



T C
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SİGARA İÇENLERİN 5727 SAYILI TÜTÜN YASASI'NA
YAKLAŞIMI VE YASADAN ETKİLENİMLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr Nurhan ATİLLA

Tez Danışmanı
Doç Dr Nurhan KÖKSAL

Kahramanmaraş-2010

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| KABUL ve ONAY | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| GRAFİKLER DİZİNİ | iv |
| TABLolar DİZİNİ | v |
| ÖZET | vi |
| İNGİLİZCE ÖZET | vii |
| KISALTMALAR | viii |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1.Tütün kullanımının tarihçesi | 3 |
| 2.2.Sigara epidemiyolojisi | 4 |
| 2.3.Sigara dumanı | 5 |
| 2.4.Sigaranın sağlığa etkisi | 6 |
| 2.5.Pasif sigara içiciliği | 8 |
| 2.6.Sigara içme yasağının tarihçesi | 11 |
| 2.7.Tütün kontrolü ile ilgili programlar | 12 |
| 2.8.Avrupa ülkelerinde sigara yasağının etkileri | 17 |
| 2.9.Türkiye’de sigara yasağının etkileri | 18 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 20 |
| 4. BULGULAR | 22 |
| 5. TARTIŞMA | 44 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER | 51 |
| 7. KAYNAKLAR | 53 |
| 8. EKLER | 57 |

KABUL VE ONAY

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Nurhan ATİLLA tarafından hazırlanan “Sigara İçenlerin 5727 Sayılı Tütün Yasası'na Yaklaşım ve Yasadan Etkilenimleri” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.


Doç. Dr. Nurhan KÖKSAL
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi **Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında** Tıpta Uzmanlık tezi olarak 29/03/2010 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:

Başkan Doç. Dr. Nurhan KÖKSAL

Göğüs Hastalıkları
Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Hayriye SAYARLIOĞLU

İç Hastalıkları Anabilim
Dalı

Üye Doç. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İmza:

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : 29/03 / 2010


Prof. Dr. İlhami Taner KALE

Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım, insani değerleri ile de örnek aldığım saygıdeğer hocam Sayın Doç Dr Nurhan KÖKSAL'a,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, Sayın Doç Dr Hayriye SAYARLIOĞLU, Sayın Doç Dr Mehmet SAYARLIOĞLU, Sayın Doç Dr Bülent KANTARÇEKEN, Sayın Doç Dr Ali ÇETİNKAYA, Sayın Doç Dr Ömer Faruk KÖKOĞLU, Sayın Doç Dr Hasan UÇMAK, Sayın Doç Dr Mürvet YÜKSEL'e,

Tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Halk Sağlığı A.D. Başkanı Sayın Doç Dr Hasan EKERBİÇER, Sayın Yrd Doç Dr Ali ÖZER'e,

İhtisasım süresince birlikte uyum içerisinde çalıştığım ve bundan büyük mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım, hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, varlıklarından güç aldığım hayattaki en değerli varlığım olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mart-2010

Dr Nurhan ATILLA

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Pasif içiciliğin sigara içmeyenler üzerine risk oluşturma durumu ile ilgili düşünceler

Grafik 2: 5727 sayılı Tütün Yasası sonrası uyarı alma durumları

Grafik 3: Tütün Yasasını destekleme durumları

Grafik 4: Tütün Yasasını destekleme durumunun cinsiyetle ilişkisi

Grafik 5: Tütün Yasası sonrası sigara içme durumları

Grafik 6: Tütün Yasasını destekleme durumu ile yasa sonrası sigara içme durumunun ilişkisi

Grafik 7: Yasa öncesi ve sonrası sigara içme durumlarının kıyaslanması

Grafik 8: Yasa sonrası lokanta, kahvehane gibi mekanlara gitme durumu

Grafik 9: Sigarayı bırakma nedenleri

Grafik 10: Sigarayı azaltma nedenleri

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1:** Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri
- Tablo 2:** Sigaraya başlama yaşının cinsiyetle ilişkisi
- Tablo 3:** Nikotin bağımlılık derecesi ve cinsiyetle ilişkisi
- Tablo 4:** Nikotin bağımlılık derecesi ve başka tütün ürünü kullanımı ile ilişkisi
- Tablo 5:** Eğitim durumunun nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi
- Tablo 6:** Pasif içicilik hakkındaki görüş ve eğitim düzeyi ile ilişkisi
- Tablo 7:** Eğitim düzeyinin evde sigara içme ile ilişkisi
- Tablo 8:** Araç içi sigara içme durumu ile nikotin bağımlılık derecesi arasındaki ilişki
- Tablo 9:** Tütün Yasasını destekleme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi
- Tablo 10:** Yasayı destekleme durumunun meslekle ilişkisi
- Tablo 11:** Yasa sonrası sigarayı bırakma durumunun cinsiyetle ilişkisi
- Tablo 12:** Yasa sonrası sigara içme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi
- Tablo 13:** Yasa sonrası sigara içme durumunun meslek ile ilişkisi
- Tablo 14:** Yasa sonrası sigara içme durumunun nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi
- Tablo 15:** Yasa sonrası sigara içme durumu ile solunum sistemi şikayeti ilişkisi
- Tablo 16:** Nikotin bağımlılık derecesinin solunum sistemi şikayeti ile ilişkisi

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı sigara içenlerin Tütün Yasası'na yaklaşımlarını, yasa sonrası sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişimleri ve bu değişimlerde rol oynayan etkenleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Veriler otuz sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu halen sigara içmekte veya yasadan sonra sigarayı bırakmış olan 1509 kişiye uygulanmıştır. Analiz için SPSS paket program kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların 419'u (%28,0) kadın, 1090'ı (%72,0) erkekti. Yaş ortalaması $33,6 \pm 10,5$ 'ti. Bayanlarda ortalama sigaraya başlama yaşı $17,01 \pm 4,11$, erkeklerde $18,07 \pm 4,24$ 'tü. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre erkeklerde bağımlılık derecesi daha yüksekti. Bağımlılık derecesi yüksek olanlarda başka tütün ürünü kullanma oranı yüksek, eğitim düzeyi düşüktü. Eğitim düzeyi arttıkça pasif içiciliğin sağlık için risk oluşturduğunun bilinme oranı artmaktayken, evde ve araç içinde sigara içme oranı azalmaktaydı. Yasayı destekleyenler 869 (%58,0), desteklemeyenler 443 (%29,0) kararsız olanlar 197 (%13,0) kişiydi. Bayanlar ve erkekler yasayı eşit oranda desteklerken, erkeklerde yasayı desteklememe oranı (%31,4), kadınlarda ise kararsız olma oranı (%17,4) daha yüksekti. Yasayı en az destekleyen öğrencilerdi (%48,5). Çalışmaya katılanların 87'si (%5,8) yasadan sonra sigarayı bırakmış, 316'sı (%20,9) azaltmıştı. Kadınlarda bırakma oranı, erkeklerde ise azaltma oranı daha fazlaydı. Sigarayı bırakanların büyük çoğunluğu (57, %65,5) düşük derecede bağımlıydı. Sağlık sorunları sigarayı bırakmada en sık neden (%37,3) iken, sigara içilen alanların kısıtlanması azaltmada en sık nedendi (%54,2).

Sonuç: Tütün Yasası'nın erken dönemde bile sigara bırakmayı teşvik ettiği, sigara bağımlılarında günlük içilen sigara sayısının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca yasa sigara içenler tarafından da büyük oranda destek ve kabul görmüştür.

Anahtar kelimeler: Tütün yasası, sigara içme alışkanlığı

SUMMARY

Objective: The aim of our study is; to assess the approach of smokers to tobacco law, examine changes of smoking related behaviors after law and determine the factors associated with these changes.

Material and Methods: Data collected with questionnaire included thirty question. We applied the questionnaire to 1509 current smokers, or nonsmokers who quit smoking after ban. SPSS packet programme used for analyses.

Results: Participants consisted of 419 female (28,0%), 1090 male (72,0%) with an average age of $33,6 \pm 10,5$. Starting age for tobacco use for females was $17,01 \pm 4,11$, and for males was $18,07 \pm 4,24$ years. Fagerström Nicotine Dependence Test level was high among men. Other tobacco products usage was high, and education level was low among high level dependents. High educated smokers were aware of whether second-hand smoke is dangerous to health and smoking rates in house and car was lower among high educated smokers compared with low educated. 869 (58,0%) participants were supporting law, 443 (29,0%) had opposite opinion, 197 (13,0%) had no opinion. Males and females were supporting law equally (57,2%-58,5%), but males had more opposite opinions (31,4%), and females were more uncertain (17,4%). The rate of law support was the lowest (48,5%) among students. 87 (5,8%) smokers quitted smoking after ban, 316 (20,9%) reduced. The rate of quitting smoking was high among females while reducing rate was high in males. The big part of the smokers who quit smoking (57,65,5%) were low nicotine dependent. Health problems (37,3%) were the most frequent reason to quitting while restriction of smoking area was the most to reduce (54,2%).

Conclusion: We satisfied that; tobacco law was encouraged smokers to quit smoking and effected reducing the number of cigarette per day. In addition, the big part of smokers were supporting the law.

Key words: Tobacco law, smoking behavior

KISALTMALAR

ÇSD: Çevresel Sigara Dumanı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPA: Environmental Protection Agency

FNBT: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

HCC: Hepatosellüler Karsinom

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MÖ: Milattan Önce

PIAR: Public Relations

SPSS: Statical Package For The Social Sciences

TAPDK: Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

WHO: World Health Organisation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara insanlık tarihinde uzun yıllar tedavi edici ve zevk verici madde olarak kullanılmış, zararlı olduğu görüşü ise resmi olarak ilk kez 1964 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği tarafından yayınlanan Surgeon General raporunda açıklanmıştır.

Sigara bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırmasında (ICD 9 ve ICD 10) en önemli önlenabilir hastalık nedeni olarak tanımlanmaktadır. Her yıl sigaraya bağlı olarak tüm dünyada yaklaşık 5 milyon insan yaşamını yitirmektedir (1). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre yılda 100.000 kişi sigara nedeniyle ölmektedir (2). Sigara salgınının bu şekilde devam etmesi durumunda bu sayının 2030 yılında 8 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu 8 milyon ölümün ise yaklaşık %80'i az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (1). Çünkü sigara tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir (1). Bu konuda acil önlemler alınmadığı takdirde 21. yüzyıl boyunca sigaraya bağlı toplam ölüm sayısının bir milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1).

Tüm olumsuz etkileri bilinmesine rağmen sigara kullanımı giderek yaygınlaşmakta ve özellikle genç nüfusu etkisi altına almaktadır. Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşmasına ve tütün şirketleri tarafından pazar oluşturma stratejilerine karşı 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde bu konudaki ilk uluslararası anlaşma özelliği taşıyan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" kabul edilmiştir. Üye ülkelerin tümünde 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerinde olumsuz etkilerinin azaltılması hedeflenmektedir. Özellikle tüm ülkelerde sigara içmeyenlerin oranının, 15 yaş üzerinde en az %80, 15 yaş altında %100'e yakın olması gerektiği ifade edilmektedir.

Mezkûr Sözleşme, 5261 sayılı Kanun ile ülkemiz tarafından da kabul edilmiş ve 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (2). 2006 yılında ise sigara tüketiminin kontrol altına alınarak, özellikle gençlerin korunması amacıyla, 2006-2010 yıllarını kapsayacak şekilde "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanarak Ekim 2006 tarihli ve 26312 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır. 2007'de Ulusal Tütün Kontrol Komitesi oluşturulmuş, 2008 yılında

4207 sayılı kanun ile tamamen sigarasız ortama ilişkin yasa yürürlüğe girmiştir. 19 Temmuz 2009'da ise kahvehane, lokanta ve barlar da dahil olmak üzere tüm kamusal alanlarda tütün ürünlerinin tüketimi yasaklanmıştır.

“Ulusal Tütün Kontrol Programı” çerçevesinde sigara içiciliğinin sorgulanması, çevresel sigara dumanı maruziyetinin değerlendirilmesi, tütün kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların saptanması ve “Tütün Kontrol Politikaları”nın etkililiğinin değerlendirilmesi amacıyla ulusal ölçekli araştırmalar yapılması gerekmektedir. Bu hedeflere ulaşmak için kullanılacak yöntemlerden biri de anket çalışmalarıdır. **Biz de bu düşünceden hareketle 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren yasadan sonra sigara içenlerin yasaya yaklaşımını, yasadan sonraki günlük sigara içimindeki değişiklikleri ve bu değişikliklerde etkili olabilecek faktörleri saptamak amacıyla anket çalışması yapmayı uygun bulduk.**

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ

Tütün tarımının Milattan Önce (M.Ö.) 6000 yıllarında Amerika kıtasında başladığı düşünülmektedir. Amerika'da Yukatan adasında yaşayan Maya'lara ait tarihi taşlar üzerindeki resimlerde ve Kuzey Ohio bölgesindeki höyüklerde tütünün kullanılma şekillerine ve pipo resimlerine rastlanmaktadır. Tütün yapraklarının çiğnenmesi, tozunun yaralara sürülmesi, lavman olarak kullanılması o dönemdeki başlıca tütün kullanım şekilleridir.

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba'ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde tanıdılar. Columbus, yerlilerin tütün içtikleri saz borusunun adı olan "Tobacco"yu bitkiye isim olarak vermiştir (4). Tütün hakkında ilk bilginin verildiği kitap, 1499 yılında kaleme alınan, 1505 yılında ilk baskısı yapılmış olan Amerigo Vespucci'nin eseridir. Vespucci eserinde bizzat kendisinin şahit olduğu şeyleri anlatmış, yerlilerin tütünü nasıl kullandıklarını ve bunun tedavi maksatlı olabileceğini belirtmiştir. Romano Pane adlı piskopos 1518'de İspanya Kralı Charles Quint'e tütün tohumunu sunmuştur. Bu tarihten itibaren İspanya'da tütün tarımı başlamıştır (5).

Tütünün Avrupa'ya yayılımı 1559 yılında Portekiz'de Fransa elçisi olarak bulunan Jean Nicot sayesinde olmuştur. Elçi 1560 yılında Fransa Kraliçesi Catherine de Medicis'e tütün tohumu göndermiştir. Saray bahçesine ekilen tohumların çiçek açtıktan sonra kraliçenin migren türü baş ağrısını geçirdiği fark edilmesi üzerine, tütünün keyif ve cesaret verici özelliklerinden başka ilaç olarak da kullanılabilirdiği düşünülmüş ve hızla Avrupa'ya yayılmıştır. "Elçi otu" adıyla anılan tütüne, kraliçenin gösterdiği ilgiden dolayı "Kraliçe otu" adı da verilmiştir. Daha sonra Jean Nicot'un bu bitkiye gösterdiği ilgi nedeniyle tütün bitkisine "Nicotiana" ve 1828'de bulunan alkaloide de "Nicotin" ismi verilmiştir (5).

Tütün hakkında bilgi ve teorileri içeren ilk büyük çalışma, İspanya kraliyet doktorlarından Monardes'in "Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi" adlı kitabıdır. 1571 yılında basılan bu kitap, Amerika'ya seyahat etmiş insanların anlattıklarına ve Francisco Hernandez'in raporlarına dayanılarak hazırlanmıştır. Bu

kitabın içerisinde bir bölüm sadece tütüne ayrılmıştır. Bu bölümde tütün yetiştirme ve kullanma şekillerinden bahsedilmekte, diş ağrısından kansere, susuzluktan açlığa, çok sayıda derde çare olduğu belirtilmektedir.

Ticari amaçla ilk tütün yetiştirilmesi 1612'de Virginia'da gerçekleştirilmiş ve 1619'da dokuz tonluk ilk tütün ihracatı Londra'ya yapılmıştır. 1862'de Amerika kıtasında sigaradan ilk kez vergi alınmaya başlanmıştır. 1881'de ise ilk sigara üretim makinesi ABD'nde kullanılmıştır (4).

2.2. SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya'da yaşı 15'in üzerinde olan 1.2 milyar kişi (her üç erişkinden birisi) tütün bağımlısı olup bunların %80'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de ise farklı çalışmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşları 11-18 yaş arasında bulunmuştur.

Türkiye'de yetişkinlerde sigara kullanımına ilişkin ilk çalışma 1988 yılında ülkeyi temsil eden 2500 kişilik bir örnek grupta yapılmıştır. PIAR (Public Relations) şirketinin yapmış olduğu bu çalışmada 15 yaş üstü nüfusun sigara içme prevalansı %44 (erkeklerin %63'ü, kadınların %24'ü) olarak bulunmuştur (6). PIAR'ın 2002 çalışmasına göre ülke genelinde 15 yaş üstü erişkin nüfusta sigara içme prevalansı %35,8 (erkeklerde %50,9, kadınlarda %25,5) bildirilmiştir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990'dan beri yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasına göre ise erişkin erkeklerin %59,4'ü, kadınların %18,9'u sigara içicisidir. Yıllar içinde değişime bakıldığında 1990'a göre 2000 yılındaki TEKHARF çalışması taramalarında erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (7).

Tütün endüstrisinin ayakta kalması için sigara içen erişkinlerdeki ölümleri ve kendiliğinden bırakmaları karşılayacak kadar yeni içicinin eklenmesi gereklidir. Bu yeni içiciler özellikle çocuk ve gençlerdir. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında 61 ilden 202 okulda İlköğretim 7, 8, lise 1 ve hazırlık sınıflarında eğitim gören toplam 15.957 öğrenciye uyguladığı bir anket olan Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda öğrencilerin %9,1'inin halen aktif içici olduğu, %22,3'ünün en az bir kere sigara içmeyi denediği

saptanmıştır. Çevresel tütün dumanına maruz kalma oranı oldukça yüksek olup, her 10 öğrenciden 9'u evde kendileriyle aynı ortamda sigara içen kişilerin bulunduğunu belirtmiştir. Onda dokuzu halka açık alanlarda sigara dumanına maruz kalırken, yaklaşık onda altısının aile fertleri sigara içmektedir (8).

DSÖ'nün, küresel tütün salgınının durumu ve bu salgının önlenmesine yönelik önlemlerin yer aldığı ikinci kapsamlı raporu olan 2009 yılı "Küresel Tütün Salgını Raporu"na göre; Türkiye'de 13-15 yaş arasındakilerin %6,9'u sigara, %8,4'ü ise tütün ürünleri kullanmaktadır. Bu yaş grubundaki kızların %3,5'i sigara, %4,4'ü tütün, erkeklerin ise %9,4'ü sigara, %11,1'i tütün içmektedir. Onsekiz yaş üstündekilerde ise sigara kullanma oranı %33,4 olup, bu yaş grubundaki erkeklerin %50,6'sı, kadınların ise %16,6'sı sigara kullanmaktadır (1).

Günümüzde erişkin sigara içicilerinin %80'inden fazlası, 18 yaşından önce başlamaktadır. Bu yüzden ergenlerin sigaraya başlamasının önlenmesi en önemli sağlık politikalarından birini oluşturmaktadır (8).

