

Tütün Kontrolü ve Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Roles and Responsibilities of Nurses in Tobacco Control and Addiction Treatment

Songül Kamışlı ¹ 

1. Çankırı Karatekin Üniversitesi, Çankırı

Abstract

Tobacco addiction ranks among the top preventable causes of death; nevertheless, 8 million people worldwide continue to lose their lives each year due to direct or indirect causes related to tobacco use. Combustible tobacco products like cigarettes and non-combustible products like hookah and e-cigarettes contain nicotine, which leads to addiction. Since tobacco addiction is both a physical and psychological dependence, pharmacological and psychosocial interventions are necessary for treatment. Most tobacco users attempt to quit but often fail. Treating tobacco addiction on its own is difficult, and therefore professional help is needed. Nurses, who are key members of the healthcare workforce, are essential health professionals who can assist with tobacco control and the treatment of tobacco addiction. Despite their known heavy workloads and long shifts, the smoking cessation counseling they provide can make significant contributions to the country's healthcare system, economy, and the quality of life in society. Nurses can contribute by providing counseling in addiction treatment, offering psychosocial support to individuals during their tobacco cessation efforts, and monitoring pharmacological treatments. Nurses who have received training in smoking cessation can enhance individuals' motivation to quit smoking, offer strategies to cope with addiction, and provide guidance. Additionally, by participating in tobacco control efforts, nurses can help raise public awareness and support efforts to reduce tobacco addiction. This article reviews the treatment and intervention efforts for tobacco addiction and discusses the counseling role of nurses.

Keywords: Tobacco prevention, smoking cessation, nursing, counselling

Öz

Tütün bağımlılığı, önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralardadır ve buna rağmen dünyada 8 milyon insan tütün kullanımına bağlı doğrudan veya dolaylı nedenlerle yaşamını kaybetmeye devam etmektedir. Yanıcı tütün ürünü olan sigara ve yanıcı olmayan nargile, e-sigara ve diğer tüm tütün ürünlerinin kullanımı, içerisinde bulunan nikotin nedeniyle bağımlılığa yol açmaktadır. Tütün bağımlılığı fiziksel ve psikolojik bir bağımlılık türü olması nedeniyle tedavisinde farmakolojik ve psikososyal müdahalelere ihtiyaç vardır. Çoğu tütün bağımlısı bırakmayı denemekte ancak başarısızlık yaşamaktadır. Tütün bağımlılığının tek başına tedavi edilmesi zordur ve bu nedenle profesyonel bir yardım gerekmektedir. Sağlık hizmeti ordusunun önemli neferlerinden olan hemşireler tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının tedavisinde rol ve görev alacak önemli sağlık personeli arasındadır. Yoğun iş yükü ve mesailerinin olduğu bilinmekle birlikte hemşirelerin yapacağı tütün tedavisi danışmanlığı ülkenin sağlık hizmetlerine, ekonomisine ve toplumun yaşam kalitesine ciddi katkılar sunacaktır. Hemşireler, bağımlılık tedavisinde danışmanlık yaparak ve tütün kullanımını bırakma sürecinde bireylere hem psikososyal destek sağlayarak, hem de farmakolojik tedavileri takip ederek katkıda bulunabilirler. Sigara bıraktırma eğitimi almış hemşireler, bireylerin sigara bırakma sürecinde motivasyonlarını artırabilir, bağımlılık ile başa çıkma stratejileri sunabilir ve rehberlik yapabilirler. Hemşireler ayrıca, tütün kontrolü çalışmalarına katılarak toplumsal farkındalık oluşturma ve tütün bağımlılığını azaltma çabalarına destek sağlayabilirler. Bu yazıda tütün bağımlılığının tedavisi ve müdahale çalışmaları gözden geçirilmiş, hemşirelerin danışmanlık rolü tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tütün kontrolü, sigara bırakma, hemşirelik, danışmanlık

Giriş

Önlenebilir ölüm nedenleri arasında sayılan tütün bağımlılığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Tütün pandemisi” olarak tanımlanmıştır (1). Dünyada her yıl 8 milyon insanın tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybettiği ve başta akciğer kanseri, kalp, dolaşım sistemi hastalıkları ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı çeşitli rahatsızlıkların doğrudan veya dolaylı olarak tütün kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (2). DSÖ, tütün kontrolü amacıyla Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)’ni geliştirmiş ve ülkemiz de bu sözleşmeye imza atmıştır (3). DSÖ tarafından, sözleşmeye imza atan ülkelere sözleşmede yer alan uygulamaların hayata geçirilmesi için MPOWER programı önerilmiştir (3). MPOWER programında, tütün kontrolü için hükümetlere yol gösterici ve etkinliği kanıtlanmış altı politika başlığı belirlenmiş ve MPOWER kelimesi de İngilizce olarak bu başlıkları içeren kelimelerin baş harflerini ifade etmek için kullanılmıştır (3). MPOWER programında özetle: Tütün kullanımı ve tütün kontrol politikalarının izlenmesi (Monitor), toplumun pasif içicilikten korunması (Protection), tütün bağımlılarına tütün bırakma desteğinin sunulması (Offer), tütünün zararları konusunda herkesin bilgilendirilmesi (Warn), tütün ürünlerinin reklam, sponsorluk ve tanıtımlarının yasaklanması (Enforce) ve tütün ürünlerinde verginin artırılması (Raise) politika başlıkları önerilmiştir (1,3).

Bir yandan tütünün pazarlanması ve gelişmiş ülkelerin bu pazardan elde ettikleri yüksek ekonomik kazanç, diğer yandan gelişmekte olan ülkelerin tütüne karşı verdiği savaş neredeyse iki cephe konumundadır. Tütün kontrolüne yönelik yapılan tüm çalışmalara rağmen kullanım oranı yüksektir ve henüz istenilen düzeye gelmemiştir (2,4). Bu nedenle tütün kontrolünün önemli bir basamağı olan tütün bağımlılığının tedavisi de oldukça önemlidir. Türkiye’de yapılmış Küresel Yetişkin Tütün Araştırması’nda, 15 yaş ve üzeri kişilerde tütün kullanım oranı %31,6’dır ve bu oran erkeklerde (%44,1) kadınlara göre (%19,2) daha yüksektir (4).

Ciddi sağlık riskleri yaratması nedeniyle dünyanın bir çok ülkesinde sağlık politikaları ve halk sağlığı çalışmalarında tütün kontrolüne önemli bir yer verilmiştir. Ülkemizde de uluslararası düzeyde belirlenmiş olan tütün önleme politikaları kabul edilmiş ve bu bağlamda ulusal eylem planları yapılmıştır (5). Bu eylem planlarında; tütün kullanımı ve önleme stratejilerinin izlenmesi, tütün dumanından korunma, tütünün sağlık üzerindeki zararları konusunda halkın uyarılması, tütün promosyonları, reklamları, sponsorluklarının kısıtlanması ve tütün vergilerinin artırılması hedeflenmiştir (5).

