

Sigara Bırakma Polikliniklerinde Tedavi ve İzlem

TREATMENT AND FOLLOW-UP IN THE SMOKING CESSATION POLYCLINIC: REVIEW

Dr. Funda ÖZTUNA^a

^aGöğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, TRABZON

Özet

Tütün 4000'den fazla madde içeren bir zehirdir. Tütün kullanımının farklı iki boyutu vardır. Bunlar hem sağlık hem de ekonomi üzerine olan zararlı etkileridir. Tütün içimi, amfizem, bronşit ve akciğer kanserinin %85'nin sebebidir. Tütün, ayrıca 35 yaş ve üzeri ölümlerin en sık etkenidir. 1995 yılında, tütün kullanımının neden olduğu hastalıklara bağlı ölüm sayısı yaklaşık 3 milyondur. Dünya bankası, tütün kullanımına bağlı oluşan hastalıkların tedavisinin ek maliyetinin yıllık 200 milyar doların üstünde olduğunu tahmin etmektedir. Sigara içen çoğu kişi, tütünün sağlık üzerine zararlı etkilerini duymalarına rağmen sigara içmeye devam etmektedir. Tütüne bağlı bir hastalığı olmasa bile, tütün kullanan hastalar bu konuda uyarılmalı ve acilen sigara bıraktırılmalıdır. Tütün bağımlılığı, relapslar ve remisyonlarla seyreden ciddi ve kronik bir hastalıktır. Bu yüzden klinisyenler, tütün bağımlılığını tedavi etmek zorundadır.

Kısa ve yoğun bıraktırma tedavileri olmak üzere ana iki tedavi yöntemi vardır. Hem kısa hem de yoğun klinik girişimlerle sigarayı bıraktırılmayı artırırlar. Ancak yoğun tedavi kısa tedaviden daha etkilidir. Yoğun klinik girişimler özel bir sağlık programı olduğundan, programda çalışan klinisyenler uzmanlaşmış olmalıdırlar. Değerlendirme, klinisyen sayısı ve branşı, programın yoğunluğu ve formatı, destek ve davranış tedavilerinin tipi ve farmakoterapi yoğun klinik girişimlerinin başarısında önemli parametrelerdir. Bu derlemede, sigara bırakma tedavisinin gelişimi ve tedavi tipleri özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tütün bağımlılığı, sigara bırakma, ilaç tedavisi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:546-550

Abstract

Tobacco is a noxious organic substance containing over 4000 chemicals, several of which the long-term effects remain to be discerned. There are two dimensions compounding the use of tobacco. These are the harmful effects exerted upon both population health and the economy. Tobacco smoking is the cause of 85% of all lung cancers, chronic bronchitis and emphysema. Tobacco is also the most common cause of death in adults 35 years and over. In 1995, approximately 3 million people died from diseases directly related to tobacco use. The World Bank estimates that the additional cost of treating smoking-related diseases to be in excess of US\$200 billion per year. Most smokers do not desist from smoking upon hearing about the dangers to their health. Nevertheless, all tobacco users need to be warned about these dangers and the urgent need to stop, even when patients do not have a tobacco-related illness. Tobacco dependence is a chronic disease with remission and relapse. Therefore, clinicians should treat tobacco dependence as such.

There are two main smoking cessation procedures, namely brief and intensive clinical interventions. Both are effective. Intensive intervention, however, appears to be more effective than brief treatment. Clinicians involved in such programs should be specialized practitioners. Assessment, type and number of clinicians, program format and intensity, type of counseling and behavioral therapies, and pharmacotherapy are important parameters for the success of intensive intervention. The development of these treatment modalities is summarized in this review.

Key Words: Tobacco use disorder, smoking cessation, therapeutics

Bugün dünyada yaklaşık 1.1 milyar kişi sigara içmektedir ve bunların %80'i gelişmekte olan ülkelerdedir.¹ Birçok sigara içicisi, yıl içinde birçok kez hekime başvurmakta ve bırakma konusunda hekimi tarafından cesaret-

lendirilmeyi ummaktadır.^{2,3} Tütün ve tütün ürünlerinin zararlarından insanları korumak, hekimliğin birincil görevi olmalıdır.