2.3. SİGARA DUMANI

Sigara dumanı partikül ve gaz fazı olmak üzere iki farklı fazda toksik komponent içerir. Sigara dumanının fazları Cambridge glass-fiber filtresi kullanılarak tanımlanmıştır. Partikül fazı cam fiber filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Katran, partikül faz elemanlarından olup nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir maddedir. Katran karsinojenik olan aromatik hidrokarbonlar içermektedir (9). Gaz fazındaki radikaller kısa ömürlüdür. Oysa partikül fazda oldukça stabil radikaller yüksek konsantrasyonlarda bulunur. Partikül faz radikalleri suda erime özelliğindedir. Oldukça fazla miktarda polisiklik aromatik hidrokarbonlar, çeşitli aromatik nitröz aminler, aromatik aminler, nikotin, kadmiyum, nikel, arsenik bileşikleri gibi metalik iyonlar içerir (10). Partikül fazdaki radikaller aracılığı ile dioksijenin redüksiyonundan süperoksit ve hidrojen peroksit oluşmakta, bunlar da DNA harabiyetine neden olmaktadır.

Aktif sigara içen kişinin içine çektiği duman (ana akım dumanı) ve sigaranın yanan ucundan çevreye yayılan duman (yan akım dumanı), partikül ve gaz fazındaki toksinleri farklı oranlarda bulundurmaktadır (9). Ana akım dumanında %92 gaz, %8

partikül komponenti bulunurken, yan akım dumanının hemen tamamı gaz fazından oluşur (10).

Yan akım dumanı, Çevresel Sigara Dumanının (ÇSD) büyük kısmını oluşturur, ana akım dumanından daha tehlikelidir. Çünkü; yan akım dumanı oluşurken yanma ısısı daha düşük olduğu için yan akım dumanında, ana akım dumanına göre çok daha fazla kimyasal madde mevcuttur. Örneğin hayvanlar için kanserojen olduğu gösterilmiş olan N-nitrosodimetilamin yan akım dumanında ana akım dumanına göre 20-100 kat daha fazla bulunmaktadır. Diğer bir önemli fark ise yan akım dumanında partiküllerin boyutunun (0,01- 1,0 µm) ana akım dumanına (0,1-1,0 µm) göre daha küçük olmasıdır.

1992'de Çevre Koruma Ajansı (Environmental Protection Agency-EPA) ÇSD'nı Grup A kanserojen olarak tanımlamıştır. ÇSD'nda iritanlar, sistemik zehirleyiciler, mutajenler, kanserojenler, üremeye ve gelişmeye etki eden zehirler gibi kimyasallar bulunur (11).

2.4. SİGARANIN SAĞLIĞA ETKİSİ

Hava kirliliğine neden olan maddeler arasında en yüksek hastalık prevalansına sahip olan tütün içimidir. Sigara dumanı içinde bazıları farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve kanserojenik olan 4.000'den fazla madde bulunmaktadır. Tütün dumanında bulunan ve potansiyel olarak zararlı kabul edilen bazı kimyasallar ve neden olduğu hastalıklar;

- Katran, polisiklik hidrokarbonlar, benzopiren - Karsinogenez
- Nikotin - Depresyon, tümör promosyonu
- CO - Oksijen taşınımı ve kullanımının bozulması
- Formaldehit, azot oksitleri - Siliyalara toksik ve iritan
- Nitrözamin - Karsinogenez

Sigara dumanındaki ajanlar, trakeobronşiyal mukozada direk iritan etki ile inflamasyon ve mukus üretimi artışına neden olmaktadır. Sigara dumanında bulunan serbest radikaller ve diğer oksidanlar, elastaz inhibitörlerini inhibe ederek ve doğrudan toksik etkiyle durumu daha da kötüleştirirler. Bu nedenle sigara kullanımı, akciğerlerde aktif antielastaz miktarını azaltır ve elastaz-antielastaz dengesini daha da kötüleştirir.

Sigara alt solunum yollarının hemen her yerinde patofizyolojik değişikliklere yol

açmaktadır. Bunlar peribronsiyal inflamasyon ve fibrozis, epitel yapı ve fonksiyonunda değişiklikler, vasküler intimal kalınlaşma ve alveoler harabiyettir. Fonksiyonel bozukluklar ise inhale edilen maddelerin klirensinde bozulma, patojen mikroorganizmaların mukozaya tutunmasında artış, anormal vasküler ve epitelial permeabilite artışıdır (12). Sigara içimi kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) için esas risk faktörüdür. KOA ve sigara arasında doğrudan doz yanıt ilişkisi vardır. En az 2 yıl ardışık 3 ay süreyle devam eden öksürük, balgam çıkarma ve dispne ile karakterize bir hastalık olan kronik bronşit ile terminal bronşiyollerin distalindeki bölümlerin genişleyip alveol duvarının fibrozis olmaksızın hasarlanması anlamına gelen amfizemin birlikteliği KOA olarak bilinir ve tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir. Akciğerde oluşan hasarın başlangıcı skuamöz metaplazi şeklinde olup sigara içilmeye devam edilecek olursa karsinoma insituya dönüşebilmektedir. Sigara içenlerde akciğer kanseri gelişme riski, içmeyenlere göre yirmi kat daha fazladır. Kadınlarda görülen akciğer kanserlerinin %80, erkeklerde ise %90'ından sigara sorumludur (13). Sigaraya bağlı zararların ortaya çıkması ortalama 20 yıl sonra olduğundan, çoğu hastalık 35 yaştan sonra ortaya çıkmaktadır (14).

Özefagus yassı hücreli tümörlerinin etyolojik ajanlarından birisi de sigaradır. Tütün içenlerde peptik ülser riski ve pankreas kanseri riski iki kat artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde son yirmi yıldır HCC (hepatosellüler karsinom) tanısı alan hastaların %60'ından fazlasında viral hepatit olmaması nedeniyle etiyolojide rol oynayacak başka faktörler araştırılmış. Yapılan araştırmalar sonucunda ise Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research) tarafından sigaranın HCC için risk faktörü olduğu yakın tarihte resmi olarak açıklanmıştır (15).

Sigara yara iyileşmesini ve kırık iyileşmesini geciktirir (16). Sigara içen kişilerin beklenen yaşam süreleri içmeyenlerle karşılaştırıldığında 20-25 yıl daha kısadır (17). Özellikle 35 yaş üstü erkeklerde görülen Buerger hastalığının (tromboanjitis obliterans) etyolojisinde de sigara bulunmaktadır. Atravmatik osteonekrozun etyolojik faktörleri arasında sigara da sayılmaktadır (18).

Son zamanlardaki yayınlar sigaranın kadınlarda daha fazla zarar oluşturma ihtimali üzerinde durmaktadır. Sigara içmeyenlere göre içen kadınlarda infertilite riski, amenore, adet düzensizliği, dismenore ve erken menopoz daha fazladır. Menopozdaki sigara içen kadınlarda kemik yoğunluğu hiç içmemişlere göre daha düşüktür. Sigara

içen kadınlarda hiç içmeyenlere göre kalça kırığı riski daha fazladır (16). Erkeklerde ise ejakulat hacminin azalması, sperm sayısı ve sperm hareketi azalması, sperm şekil bozuklukları yanında empotans gibi cinsel işlev bozuklukları olabilmektedir.

Koroner arter hastalığından (KAH) ölüm riski, günde içilen sigara, inhalasyon derinliği, sigaraya başlama yaşı ve içilen yıl sayısı ile ilişkilidir. Sigaranın damarsal yapı üzerine kısa dönem etkisi karboksihemoglobin veya tromboz üzerinden olmaktadır, uzun süreli etki endotel hasarı ve plak gelişimi ile olmaktadır. Sigara KAH'da, hiperkolesterolemi ve diyabet gibi diğer risk faktörlerini de büyük oranda etkilemektedir (19).

Sigara, yol açtığı hastalıkların tedavisi amacıyla uygulanan ilaçların etki gücünü de azaltmaktadır. Sigara dumanında bulunan bazı maddeler karaciğer enzim sistemlerini harekete geçirerek ilaç metabolizmalarını da olumsuz etkiler. Örneğin, KOAH' da sık kullanılan teofilinin yarılanma ömrü, sigara içicilerinde %50 kısalmaktadır. Antiaritmikler, steroidler, antikoagülanlar, insülin gibi ilaçların metabolizmaları da etkilenecek, kronik hastalıkların tedavileri sigara içimi ile zorlaşmaktadır (20).

Sigarayı bıraktıktan 5-20 yıl sonra KOAH riski %50, 10 yıl sonra ağız, farinks kanseri riski hızla normale düşmekte, 15-20 yıl sonra akciğer kanseri riski ise %50-90 oranında azalmaktadır (21).

2.5. PASİF SİGARA İÇİCİLİĞİ

Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara dumanı maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir. Solunan çevre havasında sigara dumanına maruz kalınması pasif sigara içimi "ikinci el sigara içimi" veya "istemsiz sigara içimi" olarak da tanımlanmaktadır. İkinci el sigara dumanı, sigara içilen odanın kapısı kapalı olsa dahi bina içinde yayılır. Aktif sigara içiminden sonra da kıyafet, perde, mobilya gibi eşyalara nüfuz eden toksinlerle kontaminasyon devam eder. Sigara dumanının bu yolla insanlara zarar vermesine ise "üçüncü el sigara içimi" denir. Eşyalar üzerindeki bu toksinler, ortam havası pencereler açılarak veya fanlar hatta hava filtreleri kullanılarak temizlenmeye çalışılsa bile aylarca sebat eder (1).

Çevresel Sigara Dumanı (ÇSD) kontrolünde sigara içilen ve içilmeyen bölümleri ayırma, havalandırma veya hava temizleme cihazları kullanma gibi yöntemler başarılı

olmamaktadır. SD'nin kanser yapıcı etkisini minimuma indirmek için gerekli hava akımı, ortamdaki kişi başına saniyede 50.000 litre olmalıdır ki böyle bir havalandırma sistemi bulunmamaktadır. Hatta filtrelerde biriken kimyasallar filtre edilen havayla birlikte ortama tekrar döner (1).

İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiştir (21).

Genel nüfusta sigara kullanmayan gruplarda SD maruziyeti şiddetlidir. Uluslar arası evre koruma ajansı (EPA), SD'na yaygın maruziyetin ciddi ve önemli sağlık problemi riski taşıdığını bildirmiş ve insanlarda kanser nedeni olan A grubu kanserojenlerin içinde SD'nin da bulunduğu belirtilmiştir. Hatta ikinci el sigara içiminin sadece insanlarda değil, ev içinde beslenen hayvanlarda da kanser görülme riskini arttırdığına dair son zamanlarda yayınlanan birkaç çalışma vardır (1).

Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddelerden birçoğu aktif içicilerin kanında bulunur ve plasentadan fetal dolaşıma rahatlıkla geçerler. Ancak tütün dumanında bulunan 4000'den fazla maddenin hangisinin hangi miktarda plasentayı geçtiği ve hangi spesifik bileşiklerin gelişmekte olan fetusa zarar verdiği büyük oranda bilinmemektedir. Surgean General 2006 yılında yayımladığı raporunda prenatal sigaraya maruz kalan infantlarda birçok doğumsal defektin ortaya çıktığını bildirmiştir (22). Gebelikte sigara içimi fetal hipoksi, l doğum, doğum sonrası ölüm, ani bebek ölüm sendromu ve konjenital anomalilere neden olur. Emziren anne sigara içtiğinde sütle bebeğine nikotin geçirir, nikotinin prolaktini baskılaması nedeniyle süt miktarı azalır. Yine sigara içen annelerin bebeklerini yeterince emziremedikleri saptanmıştır.

Maternal sigaraya maruz kalan infantlarda yaşamın ilk 2 yılında pnömoni, bronşiyolit ve bronşit gibi solunumsal hastalıklar daha fazladır. Babanın sigara içimi ve ev içindeki toplam içici sayısı riski artırmaktadır. Çocukluktaki pasif sigara içiciliğinin erişkin astımı için risk olduğu da gösterilmiştir (21). Pasif sigara iiciliğinde çocukların, anne babanın sigara içme sresinin uzunluğuna bağlı olarak, solunum yolu enfeksiyonlarına yakalandıkları ve hastalığın sık tekrarladığı görülmüş, çocukluktaki pasif sigaranın erişkin astımı için risk olduğu da gösterilmiştir.

İşyerinde pasif olarak sigara dumanını soluyan bireylerde akciğer kanseri görülme sıklığı %20 oranında artmaktadır (23). Pasif içicilerde solunum sistemi semptomlarında %30-60 artış olmaktadır Pasif içiciliğin kalp hastalıkları ile de ilişkili

olduğu saptanmıştır. Sigara içmeyen kişiler SD'na yoğun olarak maruz kaldıkları zaman kanlarında akciğer kanseri etkeni olan ve sadece sigara dumanında bulunan *4-metilnitrosoamino 1-3-piridil-1-butanon* isimli kanserojen madde ve diğer kanserojenler yüksek miktarda belirlenebilmektedir. Pasif sigara içiciliği ve akciğer kanseri arasındaki ilişkiyi destekleyecek çok sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Ancak meme kanseri, böbrek, karaciğer kanserleri ve çocukluk ağı kanserleri ile ilişkisine yönelik yeterli çalışma yoktur (15).

Kapalı ortamdaki SD seviyesini ölçmek için sıvı fazdaki nikotin düzeyi, havada asılı olan ve solunabilen partikül yoğunluğu (respirable suspended particle mass-RSP) sıklıkla kullanılan iki belirleyicidir. İnsanlardaki SD etkilenimini ölçmek için kullanılan belirleyici ise nikotinin bir metaboliti olan kotinin'dir. Kotinin sigaraya özgüdür ve tükürük, kan ve idrarda llebilir. Serum kotinin 0,05 ng/mL kadar düşük olduğunda bile tespit edilebilmekte ve sigara kullanmayanlar arasında sigara maruziyeti için yeterli kabul edilmektedir (24,25). Yarılanma mr yaklaşık bir gün olup, bu süre çocuklarda daha uzundur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde nikotin konsantrasyonları evde 1-10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ arasında, işyerlerinde sifıra yakın bir değer ile 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ arasında ise ortamda sigara içildiği kabul edilmektedir. Uluslararası kanser araştırma ajansının on ülkeyi ve onc merkezi kapsayan sigara içmeyen kadınlarla yaptığı ve idrarda kotinin düzeyine bakılan bir çalışmada kadının yalnızca evde içilen sigaradan etkilenmesi durumunda kotinin/kreatinin düzeyi 6,2 ng/mg iken bu düzey eğer kadının hem işyerinde hem de evinde sigaradan etkilenimi mevcutsa 9,0 ng/mg'a çıktığı bulunmuştur (26). California'da yapılan bir çalışmada sigara içme odalarında pasif iicilikte karsinojen etki gösterdiği bilinen benzen seviyeleri ölçülmüş ve düzeyin içilen sigara sayısı, odanın hacmi ve odadaki ventilasyon oranı ile bağlantılı olarak 3,5-14,8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ arasında değiştiği saptanmıştır (27). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada ise işyerlerinde benzen seviyesi ölçülmüş ve 1,0-20,2 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ aralığında olduğu saptanmıştır (28).

Normal bir hayat süren kişide yıllık ortalama toplam nikotin maruziyeti ortalama 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ dir (29). Bu düzeyin üstü tehlike arz etmektedir. Kapalı alanlarda pasif olarak solunan nikotin konsantrasyonu ise bu değerin oldukça üzerindedir.

Kapalı alanlarda SD'ndan etkilenme boyutu fazladır. Dünya genelinde erişkinlerin yaklaşık üçte biri ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktadır. Avrupa

ülkelerinde ise sigara içmeyen insanların %14'ü evinde ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktadır. Dünya genelinde yaklaşık 700 milyon çocuk (tüm dünya çocuklarının % 40'ı) evinde sigara dumanına maruz kalmaktadır (1).

2.6. SİGARA İÇME YASAĞININ TARİHÇESİ

Dünyada ilk sigara yasağı Papa VII. Urban tarafından uygulanmıştır. Papa VII. Urban 1590 yılında kilisenin içinde veya bahçesinde tütün çiğneyen, tozunu burnuna çeken veya kağıda sararak içenleri aforoz etmiştir (30).

Osmanlıda ise tütünün 1601 tarihinde İngiliz gemiciler tarafından İstanbul'a geldiğini ve göğüs hastalıklarına iyi geldiği rivayetiyle bütün ülkeye süratle yayıldığını Katip Çelebi'den öğrenmekteyiz. Fakat daha o zaman Cerrah Şeyhi İbrahim Efendi tütün içimine karşı mücadelede önderlik etmiştir. Tütün tiryakilerinin çoğalmasından dolayı dönemin padişahı olan I. Ahmet tarafından yasaklanmıştır. Ancak Sultan Mustafa ve II. Osman devirlerinde imparatorluğun iç ve dış kargaşasından dolayı bu ferman işlemez olmuştur. IV. Murat döneminde tütün içilen ve çoğu da yeniçeriler tarafından işletilen kahvehaneler çoğalmıştır. O tarihlerde İstanbul'da Cibali'den başlayıp Saraçhanebaşı semtine kadar üç gün üç gece süren yangına tütün içerken uyuyup kalan bir tiryakinin neden olduğunun padişaha duyurulması üzerine Müftü Hüseyin Efendi'den alınan fetva ile tütün içenlerin idamı bildirilmiştir. 16 Eylül 1633 tarihli bu fetva ile kahvehaneler kapatılmış, evlerde bile tütün içilmesi yasaklanmıştır. IV. Murat, koyduğu yasalara uyulup uyulmadığını kontrol etmek için kıyafet değiştirerek İstanbul sokaklarında ve kahvelerde dolaşmış, yakaladığı tiryakilerin boyunlarına bir demet tütün astırıp ibret için mahalle mahalle dolaştırdıktan sonra idam ettirmiştir. Tütün içme konusunda bu kadar şiddetli yasaklara rağmen tiryakiler gizli yerlerde çubukla tütün içmeye ve enfiye halinde burunlarına çekmeye devam etmişlerdir. IV. Murat'ın ölümünden sonra yasaklarda gevşeme olmuştur. IV. Mahmut'un kendisi de tütün tiryakisi olduğu için tütün içme yasağı kaldırılmıştır. Bu dönemde Karadeniz, Marmara Bölgesi ve Arabistan'da tütün tarımı hızla yayılma göstermiştir. 1680 yılında tütünden önemli bir gelir sağlanabileceğini düşünen Osmanlı Hükümeti, tütün içmenin yanında tütün tarımını da serbest bırakmıştır (31).

Avrupa’da 1600’lü yıllarda Bavyera, Kursachsen ve Avusturya’nın birçok şehrinde, 1723 yılında Berlin, 1742 de Königsberg, 1744’te Stettin şehrinde sigara yasağı uygulanmaya başlanmıştır (32). Ulusal anlamda ilk sigara içme yasağı ise Adolf Hitler tarafından Almanya’da tüm üniversitelerde, postanelerde, askeri hastanelerde ve Nazi Parti ofislerinde uygulanmak üzere yürürlüğe konmuştur. Hatta 2. Dünya Savaşı’nda İngiliz askerlerinin esir aldığı Nazi subayına bir odada oturtulduğu sandalyede infazdan önce son kez sigara ikram edildiğinde Nazi subayı “*Hitler kapalı yerlerde sigara içmemizi yasakladı*” diyerek, bu teklifi geri çevirdiği söylenir. 1945’te rejimin çöküşüne kadar Nazilerce tütün karşıtı kampanyalar düzenlenmiş ve medya aracılığı ile halka duyurulmuştur (32).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra ise pasif içicilik üzerinde ilk çalışmalar başlamıştır. 1975’te ABD’nin eyaleti olan Minesota’da “*Kapalı alanlarda temiz hava uygulaması*” adı altında halkın bilinçlendirilmesine yönelik politikalar uygulanmıştır. Böylece barlar hariç kamusal alanlarda sigara yasağı ilk kez uygulanmıştır. 1990 yılında California’da barlar ve restoranlar da dahil olmak üzere tüm kapalı kamusal alanlarda sigara içme yasağı resmen uygulanmaya başlanmıştır. California’dan hemen sonra ise ABD’nin 35 eyaletinde bu yasa yürürlüğe girmiştir. Ekim 2007’de ise yine Minesota’da “*Solunuma özgürlük hareketi 2007*” adı altında ülke genelinde barlar ve restoranlar da dahil olmak üzere sigara içme yasağı uygulanmaya başlamıştır.

