u bireysel terapi şeklinde, geri kalan 11'i ise grup terapi formatında gerçekleştirilmiştir.

Grup üyeleri ve terapist sayıları

Genel olarak grupların 5-6 kişiden oluştuğu görülmektedir. Çalışmalardan yalnızca birinde (Sheffer ve ark. 2017) grup terapideki üye sayısından bahsedilmemiştir. Diğer çalışmalarda ise gruplar en az 4 (Schmitz ve ark. 2007), en fazla 11 (Cinciripini ve ark. 1996; Hall ve ark. 1998) kişiden oluşmuştur.

20 çalışmanın 9 tanesinin bireysel uygulamaları içerdiği görülmektedir. Grup çalışmalarının yalnızca 8 tanesinde uygulayıcı terapist sayısından bahsedilmiştir. Buna göre, çalışmaların birinde (Alterman ve ark. 2011) 4 terapist, birinde (Hall ve ark. 1998) 3 terapist, iki tanesinde (Cinciripini ve ark. 1996, Schmitz ve ark. 2007) 2 terapist ve dört tanesinde (örn. Lee ve ark. 2015) tek terapist bulunmaktadır.

Gözden geçirilen makalelerin bulguları

Sigarayı bırakma tedavilerinin etkinlikleri değerlendirildiğinde 10 çalışmada BDT-temelli müdahalelerin karşılaştırma gruplarına göre daha etkili sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu çalışmalarda temel karşılaştırma kontrol grubu ile yapılmıştır; ve bu kontrol grubuna bazen Standart Tedavi (Hall ve ark. 2009, Hendriks ve ark. 2010), bazen de Nikotin Replasman Tedavisi ve/veya ilaç tedavisi (örn. Hall ve ark. 2011) uygulanmıştır.

Öte yandan 4 çalışmada BDT'nin NRT ve/veya ilaç ile karşılaştırıldığı ve sonuç olarak sigara bırakma tedavisinde NRT veya ilaç veya kombinasyonlarının BDT'nin tek başına uygulandığı durumlara göre daha etkili sonuçlar verdiği görülmüştür (Cinciripini ve ark. 1996, Pollak ve ark. 2007, Rovina ve ark. 2009, Wittchen ve ark. 2011).

Hall ve arkadaşlarının çalışmasında (1998) katılımcılar majör depresyonu olan ve olmayan kişilerden oluşmuştur ve BDT uygulamalarının sağlık eğitimi kontrol koşuluna göre majör depresyonu olan katılımcılarda daha etkili olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise BDT temelli standart tedavi ile düşük sosyoekonomik statüdeki bireyler için uyarlanmış tedavi ile karşılaştırılmıştır ve düşük sosyoekonomik seviyedeki bireyler için uyarlanmış tedavinin bu popülasyonda daha etkili sonuçlar verdiği görülmüştür (Sheffer ve ark. 2017).

Bir çalışmada BDT, kabul ve bağlılık terapisi ile karşılaştırılmış ve kabul ve bağlılık terapisi'nde bireylerin sigarayı bırakma oranı daha yüksek çıkmıştır (Hernandez-Lopez ve ark. 2009). Benzer şekilde BDT, ipucu yoluyla maruz bırakma tedavisi ile karşılaştırıldığında ise iki tedavide de bireylerin sigarayı hemen hemen aynı oranda ama BDT'de

