

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**4207 SAYILI YASANIN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİNDEN
SONRA KİŞİLERİN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI
ÜZERİNDE OLUŞTURDUĞU ETKİNİN SAPTANMASI**

DR. PAKİZE AYŞE TURAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR -2011

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**4207 SAYILI YASANIN YÜRÜRLÜĞE GİRMESİNDEN
SONRA KİŞİLERİN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI
ÜZERİNDE OLUŞTURDUĞU ETKİNİN SAPTANMASI**

DR. PAKİZE AYŞE TURAN

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. OĞUZ KILINÇ**

İZMİR -2011

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| TABLO VE GRAFİK LİSTESİ | 4 |
| KISALTMALAR | 7 |
| TEŞEKKÜR | 8 |
| I. ÖZET | 9 |
| II. ABSTRACT..... | 11 |
| III. GİRİŞ ve AMAÇ | 13 |
| IV. GENEL BİLGİLER | 15 |
| A. Tütün kullanımının tarihçesi | 15 |
| B. Sigara epidemiyolojisi | 17 |
| C. Tütün kullanım şekilleri, sigaranın içeriği ve sigara dumanı | 21 |
| D. Sigaranın insan sağlığına etkileri | 26 |
| E. Pasif maruziyet | 27 |
| F. Tütün tüketiminin ekonomik yükü | 30 |
| G. Sigara içme yaşının tarihçesi..... | 32 |
| H. Dünyada ve Türkiye’de tütün kontrolü ile ilgili programlar | 34 |
| I. Türkiye’de ve dünyada sigara içme yasaklarının etkileri | 43 |
| J. Sigara bırakma tedavileri | 47 |
| V. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 51 |
| VI. BULGULAR | 55 |
| VII. TARTIŞMA..... | 100 |
| VIII. SONUÇLAR | 113 |
| IX. KAYNAKLAR..... | 116 |
| X. EKLER..... | 129 |
| 1. Anket formu..... | 129 |
| 2. Bilgilendirilmiş olur formu..... | 133 |

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1: Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri**
- Tablo 2: Cinsiyet ile sigara içme durumunun ilişkisi**
- Tablo 3: Eğitim durumuyla sigara içmenin ilişkisi**
- Tablo 4: Sigaraya başlama yaşının cinsiyetle ilişkisi**
- Tablo 5: Sigara içme durumuyla sigaraya başlama yaşının ilişkisi**
- Tablo 6: Cinsiyetle nikotin bağımlılık düzeyinin ilişkisi**
- Tablo 7: Cinsiyet ile ortalama sigara paket/yıl arasındaki ilişki**
- Tablo 8: Nikotin bağımlılık düzeyiyle pulmoner semptom varlığının ilişkisi**
- Tablo 9: Sigara paket/yılı ile pulmoner semptom varlığının ilişkisi**
- Tablo 10: Cinsiyete göre diğer tütün ürünleri kullanıyor olmanın ilişkisi:**
- Tablo 11: Yaş ile sigara dışı tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki**
- Tablo 12: Nikotin bağımlılık düzeyiyle sigara dışı tütün ürünü kullanmanın ilişkisi**
- Tablo 13: Eğitim düzeyiyle sigara dışı tütün ürünü kullanmanın ilişkisi**
- Tablo 14 Sigara içmeyenlerde cinsiyet ile sigara dışı tütün ürünü kullanımının ilişkisi**
- Tablo 15: Yaş gruplarına göre sigara içme durumu**
- Tablo 16: Eğitim düzeyiyle sigarayı bırakmayı düşünme durumunun ilişkisi**
- Tablo 17: Yaş gruplarıyla sigarayı bırakmayı düşünme durumunun ilişkisi**
- Tablo 18: Nikotin bağımlılık düzeyinin sigara bırakmanın düşüncesiyle ilişkisi**
- Tablo 19: İçilen sigara paket/yılı ile bırakmanın düşünülmesi arasındaki ilişki**
- Tablo 20: Cinsiyet ile sigarayı bırakmanın düşünülmesi arasındaki ilişki**
- Tablo 21: Sigarayı bırakma yöntemlerinin bırakma girişimleriyle ilişkisi**
- Tablo 22: Yaş gruplarına göre sigara bırakma desteği alma durumu**
- Tablo 23: Yaş gruplarıyla sigara bırakmada bilimsel destek alma durumunun ilişkisi**
- Tablo 24: Sigara bırakmayı düşünme durumuyla tıbbi hizmet isteğinin ilişkisi**
- Tablo 25: Yaş gruplarıyla tıbbi hizmet isteğinin ilişkisi**
- Tablo 26: Cinsiyetle tıbbi hizmet isteğinin ilişkisi**
- Tablo 27: Sigara bırakmayı deneme durumuyla bırakmayı düşünmenin ilişkisi**
- Tablo 28: Sigara bırakmayı düşünmede yasanın etkisi**
- Tablo 29: Sigara bırakan kişilerin cinsiyete göre dağılımının incelenmesi**
- Tablo 30: Yaş gruplarına göre sigarayı içme-bırakma durumu**
- Tablo 31: Eğitim düzeyiyle sigarayı bırakma desteği alma ilişkisi**
- Tablo 32: Evde sigara içilen yerlerin oranları**

- Tablo 33: Eğitim düzeyiyle evin hangi mekanında sigara içildiğinin karşılaştırılması**
- Tablo 34: Mesleklere göre iş yerinde sigara içilme durumlarının karşılaştırılması**
- Tablo 35: Sigara içen ve sigarayı bırakmış kişilerin evinde sigara içilme durumu**
- Tablo 36: NBD ile yasa sonrası evde içilen sigara miktarının ilişkisi**
- Tablo 37: Cinsiyet ile yasa desteğinin ilişkisi**
- Tablo 38: Eğitim durumu ile yasaya verilen desteğin ilişkisi**
- Tablo 39: Paket/yıl sigara kullanımı ile yasaya verilen desteğin ilişkisi**
- Tablo 40: Meslek ile yasa desteği arasındaki ilişkinin karşılaştırılması**
- Tablo 41: Cinsiyet ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 42: Eğitim durumuyla yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 43: Yaş ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 44: Semptom varlığı ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 45: Sigara paket-yılı ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 46: NBD ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 47: Yasa desteği ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi**
- Tablo 48: Yasa desteği ile yasak sonrasında kapalı alanlara gitme sıklığı arasındaki ilişki**
- Tablo 49: NBD ile yasa sonrası kapalı alanlara gitme sıklığı arasındaki ilişki**
- Tablo 50: Sigara paket-yılı ile kapalı alana gitme sıklığındaki değişim arasındaki ilişki**
- Tablo 51: Cinsiyet ile yasağın ihlali ilişkisi**
- Tablo 52: Eğitim durumu ile yasak yerde sigara içip içmediğinin karşılaştırılması**
- Tablo 53: Yaş grupları ile yasak yerde sigara içme ve uyarılma durumlarının ilişkisi**
- Tablo 54: NBD ile yasak ihlali arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**
- Tablo 55: Sigara paket-yılı ile yasa ihlalinin karşılaştırılması**

GRAFİK LİSTESİ

- Grafik 1: Dünyada en fazla tütün ürünü tüketilen ülkeler**
- Grafik 2: Türkiye’de yıllar içerisindeki tütün üretim ve tüketimi**
- Grafik 3: Türkiye’de yetişkinlerde sigara kullanım prevalansı**
- Grafik 4: Katılımcıların sigara içme durumlarının oranı**
- Grafik 5: Sigara dışı tütün ürünlerinin kullanım oranları**
- Grafik 6: Şu anda sigara içen kişilerden bırakmayı düşünme durumu**
- Grafik 7: Sigara bırakmak için destek alma oranları**
- Grafik 8: Sigara bırakma destek tedavisi alanlarda bırakma tedavileri**

- Grafik 9: Sigarayı bırakmayı düşünenlerde pulmoner semptom varlığı**
- Grafik 10: Evde iç mekanda sigara içilmesine bağlı pasif maruziyet oranları**
- Grafik 11: Sigara içmeyenlerde evde pasif maruziyet varlığı**
- Grafik 12: Sigara içmeyenlerde araçta pasif maruziyet varlığı**
- Grafik 13: Sigara içmeyenlerde iş yerlerinde pasif maruziyet varlığı**
- Grafik 14: Çalışanlarda iş yerinde sigara molası verme durumu**
- Grafik 15: İş yerlerinde sigara yasağı**
- Grafik 16: Evde 18 yaş altı çocuğu olanlarda araçta sigara içilme durumu**
- Grafik 17: Evde 18 yaş altı çocuğu olanlarda evin hangi mekanında içildiğinin grafiği**
- Grafik 18: 5 yaş altı çocuğu olanların araçlarında sigara içilme durumu**
- Grafik 19: Evde 5 yaş altı çocuğu olan kişilerde evde sigara içme sıklığı ve evin hangi mekanında içildiğinin incelenmesi**
- Grafik 20: Evde 5 yaş altı çocuğu olan ev hanımlarında evde sigara içme yüzdeleri**
- Grafik 21: Yasaktan sonra yasağı delmeyenlerin evde içtikleri sigara miktarı**
- Grafik 22: Yasanın bilinme durumu**
- Grafik 23: Yasayı bilenlerin bu konuda en çok bilgi aldıkları yerler**
- Grafik 24: Yasayı destekleme durumu**
- Grafik 25: Yasadan sonra içilen sigara sayısında azalma**
- Grafik 26: Sigarayı bırakmış kişilerde yasa öncesi / sonrasında bırakanların oranları**
- Grafik 27: Şu anda sigara içenlerin yasa sonrası içtikleri sigara sayısındaki değişiklik**
- Grafik 28: Yasa sonrası sigarayı bırakma nedenleri**
- Grafik 29: Yasa sonrası sigarayı azaltma nedenleri**
- Grafik 30: Yasa sonrası kapalı alana gitme sıklığı**
- Grafik 31: Yasağı ihlal eden kişilerin uyarılma oranı**
- Grafik 32: Yasayı ihlal eden kişilerin yasa konusundaki görüşleri**
- Grafik 33: Yasayı ihlal eden kişilerin pasif maruziyet konusundaki görüşleri**
- Grafik 34: Yasayı ihlal eden kişilerin dumandan korunma hakkı konusundaki görüşleri**
- Grafik 35: Yasa ihlalinin uyarıldığını görme**
- Grafik 36: Yasa sonrası cezai yaptırımların uygulanması konusundaki görüşler**
- Grafik 37: Yasadan sonra çevrenizde/ailenizde sigarayı bırakan- bırakmaya çalışan kişi sayısında değişiklik fark ettiniz mi?**
- Grafik 38: Türk halkının tütün kontrolü yarasını yeterince benimsediğini düşünüyor musunuz?**
- Grafik 39: Sigara dumanından korunma hakkına herkes sahip midir?**

KISALTMALAR

| | |
|-------------------|---|
| ABD: | Amerika Birleşik Devletleri |
| ADNKS: | Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi |
| BM: | Birleşmiş Milletler |
| ÇSD / ÇTD: | Çevresel Sigara / Tütün Dumanı |
| DEÜTF: | Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi |
| DİE: | Devlet İstatistik Enstitüsü |
| DSÖ: | Dünya Sağlık Örgütü: |
| FNBÖ: | Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği |
| KOAH: | Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı |
| KAH: | Koroner Arter Hastalığı |
| MSS: | Merkezi sinir sistemi |
| NBD: | Nikotin bağımlılık düzeyi |
| NYKT: | Nikotin yerine koyma tedavisi |
| TAPDK: | Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu |
| TBMM: | Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| TKÇS: | Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi |
| TÜİK: | Türkiye İstatistik Kurumu |
| UAVT: | Ulusal Adres Veri Tabanı |

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgileri ve yardımları ile eğitimime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım; **Prof. Dr. Atila AKKOÇLU**'ya, **Prof. Dr. Eyüp Sabri UÇAN**'a, **Prof. Dr. Arif Hikmet ÇIMRIN**'a, **Prof. Dr. Oya İTİL**'e, **Prof. Dr. Can SEVİNÇ**'e ve **Öğr. Görevlisi Uzm. Dr. Aylın Özgen ALPAYDIN**'a, Halk Sağlığı AD öğretim görevlisi **Prof. Dr. Gül Ergör** ile rotasyon süresi boyunca birlikte çalıştığım Kardiyoloji, Dahiliye, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Radyodiagnostik dalı öğretim üyelerine;

Tezimin hazırlanmasının her aşamasında ve uzmanlık eğitimim boyunca öneri ve katkılarını aldığım, bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan, ilkeli duruşu ve etik değerlere bağlılığıyla örnek aldığım çok sevgili ve saygıdeğer hocam, tez danışmanım **Prof. Dr. Oğuz KILINÇ**'a,

Beş yıllık ihtisas sürem boyunca beraber çalıştığım ve pek çok şey paylaştığım sevgili asistan arkadaşlarıma, hastanemiz hemşire, yardımcı sağlık personeli ve sekreterlerine;

Tüm hayatım boyunca sonsuz destek ve sevgileriyle beni ben yapmış, sevgi ve minnettarlığın en büyüğünü hak eden canım babam ve annem **Mithat YEĞİN** ve **Ayla YEĞİN**, birtanecik kardeşlerim **Zeynep YEĞİN** ve **Efe YEĞİN**'e;

Sevgisi, sefkati, özverisi ve bağlılığıyla hayatımı aydınlatan, ruh eşim, canımdan çok sevdiğim hayat arkadaşım **Uzm. Dr. Muzaffer Onur TURAN**'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Pakize Ayşe TURAN

I. ÖZET

4207 sayılı yasanın yürürlüğe girmesinden sonra kişilerin sigara içme davranışları üzerinde oluşturduğu etkinin saptanması

AMAÇ: Ülkemizde, 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren, 4207 sayılı yasa da değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” sonrasında İzmir halkının yasa hakkındaki görüşleri, çevresel tütün dumanı maruziyeti, sigara bırakma oranları ve yasa sonrası sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: İzmir nüfusunu örnekleyeceği düşünülen toplam 600 hane Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından, 2 aşamalı sistematik küme örnekleme yoluyla seçilmiştir. Hanelerde 47 soruluk bir anket çalışması gerçekleştirildi.

BULGULAR: Katılımcıların %53,7’si kadın, %46,3’ü erkek olup yaş ortalaması 41,5±15,6’di. Sigara içmekte olan 232 (%39), hiç içmemiş 257 (%42) ve sigarayı bırakmış 111 kişi (%19) bulunmaktaydı; erkekler kadınlara göre daha fazla sigara içiyordu, ve nikotin bağımlılık düzeyi (NBD) daha yüksekti (sırasıyla; p=0.0001, 0.033). Erkekler sigaraya daha erken yaşlarda başlıyorlardı (p=0.0001). Sigara dışı tütün ürünleri, en çok erkeklerde, 35 yaş altı ve lise-üniversite mezunlarında kullanılıyordu; en çok tercih edilen ürün nargileydi. Kadınlarda sigara bırakabilme durumu erkeklere göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,006). Sigara içmekte olanların %70,7’si sigarayı bırakmayı düşünüyordu. Bilimsel olarak etkili olduğu kanıtlanmış olan yöntemler % 53,8 olarak kullanılmıştı. Sigara içicilerinin %93,9’u evde sigara içiyorken, sigara içmeyenlerin %35,1’i evde, %14,9’u araçta, %14,4’ü iş yerinde pasif maruziyete uğruyordu. 18 yaş altı çocuğu olanların %42,6’sı evdeki çocuklar için pasif maruziyet oluşturuyorlardı. 600 kişinin %98’i yasadan haberdar, % 91,5’i yasayı destekliyordu. Kadınların yasayı destekleme oranı (%95,3) erkeklere göre (%88,5) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı (p=0,002). Sigarayı bırakmış olanların %42’si yasayla bunu başarmıştı; içicilerin %36,6’sı ise yasa sonrası bırakmayı düşünmeye başlamıştı. Yasadan sonra sigarayı azaltma ve bırakma; yasayı destekleyenlerde, kadınlarda ve NBD düşük olanlarda yüksekti. Yasayla bırakma/azaltma nedenleri arasında en çok alan kısıtlanması, maddiyat ve pasif maruziyet yer almaktaydı. Kişilerin yasa sonrasında içtikleri sigara sayısında, yasa öncesine göre ortalama 3,19 adet azalma olmuştu. Yasadan sonra kapalı alana gitme sıklığı

%62,2'sinde değişmemiş, %27'sinde artmış ve %10,8'inde azalmıştı.Yasanın ihlal edilme oranı % 32,3 (erkeklerde ve NBD yüksek olanlarda fazla) idi, bu kişilerin sadece %21,3'ü uyarılmıştı.Yasayı destekleyenlerin %96,4'ü yasanın başarılı ve yeterli olduğunu düşünüyordu; desteklemeyenler ise yasanın değiştirilmesini istiyorlardı.

SONUÇLAR: İzmir halkında sigara içme prevalansı Türkiye ortalamasından yüksekti. Sigaraya başlama yaşı 18 yaşın altında bulunmuştu. Sigara dışı tütün ürünü kullanımı, giderek artmakta olan bir sorundur. Sigara içenlerin büyük çoğunluğu sigarayı bırakmak istediğini ve verilecek tıbbi hizmetten faydalanabileceklerini belirtmişlerdi. Bırakmayı denemiş kişilerin küçük bir kısmının destek tedavisi aldığı düşünülürse, doğru bir planlama ile daha çok kişinin sigarayı bırakabileceği öngörülmüştür. Sigarayı bırakmayı düşünenlerin bu kararlarında öncelikle, çoğunluğun haberdar olduğu ve destek verdiği yasanın etkili olduğu gözlendi. Yasanın, özellikle kadınlarda daha etkili olduğu ve sigara içme oranıyla içilen sigara sayısını azalttığı gözlenmiştir. Yasa ile kamusal alanlarda çevresel tütün dumanı maruziyeti önemli oranda engellense de evlerde, araçlarda ve işyerlerinde pasif maruziyetin önüne geçilemediği bir gerçektir.Yasanın zaman zaman ihlal edilmesine rağmen, ihlali gerçekleştirenlerin yeterince uyarılmaması dikkat çekicidir. Sonuç olarak, mevcut yasa ile ülkemizde tütün bağımlılığı konusunda çok önemli adımlar atıldığı saptanmış olup hem yasanın kapsamının genişletilmesi, hem de yaptırımlarının uygulanması konusunda gerekli adımların atılmasıyla beraber çok daha olumlu gelişmeler gözlenebileceğini düşünmekteyiz.

II. ABSTRACT

The changes in smoking related behaviours, second hand smoke and smoking cessation after the smoking ban in Izmir

AIM: The aim of the study is to determine the views about law, the change of second hand smoke quantity, the variation of smoking cessation after and before the law, people's smoking related behaviours and the factors associated with all these changes after the publication of law which prohibits use of tobacco products in closed public areas.

MATERIAL AND METHODS: Questionnaire including 47 questions was performed to 600 people, whose house addresses were selected by Turkey Statistics Institution to present the overall Izmir city population. SPSS packet programme used for analyses.

RESULTS: 53,7% of participants were female and 46.3% was male; the mean age was $41,5 \pm 15,6$. 232 were smoking (39%), 257 were never smoked (42%) and 111 quitted smoking (19%). Men were smoking more than women and had higher nicotine dependence levels ($p=0.0001$ and $p=0.033$ respectively). Men started smoking at early ages ($p=0.0001$). Tobacco products except cigarette were mostly used by men, people younger than the age of 35 and with high educational level; water pipe was the most popular of this group. The smoke cessation percentage of women was statistically significantly higher than men ($p=0.006$). 70.7% of active smokers were thinking about quitting, but only 12,8% of participants who tried to quit had admitted cessation therapy. Methods which had been proved scientifically were chosen with the percentage of 53.8%. 93.9% of active smokers were using cigarette at homes. Non-smokers were exposed to second hand smoke at homes; 34.1%, at vehicles:14,9%, at work places:14,4%. Participants having children younger than 18 age were using tobacco products at home with the percentage of 42.6%. 98% of all participants were aware of the law and 91.5% of them were supporting it. The law support of women (95,3%) was statistically significantly higher than men (88.5%) ($p=0.002$). 42% of participants who succeeded in quitting had managed it after the ban; and 36,6% of active smokers started to think about quitting also after law in force. The state of quitting and reducing smoking was higher in women and people with low ND. Restriction of areas, rise of prices and effects of second

hand smoke were the most popular reasons of reducing or quitting smoking after the law. 26% of active smokers reduced the number of cigarettes per day after the law. The number of cigarettes smoking in one day was reduced by 3.19 cigarettes per day. The frequency of going to closed public areas did not change in the big part of participants 62,2(%); it was increased in 27% and decreased in 10,8% of participants. The rate of violation of the ban was 32,3% which was higher in men and people with high NDL. Only 21,3% of violators were warned. 96,4% of supporters of the law was finding law successful and sufficient. But most participants dedicated that improvements about law should be performed.

CONCLUSION: The frequency of smoking was higher than Turkey's average in İzmir. The mean age of starting smoking was below the age of 18. Use of tobacco products except cigarette may be an emerging problem particularly in youngsters. A big amount of participants thinks about quitting, and the law is thought to have important effect on this decision. They also want medical help about quitting. The ban seems to have more effects in women; the number of cigarette per day was reduced with a statistically significant value. Second hand smoke has reduced mostly in public areas with ban, but law must be enlarged to prevent SHS at private areas such as houses, vehicles, workplaces. More improvements about law must be performed. As a result; the ban encouraged smokers to quit and reduced SHS at public areas. We believe that paying more attention for law sanction and extending the borders of law and reviewing the ban, will make our country more smoke free from now.

III. GİRİŞ VE AMAC

Sigara, önlenabilir hastalıkların ve erken gelişen ölümlerin tüm dünyadaki en sık nedenidir. Sigara bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırmasında en önemli önlenabilir hastalık nedeni olarak tanımlanmaktadır. Sigaraya bağlı olarak her yıl tüm dünyada yaklaşık 5 milyon insan hayatını kaybetmekte olup, sigaraya bağlı ölümler tüm erken ölümlerin beşte birini oluşturmaktadır (1). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre yılda 100.000 kişi sigara ve sigaraya bağlı meydana gelen hastalıklar sebebiyle ölmektedir (2).

Yıllar içerisinde, sigara tüketiminin gelişmiş ülkelerde azaldığı, az gelişmiş ve ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde ise artmaya devam ettiği gözlenmektedir (1). Yapılan bir araştırmaya göre, Türkiye'de 18 yaş ve üzerinde sigara içme sıklığı % 32.1 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur (3).

Sigara, başta solunum ve kalp-damar sistemi olmak üzere, ürogenital, sinir, kas-iskelet, hematolojik ve immün sistem üzerinde de önemli hasarlar oluşturmaktadır. Tüm olumsuz etkilerinin bilinmesine rağmen sigara kullanımının özellikle genç nüfusu etkisi altına alarak yaygınlaşmaya devam ettiği gözlenmektedir.

Tütün kullanımının giderek artmakta olması ve tüm dünya çapında insan sağlığını tehdit edebilecek boyutlara ulaşması ile, tütün şirketlerinin ortak stratejilerine karşı 21 Mayıs 2003 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konudaki ilk uluslararası anlaşması olma özelliği taşıyan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi" kabul edilmiştir; bu anlaşmanın hedefi, dahil olan tüm ülkelerde, 2015 yılına kadar tütün, alkol ve bağımlılık yapan maddelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması olarak belirlenmiştir.

Bu sözleşme, 5261 sayılı Kanun ile ülkemiz tarafından da benimsenmiş ve 30 Kasım 2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (3). 2006 yılında ise sigara tüketiminin kontrol altına alınması hedeflenerek, "Ulusal Tütün Kontrol Programı" hazırlanmış ve Ekim 2006 tarihli ve 26312 sayılı resmi gazetede yayımlanmıştır. Bu genelgede, tütün bağımlılığı önemli ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olarak

adlandırılmıştır. 2007’de Ulusal Tütün Kontrol Komitesi oluşturulmuş, 2008 yılında da 4207 sayılı kanun ile tamamen sigarasız ortama ilişkin yasa yürürlüğe girmiştir.

19 Temmuz 2009 tarihli genelge ise, “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” hükümlerinin uygulanması açısından kritik bir role sahiptir. Bu genelge ile; kahvehane, kafeterya, lokanta, bar ve dernek veya vakıflara ait eğlence hizmeti verilen işletmeler de dahil olmak üzere kamu ve özel hukuk kişilerine ait tüm binaların kapalı alanlarında tütün ürünlerinin tüketimi yasaklanmıştır. Aynı yerlerin açık alanlarında tütün ürünleri tüketilmesi durumunda diğer kişilerin tütün dumanından etkilenmelerini önleyecek düzenlemeler de yapılmıştır. Kamuya açık kapalı alanlar ve işyerlerinde sigara içme odaları olamayacağı gibi, tütün tüketilmesine izin verilmeyen alanların her kademedeki yöneticileri, bu düzenlemelerin uygulanması konusunda yasal olarak sorumlu kılınmıştır. Yasa kapsamında, tütün tüketilmeyecek tüm bina ve araçlara bu durumu belirten uyarı yazıları asılması zorunlu hale gelmiştir.

Kanuni olarak tütün kullanımının zararlarının önlenmesi ve sağlıklı toplum hedefine ulaşılması amacıyla, yukarıda da belirtilen pek çok önlem alınmıştır. Biz de, bu kanuni yaptırımların, özellikle de 19 Temmuz 2009 tarihinde yürürlüğe giren yasanın sonrasında;

- Sigara içenlerin Tütün Yasası’na yaklaşımlarının belirlenmesi,
- Çevresel tütün dumanı maruziyeti boyutunun değerlendirilmesi,
- Sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişikliklerin saptanması,
- Bu değişikliklerde rol oynayan etkenlerin ortaya konulmasını amaçladık.

IV. GENEL BİLGİLER

A. TÜTÜN KULLANIMININ TARİHÇESİ

Tütün, patlıcangiller (solanaceae) familyasının “nicotiana” cinsi içerisinde yer alan, bazı türleri çok yıllık olmakla beraber, genellikle tek yıllık bir bitkidir. Tütünü diğer bitkilerden ayıran en önemli özelliği olan nikotin, kökte sentezlenerek yapraklarında biriken, keyif verici ve alışkanlık yapıcı güçlü bir organik azotlu alkaloiddir (4).

Tütün tarımı, Milattan Önce 6000 yılında Amerika kıtasında başlamıştır ve yaklaşık 4,500 yıl sonra Orta Amerika’da yaşayan Mayalar’da da tütün kullanıldığına dair duvar figürleri ve pipo şekillerine rastlanmıştır. Önceleri Maya ve Aztek papazları tarafından dini ayinlerde kullanılmış ve daha sonra tedavi edici olarak yaralarda çiğnenerek üzerine konmuş, tütünden yapılmış sakızları çiğneyerek lavman gibi kullanılmış, akciğer hastalıklarına karşı dumanı koklatılmış ve kokusu baş ağrılarının tedavisinde kullanmıştır. Sonraları tütün üretimi ve kullanımı giderek yayılmış ve kuzeyde Kızılderilliler, güneyde de İnkalar tarafından benimsenmiştir (5).

Avrupalılar tütünü 1492 yılında Küba’ya ayak basan Christopher Columbus sayesinde öğrenmişler, adadaki yerlilerin dini törenlerde ve şölenlerde keyifle içtikleri ve Columbus’un denizcilerine de ikram ettikleri bu nesneye Tobacos ismini vermişlerdir (6). Yeni dünyaya adını veren Amerigo Vespucci, 1500 yıllarında Orta Amerika’nın doğu kıyılarına yaptığı gezilerde, yerli halkın tütün yapraklarından yaptıkları hapları beyaz toz bulunan torbalara daldırdıktan çiğnediklerini anılarında yazmıştır.

Amerika’ya göç eden Avrupalılar yeni kıtada ilk kez tütün ekimine 1531 yılında başlamış ve ticari amaçla tütün tarımı ilk kez 1612 senesinde Virginia’da J. Rolfe tarafından gerçekleştirilmiştir. 1619 yılında da 9 tonluk ilk tütün ihracatı Londra’ya yapılmıştır (5).

Tütünün Avrupa'ya yayılımı, 1559 yılında Portekiz'de Fransız elçisi olan Jean Nicot'un, öksürük, astım, baş ağrısı, mide hastalıkları ve kadın hastalıklarına iyi geldiğinden bahsederek tütünü Kraliçe Catherine de Medicis'e sunması, bu sebepten tütüne "Kraliçe otu" adı verilmesi ve önce kraliçe ve ardından halk tarafından kabul görmesiyle beraber Fransa'dan diğer Avrupa ülkelerine yayılan tütüne, Jean Nicot'a ithafen "nicotiana", 1828 yılında bulunan alkaloitine de "nicotin" ismi verilmiştir (7).

Tütün hakkında bilgi içeren ilk büyük çalışma, İspanya kraliyet doktorlarından Monardes'in "Yeni Dünyadaki Tedavi Edici Bitkilerin Tarihi" adlı 1571 yılında basılan kitabıdır. Bir bölümü sadece tütüne ayrılmış olan kitap Amerika'ya gitmiş gezginlerin gözlemlerini aktarmakta ve tütün yetiştirme ve kullanma şekillerinden bahsetmekte, diş ağrısından kansere, susuzluktan açlığa, yirmiden fazla derde çare olduğu belirtilmektedir (8).

Tütün üretim ve kullanımı Avrupa'da giderek yaygınlaşmış, İtalya'da aristokratik bir meziyet olarak görülmüş, İspanya, Portekiz, İngiltere ve Fransa tarafından Amerika'daki sömürgelerinde tütün üretimi yaygınlaştırılmış, 1600'lü yıllarda Japonya'ya uzanmış, kutsal çayın yanında ikramı zorunlu hale gelmiştir. 1844 yılında Fransa'da yapılan ilk sigaralar büyük rağbet görmüş, 1881 senesinde ilk sigara üretim makinesi ABD'nde kullanılmıştır. Sigara endüstrisinin dev firması R.J.Reynold ilk ürünü olan Camel'i 1913 tarihinde piyasaya sürmüştür. 1862'de Amerika kıtasında sigaradan ilk kez vergi alınmaya başlanmıştır (9).

Birinci ve İkinci Dünya Savaşları ile birlikte sigara tüketimi daha da artmış ve dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık yüzde 60-80'i sigara içer hale gelmiştir (10). Zamanla büyük bir ekonomik ve politik güç haline gelen tütün, günümüzde sağlık açısından yenilmesi güç bir sorun olarak ortadadır.

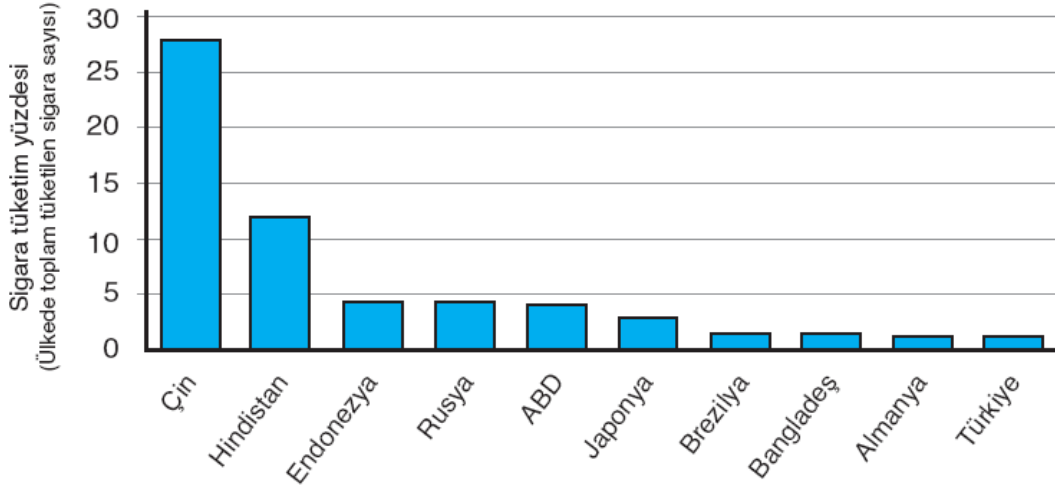
Tütünün ülkemize girişinin tarihi Osmanlı dönemine, 1500'lü yıllarda Mısır'a dayanmaktadır. Tütünün ilk kez İstanbul'a girişinin İngiliz, İtalyan, İspanyol gemici ve tacirleri vasıtasıyla olduğu Peçevi İbrahim Efendi'nin 1520-1640 yılları arasındaki olaylardan bahseden "Peçevi Tarihi" adlı eseri ile Hezarfen Hüseyin Efendi'nin "Telhisü'l-Beyan Fi Kavanin-i Al'i Osman" adlı eserinde yer almaktadır. Başlarda, rutubetten ileri gelen bazı hastalıkları tedavi etmesi amaçlı sattıldığı, bazılarının keyif vasıtası olarak buna alıştığı, hatta ilim ve devlet adamlarından ileri gelenlerin dahi tütüne müptela olduğu belirtilmektedir (11).