Mart 2004’te İrlanda’da tüm kamusal alanlarda sigara içme yasağı uygulanmaya başlanmıştır (32, 33). Temmuz 2004’te Norveç’te, Mart 2006’da İskoçya’da Kuzey İrlanda ve İngiltere’de yasa uygulanmaya başlanmıştır (34). 2007 yılından bu yana İngiltere’nin tamamında kapalı kamusal alanlarda sigara yasağı uygulanmaktadır.

2.7. TÜTÜN KONTROLÜ İLE İLGİLİ PROGRAMLAR

Tütün kontrolü, bir toplumun tütün kullanımını azaltmak, mümkünse yok etmek, tütün kullanmayanların başlamasını engellemek ve pasif tütün dumanından zarar görmesini önlemek, özetle tütünden doğacak zararlara karşı toplum sağlığını korumak amacıyla geliştirilen stratejileri kapsar. DSÖ, 1970 yılında tütün kullanımının insan sağlığına verebileceği zararlarla ilgili bir bildiri yayınlamıştır. Tütün ekimi, sigara üretimi, tütün ürünlerinin fiyatlandırılması, nikotin ve katran içerikleri, tütün

kaçakçılığının önlenmesi, sigara kullanımının zararları, çocuklara sigara satışının engellenmesi, pasif içiciliğin önüne geçilmesi, sigara tanıtımı ve sponsorlukları gibi konuları kapsayan “*Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi*”, DSÖ’ nün tütün kontrolü konusunda atmış olduğu en önemli adımdır.

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşmasına ve tütün şirketleri tarafından pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve bu konudaki ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi” 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. 168 ülkenin bakanlarınca imzalanmış olan bu sözleşme şu konuları kapsamaktadır:

1. Tütün firmalarının her türlü tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
2. Sigara paketleri üzerinde, paketin en az %30’unu kaplayacak şekilde uyarı yazısıyla yine kullanıcının dikkatini çekecek resimlere yer verilmesi,
3. Çevresel sigara dumanından etkilenmenin önüne geçilmesi,
4. Sigaradan alınan vergilerin yükseltilerek sigara fiyatlarının yükseltilmesi,
5. Tütün kaçakçılığının önlenmesi

Kapsamlı tütün kontrol programı uygulayan birçok ülkede tütün tüketimi hızla azalmış ve sonuç olarak kanserler, kalp hastalıkları ve diğer dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve düşük doğum ağırlığı insidanslarında azalma sağlanmıştır (2).

Türkiye’de 1924 yılında kurulan Tekel’in varlığı nedeniyle uzun yıllar tütün kontrolü konusunda özel çaba gösterilmesi gerekmemiştir. Sigarayla ilgili hemen hiç tanıtım yapılmazken 1984 yılında yabancı sigaraların ithalinin serbestlik kazanmasıyla, bu sigaraların cazibesi ve tanıtımları gençlerde sigara kullanımını tırmandırmıştır. 1991’de ise ilk kez paketlere uyarı yazısı olarak “*Sigara Sağlığa Zararlıdır*”. yazılmaya başlanmıştır.

Ülkemizde tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı “*Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi*” adı altında Ankara’da 1992 yılında yapılmıştır. 1995 yılında ise “Sigara ve Ulusal Sağlık Komitesi” kurulmuştur. “*Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 sayılı Kanun*” TBMM’nde 7 Kasım 1996 günü kabul edilmiş ve 26 Kasım 1996’da yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasadaki başlıca maddeler, tütün mamüllerinin her türlü reklam ve tanıtımının ve 18 yaşından küçük çocuklara

sigara satışının yasaklanması, sigara paketlerinin üzerine “sağlığa zararlı” olduğuna işaret eden uyarı yazılması, toplu olarak bulunan yerlerde, toplu taşıma araçlarında, sağlık, spor ve eğitim tesislerinde sigara içiminin kısıtlanması şeklindedir. 2002 yılında 4733 sayılı yasa ile kurulmuş bulunan “*Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK)*” tarafından bazı yönetmelikler ve bildirimler yayınlanmış, bu şekilde 4207 sayılı yasanın uygulanması ile ilgili bazı aksaklıkların giderilmesi yoluna gidilmiştir. 25 Kasım 2004 tarihinde DSÖ tarafından hazırlanan “*Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi*”, 5261 sayılı kanun ile TBMM tarafından kabul edilmiştir. Bu sözleşme, 30 Kasım 2004 tarihli ve 25656 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. “*Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi*” kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve ülkemizde sigara tüketiminin kontrol altına alınarak vatandaşlarımızın, özellikle gençlerin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığı’nca 2006–2010 yıllarını kapsayacak şekilde “*Ulusal Tütün Kontrol Programı*” hazırlanmıştır. Bu genelgede bahsedilen hedefler aşağıdaki şekilde özetlenebilir (2).

1. 2010 yılına kadar toplumun %90’ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak.
2. 2007 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek.
3. 2010 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40’in üzerine çıkarmak.
4. 2008 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50’nin üzerine çıkarmak.
5. 2010 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50’nin üzerine çıkarmak.
6. 2008 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90’ın üzerine çıkarmak.
7. Türkiye’de sigara üzerindeki vergi yükünü 2010 yılına kadar %80’in üzerine çıkarmak (sigara fiyatlarının tüketimi caydırıcı biçimde artırılması).
8. 2008 yılına kadar “pasif maruziyetin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı” olduğu bilgisini toplum geneline yaymak.
9. 2010 yılına kadar gebe ve çocukların pasif maruziyete uğramalarını önlemek
10. 2006 yılı sonuna kadar kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında tütün mamulü tüketiminin tamamen engellenmesi.

11. 2007 yılına kadar, sigara ve diğer tütün mamullerinin marka ve firma reklamına aracı olacak her türlü reklam, sponsorluk ve promosyon ihlallerini sıfıra indirmek.

12. 2007 yılına kadar idari ve adli yaptırımların etkili, adil ve caydırıcı hale getirmek.

13. 2007 yılından itibaren tütün ve tütün mamullerinin içeriği, emisyonlarının değerlendirilmesi ve ölçülmesi için ulusal ve uluslararası standart ve düzenlemeler doğrultusunda akredite laboratuvar kurmak ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde faaliyet gösteren TobLabNet (uluslararası laboratuvar, test ve analiz ağı) ile koordinasyon halinde çalışmalar yapmak.

14. 2006 yılından itibaren mamullerin içeriği ile ilgili toplumu bilgilendirmek.

15. 2007 yılından itibaren mamullerin içerik olarak standartlara uygunluğunun düzenli olarak izlemek.

16. 2007 yılı sonuna kadar Türkiye’de yasadışı ticaretin boyutunu kanıta dayalı yöntemlerle saptamak.

17. 2010 yılına kadar, tespit edilen yasadışı ticareti ortadan kaldırmak

18. 2010 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranını %0’a, 15-18 yaş arası gençlerde mevcut durumun en az yarısına indirmek.

19. 2010 yılına kadar, tütün üretiminden vazgeçen veya vazgeçirilen üreticiler ile sektörden uzaklaşmak durumunda kalan tütün işçilerinin alternatif ürünlere ve ekonomik faaliyetlere geçişleri tamamlamak, sürdürülebilir alternatif geçim yollarının geliştirilmesini sağlamak.

20. 2007 yılı sonuna kadar Ulusal Tütün Kontrol Programının izlenmesi, değerlendirmesi ve raporlanması için ulusal bir veri sistemi kurmak.

21. 2010 yılında Ulusal Tütün kontrol politikalarının etkililiğinin değerlendirilmesi ve raporlanması.

“*Ulusal Tütün Kontrol Programı*” 2006 yılında hazırlanmış olup 2006-2010 yıllarını kapsamaktaydı. Programın hazırlandığı 2006 yılından 2010 yılına kadar neler yapıldığını özetleyecek olursak; 2007’de Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın bir bütün olarak uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi için İl Tütün Kontrol Kurulları ve yürütülen çalışmaların daha etkili ve sürdürülebilir olabilmesi

amacıyla da Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. 3 Ocak 2008 tarihinde 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. 1 Mayıs 2008’de televizyonlarda her türlü sigara imgesinin yer almasının yasaklanmıştır. 19 Mayıs 2008’de pasif içicileri korumaya yönelik, dumansız bir Türkiye oluşturmak adına tüm kapalı alanlarda (lokanta, bar ve kahvehaneler hariç) sigara tüketiminin yasaklanması amaçlanmış ve “Dumansız Hava Sahası” kampanyası başlatılmıştır. 19 Temmuz 2009’dan itibaren yasağa lokanta, kahvehane, bar ve kahvehanelerin de dahil olmasıyla, Türkiye’de tüm kapalı alanların dumansız hale getirilmesi sağlanmıştır.

Sigara ile mücadelede temel noktalardan biri de okul eğitimidir. ABD’nde 2000 yılı “Surgeon General” raporunda okullardaki sağlık ve tütün kullanımını veya başlamayı engelleme programının aşağıdaki konuları içermesi önerilmektedir;

1. Tütün kullanımına karşı tüm okullarda bir okul politikası geliştirilmelidir. Okuldaki öğretmenler ve diğer görevliler yanında, ziyaretçilerle öğrencilere okul sınırları içinde sigara içilmesi yasaklanmalıdır.

2. Tütün kullanımını engellemeye yönelik tüm okullarda 6–12 sınıfları kapsayacak şekilde eğitim programı oluşturulmalıdır.

3. Tüm okullarda bu eğitim programı göz önünde bulundurularak; öğrencilere sigara içmenin nedenleri, zararları ve sonuçları anlatılmalıdır. Sigara içmemeleri için davranışsal beceriler kazandırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

4. Müfredata tütün kullanılmasını engelleyecek eğitim programı konulmalı ve programın işlerliği kontrol edilmelidir (35).

Sigara alışkanlığının kontrolü ve tütünün zararlı etkilerinden toplumun korunması konusunda gelişmiş ülkelerde denenmiş ve başarılı olmuş stratejiler, toplumun ihtiyaç ve farklılıklarına göre düzenlenip uygulanabilir. Tütün kontrol çalışması düşünülüyorsa öncelikli olarak gençlerin ele alınması düşünülmelidir.

Sigaraya başlamamış, ona hiç ihtiyaç duymayan, kokusundan ve dumanından rahatsız olanların, psikolojik baskı ve yönlendirmelerle bağımlı hale getirilmesi sürecine müdahale etmek toplumsal sorumluluk taşıyan tüm insanların görevidir. Sigara ve

gençlik birbiriyle çok yakın bağlantılı iki kelimedir. Sağlıkçılar ve toplumsal sorumluluk olarak sigara karşıtı görev yüklenenler, en az sigara üretip pazarlayanlar kadar bu iki kavram arasındaki yakın ilişkinin farkına varıp ona göre stratejileri geliştirmelidirler (36).

2.8. AVRUPA ÜLKELERİNDE SİGARA YASAĞININ ETKİLERİ

Sigara yasaklarının hedefi sigara içmeyen insanların sigara dumanına maruziyetini azaltmak kadar sigara içme prevalansını azaltmak ve sigara içen insanların sağlığını daha iyi bir düzeye getirmektir. Tütün yasalarının hedef kitlesi gece kulübü gibi sosyal ortamlarda sigara içen “sosyal içici” olarak adlandırılan bireylerdir (37).

İrlanda’da tütün yasasının yürürlüğe girmesinden sonraki ilk 6 haftanın sonunda sigara satışlarında %7,5 düşüş olmuştur (38). Ek olarak İrlanda’da sigara içme prevalansı yasadan önce %27 iken yasadan 8 ay sonra %24,1’e düşmüştür (39). İrlanda da 2004 yılında yasanın yürürlüğe girmesinden sonra sigara prevalansında belirgin bir düşüş olmuş, 2005 Şubat ayında en düşük seviyeye inmiş, 2006’da tekrar yükselmiş, takip eden yıllarda ise anlamlı değişiklik olmamıştır. Tütün yasasından bu yana İrlanda da sigara içme prevalansı yaklaşık olarak %12,5 düşmüştür. Ancak bu düşüşe tütün yasası ile birlikte sigara tüketim vergisi ve tütün karşıtı reklamlar da katkıda bulunmuştur. Buna benzer olarak İngiltere’de yasadan sonraki birinci ayda bir yıl öncesine kıyasla sigara satışlarında %11 azalma olmuştur. Yine İngiltere’de yapılan bir araştırmada yasanın hemen akabinde yasadan önce sigara içen 1750 kişiden %1’inin sigarayı bıraktığı, %3’ünün ise bırakmaya teşebbüs ettiği saptanmıştır (40). Norveç’te 2003 yılında sigara içme prevalansı %27,3 iken 2006 yılında yasadan sonra %24,5’e düşmüştür (41). ABD’nin sigara yasağı uygulanan eyaletlerinde 1993-2003 yılları arasında yapılan araştırmalarda sigara içme prevalansının ortalama %9 azaldığı bildirilmiştir (42).

DSÖ’nün, küresel tütün salgınının durumu ve bu salgının önlenmesine yönelik önlemlerin yer aldığı ikinci kapsamlı raporu olan 2009 yılı “Küresel Tütün Salgını Raporu” na göre dünya genelinde kapsamlı tütün kontrolü veya dumansız ortamlar kanunlarıyla korunan nüfusun oranı 2007’de %3,1 iken 2008’de yüzde 5,4’e yükselmiştir. 2008 yılında kapsamlı ulusal tütün kontrolü uygulayan ülkeler; İngiltere,

İrlanda, Uruguay, Meksika, Bermuda, Yeni Zelanda ve Türkiye idi. Rapora göre, tütün kontrolü yasalarına uyma düzeyi çok düşük olup, dünya nüfusunun ancak %2'sinde kapsamlı tütün kontrol yasaları uygulanmaktadır.

Raporda tütün kontrol yasalarının sağlık üzerine olan etkilerinden de bahsedilmektedir. Örneğin İskoçya'da bar çalışanlarında solunum sistemi şikayetlerinde %26 azalma olmuş, astımı olan bar çalışanlarında ise üçüncü ayda hava yolu inflamasyonunda belirgin azalma saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada ise yasa sonrası kalp krizi nedeniyle hastane başvurularında azalma olduğu saptanmıştır. Sigara dumanı maruziyeti ve akciğer kanseri gelişimi arasında uzun bir zaman dilimi olduğundan henüz bu konuda veri yoktur. Ancak akciğer kanseri sıklığında da azalma olacağı umut edilmektedir (1).

Geçen yıl kapsamlı tütün kontrolü yasalarıyla korunan dünya nüfusunda, kayda değer bir artış meydana gelmiş olmakla birlikte, insanların %94'ünden fazlası henüz benzer yasalarla korunmamaktadır (1).

2.9. TÜRKİYE'DE SİGARA YASAĞININ ETKİLERİ

4207 sayılı Kanun gereği olarak 19 Mayıs 2008'den itibaren sigara içilmesi yasaklanan kapalı alanlara, 19 Temmuz 2009 tarihi itibarıyla tüm lokanta, kahvehane ve barlar da dahil olmuştur.

Yeşilay'ın 2009 yılı raporuna göre 4207 sayılı kanun yürürlüğe girdikten sonraki ilk aylarda sigara satışlarında anlamlı düşüş olmuştur. Rapora göre; 2008 yılının Temmuz ayında 2007'nin aynı dönemine göre 520 milyon adet, Ağustos'ta ise 457 milyon adet daha az sigara içilmiştir. Yine Yeşilay'ın 2009 raporunda Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü verilerine göre 4 aylık dönemde yasağa uymayan tiryakilerin ödediği para cezasının da 20 milyon YTL'yi aştığı belirtilmektedir (43).

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) raporlarına göre kapalı alanlarda sigara yasağının 19 Temmuz 2009 itibarıyla lokanta, bar ve kahvehaneleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi, sigara tüketiminde ciddi bir düşüşe neden olmuştur. Yasağın etkisiyle Temmuz ayında sigara tüketimi geçen yılın aynı ayına göre %5,4, bir önceki aya göre ise %15,7 oranında azalmıştır. 2007 yılının aynı dönemine göre 233 milyon paket, 2008 yılının aynı dönemine göre 185 milyon paket daha az sigara

içilmiştir. 2009 Temmuz-Kasım aylarında, Türkiye’de son beş yılın en düşük sigara tüketimi gerçekleşmiştir. Bu verilerle vatandaşlar, 2007 yılının aynı dönemine göre sigaraya, 1 milyar 165 milyon TL, 2008 yılının aynı dönemine göre 922 milyon TL daha az para harcamıştır. Aynı dönemde GSYİH (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla) %3,3 oranında düşerken, lokanta bar ve kahvehanelerin içinde bulunduğu ikram sektöründe %5,2’lik bir gelir artışı olmuştur. TC Maliye Bakanlığı’ndan alınan bilgilere göre 2009 yılı Ocak-Ekim ayları arasında ikram sektöründeki işletme sayısında %2,7, lokanta vb. yemek sektörü sayısında %3,5 ve alkolü içki servisi yapan işletme sayısında da %3,0 oranında artma meydana gelmiştir. Bu veriler göstermektedir ki, lokantalar ve kahvehaneler de dahil olmak üzere kamuya açık tüm kapalı ortamlarda sigara içilmesini yasaklayan kanun işe yaramaktadır ve bu tür tam dumansız kanunlardan sadece sigara endüstrisi zarar etmektedir (44).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, sigara içicilerinin Temmuz 2009’da yürürlüğe giren 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” hakkındaki görüşlerini, yasa sonrası sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişimleri ve bu değişimlerde rol oynayan etkenleri saptamaya yönelik anket çalışmasıdır.

Bu çalışma, 24.02.2010 tarih, 2010/1 oturum ve 16 nolu KSÜ Tıp Fakültesi Akademik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu kararına uygun olarak yapılmıştır (ek-3). Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi polikliniklerine başvuran ya da yatarak tedavi gören hastalar ve bu hastaların refakatçi ve ziyaretçileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise bu kişilerden halen sigara içmekte olan ya da Temmuz 2009 itibarıyla sigarayı bırakmış olan toplam 1509 kişi oluşturmaktadır.

Araştırma için gerekli olan teorik bilgilerin temininde yerli ve yabancı kaynaklardan yararlanılmıştır. Çalışmanın konusu 19 Temmuz 2009 tarihli Tütün Yasası ile ilgili olup, konunun güncelliği nedeniyle gündemi yakalayabilmek amacıyla, gazete arşivlerinden, özellikle SSUK ve TAPDK’nun internet sayfalarından, dergi ve makalelerden faydalanılmıştır.

Araştırmada, veri toplamak için anket formu (ek:1) kullanılmıştır. Anketin geliştirilme süreci içinde uzman görüşünden yararlanılmıştır. Anket sorularının daha etkin ve düzenli hale getirilmesi amacıyla ilk aşamada elli adet bastırılmıştır. İlk uygulanan anketlerde, bazı soruların anketi dolduran kişilerce net anlaşılmadığı fark edilmiş, soruların içeriği değiştirilmeden form yeniden düzenlenmiştir.