Ulusal eylem planları içerisinde tütün bağımlısı olan bireylerin tedavisi ve rehabilitasyonu da önemsenmiştir. Bu amaçla sigara bağımlılarının tedavi edilmesi için hastanelerde sigara bırakma hizmetleri veren poliklinikler kurulmuştur (5). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından sigara bırakma polikliniklerinde hizmet veren bireylere yönelik sigara bıraktırma ve danışmanlık eğitimleri yapılmış ve sigara bıraktırma sertifikaları verilmiştir (6). Sigara bırakma danışmanlığı, dünyada kabul görmüş klinik rehberlere dayandırılarak yapılandırılmaktadır (7,8). Halk sağlığının korunması kapsamında tüm sağlık personelinin tütünle mücadeleye katkı verme sorumluluğu olmasına rağmen özellikle hekim ve hemşirelerin tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının iyileştirilmesi konusunda daha aktif rol üstlenmeleri ve sigara bırakma danışmanlığı yapmaları gerekmektedir. Bu derlemenin amacı tütün kontrolünde ve tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde, hemşirelerin tedavi, bakım, sağlık eğitimi ve danışmanlığı rollerinde neler yapabileceklerini tartışmaktır.

Tütün Bağımlılığı ve Tedavisi

Tütün bitkisinin yapraklarında bulunan nikotin, alkaloid, iyonize veya noniyonize formları bulunan fiziksel ve davranışsal bağımlılık yapıcı bir maddedir (9). Nikotinin akciğer, bağışıklık sistemi, endokrin sistem, dolaşım ve solunum sistemi üzerinde hasara yol açtığı bildirilmiştir (10,11).

Amerikan Psikiyatri Birliği son yayımladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5’te, tütün bağımlılığını, tütün kullanım bozukluğu adıyla madde kullanım bozuklukları hastalık sınıflamasında tanımlamış ve 12 aylık bir dönemde kümelenen ve aşağıda sıralanmış olan 11 kriterden en az ikisinin bir arada görülmesinin tanı için yeterli olduğunu bildirmiştir (12,13) ve bunlar:

1. Tütünün genellikle amaçlanandan daha fazla veya daha uzun süre kullanılması.
2. Tütün kullanımını bırakma veya kontrol etme isteği olmasına rağmen, bu konuda başarısızlık ve kontrolsüz kullanım girişimlerinin olması.
3. Tütün elde etmek veya kullanmak için aşırı zaman harcanması.
4. Güçlü bir tütün kullanma isteğinin olması.
5. Tekrarlayan tütün kullanımı sonucu iş, okul veya aile sorumluluklarının yerine getirilememesi.
6. Tütün kullanımı nedeniyle sosyal etkinliklerde azalma veya kayıp olması.
7. Tehlikeli durumlara rağmen tütün kullanımının sürdürülmesi (örneğin, yatakta sigara içme).
8. Tütün kullanımının kalıcı ve tekrarlayan sosyal sorunlara rağmen devam etmesi.
9. Tütün kullanımının neden olduğu veya artırdığı muhtemel kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik problemlerin varlığına rağmen tütün kullanımına devam edilmesi.
10. Aynı miktarda tütün kullanımının azalan etkisi ve istenen etkiyi elde etmek için tütün kullanımının artırılması.
11. Tütün yoksunluk belirtileri yaşanması ve bu belirtileri hafifletmek veya önlemek için tütün (veya nikotinle ilişkili bir madde) kullanılması kriterlerini içermektedir.

Ülkemizde tütün bağımlılığı sıklıkla sigara kullanımı şeklinde görünmektedir. Sigara, yanıcı tütün ürünlerinin en yaygın olanı ve kullanılanıdır. Bu nedenle tütün kontrol çalışmaları, özellikle sigara bağımlılığının önlenmesi ve sigara tüketimi ile mücadele çalışmaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Sigara bağımlılığı, tütünün içerisinde bulunan nikotinden kaynaklanmaktadır (14). Sigara bağımlılığı mekanizması; sigarayı deneme, tolerans, yoksunluk, düzenli kullanma, relaps ve tekrar bırakma ile seyreden kronik bir süreçtir (7). Bu mekanizmada belirtildiğine göre sigara içildiğinde ve dumanı solunduğunda, nikotin hızla akciğerlere giderek kana karışmaktadır. Sigara dumanının solunması ile nikotin 15-20 saniye içinde beyin bağımlılık merkezini harekete geçirmekte ve düzenli günlük sigara içen bir kişinin beyni her gün 24 saat nikotine maruz kaldığı için tolerans gelişimi ve içilmediğinde yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (14,15). Tolerans gelişmesinden dolayı alınan nikotin yetmediği için giderek daha fazla nikotin alma ihtiyacı ile birlikte stres ve gerilim de artmaktadır. Sonuçta nikotinin rahatsız edici kesilme belirtilerinin ortadan kalkması durumu tersine çevrilerek sürekli ve düzenli sigara içme ile kısır bir döngüye girilmesine yol açmaktadır (14,16). Sigara bağımlılarının genellikle erken yaşlarda sigaraya başladığı bilinmektedir. Bu nedenle genç nüfus tütün kontrolü çalışmalarında hassas ve risk grubu olarak kabul edilir. Günümüzde gençler arasında sigaraya alternatif gibi gösterilen elektronik sigara kullanımında artan bir eğilim göze çarpmaktadır (17,18). Elektronik sigara (e-sigara) daha az zararlı diye düşünülerek içilmekte, oysa nikotin içermesi nedeniyle kişi e-sigara içiyor iken nikotin bağımlılığı devam etmektedir. Elektronik sigaranın daha az zararlı olduğu veya sigara kullanımını azalttığına yönelik yanlış ve çarpıtılmış bilgiler hızla yayılmıştır (19). Ülkemizde tütün ürünü içeren her türlü sigara ve e-sigaraların internet üzerinden satışı 4207 nolu yasa gereği kısıtlanmış olmasına rağmen e-ticaret aracılığı ile satışı sürmektedir (20). Elektronik sigara kullanımı, nikotin bağımlılığı ve sigara içme davranışlarının modellenmesi yoluyla ergenler arasında sigara kullanımının potansiyel olarak artmasına neden olmaktadır (17,18). Tütün kontrolü çalışmalarında e-sigara ve nikotin içeren ürünler konusunda dikkatli olunmalıdır. Tütün sorunu sadece sigara ile ilişkili bir sorun olmayıp tüm tütün ürünlerini ilgilendirmektedir. Dolayısıyla tütün kontrolüne yönelik yapılan çalışmalar tütün ürünlerinin tamamını kapsamalıdır. Tütün kontrolü için halk sağlığı hizmeti sağlık ordusunun önemli bir parçası olan hemşirelerin yeni tütün ürünlerinin farkında olması, nikotin bağımlılığının önlenmesi, tedavisi ve gençlerin korunması için sorumluluk alıp önleme çalışmalarına katılmaları hayati önem taşımaktadır (17,21).