Anadolu’da ilk kez tütün tarımı İzmir Selçuk ilçesinde yapılmış, Osmanlı’da IV. Murat döneminde bir miktar sekteye uğrasa da IV. Murat’ın ölümünden sonra yeniden hızla yaygınlaşmış, 1874 yılında sigara ve paket tütün üretimi yapan fabrikalar kurulmaya başlanmış, bandrol usulü uygulamaya koyulmuştur. Türkiye’deki ilk sigara fabrikası, 1884’te kurulan Cibali Sigara Fabrikası’dır. 1881 yılında “Duyun-ı Umumiye İdaresi” tarafından kontrol edilen tütün üretimi 1883 yılında 40 yıl süre ile “Memalik-i Osmaniye Duhanları Müşterek’ül-menfaa Reji Şirketi” adlı Fransız Anonim Şirketi’ne devir edilmiş, 1925 yılında ise Mustafa Kemal Atatürk ve arkadaşları, şirketin tüm hak ve alacaklarını ödeyerek 1 Mart 1925 tarihinden itibaren İnhisarlar İdaresi’ni millileştirmişlerdir (12). 1984 yılına kadar devlet tarafından yürütülen tütün üretimi ve pazarlaması, bu tarihten itibaren serbest bırakılarak yabancı sigara ithalatına başlanmış ve 1986 yılında da “TEKEL” ile ortak olması şartıyla özel sektöre sigara üretim izni verilmiştir.

B. SİGARA EPİDEMİYOLOJİSİ

Tüm dünyada, yaşı 15’in üzerinde olan ve dünya nüfusunun yaklaşık üçte birini oluşturan 1,3 milyar kişinin sigara içtiği belirtilmektedir (3). Bunların yaklaşık üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde olup, bu ülkelerde ortalama sigaraya başlama yaşı 12-16’dır. Her gün dünyada 80.000-100.000 gencin tütün bağımlısı olduğu ifade edilmiştir (13). Dünyada en fazla sigara tüketimi Asya, Avustralya ve Uzak Doğu’da görülmekte olup, bu ülkeler arasında Çin, Hindistan ve Endonezya yüksek bir sigara tüketim yüzdesine sahiptir (3) (**grafik 1**)

Grafik 1: Dünyada en fazla tütün ürünü tüketilen ülkeler



KAYNAK: . Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü kitabı. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O (Editörler). Toraks Kitapları; Ocak 2010. Sayı 10, sayfa 21-35.

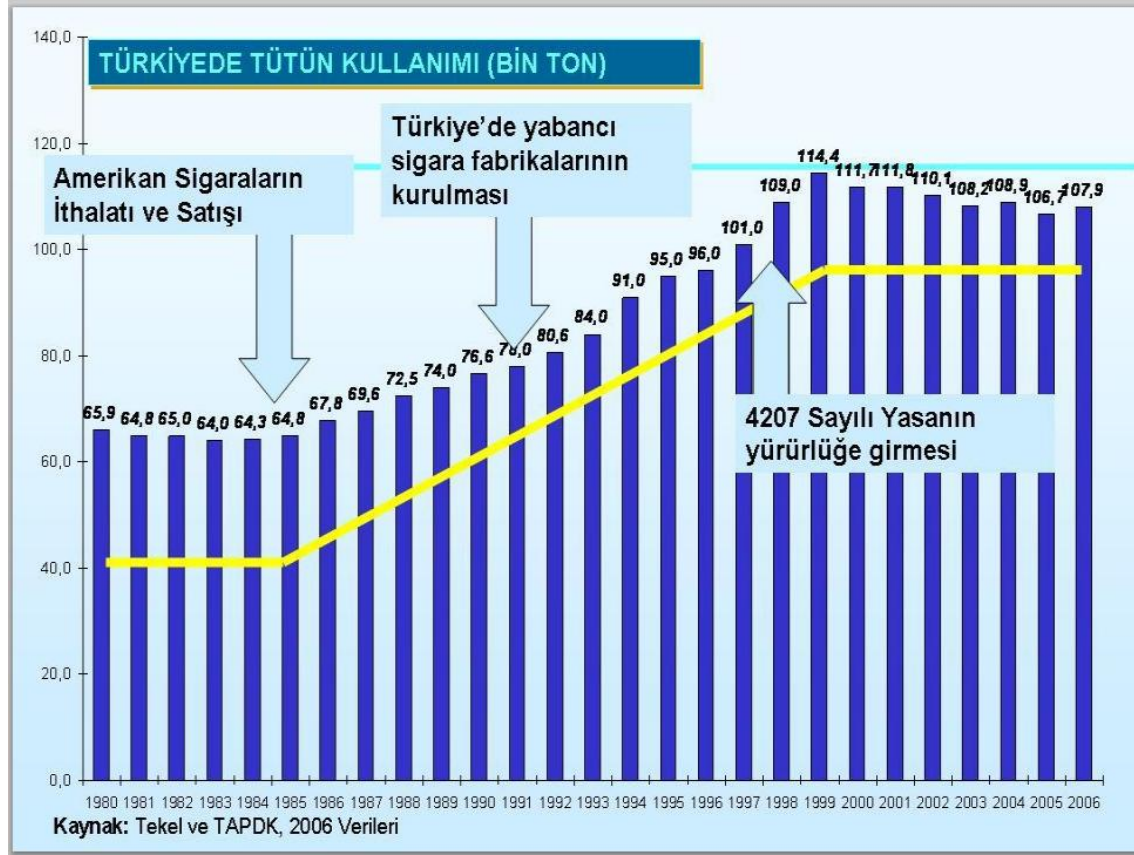
Dünya genelinde yaklaşık olarak her iki erkekten birisi sigara kullanıyorken, bu sayı kadınlarda % 12 olarak bulunmuştur (14). Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerle kadınlar arasında olan fark, gelişmiş ülkelerde oldukça azalmaktadır (15, 16).

Tüm dünyada çocuklar ve gençler arasında sigara kullanımının yaygın olduğu bilinmekle birlikte, bu gençlerin yaklaşık % 25’i on yaşına gelmeden ilk sigarasını içmiştir (17).

Sosyoekonomik düzey de, dünyada sigara kullanım yaygınlığını etkileyen bir faktördür. Yapılan bir çalışmada, eğitim seviyesinin yükselmesiyle sigara kullanım oranında azalma gerçekleştiği gösterilmiştir (18). Türkiye, tüm dünyada sigara içenlerin üçte ikisinin bulunduğu ilk 10 ülke içinde yer almaktadır (19).

Türkiye’de tütün ürünlerinin üretim ve tüketimi, 1980-2000 yılları arası belirgin şekilde artmıştır; bu dönemden sonra kişi başına düşen tütün kullanımında, nüfus artışına da bağlı olarak olduğu düşünülen bir azalma göze çarpmaktadır (3) (**grafik 2**).

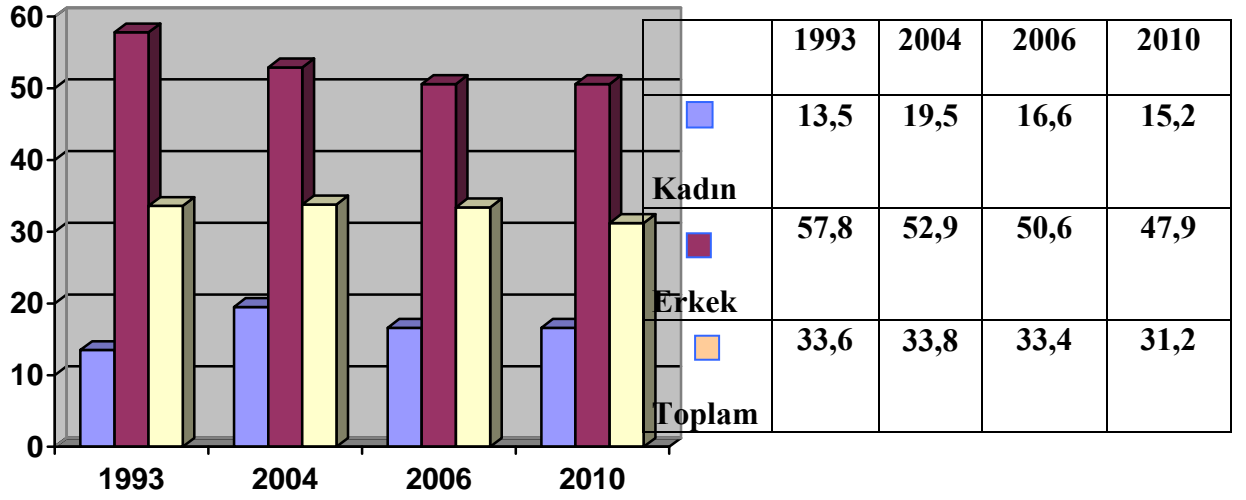
Grafik 2: Türkiye’de yıllar içerisindeki tütün üretim ve tüketimi



KAYNAK: . Bilir N. Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü kitabı. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O (Editörler). Toraks Kitapları; Ocak 2010. Sayı 10, sayfa 21-35.

Türkiye’de yetişkinlerde sigara kullanımıyla ilgili ilk çalışma olan PİAR araştırması 1988 yılında, 15 yaş üstü nüfusun sigara içme prevalansını % 43.6 olarak bulmuştur (erkeklerin yaklaşık % 63, kadınların % 24’ü) (20). PİAR - 2002 araştırmasında ise aynı prevalans, %35,8 (erkeklerde % 50,9 , kadında % 25,5) olarak tespit edilmiştir. 1993 yılında yapılan BİGTAŞ (21) araştırmasında 20 yaş üzerinde erkeklerde %57.8, kadınlarda %13,5 ve ortalama %33,6 olarak hesaplanmıştır. TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışması ise, 1990–2000 yılları arasında erişkin erkeklerde %59, kadınlarda %19’luk sigara içme yüzdelerini ortaya koymuşken, 1990’dan 2000’e gelince sigara içme prevalansının erkeklerde azaldığı, genç kadınlarda arttığı gösterilmiştir (22). 2002 yılında yapılan bir çalışmada ise, erişkin nüfusta sigara içme sıklığı %35.8 olarak bulunmuştur (23). 2006 yılında, 18 ve üstü yaştakileri kapsayan bir çalışmada, her gün sigara kullananların sıklığı %33,4 olarak saptanmıştır (24). Sigara kullanımı erkeklerde (%50,6) kadınlara (%16,6) göre daha fazla bulunmuştur (**grafik 3**).

Grafik 3: Türkiye’de yetişkinlerde sigara kullanım prevalansı



KAYNAKLAR

1993 – Sağlık Bakanlığı Araştırması, 2004 – Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması,
2006 – Aile Araştırması Kurumu ve TÜİK Aile Yapısı Araştırması
2010 - Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Kullanım Araştırması

Türkiye’de bölgesel anlamda en çok sigara içilen bölge % 39 ile Trakya Bölgesi, en düşük sigara içme prevalansı gözlenen bölge ise % 29 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi olarak gösterilmiştir (21). Ayrıca sigara içme sıklığı kentlerde % 37, köylerde ise % 29 olarak tespit edilmiştir.

Türkiye, erkeklerde oldukça yaygın olan sigara kullanımını ile Avrupa ülkeleri arasında üst sıralarda yer almaktadır; tersine, kadınlarda ise sigara kullanımının en az olduğu Avrupa ülkelerindedir (25). Ulusal Hane Halkı Çalışması’nda (2003) sigara içme oranı erkeklerde %52,9, kadınlarda %19,5 olarak bulunmuştur (26).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda gençlerde ortalama sigaraya başlama yaşının 11-18 arasında değiştiği tespit edilmiştir (27). Küresel Gençlik Tütün Araştırması’nda; Türkiye’de 13-15 yaş arasındakilerin %6,9’unun sigara, %8,4’ü ise tütün ürünlerini kullandığı gösterilmiştir (1). Gençlerde yapılan bir diğer çalışmada ise, sigara içiciliği ortaokul ve lisede % 10-43, üniversite öğrencilerinde ise %21-48 arasında tespit edilmiştir (28).

Türkiye’de, çoğu gelişmiş ülkenin tersine, eğitilmiş ve gelir seviyesi yüksek olan kesimde sigara kullanma sıklığı daha fazladır. Yapılan bir araştırmada, üniversite eğitimi olanların sigara kullanım sıklığının okur-yazar olmayanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (29). Çan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; eğitim almayan, ilkokul, ortaokul mezunu, lise ve yüksekokul mezunu olanların karşılaştırılmasında, sigara kullanımının en yüksek olarak lise mezunlarında (%46) olduğu belirlenmiştir (30).

Türkiye’de son verilere göre, 16 milyon kişinin (12 milyon erkek, 4 milyon kadın) sigara içtiği; erkeklerin % 48’inin ve kadınların % 15’inin bu sayıya dahil olduğu (1), tütün kullanmaya başlama ortalama yaşının erkekler için 16,6 , kadınlar için 17,8 olduğu ortaya konulmuştur.

C. TÜTÜN KULLANIM ŞEKİLLERİ, SİGARANIN İÇERİĞİ VE SİGARA DUMANI

Tütün, geçmişten günümüze kadar geçen zaman içinde şu şekillerde kullanılmıştır :

- Doğrudan doğruya dumansız olarak kullanım şekilleri: Çiğneme, enfiye, nikotin preparatları halinde (nikotin suyu, sakızı, lolipopu, bandı, tableti, granülleri, spreyi, elektronik sigara) kullanımı.
- Yanmasından oluşan dumanın kullanım şekilleri: Tütsü, sigara, puro, pipo, nargile şeklinde kullanımı.
- Sanayide kullanımı: Tohumundan yağ çıkarılması ve boya sanayinde kullanılması, gübre ve böcek ilacı olarak kullanılması, saplarından elde edilen selülozun kağıt elde etmek için kullanılması, çiçeklerinden elde edilen uçucu yağın parfümeride esans ve kolonya üretiminde kullanılması, yanması sonrasında elde edilen külünden çıkan potasyum karbonatın temizlik endüstrisinde kullanımı gibi endüstride geniş bir kullanım alanına sahiptir (31).

Böyle pek çok kullanım alanına sahip olan tütün günümüzde en çok keyif verici madde olarak kullanılmakta ve hemen her yerde ve tütün denildiğinde akla sigara gelmektedir. Solanaceae Familyası "*Nicotiana*" cinsi içerisinde yer alan tütünün yaklaşık 65 adet türü bulunmakta olup, bunlardan sadece "*Nicotiana tabacum*" ve "*Nicotiana rustica*" türlerinin sigara, puro, pipo vb. tütün ürünlerinin yapımında yapraklarından yararlanılmaktadır. Tütün tarımsal üretim döneminden sonra "işlenmemiş/gayrimamul" halinden işleme ve fabrikasyon gibi teknik aşamalardan geçerek "işlenmiş tütün/yarımamul" ve "ürün/mamul" haline dönüşen bir endüstri bitkisi olup, tüm dünya tütün üretiminin %90'ını bugüne kadar yabancı formuna rastlanmamış olan "*N. Tabacum*" türüne dahil "Virginia", Burley, Şark (Turk Tütünleri) ve Yarışark tütün çeşitleri oluşturmaktadır (32).

Tütün içerdiği nikotin ile alkol, eroin, kokain, kafein ve esrardan daha fazla bağımlılık yapma gücüne sahip olup, tütün tipi madde bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir (33). Formülü $C_{10}H_{14}N_2$ olan nikotin bir sigarada yaklaşık 20 mg kadar bulunur. Ancak bunun çoğu yanma sırasında havada dağılır. İçe çekilerek içilen bir sigara da yaklaşık 0.2 ile 3.5 mg (bu miktar kullanılan sigaranın tipine ve sigara içiş tekniğine göre değişir) nikotin kana geçmektedir. Bu nikotin karaciğerde hızla detoksifiye edilerek vücuttan atılır. Havada ışık ve oksijenin etkisiyle önce sararır, sonra esmerleşir. Mukozadan kolayca ve bolca, deriden de az miktarda absorbe edilir; yüksek dozda alınırsa siyanürle mukayese edilebilecek derecede toksik etkili bir maddedir. Bir purodaki nikotin miktarı erişkin bir insana zerk edilirse öldürücü etki yapmaktadır. İnsanda 1mg/kg nikotin letal doz olarak kabul edilir.

Genetik olarak değiştirilsin ya da değiştirilmesin, tütün yaprağının tamamen veya kısmen hammadde olarak kullanılması ile yapılan içme, burna çekme, emme ya da çiğneme amaçlı tüm ürünler "tütün mamulü" veya "tütün ürünü" olarak adlandırılmaktadır (34). Tütün mamullerinden tüketimi en yaygın olanları sigara, sarmalık kıyılmış tütün mamulü, pipo, puro, nargilelik tütün mamulü, enfiye ve çiğnemelik tütündür.

Sigara, işlenmiş ve kıyılmış tütünün ince bir kağıda sarılmak suretiyle hazırlandığı, genellikle silindirik biçiminde bir tarafı filtreli ya da filtresiz tütün mamulüdür. Kurutulmuş tütünün içinde alkoloidler, terpenler, polifenoller, aromatik hidrokarbonlar, aldehitler, ketonlar, aminler, nitriller, azot ve oksijen heterosiklik bileşikler, pestisidler gibi birçok bileşik

bulunmaktadır; alkaloidlerin %95'i nikotindir. Tütün endüstrisinde kullanılmakta olan tütünler açık renkli ve koyu renkli olmak üzere iki grupta incelenir. Açık renkli tütünler (asit reaksiyonu veren tütünler) yumuşak içimli, koyu renkli tütünler (alkali reaksiyonu veren tütünler) ise sert içimli olmaları nedeniyle, sigaralar açık renkli koyu renkli tütünlerden yapılırken, pipo, puro, enfiye ve nargile gibi tütün mamülleri ise koyu renkli tütünlerden yapılmaktadır. Bahsedilen renk değişikliği ile sigaranın içim yumuşaklığı ve fiyatı arasında yakından ilişki bulunmaktadır. Tütün türleri arasındaki en önemli fark; şekerle/azot bileşikleri oranından kaynaklanmaktadır (35). Kullanılan tütün tipi ve uygulanan fabrikasyon yöntemlerine göre, dünyada üretilen sigaralar, Virginia (İngiliz), Amerikan blend, Şark, Dark (Fransız) ve Kretek olmak üzere 5 tipe ayrılır (34).

Sigara içeriğinde tütün, kağıt, filtre kısımları, katkı maddeleri, pestisidler, fertilizer (gübre), fumigantlar (buharla dezenfekte edilen ajanlar) ve fabrikasyon sırasında kullanılan işlem ajanları bulunur. İçerdiği 6000 kimyasal madde ile insan hayatını tehdit eden sigaranın, hücre üzerinde farmakolojik, mutajenik, kanserojenik, toksik ve inflamatuvar pek çok etkisi bulunmaktadır (36). Sigara içinde tanecik halinde bulunan maddelerden en önemlileri ve yan etkileri şunlardır:

➤ *Sigarada Tanecik Halinde Bulunan Maddeler*

Aromatik hidrokarbonlar – mutajenik ve kansinojenik

Nikotin –Doza bağımlı uyarıcı veya parasempatik kolinerjik reseptörler üzerine depresör, fetal düşük riskinde artış, epilepsi, kan yağlarında artış

Stiral- kansinojenik, genital fonksiyon bozukluğu, görme bozuklukları

Fenol - İrritan, mutajenik / kansinojenik

Krezol - İrritan, mutajenik / kansinojenik

Beta-Naftilamin - mutajenik / kansinojenik

N-Nitrozonornikotin – kansinojenik

Benzopiren - mutajenik / kansinojenik, genital fonksiyon bozukluğu

Metaller (Nikel, Arsenik, Polonium 201) - mutajenik / kansinojenik

İndol - Tümör hızlanması

Karbazol - Tümör hızlanması

Kateşol - mutajenik / karsinojenik

Tar(katran)- mutajenik / karsinojenik

Tütün mamullerinin en yaygın tüketim biçimi, tütünün yanması sonucu oluşan dumanın organizmaya alınması şeklindedir. Bu gruba sigara, puro, pipo ve nargile girmektedir.

Yanan bir sigarada:

1. Kül bölgesi (tütün dokusunun organik bileşikleri yandıktan sonra geri kalan kesim)
2. Ateş bölgesi (Kül bölgesinin ardında yanmakta olan, kızıl dereceye kadar ısınmış olan kesim)
3. Kömürleşme bölgesi (ateş bölgesinden yayınlanan ısının etkisi ile bozulan kesim)
4. Kuruma bölgesi (ateş bölgesinden yayınlanan ısının etkisiyle henüz parçalanmaya başlamamış olan kurumuş kısım)
5. Kondensasyon bölgesi (Kuruma bölgesinin kuruma kesimi arkasında bulunan kesim)
6. İzmarit (sigaranın tüketilmeden atılan kısmı) bulunmaktadır.

Tütün dumanı, kuruma bölgesi ile ateş bölgesi arasında kalan kesimdeki tütünde bulunan maddelerin yanma, bozunma, buharlaşma ve kondensasyon ürünleri ile nefes çekme sırasında dumana karışan havadaki gazlardan oluşmaktadır (33). Dumanda bulunan taneciklerin çapı 0.3-1 mikron arasında değişmekte olup, bu tanecikler bir taraftan yer çekiminin etkisi ile düşme, diğer yandan molekülerin birbirine çarpması sonucu uzayda düzlemsel bir şekilde hareket etmektedir (36).

Sigara dumanı, içinde farmakolojik olarak aktif, antijenik, sitotoksik, mutajenik ve karsinojenik olan 4000'den fazla madde içerir (37). 1985 yılında "The International Agency for Research on Cancer", sigara dumanını insan için birinci grup karsinojen olarak kabul etmiştir (38).

➤ *Sigara Dumanındaki Gazlar*

Karbon Monoksit – Oksijenin hemoglobine bağlanmasını bozar; egzersiz toleransında azlama, fetal düşük riskinde artış

Hidrosiyanik asit - İrritan, proinflamatuar, silyotoksik

Asetaldehid - İrritan, proinflamatuar, silyotoksik

Akrolein - İrritan, proinflamatuar, silyotoksik

Amonyak - İrritan, proinflamatuar, silyotoksik

Formaldehid - İrritan, proinflamatuar, silyotoksik, karsinojenik

Nitrojen oksitler – İrritan, proinflamatuar, silyotoksik

Nitrozaminler – Mutajenik / karsinojenik (NNN,NNK,NAT ve NAB tütüne özel doğal nitrozaminlerdir.)

Hidrazin – Mutajenik / karsinojenik

Vinil klorür – Mutajenik / karsinojenik

Tütünün yanması ile sigaranın yanan ucundan çevreye yayılan yan akım (sidestream) ve sigara içen kişi tarafından solunan ana akım (mainstream) olmak üzere iki tip duman oluşumu mevcut olup; ana akım da kendi içinde biri katı ve sıvıların karışımı olan “partikül fazı”, diğeri gaz ve buharların karışımı olan “gaz fazı” olmak üzere iki farklı fazda toksik komponent içerir. Bu iki farklı fazın tanımlanması sırasında Cambridge glass-fiber filtresi kullanılmıştır. Partikül fazı cam fiber filtreden sigara dumanı geçerken içinde hapsolan kısımdan, gaz fazı ise bu filtreden geçen materyalden oluşmaktadır. Ana akım dumanının %8’i partikül komponenti olup, %92’si gaz fazındadır ve 1 mL’de 0.3 – 3.3 milyar parçacık içerir. Yan akım dumanının hemen tamamı ise gaz fazından oluşur (39).

Partikül fazının her gramında 107’den, gaz fazında 1015’ten fazla serbest radikal bulunur. Partikül fazında serbest radikallerin yarı ömürleri uzun (saat - gün) ve stabil, gaz fazında ise kısa (dakika-saniye) ve labildir (40). Katran partikül faz elemanlarındandır; nem ve nikotin ayrıldıktan sonra geride kalan kahverengi yapışkan bir madde olup karsinojenik aromatik hidrokarbonlar içermektedir (41).

Sigarada bulunan filtreler partiküler maddeleri büyük oranda süzerler ve bu nedenle yan akım dumanı çevresel sigara dumanının (ÇSD) büyük kısmını oluşturur. Yan akım dumanı ana akım dumanından çok daha tehlikelidir. Bunun nedeni hem yan akım dumanı partikül

boyutunun (0,01- 1,0 µm) ana akım dumanına (0,1-1,0 µm) göre daha küçük olması, hem de yan akım dumanı oluşurken yanma ısısı daha düşük olduğu için yan akım dumanında, ana akım dumanına göre çok daha fazla kimyasal madde bulunmasıdır. 1992’de Çevre Koruma Ajansı (Environmental Protection Agency), ÇSD’ni Grup A karsinojen olarak tanımlamıştır. 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). ÇSD’nda iritanlar, sistemik zehirleyiciler, mutajenler, karsinojenler, üremeye ve gelişmeye etki eden zehirler gibi kimyasallar bulunur (42).

D. SİGARANIN İNSAN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Kullanıcılarının yaklaşık yarısını öldürmekte olduğu bilinen sigara, dünyada en sık gözlenen başlıca sekiz ölüm nedeninin altısı için risk faktörü olarak gösterilmektedir (43). Kronik akciğer hastalıkları gelişiminin üçte ikisinde sorumlu olarak gösterilen sigaranın, kalp hastalığı ve kansere bağlı ölümlerin de üçte birine yol açtığı belirtilmektedir (44).

Vücudun hemen her sisteminde patofizyolojik değişikliklere yolaçabilen sigara, üst ve alt solunum yollarında birçok fonksiyon bozukluğuna yol açabilmektedir. Tütün kullanımı, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişimi için en önemli risk faktörü olup, KOAH’lıların %80’i sigara içmekte veya içmiş olan hastalardır. Tütün, tüm kanserlerin %30’undan, akciğer kanserinin ise yaklaşık %94’ünden sorumludur. Ateroskleroza neden olma özelliğiyle, miyokard enfarktüsü, koroner arter hastalığı (KAH) gibi hastalıkların daha çok görülmesine yol açmaktadır. Gastrointestinal sistemde; gastroözefagial reflü, mide ve duodenum ülserleri, Crohn Hastalığı gibi pek çok hastalığın gelişme riskini artırır. Sigara yara ve kırıkta iyileşmeyi geciktirir (45), osteoporotik kırıklara yol açabilir. Tütün kullanımı, erkekler ve kadınlarda infertiliteye yol açabildiği gibi (46), sigara içen annelerin bebeklerinde spontan abortus, düşük doğum ağırlığı, prematürite, perinatal ve neonatal mortalitede artış, konjenital malformasyonlar gibi çeşitli komplikasyonlar gelişebilir (47). İnme, migren tipi baş ağrısı, subaraknoid kanama, ateroskleroza bağlı serebrovasküler hastalık sigara kullanımına bağlı gelişebilen nörolojik patolojilerden birkaçıdır.

E. PASİF MARUZİYET

Çevresel tütün dumanı (ÇTD) veya diğer adıyla ikinci el tütün dumanı, aktif olarak sigara, pipo, puro gibi bir tütün ürününün içilmesi sırasında ortama yayılan sigara dumanıdır. Pasif içicilik gaz ve ise kimyasal, partiküllerden oluşan bir karışım olan çevresel tütün dumanının inhale edilmesidir (48). ÇTD ana akım komponentine göre daha yüksek oranda yan akım komponenti içermekte olup, karsinojen ve toksik maddeler açısından da daha zengindir. Örneğin yan dumanda, güçlü bir hayvan karsinojeni olan N-nitrosodimetilamin 20-100 kat ve 4-aminobifenil, 2-naftilamin gibi insan karsinojenleri ise 7-30 kat daha fazla saptanmıştır (49). Ayrıca CO yan dumanda 2,5 kat daha yüksek oranda, PM ise 3 kat daha yoğun olarak ölçülmüştür (50). Yan duman inhalasyon yoluyla alındığında ortalama 4 kat, deri yoluyla ise ortalama 3 kat daha toksik ve 2-6 kat daha tümorojenik bulunmuştur (51). İlk kez 1981’de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile, kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiştir (52). Özkaynak ve arkadaşları, sadece bir sigara iciminin ardından bile iç ortam nikotin düzeyinin ($1.07 \mu\text{g}/\text{m}^3$) hiç sigara içilmemiş ortamdaki nikotin konsantrasyonuna ($0.1 \mu\text{g}/\text{m}^3$) göre belirgin olarak yükseldiğini göstermişlerdir (53).

Dünya genelinde erişkinlerin yaklaşık üçte biri ikinci el sigara dumanına maruz kalmaktadır. Çevresel tütün dumanı maruziyeti ABD’de yıllık 65.000 sigara içmeyen kişinin ölümüne yol açmakta ve önlenabilir ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer almaktadır ve her yıl 3000 yeni akciğer kanseri, içmeyen kişilerdeki pasif sigara maruziyetine bağlıdır (54). Ülkemizde her yıl 8750 kişinin başkasının dumanından öldüğü düşünülmektedir (44). Yine ülkemizden bir çalışmada, çocukların yaklaşık % 70’inin evinde en az bir kişinin sigara içtiği saptanmış olup, ülke ortalaması olarak çocukların % 75 kadarının pasif sigaraya maruz kaldığı bildirilmiştir (55). 1996-2006 yılları arasında 132 ülkede yapılan Global Gençlik Tütün araştırmasında 13-15 yaşları arasındaki okul çocuklarının %44’ünün evde, %56’sının toplu alanlarda ÇTD’na maruz kaldığı gösterilmiştir (56).

Önemle dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta ise ikinci el sigara dumanının, sigara içilen odanın kapısı kapalı olsa dahi bina içinde yayılmasıdır. Aktif sigara içiminden sonra da kıyafet, perde, mobilya gibi eşyalara nüfuz eden toksinlerle kontaminasyonun devam etmesi ve sigara dumanının bu yolla insanlara zarar vermesine ise “üçüncü el sigara içimi” denir. Eşyalar

üzerindeki bu toksinlerin, ortam havası pencereler açılarak veya fanlar hatta hava filtreleri kullanılarak temizlenmeye çalışılsa bile aylarca sebat edebildiği gösterilmiştir (1).

Bir başka önemli pasif maruziyet durumu da, maternal yolla fetusun sigara dumanı maruziyetidir. Tütün dumanındaki mutajenik ve karsinojenik maddelerden birçoğu aktif içicilerin kanında bulunur ve plasentadan fetal dolaşıma rahatlıkla geçerler. Premature doğumların %15'inden gebelikte sigara içimi sorumlu olup sigara tek başına perinatal mortaliteyi %150 artırmaktadır. Günde 20'den fazla sigara içen anne adaylarında ektopik gebelik riski 2.5 kat fazladır (57). Gebelikte annenin sigara içmesinin, doğumdan itibaren bebeğin solunum fonksiyonlarında düşüklüğe yol açtığı konusunda kesin kanıtlar vardır (58). Ayrıca, sigara içilen gebeliklerde ani bebek ölümü, büyüme geriliği ve solunum hastalıkları riski bariz olarak artmıştır. Sigara içimi plasentadan oksijen diffüzyonunu azaltarak düşük doğum ağırlığı ve doğumda boy kısalığına neden olmakta, günde içilen her bir sigara doğum ağırlığında 10-15 gr. düşüklük yaratmaktadır. Bu ilişki dozla doğru orantılı olmayıp, en fazla etki düşük dozdaki maruziyetlerde görülmektedir (57). Bu nedenle gebelerde sigara sayısını azaltmanın bir anlamı yoktur, bırakılması gerekmektedir.

Yine postnatal dönemde de, dünya genelinde yaklaşık 700 milyon çocuk (tüm dünya çocuklarının %40'ı) evinde sigara dumanına maruz kalmaktadır (27). 6 aydan küçük bebeklerde ÇTD maruziyeti nasal allerjiler ve akut solunum yolu infeksiyonlarını 3 kat artırmakta, anneleri en az yarım paket sigara içen çocuklarda astım görülme riski toplam 2.1 kat, ilk yaşta ise 2.6 kat daha fazla olmakta ve annesi sigara içen çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu daha sık oranda izlenmektedir (57). Yapılmış bir prospektif çalışmada ÇTD'na çocukken sık maruz kalmanın akciğer kanserini 3.6 kat arttırdığı gösterilmiştir (44). Sonuç olarak, prenatal ve postnatal sigara dumanına maruziyet, çocuklarda ciddi mortalite ve morbidite nedenidir.

ÇTD maruziyet düzeyi ortamda asılı halde bulunan sıvı fazdaki nikotinin ölçülmesi yoluyla ya da kişilerin tükürük, kan, idrar ve saçlarından bakılabilen ve yarılanma ömrü 24 saat olan kotin düzeyi ile ölçülebilir (59). Normal bir hayat süren kişide yıllık ortalama toplam nikotin maruziyeti ortalama 5 µg/m³dür (60).