görece daha fazla bıraktığı görülmüştür (Park ve ark. 2014). Geri kalan 4 çalışmada ise edimsel yöntem de tedaviye eklenmiş ve edimsel yöntem + BDT, BDT'nin yalnız uygulandığı duruma göre daha yüksek sigarayı bırakma oranı vermiştir (Secades-Villa ve ark. 2014, Weidberg ve ark. 2015, López-Núñez ve ark. 2016a, 2016b). Son olarak, bireysel terapilerin 7'sinde (örn. Alterman ve ark. 2011), grup terapilerin ise 4'ünde (örn. Hall ve ark. 1998) BDT temelli uygulamalar karşılaştırma grubuna göre daha iyi sonuçlar vermiştir.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı sigarayı bırakma üzerine BDT temelli uygulamaların etkinliğini ölçen makaleleri sistematik olarak gözden geçirmektir. Çalışmaya dahil edilen makaleler 1994 ile 2017 yılları arasında yayınlanmıştır. 20 çalışmanın yalnızca 3'ü 1990'lı yıllara, geri kalan 17'si 2000'li yıllara aittir. Genel olarak bakıldığında bilişsel davranışçı terapinin sigarayı bırakma tedavisinde yaygın ve geçerli bir seçenek olduğu görülmektedir. Karşılaştırmalar Standart Tedavi, Nikotin Replasman Terapisi (NRT), aktif ilaç tedavisi (Bupropion, Varenicline veya Nortriptyline), Edimsel Yöntem prosedürleri, Kabul ve Bağlılık Terapisi (ACT) ve İpucu Yoluyla Maruz Bırakma Terapisi ile yapılmıştır. Önemle dikkat çeken noktalardan biri, çalışmaların sıklıkla nüks önleme çalışmalarına yer vermeleridir. Bu da, aslında BDT temelli müdahalelerin önemini göstermektedir. Çünkü geri çekilme ve bağımlılıkla mücadele, duygu durum yönetimi, uyarıcı kontrolü ve baş etme stratejileri çalışmaların temel bileşenleri olarak kullanılmıştır ve psikolojik bağımlılığı bırakmaya yardımcı olduğu düşünülebilir. Böylece, sigarayı bırakma halini devam ettirebilme ihtimali de artabilir. Bir başka deyişle, sigarayı bırakmak değil, bırakma halinin devamlılığı önemlidir ve BDT bu konuda başarılı bir seçenektir. Toparlamak gerekirse, gözden geçirilen 20 makaleden sigara içmenin altındaki mekanizmalara dikkat çekip etki etmesi sebebiyle BDT-temelli müdahaleler (özellikle diğer destekleyici tedavi seçenekleriyle birleştirildiğinde) etkili bulunmuştur.

Bahsedilen 20 çalışma değerlendirildiğinde, BDT-temelli tedavilerin grup terapisin-dense bireysel terapi şeklinde uygulandığında daha etkili sonuçlar verdiği görülmektedir. Seçkisiz atamanın yapılmadığı yalnızca iki çalışma mevcuttur, bu durum göz önünde bulundurulduğunda çalışmanın temsil gücünün yüksek olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, yalnızca 4 çalışmada bağımsız değerlendiriciye rastlanmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda bağımsız değerlendiricilerin daha sıklıkla bulunması gözden geçirme çalışmalarının geçerlik, güvenilirlik ve temsil gücünü olumlu yönde etkileyecektir.

Türkiye'deki BDT-temelli sigarayı bırakma tedavisi etkinlik çalışmaları Türk Psikiyatrisi Dizini'nde arandığında yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma Yeşildal ve arkadaşları (2014) tarafından yazılmış ve Allen Carr yönteminin etkinliğini araştırmıştır. Çalışmada 130 katılımcının yer aldığı ve 1 yıllık sürenin sonunda %38'inin sigaradan arındıklarını belirtmeleri dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın sigara bırakma konusu üzerine Türkçe literatüre katkı yapan tek yayın olduğu görülmektedir. Bu yüzden de bu konudaki araştırma ve alana katkılara olan ihtiyacı göstermektedir. Özellikle Türkiye'deki sigara kullanan geniş popülasyon göz önünde bulundurulursa, sigara bırakma çalışmalarına büyük ölçüde ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bu sistematik gözden geçirme, bu konuda çalışmak isteyen araştırmacılar için yol gösterici olup bu konuya ilgi ve katkıyı arttırabilir.