Tütün bağımlılığının en yaygın görülen biçimi olan sigara bağımlılığının farmakolojik tedavisinde, nikotin içeren ve içermeyen ürünler olmak üzere iki grup ilaç kullanılmaktadır. Nikotin içeren tedaviler Nikotin Replasman Tedavisi (NRT) olarak adlandırılan ve nikotin bantları, nikotin sakızları, nikotin inhalanları, burun spreyleri, burun pastilleri olarak kullanılan ürünlerdir (22). Nikotin içermeyen farmakolojik tedaviler ise

Vareniklin ve Bupropion adlı ilaçların yanısıra psikiyatrik komorbiditeye göre başlanan bazı antidepresan ve anksiyolitik ilaçlardır (23,24). Farmakolojik tedavilerin amacı sigara içme isteğini ve yoksunluk belirtilerinin şiddetini azaltmaktır. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan bu ilaçların mutlaka hekim önerisi ile kullanılması gerekmektedir. Nikotinin sağlık üzerindeki risklerine ve diğer olumsuz etkilerine rağmen henüz nikotin bağımlılığı için yeni ve etkili tek bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir (25). Bu durum bir anlamda sigara bırakmaya yardım eden yeni ilaçlar geliştirilmesine yönelik araştırmalara ilginin düşük olduğunu ve tütün tekellerinin güçlü olduğunu göstermektedir (26).

Tütün bağımlılığı fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açtığı için tek başına farmakolojik tedavilerin kullanılması yeterli değildir. Sigara bırakma tedavileri konusunda yapılan çalışmaların çoğunda farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanımı önerilmektedir (21-26). Örneğin uyuşturucu madde bağımlılığı tedavi yöntemleri arasında önerilmiş olan Matriks Modeli'nin bireylerin uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına yardımcı olmak, uzun vadeli yoksunluk ve daha sağlıklı bir yaşam sağlamak için yapı, destek ve eğitim aşamalarını içeren planlı bir program şeklinde sunulduğu belirtilmektedir (27) Matrix Modeli'nin tedavi bileşenleri arasında nüks önleme grupları, bireysel danışmanlık seansları, aile eğitimi grupları ve idrar ve alkol nefes testleri, grup toplantıları ve bu toplantılarda yazılı konulara yönlendirmeler, güncel sorunlar ile aktiviteler üzerine odaklanılmaktadır (28). Matrix Modeli'nin esnek ve ihtiyaca göre revize edilebilen relaps önleme ve öz yeterliliği artırmaya yönelik psikososyal müdahaleleri, tütün bağımlılığı tedavisinde hemşireler tarafından kullanılabilir. Tütün bağımlılığının tedavisine yönelik yapılmış çalışmalarda farmakolojik tedavilerin yanısıra psikoterapi ve psikoterapötik müdahale ve modelleri kullanılmaktadır. Bu psikososyal müdahaleler arasında en yaygın kullanılanları sigara bırakmak için yapılan bireysel ve grup danışmanlığı, stres yönetimi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarına yönelik psikoterapötik müdahaleler, Bilişsel Davranışçı Tedaviler, davranış değiştirme ve farkındalığı artırmaya yönelik psikoeğitimler ve duygu kontrolüne yönelik psikososyal yaklaşımlardır. Son yıllarda yapılmış kanıt değeri yüksek ve farmakolojik tedavilerle birlikte yürütülen bazı psikososyal çalışmalar Tablo 1 de özetlenmiştir.

Tablo 1. Farmakolojik tedavilere ek olarak yürütülen psikososyal sigara bırakma tedavileri

Tedavi	Açıklama
Danışman eşliğinde klinik rehberlere göre yürütülen uzun süreli tedaviler	Klinik muayene ve telefon kontrolleri ile sigara bırakma rehberlerine göre danışman eşliğinde yürütülen, bırakma kitapçıklarıyla desteklenen tedaviler (8,29,30).
Kısa süreli tedaviler	Kısa süreli standard 5A, 5R, Motivasyonel Görüşme ve klinik uygulama rehberlerine dayalı yürütülen bireysel danışmanlık programları (31-33), Relaps önleme ve yüksek riskli durum önleme müdahaleleri (34,35).
Psikoeğitimsel Tedaviler	Motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı, bireysel olarak yapılan ve zaman sınırlı (4-8 hafta) görüşmelerle yürütülen; yoksunluk semptomlarını yönetme ve relaps önleme, problem çözme, bırakma öncesi ve sonrası hazırlık konularına odaklı tedaviler (21,36,37).
Bilişsel Davranışçı Tedaviler	Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) tekniklere dayalı (38-40), telefon danışmanlığı (41); farmakolojik destekle birlikte bireysel danışmanlıkla yürütülen; bırakma için aktif plan, kendi kendini izleme, yüksek riskli durumları belirleme ve başa çıkma becerileri geliştirmeye dayalı tedaviler (42-45).
Duygu durumu ve ruh hali düzenleme odaklı tedaviler	İçme davranışını farketme ve bırakma çabalarıyla ilişkili olumsuz düşünceleri ifade etme (46,47); relaksasyon ve imajiasyonla stres yönetimi programları (43,48); ruh halini kötüleştiren durumlar ve davranışların belirlenmesi, kaçınma davranışları ve ruminasyonun tanımlanması, günlük hoş aktivitelerin kendi kendine raporlanması ve sigara ile ilgili olmayan ödüllendirici aktivitelere katılım müdahaleleri (49), pozitif psikoterapi müdahaleleri (50) ve mindfulness odaklı tedaviler (51).

Tütün bağımlılığını tedavi etmek ve iyileştirmek için tek ve kesin bir tedavi mümkün olmadığı için bu tabloda özetlenmiş tüm çalışmalar değerlidir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre çok etkenli bir bağımlılık olan tütün bağımlılığının tedavisi konusunda çalışma ve araştırmalara devam edilmesi önerilmektedir (52,53). Genel olarak tütün bağımlılığının tedavisinde, farmakolojik ve psikososyal tedavilerin seçimi kişisel özellikler, sosyal çevre, fiziksel sağlık durumu, yaş, bağımlılık düzeyi gibi pek çok değişken gözönünde bulundurulmaktadır. Tütün bağımlılığı, kronik bir süreç olması nedeniyle iyileşme süreci de uzun zaman almakta ve yaşam tarzı değişikliği gerektirmektedir. Tütün bağımlılığının tedavi başarısı, hem bu değişkenlerin doğru ve uygun bir şekilde değerlendirilip tedavinin ona göre başlanmasına, hem de tedavinin uzun soluklu olup takiplerle sürdürülmesine, yani bireyin tedavide kalmasına bağlıdır (33,54). Kısa süreli uygulanan bırakma girişimlerinin başarısı sınırlıdır (53,55).