ÇTD maruziyeti ile akciğer, meme, mesane, nasofarenks, baş-boyun, servikal, over, kolorektal ve mide kanseri arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu saptanmıştır; pankreas ve hepatoselüler kanserler arasında anlamlı ilişki saptanmış çalışmalar henüz yoktur. İşyerinde pasif olarak sigara dumanını soluyan bireylerde akciğer kanseri görülme sıklığı %20 oranında artmaktadır. ÇTD'na yoğun olarak maruz kalındığı zaman kanda 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 (61). İzmir'de yapılan bir çalışmada sigara içen ve içmeyen kahvehane müşterilerinde, kahvehaneye gitmeyen kişilere göre ekspiryum havasındaki CO düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (37). Hava nikotin konsantrasyonu bar, lokanta gibi işyerlerinde, ofis ve kişisel evlere kıyasla 18.5 kat daha yüksek saptanmıştır (62). California'da yapılan bir çalışmada sigara içme odalarında pasif içicilikte 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 µg/m³ arasında değiştiği gözlenmiştir (63).

Kapalı alanda sigara içilen odanın kapısı kapalı olsa bile, ÇTD bir odadan diğerine geçmekte ve daha önce de bahsedildiği üzere üçüncü el sigara içimi yoluyla uzun süre yayılmaktadır. ÇTD kontrolünde sigara içilen ve içilmeyen bölümleri ayırma, havalandırma veya hava temizleme cihazları kullanma gibi yöntemler başarısızdır. ÇTD'nın etkisini minimuma indirmek için gerekli hava akımı, ortamdaki kişi başına saniyede 50.000 litre olmalıdır ki, böyle bir havalandırma sistemi mümkün değildir. Hatta havalandırma sistemleri ile biriken kimyasallar filtre edilen havayla birlikte ortama tekrar döner (1). Ayrıca arabada ya da evde pencerelerin açılması, hava akımı sayesinde ÇTD'nın yeniden ortama dönmesini sağlar. Özetle, ÇTD maruziyetinden korunmanın tek yolu ortamda sigara içiminin engellenmesidir.

F. TÜTÜN TÜKETİMİNİN EKONOMİK YÜKÜ

İçilen her sigaranın yaşam süresinden 7 dakikayı almasına ve birçok sağlık sorununu getirmesine karşın, tüm dünyada ve Türkiye’de en çok kullanılan bağımlılık yapıcı madde olan sigaranın 2000-2010 yılları arasında tüm dünyada toplam 1.4 milyar; 2010-2020 yılları arasında 1.6 milyar; 2020-2030 yılları arasında 1.8 milyar ve 2040-2050 yılları arasında da 2.2 milyar insanın sigara içeceği tahmin edilmektedir (64). Konu böyle geniş çaplı olarak ele alındığında sigaranın büyük bir ekonomik yükünün de olduğu açıktır. Tütün kullanımının ülke ekonomisine toplam maliyeti değerlendirilirken hem tütün üretimi, tütün ithalat- ihracatı , vergiler gibi tütün endüstrisi faaliyetleri ve devlet politikaları, hem de sigara içmeye bağlı morbidite ve mortalitenin sağlık hizmetleri açısından oluşturduğu yükten kaynaklanan sosyal ve ekonomik maliyetler gözönünde bulundurulmalıdır. Bunlar arasında sigara içenlerin neden olduğu maliyetler (sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların kullanılması, işe devamsızlık, iş gücü kaybı, hastalık nedeni ile yapılan ödemeler, vb.) ve ÇTD’nin tüm toplum üzerindeki etkilerinin neden olduğu maliyetler de bulunmaktadır (65).

Türkiye’de her yıl 100 binden fazla kişi tütün kullanımına bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir; bu tüm ölümlerin dörtte birini oluşturur. Bu sayının 2030 yılında 240 bine kadar artacağı hesaplanmaktadır. Bu durum tütün ürünlerinin kullanımının ülkemiz ekonomisine getirdiği yükü açıkça gözönüne sermektedir. Öte yandan kişilerin sigara satın alımının da yol açtığı çok önemli bir de ekonomik yük vardır. Türkiye’de sigara içenler her yıl sigara satın almak için 20 milyar TL dolayında para harcamaktadır. Bu miktar, Sağlık Bakanlığı’nın bütçesinin 4 katına eşittir. Tütünün ülkemize verdiği zararın ise 8-10 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır. Tütün ürünleri satış sayılarına göre 1980 ve 1990’lı yıllarda Türkiye’de tütün ürünleri kullanımında %80 dolayında artma olmuştur. Bu artışın en önemli nedeni yabancı sigaraların Türkiye’ye girmiş olmasıdır. Sigara kullanımındaki bu artışın en dikkat çeken sonuçlarından birisi akciğer kanseri sayılarındaki artıştır. Akciğer kanseri tanısı ile hastanelere yatan hasta sayısında 1960 ile 2004 yılları arasındaki 40 yıllık sürede 45 kat artış olmuş, aynı süre içinde Türkiye’nin nüfusu sadece 2,5 kat artmıştır (66). Ülkemizde 103 kişi ile yapılmış bir diğer çalışmada sigara içimi ile ilişkili olan akciğer kanserinin maliyeti araştırılmış, hasta başına ortalama maliyet 14.306 dolar, çalışma grubundaki toplam maliyet 1.473.530 dolar bulunmuştur (65).

T.C.Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı küresel yetişkin tütün araştırması raporunda yer alan verilere göre, halen mamul sigara kullanan kişiler bir önceki ay içinde sigara satın almak için ortalama olarak 86,7 TL para harcamışlardır. Erkekler (94,1 TL) kadınlara (58,5 TL) göre sigara satın almak daha fazla para harcamışlardır (66). 1994 yılında yapılmış bir başka çalışmaya göre ise, hane halkları aylık 34,10 lirayı sigaraya harcamışlar, aynı dönemin parası ile bu miktardaki para ile 12 litre süt, 17 adet ekmek, 16 kilo elma ya da yıllık sigara harcamalarına tekabül eden rakam ile de ortalama 2.4 aylık kira, 1.3 ton odun ya da 1.1 ton kömür alınabilmektedir (67). Yine DİE'nin 2003 yılı Hanehalkı Tüketim Araştırması sonuçlarına göre, genel olarak hane halkları toplam aylık harcamalarının %4'ünü tütüne ayırmaktadırlar. Bu durum çocuk eğitimi için harcanan paranın hemen hemen yarısıdır.

Dünya Bankası verilerine göre her yıl tütünün yol açtığı ekonomik zarar 200 milyar dolardır. ABD'de 1993'te sigaraya bağlanabilen tıbbi giderler 50 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. İşgücü ve üretim kaybı da eklendiğinde kayıp 97 milyar dolar veya kişi başına 373 dolardır. Bu maliyetlerin sigara içenler tarafından vergi şeklinde karşılanabilmesi için her paketin 4 dolar zamlanması gerektiği hesaplanmıştır. 1995 yılında ABD'de sigara reklamları için harcanan para günlük 5 milyon dolar olup o yılın tüberküloz programının bütçesini karşılayabilecek düzeydedir. 1998 yılında, tıbbi giderlerin maliyeti 75.5 milyar dolara yükselmiş, her sigara içicisinin toplamda (yol açtığı hastalıklar, iş gücü kaybı vb.) 3.391 dolara mal olduğu ve bunun da ABD'de sağlık giderlerinin %8'ini oluşturduğu belirlenmiştir (65).

Dünya sigara pazarının %75'ini Philip Morris, British American Tobacco, Japan Tobacco International, China National Tobacco Corporation olmak üzere dört sigara firması ellerinde tutmaktadır; bunlardan en büyük üç sigara üreticisinin 2008 net gelirlerine bakıldığında bu değerler Uluslararası Para Fonu 2008 verileri temel alınarak ülkelerin gayri safi milli hasılları ile karşılaştırıldığında, Philip Morris'in 91 ülkeden, BAT'ın 63 ülkeden, JTI'nin 58 ülkeden daha fazla geliri olduğu ortaya çıkmaktadır (68,69).

Devlet sigaradan alınan vergileri artırarak sigara fiyatlarını arttırdığında, kişiler içtikleri miktarı azaltarak ya da sigarayı bırakarak tüketimlerini azaltmakta, hükümetler sigaradan topladıkları vergi gelirlerini artırabilmektedir. Günümüzde ülkemizde olduğu gibi, çoğu ülke sigaradan alınan vergileri ve bunun sonucu olarak sigara fiyatlarını artırarak önemli miktarda

gelir elde etmektedir. Örneğin, ülkemizde tütünden ve sigaradan toplanılan vergiler 2006 yılında vergi gelirlerinin %8.1'ini, toplam gelirlerin %6.6'sını oluşturmaktadır. Tütün tüketiminin azaltılmasında vergilendirme özellikle gelişmekte olan ülkelerde çok önemli bir mekanizmadır. Dünya Bankası verilerine göre, sigara fiyatları %10 artırılsa, gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi %8 azalırken, gelişmiş ülkelerde %4 azalmış olacaktır (70) .

G. SİGARA İÇME YASAĞININ TARİHÇESİ

Tütün kullanımının yaygınlaşması ile beaber yasaklamalar da gündeme gelmiştir. İlk kez 1575 yılında İspanya ve Amerikan kiliselerinde tütün kullanımı yasaklanmıştır (71). 1603 yılında İngiltere'de Kral I. James dine aykırı olduğu ve insanların ruhlarını kötü güçlerin ele geçirdiğini söyleyerek tutunu yasaklamış, İngiltere'ye tütünü ilke kez getiren şair Sir Walter Raleigh'i öldürmüştür (72). Papa VII. Urban, 1590 yılında kilisenin içinde veya bahçesinde tütün çiğneyen, tozunu burnuna çeken veya kağıda saranları aforoz etmiştir (73). İran'da Safevi Şah Abbas döneminde tütün içenlerin üst dudakları, enfiye çekenlerin ise başları kesilmiştir (74) .

Osmanlı'da ilk tütün yasaklarının altında yatan en önemli sebepler; dini konular ve tütünün yangınlara yol açığının düşünülmesi ve tütün ile beraber daha yaygın kullanılmaya başlanan kahvehanelerde ülke yönetiminin eleştirilmeye başlanmasıdır. Bu konuda ilk olarak 1634 yılında IV. Murat tütün kullanımı yasaklamıştır (71). 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.

Dünyada giderek yaygınlaşan tütün kullanımı ile beraber tütünün zararları ile ilgili bilimsel çalışmalar yapılmaya başlanmış ve raporlar yayınlanmıştır. 1665'de ilk kez Simonis Paulli isimli bir yazar tarafından tütünün sağlığa olan, zararlarından bahsedilmiştir. 1761'de İngiliz doktor John Hill, "Cautians Against the immedtrate Use of Snuff" (Aşırı Enfiye Kullanımına Dikkat) isimli ve tarihte bilinen ilk tütün-kanser araştırması olan raporunu yayınladı. 1930'da Almanya'nın Köln Üniversitesi bilim adamları sigara ve kanser arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak ortaya çıkardı 1947'de Kanadalı Dr. Norman Delarue akciğer kanseri hastalarının %90'ının sigara tiryakisi olduğunu gösteren bir araştırma yayınlamıştır (7).

Konuyla ilgili iki önemli rapor ilk kez 1962 yılında İngiltere’de daha sonra 1964’de ABD’de açıklanmıştır. Bunların ardından Dünya’nın belli ülkelerinde yasal yaptırımı olan sigara yasakları kanunları oluşturulmuştur. İsveç 1963 yılında sigaraya karşı ilk ulusal mücadele programı başlatan ülkedir. Almanya’da 1723 yılında Berlin, 1742 de Königsberg, 1744’te Stettin şehirlerinde sigara yasağı uygulanmaya başlanmıştır . 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 (75). ABD’de ilk kez 1973’te Arizona’da kamuya ait yerlerde sigara kullanılması hükümet tarafından yasaklanmıştır. Brezilya’da 1990’da sigara kullanımıyla ilgili; kamuya ait yerlerde ve özel sağlık bakım kurumlarında sigara kullanılması, reşit olmayan çocuklara sigara satışı, radyo ve televizyonda sigara reklamları yasaklanmış, 1993’de Fransa’da sigara firmalarının sportif ve kültürel etkinlikleri desteklemesinde yasaklamalar getirilmiştir. (76).

Pasif içiciliğe karşı olan kampanyalar ise daha çok 20. yüzyılda göze çarpmaktadır. DSÖ 1986 yılında 31 Mayıs tarihini “Dünya Tütünsüzlük Günü” ilan etmiş, 1988 yılında Madrid’de 1. Avrupa Tütün Konferansı’nda “Smoke-Free Europe” (Dumansız Avrupa) sloganıyla ülkemizin de içinde bulunduğu 32 Avrupa ülkesinde sigara kullanımı azaltacak çalışmalar başlatmıştır (77) .

2004’te İrlanda ve Norveç’te, 2006’da İskoçya’da, Kuzey İrlanda ve İngiltere’de tüm kamusal alanlarda sigara içme yasağı uygulanmaya başlanmıştır (75). Arnavutluk’ta 2007’den, Yunanistan’da Eylül 2010’dan beri tüm kapalı alanlarda, Arjantin’de sadece başkentte sigara içme yasağı uygulanmaktadır. Belçika sigara yasağını kademe kademe uygulayarak, 2006’da işyerlerinde, 2007’de restoran ve barlarda, 2008’de de okullarda,. 2010 yılında ise, restoran ve barlarda sadece yemek servis edilirken, sigara içilmesi yasaklandı. Dünyada her üç sigaradan birinin içildiği Çin’de de sigara yasağı 2010’dan itibaren uygulanmaya başlansa da, yasağın büyük baskılar yüzünden bar ve lokantaları kapsamamaktadır. Kanada ve Hindistan’da 2008 yılından itibaren kapalı alan yasağı uygulanmaktadır. Himalaya Krallığı Bhutan ise halihazırda dünyada tütün satış ve kullanımının toptan yasak olduğu tek ülkedir; yasağa uymayanlara 3 yıl hapis cezası uygulanmaktadır. Avrupa’da 2008 yılı itibariyle tam sigarasız olacak şekilde

yasanın mevcut olduğu ülkeler; Belçika, İngiltere, Danimarka, Fransa, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Norveç, İsveç, İsviçre (Cenevre) ve Türkiye idi.(78). Geçen 4 yıl itibariyle yasanın uygulanmakta olduğu ülke sayısı giderek artmış olup bugün kapsamlı sigara yasağının uygulanmakta olduğu ülkeler; Arnavutluk, Avustralya, Barbados, Butan, Burkina Faso, Kanada, Çad, Kolombiya, Yunanistan, Guatemala, Honduras, İran, İrlanda, Libya, Maldivler, Malta, Marşal adaları, Namibya, Nauru, Yeni Zelanda, Pakistan, Panama, Peru, Seyşeller, İspanya, Türkiye, Trinidad ve Tobago, Türkmenistan, İngiltere, Uruguay'dır. Yasağın başarıyla uygulanmasının örnek olduğu ülkeler arasında yer alan Türkiye'deki mevcut yasa şu anda dünyada 31 ülkede uygulanmakta ve bu kanunlar ile 739 milyon kişinin sağlığı korunmaktadır

H. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE TÜTÜN KONTROLÜ İLE İLGİLİ PROGRAMLAR

Tütün kontrolü mücadelesinin üç önemli adımı olmalıdır. Bunlar; herhangi bir tütün ürününün kullanılmamasının sağlanması, tütün kullananların bu davranışlarını bırakmaları için destek olunması ve sigarayı içmeyenlerin sigara dumanından pasif etkilenimlerinin engellenmesidir. Dünyada en sık tüketilen tütün ürününün sigara olması nedeniyle de tütün karşıtı politikalar genelde sigara üzerinden yürütülmektedir. Global tütün mücadelesinde Birleşmiş Milletler'e bağlı çalışan Dünya Sağlık Örgütü'nün öncü rol aldığı açıktır. Çünkü tütün mücadelesi uluslararası örgütlenme ve birçok sektörün işbirliğini gerektirmektedir.

Mayıs 2003'de Dünya Sağlık Meclisi tarafından kabul edilen ve 168 ülke bakanları tarafından imzalanan, 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 Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS), tütün salgınına karşı global ve ülke düzeyinde yürütülen önlemleri büyük oranda ivmelendiren, dünyanın ilk tütün karşıtı eylemi olmuştur (79).

TKÇS'deki ana önlemler şu şekildedir:

- Toplumun pasif maruziyetten korunması,
- Tütün ürünlerinin ifşası ve içerikleri ile ilgili düzenlemeler,

- Tütün firmalarının her türlü tanıtım ve sponsorluk yapmalarının yasaklanması,
- Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi ve bu paketleme sırasında paketin en az %30'unu kaplayacak şekilde uyarı yazısıyla yine kullanıcının dikkatini çekecek resimlere yer verilmesi,
- Tütün talebinin azaltılması için gerekli fiyat, vergilendirme önlemleri,
- Tütün kaçakçılığının engellenmesi,
- 18 yaşın altında tütün satışı yapılmaması,
- Eğitim ve iletişim ile toplumsal bilincin artırılması yoluyla tütünün bırakılması ile ilgili bilgilendirme (1).

Sözleşme 27 şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiş, “Uluslararası Yasa” özelliğini kazanmıştır ve halen 168 katılımcısı ile BM tarihinde en çok tarafa sahip olan antlaşmadır (80).

Tütün kontrolünde uluslararası kabul gören en güncel yaklaşımlardan birisi de Temmuz 2008’de Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü tarafından açıklanan “GÜÇLENDİRME (M-POWER)” yaklaşımlar bütünüdür. Bu yaklaşım altı temel adımı içermektedir;

M (Monitor, tobacco use and prevention policies): Tütün kullanım salgını ve önleme politikalarını dikkatle İZLEMEK,

P (Protect people from tobacco smoke): Toplumların sigara dumanından pasif etkilenimlerini ÖNLEMEK,

O (Offer help to quit tobacco use): Sigarayı bırakmak isteyenlere YARDIM ETMEK,

W (Warn about dangers of tobacco): Bireyleri sigaranın tehlikeleri ile ilgili UYARMAK,

E (Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship): Tütün reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu ile ilgili yasakları UYGULAMAK,

R (Raise taxes on tobacco): Tütüne uygulanan vergi miktarını ve fiyatları ARTIRMAK.

Yapılmış bir çalışmada, sigara fiyatlarının artırılmasının tütün kontrolüne olan katkısının %30, kamusal alanlarda yasaklanmasının %20, reklam ve tanıtımın yasaklanmasının %13 ve sigara bırakma çalışmalarının %10 oranında gerçekleştiği gösterilmiş olup, bu durum sigara fiyatlarının artırılması ve yasaların işlevsel kılınmasının önemini vurgular niteliktedir.

Dünyada “Çok Uluslu Tütün Şirketleri”nin gelişmekte olan / az gelişmiş ülkelerde daha kolay iş yapabildikleri olduğunu vurgulamak yerinde olacaktır. Yapılan çalışmalar sigara içme

sıklığının böyle gitmesi durumunda, 2020 yılında sigaranın her yıl 10 milyon kişinin ölümüne neden olacağı ve ölümlerin %70'inin gelişmekte olan, düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşeceği belirtilmektedir (81,82). Bu durumun nedenleri arasında; gelişmiş ülkelerde tütün mücadelesinin daha kararlı bir biçimde yürütülmesi, yasalarla özel hedef olan riskli grupların (çocuklar, kadınlar, engelliler gibi) daha çok korunması, gelişmiş ülkelerde yaşayan halkların tütün mücadelesi ile ilgili duyarlılıklarının daha fazla olması, az gelişmiş ülkelerde yasaları denetleme sorunları bulunması, gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda kullanım sıklığının ulusal boyutta saptanabilmesi için kaynak ayrılması gibi sorunlar yatmaktadır (83). Tüm bu nedenler yüzünden, global mücadelenin gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde yaygın olarak sürdürülmesi ayrıca önem taşımaktadır.

Halen yaklaşık yirmi milyon kişinin sigara içmekte olduğu ve T.C. Başbakanlık Makamı tarafından her yıl yüzbin kişinin tütün kullanımı nedeniyle hayatını kaybettiği ve bu sayının 2030 yılında 240 bin kişiye yükseleceğinin bildirildiği ülkemizde 1924 yılında kurulan Tekel'in varlığı nedeniyle uzun yıllar sigarayla ilgili hiçbir tanıtım yapılmamış, tütün kontrolü konusunda özel çaba gösterilmesi gerekmemiş, ancak 1984 yılında yabancı sigara ithalatının serbestliğe kavuşması ile beraber durum değişmiştir. Tütün kontrolüne yönelik ilk bilimsel toplantı "Sigara ile Mücadele I.Ulusal Kongresi" adı altında Ankara'da 1992 yılında yapılmış, 1995 yılında "Sigara ve Ulusal Sağlık Komitesi" kurulmuştur. TKÇS Nisan 2004'te imzalanmış ve Kasım 2004'te Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nde kabul edilmiştir (2).

Türkiye'de tütün tüketimi hakkında ilk kanun teklifi "Sigaranın Zararlarının Önlenmesi İçin 6 Mayıs 1930 Gün ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununa Kimi Maddeler Eklenmesine İlişkin Yasa Önerisi" adı altında dönemin CHP İstanbul Milletvekili Reşit Ülker tarafından verilmiş, ardından sırasıyla 1989 yılında "1177 Sayılı Tütün ve Tütün Tekeli Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi" ve "Sigara, Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlı Alışkanlıklarından Koruma Kanunu Teklifi" başlıklı önerilerden hiçbiri kanun hükmüne ulaşmamıştır (84).

Ülkemizde tütün kontrolü konusundaki yasal devrim, 7 Kasım 1996'da kabul edilip, 26 Kasım 1996 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair 4207 Sayılı Kanun"dur. Daha sonra bu kanun 1996 yılında TKÇS hükümlerine de uyacak şekilde genişletilip değiştirilerek 3 Ocak 2008 tarihinde TBMM'de

bulunan tüm partilerin oyları ile yasalaşarak 19 Ocak 2008 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girdi (85).

Sözkonusu yasa “tütün ürünü” olarak tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş her türlü maddeyi ifade etmektedir. Yine yasada pasif maruziyetin engellenmesi amacı güdülerek;

-Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,

-Koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,

-Taksi hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında,

-Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,

-Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde tütün ürünlerinin kullanılmayacağını ifade eder.

Aynı zamanda yasada tütün ürünlerinin reklam tanıtım ve sponsorluklarının önüne geçilmesi amacı ile;

- Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alametleri kullanılarak reklam ve tanıtımı yapılamayacağı,

- Tütün ürünlerinin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemeyeceği,

- Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmaların, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamayacakları,

- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmaların isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alametleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınmayacağı,

- Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemeyeceği,

-Firmaların her ne amaçla olursa olsun üretilen ve pazarlaması yapılan tütün ürünlerini bayilere veya tüketicilere, teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon, bedelsiz veya yardım olarak dağıtamayacakları belirtilmiştir.

Tütün kontrolü konusunda halkın bilgilendirilmesi konusunda büyük önemi olan medyada da bazı düzenlemelere gidilmiş;

-Her ne amaçla olursa olsun, tütün ürünlerinin isim, logo veya amblemleri kullanılarak bildirim yapılamayacağı, basın-yayın organlarına ilan verilemeyeceği,

-Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünlerinin kullanılmayacağı ve görüntülerine izin verilemeyeceği,

-Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorunda olduğu (asgari otuz dakikasını 17:00-22:00 saatleri arasında olmak üzere 08:00-22:00 saatleri arasında) vurgulanmıştır.

Yine yasak konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılması hususunda;

- Tütün ürünlerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde, yasal düzenleme ve buna uymamanın cezai sonuçlarını belirten uyarılar; salonlarda asgari 10 cm'lik puntolarla, toplu taşıma araçlarında 3 cm'lik puntolarla herkes tarafından görülebilir yerlere asılması, tütün ürünlerinin tüketilmesine tahsis edilen alanlarda tütün ürünleri kullanımının tehlikelerini anlatan sağlık uyarıları herkes tarafından görülebilir yerlere asılması gerektiği,

-Tütün ürünlerinin satışının serbest olduğu yerlere en az 5 cm'lik puntolarla, beyaz zemin üzerine büyük harfler ve siyah yazı rengi ile, "Yasal Uyarı: 18 yaşını doldurmayanlara sigara ve diğer tütün ürünleri satılamaz; satanlar hakkında yasal işlem yapılır." ibaresi yazılarak, rahatlıkla görülebilen ve okunabilen yerlere asılması gerektiği,

-Türkiye'de üretilen veya ithal edilen tütün ürünleri paketlerinin üzerine, en geniş iki yüzünden bir yüzüne toplam alanın yüzde kırkıdan, diğer yüzüne yüzde otuzundan az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten Türkçe yazılı uyarılar veya mesajlar konulması, bu uyarı yazılarının aynı şekilde, birden fazla paketi bir arada bulandıran tütün ürünleri kutuları üzerine de yazılması zorunlu tutulduğu, uyarı mesajları

resim, şekil veya grafik biçimlerinde de olabileceği, uyarı mesajlarını taşımayan tütün ürünlerinin ithal edilemeyeceği veya satışa çıkarılamayacağı,

- Tütün ürünlerinin paketlerinde ve etiketlerinde, bu ürünlerin özellikleri, sağlığa etkileri, tehlikeleri veya emisyonları ile ilgili yanlış ve eksik bilgi verilemeyeceği, aldatıcı tanımlama, marka, renk, figür veya işaret kullanılamayacağı,

-Bu kanunda sözü edilen yasal uyarı yazıları, resim, şekil veya grafik mesajlarıyla ilgili hususlar yönetmelikle (Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından çıkarılan yönetmelik) düzenleneceği hususları da açığa kavuşturulmuştur.

Kanunda diğer koruyucu önlemler başlığı altında;

- Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışının yapılamayacağı,

- Tütün ürünlerinin onsekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamayacağı ve tüketimlerine sunulamayacağı,

-Onsekiz yaşını doldurmamış kişilerin, tütün ürünleri işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında istihdam edilemeyeceği,

-Tütün ürünlerinin, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamayacağı,

- Tütün ürünlerinin, yetkili satıcı olan yerlerin dışında; otomatik makinelerle, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satılamayacağı ve satış amacıyla kargo yoluyla taşınamayacağı,

- Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağızlık, ve benzeri atıkların çevreye atılamayacağı,

- Tütün ürünlerinin, onsekiz yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek şekilde satışa arz edilemeyeceği, satış belgesi olmaksızın ve satış belgesinde belirtilen yerin dışında satışa sunulamayacağı,

- Her türlü sakız, şeker, çerez, oyuncak, kıyafet, takı, aksesuar ve benzeri ürünlerin tütün ürünlerine benzeyecek veya markasını çağrıştıracak şekilde üretilmeyip satılamayacağı ifade edilmektedir.

Ülkemizin geleceği olan gençlerin bilgilendirilmesi ve sigara bırakılması konusunda gerekli desteğin sağlanması konusunda ise;

- Tütün ürünleri tüketiminin ve tütün dumanına maruz kalmanın oluşturduğu sağlık riskleri konusunda çocukları ve gençleri bilinçlendirmek üzere ilgili kuruluş ve sivil toplum örgütlerinin görüşleri alınarak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından bir müfredat hazırlanacağı,
- Tütün ürünleri alışkanlığının bırakılmasını özendirici programlar ve tütün bağımlılığının ilaç ile tedavisinin ulaşılabilir olması için gerekli çalışmaların Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Aynı zamanda yasa tütün tüketiminin yasaklandığı yerlerde tütün kullananlara, 30 Mart 2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanunu'nun 39. maddesi uyarınca para cezası kesileceğini, kamu hizmet binaları dışında tütün tüketiminin yasak olan yerlerde yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumlularının, işletme iznini veren kurum yetkilileri tarafından önce yazılı uyarılacağını, ancak yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından idari para cezasına çarptırılacağını hükme bağlamaktadır (85).

Türkiye'de tütün kontrolü hakkında önemli olan bir diğer belge olan 13224 sayılı 2006/29 numaralı Başbakanlık Genelgesi'nde, TKÇS kapsamında yapılacak çalışmaların planlanması ve Türkiye'de sigara tüketiminin kontrol altına alınması ve vatandaşlarımızın, özellikle gençlerin korunması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca 2006–2010 yıllarını kapsayacak "Ulusal Tütün Kontrol Programı"nın hazırlandığı belirtilmiştir. Bu genelge kapsamında amaçlar şu şekilde belirtilmiştir;

1. 2006 yılı sonuna kadar kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında tütün mamulü tüketimini tamamen engellemek.
2. 2006 yılından itibaren mamullerin içeriği ile ilgili toplumu bilgilendirmek.
3. 2007 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek.
4. 2007 yılına kadar idari ve adli yaptırımların etkili, adil ve caydırıcı hale getirmek.
5. 2007 yılından itibaren tütün ve tütün mamullerinin içeriği, emisyonlarının değerlendirilmesi ve ölçülmesi için ulusal ve uluslararası standart ve düzenlemeler doğrultusunda akredite laboratuvar kurmak ve DSÖ bünyesinde faaliyet gösteren TobLabNet (uluslararası laboratuvar, test ve analiz ağı) ile koordinasyon halinde çalışmalar yapmak.
6. 2010 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40'ın üzerine çıkarmak.
7. 2007 yılına kadar, sigara ve diğer tütün mamüllerinin marka ve firma

reklamına aracı olacak her türlü reklam, sponsorluk ve promosyon ihlallerini sıfıra indirmek.

8. 2007 yılından itibaren mamullerin içerik olarak standartlara uygunluğunun düzenli olarak izlemek.

9. 2007 yılı sonuna kadar Türkiye’de yasadışı ticaretin boyutunu kanıta dayalı yöntemlerle saptamak.

10. 2007 yılı sonuna kadar Ulusal Tütün Kontrol Programı’nın izlenmesi, değerlendirmesi ve raporlanması için ulusal bir veri sistemi kurmak

11.2008 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50’nin üzerine çıkarmak.

12. 2008 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90’ın üzerine çıkarmak.

13. 2008 yılına kadar “pasif maruziyetin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı” olduğu bilgisini toplum geneline yaymak

14. 2010 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50’nin üzerine çıkarmak.

15. Türkiye’de sigara üzerindeki vergi yükünü 2010 yılına kadar %80’in üzerine çıkarmak (sigara fiyatlarının tüketimi caydırıcı biçimde artırılması).

16. 2010 yılına kadar gebe ve çocukların pasif maruziyete uğramalarını önlemek

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.

20.2010 yılına kadar toplumun %90’ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak.

21. 2010 yılında Ulusal Tütün kontrol politikalarının etkililiğini değerlendirmek ve raporlamak (83).

“Ulusal Tütün Kontrol Programı” 2006-2010 yılları arasını kapsamaktadır. Bu süreçte ülkemizde faaliyetlerin daha etkin olarak 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.

Ayrıca yine Temmuz 2009 tarihinde yayınlanan bir genelge ile kapalı alan “sabit veya seyyar bir tavanı veya çatısı (çadır, güneşlik vb. dahil) olan, kapıları, pencereleri ve giriş yolları dışında bütün yan yüzeyleri geçici veya kalıcı olarak tamamen kapatılmış alanlar ile aynı şekilde tavanı veya çatısı olup yan yüzeylerinin yarısından fazlası kapalı bulunan yerler” olarak tanımlanmış ve yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalarının yatarak tedavi gördüğü birimlerde ve ceza infaz kurumlarında, şehirlerarası veya uluslararası güzergahlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde toplam alanın %10’u veya her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin açık alanda yapıldığı yerlerde, seyircilerin izlediği yerler olmamak ve toplam seyir alanının %50’sini geçmemek kaydıyla tütün tüketimine izin verilen bazı alanların koku ve duman geçişini önleyecek şekilde tecrit edilmiş, standartlara uygun havalandırma tertibatı ile donatılmış ve tavanı, kapı ve pencereleri dışında dört tarafı sert zemin veya duvarla kaplı olması gerektiğini belirlemiştir (86).

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.

I. TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA SİGARA İÇME YASAKLARININ ETKİLERİ

Dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin en başında yer alan sigaraya karşı dünya nüfusunun ancak %5'i kapsamlı sigarasızlık yasası ile korunmaktadır. Dünyada sigara içenlerin sadece %5'ini kapsayacak şekilde (ancak dokuz ülkede) tütün bağımlılığı tedavisi için kapsamlı hizmet bulunmakta, dünya nüfusunun yalnızca %2'sini oluşturan 4 ülkede sigara satış fiyatının %75'i kadar vergi uygulanmakta olup tüm bunlar yapılacak yasal düzenlemelerin önemini vurgular niteliktedir (1).