Araştırmaya katılan kişiler gönüllülük esasına göre soruları cevaplandırmışlardır. Anket formu kolay uygulanabilmesi açısından toplam iki sayfa (bir yaprak) olarak hazırlanmış olup açıklama, kişisel bilgiler ve soru kısımlarından oluşmaktadır. Açıklama kısmında, anketin hangi amaçla geliştirildiği ve nasıl cevaplandırılacağı ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Ankette alınacak bilgilerin, yalnızca araştırmada kullanılacağı, başka bir amaçla ya da yerde kullanılmayacağı, anketin bireysel olarak değerlendirilmesi, araştırmacıdan başkası tarafından bilinmeyeceği belirtilmiştir.

Ankette 30 soru yer almaktadır. İlk 7 soru kişisel bilgiler, 8-13. sorular; Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği'ne yönelik, 14-18. sorular; Tütün Yasası hakkında görüşleri ve yasa sonrası sigara alışkanlığında meydana gelen değişiklikleri ölçmeye yönelik, 19-30. sorular; kişilerin genel sigara içme alışkanlıklarına yöneliktir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği değerlendirilirken; her sorunun cevaplarına 0-3 arası puan verilerek toplam bağımlılık puanı oluşturuldu ve puanlara göre yüksek, orta ve minimal düzeyde bağımlılık olarak değerlendirilmeye alındı (ek-2). İlkokul altı kişi sayısı on iki olup ayrıca değerlendirmeye tabi tutulmayıp, ilkokul mezunu olarak kabul edildi.

Kişilerin cevaplandığı anket formları, her anket formuna bir numara verilerek suretiyle kaydedildi. Farklı sorulara verilen cevapların istatistiksel çözümlemesi için SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) paket programı kullanıldı. İki grup arasındaki sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Student-T Testi, gruplanmış verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square Testi kullanıldı. Tüm istatistiksel analizlerde $p \leq 0.05$ değeri anlamlı fark olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tütün Yasası'nın sigara içenler üzerindeki erken etkilerini değerlendirmek amacıyla halen sigara içmekte olan ya da 19 Temmuz 2009 tarihinden sonra sigarayı bırakan 1509 kişiye otuz sorudan oluşan anket uyguladık. Çalışmamızda elde edilen veriler beş ana başlık altında sunulmuştur.

1. Sosyodemografik özellikler,
2. Sigara içme alışkanlıkları ile ilgili bulgular,
3. Pasif içicilik hakkındaki görüşler,
4. Tütün yasasına bakış açıları,
5. Tütün yasasından önce ve sonra sigara içme alışkanlıklarının karşılaştırılması.

4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri:

Çalışmaya katılanların 1090'ı (%72,0) erkek, 419'u (%28,0) kadındı. Yaş ortalaması $33,6 \pm 10,5$ 'ti (min-max 16 ± 84). 20 yaş ve altı kişi sayısı 97 (%6,4), 21-30 yaşındaki kişi sayısı 579 (%38,4) olup çoğunluğu oluşturmaktayken, 31-40 yaş arası 497 (%32,9), 41-50 yaş arası 220 (%14,6), 51-60 yaş 85 (%5,6), 61 yaş ve üstü olanlar ise toplam 31 (%2,1) kişiydi.

Tablo 1'den de anlaşıldığı üzere meslek dağılımı şöyleydi; 397 (%26,3) memur, 346 (%22,9) işçi, 265 (%17,6) serbest meslek, 179 (%11,9) ev hanımı, 171 (%11,3) öğrenci, 108 (%7,2) emekli, 43 (%2,8) çiftçi.

Çalışmaya katılan kişilerin eğitim düzeyi; 565 (%37,4) lise mezunu, 472 (%31,3) üniversite ve üstü, 239 (%15,8) ortaokul, 221 (%14,6) ilkokul mezunu olup, 12 kişi (%0,8) okuryazar değildi.

Tablo1: Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri

| Değişkenler | n | % |
|----------------------|----------|----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 419 | 28,0 |
| Erkek | 1090 | 72,0 |
| Yaş | | |
| 20 yaş ve altı | 97 | 6,4 |
| 21-30 yaş | 579 | 38,4 |
| 31-40 yaş | 497 | 32,9 |
| 41-50 yaş | 220 | 14,6 |
| 51-60 yaş | 85 | 5,6 |
| 61 yaş ve üstü | 31 | 2,1 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 941 | 62,4 |
| Bekar | 511 | 33,9 |
| Dul | 57 | 3,7 |
| Meslek | | |
| Memur | 397 | 26,3 |
| İşçi | 346 | 22,9 |
| Serbest Meslek | 265 | 17,6 |
| Ev Hanımı | 179 | 11,9 |
| Öğrenci | 171 | 11,3 |
| Emekli | 108 | 7,2 |
| Çiftçi | 43 | 2,8 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlkokul altı | 12 | 0,8 |
| İlkokul | 221 | 14,6 |
| Ortaokul | 239 | 15,8 |
| Lise | 565 | 37,5 |
| Üniversite ve üstü | 472 | 31,3 |

4.2. Sigara içme alışkanlıkları ile ilgili bulgular

4.2.1. Ortalama sigara içmeye başlama yaşı:

Tablo 2’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan kadınların ortalama sigaraya başlama yaşı 17,01±4,11, erkeklerin ise 18,07±4,24 olup, cinsiyet değişkeni ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo2: Sigaraya başlama yaşının cinsiyetle ilişkisi

| | Ortalama sigara içmeye başlama yaşı | | |
|-------|-------------------------------------|--------------|-------------|
| | n | Ort.yaş ± SS | p |
| Erkek | 1090 | 17,01±4,11 | 0,12 |
| Kadın | 419 | 18,07±4,24 | |

4.2.2. Nikotin bağımlılık derecesi ve cinsiyetle ilişkisi:

Çalışmaya katılan erkeklerin 287’si (%26,4) yüksek derecede, 382’si (%35,0) orta, 421’i (%38,6) düşük derecede nikotin bağımlısı olup, kadınların 92’si (%22,0) yüksek, 120’si (%28,6) orta, 207’si (%49,4) düşük derecede bağımlı idi.

Cinsiyet değişkeni ile nikotin bağımlılık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p:0,001$). Buna göre; erkeklerin bağımlılık derecesi daha yüksektir (tablo 3).

Tablo3: Nikotin bağımlılık derecesi ve cinsiyetle ilişkisi

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Erkek | 287 | 26,4 | 382 | 35,0 | 421 | 38,6 | 1090 | 100 | |
| Kadın | 92 | 22,0 | 120 | 28,6 | 207 | 49,4 | 419 | 100 | 0,001 |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

4.2.3. Nikotin bağımlılık derecesi ve başka tütün ürünü kullanma durumu ile ilişkisi:

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 1175'i (%78,0) sigaradan başka tütün ürünü kullanmıyorken, 334'ü (%22,0) sigara ile birlikte başka tütün ürünü kullanıyordu (tablo 4). 334 kişiden 178'i (%53,0) Maraş otu, 99'u (%30) nargile, 57'si ise puro, pipo gibi diğer tütün ürünlerini kullandığını belirtmişti.

Sigara kullanan kişilerde başka tütün ürünü kullanma oranı Fagerström Nikotin Bağımlılık Testine göre yüksek derece bağımlı olanlarda en yüksekti (%37,8-125). Nikotin bağımlılık derecesi orta olanların %35,0'i (n:117), düşük olanların %27,5'i (n:92) sigara ile birlikte başka tütün ürünü kullanıyordu.

Bu sonuçlara paralel olarak nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda başka tütün ürünü kullanma sıklığı %21,7 (n:254), orta olanlarda %32,7 (n:385), düşük olanlarda %45,6 (n:536) idi.

Nikotin bağımlılık derecesi arttıkça sigara dışı tütün ürünü kullanma sıklığı artmaktadır (p:0,000).

Tablo 4: Nikotin bağımlılık derecesi ve başka tütün ürünü kullanımı ile ilişkisi

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Kullanmıyorum | 254 | 21,7 | 385 | 32,7 | 536 | 45,6 | 1175 | 100 | |
| Kullanıyorum | 125 | 37,8 | 117 | 35,0 | 92 | 27,5 | 334 | 100 | 0,000 |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

4.2.4. Nikotin bağımlılık derecesinin eğitim düzeyi ile ilişkisi:

İlkokul mezunlarının 82'si (%35,2), ortaokul mezunlarının 69'u (%28,9), lise mezunlarının 137'si (%24,2), üniversite mezunlarının ise 91'i (%19,3) yüksek derecede bağımlıydı (tablo 5).

İlkokul mezunlarının 75'i (%32,2), ortaokul mezunlarının 95'i (%39,7), lise mezunlarının 250'si (%44,2), üniversite mezunlarının 208'i (%44,1) düşük derecede bağımlıydı.

Bu sonuçlar istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (p:0,000). Buna göre; eğitim düzeyi düştükçe bağımlılık derecesi artmaktadır.

Tablo 5: Eğitim durumunun nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| İlkokul | 82 | 35,2 | 76 | 32,6 | 75 | 32,2 | 223 | 100 | |
| Ortaokul | 69 | 28,9 | 75 | 31,4 | 95 | 39,7 | 239 | 100 | |
| Lise | 137 | 24,2 | 178 | 31,5 | 250 | 44,2 | 565 | 100 | 0,000 |
| Üniversite | 91 | 19,3 | 173 | 36,7 | 208 | 44,1 | 472 | 100 | |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

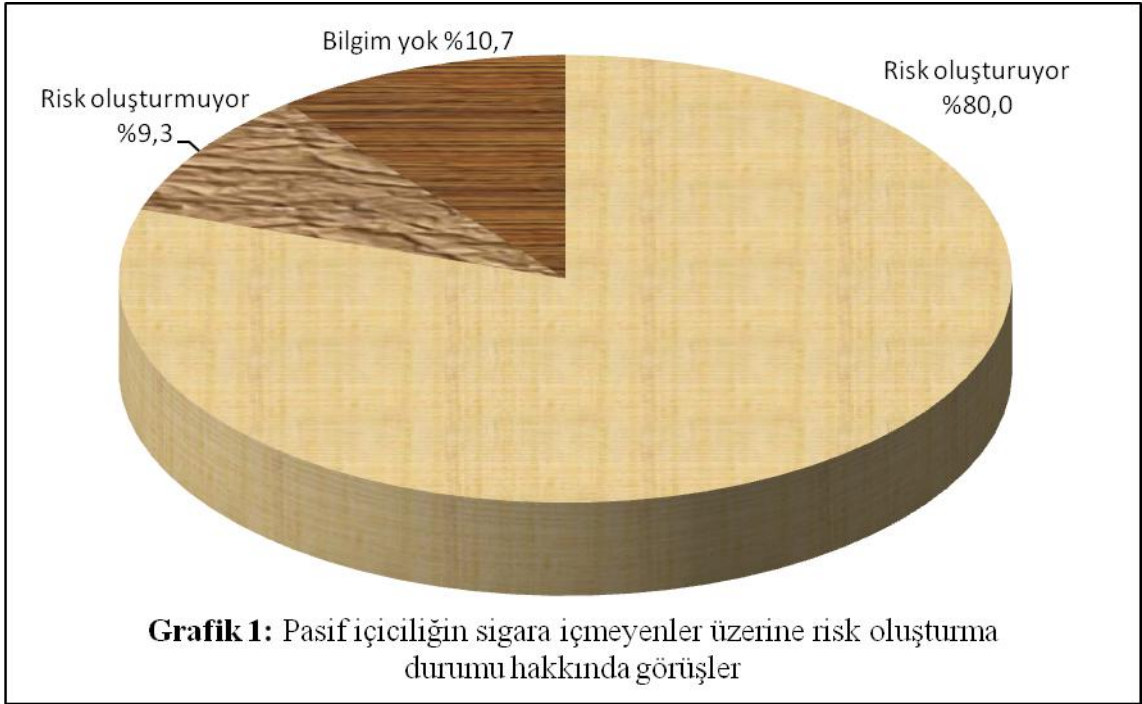
4.3. Pasif içicilik hakkındaki görüşler

4.3.1. Pasif içiciliğin zararlı olup olmadığı hakkındaki görüşler:

Grafik 1'de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan kişilerin 1207'si (%80) pasif içiciliğin insan sağlığına zararlı olduğunu belirtmiştir.

Pasif sigara içiminin insan sağlığına zararı olduğuna inanmadığını belirten kişi sayısı 140 (%9,3).

Pasif içiciliğin insan sağlığına zararları konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtenler 162 (%10,7) kişiydi.



4.3.2. Pasif içicilik hakkındaki görüş ve eğitim düzeyi ile ilişkisi:

Pasif içiciliğin insan sağlığı açısından risk oluşturduğunun bilinme oranı eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanlarda %91,3 (n:431), lise mezunlarında %76,8 (n:434), ortaokul mezunlarında %72,4 (n:173), ilkokul mezunlarında %65,8'di (n:169) (tablo 6).

Eğitim düzeyi arttıkça pasif içiciliğin riskli olduğunun bilinme oranı da artmaktadır (p:0,000).

Tablo 6: Pasif içicilik hakkındaki görüş ve eğitim düzeyi ile ilişkisi

| | Pasif içicilik insan sağlığı için risk oluşturuyor mu? | | | | | | | | |
|---------------|--|-------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Evet | | Hayır | | Bilgin yok | | Toplam | | p |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| İlkokul | 169 | 65,8 | 28 | 26,0 | 36 | 8,1 | 233 | 100 | |
| Ortaokul | 173 | 72,4 | 28 | 11,7 | 38 | 15,9 | 239 | 100 | |
| Lise | 434 | 76,8 | 54 | 9,6 | 77 | 13,6 | 565 | 100 | 0,000 |
| Üniversite | 431 | 91,3 | 30 | 6,4 | 11 | 2,3 | 472 | 100 | |
| Toplam | 1207 | 80,0 | 140 | 9,3 | 162 | 10,7 | 1509 | 100 | |

4.3.3. Evde sigara içme durumu ve eğitim düzeyi ile ilişkisi:

Çalışmaya katılanların 1171'i (%77,6) evde sigara içiyordu (tablo 7). İlkokul mezunu olanlar evde sigara içme oranı en yüksek olan gruptu (203, %89,3). Ortaokul mezunları ise ikinci sıradaydı (188, %78,7). Lise ve üniversite mezunları ise evde daha az sigara içmekte olup her iki grupta değerler birbirine yakındı (%74,7-%75,8).

Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi düştükçe evde sigara içme oranının arttığı söylenebilir (p:0,003).

Evde sigara içen 1171 kişiye evin hangi bölümünde içtikleri sorulduğunda, 784'ü balkon, bahçe gibi açık alanlarda içtiğini belirtmiştir. Dolayısıyla 387 (%25,6) kişi evde kapalı alanlarda sigara içiyordu.

Eğitim düzeyi ile evin açık alanlarında sigara içme arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 7: Eğitim düzeyinin evde sigara içme ile ilişkisi

| | Evde sigara içiyor musunuz? | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | İçiyorum | | İçmiyorum | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| İlkokul | 203 | 89,3 | 30 | 10,7 | 233 | 100 | |
| Ortaokul | 188 | 78,7 | 51 | 21,3 | 239 | 100 | |
| Lise | 422 | 74,7 | 143 | 25,3 | 565 | 100 | 0,003 |
| Üniversite | 358 | 75,8 | 114 | 24,2 | 472 | 100 | |
| Toplam | 1171 | 77,6 | 338 | 22,4 | 1509 | 100 | |

4.3.4. Evde sigara içme durumu ile çocuk yaşlarının ilişkisi:

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 365'i (%24) beş yaş altı çocuk sahibi olup, bunların da 266'sı (%72,9) evde sigara içiyordu. Beş yaş altı çocuk sahibi olup evde sigara içenlerin ise 208'i (%56,9) balkon bahçe gibi alanlarda, 58'i (%15,8) evin tüm odalarında içmekteydi.

5 yaş ve üstü çocuk sahibi olan kişi sayısı ise 492 idi ve 409'u (%83,1) evde sigara içtiğini belirtmişti.

Evin hangi bölümünde sigara içtikleri sorulduğunda ise, 278'i balkon bahçe gibi açık alanlar cevabını verirken, 189'u evin her alanında içmekteydi.

Evde 5 yaş ve üzeri çocuğu olanlar 5 yaş altı çocuğu olanlara göre evde ve evin kapalı alanlarında istatistiksel olarak daha fazla sigara içiyordu (p:0,00). Ancak her iki grupta da oranlar yüksekti.

4.3.5. Araç içi sigara içme durumu ve nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi:

Çalışmaya katılan 932 kişinin kendisine ait aracı olup, 577'si (%60,9) araç içinde sigara içtiğini, 375'i (%39,1) ise içmediğini belirtmiştir (tablo 8).

Araç içinde sigara içenlerin 207'si (%35,9) yüksek derecede, 223'ü (%38,6) orta derecede, 147'si (%25,5) düşük derecede bağımlıydı.

Buna paralel olarak araç içinde sigara içmeyenlerin %12'si yüksek derecede, %27,7'si orta derecede, %60,3'ü ise düşük derecede bağımlıydı.

Nikotin bağımlılık derecesi yüksek olanlarda araç içi sigara içme oranı da yüksek bulunmuştur (p:0,000).