Tütün Kontrolünde ve Tütün Bağımlılığının Tedavisinde Hemşirelerin Olası Rol ve Sorumlulukları

Tütün bağımlılığı önlenabilir bir sorun ise milyonlarca insanın ölümü tütünden korunma ile gerçekleşebilir. Günümüzün modern ve teknolojik dünyasında henüz bu başarı elde edilememiş olmasına rağmen mücadele devam etmektedir. Ülkemiz DSÖ'nün tütün kontrolü için tavsiye etmiş olduğu çoğu uygulamayı yasalaştırarak kabul etmiş, Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesine uygun olarak önerilen MPOWER politikalarını uygulamaya başlamıştır. Tütün kontrol çalışmalarının önemli basamaklarından birisi olan tütün bağımlılarının tedavisi için Türkiye'de; sigara bırakma poliklinikleri, Alo 171 sigara bırakma danışma hattı, sigara paketleri görsel uyarıları, sigaranın sağlıkla ilişkili zararlarına ve bırakmaya yönelik kamu spotları, dumansız hava sahası uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Tütün İhbar Hattı (ALO 184) aracılığıyla Yeşil Detektör mobil uygulamaları gibi çeşitli çalışmalar yürütülmektedir (56).

Ulusal Kanser Birliğinin raporunda hemşirelerin diğer sağlık çalışanları ile birlikte sigara bırakma danışmanlığı yaptıklarında, sigara içenlerin sayısında önemli ölçüde azalabileceği çünkü sağlık ekibi içinde hemşire nüfusunun sayıca üstün olduğu bildirilmiştir (32,53). Bu nedenle hemşirelerin tütün kontrolü konusunda alacakları rol ve sorumluluklar toplum sağlığının korunmasında son derece önem arz etmektedir. Hemşirelerin DSM-5'de tanımlanmış olan tütün kullanım bozukluğu ve ilişkili sorunlarda alabilecekleri rol ve sorumluluklar şu alt başlıklarda sıralanabilir:

Tütün Kullanım Bozukluğunda Rol ve Sorumlulukları

Tütün kullanım bozukluğu, tütünün fiziksel ve psikolojik etkilerine karşı yoğun duyarlılık gelişmesi, tütünü elde etmeye ve kullanmaya yönelik yoğun arzu ve gereksinim duyulması, kullanımı sınırlandıramama, tütüne erişim engellendiğinde olumsuz duygular sergileme, tütün kullanımına bağlı davranışsal/mental ve bedensel sıkıntılar yaşama, işlevsellik alanlarında (örneğin sosyal, mesleki, medeni, okul ile ilişkili) sorunlarla karşılaşma olarak tanımlanmaktadır (57). Bu tanımlamaya göre tütün kullanım bozukluğu sorunu olan bireylerde hemşire öncelikle tütün kullanımı ile ilişkili öyküyü ayrıntılı almalıdır. Öyküde nikotin bağımlılık testlerinin yanı sıra, bireyin tütün kötüye kullanımının olup olmadığı (yani, tehlikeli kullanım, kullanımdan dolayı yükümlülükleri yerine getirememesi ve kullanım nedeniyle sosyal sorunlara rağmen devam eden kullanım gibi), içme miktarı, tütüne maruz kaldığı süre, tütün elde etmek için harcadığı zaman, ne tür tütün ürünü kullandığı, günlük tüketilen miktar vs araştırılmalıdır (12,13). Bu değerlendirmede kullanıcının geçmiş bırakma deneyimleri, kişilik özellikleri, dürtüsellik durumu ve bağımlılık düzeyi de yol gösterici olacaktır. Bu bilgilerle doğru bir öykü alma ve kişiselleştirilmiş bir bırakma süreci öngörmek mümkün olabilecektir.

Özellikle sigara söz konusu olduğunda kullanıcıların bırakma motivasyonlarının düzeyi birbirinden farklı olmaktadır. Bazı sigara kullanıcıları bırakmaya çok istekli ve yardım almaya hazırlıklı iken; diğerleri bırakmaya karşı isteksizlik ve direnç göstererek bırakmayı sürekli erteleyebilmektedir. Sigara bırakma temelde beş değişim aşamasından oluşan, belirli bir zaman ve çaba gerektiren bir süreçtir. Sigara bırakma aşamaları; niyet öncesi dönem (sigara bırakmanın düşünülmediği dönem), niyet dönemi (sigara bırakmayı düşünmeye başlama dönemi), sigara bırakmaya hazırlık yapma dönemi, sigarayı bırakma dönemi, nüks dönemi (tekrar

sigara içmeye başlama), yeniden sigara bırakmayı düşünmeye başlama ile sürüp giden aşamalarından oluşmaktadır. Sigara bırakma sürecinde yaşanan bu değişim aşamaları esneklik, bir aşamadan bir sonraki aşamaya ne kadar zamanda geçileceği değişkenlik göstermektedir. Değişime bilinçli ve iç motivasyonla başlama bireysel başarının önemli bir belirleyicisidir. Bu nedenle sigara bırakma sürecinde yardım isteyen bireylerin; bağımlılık düzeyi, bırakma ile ilgili duygu ve düşünceleri, bırakma aşaması, bırakma isteği, motivasyonu ve bırakma nedenleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (21,58).

Hemşireler bu tanıyı almış ve sigara bırakma konusunda isteksiz ve motivasyonu düşük olan bireylerle uluslararası klinik rehberleri dikkate alarak 5R yaklaşımı ile ele alabilirler (31,33,54). 5R yaklaşımına göre sigara kullanımı ve sağlık durumu ile ilişkili şikayetlerinin ilişkisinin kurulması ve bunun bireylerle konuşulması (Relevance), sigara ile almış olduğu risklerin anlatılması (Risk), eğer sigarayı bırakırsa elde edebileceği yararların ve ödüllerin açıklanması (Reward), sigara bırakmanın önündeki engellerin tanımlanması (Roadblocks) ve bu girişimlerin sık sık tekrarlanması (Repetition) önerilmektedir (54). Hemşireler tütün kullanım bozukluğu olan bireylerle bu aşamada motivasyonel görüşmeler yapabilirler. Bu görüşmelerde bireysel durum değerlendirmesi yaparak, tütünün zararlarının kişinin içinde bulunduğu durumu ilişkilendirerek açıklayabilir ve kullanıcıları bırakmak için cesaretlendirebilirler. Hemşireler sigara içmenin getireceği uzun ve kısa dönemli riskleri, sigarayı bıraktığı takdirde ortaya çıkacak potansiyel yararları açıklayabilirler. Ayrıca hemşireler sigarayı bırakmayı zorlaştıran; yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destek azlığı, içici bir çevreye sahip olma, tedavilerden haberdar olmama, stresi azalttığı yanılgısına sahip olma ve bırakırsa hasta olacağına inanma yanılgısına sahip olma gibi engelleri ve bu engelleri aşabilecek çözüm önerilerini sunabilirler.