Norveç'te 2003 yılında sigara içme prevalansı %27,3 iken 2006 yılında yasadan sonra %24,5'e düşmüştür (87). İtalya'da yasanın yürürlüğe girmesinden bir yıl sonra yapılan değerlendirmede (Ocak 2006), Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 10 kişiden 9'unun yasayı desteklediği ve %87,3'ünün yasaya uyumun iyi olduğu belirtilmektedir; sigara satışlarının %5,7 azaldığı öngörülmektedir (25). İrlanda'da tütün yasasının yürürlüğe girmesinden sonraki ilk 6 haftanın sonunda sigara satışlarında %7,5 düşüş olmuştur. Ek olarak İrlanda'da sigara içme prevalansı yasadan önce %27 iken yasadan 8 ay sonra %24,1'e düşmüştür (88). ABD'nin sigara yasağı uygulanan eyaletlerinde 1993-2003 yılları arasında yapılan araştırmalarda sigara içme prevalansının ortalama %9 azaldığı bildirilmiştir (89).

Dünya genelinde kapsamlı tütün kontrolü veya dumansız ortamlar kanunlarıyla korunan nüfusun oranı 2007'de %3,1 iken 2008'de bu oran yüzde 5,4'e yükselmiştir (66).

Amerika'da yapılmış bir çalışma, New York'taki sigara yasağının restoran sektörü büyümesinde olumsuz etkisi olmadığını, aksine 1993'ten 1997'ye kadar 3 kat büyüme olduğunu bildirmektedir (90). İngiltere'den bir araştırmada lokanta müşterilerinin %64'ü lokantada sigara içilmeyen yer tercih etmişlerdir. Sigara içmeyenlerin %71'i ve sigara içenlerin %43,7'si dışarıda yemek yerken pasif maruziyetten rahatsız olduklarını bildirmişlerdir. Kaliforniya'da barlarda çalışanlar ve bar sahiplerinin sigarasız bir çevrede çalışma düşüncesi, kanun öncesi %17, kanun sonrası %51'dir (91).

Bombay’da yapılmış bir çalışmada rastgele olarak seçilmiş 25 restoran, kafe ve pubda yapılmış hava analizleri sonucunda , kapalı alanlarda sigara içiminin yasaklanması sonrasında zararlı partiküllerin yaklaşık %64 oranında azaldığı saptanmıştır (92).

İrlanda’da sigara yasağı sonrası barlarda nikotin seviyesinde yaklaşık %83 azalma olduğu bildirilmiştir (93). Benzer çalışmada bar, lokanta gibi iş sektörlerinde sigara yasağı sonrası ÇTD belirteçlerinin havadaki konsantrasyonunda %80-95 oranında azalma söz konusudur (94). Yine İrlanda’da, kanunun uygulamaya girdiği 2005 yılından bu yana sadece 86 kez kanuna karşı hareket edildiği saptanarak cezai işlem uygulanmıştır. Yeni Zelanda’da sigara içmeyen ancak sigara içilen bar, lokanta gibi işyerlerinde çalışanlarda, sigara içmeyen ve sigara yasağının olduğu yerde çalışanlara kıyasla tükürük kotinin seviyesi 3-4 kat daha fazladır (95). İskoçya’da bar çalışanlarında sigara yasağı öncesi ve 12 ay sonrası karşılaştırıldığında, tükürük kotinin düzeyleri ortalama %89 azalmıştır (96). İrlanda’da da yasağın sonrası tükürük kotinin düzeyinde bar çalışanlarında %80 (97), otel çalışanlarında ise %48 azalma bildirilmektedir (93). Yine İskoçya’da hastaneye solunum sistemi şikayetleri ile başvuranların sayısı 2 ay içinde %79’dan %47’e düşmüştür (1).

Amerika’da yapılmış bir çalışmaya göre, yasanın uygulamaya girmesinden sonraki 6 ay içinde akut myokard infarktüsü başvurularında %40’a yakın oranda azalma saptanmış olması (98), sağlık açısından olumlu bir gelişme gerçekleştiğini gözler önüne sermektedir.

28/2005 sayılı, İspanya’nın tütün kontrolüne ilişkin yasası çoğu kapalı kamusal alanda sigara içilmesini yasakladığı halde, bar ve restoranlar, oteller ve havaalanları gibi kamusal alanlarda ayrı sigara içme bölmeleri ve havalandırma yoluyla sigara içilmesine izin veren istisnaları içermektedir. Bu haliyle İspanya yasası, DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’nin (TKÇS) 8’inci Madde Uygulama Kuralları’na ters düşmektedir; zira söz konusu maddeye göre sözleşmeye taraf olan devletler tüm kapalı kamusal alanlarda, işyerlerinde ve tüm toplu taşıma araçlarında ikinci el tütün dumanına karşı tam koruma sağlamakla yükümlü bulunuyorlar. Yasa, bazı kamusal alanlarda fiziksel olarak ayrılmış ve ayrı havalandırması olan sigara odalarına, bar ve restoran gibi ikram sektörü işletmelerinde “Müşterilerin Kullanım Alanı”nın büyüklüğüne bağlı olarak sigara içilen kısımlarına ve opsiyonlu havalandırmaya izin vermektedir. Uygulamada, 100 m²’den daha az servis alanı bulunan işletmelerde sigara içilip içilmeyeceğine işletmeci karar vermekte, 100 m²’den daha büyük servis alanı olan işletmeler ise servis alanının % 30’unu geçmeyecek şekilde sigara

içilen kısım havalandırması yapabilmektedirler. Oteller de odalarının % 30'una kadar kısmında sigara içilmesine izin verebilmektedir. İspanyol yasası etkisiz bulunduğu kadar, karışıklığa neden olduğu için de çok eleştirilmiştir. Yasadaki “kullanım alanı” kavramı için anlamlı bir tanım bulunmadığından, işletmeler servis alanlarını küçük göstererek tamamen sigara içilmesine izin verilen işletme kategorisinde kendilerini göstermeye çalışmışlardır. Aynı mekânda hem bar hem restoran bölmesi olduğunda bunlar ayrı işletmeler gibi gösterilmiştir. Yasa yürürlüğe girdikten iki yıl sonra İspanya Sağlık Bakanlığı yasanın uygulanmasında bar ve restoranların en zayıf halkayı oluşturduklarını ve 350.000 restoran işletmesinden sadece 40.000 adedinin tamamen tütün dumansız olduğunu ya da bölmelendirildiğini rapor etmiştir (1) .

Ülkemizde de benzer sonuçlar mevcuttur. TAPDK verilerine göre, Türkiye’de satılan sigara miktarı; 2005 yılında 106 milyar 717 milyon adet iken, 2006 yılında 107 milyar 908 milyon adede, 2007 yılında 107 milyar 455 milyon adete 2008 yılında ise 107 milyar 859 milyon adete yükselmiştir. 2009 Temmuz ayında yürürlüğe giren kanun sonrasında ise, içilen sigara sayısı 2009 yılında, 107 milyar 555 milyon adede 2010 da ise 93 milyar 354 milyon adete gerilemiş ve ilk defa 100 milyar adetin altına düşmüştür. 2009 Temmuz-Kasım aylarında, Türkiye’de son beş yılın en düşük sigara tüketimi gerçekleşmiştir. 2007 yılının aynı dönemine göre 233 milyon paket, 2008 yılının aynı dönemine göre 185 milyon paket daha az sigara içilmiştir. 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.

Yine Yeşilay’ın 2009 Sigara Raporu’nda Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü verilerine göre, 4 aylık dönemde yasağa uymayan tiryakilerin ödediği para cezasının da 20 milyon YTL’yi aştığı belirtilmiştir. Aynı zamanda sigara tüketiminin azalmasına rağmen, sigara vergilerinin yükselmesi vergi gelirlerini artırdı. Maliye Bakanlığı 2010 verilerine göre 2009 yılında 11 546 093 TL olan tütün vergileri, tüketim azalmasına rağmen doğru vergi politikaları ile 14 784461 TL’ye yükseltildi.

Aynı dönemde Türkiye’nin gayrisafi yurtiçi hasılası % 3.3 düşerken, restoran 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 gibi yemek sektörü işletmelerinde %3.5 ve alkolü içki servisi yapan işletme sayısında da %3.0 oranında artma meydana gelmiştir. Alışveriş Merkezi Yatırımcıları Derneği verilerine göre alışveriş merkezi ciroları 2009 yılında % 5,5

oranında arttı. Yine Ekim 2008-Ekim 2009 tarihleri arasında ikram sektöründe açılan mekan sayısının kapanan mekan sayısından fazla olması, bu sektörden alınan vergi oranlarında herhangi bir düşüşün yaşanmaması dikkat çekici olup, yasakla beraber kaybeden sektörün restaurant, bar, kafe gibi kapalı ortamlar da dahil olmak üzere hizmet sektörünün değil, tütün endüstrisinin olduğunu açık bir şekilde ortaya koyar niteliktedir (99).

Ülkemizde yapılmış bir araştırmaya göre Türk halkının, Tütün Kontrolü Kanunu'nun birinci ve ikinci aşamalarına yönelik desteğin % 95,6 olduğu, her gün sigara içenlerin üçte ikiden fazlasının dumansız restoranları ve barları desteklediği ve %45'inin dumansız kapalı ortamlara daha sık gideceğini belirttiği tespit edilmiş olup, ayrıca kanunun dumansız ortam yaratmada %71 oranında etkili olduğunu düşündükleri saptanmıştır (100).

İstanbul'da yapılmış bir çalışmada, belirli 10 hastanenin Ocak- Mayıs 2010 tarihleri arasında yapılmış olan başvurularında bir önceki yılın aynı zaman dilimine göre; acil servis başvurularında %20,3 , akut alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı başvurularında %61,3 , pnömoni başvurularında %32,9, alerjik rinite bağlı başvurularında %59,2, kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı başvurularında %21,4, astıma bağlı başvurularında %20,5, iskemik kalp hastalığı ve enfarktüse bağlı başvurularında %33,6 azalma ve bunlara bağlı olarak ortalama kazanılan ilaç maliyetinin 4 036 200 TL olduğu saptanmıştır (101).

Sonuç olarak, tütün sorununu ortadan kaldıracak toplumsal dönüşümü yaratmak amacıyla başlatılan, tütün kontrolü konusundaki yasaların ve uygulamaların geliştirilmesi ve kuvvetlendirilmesi için gösterilen çabalar, toplum tarafından belirgin ve giderek artan bir destekle karşılanmaktadır. Bu durum, aynı zamanda yeterli ve daha güçlü kuvvetlendirme mekanizmalarının, cezaların, kapsamlı kampanyalar ve yasa bilgilerine uyumun geliştirilmesi için fırsatları da ortaya çıkaracaktır. İnsanları tütün ve ürünlerinin zararlarından korumak, tütün karşıtlığını doğru ve haklı göstermeye çalışmak, bunu savunanların yanında yer almak her yurttaşın asli görevlerindedir.

J. SİGARA BIRAKMA TEDAVİLERİ

Kronik bir hastalık olan tütün bağımlılığını bırakma tedavisi ve bunun yaygın bir şekilde sunulması tütün kontrolünün en önemli bileşenlerinden birisidir. Sigara içenlerin %70'i her yıl ve yılda en az bir kez doktora başvurmaktadır (102). Yine hastaların %70'i sigarayı bırakmak istediklerini ancak bırakamadıklarını ifade etmektedir. Hastaların %35'inde son bir yılda ciddi bırakma denemesi (103) ve %80'inin geçmişinde bırakma denemesi hikayesi mevcuttur (104).

Tüm bunlara karşın hastaların sadece %3'ü bırakmayı başarabilmektedir (105). Sigara bırakma girişimlerinin kıyaslandığı bir çalışmada 12 ayın sonunda halen sigara içmeyen kişilere bakıldığında, yardımsız sigarayı bırakma çabalarının %3, sigara bırakma poliklinik başvurusu ve nikotin replasman tedavisi kombinasyonunun %20 oranında sonuç verdiğini görülmektedir (106). Yine tedavide izlem çok önemli olup yapılan bir çalışmada hekimin yalnızca sigarayı bırakmayı önerdiği zaman sigara içenlerin %1'inin; buna izlem eklendiği zaman ise %5-10'unun en az 1-2 ay süreyle sigara içmeyi bıraktıkları bildirilmiştir (107).

Sağlık hizmeti için başvuranların temas noktası %90 oranda birinci basamak sağlık kuruluşları olmaktadır. Türkiye'de sigara bırakma tedavileri için ilk basamak sayıları 6000'in üzerinde olan sağlık ocakları olmalıdır. Hekim tarafından yapılacak kısa bir görüşme ile gelen hastalardan sigara içenlerin %2-3'ünde bırakma sağlansa bu durum Türkiye genelinde düşünüldüğünde rakam çarpıcı olacaktır. Yurtdışında yapılmış bir çalışmada ise genel pratisyenlerin tiryakilerin %50'sine kısa danışmanlık girişimleri yapması durumunda ek olarak 75 bin kişinin sigarayı bırakmasının sağlanabileceği saptanmıştır (108). Pratisyen hekimlerin bu konuda eğitilmesi ve klinik uygulama klavuzlarının etkinleştirilmesi faydalı olacaktır.

Genel pratisyenin sigara bırakmada etkin olmasının önemli bir yolu da sevk sisteminin olmasıdır. Türkiye'de ilk kez Ocak 1993'de Marmara Üniversitesi ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine bağlı "Sigarayı Bıraktırma Klinikleri" açılması planlanmış, son 20 yıl içinde ise giderek artan bir ivme ile önce tıp fakültesi hastanelerinde daha sonra kamu hastanelerinde yaygınlaşmıştır. Sigara bırakma poliklinikleri sigara bağımlılığının tedavisi için en etkin ve kolay yoldur. Dünya nüfusunun ise yalnızca %5'i bu konuda etkin sağlık hizmetine ulaşabilecek konumdadır.

Sigara bırakma tedavileri konusunda bir diğer önemli husus da, sigara sayısının azaltılmasının zarar azaltma konusunda gerçekçi bir çözüm olmadığıdır. Norveç'te, 1970-2002 yılları arasında yapılan, 23.521 erkek ve 19.201 kadın hastayı kapsayan prospektif bir çalışmada, günde 1-4 sigara içmenin zarar azaltıp azaltmayacağı araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, sigara sayısı azaltılsa bile başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diğer ölüm nedenlerinde riskin azalmadığı, hatta kadınlarda erkeklere göre akciğer kanseri riskinin daha belirgin olduğu bulunmuştur (109). Bir diğer çalışmada da ağır içicilerde sigara tüketimi %50 azaltılsa da, kardiyovasküler hastalık, iskemik kalp hastalığı, akciğer kanseri ve diğer hastalıklara bağlı mortalite oranlarında anlamlı bir azalma bulunamamıştır (110).

Tedavide ilk basamak, kişinin sigara bırakma isteğinin algılanmasıdır. Bırakmayı düşünmeyen bireylere "5R" basamak yöntemi uygulanabilir. Burada adı geçen "5R", sırasıyla; bireye özel durumun ele alınması (relevelance- ilişki), sigara içiyor olmanın sonuçlarının vurgulanması (risks-riskler), sigara içmemenin sonuçlarının anlatılması (rewards-ödülleri), bırakmayı engelleyen sorunları belirleme (roadblocks-engeller) ve her başvuruda motivasyonun tekrarlanması (repetition-tekrar)'dır. Bırakmanın düşünüldüğü evrede olan bir içici için, "5A" basamak yöntemi ise sırasıyla; kişinin sigara içme durumunun kaydedilmesi (ask-sor), bırakma önerisinde bulunulması (advice-öner), bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi (assess-değerlendir), bırakma plan ve tedavisi için yardımcı olunması (assist-yardım) ve düzenli kontrol altına alma (arrange-izle) 'dır (111).

Psikolojik, davranış ve nörobiyolojik boyutların her üçü beraber ele alındığında sigara bırakma tedavisini psikososyal ve farmakolojik tedaviler olarak iki grupta inceleyebiliriz. Bilişsel-davranışçı tedavide; sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirme teknikleri, sigara ile ilgili koşulların söndürülmesine yönelik teknikler ve sigara içme dürtüsü ile başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik teknikler kullanılır. Kışkırtıcı ve sürdürücü faktörlere karşı tedbir alınır, örtülü duyarlılaştırma teknikleri ile zihinde sigaraya karşı olumsuz imgeler oluşturulur, sigara kullanma dürtüsü ile başa çıkma becerilerinin kazandırılmasına yönelik teknikler öğretilir, sigara kullanma davranışının zevk vermeyen ortamlara taşınması önerilir, kompulsif davranışlara karşı yeni hobiler edinme, pratik başa çıkma önerileri gibi beceriler konusunda yardımcı olunur. Grup terapileri, telefon konsültasyonları yapılabilir. Bunların dışında, yararları konusunda yeterli klinik kanıt olmayan hipnoz, akupunktur, biyorezonans gibi yöntemler de vardır (112).

Sigaranın bırakılması üzerine etkili tedavi yaklaşımlarından bir diğeri de farmakoterapidir. Hem davranışçı-bilişsel tedavi, hem de farmakoterapi tek başına etkili olup, iki yöntem birlikte uygulandığı zaman bırakma oranlarını artırmaktadır. Farmakoterapi konusunda ilk ortaya çıkan ve halen etkili bir yöntem olan nikotin yerine koyma tedavisinin (NYKT) amacı öncelikle yoksunluk semptomlarını ortadan kaldırmak ve daha sonra nikotin dozu yavaş yavaş azaltılarak bağımlılığın sona erdirilmesidir. En sık kullanılan formları; bant ve sakızlardır. Bunların yanısıra henüz ülkemizde bulunmayan inhaler, nasal sprey ve pastil formları da bulunmaktadır. Tedavi başarısızlığında ya da yoksunluk belirtileri yeterince kontrol altına alınamadığında, kombine tedavi kullanılabilir. Yapılmış bir metaanalizde, NYKT ile plasebo ya da non-nikotin tedaviler karşılaştırılmış ve NYKT için OR:1.58 olarak saptanmıştır (113). Tüm nikotin formları, diğer farmakolojik tedavilere benzer şekilde, başarı oranlarını plaseboya göre yaklaşık 2 kat artırmaktadır (114). En çok tercih edilen bant ve sakız kombinasyonudur. Ülkemizde sakızın 2 ve 4 mg'lık formları, transdermal bantların ise tümü 24 saat etkili olan 21, 14 ve 7 mg nikotin içeren değişik formları mevcuttur. Yüksek doz bant ile tedaviye başlanır, gerekirse sakız ile kombine edilir ve 3-4 haftalık süreçlerle doz azaltılarak 7-14 hafta kullanılır. Sakızlar yaklaşık 30 dakikada yavaş çiğnenmelidir, aksi takdirde gastrik irritasyona yol açabilir. NYKT'nin istenmeyen etkileri lokal reaksiyonlar, özellikle deri bantlarıyla deride iritasyon, spreyle burun mukozasında iritasyondur. Bu reaksiyonlar genellikle tedavinin kesilmesini gerektirmez (44). Güvenli bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, hastalar maksimum alabilecekleri doz açısından dikkatle uyarılmalı ve gebelerde, emziren kadınlarda, akut myokard infarktüsü geçiren kişilerde ve ciddi aritmisi olanlarda kullanılmamalıdır. Nikotin sakız ve bantları diğer nikotin dışı farmakolojik tedavi seçenekleriyle beraber de kullanılabilirler ancak vareniklin ile teorik olarak kullanımı mümkün değildir.

Günümüzde nikotin içermeyen farmakolojik ajanlar, bupropion HCL ve vareniklidir. Tütün bağımlılığının tedavisinde etkisi gösterilen ilk non-nikotin tedavisi olan bupropion, nontrisiklik, aminoketon bir antidepresif ajandır. Dopaminerjik mekanizma yoluyla aktivite göstererek yoksunluk belirtilerini azaltır. Serotonin üzerine hemen hiç etkisi yoktur (115). Preparat ismi "Zyban" olan bupropion, tek başına 150 mg peroral olarak ilk üç gün 1x1 daha sonra günde 2x1 olarak 7-12 hafta kullanılabilmesi gibi, nikotin preparatları ile birlikte de kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda bupropion 300 mg/gün dozunda kullanan olguların sigara bırakmış olma durumunu 1 yıl sürdürme oranı %23 iken, plaseboda bu oran %12 olarak

görülmüştür; sigara bıraktırma oranı plaseboya göre anlamlı oranda yüksektir (116). Nadiren uykusuzluk, ağız kuruluğu, baş ağrısı, bulantı ve tremor gibi yan etkileri vardır. Merkezi sinir sistemi (MSS) tümörü veya travması öyküsü, manik depresyon teşhisi, konvülziyon ve konvülziyon eşiğini düşüren ilaç (alkol, nöroleptik) kullanımı, kontrolsüz hipertansiyon, ağır hepatik nekroz, anoreksi nervoza ya da bulimia gibi yeme bozuklukları ve monoaminooksidaz inhibitörü kullanma öyküsü olanlar, hamileler, bupropiona aşırı duyarlılığı olanlarda kullanımı kontrendikedir (117).

Bir diğer nikotin içermeyen farmakolojik ajan olan vareniklin, doğada bulunan alkaloid sistisin bitkisinin yapısı modifiye edilerek geliştirilmiş, $\alpha4 \beta2$ subuniteleri içeren nikotinik reseptörlerin parsiyel agonisti olup *nucleus accumbens*'te nikotinik reseptörler üzerinden dopamin salınımını etkileyerek agonist etki gösterir; izleyen dönemde vareniklin kullanırken nikotin alınsa bile dopamin salınımında artış olmaz (antagonist etki). Bu kombine etki (agonist ve antagonist) nikotin bağımlılığının azalmasına ve yoksunluk belirtilerinin hafiflemesine yol açmaktadır. Vareniklinin NYKT ile karşılaştırıldığı araştırmalarda ise, vareniklin kullanan olgularda sigara bırakma başarısının anlamlı oranda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (118). Genel olarak önerilen doz ilk 3 gün 1 x 0.5mg, sonraki 4 gün 2 x 0.5 mg ve daha sonraki 11 hafta 2 x 1 mg şeklindedir. Gebelerde ve süt veren annelerde kullanımı uygun olmayan ilacın en sık bildirilen yan etkisi bulantıdır; diğer yan etkileri uykusuzluk, başağrısı, anormal düş görme ve gastrointestinal yakınmalardır.

İkincil seçenek ilaçlar ve yeni geliştirilen preparatlar arasında; notriptilin, klonidin, rimonabant ve nikotin aşısı yer almaktadır (119).

V. GEREÇ VE YÖNTEM

1. Çalışmanın Amacı

Araştırma, İzmir halkının, Temmuz 2009’da yürürlüğe giren 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” hakkındaki görüşlerini, çevresel tütün dumanı maruziyetindeki değişiklik, sigara bırakma oranlarındaki değişim, yasa sonrası kişilerin sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişimleri ve bu değişimlerde rol oynayan etkenleri saptamaya yönelik anket çalışmasıdır.

Bu çalışma için, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır.

2. Tahmin Düzeyi

Araştırmanın tahmin düzeyi İzmir il merkezi düzeyinde tahmin verecek şekilde belirlenmiştir.

3. Örneklem Seçimi

Araştırmada hedeflenen örnekleme, İzmir halkını temsil eden ve İzmir il merkezini oluşturan 10 metropol ilçe merkezi (Balçova, Bayraklı, Bornova, Buca, Çiğli, Gazimir, Karabağlar, Karşıyaka, Konak, Narlıdere) meydana getirmektedir.

Türkiye’de sigara içme prevalansı yaklaşık % 30 olarak kabul edildiğinde İzmir nüfusunu % 5’lik bir hata payı ile örnekleyebileceği düşünülen toplam 600 haneye ulaşılması hedeflenmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından İzmir’i temsil eden 10 metropol ilçeden, 2 aşamalı sistematik küme örnekleme yoluyla 600 hane seçilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 600 hanenin ilçelere göre dağılımı, her ilçenin nüfusunun İzmir il nüfusuna oranı doğrultusunda hesaplanmıştır.

Kurumsal nüfus olarak tanımlanan okul, yurt, otel, çocuk yuvası, huzurevi, hastane ve hapisyanede bulunanlar ile kışla ve ordu evlerinde ikamet edenler kapsanmamıştır.

4. Örnekleme Yöntemi

Araştırmanın örnekleme yöntemi 2 aşamalı tabakalı küme örneklemesidir.

5. Birincil Örnekleme Birimi: Kümeler (Bloklar)

Birinci aşamada ortalama 100 haneden oluşan kümeler (bloklar) oluşturmuştur. Kümelerin oluşturulmasında Ulusal Adres Veri Tabanı (UAVT) adresleri kullanılmıştır. Kümeler, küme içerisinde bulunan adres sayıları dikkate alınarak büyüklüğüne orantılı olarak seçilmiştir. Toplamda 60 örnek küme belirlenmiştir.

6. İkincil Örnekleme Birimi: Adresler

İkinci aşamayı ise, örneğe çıkan kümelere seçilen adresler oluşturmuştur. Adreslerin seçiminde sistematik seçim yöntemi kullanılmıştır. Yerleşim yerlerine ait örnek kümelerin her birisinden 10 adres seçilmiştir. Ayrıca her bir örnek adres için 2 adet ikame adres belirlenmiştir.

7. Adres Çerçevesi

Araştırmanın örnekleme çalışmasında adres çerçevesini 2007 yılında tamamlanan “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)”ne altlık oluşturan ve Şubat 2011 tarihli güncel UAVT’de bulunan adresler oluşturmuştur. Çerçeveye alt detay kodunda “Dolu Konut”, ”Boş Konut” ve “Kapıcı Dairesi” olarak belirtilen adreslerden ADNKS’de en az bir fert eşleşmiş adresler dahil edilmiştir.

8. Anket Oluşturulması

Ankette 47 soru yer almaktadır (**Ek-I**). İlk 6 soru kişisel sosyodemografik bilgiler, 8-13. sorular Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği (FNBÖ)'nin ölçülmesine yönelik, ve geri kalan sorular yasa hakkındaki görüşler ve yasa sonrasında gelişen davranış değişikliklerinin değerlendirilmesine yöneliktir. FNBÖ'nün tercih edilme sebepleri ise literatürde nikotin bağımlılık düzeyini belirlemede yaygın olarak kullanılan testlerden biri olması ve çok kısa bir süre içinde yapılıp değerlendirilebilmesidir. FNBÖ değerlendirilirken, her sorunun cevaplarına 0-3 arası puan verilerek toplam bağımlılık puanı oluşturulmuş ve toplam puanlara göre; 0-2 arası: çok düşük, 3 ve 4: düşük, 5: orta, 6 ve 7: yüksek, 8 ve üstü: çok yüksek düzey bağımlılık olarak değerlendirilmeye alınmıştır.

Anket soruları olabildiğince açık ve anlaşılır olup toplumun her kesimine hitap edebilecek şekilde oluşturulmaya çalışılmıştır. Sorular yönlendirici olmayıp, cevap bölümlerinde olabildiğince çok şık kullanılmış ve kişilerin kendilerini net ifade etmeleri sağlanmıştır.

Anket sorularından önce “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (**Ek-II**) kısmı yer almakta olup, katılımcılara verdikleri bilgilerin bilimsel amaç dışında hiçbir amaçla kullanılmayacağı, başka kimseyle paylaşılmayacağı belirtilmiş, imzaları ve daha sonra kontrollerde ulaşılabilmesi için telefonları alınmıştır.

9. Anketör Seçim ve Eğitimi

600 haneye yapılmış olan ziyaretler, 4 adet anketör ve 1 adet hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Anketörler, daha önce sağlık alanında anket yapma tecrübesi olan kişilerden seçilmiştir. Anket formundaki her soru teker teker anlatılarak, her sorunun amacı ve nasıl sorulacağı üzerinde durulmuştur. Öncelikle anket soruları üzerinden karşılıklı”role-play” yapılmış, sonrasında ilk 5 hane görüşmesi araştırmacı doktor gözetiminde, toplam 5 kişilik ekip olarak gerçekleştirilmiştir.

DEÜTF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan anketörlerin hane gezileri sırasında ibraz etmeleri için imzalı izin belgeleri alınmıştır. Her bir anketör yanında nüfus cüzdanı, izin belgesi ve DEÜTF kimlik kartları ile anket yapmıştır.

10. Hanehalkı Ziyaretleri ve Anket Uygulanması

Anketörler kendilerine verilen adres listelerinden öncelikli olarak “Asıl” haneye, hanenin boş olması, istenen kişiye ulaşılamaması ve anketin yapılmasının reddi gibi durumlarda ise sırasıyla aynı hanenin “İkame 1” ve “İkame 2” adreslerine anket uygulamışlardır. Hanelerden kişi seçimi “Doğum Günü Yöntemi”ne göre belirlenmiş olup doğumgünü tarihi günümüze en yakın olan, 18 yaş üstü, mental ve fiziksel açıdan soruları cevaplayabilecek kişiye anket yapılmıştır. Saha çalışması bittikten sonra, her anketörün yaptığı anketler arasından rastgele seçim yöntemi ile belirlenen kişilere telefon yoluyla ulaşılmış ve anketin yapılış adresi ve yöneltilen sorular açısından telefonla teyit alınmıştır. Kontrol sırasında, sağlıklı sonuçlar elde etmeyi engelleyecek bir ankete rastlanmamıştır.

11. İstatistiksel değerlendirme

Kişilerin cevaplandığı anket formları, her anket formuna bir numara verilmek suretiyle kaydedildi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0” programı kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare, eğitimde Ki-Kare testleri ve T-testleri kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Tanımlayıcı çözümlenmelerde sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir.

VI. BULGULAR

“4207 sayılı kanun sonrasında İzmir halkının sigara içme alışkanlıklarında meydana gelen değişimler” konulu araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

1) Sosyodemografik özellikler

Tablo 1: Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri

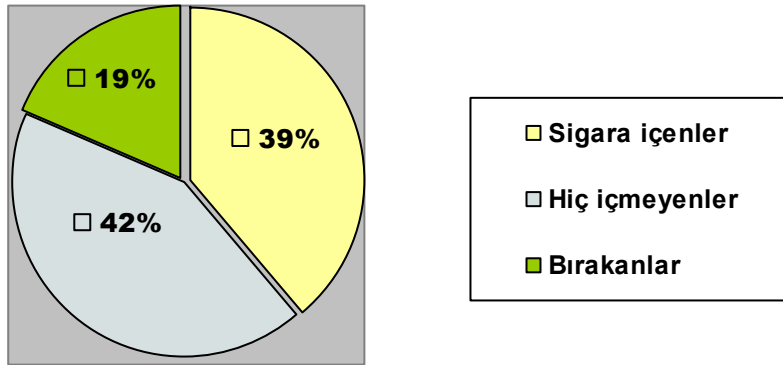
| Değişkenler | n | % |
|----------------------|----------|----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 322 | 53,7 |
| Erkek | 278 | 46,3 |
| Yaş | | |
| 18-24 yaş | 88 | 14,7 |
| 25-34 yaş | 152 | 25,3 |
| 35-44 yaş | 124 | 20,7 |
| 45-54 yaş | 102 | 17,0 |
| 55-64 yaş | 79 | 13,2 |
| 65-74 yaş | 38 | 6,3 |
| 75 yaş üstü | 17 | 2,8 |
| Medeni hal | | |
| Bekar | 149 | 24,8 |
| Evli | 398 | 66,3 |
| Dul | 53 | 8,8 |
| Eğitim durumu | | |
| Okur yazar değil | 13 | 2,2 |
| İlkokul mezunu | 160 | 27,7 |
| Ortaokul mezunu | 83 | 13,8 |
| Lise mezunu | 169 | 28,2 |
| Üniversite ve üstü | 175 | 29,2 |
| Meslek | | |
| Memur | 79 | 13,2 |
| Emekli | 104 | 17,3 |
| İşçi | 44 | 7,3 |
| Serbest | 148 | 24,7 |
| Çiftçi | 1 | 0,2 |
| Ev hanımı | 145 | 24,2 |
| Öğrenci | 53 | 8,8 |
| İşsiz | 24 | 4,0 |
| Asker | 2 | 0,3 |

Katılımcıların %53,7'si kadın, %46,3'ü erkekti. Yaş ortalaması $41,5 \pm 15,6$ (en az 18, en çok 85) idi. En çok 25-34 yaş grubuna dahil katılımcı mevcutken (%25,3), bunu sırasıyla 35-44 yaş grubu (%20,7), 45-54 yaş grubu (%17), 18-24 yaş grubu (%14,7), 55-64 yaş grubu (%13,2) oluşturuyordu. 65 yaş ve üzerindeki grup en az kişi sayısı olan gruptu (%9,1). Katılımcıların %66,3'ü evli, %24,8'i bekar, %8,8'i duldu. Ortaokul ve ilkokul mezunları tüm katılımcıların %41,5'ini, lise ve üniversite mezunları %57,4'ünü oluşturmakta iken, %2,2'si okur yazar değildi. Meslek grupları arasındaki dağılımda ilk sırada serbest meslek yer alırken (%24,7), bunu sırasıyla ev hanımları (%24,2), emekliler (%17,3) ve memurlar (%13,2) takip etmekteydiler.

2) Sigara içen kişilerin özellikleri

2.1. Örneklemde sigara içme durumu

Grafik 4: Katılımcıların sigara içme oranları



Katılımcılar içerisinde; sigara içmekte olan 232, hiç içmemiş olan 257 ve sigarayı bırakmış olan 111 kişi bulunmaktaydı.