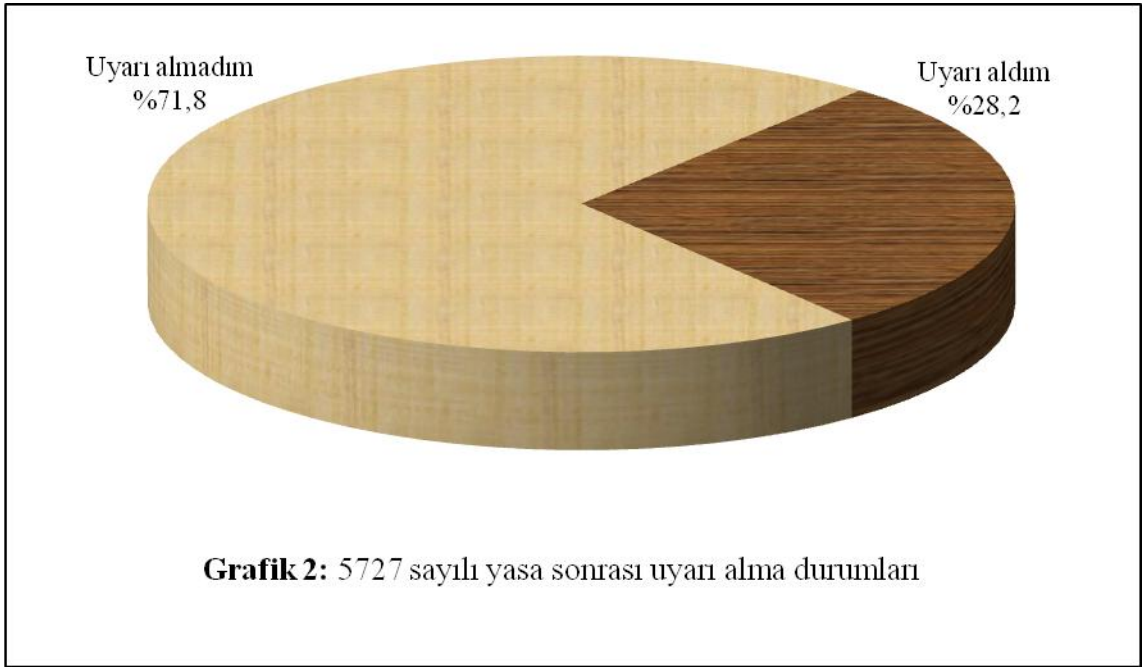
Tablo 8: Araç içi sigara içme durumu ile nikotin bağımlılık derecesi arasındaki ilişki

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|---------------|------------|--------------|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Aracım yok | 127 | 22,8 | 175 | 31,4 | 225 | 5,8 | 557 | 100 | |
| İçiyorum | 207 | 35,9 | 223 | 38,6 | 147 | 25,5 | 557 | 100 | 0,000 |
| İçmiyorum | 45 | 12,0 | 104 | 27,7 | 226 | 60,3 | 375 | 100 | |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

4.4. Tütün yasası ile ilgili görüşler

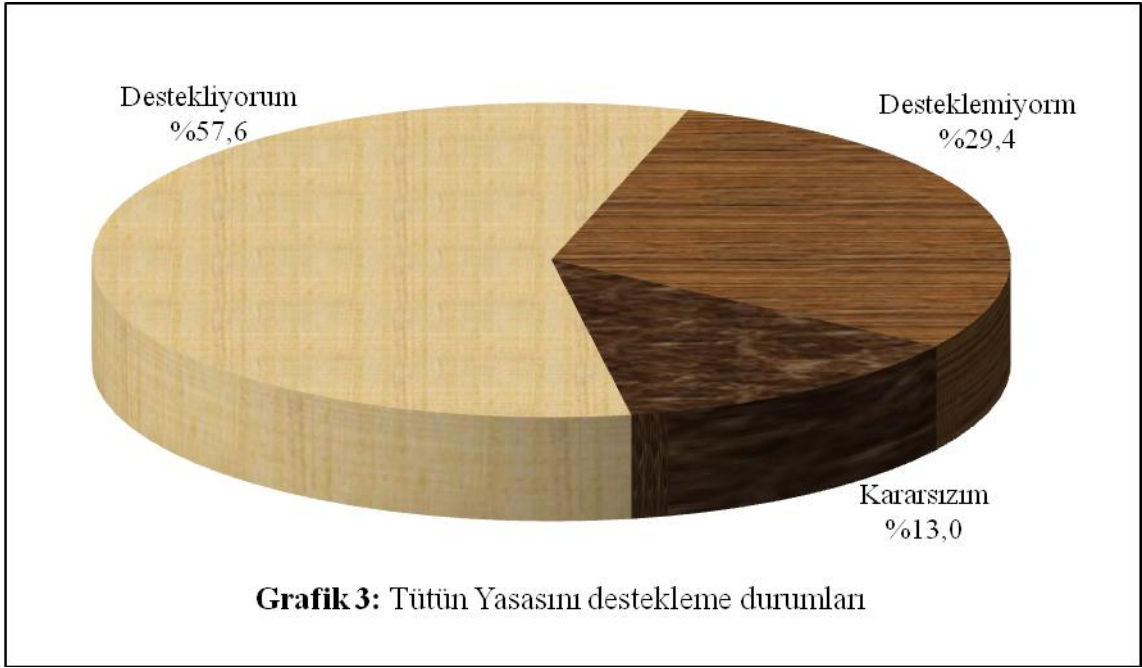
4.4.1. Yasa sonrası uyarı alma durumları:

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 426'sı (%28,2) “yasa sonrası sigara içtiğiniz için uyarı veya tepki aldınız mı?” sorusuna evet cevabı verirken, 1083'ü (%71,8) uyarı ya da tepki almadığını belirtmiştir (grafik 2).



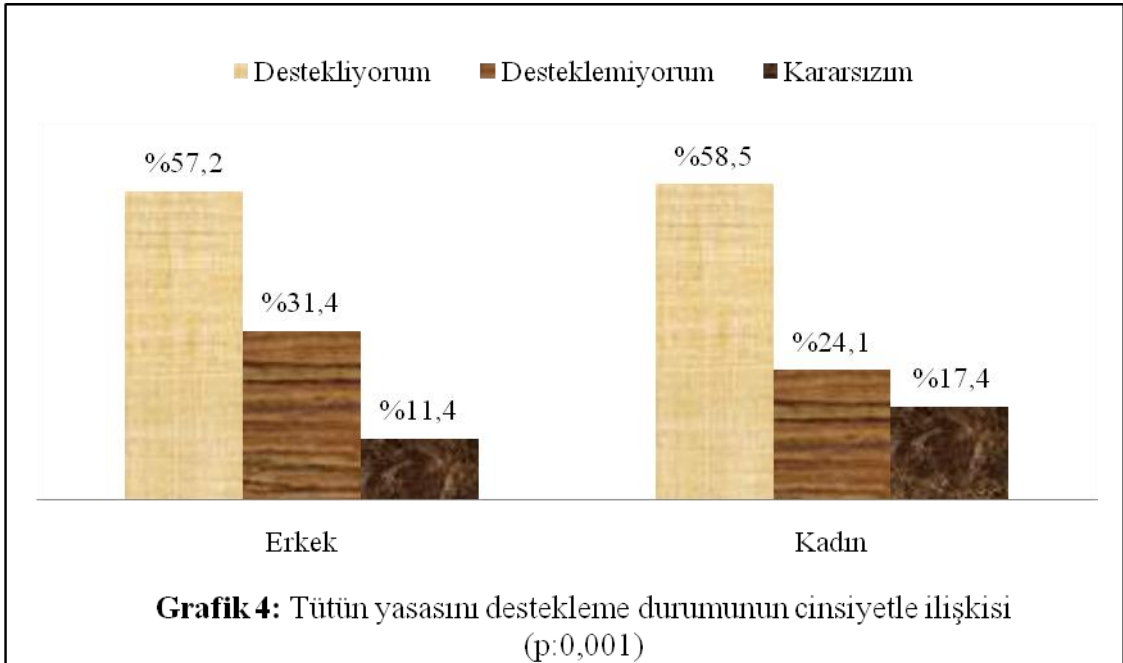
4.4.2. Yasayı destekleme durumları:

Çalışmaya katılan 1509 sigara içicisinden 869'u (%57,6) Tütün yasasını desteklediğini belirtirken, 443'ü (%29,4) desteklemiyor, 197'si (%13,1) ise bu konuda kararsızdı (grafik 3).



4.4.3. Tütün Yasasını destekleme durumunun cinsiyetle ilişkisi:

Kadınlar ve erkekler yasayı eşit oranda desteklerken, yasayı desteklemeyen erkekler 342 (% 31,4), kadınlar 101 (%24,1) kişi olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,001). Kararsız olma durumu bayanlarda daha yüksekti (%11,4-%17,4).



4.4.4. Tütün Yasasını destekleme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi:

Eğitim durumu üniversite ve üstü olanlar diğer gruplara kıyasla yasayı anlamlı olarak daha fazla destekliyordu (tablo 9).

Yasayı desteklememe oranı (%33,1-79) en yüksek ortaokul mezunlarıydı. Desteklememe oranı diğer gruplarda birbirine yakındı.

Kararsız olma durumu en düşük olan grup (%8,3-39) üniversite mezunlarıydı (p:0,007).

Tablo 9: Tütün Yasasını destekleme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi

| | Tütün yasasını destekliyor musunuz? | | | | | | | | p |
|---------------|-------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Evet | | Hayır | | Kararsızım | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| İlkokul | 138 | 59,2 | 63 | 27,0 | 32 | 13,8 | 233 | 100 | |
| Ortaokul | 120 | 50,2 | 79 | 33,1 | 40 | 16,7 | 239 | 100 | |
| Lise | 311 | 55,0 | 168 | 29,7 | 86 | 15,3 | 565 | 100 | 0,007 |
| Üniversite | 300 | 63,6 | 133 | 28,2 | 39 | 8,3 | 472 | 100 | |
| Toplam | 869 | 57,6 | 443 | 29,4 | 197 | 13,1 | 1509 | 100 | |

4.4.5. Tütün Yasasını destekleme durumunun meslek ile ilişkisi:

Çiftçiler yasayı en fazla destekleyen gruptu (%69,8-30). Çiftçilerden sonra yasayı destekleme oranı yüksek olan meslek grubu memur (%63,0-250) ve emekli (%62,0-62) olanlardı ve oranlar birbirine yakındı (p:0,00) (tablo 10). İşçi, serbest meslek ve ev hanımı olanlar arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05).

Araştırmaya toplam 171 öğrenci katılmış olup 71'i yasayı desteklemediğini belirtmişti (%41,5). Öğrencilerde yasayı desteklememe oranı diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak yüksekti (p:0,000). Ev hanımları en kararsız olan gruptu (%23,5-42).

Tablo 10: Yasayı destekleme durumunun meslekle ilişkisi

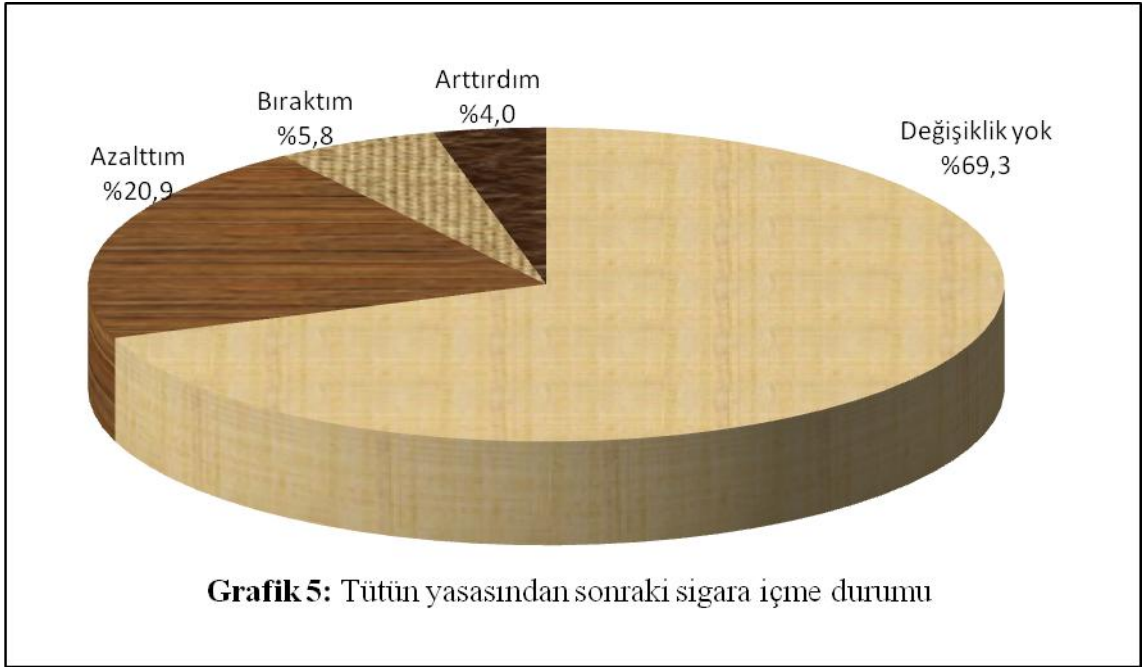
| | Tütün yasasını destekliyor musunuz? | | | | | | | | |
|---------------|--|-------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|---------------|------------|----------|
| | Evet | | Hayır | | Kararsızım | | Toplam | | p |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Memur | 250 | 63,0 | 111 | 28,0 | 36 | 9,1 | 397 | 100 | |
| Emekli | 62 | 62,0 | 25 | 23,1 | 21 | 14,9 | 108 | 100 | |
| İşçi | 191 | 55,2 | 100 | 28,9 | 55 | 15,9 | 346 | 100 | |
| S.meslek | 147 | 55,5 | 94 | 35,5 | 24 | 9,0 | 265 | 100 | |
| Çiftçi | 30 | 69,8 | 11 | 26,6 | 2 | 4,6 | 43 | 100 | |
| Ev hanımı | 106 | 59,2 | 31 | 17,3 | 42 | 23,5 | 179 | 100 | |
| Öğrenci | 83 | 48,6 | 71 | 41,5 | 17 | 9,9 | 171 | 100 | |
| Toplam | 869 | 57,6 | 443 | 29,4 | 197 | 13,1 | 1509 | 100 | |

4.5. Tütün Yasası sonrası sigara içme durumları

4.5.1. Tütün Yasası'ndan sonraki sigara içme durumları:

Çalışmaya katılan kişilerin **87'si (%5,8)** yasadan sonra sigarayı bırakmış, **316'sı (%20,9)** azaltmış, 61'i (%4,0) arttırmış, 1045'inde (%69,3) sigara içme alışkanlığında değişiklik olmamıştı (grafik 5).

Ayrıca; anketimize katılanların 988'i (%65,5) daha önceden sigarayı bırakmayı denemiş kişilerdi.



4.5.2. Yasa sonrası sigara içme durumunun cinsiyetle ilişkisi:

Tablo 11'den de anlaşıldığı gibi yasa sonrası kadınlarda sigara bırakma oranı %7,6 (n:32) olup, erkeklerde %5'ti (n:55). Erkeklerde sigarayı daha azaltma oranı %21,8 (n:238), kadınlarda %18,6 (n:78) idi.

Bu sonuçlara göre kadınlar sigarayı daha fazla bırakmış, erkeklerse daha fazla azaltmıştı (p:0,014).

Tablo 11: Yasa sonrası sigarayı bırakma durumunun cinsiyetle ilişkisi

| | Yasa sonrası sigara içme durumu | | | | | | | | | | p |
|---------------|---------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Bırakmış | | Azaltmış | | Arttırmış | | Fark yok | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Erkek | 55 | 5,0 | 238 | 21,8 | 52 | 4,8 | 735 | 68,4 | 1090 | 100 | |
| Kadın | 32 | 7,6 | 78 | 18,6 | 9 | 2,1 | 300 | 71,7 | 419 | 100 | 0,014 |
| Toplam | 87 | 5,8 | 316 | 20,9 | 61 | 4,0 | 1045 | 69,3 | 1509 | 100 | |

4.5.3. Yasa sonrası sigara içme durumunun daha önce sigarayı bırakmayı deneme ile ilişkisi:

Sigarayı bırakan 87 kişiden 65'i (%74,0), azaltan toplam 316 kişiden 225'i (%71,0), değişiklik olmadığını belirten 1045 kişiden de 666'sı (%63,0) daha önceden sigarayı bırakmayı denemişti.

4.5.4. Yasa sonrası sigarayı bırakma/azaltma durumu ile medeni hal ilişkisi:

Yasa sonrası sigara içme durumu ile evli, bekar, dul olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.5. Yasa sonrası sigara içme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi:

Eğitim düzeyi ilkökul olanlarda bırakma (%3,9-9) ve azaltma (%12,4-29) oranları diğer gruplara kıyasla düşüktü (tablo 12) ($p:0,019$). Sigarayı bırakma oranının en yüksek olduğu grup (%7,4-42) lise mezunlarıydı.

Tablo 12: Yasa sonrası sigara içme durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi

| | Yasa sonrası sigara içme durumu | | | | | | | | | | p |
|---------------|---------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Bırakmış | | Azaltmış | | Arttırmış | | Fark yok | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| İlkokul | 9 | 3,9 | 29 | 12,4 | 14 | 6,0 | 181 | 77,7 | 233 | 100 | |
| Ortaokul | 13 | 5,4 | 56 | 23,4 | 9 | 3,8 | 161 | 67,4 | 239 | 100 | |
| Lise | 42 | 7,4 | 133 | 23,5 | 24 | 4,2 | 366 | 64,9 | 565 | 100 | 0,019 |
| Üniversite | 23 | 4,9 | 98 | 20,8 | 14 | 3,0 | 337 | 71,3 | 472 | 100 | |
| Toplam | 87 | 5,8 | 316 | 20,9 | 61 | 4,0 | 1045 | 69,3 | 1509 | 100 | |

4.5.6. Yasa sonrası sigara içme durumunun meslek ile ilişkisi:

Tablo 13'te görüldüğü gibi; sigarayı bırakma oranı en fazla ev hanımlarında olup, toplam 179 ev hanımından 26'sı (%14,5) yasadan sonra sigarayı bırakmıştı ($p:0,001$). Memurlar ise diğer gruplara kıyasla sigarayı daha fazla azaltmıştı (%26,0). Emeklilerde yasa sonrası içilen sigara sayısında değişiklik olmama oranı en yüksekti (%76,0).

Tablo 13: Yasa sonrası sigara içme durumunun meslek ile ilişkisi

| | Yasa sonrası sigara içme durumu | | | | | | | | | | |
|---------------|--|------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|-------------|---------------|------------|----------|
| | Bırakmış | | Azaltmış | | Artırmış | | Fark yok | | Toplam | | p |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Memur | 23 | 5,7 | 106 | 26,0 | 14 | 0,3 | 254 | 63,0 | 397 | 100 | |
| Emekli | 8 | 7,4 | 10 | 9,0 | 7 | 0,6 | 83 | 76,0 | 108 | 100 | |
| İşçi | 3 | 1,0 | 76 | 21,0 | 10 | 0,3 | 257 | 74,7 | 346 | 100 | |
| Esnaf | 14 | 5,0 | 52 | 19,6 | 19 | 0,7 | 180 | 67,0 | 265 | 100 | |
| Çiftçi | 3 | 7,0 | 8 | 18,6 | 4 | 0,9 | 28 | 65,5 | 43 | 100 | |
| Ev hanımı | 26 | 14,5 | 27 | 15,0 | 2 | 0,1 | 124 | 69,4 | 179 | 100 | |
| Öğrenci | 10 | 0,6 | 37 | 21,0 | 15 | 0,8 | 119 | 77,6 | 171 | 100 | |
| Toplam | 87 | 5,8 | 316 | 20,9 | 61 | 4,0 | 1045 | 69,3 | 1509 | 100 | |

4.5.7. Evde başka sigara içen kişinin varlığı ile yasa sonrası sigara içme durumunun ilişkisi:

Evde başka sigara içen kişinin varlığı ile yasa sonrası sigara içme durumu arasında istatistiksel anlamda ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

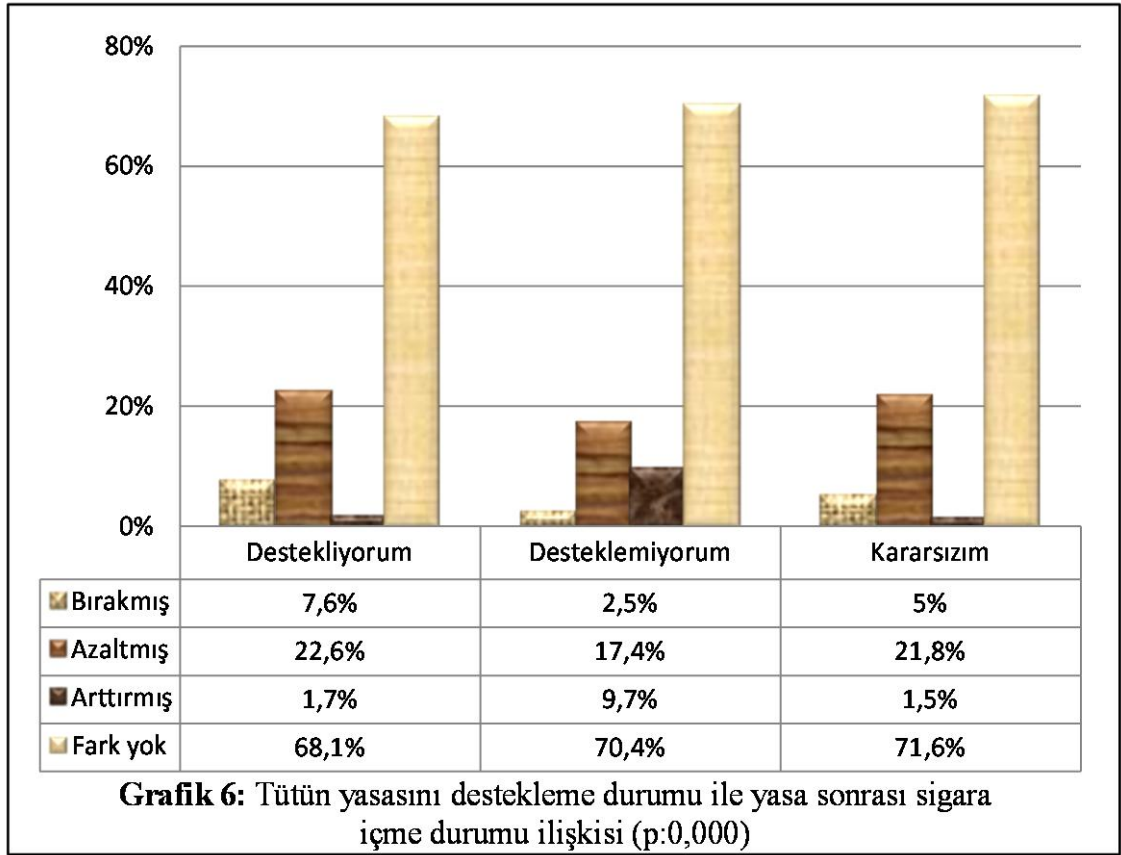
4.5.8. Tütün yasasını destekleme durumu ile yasa sonrası sigara içme durumu ilişkisi:

Tütün yasası hakkındaki düşünceler ile yasa sonrası sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (grafik 6) ($p:0,000$).