Tütün Yoksunluğunda Rol ve Sorumlulukları

Tütün yoksunluğu tanımı, yüksek miktarlarda ve uzun süreli tütün kullanımına son verilmesini (ya da miktarın azaltılmasını) takiben (söz konusu süre 24 saattir) ortaya çıkan bozukluklar için kullanılmaktadır (12). Davranışsal/mental ve bedensel belirtiler/belirleyiciler ya da bulgular otonom sinir sistemi bozuklukları (örn., taşikardi, tansiyonda değişkenlik), nörolojik hastalık ve bozukluklar (örn., baş ağrısı), psikiyatrik bozukluklar (örn., sıkıntı, huzursuzluk, aşırı sinirlilik, kolay kızma, öfke, yeme isteğinde artma ya da azalma, bunaltı, uykusuzluk, depresif duygudurum) ve psikolojik sorunlar (örn., engellenmişlik duygusu, odaklanma güçlüğü, hatırlamada sorun) ile ilgilidir (13).

Tütün bırakmak isteyen ancak yukarıda belirtilen yoksunluk belirtilerini yaşadığını söyleyen bireylerde hemşireler Fagerström Nikotin Bağımlılığı testi gibi kolay uygulanabilen çeşitli nikotin bağımlılık düzeyi belirleme testlerini uygulayabilirler. Ardından tütün kullanıcısının bağımlılık düzeyini değerlendirip doktorun önerdiği farmakolojik tedavinin doğru şekilde kullanması, yoksunluk belirtilerinin hafifletilmesi ve relapsın önlenmesi konusunda ve sık takip sağlamada görev alabilirler. Tütünü yeni bırakmış kişilerde relaps önleme çalışmaları hemşireler tarafından aktif yürütülebilir. Örneğin tütün bırakma sürecinde; kayma, yeniden başlama ve relapsa yol açacak riskler, bırakmanın getirdiği yararlar, bırakmayı zorlaştıracak kişisel ve çevresel engeller konusunda bilgi vererek danışmanlık yapabilirler (59).

Nikotin yoksunluk belirtileri hayat kalitesini düşürdüğü için bireyi zorlayabilmektedir. Tütünü yeni bırakmış bir kişide ilk haftalarda yoğun daha sonra giderek azalan yoksunluk belirtileri görülebilir. Bu nedenle bırakmanın ilk günlerinde randevu sistemi ile sık sık bireysel görüşme planlayarak tütün bırakma danışmanlığı sürdürülmeli, bırakan kişinin yakın ve sigara içen sosyal çevresi içici ise onlardan yanında içmemeleri konusunda sosyal ve duygusal destek almaları önerilmelidir. Tütün bırakma süreci bir değişim gerektirdiği için bu dönemde zaman zaman dirençlerle karşılaşılabilir. Kullanıcılar bir yandan bırakmak isteyip öte yandan eski alışkanlıklarını sürdürebilirler. Bu durumlarda hemşireler, bireyin zıt duygular yaşadığı bu dönemin normal olduğunu bilerek, yaşanan çelişkileri dikkate alarak bu çelişkiyi büyütme yönelik motive edici görüşmeler yapabilirler. Bu amaçla hemşirelerin motivasyonel görüşme eğitimleri alıp danışmanlık becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından bu tür eğitimler verilmektedir. Hemşireler bu eğitimlere katılıp sertifika alarak sahada bu çalışmaları aktif bir biçimde yürütebilirler (59).

Tütünle İlişkili Bozukluklarda Rol ve Sorumlulukları

Sağlık hizmeti sunulan kişilere rutin işlemleri yapılırken bir hemşirenin uygulayacağı 5A yaklaşımı oldukça yararlı olacaktır. Bu amaçla önce kişiye kullandığı tütün ürünü hangisi ise bırakmak isteyip istemediğinin sorulması (Ask); ve sonra sırasıyla bırakmasının tavsiye edilmesi (Advise); bırakma isteğinin değerlendirilmesi (Assist); bırakma girişimlerinin desteklenmesi (Assist); tekrar başlamanın önlenmesi için izleme alma (Arrange) yaklaşımını içeren kısa süreli bir danışmanlık yapılabilir (38). Hemşireler genel olarak tütün bağımlılığının tedavisinde tarama, sorun saptama, kısa müdahalelerde bulunma, tedavi ve relaps önleme gibi çalışmaları yapabilirler. Nitekim hemşireler tarafından yapılmış ve tütün bağımlılığının tedavisinde kullanılan çeşitli bilimsel çalışmalarda da buna işaret edilmektedir (1,21,53,55).

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanmış olan hemşirelik yasa ve yönetmeliğinde bağımlılık alanında ruh sağlığı hemşiresi için bakım verme rolünün yanı sıra danışman, konsültan, araştırmacı, yönetici, terapist gibi yeni yeni roller tanımlanmış ve bu durum uzman hemşirelere yasal bir çerçeve sağlanmıştır (60). Ruh sağlığı hemşireleri bakım verme, tedavi sürecini destekleme ve sürdürmede bütüncül bir bakış açısıyla psikoterapi, psikobiyolojik müdahaleler, klinik denetim/danışmanlık ve danışmanlık-liyazon gibi ileri düzey işlevleri üstlenerek tütün kullanım bozukluğunun tedavisinde kritik bir öneme sahip olduklarını gösterebilirler. Ayrıca tütün bağımlılığının önlenmesinde tütün kontrol politikası ve yasalarının başlatılması ve desteklenmesinde aktif bir rol üstlenebilirler. Tütün kullanımının stres azaltma ve psikiyatrik semptom kontrolü için yaygın olarak kullanıldığı dikkate alındığında, ruh sağlığı hemşirelerinin toplumu tütün bağımlılığı ve tütünün ruh sağlığı üzerindeki etkileri konusunda doğru bir şekilde bilgilendirmeleri ve stres yönetimi konusunda çalışmaları önemlidir (61,62). Tütün bağımlılığı psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerde genel nüfusa oranla daha yüksektir bu nedenle hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerinde ihmal edilen bu konuya daha fazla dikkat etmeleri gerekmektedir (63-65). Psikiyatri yataklı servislerinde, günlük sigara kısıtlaması ve belli saat aralığında içilmesine izin verme şeklinde uygulamalar mevcuttur. Hemşireler hastaların sigara bırakmasının önemli olduğunu, ancak bu işi yapmanın kendi rutin görevleri olmadığını; hasta sigara bırakmak isterse onları destekleyebileceklerini düşünmektedirler. Oysa sigara bırakma tedavisi günlük tedavilerin bir parçası olarak görülmeli, hastanın isteğine bırakılmamalıdır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, çeşitli uyarı sistemleri ve hastaların aktif katılabilecekleri faaliyetlere ağırlık verebilirler. Örneğin, resim ve el işi yapma, yürüyüş ve egzersiz yapma gibi aktivitelerin sayısını ve hastaların bunlara katılımını artırabilirler. Bu şekilde hastaların dikkatini sigaradan çeşitli işlere kaydırabilir ve iyileşmelerine katkı sağlayabilirler. Hemşirelerin bu konuda önemli bir potansiyel olduğu fark edilmeli ve sigara tedavisine katılmaları teşvik edilmelidir.