2.2 Cinsiyete göre sigara içme durumu

Erkeklerin % 52,2'si şu an sigara içmekteyken, kadınlarda bu oran % 27 olarak görüldü (sigarayı bırakmış olanlar şu an içmiyor olarak değerlendirildi); her iki cinsiyetin sigara içme durumları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,0001$), erkekler kadınlara göre daha fazla sigara içiyordu.

Tablo 2: Cinsiyet ile sigara içme durumu

| Cinsiyet | Sigara içme durumu | | | | p |
|----------------|------------------------|------|---------------------------|------|--------|
| | Sigara içmekte olanlar | | Su anda sigara içmeyenler | | |
| | n | % | n | % | |
| Kadın (n =322) | 87 | 27 | 235 | 73 | 0,0001 |
| Erkek (n =278) | 145 | 52,2 | 133 | 47,8 | |

2.3 Eğitim – sigara içme durumu:

Sigara içmekte olanlar içinde; 66'sı üniversite (%28,4), 61'i lise (%26,3), 35'i ortaokul (%15,1), 64'ü ilkokul mezunu (%27,6) olup, okur-yazar olmayan 6 kişi (%2,6) yer almaktaydı. Hiç sigara içmemişlerin %60'ını lise ve üniversite mezunlarının oluşturması dikkat çekiciydi. Sigara içme durumu ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,845).

Tablo 3: Eğitim düzeyi ile sigara içme durumu

| Eğitim düzeyi | İçenler | | İçmeyen | | Toplam | p |
|--------------------|---------|------|---------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| Okur yazar olmayan | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | 13 | 0,845 |
| İlkokul | 64 | 40 | 96 | 60 | 160 | |
| Ortaokul | 35 | 42,2 | 48 | 57,8 | 83 | |
| Lise | 61 | 36,1 | 108 | 63,9 | 169 | |
| Üniversite ve üstü | 66 | 37,7 | 109 | 62,3 | 175 | |
| Toplam | 232 | 38,7 | 368 | 61,3 | 600 | |

2.4 Meslek – sigara içme durumu:

Sigara içme durumunun mesleklere göre dağılımında; ev hanımları, öğrenciler, memurlar ve emeklilerin, diğer meslek gruplarına göre sigara içmeme oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir; bu oran en yüksek olarak % 73,8 ile ev hanımlarında tespit edildi. Sigara içiyor olma oranının en yüksek olduğu meslek grubu olarak ise, “serbest meslek” dikkat çekmekte olup bunu sırasıyla işçiler ve işsizler takip etmekteydi.

2.5 Sigaraya başlama yaşı:

Katılımcıların ortalama sigaraya başlama yaşı $18,7 \pm 6,6$ olarak bulundu; erkeklerde kadınlara göre sigaraya başlama yaşının çok daha erken olduğu, bu farkın istatistiki açıdan anlamlı olduğu tespit edildi ($p=0,0001$).

Tablo 4: Sigaraya başlama yaşı ile cinsiyet ilişkisi

| Cinsiyet | Sigaraya başlama yaşı | | P |
|----------|-----------------------|--------------|--------|
| | n | Ort.yaş ± SS | |
| Erkek | 197 | 16,9 ± 4,9 | 0,0001 |
| Kadın | 146 | 21,1 ± 7,8 | |
| Toplam | 343 | 18,7 ± 6,6 | |

Eğitim durumu ve nikotin bağımlılık düzeyleri ile, sigaraya başlama yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0,282$ ve $p=0,231$).

Tablo 5: Sigara içme durumu ile sigaraya başlama yaşının ilişkisi

| Sigara içme durumu | Sigaraya başlama yaşı | | p |
|----------------------|-----------------------|--------------|-------|
| | n | Ort.yaş ± SS | |
| İçmeye devam edenler | 232 | 18,1 ± 6,5 | 0,030 |
| Bırakanlar | 111 | 19,8 ± 6,9 | |
| Toplam | 343 | 18,7 ± 6,6 | |

Sigarayı bırakan 111 kişinin sigaraya başlama yaşı $19,8 \pm 6,9$ iken, bu değer halen sigara içen grupta $18,1 \pm 6,5$ olarak görüldü; bu sonucun istatistiki açıdan anlamlı olduğu gözlemlendi ($p=0,030$).

2.6 Cinsiyet ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki :

Çalışmaya katılan erkeklerin 28'i (%19,3), kadınların 8'i (%9,2) çok yüksek derecede, yine erkeklerin 40'ı (%27,6) ve kadınların 48'i (%55,2) çok düşük düzeyde nikotin bağımlılık düzeyine sahipti. Cinsiyet değişkeni ile nikotin bağımlılık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,033$). Buna göre; erkeklerin bağımlılık derecesi kadınlara göre daha yüksek olarak değerlendirilmiştir .

Tablo 6: Cinsiyet ile nikotin bağımlılık düzeyi arasındaki ilişki

| Cinsiyet | Nikotin bağımlılık durumu | | | | p |
|-----------------------|---------------------------|-------------|----------------------|-------------|--------------|
| | Çok düşük- düşük-orta | | Yüksek-çok yüksek | | |
| | n | % | n | % | |
| Kadın (n =87) | 66 | 75,9 | 21 | 24,1 | 0,033 |
| Erkek (n =145) | 92 | 63,4 | 53 | 36,6 | |

Katılımcılardan erkeklerin içtikleri ortalama sigara paket/yılları kadınlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,0001$).

Tablo 7: Cinsiyet ile ortalama sigara paket/yıl arasındaki ilişki

| Cinsiyet | Sigara paket/yılı | | p |
|--------------|-------------------|-------------------------------------|---------------|
| | n | Ort. \pm SS | |
| Kadın | 146 | 14,04 \pm 15,33 | 0,0001 |
| Erkek | 197 | 29,57 \pm 25,09 | |

2.7 NBD ile eğitim durumu ve semptom ilişkisi

Yüksek ve çok yüksek nikotin bağımlılık düzeyi (NBD); ilkokul mezunlarının 28'i (%43,7), ortaokul mezunlarının 9'u (%25,7), lise mezunlarının 16'sı (%26,3), üniversite mezunlarının ise 19'unda (%29,8) saptandı. Eğitim düzeyi ve NBD arasında anlamlı ilişki bulunmasa da ($p:0,077$), lise ve üniversite mezunlarının 92'sinin (%72,4) çok düşük-düşük ve orta NBD'ne sahip olması dikkat çekiciydi.

Tablo 8: Nikotin bağımlılık düzeyi ile pulmoner semptom varlığı arasındaki ilişki

| Nikotin bağımlılık düzeyi | Semptom | | | | p |
|---------------------------------|---------|------|-----|------|--------|
| | yok | | var | | |
| | n | % | n | % | |
| Çok düşük-düşük-orta (n=158) | 82 | 51,9 | 76 | 48,1 | 0,0001 |
| Yüksek-çok yüksek (n=74) | 19 | 25,7 | 55 | 74,3 | |

Pulmoner semptom varlığı ile NBD karşılaştırıldığında; çok düşük, düşük ve orta düzeyde bağımlılığa sahip kişilerde semptom görülme oranının, NBD yüksek ve çok yüksek kişilere göre istatistiksel anlamlı olarak daha az olduğu saptandı ($p=0,0001$), Çok düşük NBD olan kişilerde % 59,1 oranında semptom olmaması ve çok yüksek NBD olanlarda % 80,6 semptom bulunması dikkat çekmiştir.

Tablo 9: Sigara paket/yılı ile pulmoner semptom varlığı arasındaki ilişki

| Semptom | Sigara paket/yılı | | p |
|---------|-------------------|---------------|-------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Yok | 180 | 20,12 ± 22,49 | 0,886 |
| Var | 163 | 26,10 ± 22,79 | |

Aralarında istatistiksel anlamlı ilişki olmasa da semptomu olan kişilerin ortalama paket-yılları olmayan kişilere göre daha fazlaydı

2.8 Sigara dışı tütün ürünü kullanma:

Çalışmaya dahil edilenlerin 64'ü (% 10,7) sigara dışı tütün ürünü kullanmakta olup, bu kişilerin % 81,3'ü nargile, %12,5 puro ve %10,9'u da pipo kullanıyordu.

Diğer tütün ürünlerinin kullanımı, erkeklerde %15,1, kadınlarda ise % 6,8 olarak görülmüş olup, bu fark istatistiki açıdan anlamlıdır (p=0,001).

Tablo 10: Cinsiyete göre diğer tütün ürünleri kullanıyor olmanın ilişkisi

| Cinsiyet | Diğer tütün ürünlerinin kullanımı | | | | p |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | |
| Kadın (n =322) | 22 | 6,8 | 300 | 93,2 | 0,001 |
| Erkek (n =278) | 42 | 15,1 | 236 | 84,9 | |

Tablo 11: Yaş ile sigara dışı tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki

| Yaş | Diğer tütün ürünlerinin kullanımı | | | | p |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|---------------|
| | Evet | | Hayır | | |
| | n | % | n | % | |
| 35 yaş altı(n=240) | 44 | 18,3 | 196 | 81,7 | 0,0001 |
| 35 yaş üstü (n=360) | 20 | 5,6 | 340 | 94,4 | |
| Toplam | 64 | 10,7 | 536 | 89,3 | |

35 yaşın altındaki kişilerde sigara dışı tütün ürünü kullanımı 35 yaş üstündeki kişilere göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,0001).

NBD ile, sigara dışı tütün ürünü kullanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,503). Sigara dışı tütün ürünü kullananların %69,7'sinin çok düşük - düşük ve orta bağımlı, %30,3'ünün ise yüksek ve çok yüksek bağımlı olduğu izlendi.

Tablo 12: Nikotin bağımlılık düzeyi ile sigara dışı tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki

| NBD | Sigara dışı tütün ürünü | | | | p |
|--|-------------------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| | var | | yok | | |
| | n | % | n | % | |
| Çok düşük- düşük-orta (n=158) | 23 | 14,6 | 135 | 85,4 | 0,503 |
| Yüksek-çok yüksek (n=74) | 10 | 13,5 | 64 | 86,5 | |

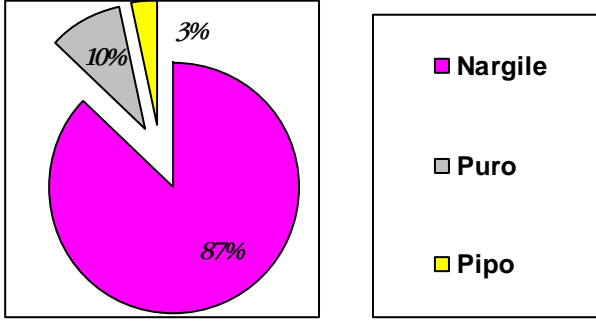
Eğitim durumu ile, ek tütün ürünü kullanılma arasında anlamlı ilişki saptanmış olup (p=0,0001), sigara dışı tütün ürünü kullananların % 82,8'ini lise ve üniversite mezunlarının oluşturuyor olması ilgi çekici olarak değerlendirildi. Bir diğer dikkat çekici olan durum da, pipo ve puro kullananları hemen tamamının (%97,6) lise ve üniversite mezunlarının olmasıydı.

Tablo 13: Eğitim düzeyi ile sigara dışı tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişki

| Eğitim durumu | Sigara dışı tütün ürünü | | | | p |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|------------|-------------|---------------|
| | var | | yok | | |
| | n | % | n | % | |
| İlkokul- ortaokul (n=243) | 11 | 4,5 | 232 | 95,5 | 0,0001 |
| Lise- üniversite (n=344) | 53 | 15,4 | 291 | 84,6 | |

Sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş olanların, sigara dışı bir tütün ürünü kullanma yüzdesi %8,4 olarak görüldü, en çok tercih edilen ürün nargileydi (%87,1). Bunu sırasıyla puro (%9,7) ve pipo (%3,2) takip ediyordu. Şu anda sigara içmeyen ancak tütün ürünü kullanmakta olan bu kişilerin en çok bulunduğu yaş aralığı %38,7 ile 18-24 yaş grubu ile, gençlerin ağırlıkta olduğu bir grubu temsil ediyor gözükmekteydi

Grafik 5: Sigara dışı tütün ürünlerinin kullanım oranları



Sigara içmeyen ama tütün ürünü kullananların %38,7'si kadın, %61,3'ü erkekti ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,003$).

Tablo 14: Sigara içmeyenlerde cinsiyet ile sigara dışı tütün ürünü kullanımının ilişkisi

| Cinsiyet | Tütün ürünü (+) | | Tütün ürünü (-) | | TOPLAM | p |
|----------|-----------------|------|-----------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| Kadın | 12 | 5,1 | 223 | 94,9 | 235 | 0,003 |
| Erkek | 19 | 14,3 | 114 | 85,7 | 133 | |
| Toplam | 31 | 8,4 | 337 | 91,6 | 368 | |

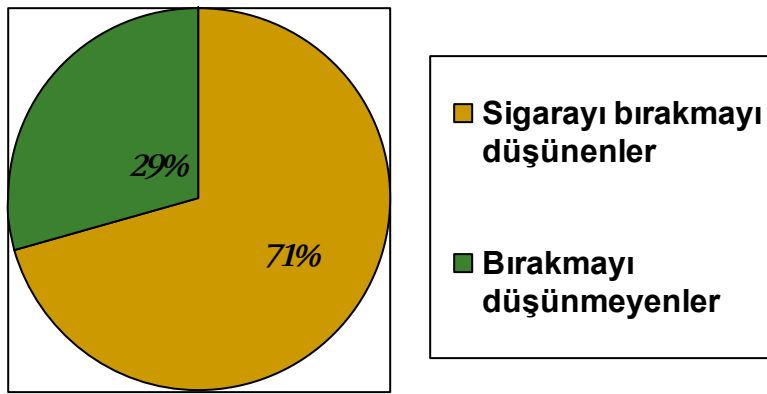
2.9 Yaş ve sigara içme durumu (tablo 15);

| Yaş grupları | İçen | | İçmeyen | | TOPLAM | p |
|--------------|------|------|---------|------|--------|--------|
| | n | % | n | % | n | |
| 18-24 | 22 | 25 | 66 | 75 | 88 | 0,0001 |
| 25-34 | 75 | 49,3 | 77 | 50,7 | 152 | |
| 35-44 | 50 | 40,3 | 74 | 59,7 | 124 | |
| 45-54 | 46 | 45,1 | 56 | 54,9 | 102 | |
| 55-64 | 29 | 36,7 | 50 | 63,3 | 79 | |
| 65-74 | 8 | 21,1 | 30 | 78,9 | 38 | |
| 75 üstü | 2 | 11,8 | 15 | 88,2 | 17 | |
| Toplam | 232 | 38,7 | 368 | 61,3 | 600 | |

Sigara içme durumu ile yaş arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0,0001$). Sigara içenlerin oranının en fazla olduğu yaş grubu 25-34'tü. Bunu sırasıyla 45-54 yaş grubu ve 35-44 yaş grupları izliyordu. En az içilen grup ise 75 yaş ve üstüydü.

3. Sigara bırakma ile ilgili durumlar

3.1 Şu anda sigara içen kişilerde sigarayı bırakmayı düşünme durumu (grafik 6) :



Sigara bırakmayı düşünenler içinde, eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,077$).

Tablo 16: Eğitim düzeyi ile sigarayı bırakmayı düşünme arasındaki ilişki

| Eğitim düzeyi | Sigara bırakmayı düşünenler | | Sigara bırakmayı düşünmeyenler | | TOPLAM n | p |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| İlkokul-Ortaokul mezunu | 75 | 75,8 | 24 | 24,2 | 99 | 0,077 |
| Lise-Üniversite ve üstü mezunu | 84 | 66,1 | 43 | 33,9 | 127 | |
| Toplam | 159 | 70,4 | 67 | 39,6 | 226 | |

Sigarayı bırakmayı düşünme oranı, eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha düşük olarak gözlemlendi; en az bırakmayı düşünen grup %59.1 ile üniversite mezunları olarak görüldü. Yaş grupları arasında da, sigara bırakmayı düşünme durumu ile anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,287).

Tablo 17: Yaş grupları ile sigarayı bırakmayı düşünme arasındaki ilişki

| Yaş grupları | Sigara bırakmayı düşünenler | | Sigara bırakmayı düşünmeyenler | | Toplam n | p |
|----------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| 35 yaş altı | 71 | 73,2 | 26 | 26,8 | 97 | 0,287 |
| 35 yaş ve üstü | 93 | 68,9 | 42 | 31,1 | 135 | |
| Toplam | 164 | 70,7 | 68 | 29,3 | 232 | |

Sigara bırakmayı düşünenlerin %56,7'si, 35 yaşüstü kişilerden oluşmakta iken %43,3'ü 35 yaş altındaydı.

3.2 Nikotin bağımlılık düzeyi ile sigarayı bırakma düşüncesi arasındaki ilişki (tablo 18):

| Nikotin bağımlılık düzeyi | Bırakmayı düşünüyorum | | Bırakmayı düşünmüyorum | | Toplam | p |
|---------------------------|-----------------------|-------------|------------------------|-------------|------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Çok düşük | 65 | 73,9 | 23 | 26,1 | 88 | 0,069 |
| Düşük | 33 | 68,8 | 15 | 31,3 | 48 | |
| Orta | 19 | 86,4 | 3 | 13,6 | 22 | |
| Yüksek | 25 | 65,8 | 13 | 34,2 | 38 | |
| Çok yüksek | 22 | 61,1 | 14 | 38,9 | 36 | |
| Toplam | 164 | 70,7 | 68 | 29,3 | 232 | |

Nikotin bağımlılık düzeyi ile sigarayı bırakmanın düşünülmesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamış olup (p=0,069), sigarayı bırakmayı düşünmeme yüzdesinin %38,9 ile en yüksek oranda, bağımlılık düzeyi çok yüksek olan kişilerde olduğu gözlemlendi.

3.3 Sigara paket/yılı ile sigarayı bırakmayı düşünme arasındaki ilişki (tablo 19):

| Sigarayı bırakmayı düşünme | Sigara paket-yıl | | p |
|----------------------------|------------------|---------------|--------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Evet | 164 | 21,09± 19,29 | 0,0001 |
| Hayır | 68 | 29,88 ± 27,36 | |

Sigarayı bırakmayı düşünmeyen kişilerin sigara paket- yılı değerleri bırakmayı düşünenlere göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,0001).

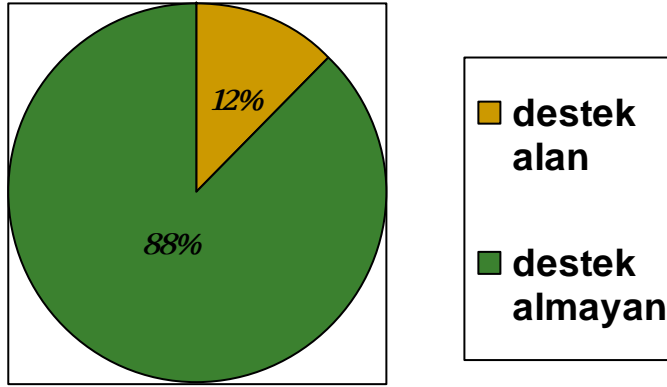
3.4 Cinsiyet ile sigarayı bırakmanın düşünülmesi arasındaki ilişki (tablo 20):

| Cinsiyet | Bırakmayı düşünenler | | Bırakmayı düşünmeyenler | | TOPLAM n | p |
|----------|----------------------|------|-------------------------|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Kadın | 64 | 73,6 | 23 | 26,4 | 87 | 0,277 |
| Erkek | 100 | 69 | 45 | 31 | 145 | |
| Toplam | 164 | 70,7 | 68 | 29,3 | 232 | |

Sigara içmeye devam edenlerde, sigarayı bırakmayı düşünen 164 kişi varken (%70,7), bırakmayı düşünmeyenlerin sayısı ise 68 (%29,3) olarak görüldü. Sigarayı bırakmayı düşünme durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0, 277); kadınların %73,6'sı, erkeklerin %69'u sigarayı bırakmayı düşünüyordu. Ancak hem kadınlarda hem de erkeklerde bırakmayı düşünenlerin oranının bırakmayı düşünmeyenlere göre oldukça yüksek olması dikkat çekiciydi.

Şu anda sigara içen 232 kişinin 153'ü (%65,9), sigara içen ve içme öyküsü bulunan 343 kişinin 264'ü (%76'sı) daha önce sigara bırakmayı denemişlerdir. Bırakmayı deneyip şu anda sigara içmekte olan 153 kişinin sadece %12,4'ü (19 kişi) sigara bırakabilmek için destek almışken, %87,6'sı herhangi bir destek almamışlardır.

Grafik 7: Sigara bırakmak için destek alma oranları



3.5 Sigarayı bırakma yöntemleri

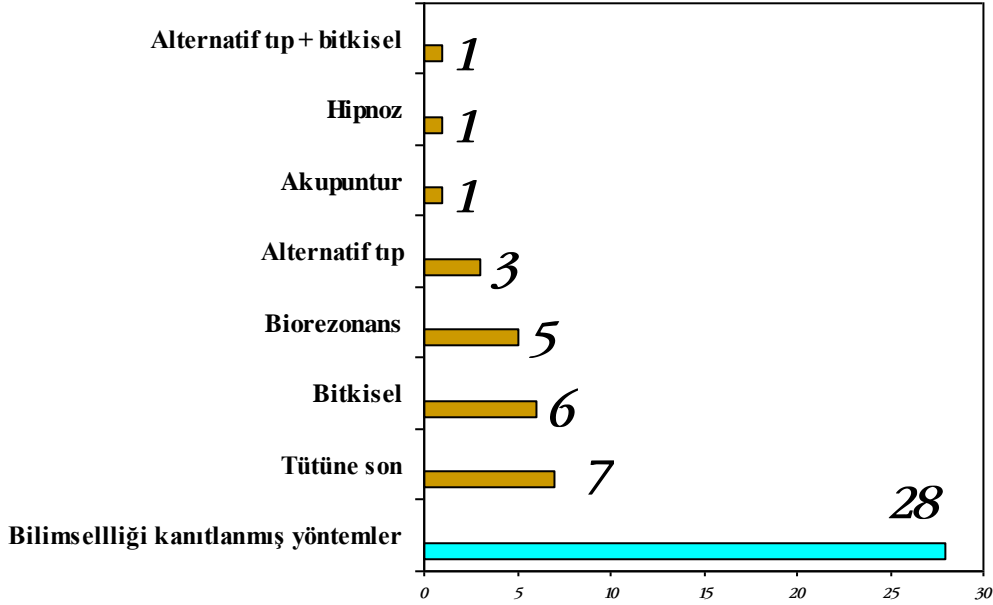
Sigarayı bırakma oranı, sigara içmiş tüm kişiler değerlendirilirse (343 kişi), % 32 olarak bulunmaktadır. Şu ana kadar sigara bırakmayı deneyen toplam 264 kişiden 111'i sigarayı bırakmayı başaramamıştır (deneyenlerin %42'si, tüm içenlerin %32'si başarılı). 153 kişi denemesine rağmen halen içmeye devam etmektedir (deneyenlerin 153/264=%57'si, tüm içenlerin 153/343=%44'ü başarısız). Sigara bırakma yöntemleri içinde, bilimsel olarak etkili olduğu kanıtlanmış olan yöntemlerin kullanılma oranı % 53,8 olarak görüldü. Sigarayı bırakma girişiminde destek almış ve bırakmayı başarmış kişilerin aldıkları destekler arasında bilimselliği kanıtlanmış yöntemlerin kullanılma oranı diğer yöntemlerin kullanılma oranından fazlaydı.

Tablo 21: Sigarayı bırakma yöntemleri ile bırakma girişimleri arasındaki ilişki

| Sigara bırakma yöntemleri | Bırakma denemesi başarılı | | Bırakma denemesi başarısız | | TOPLAM n | p |
|-----------------------------------|---------------------------|------|----------------------------|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Bilimselliği kanıtlanmış yöntem | 18 | 64,3 | 10 | 35,7 | 28 | 0,561 |
| Bilimselliği kanıtlanmamış yöntem | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 | 24 | |
| Toplam | 33 | 63,5 | 19 | 36,5 | 52 | |

Destek alma oranı, sigara bırakmayı deneyenlerde %19,7 (52/264), bırakabilenlerde ise % 29,7 (33/111) olarak gözlemlendi. Destek tedavisi alanlar içinde sigarayı bırakmış olanlar %63,5, halen içenler %36,5 olarak saptandı.

Grafik 8: Sigarayı bırakma destek tedavisi yöntemleri



Sigarayı bırakma destek tedavileri içinde, farmakolojik tedavi %53,9 ile ilk sırada yer almaktadır (**grafik 8**); sigarayı bırakmayı deneyip başarılı olan grup içerisinde, bu tedavi % 54,6 tercih edilmişti. Sigara içme durumu ve sigara bırakma yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki gösterilmedi ($p=0,838$).

3.6 Eğitim ve yaş grupları ile sigara bırakma tedavi yöntemleri arasındaki ilişki

Sigarayı bırakmayı deneyenlerin aldıkları destek ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark gözlemlenmedi ($p=0,277$), ilaç tedavisinin diğer tedavilere göre en yüksek oranda (%35) üniversite mezunlarında tercih edilmesi dikkat çekiciydi. 35 yaş altı ve üstü gruplarda, sigara bırakmak için destek alma durumu açısından anlamlı bir sonuca ulaşılmadı ($p=0,918$). Ancak destek alanların % 65,4'ü 35 yaş üstündeydi.

Tablo 22: Yaş gruplarına göre sigarayı bırakma desteği alma durumu

| Yaş grupları | Destek alan | | Destek almayan | | Toplam | p |
|----------------|-------------|------|----------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| 35 yaş altı | 18 | 19,4 | 75 | 80,6 | 93 | 0,918 |
| 35 yaş ve üstü | 34 | 19,9 | 137 | 80,1 | 171 | |
| Toplam | 52 | 19,7 | 212 | 80,3 | 264 | |

İki grup arasında sigara bırakmada bilimsel etkinliği kabul edilmiş yöntem kullanma açısından anlamlı fark görülmedi ($p=0,546$). Ancak bilimsel yöntem kullanan grubun içinde 35 yaş üstü kişilerin oranı %64,3'tü.

Tablo 23: Yaş grupları ile sigarayı bırakmada bilimsel destek alma arasındaki ilişki

| Yaş grupları | Bilimsel | | Bilimsel Olmayan | | Toplam | p |
|----------------|----------|------|------------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| 35 yaş altı | 10 | 55,6 | 8 | 44,4 | 18 | 0,546 |
| 35 yaş ve üstü | 18 | 52,9 | 16 | 47,1 | 34 | |
| Toplam | 28 | 53,8 | 24 | 46,2 | 52 | |

3.7 Sigarayı bırakma düşünme durumu ile tıbbi hizmetten yararlanma, yasa etkisi, semptom varlığı, daha önce sigara bırakmayı deneme durumlarının değerlendirilmesi

Tablo 24: Sigara bırakmayı düşünme durumu ile tıbbi hizmet isteği arasındaki ilişki

| Sigara bırakmayı düşünme | Tıbbi hizmet almak isterim | | Tıbbi hizmet almak istemem | | TOPLAM | p |
|--------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------|--------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | |
| Düşünüyorum | 110 | 67,1 | 54 | 32,9 | 164 | 0.0001 |
| Düşünmüyorum | 13 | 19,1 | 55 | 80,9 | 68 | |
| Toplam | 123 | 53 | 109 | 47 | 232 | |

Sigarayı bırakmayı düşünenlerin %67,1'i tıbbi destek sunulsa faydalanmayı düşünceğini belirtmiş. Tıbbi hizmetten faydalanmak isteyenler sigarayı bırakmayı düşünenlerde düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek ($p=0,0001$) olsa bile, sigarayı bırakmayı düşünmeyen kişilerin %19,1'inin de tıbbi hizmet sunulsa faydalanmak isteyeceğini belirtmesi dikkat çekiciydi.

Tablo 25: Yaş grupları ile tıbbi hizmet isteği ilişkisi

| Yaş grupları | Tıbbi hizmet almak isterim | | Tıbbi hizmet istemem | | Toplam n | p |
|----------------|----------------------------|-----------|----------------------|-----------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| 35 yaş altı | 55 | 56,7 | 42 | 43,3 | 97 | 0,206 |
| 35 yaş ve üstü | 68 | 50,4 | 67 | 49,6 | 135 | |
| Toplam | 123 | 53 | 109 | 47 | 232 | |

35 yaş altı ve üstü gruplarda, sigara bırakmak için tıbbi hizmet isteği açısından anlamlı bir sonuca ulaşılmasa da ($p=0,206$), tıbbi hizmet almak isteyen grup içinde 35 yaş üstü kişilerin 35 yaş altı kişilere göre daha fazla olduğu izleniyordu.

Tablo 26: Cinsiyet ile tıbbi hizmet isteği ilişkisi

| Cinsiyet | Tıbbi hizmet isteyenler | | Tıbbi hizmet istemeyenler | | TOPLAM n | p |
|---------------|-------------------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Kadın | 48 | 55,2 | 39 | 44,8 | 87 | 0,355 |
| Erkek | 75 | 51,7 | 70 | 48,3 | 145 | |
| Toplam | 123 | 53 | 109 | 47 | 232 | |

Sigara bırakma tıbbi hizmet isteği, iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık göstermemekteydi ($p=0,355$). Hem kadın hem de erkeklerde tıbbi hizmetten yararlanmayı isteyenler istemeyenlere göre yüksekti. Sigarayı bırakmayı düşünen içicilerin yaklaşık üçte birinin (%36,6) bu kararında yasa etkili olmuş; bu durum istatistiki açıdan anlamlı görüldü ($p=0,0001$).

Tablo 27: Sigara bırakmayı deneme durumu ile bırakmayı düşünme arasındaki ilişki

| Bırakmayı deneme | Bırakmayı düşünüyorum | | Bırakmayı düşünmüyorum | | TOPLAM | p |
|------------------|-----------------------|------|------------------------|------|--------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| Evet | 121 | 79,1 | 32 | 20,9 | 153 | 0,0001 |
| Hayır | 43 | 54,4 | 36 | 45,6 | 79 | |
| Toplam | 164 | 70,7 | 68 | 29,3 | 232 | |

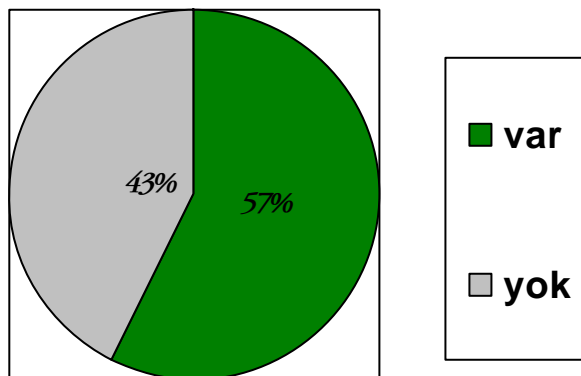
Daha önce sigarayı bırakmayı denemiş ancak başarılı olamamış 153 kişinin %79,1'i halen bırakmayı düşünürken % 20,9'u düşünmüyordu. Sigarayı bırakmayı denemiş olma ve bırakmayı düşünme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p=0,0001). Sigarayı bırakma düşüncesinde yasanın anlamlı olarak etkin olduğu gözlemlendi (p=0,0001) (tablo 28).

Tablo 28: Sigara bırakmayı düşünmede yasanın etkisi

| Sigara bırakmayı düşünme | Yasa etkili | | Yasa etkili değil | | TOPLAM | p |
|--------------------------|-------------|------|-------------------|------|--------|--------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | | |
| Düşünüyorum | 60 | 36,6 | 104 | 63,4 | 164 | 0.0001 |
| Düşünmüyorum | 2 | 2,9 | 66 | 97,1 | 68 | |
| Toplam | 62 | 26,7 | 170 | 73,3 | 232 | |

Sigara içicileri arasında semptom görülme sıklığı, hem bırakmayı düşünen grup hem de düşünmeyen grupların her ikisinde de, semptom görülmemesine göre daha yüksekti ancak arada istatistiksel anlamlı fark yoktu (p=0,396). Sigara bırakmayı düşünenlerin %42,7'sinde semptom yokken %57,3'ünde semptom mevcuttu.

Grafik 9: Sigarayı bırakmayı düşünenlerde pulmoner semptom varlığı



3.8 Sigarayı içen ve bırakan kişilerin cinsiyete göre dağılımları (tablo 29):

| Cinsiyet | Sigara içenler | | Sigarayı bırakmışlar | | TOPLAM | p |
|----------|----------------|------|----------------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| Kadın | 87 | 59,6 | 59 | 40,4 | 146 | 0,006 |
| Erkek | 145 | 73,6 | 52 | 26,4 | 197 | |
| Toplam | 232 | 67,6 | 111 | 32,4 | 343 | |

Hiç sigara içmemiş grup çıkarılıp, şu anda içen ve içip bırakmış grup cinsiyete göre kıyaslandığında kadınlarda sigara bırakabilme durumu erkeklere göre anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,006).