Anketimize katılan 1509 kişiden 869'u (%57,6) yasayı desteklemekte olup, destekleyenlerin 591'inde (%68,1) yasa sonrası sigara içme alışkanlığında değişiklik olmamış, 196'sı (%22,6) azaltmış, 66'sı (%7,6) bırakmış, 14'ü (%1,7) arttırmıştı.

Yasayı desteklemeyen 640 kişiden 450'sinde (%70,4) değişiklik olmamış, 111'i (%17,4) azaltmış, 44'ü (%9,7) arttırmış, 11'i (%2,5) ise bırakmıştı.

Açıkça görüldüğü gibi günlük içilen sigara sayısında yasa sonrası değişiklik olmayanların büyük çoğunluğu yasayı desteklemiyordu.



4.5.9. Yasa sonrası sigara içme durumunun nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi:

Sigarayı bırakanların 57'si (%65,5) düşük derecede bağımlıydı. Yüksek ve orta derece bağımlılarda ise bırakma oranı eşitti (%17,2) (tablo 14). Azaltma oranları orta ve düşük derece bağımlılarda birbirine yakınken (%37,7-%36,4), yüksek derece bağımlılarda en düşüktü (%25,9).

Dolayısıyla bağımlılık derecesi düşük olanlar sigarayı daha fazla bırakmış ve azaltmıştı (p:0,000).

Tablo 14: Yasa sonrası sigara içme durumunun nikotin bağımlılık derecesi ile ilişkisi

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Bıraktım | 15 | 17,2 | 15 | 17,2 | 57 | 65,5 | 87 | 100 | |
| Azalttım | 82 | 25,9 | 119 | 37,7 | 115 | 36,4 | 316 | 100 | |
| Arttırdım | 29 | 47,5 | 22 | 36,1 | 10 | 16,4 | 61 | 100 | 0,000 |
| Fark yok | 253 | 24,2 | 346 | 33,1 | 446 | 42,7 | 1045 | 100 | |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

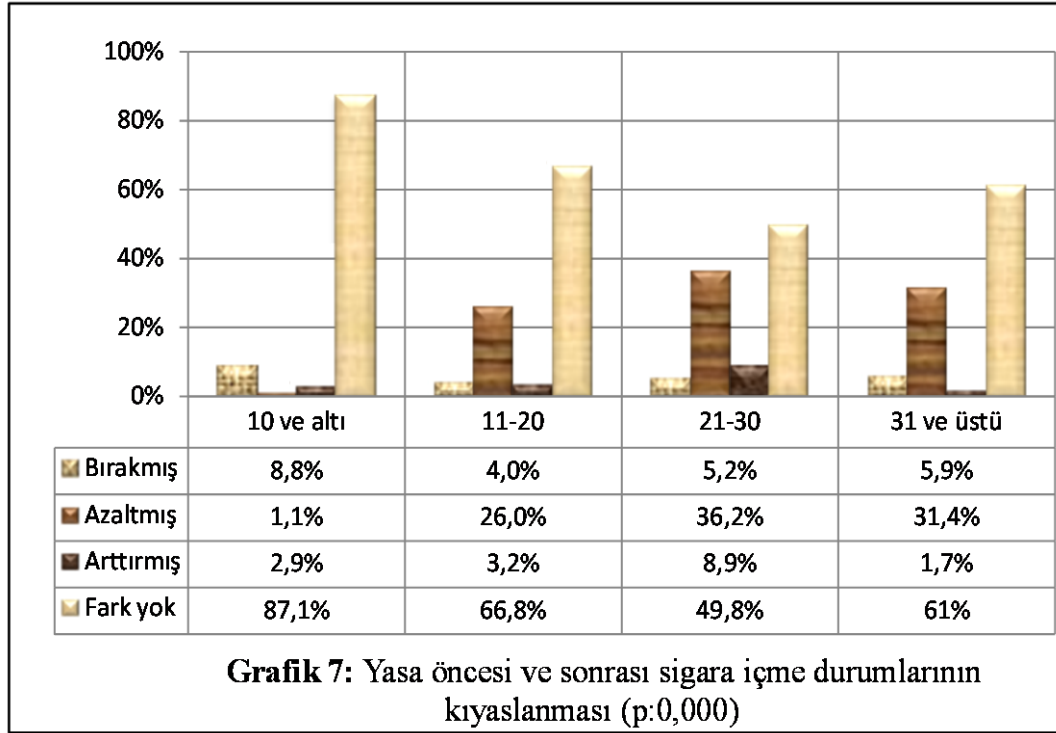
4.5.10. Yasa öncesi günlük sigara tüketimi ile yasadan sonraki sigara içme durumunun kıyaslanması:

Günlük ortalama on adet ve altı içen grupta yasa sonrası sigarayı bırakma oranı en yüksek (%8,8), azaltma oranı ise (%1,1) en düşüktü (p:0,00) (grafik 7).

Günde 11-20 adet sigara içenler ile 21-30 adet içenler arasında sigarayı bırakma açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sigarayı azaltma oranı en yüksek olanlar %36,2'lik oran ile günde 21-30 adet içen grupta idi. Yasa öncesi günde 21-30 adet sigara içenlerin %8,9'u yasadan sonra içtikleri sigara sayısını arttırmışlardı.

Günlük 10 adet ve altında sigara içenlerin %87,1'inin sigara içme alışkanlığında yasadan sonra değişiklik olmamıştı. Bu değer istatistiksel açıdan anlamlıydı (p:0,000).



4.5.11. Solunum sistemi şikayetinin olup olmaması ile yasa sonrası sigara içme durumunun ilişkisi:

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 815'i solunum sistemine ait şikayeti (öksürük, balgam, nefes darlığı) olduğunu, 694'ü olmadığını belirtmişti.

Solunum sistemi şikayeti olanların 42'si (%5,2), şikayeti olmayanların 45'i (%6,2) yasa sonrası sigarayı bırakmıştı (tablo 15).

Şikayeti olmayanların 121'i (%17,4), şikayeti olanların 195'i (%23,9) sigarayı azaltmıştı (p:0,016). Solunum sistemi şikayeti olanlar sigarayı daha fazla azaltmıştı.

Şikayeti olanların 544'ü (%72,2), şikayeti olmayanların 501'i (%66,7) yasa öncesi ve sonrasında sigara içme alışkanlıkları açısından fark olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 15: Yasa sonrası sigara içme durumu ile solunum sistemi şikayeti ilişkisi

| | Yasa sonrası sigara içme durumu | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------------------------|------------|------------|-------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| | Bırakmış | | Azaltmış | | Artırmış | | Fark yok | | Toplam | | p |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Şikayeti var | 42 | 5,2 | 195 | 23,9 | 34 | 4,2 | 544 | 66,7 | 815 | 100 | |
| Şikayeti yok | 45 | 6,5 | 121 | 17,4 | 27 | 3,9 | 501 | 72,2 | 694 | 100 | |
| Toplam | 87 | 5,8 | 316 | 20,9 | 61 | 4,0 | 1045 | 69,3 | 1509 | 100 | |

4.5.12. Solunum sistemi şikayeti ile sigara bağımlılık derecesi ilişkisi:

Solunum sistemi şikayeti (öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı) olmayanlar 694 (%46), olanlar ise 815 (%54) kişi idi.

Şikayeti olmayanların 327'si (%47,1), şikayeti olanların ise 301'i (%36,9) düşük derecede bağımlı idi. Şikayeti olanların 297'si (%36,4), şikayeti olmayanların 205'i (%29,5) orta derece bağımlıydı. Şikayeti olanlar ve olmayanların yüksek derece bağımlı olma oranları birbirine yakındı.

Bu sonuçlara göre; şikayeti olmayanların nikotin bağımlılık dereceleri şikayeti olanlara göre daha düşüktü ($p:0,000$) (tablo 16).

Tablo 16: Nikotin bağımlılık derecesinin solunum sistemi şikayeti ile ilişkisi

| | Nikotin bağımlılık derecesi | | | | | | | | p |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|---|
| | Yüksek | | Orta | | Düşük | | Toplam | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Şikayeti var | 217 | 26,6 | 297 | 36,4 | 301 | 36,9 | 815 | 100 | |
| Şikayeti yok | 162 | 23,3 | 205 | 29,5 | 327 | 47,1 | 694 | 100 | |
| Toplam | 379 | 25,1 | 502 | 33,3 | 628 | 41,6 | 1509 | 100 | |

4.5.13. Yasa sonrası sigara içme durumu ile çocukların yaşı ve çalışılan kat arasındaki ilişki:

Evdeki çocukların yaşı ile yasa sonrası sigara içme durumu arasında istatistiksel anlamda ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

İşyerinin kaçınıcı katta olduğu ile yasa sonrası sigara içme durumu arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.14. Yasa sonrası sigara içme alışkanlığındaki değışiklikler ve yasa sonrası evde sigara içme durumu ilişkisi:

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 208'i yasadın sonra evde daha fazla sigara içmeye başlamıştır. Yasa sonrası sigarayı arttırdığını belirten 61 kişiden 32'si, yasa sonrası içtiği sigara sayısında değışiklik olmadığını belirten 1045 kişiden 194'ü, sigarayı azalttığını belirtenlerin ise 72'si yasadın sonra evde daha fazla sigara içtiklerini belirtmiştir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,000$).

4.5.15. Yasa sonrası sigara içmenin yasak olduğu mekanlara gitme durumu ve evde içilen sigara sayısı ile ilişkisi:

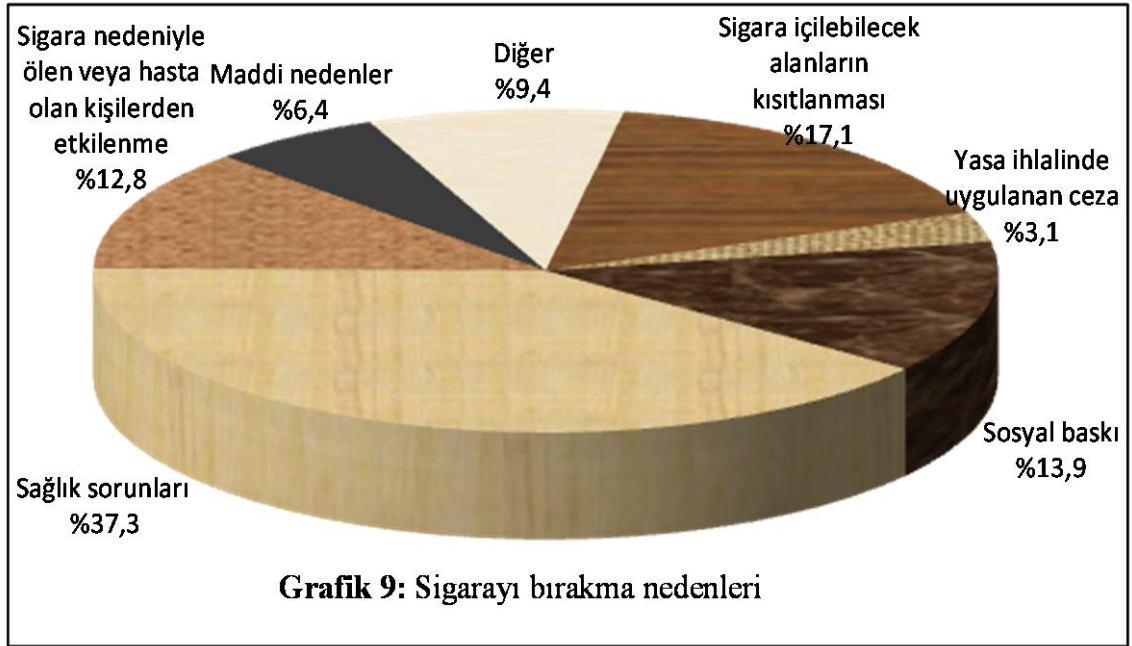
Anket uygulanan 1509 kişiden 763'ü (%50,6) yasa sonrası lokanta, kahvehane gibi kapalı mekanlara gitme sıklığını azaltmıştır. Ancak bu kişilerin 224'ü (%14,8) evde içtikleri sigara sayısını arttırmıştır. Bu sonuç istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur.



4.5.16. Sigarayı bırakma nedenlerinin incelenmesi:

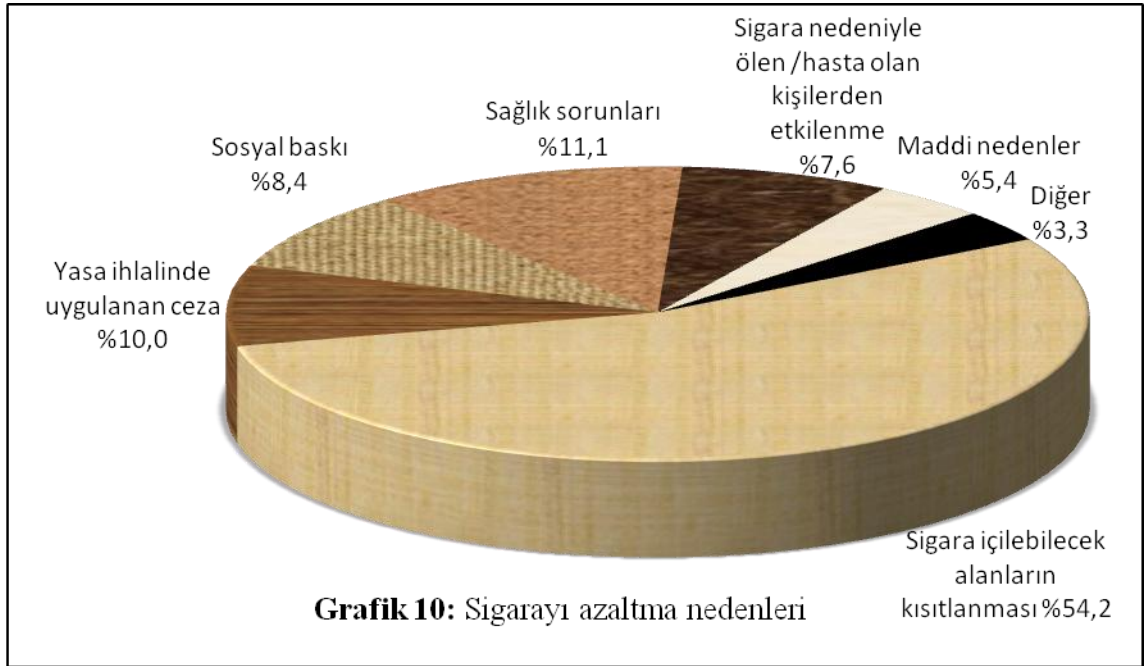
Yasa sonrası sigarayı bırakanların toplam sayısı 87 idi. Grafik 8’de görüldüğü gibi yasa sonrası sigarayı bırakan 32 kişi (%37,3) sağlık sorunları, 15 kişi (%17,1) sigara içtikleri alanın kısıtlanması, 13 kişi (%13,9) sosyal baskı, 11 kişi (%12,8) çevresinde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle hasta olan veya ölen kişilerden etkilendiği için sigarayı bırakmıştı.

Maddi nedenlerden dolayı sigarayı bırakanların sayısı 6 (%6,4) olup, 3 kişi ise (%3,1) yasa nedeniyle uygulanan cezadan dolayı bırakmıştı. Diğer nedenler nedeniyle bırakanların oranı ise %9,4’tü.



4.5.17. Sigarayı azaltma nedenlerinin incelenmesi:

Yasa sonrası toplam 316 kişi sigarayı azaltmıştı. Sigara içtiği alanların kısıtlanması nedeniyle sigarayı azaltanların sayısı 172 (%54,2) olup, diğer nedenlere göre anlamlı derecede yüksekti. Sağlık sorunları nedeniyle azaltanlar 35 (%11,1) kişiydi.



Yasa ihlalinde uygulanan ceza, sosyal baskı ve çevresinde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölen ya da hasta olan kişilerden etkilenerek sigarayı azaltanların oranları ise birbirine oldukça yakındı.

Maddi nedenlerden dolayı azaltanların oranı %5,4 olup, diğer nedenler %3,3 oranındaydı.

3. TARTIŞMA

Ülkemizde 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren lokanta kahvehane ve barlar da dahil olmak üzere tüm kamusal alanlarda sigara içme yasağı uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye Dumansız Hava Yasasını uygulamaya başlayan Dünya’da altıncı, Avrupa’da üçüncü ülkedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2009 yılı raporunda ülkemiz yasanın başarıyla uygulandığı ülkeler arasında sayılmaktadır. Avrupa ülkelerinde yasanın etkilerini değerlendirmeye yönelik çok sayıda araştırma yapılmıştır. Ülkemizde yasa yeni yürürlüğe girmiş olduğundan yapılan çalışmalar az sayıdadır. Bu alanda yapılan araştırmaların artırılması gerekmektedir.

Araştırmamızda verileri toplamak amacıyla yasa sonrası sigarayı bırakmış ya da halen sigara içmekte olan 1509 kişiye otuz sorudan oluşan anket formu uyguladık. Araştırma; konusunun güncel olması, bu konudaki çalışmaların az sayıda olması ve yeterli sayıda kişiye ulaşılmış olması nedeniyle önemlidir. Konunun güncelliği nedeniyle eşdeğer çalışmalar henüz yapılmamıştır. Bu sebeple kıyaslamalar tam eşdeğer olmayan çalışmalarla yapılmıştır.