Diğer Rol ve Sorumlulukları

Hemşirelerin tütün bağımlılığının iyileştirilmesi konusunda rol alabilecekleri görevlerden bir diğeri de nüks önleme çalışmalarıdır. Tütün bağımlılığının tedavi sürecinde nüks beklenen ve doğal bir durumdur. Bu nedenle etkili nüks önleme müdahalelerine ihtiyaç vardır. Hemşireler sigarayı yeni bırakmış biriyle karşılaştıklarında; kişiyi takdir etmeli, bırakma kararını pekiştirmeli, bırakmanın faydalarını gözden geçirmeli ve bırakmadan kaynaklanan herhangi bir kalıcı sorunun çözülmesine yardımcı olmalıdır. Tütün veya sigara bıraktıktan sonra sıklıkla ilk haftalarda veya aylarda bazen de aylar sonra nüks meydana gelme olasılığı yüksek olduğundan kısa müdahaleler nüks önlemek için oldukça önemlidir. Nüks önleme müdahaleleri; tüm bırakmalar için minimal uygulama ve bağımsızlığı sürdürme sorunları olan hastalar için reçeteli müdahaleler olarak iki grupta tanımlanmaktadır (8,54,55). Kısa süreli müdahalelerde tütün kullanımını yeni bırakanlarla her karşılaşmanın bir parçası olmalıdır. Bırakmış kişiler, başarısından dolayı tebrik edilmeli ve bağımlılıktan uzak kalması için güçlü bir şekilde teşvik edilmelidir.

Tütün kontrolü konusunda yapılacaklardan bir diğeri hekim ve hemşireler arasında tütün taraması yapıp, tütün bağımlılığını önleme ve tedavi etme girişimlerini başlatmaktır. DSÖ hemşirelere, birincil sağlık profesyonelleri grubunda olmaları nedeniyle hekimlerde olduğu gibi sigara bırakma danışmanlığında görev almalarını önermektedir (1). Bununla birlikte hekim ve hemşirelerde de sigara içme oranları beklenenin üzerindedir (65-67). Sigara kullanan bir sağlık profesyonelinin sigara bırakma danışmanlığı yapması inandırıcı ve ikna edici değildir. Sigara kullanan hekim veya hemşire, sigara bırakmaya çalışan danışanın

motivasyonunu düşürebilir ve bırakma konusundaki kararlılığın azaltabilir. Bu nedenle Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ni onaylayan ülkeler, kendi ülkelerindeki sağlık çalışanlarının sigara bırakmasını desteklemek ve takip etmekle yükümlü tutulmuşlardır. Üye ülkelerin bir kısmı bu sorumluluğu yerine getirmekte, yalnızca birkaç üye ülke ulusal sağlık sistemi üzerinden sistemi kurmuş, takibini yapmaktadır ve temel eğitime entegre etmiştir (65). Özellikle gelecek sağlık iş gücünün önemli bir parçası olan üniversite öğrencilik yılları bu anlamda oldukça önemlidir. Bazı çalışmalarda sağlık bilimleri ve tıp fakültelerinde ilerleyen sınıflarda derslerin yoğunluğu ve stres nedeniyle tütün kullanımının arttığı bildirilmiştir (68,69). Bu nedenle stres yönetimi konusunda daha fazla eğitim ve farkındalık çalışmalarına ihtiyaç vardır. Özellikle Öğrencilik döneminde stres yönetimi ve duygu kontrolü, sağlıklı yaşam alışkanlıkları bilgi ve becerilerinin artırılacağı müdahaleler yapılmalıdır. Genel olarak, sağlık profesyonelleri, özellikle halk sağlığı hemşireleri tarafından, riskli grupların strese etkili bir şekilde başa çıkma yolları ve sigaranın zararları hakkında eğitilmesi, sigara içme yaygınlığının periyodik olarak izlenmesi, sigara içtiği belirlenen kişilere sigara bırakma danışmanlığı verilmesi ve sigara içmemeye yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi önerilmektedir (67,70,71). Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda tütün kontrolü ile ilgili dersler yer almalı, tütün bağımlılığı ve tedavisi ile ilgili hemşirelik müfredatları, dünya çapında önlenebilir olan bu hastalıkla mücadele etmek için güçlendirilmelidir.

Hemşirelere sağlık hizmeti sunma, sağlığı savunma ve bu konuda liderlik yapma bilinci okul yıllarında aşılmalıdır. Hemşirelik okullarında derslerin dışında eğitim, kültür ve sportif faaliyetlere ağırlık verilmelidir. Sigara bırakma konusunda standart yaklaşımlardan birisi olan 5A, 5R ve sigara bırakma danışmanlığı eğitimi lisansüstü psikiyatri hemşireliği eğitiminde zorunlu olmalıdır. Hemşirelik fakülteleri, tütün bağımlılığının önlenmesi ve iyileştirilmesi konusunu ders konularına ve müfredatlarına eklemelidir. Hemşirelik alanında çalışan akademisyen ve araştırmacılar kendi kurumlarındaki hemşireler tarafından sunulan sigarayı bırakma müdahalesinin kurum, hasta ve personel üzerindeki etkilerini araştırmalı, hemşire liderliğindeki sigarayı bırakma programlarını değerlendirmeli ve teşvik etmelidirler. Bu amaçla hemşireler sağlık bakanlığı ve üniversite bünyesinde yürütülen sigara bırakma eğitimleri ve sertifika programlarına katılmalı ve çalıştıkları birimlerde bunu kullanmalıdırlar. Ayrıca sağlık bakanlığı halk sağlığı uygulamalarında hemşireler, tütün önleme ve kontrolüne ilişkin politika faaliyetlerine dahil olmalıdırlar.

Ruh sağlığı hemşirelerinin tütün kontrolü ve tütün bağımlılığının tedavisi konusunda eğitime ihtiyaçları vardır. Bu amaçla ruh sağlığı hemşireliği meslek örgütlerinin ve üyelerinin de ulusal ve uluslararası tütün kontrol politikalarına, yasalarına sahip çıkmak ve desteklemek için aktif bir rol üstlenmeleri gerekmektedir. Sigara bırakma danışmanlığı için yeterli bilgi ve donanıma sahip, kanıtlanmış klinik rehberler kullanan, danışmanlık için yeterince yetkinlik kazanmış hemşireler; özellikle sigara bırakma hizmeti veren sağlık birimleri başta olmak üzere Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), okullarda, hastanelerde, toplum ruh sağlığı, aile sağlığı merkezlerinde dahası sağlık hizmeti sunulan birimlerin tümünde sağlığı koruma ve geliştirme danışmanlığı yaparak tütün kontrolünde almaları gereken rol ve sorumluluklarını yerine getirmiş olurlar.