Nikotin Bağımlılığı

Nikotin bağımlılığı tanımı, ilk kez 1964 yılında 'Surgeon General' raporunda kullanılmıştır.⁴ 1979 yılındaki raporlarında ise nikotin için çok güçlü bağımlılık yapıcı madde tanımlaması yapılmıştır.⁵ 1988 raporunda ise nikotin bağımlılığı için şu ifadeler yer almıştır; tütünün sigara ve diğer formları bağımlılık yapar, tütündeki bağımlılık

Geliş Tarihi/Received: 25.06.2004 **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.12.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Funda ÖZTUNA
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD
61080, TRABZON
fundaoztuna@meds.ktu.edu.tr

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

yapıcı madde nikotindir ve eroin-esrar bağımlılığına benzer şekilde farmakolojik ve psikolojik boyutta bağımlılık yapar.⁶ Bu tanımdan çıkaracağımız ve günlük pratikte bize yardımcı olan sonuç, nikotin bağımlılığının tedavisinin hem farmakolojik hem de psikolojik boyutunun olması gerektiğidir. Nikotin bağımlılığının tedavisine yönelik ilk kılavuz 1996 yılında Amerikan Halk Sağlığı Kurumu (USDHHS) tarafından yayınlanmış ve 2000 yıllarında da tekrar gözden geçirilmiştir.^{7,8} Yine, İngiltere’de Sağlık Eğitimi Otoritesi (HEA) tarafından 1998 yılında bir kılavuz yayınlanmış ve 2000 yılında yeniden gözden geçirilmiştir.^{9,10} Nikotin bağımlılığı tedavisinde bu kılavuzların kabul ettiği iki önemli başlık dikkati çekmektedir. Bunlardan birincisi kısa klinik ve ikincisi de yoğun klinik girişimlerdir. İster kısa, ister yoğun klinik girişimler olsun, nikotin bağımlılığının tedavisinde aşağıda özetlenmiş yöntemler kullanılmaktadır.

Sigara bırakma tedavi yöntemleri;

1. Davranış Tedavisi: Hekim tavsiyesi (kısa ve yoğun girişimler), hemşire veya klinisyen olmayan kişilerin verdiği kişisel danışmanlık, grup danışmanlığı, telefon danışmanlığı, eğitici materyaller,

2. Farmakoterapi: Birinci basamak tedavi; nikotin preparatları (sakızı, transdermal bandı, inhaleri, nazal spreyi, pastili), bupropion. İkinci basamak tedavi; klonidin, nortriptilin,

3. Diğer tedavi yaklaşımları: Akupunktur, hipnoz, tiksindirme, egzersiz, mekamilamin, lobelin, anksiyolitikler.

Kısa Klinik Girişimler

Branşı ne olursa olsun, her hekim hastasına sigara içme durumunu sormak ve bu konuda hastasına yardım etmek zorundadır. Ayrıca hastasını gördüğü her vizitte bunu tekrarlamalıdır. 5A olarak isimlendirilen kısa klinik girişimler;

1. Ask (Sor)-İçme durumunun sorulması,
2. Advice (Öner)-Bırakmasının tavsiye edilmesi,
3. Assess (Değerlendir)-Sigarayı bırakma yönünde motivasyonunun değerlendirilmesi,
4. Assist (Destek)-Bırakma girişimlerinin desteklenmesi,

5. Arrange (İzlem)-Nüksü önlemek için izlenmesidir.⁸

Sadece 3-5 dk.lık bu kısa girişimler bile, hastaların %40’ının sigarayı bırakmak için girişimde bulunmasına sebep olmaktadır.¹¹

Yoğun Klinik Girişimler

Yoğun klinik girişimler, bu konuda uzmanlaşmış bir ekibin görev aldığı sigara bırakma polikliniklerince yapılan tedavi girişimleridir. Sigara içenler, herhangi bir tıbbi yardım almadan da bırakmayı başarabilirler. Ancak özellikle sigara bırakma polikliniklerine başvurduklarında sigarayı bırakma oranları artmaktadır. Özellikle bu brimlerde verilen etkili davranışsal girişimler, hiç girişimde bulunulmayan gruplara göre bırakma oranlarını %50-100 iyileştirmektedir.¹² Bu nedenle sigara bırakma polikliniklerinin, tütün bağımlılığının tedavisinde önemli bir yeri olduğu açıktır. Sigara bırakma polikliniklerinde uygulanan yoğun tedavi, hasta kayıtları, klinisyen özelliği, tedavi süresi ve takip yönünden bazı farklılıklar gösterir. Sigara bırakma polikliniklerinde hasta mutlaka kayıt altına alınmaktadır. Meta-analizlerde gösterilmiştir ki, kayıt tutmak hastanın bırakma girişimini ve bırakma oranını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttırmaktadır.⁸ Ayrıca hasta ile ilgilenen kişinin hekim olması ve farklı branşlarda olması bırakma oranlarını arttırmaktadır.^{13,14}

Yoğun klinik girişimlerin süresi, kısa klinik girişimlerden farklı olarak daha uzundur. Özellikle hasta ile yapılan görüşme sayısı ve süresi uzadıkça bırakma oranlarında anlamlı düzeyde artışlar olduğu Tablo 1’de görülmektedir.