Tablo 30: Yaş gruplarına göre sigarayı içme-bırakma durumu

| Yaş grupları | Sigara içenler | | Sigarayı bırakanlar | | Toplam | p |
|----------------|----------------|------|---------------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| 35 yaş altı | 97 | 75,8 | 31 | 24,2 | 128 | 0,009 |
| 35 yaş ve üstü | 135 | 62,8 | 80 | 37,2 | 215 | |
| Toplam | 232 | 67,6 | 111 | 32,4 | 343 | |

35 yaş üstü grupta, sigara bırakma yüzdesi %37,2 iken, 35 yaş altında bu rakam %24,2 olarak görüldü; 35 yaş üstü grupta sigarayı bırakabilme durumunun 35 yaş alt gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu izlendi (p=0,009).

3.9 Eğitim durumu ile bırakma desteği alınıp alınmadığının karşılaştırılması

Sigarayı bırakmak için destek alma durumunun eğitim durumuyla anlamlı ilişkisi saptanamazken (p=0,734), sigarayı bırakmak için destek alan kişilerin en az olduğu grubun lise ve üniversite mezunları olduğu dikkat çekti.

Tablo 31: Eğitim durumu ile sigarayı bırakma desteği alma arasındaki ilişki

| Eğitim durumu | Destek alanlar | | Destek almayanlar | | TOPLAM | p |
|--------------------|----------------|------|-------------------|------|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| Okur yazar değil | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | 6 | 0,734 |
| İlkokul | 15 | 20,3 | 59 | 79,7 | 74 | |
| Ortaokul | 9 | 25,7 | 26 | 74,3 | 35 | |
| Lise | 13 | 17,8 | 60 | 82,2 | 73 | |
| Üniversite ve üstü | 13 | 17,1 | 63 | 82,9 | 76 | |
| Toplam | 52 | 19,7 | 212 | 80,3 | 264 | |

4. Pasif maruziyet ile ilişkili durumlar

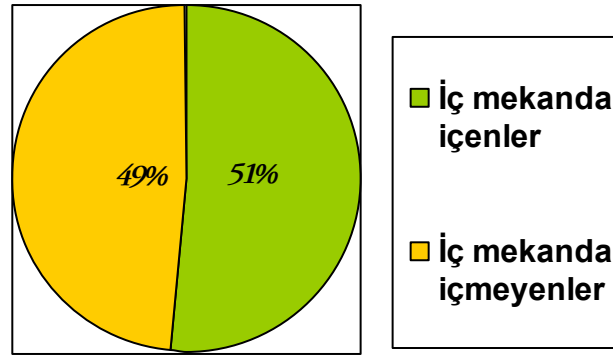
4.1 Eğitim düzeyi ile pasif maruziyetin zararının bilinmesi arasındaki ilişki

Pasif içiciliğin insan sağlığına zararlı olduğunu bilenler tüm popülasyonun %97,3'ünü oluşturuyordu, %1,7'si zararlı olmadığını düşünüyorken %1'inin bilgisi yoktu. Eğitim düzeyi ile bu durum arasında anlamlı fark olmamakla beraber ($p=0,563$), tüm eğitim durumlarında pasif içiciliğin zararlı olduğunun bilinmesi durumu diğerlerine göre oldukça fazla idi. Pasif maruziyetin insan sağlığına etkisi konusunda “bilgim yok” cevabını veren 6 kişi mevcuttu.

4.2 Eğitim durumu ile evde sigara içilip içilmediğinin karşılaştırılması

Toplam sigara içicilerinin %93,9'u evde sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi ile kişilerin evde sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p= 0.461$). Eğitim düzeyi ne kadar yüksek olursa olsun, evde sigara içildiği tespit edildi.

4.3 Evde iç mekanda sigara içilmesine bağlı pasif maruziyet oranları (grafik 10):



Evde sigara içen 218 kişinin %41,7'si sadece iç mekanda, % 48,6'sı sadece dış mekanda, % 9,6'sı ise hem iç, hem dış mekanda sigara içiyor. Evde sigara içenlerin %51,3'ü evdekilerin pasif maruziyetine yol açıyor.

4.4 Evde sigara içilen mekanlar (tablo 32):

| Evde sigara içilen mekanlar | Evde sigara içenler | |
|-----------------------------|---------------------|------------|
| | n | % |
| İç mekan | 91 | 41,7 |
| Dış mekan | 106 | 48,6 |
| İç ve dış mekan | 21 | 9,6 |
| Toplam | 218 | 100 |

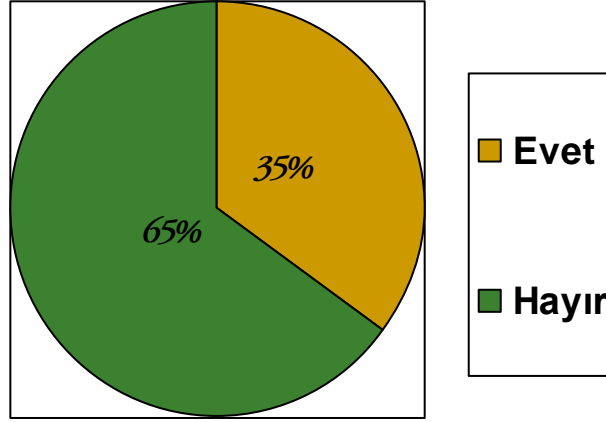
Tablo 33: Eğitim durumu ile evde sigara içilen mekan arasındaki ilişki

| Eğitim durumu | İç mekan | | Dış mekan | | TOPLAM | p |
|--------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------|
| | n | % | n | % | n | |
| Ortaokul ve altı | 49 | 50 | 49 | 50 | 98 | 0,409 |
| Lise ve üniversite | 63 | 52,5 | 57 | 47,5 | 120 | |
| Toplam | 112 | 51,4 | 106 | 48,6 | 218 | |

Eğitim durumu ile evde iç-dış mekanda sigara içme arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi (p=0,409).

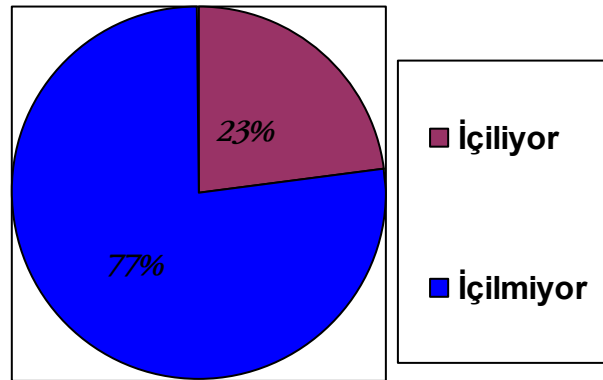
4.5 Şu anda sigara içmeyen kişilerin pasif maruziyet durumunun değerlendirilmesi

Grafik 11: Sigara içmeyenlerde evde pasif maruziyet varlığı



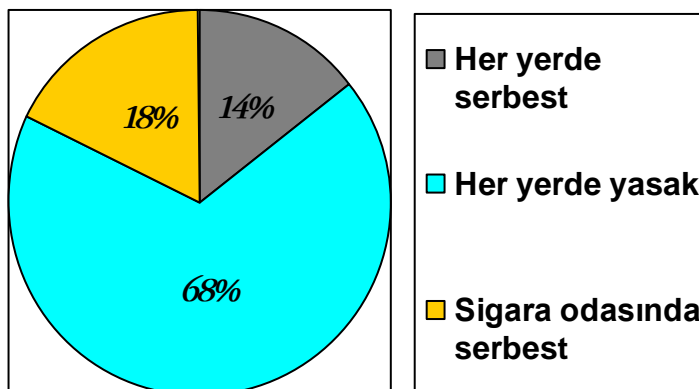
Şu anda sigara içmeyen kişilerin %35,1'inin evinde sigara içen bir kişi var; yani yaklaşık üçte biri evde pasif maruziyete uğruyor.

Grafik 12: Sigara içmeyenlerde araçta pasif maruziyet varlığı



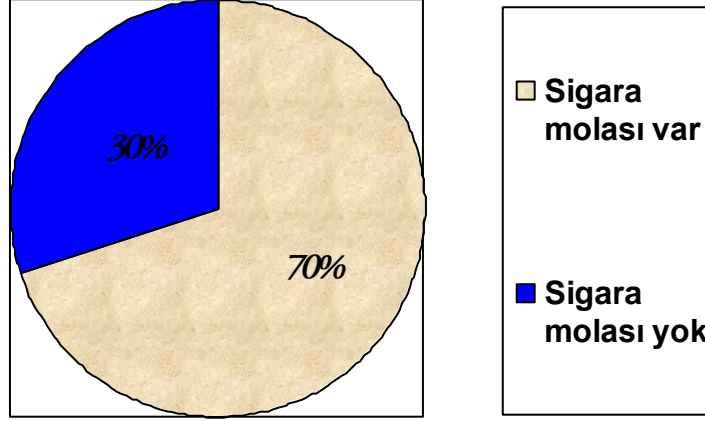
Sigara içmeyen kişilerin, araçta pasif maruziyete uğrama oranı 240'da 55'di (%22,9).

Grafik 13: Sigara içmeyenlerde iş yerlerinde pasif maruziyet varlığı



Çalışan ve sigara içmeyen popülasyonun %14,4'ünün (26/180) iş yerinde pasif maruziyete uğradığı tespit edildi.

4.6 Çalışanlarda iş yerinde sigara molası verme durumu (grafik 14) :



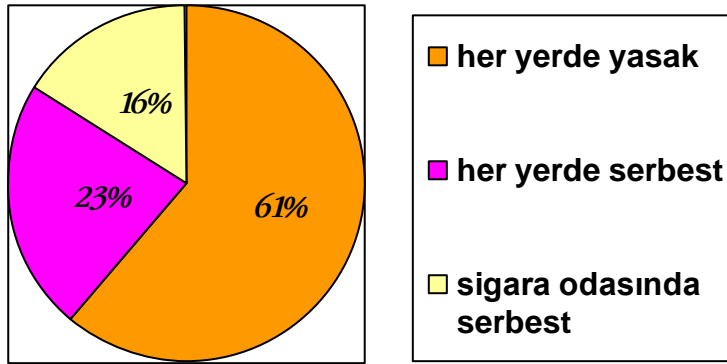
Çalışanların üçte ikisinin iş yerlerinde sigara molası verilirken, üçte birinde sigara molasının mevcut olmadığı görüldü. Sigara içmenin her yerde yasak olduğu iş gruplarının %57,4'ünde sigara molası veriliyorken, %42,6'sında bu duruma izin verilmiyordu. Sigara odası olan iş yerlerinin tümünde mola verilmesine izin veriliyordu. Sigara içiminin her yerde serbest olduğu grubun da %61,8'i sigara molası verebiliyordu.

4.7 Mesleklere göre iş yerinde sigara içilme durumlarının karşılaştırılması (tablo 34):

| İş yerleri | Her yerde serbest | | Her yerde yasak | | Sigara odasında serbest | | TOPLAM n | p |
|----------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------|-------------------------|-------------|------------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Memur | 2 | 2,5 | 61 | 77,2 | 16 | 20,3 | 79 | 0,0001 |
| İşçi | 17 | 38,6 | 20 | 45,5 | 7 | 15,9 | 44 | |
| Serbest meslek | 52 | 35,1 | 82 | 55,4 | 14 | 9,5 | 148 | |
| Öğrenci | 2 | 3,8 | 35 | 66 | 16 | 30,2 | 53 | |
| Toplam | 74 | 22,6 | 200 | 61,2 | 53 | 16,2 | 327 | |

Tüm meslekler arasında sigara içmenin her yerde yasak olduğu gruplar içinde en dikkat çekici olan memurlardı (%77,2'sinde her yerde yasaktı); sigara içmenin her yerde serbest olduğu grubun içinde ise %38,6 ile işçiler ve %35,1 ile serbest meslek sahipleri dikkat çekici idi. Öğrencilerin okullarında %66 her yerde sigara içmek yasak iken, %30,2'sinde sigara odaları bulunuyordu. Sigara odalarının en fazla oranda bulunduğu iki grup öğrenciler ve memurlardı. Meslek ile iş yerinde sigara içilebilme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,0001).

Grafik 15: İş yerlerinde sigara yasağı



Tüm meslekler arasında %61,2 oranında sigara içimi her yerde yasak iken, %22,6'sında her yerde serbest, %16,2'sinde sigara odalarında serbestti.

4.8 Sigara içen ve sigarayı bırakmış kişilerin evinde sigara içilme durumu (tablo 35):

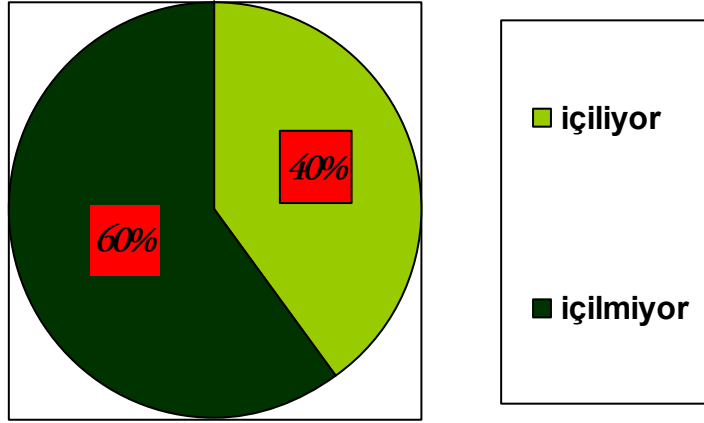
| Evde sigara içen kişi varlığı | Sigara içmekte olan kişiler | | Sigarayı bırakmış kişiler | | TOPLAM n | p |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|-------------|------------|---------------|
| | n | % | n | % | | |
| Var | 128 | 77,1 | 38 | 22,9 | 166 | 0,0001 |
| Yok | 104 | 58,8 | 73 | 41,2 | 177 | |
| Toplam | 232 | 100 | 111 | 100 | 343 | |

Sigarayı bırakmış kişilerin evinde sigara içilmemesi (%65,8), evde sigara içilmesi durumundan (%34,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (p=0,0001). Evde sigara içen birisi mevcut olan kişilerin %77,1'i halen sigara içiyorken, %22,9'u ise bırakmıştı.

Sigarayı bırakmayı denemiş ancak başaramamış kişilerin (153 kişi) %54,9'unun evinde sigara içen başka bir kişi varken (84 kişi), %45,1'inde (69 kişi) yoktu.

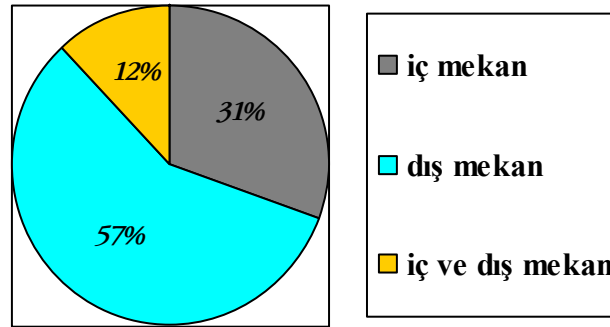
4.9. 18 yaş altı çocuklarda pasif maruziyet:

Grafik 16: Evde 18 yaş altı çocuğu olanlarda araçta sigara içilme durumu



Tüm 18 yaş altı çocuğu olan kişilerin %27'sinin araçlarında sigara içiliyordu. Bu sayı, 18 yaş altı çocuğu olan ve araç sahibi kişilerde ise (67/167) %40.1 idi.

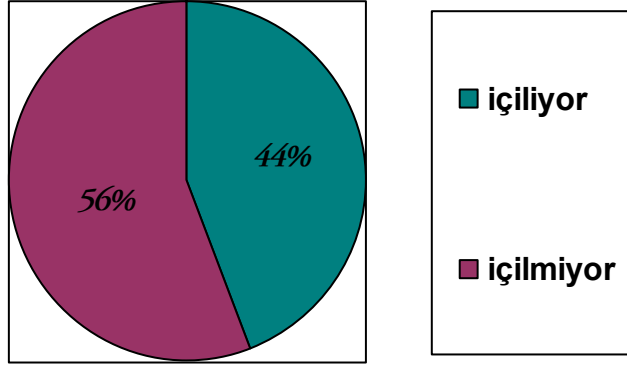
Grafik 17: Evde 18 yaş altında çocuğu olup evde sigara içen grupta evin sigara içilen mekanların oranları



18 yaş altı çocuğu olan ve sigara içen 105 kişi var. Bunların 101'i (%96,2'si) evde sigara içiyor. 18 yaş altı çocuğu olup evde sigara içen 101 kişinin %57,4'u sadece dış mekanda, %30,7'si sadece iç mekanda, %11,9'u ise her iki alanda da içiyor. Yani %42,6'sı evdeki çocuklar için pasif maruziyet oluşturuyorlar.

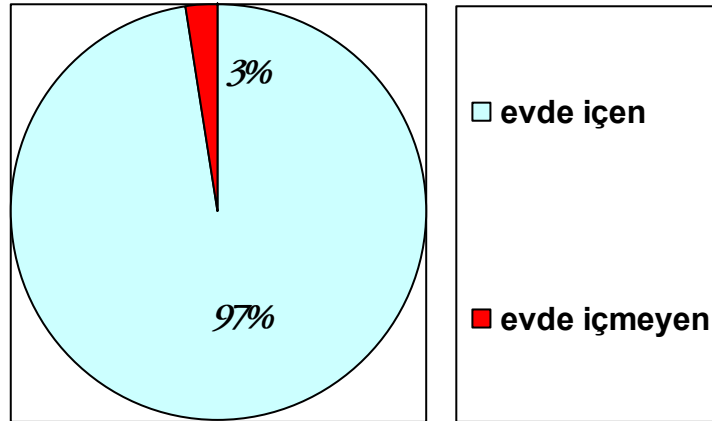
4.10. 5 yaş altı çocuklarda pasif maruziyet:

Grafik 18: 5 yaş altı çocuğu olanların araçlarında sigara içilme durumu



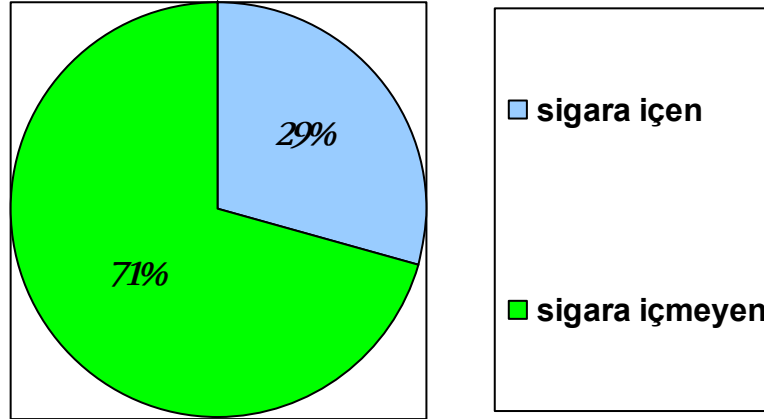
5 yaş altı çocuğu olup aracı olan kişilerde çocuğun pasif maruziyete uğrama sıklığı %44 (31/70) idi.

Grafik 19: Evde 5 yaş altı çocuğu olan kişilerde evde sigara içme sıklığı ve evin hangi mekanında içildiğinin incelenmesi



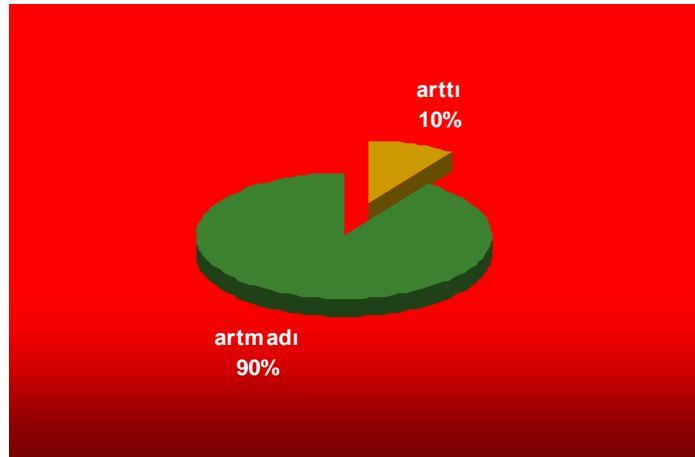
5 yaş altında çocuğu olan 99 kişinin 39'u sigara içiyordu (%39,3). Bu 39 kişinin sadece 1 tanesi (%2,6) evde sigara içmiyorken 38 tanesi ise evde sigara içiyordu (97,3). Evde sigara içen 38 kişinin %65,8'i dış mekanda , %23,7'si iç mekanda, %10,5'i de her iki mekanda içiyorlardı.

Grafik 20: Evde 5 yaş altı çocuğu olan ev hanımlarında evde sigara içme yüzdeleri



Evde 5 yaş altı çocuğu olan ev hanımlarının %29,4'ü sigara içiyordu ve bunların %100'ü evde sigara içtiklerini belirtmişti; bu ev hanımlarının %70'i evin dış mekanında, %30'u evin iç mekanında içiyorlardı.

4.11. Yasaktan sonra yasağı delmeyen kişilerin evde içtikleri sigara sayısının değerlendirilmesi (grafik 21):



Yasak uygulanmaya başladıktan sonra yasağı delmeyenlerin %9,7'sinin evde içtiğı sigara sayısı artarken %90,3'ünün aynı kalmıştı. Yasağı delen kişilerin ise %11'i evde içtikleri sigara sayısını artırırken %91'inin evde içtiğı sigara sayısı aynı kalmıştı.

Tablo 36: Nikotin bağımlılık düzeyi ile yasa sonrası evde içilen sigara miktarının ilişkisi

| Nikotin bağımlılık düzeyi | Yasadan sonra evde sigara içimi arttı | | Yasadan sonra evde sigara içimi artmadı | | Toplam | p değeri |
|---------------------------|---------------------------------------|------|---|------|--------|----------|
| | n | % | n | % | | |
| Çok düşük | 1 | 1,3 | 78 | 98,7 | 79 | 0,0001 |
| Düşük | 5 | 10,4 | 43 | 89,6 | 48 | |
| Orta | | | 20 | 100 | 20 | |
| Yüksek | 7 | 20 | 28 | 80 | 35 | |
| Çok yüksek | 9 | 25 | 27 | 75 | 36 | |
| Toplam | 22 | 10,1 | 196 | 89,9 | 218 | |

Bağımlılık düzeyi arttıkça yasadan sonra evde içilen sigara sayısı da istatistiksel anlamlı oranda artıyordu (p=0,0001).

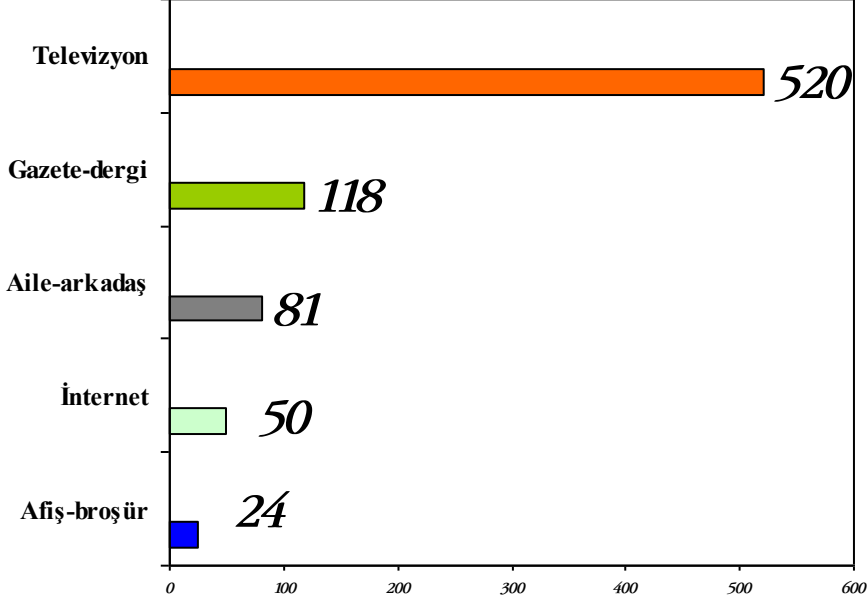
5) Yasayla ilgili bulgular

5.1 Yasanın bilinme durumu (grafik 22):



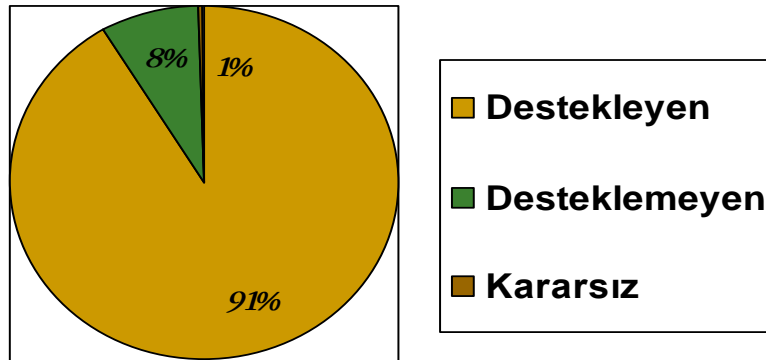
600 katılımcıdan 589'u (%98) yasa'yı biliyorken, bilmeyen kişi sayısı sadece 11 idi. Eğitim düzeyi ile yasanın bilinip bilinmemesi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamamakla beraber (p=0,307), tüm eğitim düzeyi gruplarında yasa'yı bilenlerin bilmeyenlere göre bariz daha fazla oluşu dikkat çekiciydi. 35 yaş altı ve üstü gruplar arasında da yasanın bilinmesi açısından anlamlı fark mevcut değildi (p=0,294). Yasa'yı bilmeyen 11 kişinin 8 adeti 45 yaş ve üstündeydi.

Grafik 23: Yasayı bilenlerin bu konuda en çok bilgi aldıkları yerler



Yasayı bilen katılımcıların oranı % 98,2 iken (589 kişi), bilmeyen 11 kişi (%1,8) mevcuttu. Yasa konusunda fikir sahibi olanlar, en çok televizyondan (%86,7) bilgi aldıklarını belirttiler. İkinci sıklıkla yasa hakkında bilginin gazete ve dergilerden alındığı saptandı (%19,7).

5.2 Yasayı destekleme durumu (grafik 24):



Yasayı destekleyen 549 kişi (% 91,5) varken, desteklemeyen 47 kişi % 7,8'ini oluşturmaktaydı; 4 kişi ise konu hakkında kararsız olduğunu bildirdi (%0,7). Sigara içicileri arasında bile yasanın %83 oranında desteklendiği saptandı.

Tablo 37: Cinsiyet ile yasa desteğinin ilişkisi

| Cinsiyet | Yasayı destekleyenler | | Yasayı desteklemeyenler | | TOPLAM N | p |
|----------|-----------------------|------|-------------------------|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Kadın | 303 | 95,3 | 15 | 4,7 | 318 | 0,002 |
| Erkek | 246 | 88,5 | 32 | 11,5 | 278 | |
| Toplam | 549 | 92,1 | 47 | 7,9 | 596 | |

Kadınların %95,3'ü yasayı desteklerken, erkeklerin ise %88,5'i destekliyordu. Kadınların yasayı destekleme oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla idi ($p=0,002$). Erkeklerin %11,5'i yasayı desteklemezken, kadınlarda bu oran sadece %4,7 idi. Kararsız olan 4 kişinin tümünün kadın olması da dikkat çekiciydi.

Tablo 38: Eğitim durumu ile yasaya verilen desteğin ilişkisi

| Eğitim durumu | Destekleyenler | | Desteklemeyenler | | TOPLAM n | p |
|--------------------|----------------|------|------------------|-----|----------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Okur yazar değil | 12 | 92,3 | 1 | 7,7 | 13 | 0,217 |
| İlkokul | 146 | 91,3 | 14 | 8,8 | 160 | |
| Ortaokul | 77 | 92,8 | 6 | 7,2 | 83 | |
| Lise | 155 | 93,9 | 10 | 6,1 | 165 | |
| Üniversite ve üstü | 159 | 90,9 | 16 | 9,1 | 175 | |
| Toplam | 549 | 92,1 | 47 | 7,9 | 596 | |

Eğitim durumları arasında, lise ve üstü eğitim durumu ayrı bir grup olarak kabul edildiğinde, yasayı destekleme açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,217$); ancak tüm eğitim seviyelerinde yasayı destekleyenler desteklemeyenlere göre daha fazlaydı.

Yaş grupları arasında sigara yaşağını destekleme açısından anlamlı bir fark saptanmadı (0,407). Tüm yaş gruplarında yaşağı destekleme oranı oldukça yüksekti.

Tablo 39: Paket/yıl sigara kullanımı ile yasaya verilen desteğin ilişkisi

| Yasayı destekleme | Sigara paket/yıl | | p |
|-------------------|------------------|---------------|-------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Evet | 299 | 22,02± 22,52 | 0,576 |
| Hayır | 41 | 29,29 ± 23,11 | |

Arada istatistiksel anlamlı fark olmasa da yasayı desteklemeyenlerin ortalama sigara paket-yıl düzeyleri destekleyenlere göre daha fazlaydı.

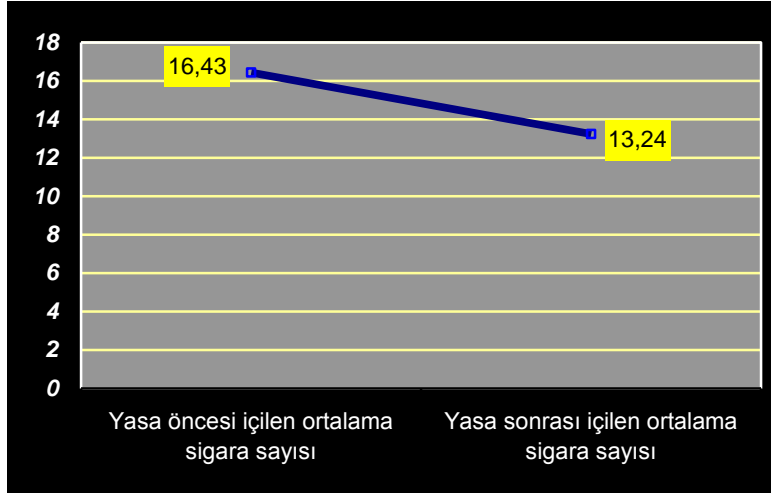
Tablo 40: Meslek ile yasa desteği arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

| Meslek | Kapalı alanda sigara yasağını destekleyenler | | Kapalı alanda sigara yasağını desteklemeyenler | | TOPLAM (n) | p |
|----------------|--|------|--|------|------------|-------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | | |
| Memur | 72 | 92,3 | 6 | 7,7 | 78 | 0.021 |
| Emekli | 97 | 95,1 | 5 | 4,9 | 102 | |
| İşçi | 39 | 88,6 | 5 | 11,4 | 44 | |
| Serbest meslek | 128 | 87,1 | 19 | 12,9 | 147 | |
| Ev hanımı | 141 | 97,2 | 4 | 2,8 | 145 | |
| Öğrenci | 49 | 92,5 | 4 | 7,5 | 53 | |
| İşsiz | 20 | 83,4 | 4 | 16,7 | 24 | |
| Toplam | 546 | 92,1 | 47 | 7,9 | 593 | |

Meslek grupları ile yasayı destekleme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0,021$), en az destekleme oranı %83,4 ile işsiz grupta idi. Memurların % 92,3'ü, emeklilerin %97'si, ev hanımlarının %97,2'si, öğrencilerin %92,5'i, işçilerin %88,6'sı ve serbest meslek grubunun %87,1'i yasayı destekliyordu. Karasız olan 4 kişinin tümü ev hanımı idi.

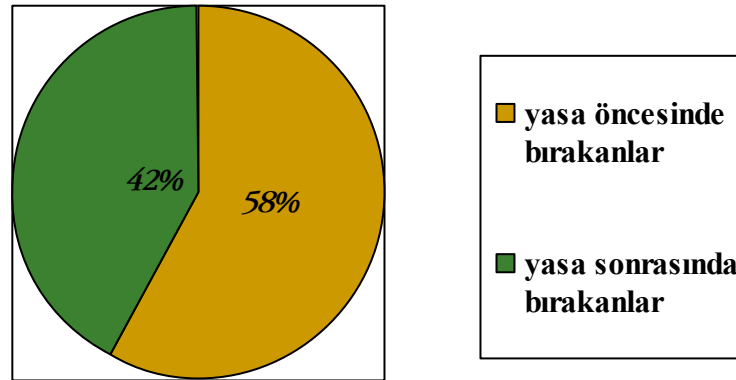
5.3 Yasa sonrası sigara içme davranışlarında olan değişiklikler:

Grafik 25: Yasadan sonra içilen sigara sayısında azalma



Kişilerin yasa sonrasında içtikleri sigara sayısında, yasa öncesinde içilen sigara sayısına göre ortalama 3,19 adet azalma olmuştur.