Sonuç

Kişilerin hayat yükleri arttıkça tütün bağımlılığının psikolojik bileşenleri daha fazla dikkat çekmektedir. Bu yüzden yalnızca sigarayı bırakmak üzerine çalışan müdahaleler yerine bırakma halini sürdürmeyi amaçlayan müdahaleler önem kazanmaktadır. BDT-temelli müdahalelerin kullandıkları başa çıkma becerileri, problem çözme stratejileri, duygu durum yönetimi ve nüks önleme gibi tekniklerle başarılı olmasının sebebi de bırakma halini sürdürmeye olan katkısından kaynaklanmaktadır. Yalnızca Türkiye’de değil, tüm dünyadaki yaygın sigara kullanımı ve bırakmayı deneyen her 40 kişiden 1’inin başarılı olduğu göz önünde bulundurulmalı ve ölümcül sonuçların önlenmesi için hem fizyolojik hem psikolojik bağımlılık tedavisi edilmelidir. Bu çalışmada belirlenen kriterlere uygun olarak 20 çalışma derlenmiştir. Sonuçta, BDT-temelli tedavilerin sigarayı bırakmada etkin bir yöntem olduğu görülmektedir. İlaç ve NRT gibi tedaviler BDT ile birleştirildiğinde bu etkinin daha da arttığı bulunmuştur. Bu da aslında hem fizyolojik hem de psikolojik bağımlılıkla mücadeleyi hedefleyen birleştirilmiş tedavilerin daha etkili sonuçlar verdiğini desteklemektedir. İlaç ve NRT gibi tedavi seçenekleri bireylerin fiziksel bağımlılıklarını iyileştirmeye yardım ederken bilişsel davranışçı temelli terapi yöntemleriyle kişilerin sigaraya atıfları değişecek, stresle ve problemlerle baş etme güçleri ile duygu yönetimleri artacak ve böylece sigarayı tamamen bırakmaları sağlanacaktır. Doğru tedavilerin uygulanması ve bu konudaki bilincin artırılmasıyla tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlerin önüne geçmek mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F (2001) Short- and long-term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment. *Psychol Addict Behav*, 15:261-264.
- American Cancer Society (2007) *Cancer Facts and Figures for African Americans 2007-2008*. Atlanta, GA, American Cancer Society.
- American Lung Association (1995) *Facts about Nicotine Addiction and Cigarettes*. Chicago, IL, American Lung Association.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC American Psychiatric Association r.
- Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC (2013) Factors affecting the success of smoking cessation. *Türk Toraks Derg*, 14: 81-7.
- Beck JS (2011) *Cognitive Behavior Therapy: Basics And Beyond*. 2nd ed. New York, Guilford Press.
- Becoña E, Vázquez FL (1997) Does using relapse prevention increase the efficacy of a program for smoking cessation? An empirical study. *Psychol Rep*, 81:291-296.
- Becoña E, Vázquez MI, Miguez MC, Fernández del Río E, López-Durán A, Martínez Ú et al. (2013) Smoking habit profile and health-related quality of life. *Psicothema*, 25:421-426.
- Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. (2013) Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 5:CD009329.
- Cavallo DA, Cooney JL, Duhig A., Smith AE, Liss TB, McFedridge AK et al (2007) Combining cognitive behavioral therapy with contingency management for smoking cessation in adolescent smokers: a preliminary comparison of two different CBT formats. *Am J Addict*, 16:469-474.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008) Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses-United States, 2000-2004. *MMWR Recomm Rep*, 57:1226-1228.
- Cinciripini PM, Lapitsky LG, Wallfisch A, Mace R, Nezami E, Vunakis HV (1994) An evaluation of a multicomponent treatment program involved scheduled smoking and relapse prevention procedures: initial findings. *Addict Behav*, 19:13-22.
- Cinciripini PM, Cinciripini LG, Wallfisch A, Haque W, Vunakis HV (1996) Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: Effects on cessation outcome, affect and coping. *J Consult Clin Psychol*, 64:314-323.