Grup danışmanlığı, kişisel danışmanlık ve telefon danışmanlığı sigara bırakma girişimlerinde etkindir ve kullanılmalıdır.^{8,14-17} Birden fazla program birden uygulandığında başarı oranları artmaktadır (Tablo 2). Danışmanlık verilirken, özellikle hastaya problem çözme becerileri kazandırılmalıdır. Bu tedavi süresince, profesyonel desteğin yanı sıra, hastanın sosyal çevresinden destek alınmalıdır.

Davranış tedavisinin yanı sıra kontendikasyon yoksa her hasta mutlaka farmakoterapi yönünden

Tablo 1. Görüşme sayısının ve süresinin bırakma üzerine etkisi.*

Görüşme sayısı (Çalışma sayısı: 45)	Bırakma oranı (%95 GA)
0-1	11.0
8 >	24.7 (21.0-28.4)
Görüşme süresi (Çalışma sayısı: 35)	
Görüşme yok	11.0
4-30 dk.	18.8 (15.6-22.0)
31-90 dk.	26.5 (21.5-31.4)
91-300 dk.	28.4 (21.3-35.5)

* 8 no.lu kaynaktan adapte edilmiştir.

Tablo 2. Davranış tedavisinin bırakma üzerine olan etkisi.*

Programın tipi	Bırakma oranı (%95 GA)
Format yok	11.0
Kendi kendine	12.3 (10.9-13.6)
Telefon danışmanlığı	13.1 (11.4-14.8)
Grup danışmanlığı	13.9 (11.6-16.1)
Kişisel danışmanlık	16.8 (14.7-19.1)

* 8 no.lu kaynaktan adapte edilmiştir.

değerlendirilmeli ve gerekli olgularda tedaviye eklenmelidir.¹⁸⁻²⁰ Farmakoterapide kullanılacak ilaçlar ve başarı oranları Tablo 3'te özetlenmiştir.²¹ Kombine farmakoterapiler tek başına olan tedavi-

Tablo 3. Farmakoterapi seçeneklerinin etkinliği.*

Farmakoterapi	Çalışma sayısı	Tahmini rölatif risk (%95 GA)	Etki oranı
Nikotin sakızı	51	1.66 (1.52-1.81)	8
	13	1.5 (1.3-1.8)	6.6
Nikotin bandı	34	1.74 (1.57-1.93)	6
	27	1.9 (1.7-2.2)	7.7
Nikotin nazal sprey	4	2.27 (1.61-3.2)	12
	3	2.7 (1.8-4.1)	16.6
Nikotin inhaler	4	2.09 (1.49-3.04)	8
	4	2.5 (1.7-3.6)	12.3
Bupropion	7	2.54 (1.9-3.41)	10
	2	2.1 (1.54-3.0)	13.2

* 22 no.lu kaynaktan adapte edilmiştir.

lerden daha başarılı bulunmuştur. Anthonisen ve ark. yaptıkları bir çalışmada, nikotin sakızı ve doktor desteğini alan grupta sigara bırakma oranını %22 bulmuşken, sadece grup tedavisi alan grupta bu oran %6 olarak saptanmıştır.²² Ülkemize ait bir çalışmada, nikotin replasman tedavisi alan 297 hastanın, 1 yılın sonunda sigarayı bırakma oranları %33.6 iken almayan grupta %10.9 olarak bulunmuştur.²³ Yine telefon görüşmesi ile desteklenmiş kişisel danışmanlık ve bupropion kullanımı, bupropion almayanlara göre daha başarılı bulunmuştur (%21 karşılık %11).²⁴

Eğer hasta birinci basamak farmakoterapiden fayda görmemiş ise, ikinci basamakta kullanılan klonidin veya nortriptilin tedavisinden biri tercih edilebilir. Gourlay ve ark. yaptıkları 6 çalışmanın analizinde klonidin sigara bıraktırma oranını %11 (1.30-2.74, %95 GA) olarak bulmuşlardır.²⁵ Üç çalışmayı analiz eden bir değerlendirmede, trisiklik antidepresan olan nortriptilin bıraktırma oranı %12 (1.73-4.44, %95 GA) bulunmuştur.²⁶

Diğer tedavi seçeneklerinden, akupunktur ve hipnoz sigara bıraktırmada kullanılmaktadır.^{27,28} Ancak, bu tedavi seçenekleri hakkında randomize kontrollü ve geniş seri çalışmaları olmadığı için, sigara bırakma tedavi kılavuzlarında, standart tedaviler olarak kabul edilmemektedirler.^{8,26,29} Uygulama sırasında yakın EKG ve kan nikotin seviyesi takibi gerektirdiğinden, sigaradan öğrendirme yöntemlerinden biri olan hızlı sigara içme yöntemi, doktor gözetimi altında yapılmalıdır ve diğer seçeneklerin başarısız olması durumunda denenmelidir.