Grafik 26: Sigarayı bırakmış kişilerde yasa öncesi / sonrasında bırakanların oranları



Sigarayı bırakmış olan toplam 111 kişinin %42'si yasayla bırakmış, %57,7'si yasadan önce bırakmıştı.

Tablo 41: Cinsiyet ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Cinsiyet | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | | TOPLAM (n) | p |
|----------|--|------|--|------|------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Erkek | 106 | 66,3 | 54 | 33,8 | 160 | 0,044 |
| Kadın | 66 | 55,5 | 53 | 44,5 | 119 | |
| Toplam | 172 | 61,6 | 107 | 38,4 | 279 | |

Hem kadınlarda hem de erkeklerde yasadan sonra sigarayı aynen içen ve artıran grup, azaltan ve bırakan gruba göre daha fazla idi. Kadınların arasında, yasadan sonra sigarayı azaltma ve bırakma durumu erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,044).

Tablo 42: Eğitim durumuyla yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Eğitim durumu | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | | Toplam n | p |
|--------------------|--|------|--|------|----------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Okur yazar değil | 6 | 100 | | | 6 | 0,080 |
| İlkokul | 50 | 64,9 | 27 | 35,1 | 77 | |
| Ortaokul | 26 | 65 | 14 | 35 | 40 | |
| Lise | 46 | 60,5 | 30 | 39,5 | 76 | |
| Üniversite ve üstü | 44 | 55 | 36 | 45 | 80 | |
| Toplam | 172 | 61,6 | 107 | 38,4 | 279 | |

Gruplar arasında anlamlı fark olmamakla beraber ($p=0,080$), üniversite mezunlarının yasadan sonra sigarayı azaltan ya da bırakan grubun yaklaşık üçte birini (%33,6) oluşturduğu gözlemlendi. Okuryazar olmayanlarda yasayla sigarayı azaltan veya bırakan yoktu.

Tablo 43: Yaş ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Yaş grupları | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | | Toplam n | p |
|----------------|--|-------------|--|-------------|------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| 35 yaş altı | 62 | 51,2 | 59 | 48,8 | 121 | 0,001 |
| 35 yaş ve üstü | 110 | 69,6 | 48 | 30,4 | 158 | |
| Toplam | 172 | 61,6 | 107 | 38,4 | 279 | |

35 yaş üstü kişilerde yasadan sonra sigarayı artırma ve aynı içme durumu 35 yaş altı kişilere göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,001$).

Tablo 44: Semptom varlığı ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Semptom | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | | Toplam n | p |
|---------------|--|-------------|--|-------------|------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Yok | 74 | 56,1 | 58 | 43,9 | 132 | 0,045 |
| Var | 98 | 66,7 | 49 | 33,3 | 147 | |
| Toplam | 172 | 61,6 | 107 | 38,4 | 279 | |

Yasa sonrasında sigarayı artıran / aynı içen kişilerde pulmoner semptom görülme durumu sigarayı azaltan ve bırakanlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,045$).

Tablo 45: Sigara paket-yılı ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Yasa sonrası sigara içme alışkanlığı | Sigara paket-yıl | | p |
|--------------------------------------|------------------|---------------|-------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Artıran/aynı | 172 | 26,53 ± 23,62 | 0,006 |
| Azaltan/bırakan | 107 | 15,10 ± 17,77 | |

Yasa sonrasında sigarayı azaltan/bırakan gruba göre, artıran/aynı içen grubun ortalama sigara paket-yılı düzeyleri anlamlı olarak daha fazlaydı.

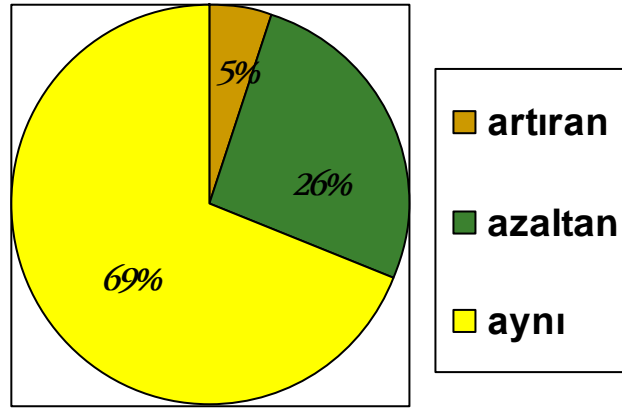
Tablo 46: NBD ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Nikotin bağımlılık düzeyi | | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | p * değeri |
|---------------------------|---|--|--|------------|
| Çok düşük | n | 57 | 31 | 0,0034 |
| | % | 33,1 | 51,7 | |
| Düşük | n | 35 | 13 | |
| | % | 20,3 | 21,7 | |
| Orta | n | 17 | 5 | |
| | % | 9,9 | 8,3 | |
| Yüksek | n | 32 | 6 | |
| | % | 18,6 | 10 | |
| Çok yüksek | n | 31 | 5 | |
| | % | 18 | 8,3 | |
| TOPLAM | N | 172 | 60 | |

* Eğitimde ki-kare testi ile hesaplanmıştır.

Nikotin bağımlılık düzeyi ile yasa sonrasında sigaranın azaltılması ve bırakılması ile, artırılması ve aynen içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0,0034$). Yasadan sonra azaltan ya da bırakanların %51,7'si çok düşük bağımlılığa sahip olan gruptu; bu oran fagerström bağımlılık düzeyi yükseldikçe düşüyordu, bağımlılık düzeyi çok yüksek olanlarda ise %8,3 idi.

Grafik 27: Şu anda sigara içenlerin yasa sonrası içtikleri sigara sayısındaki değişiklik



Şu anda sigara içen kişilerin yasadaki sonra içtikleri sigara sayıları %69'unda aynı kalmış, %25,9'unda azalmış ve %5'inde de artmıştı.

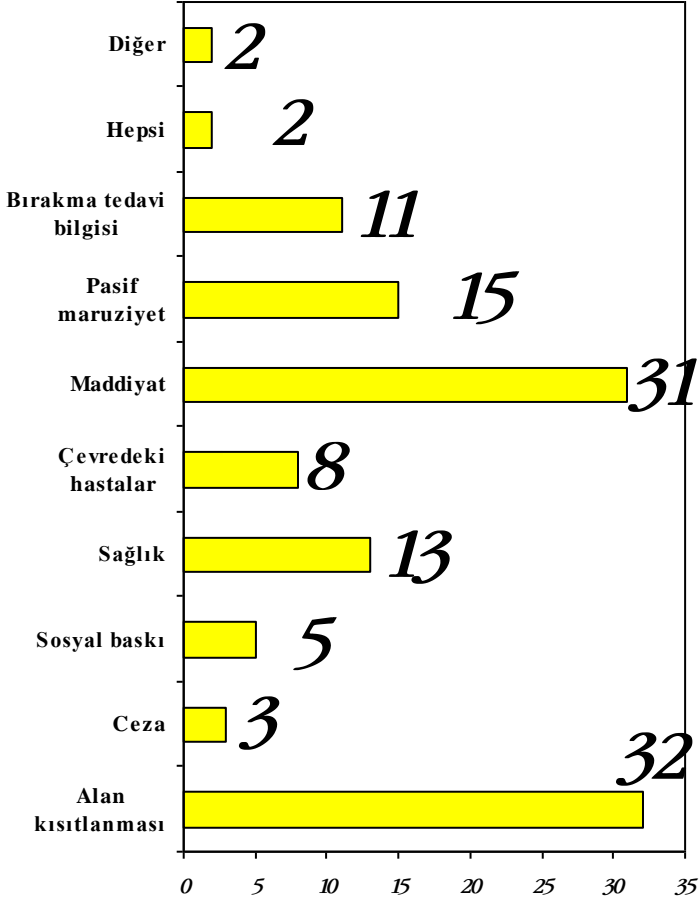
Tablo 47: Yasa desteği ile yasa sonrası sigara içme davranış değişikliklerinin ilişkisi

| Yasa desteği | Yasadan sonra sigarayı artıran ve aynı içenler | | Yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakanlar | | Toplam n | p |
|-----------------|--|-------------|--|-------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Destekliyorum | 140 | 58,8 | 98 | 41,2 | 238 | 0,022 |
| Desteklemiyorum | 30 | 76,9 | 9 | 23,1 | 39 | |
| Toplam | 170 | 61,4 | 107 | 38,6 | 277 | |

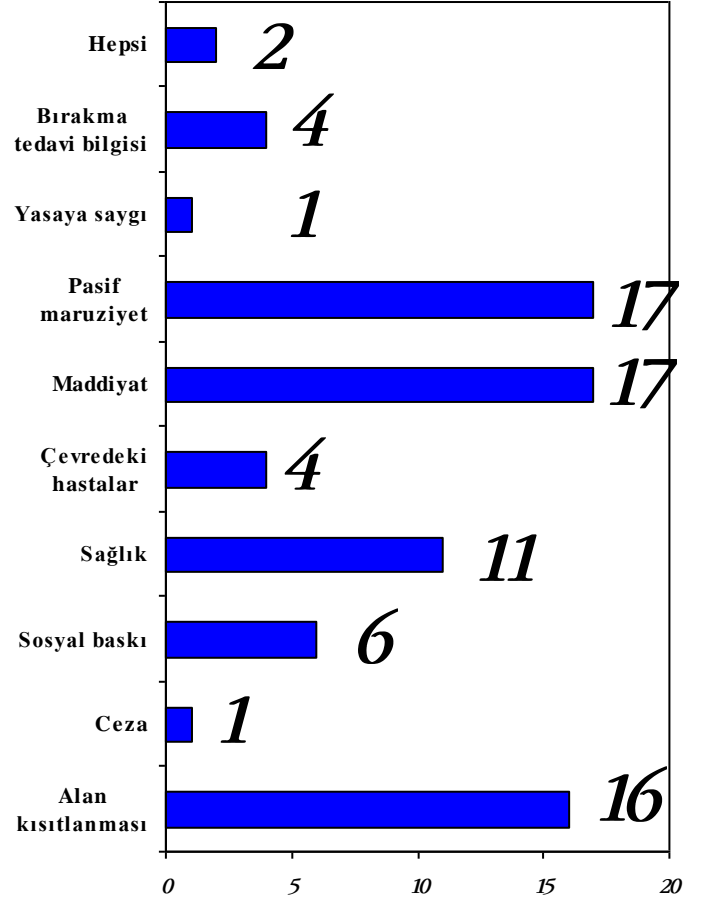
Kapalı alanlarda sigara yasağını destekleyenlerin yasadaki sonra sigarayı azaltma ve bırakma oranları, desteklemeyenlere göre istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha fazlaydı ($p=0,022$).

5.4 Yasa sonrası sigarayı bırakma veya azaltma nedenleri (grafik 28, 29):

YASA SONRASI SİGARAYI BIRAKMA NEDENLERİ

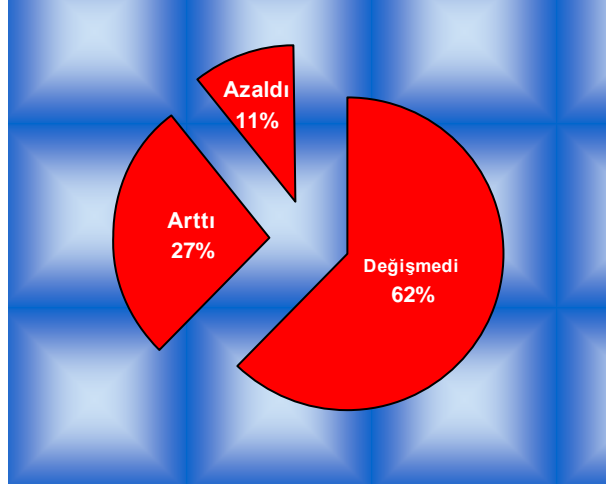


YASA SONRASI SİGARAYI AZALTMA NEDENLERİ



Yasa sonrası sigarayı bırakma veya azaltma nedenleri arasında, en çok alan kısıtlanması, maddiyat ve pasif maruziyetin etkili olduğu gözlemlendi. Pasif maruziyetin sigarayı bırakmadan çok azaltma nedeni olarak görülmesi dikkat çekiciydi.

5.5 Yasa sonrası kapalı alana gitme sıklığı (grafik 30):



Yasadan sonra kapalı alana gitme sıklığı değişmeyen 373 (%62,2), artan 162 (%27) ve azalan 65 (%10,8) kişi mevcuttu.

Tablo 48: Yasa desteği ile yasak sonrasında kapalı alanlara gitme sıklığı arasındaki ilişki

| Yasayı destekleme | Daha az | | Aynı veya daha fazla | | Toplam | p |
|-------------------|-----------|-------------|----------------------|-------------|------------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| Destekliyorum | 45 | 8,2 | 504 | 91,8 | 549 | 0,0001 |
| Desteklemiyorum | 19 | 40,4 | 28 | 59,6 | 47 | |
| Toplam | 64 | 10,8 | 532 | 89,2 | 596 | |

Yasayı destekleme konusunda kararsız olan 4 kişi çıkartıldığında, her 2 grupta da (destekleyen - desteklemeyen) yasaktan sonra kapalı mekanlara aynı veya daha yüksek sıklıkta gitme durumu, daha az gitme durumundan bariz oranda daha fazla idi.

Yasağı destekleyenlerin kapalı alana gitme sıklığının aynı veya daha fazla olması durumu desteklemeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,0001$). Yasağı desteklemeyenlerin bile %59,6'sının kapalı alanlara aynı oranda veya daha çok gidiyor olması dikkat çekiciydi.

Tablo 49: NBD ile yasa sonrası kapalı alanlara gitme sıklığı arasındaki ilişki

| Bağımlılık düzeyi | Daha az | | Aynı ve daha çok | | Toplam | p |
|------------------------|-----------|-------------|------------------|-------------|------------|--------|
| | n | % | n | % | n | |
| Çok düşük- Düşük- Orta | 26 | 16,5 | 132 | 83,5 | 158 | 0,0001 |
| Yüksek- Çok yüksek | 30 | 40,5 | 44 | 59,5 | 74 | |
| Toplam | 56 | 24,1 | 176 | 75,9 | 232 | |

Düşük bağımlılık düzeyine sahip olan kişilerin kapalı alanlara aynı/daha sık gitme durumu yüksek bağımlılık düzeyine sahip kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (p=0,0001). Tüm bağımlılık gruplarında yasaktan sonra kapalı alanlara gitme sıklığının aynı olması ve artması, daha fazla olarak gözlemlendi.

Tablo 50: Sigara paket-yılı ile kapalı alana gitme sıklığındaki değişim arasındaki ilişki

| Kapalı alana gitme | Sigara paket-yıl | | p |
|--------------------|------------------|---------------|-------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Daha az | 59 | 27,79 ± 23,90 | 0,699 |
| Aynı/Daha fazla | 284 | 21,96 ± 22,47 | |

Aralarında istatistiksel anlamlı fark olmasa da, yasaktan sonra kapalı alanlara daha az giden kişilerin ortalama sigara paket-yılı düzeyleri aynı/daha fazla gidenlere göre daha fazlaydı.

5.6 Kapalı alanlarda sigara dumanı miktarındaki değişim

Sigara yasağından sonra, 451 kişi (%75,2) bulunduğu kapalı alanlarda sigara dumanı miktarında değişiklik hissederken, 149 kişi ise (%24,8) herhangi bir değişiklik gözlemlemediklerini belirttiler.

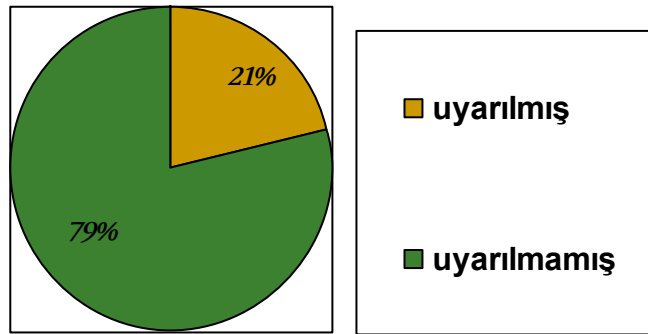
5.7 Kapalı alan yasağını destekleyenlerle yasayı benimseyenlerin karşılaştırılması

Kapalı alanda sigara içiminin yasaklanmasını destekleyenlerin %96,4'ü yasayı da benimsiyor, yasanın başarılı ve yeterli olduğunu düşünüyorken, %3,6'sı ise yasada değişiklikler yapılmasını istiyorlardı. Yasayı destekleyen grup desteklemeyen gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yasayı daha fazla benimsiyordu (p=0,0001). Bununla beraber kapalı alanda sigaranın yasaklanmasını desteklemeyenlerin tümü yasanın değiştirilmesini istiyorlardı. Yasağı desteklemek konusunda kararsız olan kişilerin yarısı ise yasayı benimsediklerini bildirmişlerdi.

5.8 Yasanın ihlali

Sigara içen 232 kişinin 75'i (% 32,3) sigara yasağını ihlal ederken, 157 kişi ise (%67,7) yasak yerde sigara içmemişti. Yasağı ihlal edenlerin sadece %21,3'ü uyarılmıştı.

Grafik 31: Yasağı ihlal eden kişilerin uyarılma oranı



Tablo 51: Cinsiyet ile yasağın ihlali ilişkisi

| Cinsiyet | İhlal edenler | | İhlal etmeyenler | | TOPLAM N | p |
|----------|---------------|------|------------------|------|-------------|--------|
| | n | % | n | % | | |
| Kadın | 14 | 16,1 | 73 | 83,9 | 87 | 0,0001 |
| Erkek | 61 | 42,1 | 84 | 57,9 | 145 | |
| Toplam | 75 | 32,3 | 157 | 67,7 | 232 | |

Yasanın ihlali erkeklerde kadınlara göre daha sık ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,0001$), erkeklerin %42,1 gibi büyük bir yüzdesi yasağı deldiklerini ifade etmişken kadınlarda bu oran yalnızca %16,1 idi.

Tablo 52: Eğitim durumu ile yasak yerde sigara içip içmediğinin karşılaştırılması

| Eğitim durumu | Yasak yerde içtim | | Yasak yerde içmedim | | TOPLAM N | p |
|--------------------|-------------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| Okur yazar değil | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 | 0,062 |
| İlkokul | 22 | 34,4 | 42 | 65,6 | 64 | |
| Ortaokul | 5 | 14,3 | 30 | 85,7 | 35 | |
| Lise | 23 | 37,7 | 38 | 62,3 | 61 | |
| Üniversite ve üstü | 24 | 36,4 | 42 | 63,6 | 66 | |
| Toplam | 75 | 32,3 | 157 | 67,7 | 232 | |

Eğitim durumu ile yasanın ihlal edilmesi arasında anlamlı ilişki bulunmamakla beraber ($p=0,062$), her grupta yasayı ihlal etmeyenler edenlerden daha fazlaydı. Ayrıca yasağı ihlal eden 75 kişinin 47'sinin lise ve üniversite mezunu olması dikkat çekiciydi.

Tablo 53: Yaş grupları ile yasak yerde sigara içme ve uyarılma durumlarının ilişkisi

| Yaş grupları | Yasak yerde sigara içince uyarıldım | | Yasak yerde sigara içince uyarılmadım | | Toplam n | p |
|----------------|-------------------------------------|------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| 35 yaş altı | 5 | 5,2 | 92 | 94,8 | 97 | 0,044 |
| 35 yaş ve üstü | 17 | 12,6 | 118 | 87,4 | 135 | |
| Toplam | 22 | 9,5 | 210 | 90,5 | 232 | |

35 yaş altı olanların % 35,1'i, 35 yaş üstü olanların %30,4'ü yasak yerde sigara içtiklerini bildirdiler; yaş grupları arasında yasağı ihlal etme açısından anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,271). 35 yaştan büyük olanlarda yasak yerde sigara içtiği için uyarı alma oranı %12,6 iken, bu oran 35 yaş altındakilerde sadece %5,2 idi; yaş grupları ve yasak yerde sigara ihlalinin uyarılması arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (p=0,044).

Tablo 54: NBD ile yasak ihlali arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

| Nikotin bağımlılık düzeyi | İhlal eden | | İhlal etmeyen | | Toplam | p değeri |
|---------------------------|------------|-------------|---------------|-------------|------------|----------|
| | n | % | n | % | | |
| Çok düşük | 16 | 18,2 | 72 | 81,8 | 88 | 0,0001 |
| Düşük | 16 | 33,3 | 32 | 66,7 | 48 | |
| Orta | 7 | 31,8 | 15 | 68,2 | 22 | |
| Yüksek | 19 | 50 | 19 | 50 | 38 | |
| Çok yüksek | 17 | 47,2 | 19 | 52,8 | 36 | |
| Toplam | 75 | 32,3 | 157 | 67,7 | 232 | |

Bağımlılık düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde (p=0,0001) yasayı daha çok ihlal ediyorlardı.

Tablo 55: Sigara paket-yılı ile yasa ihlalinin karşılaştırılması

| Yasa ihlali | Sigara paket-yıl | | p |
|-------------|------------------|---------------|-------|
| | n | Ort. ± SS | |
| Evet | 75 | 28,45 ± 22,02 | 0,470 |
| Hayır | 157 | 21,38 ± 22,08 | |

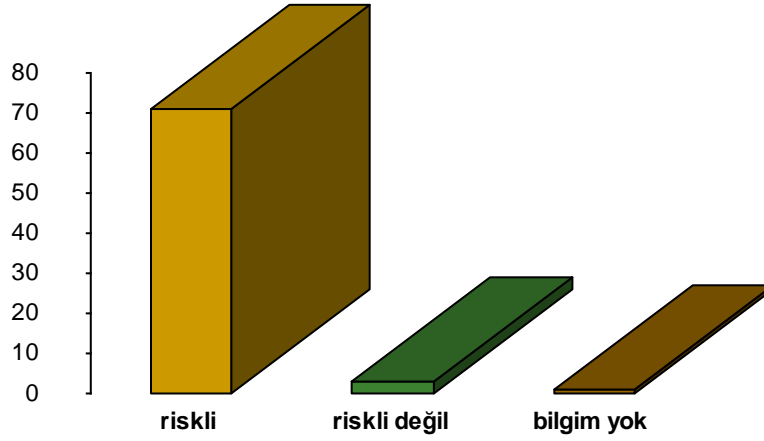
Yasa ihlali ile kişilerin sigara paket-yılı düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı fark olmasa da, ihlal eden kişilerin paket-yılı ortalamalarının daha yüksek olduğu dikkat çekti.

Grafik 32: Yasayı ihlal eden kişilerin yasa konusundaki görüşleri



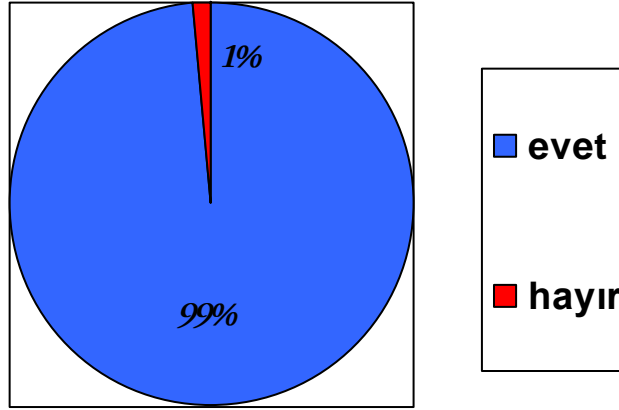
Yasayı ihlal eden sigara içicilerinin aslında yaklaşık %70'i sigara yasağını destekliyor.

Grafik 33: Yasayı ihlal eden kişilerin pasif maruziyet konusundaki görüşleri



Yasağı ihlal eden sigara içicilerinin 71'i (%94,7) aslında pasif maruziyetin insan sağlığına zararlı olduğunu biliyor olmalarına rağmen kapalı alanda sigara içiyorlar.

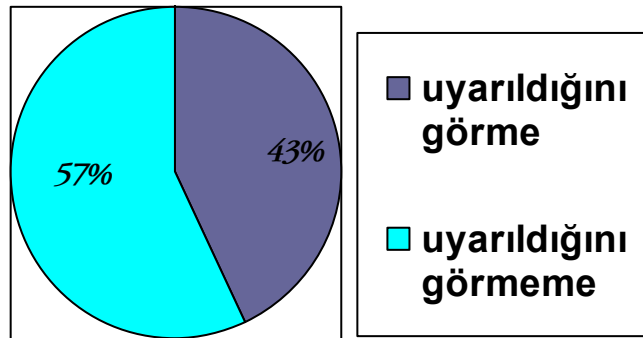
Grafik 34: Yasayı ihlal eden kişilerin dumandan korunma hakkı konusundaki görüşleri



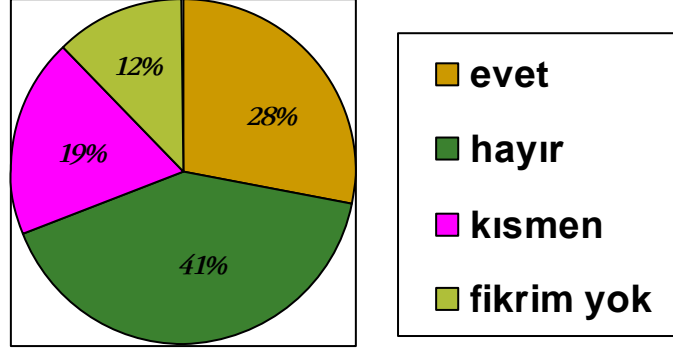
Yasağı ihlal eden sigara içicilerinin %98,7'si aslında herkesin dumandan korunma hakkına sahip olduğunu düşündükleri halde kapalı alanda sigara içiyorlar.

5.9 Yasa ihlalinin cezai yaptırımlarının uygulanması

270 kişi yasaktan sonra yasanın ihlal edildiğini görmüş (%45). Bu kişilerin %43'ü yasayı ihlal edenlerin uyarıldığını şahit olmuşken, %57'si uyarılmadıklarını ifade etmişti (grafik 35).

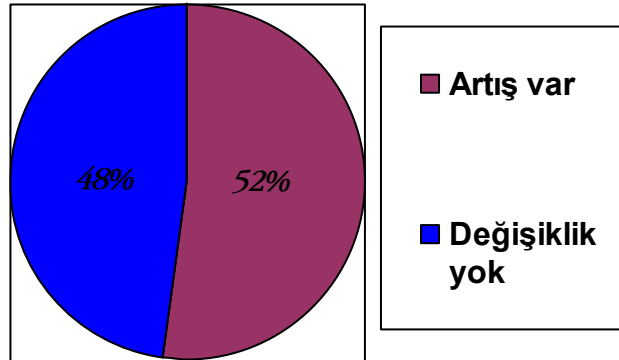


Grafik 36: Yasa sonrası cezai yaptırımların uygulanması konusundaki görüşler



Katılımcıların %40,8'lik yüzde ile en büyük grubu yasa sonrasında cezai yaptırımların yeterince uygulanmadığını düşünürken, uygulandığını düşünenler %28, kısmen uygulandığını düşünenler %19 ve fikri olmayanlar % 12,2'lik kısmı oluşturmaktaydı.

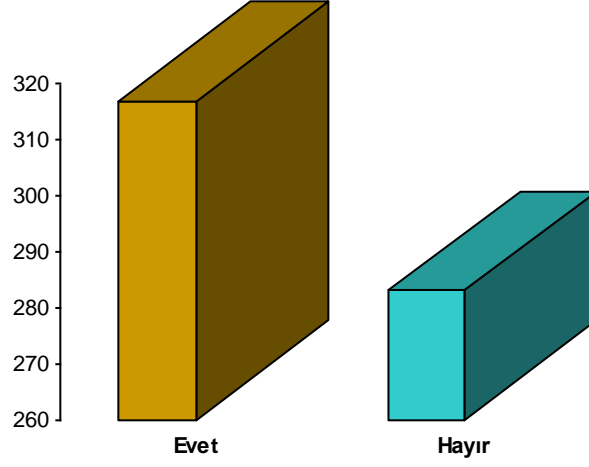
5.10 Yasadan sonra çevrenizde/ailenizde sigarayı bırakan- bırakmaya çalışan kişi sayısında değişiklik fark ettiniz mi? (grafik 37):



Katılımcıların %52'si, yasadan sonra çevrelerinde ve ailelerinde sigarayı bırakan veya bırakmaya çalışan kişi sayısında artış olduğunu farkettilerini dile getirdiler.

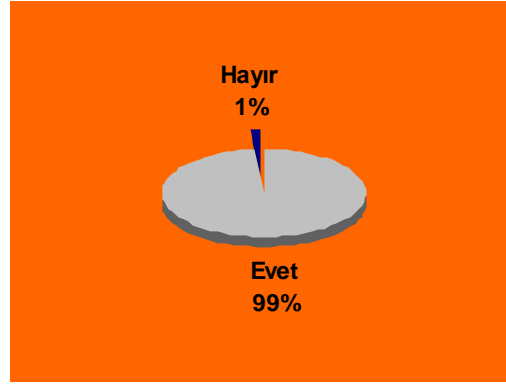
5.11 Türk halkının tütün kontrolü yasasını yeterince benimsediğini düşünüyor musunuz?

(grafik 38):



317 kişi (%52,8) Türk halkı'nın yasayı benimsediğini düşünürken, 283 kişi (%47,2) ise, yasanın tam olarak benimsenmediğini düşünüyor.

5.12 Sigara dumanından korunma hakkına herkes sahip midir? (grafik 39):



Katılımcılarda 592 kişi, her bireyin nerede çalıştığına bakılmaksızın sigara dumanından korunma hakkına sahip olduğunu düşünürken, aksini düşünen 8 kişi vardı.

5.13 Yasanın doğru bir şekilde uygulanmasıyla sigara içimine bağlı oluşan hastalıkların önüne geçilebilir mi?

Yasanın uygulanması konusundaki kararlılığın devamı durumunda, ilerleyen yıllarda akciğer kanseri, kronik bronşit gibi hastalıkların yaygınlığının azalacağına 517 kişi inanırken (%86,2), bir değişiklik olmayacağını düşünen toplam 83 kişi (%13,8) mevcuttu.