Sonuç

Tütün kontrolü için strateji ve politika geliştirmek, araştırmalar yapmak ve tütün bağımlılarının iyileştirilmesi için etkili müdahaleler geliştirmek toplum sağlığını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir. Tütün bağımlılığının tedavi edilmesi multidisipliner yaklaşım gerektiren, uzun soluklu bir süreçtir. Tedavide kesin kanıtlanmış tek bir müdahale yoktur. Farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılması iyileşme başarısı için gereklidir. Tütün bağımlılığının tedavi edilmesi ve toplum sağlığının teşvik edilmesi için kanıt değeri yüksek bilimsel çalışmalar yapmaya devam edilmelidir. Tütün bağımlılığın iyileştirilmesinde bilgi düzeyi yüksek, güncel gelişmeleri takip eden, gönüllü ve yetkin hemşirelere, toplumun bilinçlenmesine ve etkin tütün kontrol politikalarına ihtiyaç vardır. Hemşireler tütün kontrolü çalışmalarında yer almalı, tütün bırakma danışmanlığı için eğitimler almalı ve ülkemize uyarlanacak tütün bağımlılığı rehberleri kullanarak çalıştıkları birimlerde rutin uygulamalarının içine bu görevleri yerleştirmelidirler. Sağlık ordusunun güçlü neferleri olan hemşirelerin bu konuda aktif sorumluluk alması, ülkemizin ekonomisine, halkın sağlığına, yaşam kalitesine ve gelecek nesillerin korunmasına katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. WHO. WHO 2023, Tobacco. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Accessed 20.06.2024).
2. Song, MA, Freudenheim JL, Brasky TM, et al. Biomarkers of exposure and effect in the lungs of smokers, nonsmokers, and electronic cigarette users, *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2020; 29(2): 443–451.
3. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi: Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem. Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Gençlik Tütün Araştırması. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa, 2017.
5. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı, 2018. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/depo/Dokumanlar/ulusal-tutun-kontrol-programi-eylem-planı.pdf> (Accessed 25.06.2024).
6. BEDAM, 2024, Tütün Kontrolü ve Sigara Bıraktırma Kursu, <https://bedam.baskent.edu.tr/saglik-bakanligi-onayli-sertifika-programi-tutun-kontrolu-ve-sigara-birakma-kursu-basariyla-tamamlandi/> (Accessed 25.10.2024).
7. Prochaska JJ, Benowitz NL. Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Sci Adv* 2019; 5(10): eaay9763.
8. AHRQ 2012 Agency for Healthcare Research and Quality. Systems Change: Treating Tobacco Use and Dependence: Based on the Public Health Service (PHS) Clinical Practice Guideline-2008 Update. www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelinesrecommendations/tobacco/decisionmakers/systems/index.html December 2012 (Accessed 24.05.2024).
9. Levine A, Huang Y, Drisaldi B et al. Molecular mechanism for a gateway drug: epigenetic changes initiated by nicotine prime gene expression by cocaine. *Sci Transl Med* 2011; 2(3): 107ra109.
10. Ling PM, Glantz SA. Why and how the tobacco industry sells cigarettes to young adults: evidence from industry documents. *Am J Public Health* 2002; 92(6): 908–916.
11. Buck JM, O'Neill HC, Stitzel JA. Developmental nicotine exposure engenders intergenerational downregulation and aberrant posttranslational modification of cardinal epigenetic factors in the frontal cortices, striata, and hippocampi of adolescent mice, *Epigenet Chromatin* 2020; 13(1): 13.
12. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. 2016.
13. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5. Washington: American Psychiatric Association, 2013..
14. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. 3rd. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol* 2009; 192: 29–60.
15. Li X, Semenova S, D'Souza MS, et al. Involvement of glutamatergic and GABAergic systems in nicotine dependence: Implications for novel pharmacotherapies for smoking cessation. *Neuropharmacology* 2014; 76: 554–565.
16. George O, Ghosland S, Azar MR, et al. CRF-CRF1 system activation mediates withdrawal-induced increases in nicotine self-administration in nicotine-dependent rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104(43): 17198–17203.
17. Ruffin L, Padden-Denmead M, Lewis JB Jr, et al. A Comparison of Haitian and American bachelor of science in nursing students' perceptions of cigarette smoking and e-cigarette use. *J Addict Nurs* 2022; 33(2): 95-102.
18. Heinly A, Walley S. The nicotine and tobacco epidemic among adolescents: new products are addicting our youth. *Curr Opin Pediatr* 2023; 35(4): 513-521.
19. Huey SW, Granitto MH. Smoke screen: The teen vaping epidemic uncovers a new concerning addiction. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020; 32(4): 293-298.
20. SB, 2024, 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11141/4207-sayili-tutun-urunlerinin-zararlarinin-onlenmesi-ve-kontrolu-hakkinda-kanunun-uygulanmasi-ile-ilgili-200944-sayili-bakanligimiz-genelgesi.html>. (Accessed 28.10.2024).
21. Kamışlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, et al. Bir sigara bırakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara bırakma programının etkinliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017; 20(4): 235-243.
22. Feigenbaum, JC. Pharmacological Aids to Promote Smoking Cessation. *J Addict Nurs* 2010; 21(2–3): 87–97.