Takip

Sigarayı bırakma günü saptanan hasta, o gün mutlaka görülmelidir. Bu görüşme yüz yüze veya telefon görüşmesi şeklinde olabilir. Daha sonraki 1 ay içinde en az 1 kez daha görüşme yapılmalıdır. Relapslar, en sık 15 gün içinde olduğundan hasta yakın takip edilmeli ve gerekiyorsa daha sık görüşme yapılmalıdır.³⁰⁻³² Daha sonraki takipler 3 ayda 1 olacak şekilde 1 yıla tamamlanmalıdır. Hastaya, hazırlık döneminde sigara içme ve başarılı bırakma hakkında bazı temel bilgilerin mutlaka verilmesi ve bunların altının çizilmesi gerekmektedir. Bırakma döneminde tek bir nefes sigara içmenin bile nüks

olasılığını arttıracığını, nikotin çekilme belirtilerinin sigarayı bıraktıktan sonraki ilk 2 hafta içinde çok yoğun hissedilebileceğini ve çekilme belirtilerinin depresif ruh hali, aşırı içme isteği, konsantrasyon bozukluğu gibi bazı değişikliklere yol açabileceği ayrıntılı olarak hastaya mutlaka anlatılmalı ve bu dönemde sürekli yanında olacağımızı ve tıbbi destek sağlayacağımızı bilmelidir.

Hastanın sigarayı bıraktı denilebilmesi için 1 yıl süre ile hiç sigara içmemesi gerekmektedir. Ancak son yayınlarda 6 aylık başarı oranları da kullanılmaktadır.³³⁻³⁵ Hastanın takibinde özellikle dikkat etmemiz gereken nokta, bırakma sonrasında kişinin tekrar sigaraya başlamasını kolaylaştıran faktörleri önceden bilmek ve ona göre çözüm önerileri getirmektir. Bunlar, motivasyonda azalma, kilo alma endişesi, depresyon, sosyal destek kaybı ve nikotin çekilme semptomlarının artmasıdır.

Kişinin motivasyonunda azalma saptandığında; kişiye neden sigarayı bırakmak istediği, sigarayı bırakmakla neler kazanacağı tekrar hatırlatılmalı, diğer sigarayı bırakmak isteyen insanlarla bir araya getirilmeli ve sigara bırakma konusunda çalışan derneklerde çalışması konusunda cesaretlendirilmelidir.

Özellikle bayan hastalarda bırakma sonrası kilo alma problemi sigarayı bırakmada isteksizliğin önemli bir nedenidir.^{36,37} Sigara bırakıldıktan sonra, ortalama 5 kg kadar kilo alınabileceğini, ancak bunun diyet düzenlenmesi ve spor ile verilebileceğini hastaya anlatılmalı ve bu konudaki endişesi giderilmelidir.⁸ Diğer yandan sigaranın, kilo almaktan daha tehlikeli ve zararlı bir alışkanlık olduğu hatırlatılmalıdır.^{38,39}

Sigara bırakıldıktan sonra depresif ruh hali ve genel bir isteksizlik halinin olması beklenen bir durumdur. Ancak bazen sigarayı bırakmak, zeminde var olan psikiyatrik bir hastalığın alevlenmesine sebep olabilir.^{40,41} Böyle hastalarda, relaps oranları da yüksek bulunmuştur.^{42,43} Bu nedenle, psikiyatrik hastalar yakın takip edilmeli ve gerektiğinde psikiyatri bölümünden destek alınmalıdır.