- Dziegielewski SF, Eater JA (2000) Smoking cessation: Increasing practice understanding and time-limited intervention strategy. *Fam Soc*, 81:246-255.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. (2008) Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service.
- Guimaraes FMCL, Nardi AE, Cardoso A, Valenca AM, da Conceicao EG, King ALS (2014) Cognitive-behavioral therapy treatment for smoking alcoholics in outpatients. *Medical Express*, 1(6):336-340.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI (1994) Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol*, 62:141-146.
- Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet GL, Hartz DT et al. (1998) Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry*, 55:683-690.
- Hall SM, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Robbins JA, Prochaska JJ (2009) Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*, 104:1043-1052.
- Hall SM, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Prochaska JJ, Robbins JA (2011) Using extended cognitive behavioral treatment and medication to treat dependent smokers. *Am J Public Health*, 101:2349-2356.
- Hendriks PS, Delucchi KL, Hall SM (2010) Mechanisms of change in extended cognitive behavioral treatment for tobacco dependence. *Drug Alcohol Depend*, 109:114-119.
- Hernandez-Lopez M, Luciano MC, Bricker JB, Roales-Nieto JG, Montesinos F (2009) Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychol Addict Behav*, 23:723-730.
- Hollon SD, Beck AT (2004) Cognitive and cognitive behavioral therapies. In Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy And Behavior Change*, 5th ed (Ed MJ Lambert): 447-492. Hoboken, NJ, Wiley.
- Kılınç O (2010) Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler. In Tütün ve Tütün Kontrolü, 2nd ed. (Eds ZA Aytemur, Ş Akçay, O Elbek):479-484. Ankara, Aves Yayıncılık.
- Lee M, Miller SM, Wen KY, Azor Hui S, Roussi P, Hernandez E (2015) Cognitive behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med*, 38:932-943.
- Lichtenstein E, Glasgow RE (1992) Smoking cessation: What we have learned over the last decade? *J Consult Clin Psychol*, 60:518-527.
- Lindson-Hawley N, Thompson T, Begh R (2015) Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev*, 3:CD006936.
- López-Núñez C, Alonso-Pérez F, Pedrosa I, Secades-Villa R (2016a) Cost effectiveness of a voucher-based intervention for smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42:296-305.
- López-Núñez C, Martínez-Loredo V, Weidberg S, Pericot-Valverde I, Secades-Villa R (2016b) Voucher-based contingency management and in-treatment behaviors in smoking cessation treatment. *Int J Clin Health Psychol*, 16:30-38.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, Guilford.
- O'Brien CP, McLellan AT (1996) Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347:237-40.
- Orleans C, Rimer B, Telepach J, Fleisher L, Keintz M, Boyd N et al (1997) *ClearHorizons: A Quit Smoking Guide for Smokers Aged 50 and Older*. Philadelphia, PA, Fox Chase Cancer Center,.
- Park CB, Choi JS, Park SM, Lee JY, Jung HY, Seol JM et al (2014) Comparison of the effectiveness of virtual cue exposure therapy and cognitive behavioral therapy for nicotine dependence. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 17:262-267.
- Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK et al (2007) Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*, 33:297-305.
- Rovina N, Nikoloutsou I, Katsani G, Dima E, Fransis K, Roussos C, et al (2009) Effectiveness of pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation in actual clinical practice. *Ther Adv Respir Dis*, 3(6):279-287.
- Rüther T, Kiss A, Eberhardt K, Linhardt A, Kröger C, Pogarell O (2018) Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program "Smoke_less": a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 268:269-277.
- Schmitz JM, Stotts AL, Mooney ME, DeLaune KA, Moeller FG (2007) Bupropion and cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in women. *Nicotine Tob Res*, 9:699-709.

- Secades-Villa R, Alonso-Pérez F, García-Rodríguez O, Fernández-Hermida JR (2009) Effectiveness of three intensities of smoking cessation treatment in primary care. *Psychol Rep*, 105:747–758.
- Secades-Villa R, García-Rodríguez O, López-Núñez C, Alonso-Pérez F, Fernández Hermida JR (2014) Contingency management for smoking cessation among treatment-seeking patients in a community setting. *Drug Alcohol Depend*, 140:63-68.
- Sheffer CE, Bickel WK, Franck CT, Panissidi L, Pittman JC, Stayna H et al (2017) Improving tobacco dependence treatment outcomes for smokers of lower socioeconomic status: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*, 181:177-185.
- Somers J (2007) *Cognitive Behavioural Therapy*. Core information document. Vancouver, BC, Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA).
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T (2013) Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 8:CD002850.
- Şengezer T (2016) Tütün bağımlılığında bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 4(1):97-103.
- Weidberg S, Landes RD, López-Núñez C, Pericot-Valverde I, González-Roz A, Yoon JH et al (2015) Contingency management effects on delay discounting among patients receiving smoking cessation treatment. *Psicothema*, 27:309-316.
- Wittchen H, Hoch E, Klotsche J, Muehlig S (2011) Smoking cessation in primary care – a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention. *Int J Methods Psychiatr Res*, 20:28-39.
- Yalcin BM, Unal M, Pirdal, H, Karahan TF (2014) Effects of an anger management and stress control program on smoking cessation: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med*, 27:645-660.
- Yeşildal A, Oğuz G, Güven M, Sungur MZ, Üstünuçar I (2014) Sigara bağımlılığı tedavisinde bilişsel davranışçı grup tedavisi. *Bağımlılık Dergisi*, 15(2):76-84.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

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