23. Lindson N, Chepkin SC, Ye W et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst* 2019; (4): CD013308.
24. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: A network meta-analysis. *Circulation*. 2014; 129(1): 28–41.
25. Fiore MC, Jaen JR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. *JAMA* 2000; 283(24): 3244- 3254.
26. Hernández-Pérez A, García-Gómez L, Robles-Hernández R, et al. Addiction to tobacco smoking and vaping. *Rev Invest Clin* 2023; 75(3): 158-168.
27. Obert JL, McCann MJ, Marinelli-Casey P, et al. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *J Psychoactive Drug*, 2000; 32(2): 157-164.
28. Aryan N, Banafshe HR, Farnia V, et al. The therapeutic effects of methylphenidate and matrix-methylphenidate on addiction severity, craving, relapse and mental health in the methamphetamine use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2020;15(1): 72.
29. Lechner WV, Sidhu NK, Cioe PA, Kahler CW. Effects of time-varying changes in tobacco and alcohol use on depressive symptoms following pharmaco-behavioral treatment for smoking and heavy drinking. *Drug Alcohol Depend* 2019; 194: 173-177.
30. Weinberger AH, Pilver CE, Desai RA, et al. The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Addiction* 2012; 107(10): 1847-1856.
31. Grossman J, Donaldson S, Lisa B, Oliver. RH. 5 A's Smoking Cessation with Recovering Women in Treatment, *J Addict Nurs* 2008;19(1): 1-8.
32. Miller W. Rollnick S. Motivational interviewing. In *Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press, 1991.
33. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD001292.
34. Garvey AJ, Kalman D, Hoskinson RA Jr, et al. Front-loaded versus weekly counselling for treatment of tobacco addiction. *Nicotine Tob Res* 2012; 14(5): 578-585.
35. Tomioka H, Sekiya R, Nishio C, Ishimoto G. Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. *BMJ Open Respir Res* 2014; 1: e000047.
36. Lee EJ. Long-term effects of smoking cessation on depressive symptoms, resilience, coping skills, and serotonin. *Psychiat Q* 2019; 91(2): 263-271.
37. Rodríguez-Cano R, Lopez-Duran A, Del Rio EF et al. Smoking cessation and depressive symptoms at 1,3,6, and 12-months follow-up. *J Affect Disord* 2016; 191: 94-99.
38. Becoña E, Martínez-Vispo C, Senra C, et al. Cognitive-behavioural treatment with behavioural activation for smokers with depressive symptomatology: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2017;17.
39. Agarwal A, Das M, Jaiswal PL, Kashyap P. Behavioral therapy and pharmacotherapy: A case report on right approach for tobacco cessation. *J Can Res Ther* 2023;19(Suppl): S0.
40. Secades-Villa R, Gonzalez-Roz A, Vallejo-Seco G, et al. Additive effectiveness of contingency management on cognitive behavioural treatment for smokers with depression: six-month abstinence and depression outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2019; 204:107495.
41. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019;5(5):CD002850.
42. Cinciripini PM, Robinson JD, Karam-Hage M et al. Effects of varenicline and bupropion sustained-release use plus intensive smoking cessation counselling on prolonged abstinence from smoking and on depression, negative affect, and other symptoms of nicotine withdrawal. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(5): 522-533.
43. Busch AM, Wagener TL, Gregor KL, et al. Utilizing reliable and clinically significant change criteria to assess for the development of depression during smoking cessation treatment: the importance of tracking idiographic change. *Addict Behav* 2011; 36(12): 1228-1232.
44. Haokip HR, Kumar R, Rawat VS, Kumar Sarma S. Efficacy of standard nicotine replacement therapy (NRT) versus video-assisted nurse-led NRT on tobacco cessation: A randomized controlled pilot trial *Clin Epidemiol Glob Health* 2021; 9: 141-146

45. Covey LS, Hu MC, Winhusen T, et al. Anxiety and depressed mood decline following smoking abstinence in adult smokers with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse Treat* 2015; 59:104-108.
46. Dedert EA, Resick PA, Dennis PA et al. Pilot trial of a combined cognitive processing therapy and smoking cessation treatment. *J Addict Med* 2019; 13(4): 322-330.
47. Avery N, Kenny AM, Kleppinger A, et al. Effects of varenicline, nicotine or placebo on depressive symptoms in postmenopausal smokers. *Am J Addict* 2014; 23(5): 459-65.
48. Segan CJ, Borland R, Wilhelm KA, et al. Helping smokers with depression to quit smoking: collaborative care with Quitline. *Med J Aust* 2011; 195(3): 7-11.
49. Berlin I, Chen H, Covey LS. Depressive mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction* 2010; 105(12): 2209-2216.
50. Kahler CW, Spillane NS, Day A, et al. Positive psychotherapy for smoking cessation: treatment development, feasibility and preliminary results. *J Posit Psychol* 2014; 9(1): 19-29.
51. Lenz B, Eichler A, Schwenke E, et al. Mindfulness-based Stress Reduction in Pregnancy: an App-Based Programme to Improve the Health of Mothers and Children (MINDFUL/PMI Study). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(12): 1283-1291.
52. Pine Abate H, Mcneill A, Muray R, et al. Survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction* 2013; 108: 1476-1484.
53. Sarna L, Bialous SA, Wewers ME, et al. Nurses, smoking and the workplace. *Res Nurs Health* 2005; 28(1) :79-90.
54. JCS Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation JCS 2010-Digest Version- *Circ J* 2012; 76:1024-1043.
55. Kamisli S, Oz F. Evaluation of a smoking cessation psychoeducational program for nurses. *J Addict Nurs* 2011;22(3):117-123.
56. Sağlık Bakanlığı, Tütün ve Madde Bağımlılığı ile mücadele, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bagimliliklamucadele.html> (Accessed 01.08.2024).
57. Karakaş, S. Prof. Dr. Sirel Karakaş Psikoloji Sözlüğü: Bilgisayar programı ve veritabanı - www.psikolojisozlugu.com (sürüm: 5.2.0/2022) (Accessed 26.10.2024)
58. Erdoğan MM, Kocataş S. The prevalence of smoking among soldiers of the gendarmerie in a provincial center and affecting factors: A cross-sectional study from Turkey. *Arch Environ Occup Health* 2023; 78(6): 347-356.
59. Oflaz F, Yıldırım N. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara. 2020.
60. TC Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830ek.2%20ve%203>.(Accessed 10.05.2024).
61. Seng S, Otachi JK, Okoli CT. Reasons for tobacco use and perceived tobacco-related health risks in an inpatient psychiatric population. *Issues Ment Health Nurs* 2020; 41(2): 161-167.
62. Oliveira RM, Santos JLF, Furegato ARF. Tobacco addiction in the psychiatric population and in the general population. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25 :e2945.
63. Caponnetto P, Maglia M, Mangione M, et al. Smoking addiction in patients with schizophrenia spectrum disorders and its perception and intervention in healthcare personnel assigned to psycho-rehabilitation programs: a qualitative research. *Healthcare* 2022; 10(11): 2275-2285
64. Wye P, Bowman J, Wiggers J, et al. Providing nicotine dependence treatment to psychiatric inpatients: the views of Australian nurse managers. *J Psychiatr Ment Hlt* 2010; 17(4): 319-327.
65. Kutlu R, Demirbaş N. Üniversite personeline tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı ve tütün kontrol yasasına uyumları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 3(2): 62-68.
66. Martínez C, Castellano Y, Laroussy K, et al. Knowledge, attitudes, and training in tobacco dependence and cessation treatment among Nursing Students in Catalonia (ECTEC Study): cross-sectional study. *Int J Ment Health Addict* 2023; 21(2):1041-1056.
67. Topcu M, Zorlu S. Sağlık çalışanlarının nargile içme profilleri, nargilenin sağlığa olan etkilerine yönelik algıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(4): 432-446.
68. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009; 74(1): 118-123.

69. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Predictors of US medical students' prevention counseling practices. *Prev Med* 2007; 44(1): 76-81.
70. Cataldo JK. The role of advanced practice psychiatric nurses in treating tobacco use and dependence. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15(3):107-119.
71. Smith LM, Boehm L, Strang LV, DeMarre C, Marcyjanik D. Targeted education for school staff on electronic nicotine delivery systems: A Nurse Led Intervention. *J Sch Nurs* 2024; 40(2): 223-230.

Yazar Katkıları: Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

Etik Onay: Bu çalışma için ilgili Etik Kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

Ethical Approval: Ethical approval was not required for this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors have declared that there is no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support