Çalışmaya katılan erkeklerin sayısı kadınlardan fazlaydı (%72,0-1090/%28,0-419). Çalışmanın daha çok erkek popülasyonu yansıttığı düşünülebilir. Ancak çalışma sigara içenlere uygulanmıştır, toplumumuzda sigara içen erkek sayısı kadınlardan daha fazladır. 2008 yılı Küresel Yetişkin Araştırması’na göre Türkiye nüfusunun %31,3’ü sigara içmekte, bu değer %47,9’unu erkekler, %15,2’sini kadınlar oluşturmaktadır (45). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2009 yılı raporuna göre, 18 yaş üstündekilerde sigara kullanma oranı %33,4 olup, bu yaş grubundaki erkeklerin %50,6’sı, kadınların ise %16,6’sı sigara içmektedir (1). Başka bir deyişle sigara içen erkekler sayıca kadınlardan üç kat daha fazladır. Çalışmamızda Türkiye geneline kıyasla sigara içen kadınların oranı daha yüksekti. Bilir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada erkeklerde eğitim düzeyi ve sigara tüketimi arasında ters ilişki olduğu, kadınlarda ise eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sigara içenlerin oranı ve içilen sigara miktarının arttığı bildirilmiştir (46). Çalışmamıza katılan kadınların genel olarak eğitim düzeyi yüksek olup, 170’i lise, 134’ü üniversite mezunuydu. Eğitim düzeyinin artması ile sigara içme oranının artmasının nedeni kadının ekonomik güce ulaşması, çevre etkisi, özentisi, devletin sigara karşıtı politikalar

üretmesindeki yetersizlik, okullarda sigara konusunda verilen eğitimin yetersizliği gibi faktörlerle açıklanabilir.

Çalışmamızdaki 20 yaş ve altı kişi sayısı 97 (%6,4), 21-30 yaş 579 (%38,4), 31-40 yaş 497 (%32,9), 41-50 yaş 220 (%14,6), 51-60 yaş 85 (%5,6), 61 yaş ve üstü olanlar ise toplam 31 (%2,1) kişiydi. Çalışma bu özelliğiyle de geniş bir yaş dilimini yansıtmaktadır.

Eğitim düzeyi genel olarak yüksekti. 565 (%37,5) kişi lise mezunu, 472 (%31,3) üniversite ve üstü, 239 (%15,8) ortaokul, 221 (%14,6) ilkokul mezunu olup, 12 kişi (%0,8) okuryazar değildi. Çoğunluğu memur (%26,3) ve işçiler (%22,9) oluşturuyorken çiftçi sayısı (%2,8-43) oldukça azdı. Çalışma şehir merkezinde yapılmış olduğundan çiftçi sayısının az olması olağandı.

Çalışmamızda kadınların ortalama sigaraya başlama yaşı $17,01 \pm 4,11$, erkeklerin ise $18,07 \pm 4,24$ idi. Cinsiyet değişkeni ile sigaraya başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Gelişmekte olan ülkelerde sigaraya başlama yaşı 12-16'dır. Türkiye'de ise farklı çalışmalarda hem erkek hem kadınlarda ortalama sigaraya başlama yaşları 11-19 yaş arasında bulunmuştur. Ayrıca kadınların erkeklerden daha geç başladığı saptanmıştır. Çalışmamızda sigaraya başlama yaşı Türkiye geneline göre yüksek çıkmıştır. Ancak bizim çalışmamıza benzer çalışmalar da vardır. Örneğin; Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü'nce sigarayı bırakan kişilerin sosyodemografik özellikleri incelenmiş ve sigaraya başlama yaşı erkeklerde $18 \pm 3,1$, kadınlarda $19,5 \pm 2,3$ bulunmuştur (47). Ankara'da sigara bırakma polikliniğinde sigarayı bırakanlar üzerinde yapılan bir araştırmada ise sigaraya başlama yaşı 19 saptanmıştır (48). Çalışmaya katılan erkeklerin nikotin bağımlılık dereceleri kadınlardan daha yüksekti. Elde edilen bu veriler toplum geneline yapılan diğer çalışmalarla uyumluydu.

Anketimizde tütün ürünü dışındaki madde bağımlılığına yönelik sorular yoktu. Ancak sigara dışı tütün ürünü kullanımına yönelik soru mevcuttu. 1509 kişiden 334'ü (%22,0) sigara ile birlikte başka tütün ürünü kullanıyordu. Başka tütün ürünü kullananların 178'i Maraş otu, 99'u nargile kullanmaktaydı. Maraş otu kullanım oranının yüksek çıkması yöremize özgü bir durum olarak değerlendirilmiştir. Nikotin bağımlılık derecesi arttıkça ek tütün ürünü kullanma sıklığı artmaktaydı. Sigara kullanımı bir bağımlılıktır ve sigara kullanan kişilerde başka tütün ürünü kullanma

eğilimi olduğu gibi bağımlılık yapıcı diğer maddeleri kullanma eğilimi de artar. Tütün ürünlerinin zararlarına yönelik eğitim politikaları ve çalışmalar sigara üzerinde yoğunlaşmaktadır ve diğer tütün ürünleri göz ardı edilmektedir. Bizim çalışmamızda da aynı durum söz konusudur. Sigara dışındaki tütün ürünlerinin sadece kullananlara zarar vermesi, kullanmayanlar üzerine zararlı etkilerinin olmaması nedeniyle tütün kontrol programlarında geri plana atıldığını düşünmekteyiz. Unutulmamalıdır ki tütün kontrol programlarının amacı pasif içicileri korumak kadar, tütün ürünü kullanmakta olanları bu alışkanlıklarından vazgeçirmek ve kullanmayanların başlamasını önlemektir.

Araştırmaya katılanların Çevresel Sigara Dumanı hakkında bilgi durumlarına baktığımızda katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olmasından dolayı genel olarak bilgi durumları da yüksekti. Çalışmamıza katılan kişilerin %80'i pasif içiciliğin insan sağlığına zararlı olduğunu belirtmiş olup, bu konuda büyük çoğunluk hemfikirdi. Pasif içiciliğin insan sağlığına zararları konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtenlerin oranı %9,3 olup, %10,7'si ise pasif sigara içiminin insan sağlığına zararı olduğuna inanmadığını belirtmişti. Eğitim düzeyi arttıkça pasif içiciliğin riskli olduğunun bilinme oranı da artmaktaydı. Pasif içicilikle bağlantılı diğer parametreler ise; evde ve araç içinde sigara içme durumlarıydı. Pasif içiciliğin sigara içmeyenlere zararlı olduğunu destekleyenlerin oranı %80 olmasına rağmen, evde ve arabada sigara içenlerin oranı oldukça yüksekti. Evde sigara içme oranı % 77,6 (n:1171) olup, evde içenlerin %52,0'si (n:784) balkon, bahçe gibi açık alanlarda, 387'si (%25,6) odalarda içtiğini belirtmişti. Beş yaş altı çocuğu olanlar 5 yaş üzeri çocuğu olanlara kıyasla evde daha az sigara içiyordu. Ancak her iki grupta da oranlar yüksekti. Kendine ait aracı olanların ise % 61'i araç içinde sigara içiyordu. Bağımlılık derecesi yüksek olanlarda araç içi sigara içme oranı yüksekti. Aktif sigara içiminden sonra da kıyafet, perde, mobilya gibi eşyalara nüfuz eden toksinlerle kontaminasyon devam eder. Sigara dumanının bu yolla insanlara zarar vermesine ise "üçüncü el sigara içimi" denir. Bu açıdan bakıldığında çevresel sigara dumanına maruz kalma durumu ciddi anlamda yüksektir. Özetle pasif içiciliğin zararlı olduğu biliniyor ancak uygulanmıyordu.

Eğitim seviyesi düştükçe ve nikotin bağımlılık derecesi arttıkça, pasif içiciliğin zararlı olduğunun bilinme oranı düşmekte, evde ve araç içinde sigara içme oranı artmaktadır. Bireylerin eğitim düzeyi sağlıklı yaşam davranışının kazanılmasında

önemli bir faktör olduğundan bu konudaki eğitim ve bilgilendirmelerin bu gruplara ulaştırılmadığı kanaatindeyiz.

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 298'i yasadan sonra evde daha fazla sigara içmeye başlamıştı. Yasa sonrası sigarayı arttırdığını belirten 61 kişiden 32'si, yasa sonrası içtiği sigara sayısında değişiklik olmadığını belirten 1045 kişiden 194'ü, sigarayı azalttığını belirtenlerin ise 72'si yasadan sonra evde daha fazla sigara içtiklerini belirtmiştir (p:0,000). Ayrıca 763 (%50,6) kişi yasa sonrası lokanta, kahvehane gibi kapalı mekanlara gitme sıklığını azaltmıştır. Ancak bu kişilerin 224'ü (%14,8) evde içtikleri sigara sayısını arttırmıştır. Sosyal ortamlarda yasak nedeniyle sigara içemeyen sigara bağımlıları maalesef ev ortamı ve araç içi gibi kişisel alanlarında sigara içmeye devam etmekte hatta daha fazla sigara içmektedirler. Bu ortamlarda yaşayan küçük çocuk, kronik hastalığı olan yaşlı bireyler, gebeler sigara dumanından zarar görmeye devam etmektedirler. Yasa bu haliyle sadece kamusal alandaki bireyleri çevresel sigara dumanının zararlı etkilerinden korumaya yöneliktir.

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 426'sı (%28,2) yasa sonrası sigara içtiği için uyarı veya tepki almıştı. Bu da toplumumuzun yasaya karşı duyarlı olduğunu ve yasaya sahip çıktığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan 1509 sigara içicisinden %58'i Tütün Yasası'nı desteklediklerini belirtirken, %29'u desteklemiyor, %13'ü ise bu konuda kararsızdı. Yasayı destekleme oranı Türkiye genelinde yapılan çeşitli anketlerde %95 civarında olduğu düşünüldüğünde oldukça düşük bir değer gibi görünmektedir. Ancak anketimizin sigara içen kişiler ile, 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren sigarayı bırakmış kişilere yapıldığı göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde bu değer düşük değildir.

Kadınlar ve erkekler yasayı eşit oranda desteklerken, erkeklerde yasayı desteklememe oranı %31,4, kadınlarda %24,1 idi. Dolayısıyla erkekler yasaya karşı daha tepkili idi. Yasayı destekleme durumu eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha fazlaydı. Bu durum pasif içiciliğin zararlı olduğu görüşünün eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha fazla olması durumu ile koreleydi. Dolayısıyla eğitim her konuda olduğu gibi sigara konusunda da toplumun bilinçlenmesi açısından en önemli etkenlerden biridir.

Memur, emekli ve çiftçi olanlar yasayı diğer meslek gruplarına kıyasla anlamlı olarak daha fazla destekliyordu. Çiftçiler zaten açık alanda çalıştıklarından yasayı desteklemeleri olağandı. Kapalı ortamda çalışan memurların ise yasayı desteklemesi şaşırtıcıydı. İşçi, serbest meslek ve ev hanımı olanlar arasında anlamlı fark yoktu. Öğrenciler ise yasayı diğer gruplara kıyasla anlamlı olarak daha az destekliyordu. Toplum genelinde öğrenciler sigarayı sosyalleşme aracı olarak kullandıkları birçok anket çalışmasının da desteklediği gibi bilinen bir gerçektir. Ayrıca öğrenci gençlerin çoğu bekar olup anne babalarının yanında sigara içememekte, kafeterya gibi sosyal ortamlarda içmektedirler.

Çalışmamıza katılanların %65,5'inin daha önceden sigarayı bırakmayı denemiş olmaları, büyük bir kısmının bu alışkanlıktan kurtulmaya çalıştıklarını göstermektedir. Sigarayı bırakan 87 kişiden 65'i, azaltan toplam 316 kişiden ise 225'i, daha önceden sigarayı bırakmayı denemişti. Daha önceden sigara bırakmayı denemiş ancak başaramamış bu kişilerin yasa sonrası sigarayı azaltma ve bırakmalarında yasanın etkili olduğunu düşünmekteyiz. Sigara Bırakma Polikliniklerinde yapılan birçok çalışmada daha önceden sigarayı bırakmayı deneyenlerde sigara bırakma oranları daha yüksek çıkmıştır. Prochaska tarafından öne sürülen teoride kişiler daha önce sigara bırakmayı ne kadar çok denediyse şimdiki sigara bırakma başarısının o kadar yüksek olacağı bildirilmiştir (49). Ancak şunu da belirtmek gerekir ki; ilimizde henüz tam donanımlı sigara bırakma polikliniği olan bir kurum yoktur. Sigarayı bırakmayı düşünen kişilerin belirlenmesi, bıraktırmak için gerekli desteğin verilmesi halinde sigarayı bırakanların oranının artacağı görülmektedir. Bu konuda destek veren sigara bıraktırma polikliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğine inanmaktayız.

Çalışmaya katılan kişilerin %6,0'sı yasadan sonra sigarayı bırakmış, %21,0'i azaltmış, %4,0'ü arttırmış, %69,0'unda ise sigara içme alışkanlığında değişiklik olmamıştı.

Çalışmaya katılan 1509 kişiden 869'u yasayı desteklemekte olup, destekleyenlerin %22,6'sı azaltmış, %7,6'sı bırakmış, %1,7'sinde ise artış olmuştu. Yasayı desteklemeyenlerin ise %17,4'ü azaltmış, %9,7'si arttırmış, %2,5'i ise bırakmıştı. Sigarayı bırakan ve azaltanlarda yasayı destekleme oranı yüksekti. Günlük içilen sigara sayısında yasa sonrası artış olan kişilerin büyük çoğunluğu yasayı

desteklememekteydi. Bu sonuçtan hareketle yasayı desteklemeyenlerin tepkisel bir tavırla sigarayı arttırdıklarını belirtmiş olabileceğini düşünmekteyiz.

Yasa sonrası kadınlar erkeklere göre sigarayı daha fazla bırakmış (%7,6), erkekler ise sigarayı daha fazla azaltmıştı (%21,8). Kadınların sigara bağımlılık derecesi erkeklere göre daha düşük olduğundan sigarayı da daha kolay bıraktıklarını düşünmekteyiz.

Eğitim düzeyi ilkokul olanlarda bırakma ve azaltma oranları en düşük olup, arttırma oranı en yüksekti. Üniversite mezunlarında ise sigarayı arttırma oranı en düşük olarak saptandı. Sigarayı bırakma oranının en yüksek olduğu grup ise lise mezunları idi. Bu durum; eğitim düzeyi yükseldikçe sigara konusundaki bilincin de arttığını düşündürmektedir.

Yasa sonrası sigara içme durumunun en çok etkileneceği parametrenin sigara bağımlılık derecesi olabileceğini düşündük. Gerçekten de sigarayı bırakma oranı düşük derecede bağımlı olanlarda en yüksek (%65,5) iken, yüksek derece bağımlılarda en düşüktü (%25,9). Bu sonuçlara paralel olarak yüksek derece bağımlılar %47,5 oranı ile sigarayı en fazla arttıran gruptu. Sigara Bırakma Polikliniklerinde yapılan birçok çalışmada Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi skorunun bırakma başarısı ile korelasyon gösterdiği belirtilmekle birlikte, yüksek düzeyde nikotin bağımlılığının düşük bırakma oranları ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (50,51). Gorecka ve ark.'nın yaptığı çalışmada düşük FNBT skoru sigara bırakmada başarılı sonuç ile ilişkili bulunmuştur (52).

Bağımlılık derecesi düşük olanlar sigaranın zararlı etkilerine daha az maruz kalırlar. Buna paralel olarak semptom ve şikayetleri daha az olur. Ayrıca düşük derece bağımlıların sigarayı bırakması daha kolay olur. Çalışmamızda solunum sistemi şikayeti olmayanların bağımlılık derecelerinin daha düşük olduğu ve sigarayı daha çok bıraktıkları gözlemlendi.

İşyerinin kaçınıcı katta olduğu ile yasa sonrası sigara içme durumu karşılaştırıldığında, herhangi bir işyerinde çalışmayanlarda bırakma oranı en yüksek saptanmıştır. Bu sonuç bizi şaşırtmıştı. Çünkü herhangi bir binada çalışmayan kişilerin çalışma ortamlarında kısıtlanma olmayacağından sigara içme alışkanlıklarını değiştirmeyeceklerini tahmin etmiştik. Sigarayı bırakan ve herhangi bir binada çalışmayan bu kişilerin kahvehane v.s. gibi sosyal ortam içicisi olduğunu

düşünmekteyiz. Sosyal çevrenin yetersiz olduğu yerleşim merkezlerinde yaşayan bu insanların çoğunun boş vakitlerini değerlendirmek için alternatiflerinin kısıtlı olduğu da unutulmamalıdır.

Sağlık sorunları, sigarayı bırakmada birinci (%37,3) azaltmada ise ikinci en sık (%11,1) nedendi. Sigara içilen alanların kısıtlanması ise sigarayı azaltmada birinci (%54,2), bırakmada ikinci (%17,1) nedendi. Sigaranın sağlığa olan etkisi sigarayı bırakmadaki en önemli etmen olmakla birlikte bu kişilerin sigarayı bırakmalarında yasanın da etkili olduğunu düşünmekteyiz. Sosyal baskı nedeniyle sigarayı bırakanlar ile çevresinde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle hasta olan veya ölen kişilerden etkilendiği için bırakanların oranı birbirine yakındı (%13,9-%12,8). Sigara, içenler tarafından genellikle sosyalleşme aracı olarak kullanılan bir nesnedir. Sosyal çevre kişilerin sigaraya başlamasında etkili olduğu kadar bırakmasında da etkilidir. Sigara fiyatlarının yüksek olmasından dolayı bırakanların oranı %6,4 olup, yasa nedeniyle uygulanan cezadan dolayı bırakanların oranından (%3,1) daha yüksekti. Bu sonuç sigara fiyatlarındaki artışın sigarayı bırakma açısından ceza uygulamasından daha etkili olduğunu göstermektedir. Nitekim sigara içmek isteyen kişi her ne kadar yasak alanlarda içemese de evinde, kişisel aracı içinde ya da açık havada içmeye devam edecektir.

Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi polikliniklerine başvuran ya da yatarak tedavi gören hastalar ve bu hastaların refakatçi ve ziyaretçileri oluşturmaktadır. Dolayısıyla toplum genelini yansıtmamaktadır.