Bırakma döneminde, hastaya kendi kliniğinizden yardımcı olabilecek diğer kişileri tanıtmamız, broşür veya görsel materyal sağlamanız, kişinin motivasyonunu arttıracığı gibi sosyal yönden de

destek olacaktır. Hastanın, çevresinde ona bu konuda destek olacak kişilerde sayı ve motivasyon yönünden azalma varsa, yakın çevresinden ona yardım edebilecek yeni insanlar bulunmalıdır.⁸

Eğer, nikotin çekilme belirtileri nedeniyle nüks olmuş ise nedenleri araştırılmalı ve gerekirse 2. kuşak farmakoterapiye geçilmeli veya sigaradan nefret ettirme yöntemleri uygulanmalıdır.⁸

Sonuç olarak, tütün ve tütün ürünleri serbest olarak satıldığından, nikotin bağımlılığı diğer madde bağımlılıkları tedavisinden daha zahmetli ve özveri isteyen bir sağlık problemidir. Her hekim mutlaka sigara konusunda hastasını sorgulamalı ve bırakma konusunda cesaretlendirmelidir. Kendisini aşan durumlarda, eğitim ve tedavinin birlikte yürütüldüğü, bu konuda özelleşmiş sigara bırakma polikliniklerine hastasını sevk etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Developments in practice. The World Bank Group. Washington DC; 1999.
2. Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001; 76:138-43.
3. Davis RM. Uniting physicians against smoking: The need for a coordinated national strategy. *JAMA* 1988; 259:2900-1.
4. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Surgeon Generals Report; 1964. p.34.
5. US Department of Health and Human Services. Smoking and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Surgeon Generals Report; 1979. p.15.
6. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
7. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR publication No: 96-0692, 1996.

8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; AHRQ publication No. 00-0032, 2000.
9. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53:1-19.
10. Robert West, Ann McNeill, Martin Raw Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax* 2000;55:987-99.
11. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9:426-33.
12. Miller M, Wood L. Effectiveness of smoking cessation interventions: Review of evidence and implications for best practice in Australian health care settings. *Aust N Z J Public Health* 2003;27:300-9.
13. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD000165.
14. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD001292.
15. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD001007.
16. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002850.
17. Ossip-Klein DJ, Giovino GA, Megahed N, et al. Effects of a smoker's hotline: Results of a 10-county self-help trial. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:325-32.
18. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2): CD000031.
19. Johnston AJ, Ascher J, Leadbetter R, et al. Pharmacokinetic optimisation of sustained-release bupropion for smoking cessation. *Drugs* 2002;62:11-24.
20. Prochazka AV. New developments in smoking cessation. *Chest* 2000;117:169-75.
21. Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care* 2003;48:1238-54.
22. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-79.
23. Demir T, Tutluoğlu B, Koç N, Bilgin L. Sigara bırakma polikliniğimizin bir yıllık izlem sonuçları. *Tüberküloz ve Toraks* 2004;52:63-68.
24. Tonnesen P, Tonstad S, Hjalmarson A, et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *J Intern Med* 2003;254:184-92.
25. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2): CD000058.
26. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001008
27. Covino NA, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. *J Dent Educ* 2001;65:340-7.
28. Clavel F, Benhamou S, Company-Huertas A, Flamant R. Helping people to stop smoking: Randomised comparison of groups being treated with acupuncture and nicotine gum with control group. *Br Med J* 1985;291:1538-9.
29. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2): CD000009.
30. Westman EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Arch Intern Med* 1997;157:335-40.
31. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrook B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:202-11.
32. Hatzidandreu EJ, Pierce JP, Lefkopoulou M, et al. Quitting smoking in the United States in 1986. *J Natl Cancer Inst* 1990;82:1402-6.
33. Gomez-Zamudio M, Renaud L, Labrie L, Masse R, Pineau G, Gagnon L. Role of pharmacological aids and social supports in smoking cessation associated with Quebec's 2000 Quit and Win campaign. *Prev Med* 2004;38:662-7.
34. Pizacani BA, Martin DP, Stark MJ, Koepsell TD, Thompson B, Diehr P. A prospective study of household smoking bans and subsequent cessation related behaviour: The role of stage of change. *Tob Control* 2004;13:23-8.
35. Swan GE, Javitz HS, Jack LM, Curry SJ, McAfee T. Heterogeneity in 12-month outcome among female and male smokers. *Addiction* 2004;99:237-50.
36. Gritz ER, Klesges RC, Meyers AW. The smoking and body weight relationship: Implications for intervention and post-cessation weight control. *Ann Behav Med* 1989;11:144-53.
37. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population. *Int J Eat Disord* 1988; 7:413-9.
38. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:286-91.
39. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;324: 739-45.
40. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998;17:35-46.
41. Ginsberg JP, Klesges RC, Johnson KC, Eck LH, Meyers AW, Winders SA. The relationship between a history of depression and adherence to a multicomponent smoking-cessation program. *Addict Behav* 1997;22:783-7.
42. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL. Nicotine, negative affect, and depression. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:761-7.
43. Glassman AH. Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150:546-53.