Tütün yasasının erken dönemde dahi etkili olduğunu düşünmekteyiz. Yasanın uygulandığı diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda sigara bağımlılarının çoğunun sigara bırakmayı istedikleri ancak başaramadıkları saptanmıştır. Tütün yasası bu kişileri sigarayı azaltma ve bırakma yönünde motive etmiş ve sosyal uyarıcı olmuştur. Mevcut sosyal, tıbbi ve eğitsel desteğin güçlendirilmesiyle yasanın daha da etkili olacağını düşünmekteyiz.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Tütün Yasası sigara içenler tarafından da büyük ölçüde destek ve kabul görmüştür. Yasanın halk tarafından benimsenmediği konusundaki düşünceler yersizdir.
2. Pasif içiciliğin zararlı olduğu sigara bağımlıları tarafından bilinmektedir. Ancak bilgi ve davranış bağdaşmamaktadır.
3. Çevresel Sigara Dumanı (ÇSD) maruziyeti ciddi boyutlardadır. Bu konuda duyarsız davrananların eğitim düzeyi düşük, bağımlılık derecesi yüksektir. Bu konuda gerekli eğitimsel çabalar bilgiyi yükseltmeye ve ÇSD maruziyeti hakkında tutum geliştirmeye odaklanmalıdır.
4. Yasa ile sınırlanan alanlarda sigara içmeyen sigara bağımlıları ev ortamı ve araç içi gibi kişisel alanlarda sigara içmeye devam etmektedirler. Yasa ile kamusal alandaki sigara içmeyen bireyler sigaranın zararlı etkilerinden korunmaktadır. Ev içi ve araç içi gibi mekanlarda yaşayan bireyler maalesef duman altı olmaya devam etmektedirler. Özellikle yaşça küçük çocukların yanında sigara içilmesi çocuk istismarına girmektedir. Yasa bu yönde genişletilmelidir.
5. Özellikle pasif içiciliğin ciddiyetini değerlendirmek amacıyla ortam havasında nikotin ve idrarda kotinin seviyesi ölçümü gibi somut ölçümlere dayalı dünya standartlarına uygun bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.
6. Sigara yasağına uymayan kamusal alanların tespitinde ortam havasında nikotin seviyesini ölçme yöntemi kullanılabilir. Bu yöntemin uygulanması yasağı uymama niyeti olanlar için daha caydırıcı olacaktır.
7. Tütün ürünlerinin zararlarına yönelik eğitimler verilirken sigara dışı tütün ürünlerine de değinilmelidir.
8. Sigara bağımlılarının büyük çoğunluğu sigara bırakmayı istemektedir. Sigara bırakmak isteyen bu kişilerin daha etkili sosyal çevre ve tıbbi destek varlığında sigarayı bırakabileceklerini düşünmekteyiz. Mevcut sosyal çevrenin sadece genç ve çocuklara değil tüm yaş gruplarına hitap etmesi yanında alternatiflerin de çeşitli olması kişileri sadece sigara değil birçok kötü alışkanlıktan da kurtaracaktır.
9. Sigara bırakmak isteyenlere destek verecek sağlık yapılanmasının kurulması şarttır. Bu amaçla hekimlere ve diğer sağlık personeline konuyla ilgili hizmet içi eğitim

verilebilir. Fakülte/yüksek okul eğitim ve öğretim müfredatına sigara içerikli dersler konulabilir. Hekimler belirlenmiş özel günlerde basın toplantısı yaparak halkın ilgisini çekebilir, sigaranın kısıtlanması ya da sigarasız politikalar geliştirilmesi için iş çevreleri ile iletişim kurabilirler, kendi çalışma ortamlarında sigara önleme birimi kurabilirler. Potansiyel içici konumunda bulunan genç nüfusun toplu halde buldukları yerler ve okullara ulaşarak, tütün ve pasif içicilik konusunda gençleri bilgilendirebilirler (52). Bu hizmetler birinci basamak sağlık hizmetlerine de entegre edilmelidir. Hekimler, herhangi bir nedenle muayeneye gelen her hastaya sigara içip içmediğini sormalıdır. Sigara kullananlara sigarayı bırakmaları konusunda yardım teklifinde bulunmalıdır. Herhangi bir sebeple polikliniklere başvuran olgularla 3 dakika gibi kısa süreli görüşmeler bile sigarayı bırakma oranlarında anlamlı artışlar sağlamaktadır (53).

10. Paketlerin üstünde sadece aktif sigara içimi değil pasif sigara içimine de yönelik çarpıcı uyarı ve resimlerin olması, tütün ürünlerinin ve tütün dumanının toksik içeriklerinin paketler üzerinde belirtilmesi de insanları olumlu yönde etkileyecektir.

11. Geniş halk kitlelerine radyo ve televizyonda sigara ve özellikle pasif içicilik ile ilgili uygun eğitim programları ve çocuklara yönelik programlarda eğitsel nitelikte konular ele alınmalıdır.

12. Çalışmaya katılan kişilerin %6,0'sı yasadan sonra sigarayı bırakmış, %21,0'i azaltmış, %69,0'unda ise sigara içme alışkanlığında değişiklik olmamıştı. Bu sonuçlar yasanın erken dönemde bile etkili olduğunu göstermektedir.

13. Maddi nedenlerden dolayı sigarayı bırakma oranı (%6,0), yasa nedeniyle uygulanan cezadan dolayı bırakanların oranından (%3,0) daha yüksekti. Sigara kullanma alışkanlığından toplumun kurtarılması için sigara fiyatlarının arttırılması yasa uygulanmasından daha etkili olacaktır.

14. Sigaranın hepimiz tarafından çok iyi bilinen zararları, sigara ile mücadeleyi zorunlu kılmaktadır. Tütün kontrolündeki nihai hedef insan sağlığına yarar sağlamaktır. Tütünle mücadelede sektörler arası işbirliği şarttır.

KAYNAKLAR

1. The World Health Report On The Global Tobacco Epidemic, 2009 İstanbul
2. Ulusal Tütün Kontrol Programı Hakkında Başbakanlık Genelgesi/Resmi Gazete: 7 EKİM 2006-26312
3. Prabhat J, Frank J, Chaloupka P. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of tobacco Control 1999. Washington, World Bank.
4. World Health Organization. The History of Tobacco. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf>
5. Uzunca G. Tütünün Tarihçesi/Özyardımcı N.(Ed), Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 21-28.
6. PİAR, (1988). Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu Araştırması, PİAR Araştırma Ltd. Şti.
7. Onat A (Ed). Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi, Eğilimler ve Kardiyometabolik etkiler. <http://tekharf.org>, 2009
8. Erguder T, Soysal T, Uğurlu M, et al, Tobacco use among youth and related characteristics. Turkey, Preventiv Med 2006; 51:91-8.
9. Özalp Ü. Sigara Dumanının Kimyasal Bileşimi/Özyardımcı N (Ed), Sigara ve Sağlık, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 2002; 30-35.
10. Karlıkaya C. Sigara Ana ve Yan Dumanının içerikleri www.toraks.org.tr/archive.php.
11. California Environmental Protection Agency Office Of Environmental Health Hazard Assesment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final Report. 1997. [www.oehha.org/air/environmental tobacco/finalets](http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets).
12. Akar B, Özyardımcı N, Kronik bronşit ve sigara. Akciğer Arşivi 2002; 1:45-8,
13. Stephen I Rennard, David M. Daughton, Cigarette Smoking and Disease/Alfred P. Fishman (Ed), Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 1997; 3. Edition, 697-707.
14. Ögün D. Neoplazinin klinik yönü./Kumar V., Cotran RS.,Robbins SL., Temel Patoloji (Basic Pathology), İstanbul, Güneş Yayınları 1995; 219-280.
15. Manal M. Hassan, Margaret R. Spitz. Effect of different types of smoking and synergism with Hepatitis C virus on risk of hepatocellular carcinoma in American men and women: Case-control study. Int J Cancer PMC. 2009; 123, 1883-1891.

16. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın kas-iskelet sistemi üzerine etkisi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi; 2003; 2: 102.
17. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ 1994; 309: 937-960.
18. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji, İstanbul, Deniz Matbaacılık 1999; 418-582.
19. Aydınlar A, Sigaranın kardiovasküler sistem üzerine etkileri, Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 206-215.
20. Mcewan JR. Kardiyolojide Güncel Konular, London, BMJ Publishing Group, 1998; 1-10.
21. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7: 51-64.
22. Howard K. Koh, M.D, M.P.H., Luk X. Joossens, M.A., and Gregory N. Connolly. Making smoking history worldwide NEJM, 2007; 356: 1496-1498.
23. Uncu G, Sigaranın fertilité ve gebelik üzerine etkileri/Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 257-280.
24. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi farmakoloji Ankara 2002;2. Cilt 1210-1218
25. Who. Tobacco Control Database.[http:// data.euro.who.int/tobacco/](http://data.euro.who.int/tobacco/) TabID=2402
26. şahin M, Arslandağ M. Kardiyovasküler Sistem ve Sigara. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü, İstanbul, Logos Yayıncılık, 2005; 120-124.
27. Hodgson AT, Daisey JM, Mahanama KRR, Ten Brinke J, Alevantis LE. Use of volatile tracers to determine the contribution of Environmental Tobacco Smoke to concentrations of Volatile Organic Compounds in smoking environments. Environ. Int. 1996; 22: 295-307.
28. Rothberg M, Heloma A, Svinhufvud J, Kahkonen E, Reijula K. Measurement and analysis of nicotine and other VOCs in indoor air as an indicator of passive smoking. Annals Occup. Hyg. 1998;42: 129-134.
29. The World Health Organisation. Air Quality Guidelines, Second Edition, 2008
30. Henningfield J. Nicotine: An Old-Fashioned Addiction. Chelsea House Publishers; New York, NY, 1985; 96-98.

31. Uzunca G, Tütünün Tarihi/Özyardımcı N.(Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi 2002; 25-27
32. McNabola A, Broderick BM, Johnston PJ, Gill LW. Effects of the Smoking Ban on Benzene and 1, 3-Butadiene levels in Pubs in Dublin. J. Env. Sci. Health: Part A. 2006; 41: 799-810.
33. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne MA. How does the Irish smoking ban measure up? A before and after study of particle concentrations in Irish pubs. Indoor Air. 2005;15: 28-29.
34. Donnelly P, Whittle P. After the smoke has cleared–reflections on Scotland’s tobacco control legislation. J. Royal Inst. Public Health. 2008; 122:762-766.
35. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak A, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7: 51-64.
36. Özlü T, Gençlik ve Sigara./Özyardımcı N. (Ed) Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 74-84.
37. Moran S, Wechsler H, Rigotti NA. Social Smoking Among US College Students Pediatrics; 2004 ; 114: 1028-1034.
38. McNabola A, Broderick BM, Johnston PJ, Gill LW. Effects of the Smoking Ban on Benzene and 1, 3-Butadiene levels in Pubs in Dublin. J. Env. Sci. Health: Part A. 2006; 41: 799-810.
39. The Office of Tobacco Control (OTC). Smoke-free workplaces in Ireland a one year review. The Office of Tobacco Control, Department of Health and Children; Dublin, Ireland: 2005; 24: 120-135.
40. YouGov Sunday Times Survey Results www.yougov.com
41. Gorini G, Costantinia AS, Pacia E. Smoking prevalence in Italy after the smoking ban: Towards a comprehensive evaluation of tobacco control programs in Europe. Prev. Med. 2007; 45: 123-124.
42. The Control of Environmental Tobacco Smoke: A Policy Review Aonghus McNabola and Laurence William Gill Int J Environ Res Public Health. 2009; 6: 741-758.
43. Yeşilay 2009 Sigara Raporu
44. SSUK 2010 Ocak Basın Toplantısı www.ssuk.org.tr

45. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2008
46. Bilir N, Telatar TG, Yıldız AN. Sigarasız işyeri.T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hacettepe Ün.ÇASGEM, 2005; Yayın No:26.
47. Dr. Müslüm Aslan, Sigarayı bırakanların sosyodemografik özellikleri ve sigarayı bırakmada etkili faktörler ve bırakma yöntemleri, Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. 2009
48. Örsel O, Örsel S, Alpar S, Uçar N, Şipit T, Kurt B. Sigarayı bırakmada nikotin replasman tedavisi ve davranış eğitimi yöntemlerinin karşılaştırılması: doğal izlem çalışması, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*; 2005; 53: 354-361.
49. Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Ginpil S, Norcross C. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav* 1985; 10: 395–406.
50. Chandola T, Head J, Bartley M. Sociodemographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction* 2004; 99: 770-780.
51. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS. Predicting smoking cessation : Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994: 271; 589-594.
52. Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, Puscinska E. Diagnosis of airway limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003; 123: 1916-1923.

Ek 1

TÜTÜN YASASI'NIN SİGARA İÇENLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE YÖNELİK ANKET

Değerli katılımcı;

19 Temmuz 2009'da "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" ülkemizde yürürlüğe girmiştir. Anketimizin amacı sigara içenlerin bu yasadan etkilenme derecelerini ve bu etkilenmede rol oynayan faktörleri saptamaktır. Bize vereceğiniz bilgiler çok değerli olup, başka kimseyle paylaşılmayacaktır. (Sigarayı 19 Temmuz 2009 tarihinden sonra bıraktıysanız, lütfen soruları sigarayı bırakmadan önceki durumunuza göre cevaplayınız).

S1:Doğum Yılıınız:

S2:Cinsiyetiniz: 1)Erkek 2)Kadın

S3:Medeni Haliniz: 1)Bekar 2)Evli 3)Dul

S4:Çocuğunuz/çocuklarınız varsa lütfen yaşlarını yazınız:

S5:Mesleğiniz:

1)Memur 2)Emekli 3)İşçi 4)Serbest meslek 5)Çiftçi 6)Ev hanımı 7)Öğrenci

S6:En son bitirdiğiniz okul:

1)Okur yazar değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite veya üstü

S7:Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?

S8:İlk sigaranızı uyandıktan ne kadar süre sonra içersiniz?

1)0 – 5 dk sonra 2)6 – 30 dk sonra 3)31 – 60 dk sonra 4)60 dk dan sonra

S9:Sabah saatlerinde günün diğer saatlerine göre çok sigara içer misiniz?

1)Evet 2)Hayır

S10:Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?

1)Sabah ilk sigara 2)Diğer herhangi biri

S11:Çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

1)Evet 2)Hayır

S12:Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde, bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

S13:Yasadan önce günlük ortalama kaç adet sigara içiyordunuz?

1)10 veya daha az 2)11 – 20 3)21 – 30 4)31 ve üzeri

S14:Yasadan sonraki günlük ortalama içtiğiniz sigara sayısı nedir?

1)10 veya daha az 2)11 – 20 3) 21 – 30 4)31 ve üzeri

S15:YASADAN SONRA SİGARAYI AZALTTINIZ YA DA BIRAKTIYSANIZ bu durumda rol oynayan etkenler nelerdir?

1)Sigara içtiğim alanların kısıtlanması 2)Yasa ihlalinde uygulanan ceza 3)Sosyal baskı
4)Sağlık sorunlarım nedeniyle 5)Sigara nedeniyle çevremde hasta olan kişilerden etkilendim
6)Diğer

S16:Sigara içme yasağını destekliyor musunuz?

1)Destekliyorum 2)Desteklemiyorum 3)Kararsızım

S17:Yasa sonrası daha önceden gitme alışkanlığınız olan kapalı alanlara (lokanta, kahvehane, v.s. gibi) gitme sıklığınızda azalma oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

S18:Yasadan sonra sigara içtiğiniz için uyarı veya tepki aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

S19:Sigara içmeyen kişilerin sigara dumanını soluması sizce insan sağlığı açısından risk oluşturuyor mu?

1)Ciddi risk oluşturuyor 2)Risk oluşturmuyor 3)Bilгим yok

S20:Sigara dışında herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?

1)Kullanıyorum 2)Kullanmıyorum

S21:Öksürük, balgam, nefes darlığı gibi solunum sistemine ait şikayetiniz var mı?

1)Yok 2)Var

S22:Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?

1)Evet 2)Hayır

S23:Evde sigara içiyor musunuz? (Cevabımız hayırsa 26. soruya geçiniz)

1)Evet 2)Hayır

S24:Yasadan sonra evde içtiğiniz sigara sayısında artış oldu mu?

1)Evet 2)Hayır

S25:Evin hangi bölümünde sigara içiyorsunuz?

1)Oturma odası 2)Salon 3)Mutfak 4)Balkon 5)Diğer

S26:Evinizde sizden başka sigara içen var mı?

1)Evet 2)Hayır

S27:Size veya ailenize ait aracınız varsa içinde sigara içiyor musunuz?

1)Aracım yok 2)İçiyorum 3)İçmiyorum

S28:İş yoğunluğu nedeniyle sigara içemediğiniz oluyor mu?

1)Evet 2)Hayır

S29:Bir işyerinde çalışıyorsanız kaçınıcı katta çalışıyorsunuz?..... (Herhangi bir işyerinde çalışmıyorsanız 31. soruya geçiniz)

S30:İşyerinizde sigara molası verilmesi sorun teşkil ediyor mu?

1)Evet 2)Hayır

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz

Ek 2

FAGERSTROM NİKOTİN BAĞIMLILIK ÖLÇEĞİ

1. Sabah uyandıktan sonra ne kadar süre sonra ilk sigarayı içiyorsunuz.

- 1) İlk 5 dk içinde(3) 2) 6-30 dk arasında(2) 3) 31-60 dk arasında(1) 4) 60 dk dan sonra(0)

2. Yasak olan yerlerde sigara içmeden durmakta zorluk çekiyor musunuz?

- 1) Evet(1) 2) Hayır(0)

3. Hangi sigarayı vazgeçilmez buluyorsunuz?

- 1) Günün ilk sigarasını(1) 2) Bir başkasını(0)

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- 1) 10 veya daha az(0) 2) 11-20 arası(1) 3) 21-30 arası(2) 4) 31 veya daha fazla(3)

5. Sabah uyandıktan sonra ilk saatlerde günün geri kalan zamanlarına oranla daha sık mı sigara içiyorsunuz?

- 1) Evet(1) 2) Hayır (0)

6. Bir hastalık nedeniyle yatakta yatmak zorunda olduğunuzda bile sigara içer misiniz?

- 1) Evet(1) 2) Hayır(0)

Fagerstrom Tütün Bağımlılık Ölçeği toplam 6 sorudan oluşmaktadır. Her cevabın yanındaki rakamların toplamı

7-10 arası ise **yüksek** derecede,

4-6 arası ise **orta** derecede,

3 ve altında ise **düşük** derecede bağımlılık olarak hesaplanmıştır.

Ek.3

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Akademik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu

ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | Araştırmanın Başlığı | "Sigara İçenlerin 5727 Sayılı Tütün Yasası'na Yaklaşımı ve Yasadan Etkilenimleri" |
| | Başvuru Tarihi | 24/02/2010 |
| | Protokol No | 20 |

| | | |
|--|----------------------|-------------|
| DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER | Belge Adı | Dili |
| | Başvuru Formu | Türkçe |
| | Literatür | 2 Adet |

| | |
|------------------------|---|
| KARAR BİLGİLERİ | Oturum No: 2010/1 Karar No:16 Tarih:24.02.2010 |
| | Fakültemiz öğretim üyesi Doç. Dr. Nurhan KÖKSAL'ın sorumluluğunda yapılması planlanan " Sigara İçenlerin 5727 Sayılı Tütün Yasası'na Yaklaşımı ve Yasadan Etkilenimleri" isimli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, uluslararası evrensel etik ilkelere aykırılık saptanmadığına toplantıya katılan öğretim üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir. |

KOMİSYON BİLGİLERİ

| | |
|----------------------|---|
| ÇALIŞMA ESASI | İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu Helsinki Bildirgesi (2008 Ekim, Seul) |
|----------------------|---|

| ÜYELER | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-----------|--|--|------------------|
| Ünvanı /Adı/Soyadı | Uzmanlık Dalı | Kurumu | Cinsiyeti | İlişki (*) | Katılım (**) | İmza |
| Prof.Dr. M. Fatih KARAASLAN Başkan | Psikiyatri | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Prof.Dr. Yakup GÜMÜŞALAN Üye | Anatomi | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç.Dr. Bülent KANTARÇEKEN Üye | İç Hastalıkları Gastroenteroloji | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç.Dr. Sezai ŞAŞMAZ Üye | Dermatoloji | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç.Dr. Ertan BÜLBÜLOĞLU Üye | Genel Cerrahi | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç.Dr. Fatma İNANÇ TOLUN Üye | Biyokimya | K.S.Ü. Tıp Fak. | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Doç.Dr. Yusuf ERGÜN Üye | Tıbbi Farmakoloji | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | KATILMADI |
| Doç.Dr. Harun ÇIRALIK Üye | Patoloji | K.S.Ü. Tıp Fak. | E | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| Pelin EVLİYA Üye | Eczacı | K.S.Ü. Tıp Fak. | K | <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H | <input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H | |
| ŞERH(VARSA) | | | | | | |

*Araştırma ile ilişki
** Toplantıya Katılım