VII. TARTIŞMA

Ülkemizde tütün kontrolü konusundaki ilk kanun, 4207 sayılı “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” olup 1996 yılında bazı kamusal alanlarda sigara içilmesine yasaklama getirmişti. Ancak bu kısıtlamalar o dönemde sağlık ve eğitim kurumları ile spor tesisleri ve tiyatro, sinema gibi eğlence yerleri, toplu taşıma araçları (otobüs, tren, iç ve dış hatlardaki uçak yolculukları) ile sınırlı idi. Yasanın kapsamı 2008 yılında genişletildi ve sigara içilmesinin yasaklandığı yerlere ikram sektörüne ait işletmeler de dâhil edildi. Tüm kamusal alanlarda ve hizmet sektöründe sigara içimini yasaklayan ve kapsamı genişletilen yasa 3 Ocak 2008’de TBMM’de kabul edildikten sonra ikram sektörünü kapsayan maddelerin uygulanması için 18 aylık bir uyum süresi tanındı ve uygulama 19 Temmuz 2009 tarihinde başladı. Türkiye, Dumansız Hava Yasası’nı uygulamaya başlayan dünyada altıncı, Avrupa’da üçüncü ülke olup, Dünya Sağlık Örgütü’nün 2009 yılı raporunda yasanın başarıyla uygulandığı ülkeler arasında sayılmaktadır. Yasanın yürürlüğe girmesinin ardından henüz 2 yıl gibi kısa bir sürenin geçmiş olması nedeniyle ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Çalışmamız örneklem grubunun büyüklüğü ve seçimi itibarıyla Türkiye’nin en büyük ve kozmopolit şehirlerinden biri olan İzmir halkı popülasyonunu yansıtan sonuçlar içermesi bakımından diğer pek çok çalışmadan ayrılmaktadır. Ancak halen böylesi önemli bir konuda ülke genelinde yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamızda, erkeklerin kadınlara göre anlamlı olarak daha çok sigara içmekte olduğu tespit edildi. Bu durum, Türkiye ve dünya verileriyle de orantılı olarak bulunmuştur; T.C.Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Raporu verilerine göre, Türkiye’de nüfusun %31,3’ü sigara içmekte olup erkeklerin %47,9’u, kadınların %15,2’si sigara içmektedir (66). Dünya Sağlık Örgütü 2009 yılı verileri ise, %33,4’lük sigara içen kesim olduğunu ve 18 yaş üstündeki nüfusun erkeklerinin %50,6’sı, kadınlarının ise %16,6’sında sigara içildiğini bildirmektedir (1). Çalışmamızda bulunan genel, erkek ve kadınlarda sigara içme oranları, bu iki istatistiğin de üstünde bulunmuştur. Bu durum, sigara içme ile ilgili yasalara rağmen, hala her iki cinsiyette belirgin oranda sigara içildiğini göstermektedir. Dikkat çekici olan bir başka durum da yıllar içinde kadınlarda sigara içme sıklığının giderek artıyor olmasıdır. Türkiye Kardiyoloji Derneği tarafından 1990’dan beri yürütülen TEKHARF çalışmasının 2000 yılı taramalarında erkeklerde sigara içme sıklığı %11 azalmışken özellikle genç kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (22). Tütün endüstrisi sigarayı kadınlar için

bağımsızlık, zarafet, çekicilik, kilo kontrolü, kültür ve güçle bağdaştırmakta ve kadınlar arasında sigara içiciliğini artırmaya yönelik yeni pazarlama taktikleri geliştirmektedir. Kadınların aktif çalışma hayatına daha çok girmesi, ekonomik güce sahip olması ve gündelik hayatı daha dışa dönük yaşamaya başlamasıyla beraber sigara içme prevalansının hızlı bir yükselme gösterdiği düşünülebilir. Bu sosyal hayata dahil olma ve sigara kullanma algısındaki hatalı birlikteliğin kırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda 25-34 yaş grubu, sigaranın en çok oranda içildiği yaş grubu olarak bulunmuş olup, 45 yaşından sonraki yıllarda sigara içme alışkanlığının giderek azaldığı gözlenmiştir. Bu durumun, 40'lı yaşlarda ortaya çıkmaya başlayan, çoğu sigara ile ilişkili kronik ve dejeneratif hastalıklara bağlı sağlık sorunları ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, eğitim düzeyi ile sigara içme alışkanlığı arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, lise ve üniversite mezunlarında sigara içme oranının okur-yazar olmayanlar, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalarda değişik sonuçlara rastlanmıştır. Bilir ve arkadaşları, üniversite mezunlarının sigara kullanım sıklığını lise mezunlarından daha düşük, ancak okur-yazar olmayanlara göre daha fazla olarak bulmuşlardır (29). Yine bazı araştırmalarda, gelişmiş ülkelerin aksine, Türkiye'de eğitilmiş gruplarda sigara kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır (66). Araştırmamızda bunun aksi bir duruma rastlanmış olması, Türk toplumunda eğitim düzeyi yüksek kişilerin artık sigara içimi konusunda daha bilgili ve duyarlı olmaya başlamasıyla ilişkili olabilir. Aynı zamanda yurtdışında yapılmış çalışmalarda eğitim düzeyi ve ekonomik geliri düşük olan insanlar daha fazla sigara içmekte ve sigarayı bırakmamakta olduğu saptanmıştır. Tütün karşıtı politikalarından en çok etkilenecek sigara bırakma oranlarının en fazla olduğu kesim gelir düzeyi yüksek gruplardır (120)

Sigara içme durumunun mesleklere göre dağılımında; ev hanımları, en düşük sigara içme oranına sahipti. Bu durum, evde pasif maruziyetin düşmesi ve annelerin çocukları tarafından bu tür bağımlılıklar açısından örnek alınması nedeniyle önemli olarak değerlendirildi.

Sigaraya başlama yaşı, erkeklerde kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük bulundu. 2010 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre Türkiye'de sigaraya başlama yaşı erkekler için 16,6 ve kadınlar için 17,8 yaş olarak saptanmıştır (66). Çalışmamızda

ise sigaraya başlama yaşı $18,7 \pm 6,6$ olarak saptanmış olup, Türkiye geneline göre yüksek çıkmıştır. Ayrıca yasal olarak 18 yaşın altındaki kişilere sigara satışının yasak olmasına rağmen erkeklerde ortalama sigaraya başlama yaşının 16,9 olarak bulunması da ülkemizde kanunların yasal yaptırımlarının uygulanması konusunda dikkat çekicidir. Tütün endüstrisinin temel hedeflerinden olan 18 yaşın altındaki kişilere, özellikle kadınlara sigara bağımlılığı kazandırmak hedefini engellemek için gerekli çalışmalar yürütülmelidir.

Çalışmaya katılan erkeklerin nikotin bağımlılık düzeyleri kadınlardan daha yüksekti. Elde edilen bu veriler toplum geneline yapılan diğer çalışmalarla uyumluydu. Aynı zamanda çok düşük, düşük ve orta düzeyde bağımlılığa sahip kişilerde semptom görülme oranının, yüksek ve çok yüksek NBD olan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha az olduğu dikkat çekti. Bu durum düşük bağımlılığa sahip kişilerin daha az semptoma sahip olması nedeniyle sigara bırakma konusunda daha az bilinçli ve istekli olabileceğini göstermekte olup, bu kişilere gerekli bilgilendirme ve sağlık hizmetlerinin ulaştırılabilir kılınması konusu önem arz etmektedir.

Sigara dışı tütün ürünlerinin de katılımcıların yaklaşık %11'i tarafından kullanılmakta olduğu gözlemlendi; erkeklerde, 35 yaş altı popülasyonda, özellikle lise ve üniversite mezunlarında bu ürünlerin daha fazla kullanılıyor olması dikkat çekiciydi. Nikotin içeren tüm tütün ürünlerinin bağımlılık yapma ve insan vücuduna toksik olma özelliği unutulmamalıdır. Diğer tütün ürünlerinden özellikle nargile kullanımında görülen son yıllardaki küresel artış, tütün kontrolü topluluğu açısından yeni bir mücadele alanı ortaya çıkarmaktadır (121). Özellikle genç yaşta nüfusta bu ürünlerin kullanıldığı göz önünde bulundurulursa, bu durum eğitim politikaları ve çalışmaların öncelikle sigara ve zararlarına yönelmiş olup diğer tütün ürünlerinin geri planda kaldığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak tütün kontrol programlarının ana hedeflerinden birisinin tüm tütün ürünü kullanmakta olanların bu bağımlılıklarını bırakması olduğu hatırlanmalı, genç ve eğitilmiş nüfusun sık kullandığı diğer tütün ürünlerinin tüketimini azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır. Aynı zamanda sigara dışı tütün ürünlerinin kullanımının bu kadar yaygın olduğu göz önüne alındığında kişilere sigara içip içmediklerinin sorulmasının yeterli olmayacağı ve bu durumda pek çok tütün mamülü bağımlılığının atlanabileceği düşünülmüş, doğru olanın kişilerin herhangi bir tütün mamülünü kullanıp kullanmadıklarının sorgulanması olduğu kanaatine varılmıştır.

Nargile, sigara dışı tütün ürünleri arasında en çok tüketilen madde olarak gözlemlendi. Nargile özellikle gençlerde sık kullanılmasıyla tütün kullanımını özendirilmektedir ki, genç

yaşta tütün kullananların bağımlı olma oranları daha yüksektir (122). Çalışmamızda da benzer şekilde, nargile kullanan grubun çoğunluğunu öğrencilerin oluşturduğu saptandı. Nargilenin bağımlılık yapıcı etkisinin yeterince bilinmemesi de bu kullanım sıklığının sebeplerinden birisidir. Nargilenin tütün bağımlılığının bir basamağı olduğu unutulmamalı ve daha çok gençlere yönelik eğitici politikalar geliştirilmelidir (123).

Araştırmaya katılanların çok büyük bir bölümünün, sigara dumanından korunma hakkına sahip olduklarını ve pasif maruziyetin zararlarını bildikleri gözlemlendi. Eğitim düzeyine göre oluşturulan tüm gruplarda, pasif içiciliğin riskli olduğu bilinmesine rağmen, evde sigara içiminin süregeldiği tespit edildi. Buna rağmen, hem ÇTD'na maruz kalan, hem de çevresini pasif maruziyete uğratan kişi sayısının yüksekliği dikkat çekiciydi. Katılımcıların %57,8'inin evinde sigara içiliyor olma durumunun, Türkiye'de değişik kentlerde yapılan çalışmalarla benzer oranda olduğu (%59,9-81,5) gözlemlendi (124, 125). Yasa ile, tüm kamusal kapalı alanlarda pasif maruziyetin önüne geçilmiş olmasına rağmen, kişilerin özel mülkiyetlerinde halen yüksek oranda çevresel tütün dumanına maruz kalıyor olması oldukça düşündürücüdür. Yasanın bu yönde genişletilmesi, evde pasif maruziyetin önüne geçilmesi adına faydalı olabilir.

Evde sigara içen katılımcılarda, iç ve dış mekanda sigara içme yüzdeleri benzer olarak gözlemlendi. Yasa öncesinde evin iç ve dış mekanlarında sigara içimi konusunda çalışma bulunamamış olup, çalışmamızda katılımcıların yarısına yakınının dış mekanlarda içiyor olmaları halkın bu konuda bilgi ve duyarlılık düzeyinin artıyor olması ile ilişkili olabilir. Her ne kadar, evin balkon, bahçe gibi dış mekanlarında sigara içilmesi çevresel tütün maruziyetini azaltsa da, "üçüncü el sigara içimi"nin engellenemiyor olması kişilerin sigara dumanına maruz kalma durumunun devamına yol açmaktadır. Sigara dumanında yer alan zararlı maddelerin sigara içilen ortamın yüzeylerinde ve içen kişinin giysilerinde uzun süre kaldığı, bu yüzden evde hiçbir şekilde sigara içilmemesi gereğinin anlaşılması için gerekli bilgilendirmenin şart olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda sigara içmeyen kişilerin, araçta pasif maruziyete uğrama oranı %14,9 olarak bulundu; yine çalışan popülasyonun %14,4'ünün iş yerinde pasif maruziyete uğradığı tespit edildi. Bu oranlar, ulusal verilerimizle benzer özellikteydi. 2010 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre, her altı kişiden biri (%16,5) toplu taşımacılıkta ve her 10 kişiden biri (%11,3) toplu yaşam yerlerinde ve devlet kurumlarında sigara dumanından pasif etkilendiklerini belirtmişlerdi (66). Kabir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, okul

çocuklarının yedide birinin araçta pasif maruziyete uğradığı belirtilmişti (126). Araştırmamızda işyerleri arasında sigara içiminin her yerde yasak olduğu meslek gruplarının daha çok kamusal alanlarda çalışan kişiler olduğu, sigara içiminin serbest olduğu işyerlerinin ise daha çok serbest meslek grubunda yer aldığı izlendi.. Bu durum yasanın kamusal alanlarda daha iyi uygulanabiliyor olmakla beraber, özel mülkiyete ait işyerlerinde uygulanımının kısıtlı olduğunu göz önüne sermekte ve bu konuda yasanın gerektirdiği yaptırımların daha sıkı takipçisi olunmasının önemini vurgulamaktadır. Aynı zamanda tüm işyerleri göz önüne alındığında halen yaklaşık olarak dörtte birinde sigara içiminin her yerde serbest olmasının saptanması da, yasanın uygulanması konusundaki kısıtlılıklar açısından çarpıcıdır. Araştırmamızda kamu ve özel işletmelerde yasak uygulanmaya başladıktan sonra gerek yasayı ihlal eden gerekse etmeyen kişilerin evde içtikleri sigara sayısının çok büyük oranda artış göstermediği saptanmıştı. Bu durum yasanın uygulanmaya başladığı ilk dönemlerde yasa karşıtlarının, sigara bağımlılarının kamusal alanlarda sigara içemediklerinden dolayı ev, araç gibi kapalı mekanlarda sigara tüketimlerinin artacağını öne sürdükleri tezin geçersiz olduğunu kanıtlar niteliktedir. Çalışmamızda, yasadan sonra evde içilen sigara sayısının arttığı azınlığın, NBD' nin yüksek olduğu grup olması da dikkat çekiciydi.

Çalışmamızda sigara bırakmayı başarmış kişiler daha çok evinde başka sigara içen kişi olmayanlardı. Yine benzer şekilde halen sigara içmekte olan kişilerin büyük çoğunluğunda evde sigara içen başka bir kişi mevcuttu. Yapılan bir araştırmada, evde sigara içen birisinin varlığında sigarayı bırakma başarısı daha düşük olarak bulunmuştur (127). Bu durum hem sigara içiciliğinde tetikleyici bir faktör olan çevrede sigara içen kişi varlığının, hem de sigara içimi konusunda kişilerin rol model olarak alınmasının önemini ortaya koymasından dolayı değerlidir.

18 yaş altında çocuğu olan ailelerin %40,7'sinin, 5 yaş altı çocuğu olan ailelerin %39,3'ünün evde sigara içerek çocuklarını pasif maruziyete uğrattıkları gözlemlendi. Bu maruziyetin, evde ve araçta da önemli oranda gerçekleştiği, evde 5 yaş altı çocuğu olan ev hanımlarının bile yaklaşık üçte birinin evde pasif maruziyete yol açtığı saptandı. Tüm dünyada çocukların %38-75'inin pasif maruziyete uğradığı gösterilmiştir (57, 128). Warren ve arkadaşları, Amerika'da yapılan bir çalışmada çocukların %39,5'inin tükrük kotinin düzeylerinin, yoğun pasif maruziyeti temsil eder boyutta yüksek olduğunu bulmuşlardır (129). Çalışmamızdaki bu veriler dünya verileriyle benzer olarak değerlendirilmiştir.

Sigara dumanından pasif olarak etkilenme durumu, yetişkinler için olduğu kadar çocuklar için de oldukça zararlıdır. Sigara içilen bir evde yaşayan bir çocuğun, sigara içilmesini olağan bir davranış olarak algılayıp, içen kişiyi rol model olarak alması kaçınılmazdır. Yapılan bir çalışmada, babası sigara kullanan erkek çocukların ve annesi sigara kullanan kız çocukların diğerlerine göre daha çok sigara kullandığı tespit edilmiştir (130). Ev içinde sigara içilmesinin, çocukların sigaraya başlaması durumu ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (131). Gonzales ve arkadaşlarının bir çalışmasında ev ve otomobilde sigara içimi yasağının uygulandığı ailelerin çocuklarında solunum yolu infeksiyonlarının anlamlı oranda daha az olduğu saptanmıştır (132). Bundan hareketle mevcut yasanın kapsamı genişletilmeli, özel mülkiyetler ve araçlarda da sigara içmeyen kişilerin ve özellikle çocukların pasif maruziyeti engellenmelidir. Araç kullanımı sırasında kişilerin sağlığını tehdit edecek durumlar nasıl cezalandırılıyorsa benzer durum sigara içimi için de sağlanmalı, insanları, özellikle de çocukları sigaradan ve pasif sigara dumanı etkileniminden korumaya yönelik politikalar desteklenmeli ve uygulanması artırılmalıdır.

Katılımcılardan şu anda sigara içen kişilerin büyük çoğunluğu sigarayı bırakmak istediklerini beyan etmişlerdi. Bu oran daha önce yapılmış çalışmalarla benzer özellikteydi (102) . Bırakmayı düşünenler hem kadınlarda hem de erkeklerde düşünmeyenlere göre oldukça fazlaydı. Çalışmamıza katılan tüm sigara içme öyküsü bulunan kişilerin %76'sı gibi büyük bir çoğunluğu daha önce en az bir kez sigara bırakma girişiminde bulunmuşlardı. Bu durum da yine literatür ile benzerdi. Yapılmış bir çalışmada sigara içicilerinin %80'inin geçmişinde bırakma denemesi hikayesi mevcut bulunmuştur (105). Sigarayı ilk girişiminde bırakamamış kişilerin, ikinci veya daha fazla girişimde bırakmayı başarabileceği bilgisi (133), sigarayı bırakamayanların ne olursa olsun bırakma fikrinden vazgeçmemeleri gerektiğini göstermektedir.

Katılımcılardan sigara içenlerin yaklaşık üçte biri sigarayı bırakmayı başarabilmişti. Bu konuda ülkemizde yapılan araştırmalarda sigara bırakabilme oranlarının %14 ile %33 arasında değişen oranlarda olduğu saptanmıştır (134). Çalışma sonuçlarımız Türkiye verileriyle benzer olarak görüldü. Sigarayı bırakma düşüncesinin; eğitim durumu, cinsiyet, yaş ve NBD ile anlamlı ilişkisi saptanmamış olup yukarıda sayılan tüm gruplarda bırakmayı düşünenlerin oranı düşünmeyenlere göre oldukça fazlaydı. Bu durum sigara içicilerine gerekli bilgilendirmenin yapılarak sigara içiminin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun anlatılması ve doktor başvurularının sağlanması suretiyle tam donanımlı sigara bırakma polikliniklerinde gerekli

tedavinin sağlanması sonucunda halkın değişik katmanlarından tüm içicilerin fayda göreceğini, sigara bırakma oranlarının o kadar artacağını düşündürür niteliktedir.

Çalışmamızda sigarayı bırakmayı başarmış kişilerin başarılı olamamış kişilere göre anlamlı olarak sigara içmeye daha geç yaşlarda başlamış olduğunu saptadık. Bu durum en güzel bırakma tedavisinin aslında hiç başlamamak olduğunu gösterir niteliktedir. Aynı zamanda sigarayı bırakmayı düşünmeyen kişilerin ortalama sigara paket/yılları bırakmayı düşünen kişilere göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Bunu göz önüne aldığımızda kişiler sigara bırakma konusunda ne kadar erken bilinçlendirilir ve motive edilirse sigaraya karşı savaşta da o kadar başarılı olunacağı ortadadır.

Araştırmamızda sigarayı bırakmayı deneyip başarısız olmuş kişilerin oldukça az oranda destek almış oldukları göze çarpan bir diğer noktaydı. Parrot ve arkadaşlarının bir çalışmasında sigaranın destek almadan bırakılmaya çalışılmasında başarı oranları sadece %3 iken , NYKT ile %10'a , sigara bırakma polikliniği desteği ve NYKT tedavisi ile %20'lere kadar arttığı saptanmıştır (106). Çalışmamızda destek tedavisi almış kişilerin yaklaşık üçte ikisinin başarılı olduğu saptanmış olup, alınan destek tedavilerinin tümü değerlendirildiğinde bilimselliği kanıtlanmış yöntemlerin bilimselliği kanıtlanmamış yöntemlere göre daha fazla tercih edildiği saptandı. Sigara bırakma girişimi başarılı olmuş kişilerin bilimselliği kanıtlanmış yöntemleri tercih etme oranı bırakamamış kişilere göre daha fazlaydı. Bu durumdan hareketle sigarayı bırakmayı düşünen kişilerin medikal tedavi alabileceği polikliniklere yönlendirilmesi ve bilimselliği kanıtlanmış yöntemlerin kullanımının artırılması ile beraber bırakma oranlarının artırılacağı düşüncesindeyiz.

Araştırmamızda sigara içenlerin destek alma oranları, sigara bırakmayı denemiş olanlarda beşte bir, bırakabilenlerde ise üçte bir olarak gözlemlendi. Destek alanların çoğunluğunu 35 yaş üstündeki grup oluşturmaktaydı. Destek tedavisi alanların üçte ikisinin sigarayı bırakmış olması dikkat çekiciydi. Bu sonuç, sigarayı profesyonel destek ile bırakma oranının yüksekliği açısından oldukça çarpıcıdır.

Sigara bırakma yöntemleri içinde, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış yöntemler, katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından tercih edilmişti. Sigarayı, destek alarak bırakmayı başarmış kişilerde bilimselliği kanıtlanmış yöntemlerin kullanılma oranı diğer yöntemlerin kullanılma oranından fazla olarak gözlemlendi; bu yöntemlerin diğer tedavilere göre üniversite

mezunlarında, 35 yaş üstü olanlarda çoğunlukla tercih edilmesi dikkat çekiciydi. Yapılan çalışmalarda da, gerek nikotin replasman tedavileri (113, 114), gerekse nikotin içermeyen farmakoterapiler (116), yani bilimsel etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemleri sigara bırakmada başarılı olarak bulunmuştur. Üniversite mezunlarında etkinliği kanıtlanmış bilimsel bırakma yöntemleri diğer bırakma yöntemlerine göre daha sık tercih ediliyor olduğu halde, sigarayı bırakmak için destek alma durumunun en az olduğu grubun da lise ve üniversite mezunları olması ilginç bir sonuçtu. Bu durumun, yüksek eğitim düzeyi olanların, belki kişisel özgüven, belki de bilgi birikimlerine güvenerek sigara bırakmak için destek tedavisi almak istememesi, ancak destek alanların da bilimsel yöntemlerin daha etkin olduğunu düşünerek bu yöntemleri tercih ediyor olmasıyla ilişkili olabileceği şeklinde yorumlandı.

Sigarayı bırakmayı düşünmekte olanların yaklaşık üçte birinin bu kararında yasanın etkili olduğu tespit edildi, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulundu. Aynı zamanda sigarayı bırakmayı başarmış olan kişilerin yaklaşık yarısının yasanın yürürlüğe girmesinin ardından bırakmış olmaları da yasanın sigara bırakma konusundaki etkisini gözler önüne sermektedir.

Sigarayı bırakmayı denemiş ancak başarısız olanların %80'inin hala sigarayı bırakmayı istemesi ilginç bir sonuç olarak değerlendirildi. Bu durum, belki de doğru bir bırakma stratejisi ve yöntemi tercih edilirse, sigara bırakmaya hala istekli olan kişilerin sigarayı bırakabileceğini gösteriyor olabilir. Ayrıca sigara içicilerinde semptom görülme sıklığı hem bırakmayı düşünen hem de düşünmeyen grupta semptom görülmemesine göre daha fazlaydı. Bu durum kişilerin bırakmaya yönlendirilmesinde bir araç olarak kullanılabilir.

Katılımcılardan sigara öyküsü olan tüm kişiler incelendiğinde sigara bırakabilme durumunun kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptandı. Sigara bırakabilmenin kadınlarda daha sık olduğunu gösteren benzer çalışmalar da mevcuttur (135).Yine bırakabilme durumunun 35 yaş üstü grupta 35 yaş altı gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu dikkat çekti.

Sigara kullanıcıları içinde, hem kadın hem de erkeklerde ve tüm yaş gruplarında tıbbi hizmetten yararlanmayı isteyenlerin oranı istemeyenlere göre yüksek olarak bulundu. Sigarayı bırakmayı düşünenlerin üçte ikisi tıbbi destek sunulursa bu durumda faydalanabileceğini belirtmiş; bu sonuç, sigarayı bırakmayı düşünen kişilerin doğru şekilde yönlendirilip

kendilerine sigara bırakma açısından tıbbi hizmet sunulursa başarıya ulaşılabileceği açısından umut vericidir. Sigara bırakmayı düşünmeyenlerin bile beşte birinde, tıbbi hizmetin sunulması durumunda faydalanacaklarını belirtmeleri tüm sigara içicilerine tıbbi hizmetin sunulmasının önemini ifade etmektedir.

Tütün Yasası'nın varlığından katılımcıların çok yüksek oranda haberdar olduğu gözlemlendi. Bu kişilerin yasa hakkında bilgiyi en çok televizyondan, daha sonra gazete ve dergilerden aldığı öğrenildi; medyanın kişilerin yasa konusunda bilgilendirilmesi için en önemli araç olduğu gerçeği diğer benzer çalışmalarda da gösterilmiştir (122). Hayatımızdaki etkisi her geçen gün artmakta olan medyanın yasayla ilgili bilgilendirme ve uygulama aşamalarındaki katkıları çok önemlidir. Yasa konusunda eğitim ve bilgilendirme vermekle yükümlü kamu kurum ve kuruluşlarının da en az medya kadar etkin olması gerekmektedir.

Çalışmamızda yasayı destekleme oranı olan %91,5 Türkiye'de yapılan diğer araştırmalarla benzer olarak görüldü (122). Çalışmamızda sigara içicilerinin arasında bile yasa yaklaşık %80 oranında destekleniyordu. Ülkemizde yasa ilk uygulanmaya başlandığında yaklaşık %65 civarında olan bu oranın artıyor olması sevindiricidir. Yasanın uygulanmaya başlanmasından sonra yapılan ilk çalışmalardan birisinde, yasaya destek oranı %90 olarak saptanmıştır (100). Yasaya desteğin hala yüksek oranda sürüyor olmasının sebebi geçen iki yıl içinde halkın yasanın uygulanabilirliğini görmüş olmaları ve kendileriyle çocuklarının pasif maruziyetin azaldığını açıkça hissetmiş olmaları şeklinde yorumlanabilir. Dünyada da yasaya benzer oranda destek verildiği araştırmalarda yer almaktadır; İtalya'da yasanın yürürlüğe girmesinden bir yıl sonra, yasaya destek ve uyumun %90'larda olduğu gözlemlenmiştir (25).

Yasayı her iki cinsiyetten de büyük bir çoğunluk desteklerken, kadınların erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha çok desteklemeleri dikkat çekiciydi. Erkeklerde yasanın desteklenmeme oranının daha yüksek olması, erkeklerin daha yüksek oranda sigara içmesi ve bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Yaş ve eğitim düzeyine göre oluşturulan gruplar arasında, yasayı destekleme açısından anlamlı fark bulunmadı; tüm gruplarda yasayı destekleme durumu oldukça yüksek oranda gözlemlendi. Bu durum, sadece eğitim düzeyi ne olursa olsun, her bireyin dolayısıyla toplumun, yasayı uygulanabilir ve başarılı bulduğu şeklinde yorumlanabilir.

Meslek gruplarında, yasayı destekleme konusunda önemli farklılıklar mevcuttu. Yasayı en az oranda işsizler, en yüksek oranda ise ev hanımları, emekliler, öğrenciler ve memurlar destekliyordu. Kapalı ortamda çalışan ve sigara içimi konusunda çeşitli kısıtlamalar getirilen memurların, evde sigara içmeleriyle çocukları ciddi pasif maruziyet altında bırakma olasılıkları olan ev hanımlarının ve sigarayı genelde bir sosyalleşme aracı olarak kullandıkları bilinen öğrencilerin bu yasayı destekleme oranlarındaki yükseklik, umut verici bir gelişme olarak yorumlandı.

Çalışmamızda, kapalı alanlarda sigara yasağını destekleyenlerin yasadan sonra sigarayı azaltma ve bırakma oranları, desteklemeyenlere göre istatistiksel anlamlı olacak şekilde daha fazlaydı. Bu şekilde, yasaya destek veren kişilerin sigarayı azaltarak veya bırakarak, bu desteği aktif olarak faaliyete geçirdiği gösterilmiş oldu.

Kadınlarda, yasadan sonra sigarayı azaltma ve bırakma durumu da, erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olarak bulundu. Bu durumun kadınların erkeklere göre NBD'lerinin daha düşük ve sigara paket/yıl ortalamalarının daha az olması ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Yasadan sonra sigaranın azaltılması veya bırakılması ile NBD ve ortalama sigara paket/yılı düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı. Bağımlılık düzeyi yükseldikçe ve paket/yıl arttıkça bırakma veya azaltma oranları giderek düşüyordu. Bu durum özellikle yüksek bağımlılığa sahip, sigara içmeye erken yaşta başlamış ve fazla sayıda sigara tüketimi olan içicilere sigara bırakma hizmeti verilmesi konusunda daha da dikkatli, özverili olunması gerektiğinin altını çizer niteliktedir. Aynı zamanda 35 yaş üstü kişilerde yasadan sonra sigara bırakma veya azaltma oranları 35 yaş altına göre daha fazlaydı. Bu durum kronik içicilerde sigaranın olumsuz etkilerinin ortaya çıkmaya başlaması ile beraber oluşan bırakma isteğinin yasayla tetiklenmesiyle ilişkili olabilir. Ayrıca pulmoner semptomu olan kişilerde yasadan sonra sigarayı aynı miktarda içen veya artıranların, azaltan veya bırakanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. Aslında bu durumun tersi şekilde semptomu olanların daha çok bırakması düşünülse de bu kişilerin yüksek bağımlılığa sahip kişiler olduğu akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda, üniversite mezunlarının yasadan sonra sigarayı azaltan ve bırakan grubun yaklaşık üçte birini oluşturduğu, okuryazar olmayanlarda ise yasayla sigarayı azaltan

ya da bırakan olmadığı gözlemlendi. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin, düşük olan kişilere göre daha yüksek oranda sigarayı bıraktığı bulunmuştur (66); bu durum eğitim düzeyi yükseldikçe sigara konusundaki bilincin daha da arttığını akla getirmekte olup (127), eğitilmiş kişilerde yasanın daha iyi kavranıp uygulanıyor olduğunu ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek kişilerde sigara bırakma oranlarındaki yükseklik tütün mücadelesinde cahillik ve yoksulluğa karşı da savaşılmasının önemini vurgulamaktadır (120).

Araştırmamızda, sigarayı bırakmış kişilerin yaklaşık yarısı, bırakmayı düşünenlerin ise yaklaşık üçte biri, bu tutum ve davranışlarında yasanın etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların yaklaşık yarısı yasadaki sonradan çevrelerinde veya ailelerinde sigarayı bırakan ya da bırakmaya çalışan kişi sayısında artış olduğunu ifade etmişlerdir. Yasa, sadece ülkemizde değil, tüm dünyada sigaranın azaltılması veya bırakılmasında etkin olmuştur. Amerika’da sigara yasağı uygulanan eyaletlerde sigara içme prevalansında %9’luk azalma gözlemlenmiştir (89). Aynı zamanda yasanın yürürlüğe girmesi sonrasında Türkiye’deki sigara satışlarındaki belirgin düşme ülkemizde sigara bırakma oranlarındaki artışın bir göstergesidir. Dolayısıyla, yasanın ülkemizde ve dünyada sigarayı azaltma ve bırakma açısından başarılı olduğu düşünülmektedir.

Sonuçlarımız içinde, yasa sonrası sigarayı bırakma nedenleri olarak; alan kısıtlanması birinci, maddiyat ikinci, pasif maruziyet ise üçüncü sırada yer almaktaydı. Sigarayı azaltmada ise, pasif maruziyet ve maddiyatın daha ön planda sebepler olduğu tespit edildi. Sigara azaltma ve bırakmada etkin bu üç bileşenin, tütün kontrolünde dünyadaki en güncel yaklaşımlardan birisi olarak kabul edilen M-POWER paketi maddeleri içinde yer aldığı gözlemlenmiştir (19). Daha önceki benzer çalışmalarda, sigara bırakma nedenleri arasında sağlığa zararlı olması en çok görülen tespit edilen neden olarak bulunmuştur (136, 137). Başka bir araştırmada ise, sigarayı bırakma nedenleri arasında ilk iki sırayı kendi sağlığını korumak ve çocuklara karşı duyulan sorumluluk oluşturmaktaydı (138). Araştırmamızda, sigaranın sağlığa zararları yerine, alan kısıtlanmasının sigara bırakma nedeni olarak birinci sırada çıkması, mevcut yasanın sigara bırakmadaki etkisini gözler önüne sermektedir.

Ön planda gözlenen bir diğer sigara bırakma nedeni de maddiyat olarak bulundu. Yurtdışında yapılmış çalışmalarda sigara fiyatlarının %10 artırılmasının, yüksek gelirli ülkelerde sigara kullanımını %4 ve düşük-orta gelirli ülkelerde %8 oranında azalttığı

saptanmıştır (70). Yine Jossens ve arkadaşlarının, değişik politikaların tütün kontrolüne katkılarının değerlendirildiği bir çalışmada fiyat artışının diğer tüm faktörlerden daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (139). Çalışmamızda katılımcılardan sigara fiyatlarının yüksek olması nedeniyle bırakan veya azaltanların sayısı yasadan sonra uygulanan ceza nedeniyle bırakan veya azaltanlardan çok daha fazladır. Yani sigara fiyatlarının artırılmasının, uygulanan ceza ve yasal işlemlerden daha caydırıcı nitelikte olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda yasa sonrasında yüksek bırakma oranlarının bulunması dışında, halen sigara içmeye devam eden kişiler arasında da yaklaşık olarak dörtte birinin sigarayı azaltmış olması sevindirici niteliktedir. Yine araştırmamızda bulunan bir başka veri de bu kişilerin yasa sonrasında içtikleri sigara sayısında, yasa öncesinde içilen sigara sayısına göre ortalama 3,19 adet azalma olmasıdır. Benzer şekilde İngiltere’de yapılmış bir çalışmada yasanın uygulanmaya başlanmasından yaklaşık 1 yıl sonra günlük ortalama sigara tüketiminde 3,1 adet azalma saptanmıştır (99). Bu durum, yasanın hem sigara içen kişilerin sigarayı azaltmış olmasına hem de içmeyen kişilerin pasif maruziyetinin azaltılmış olmasına yardımcı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların yaklaşık üçte birinin sigara yasağını ihlal ettiği saptandı. Erkeklerin yasayı ihlal etme oranları kadınlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı ve bağımlılık düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yasayı daha çok ihlal ediyorlardı. Yasa ihlali ile eğitim durumu, yaş, sigara paket/yılı düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı gözlenirse de ihlal eden kişilerin yarısından fazlasının lise ve üniversite mezunu olması bilgi düzeyi arttıkça uyumun artmayabileceğini ifade edebilir. Yine yasağı ihlal edenlerin sigara paket/yılı düzeyleri yüksekti; bu durum, sigara bağımlılığı daha fazla olan kişilerde yasanın daha kolay ihlal edilebileceği şeklinde değerlendirilebilir.

Yasayı ihlal eden kişilerin sadece beşte birinin uyarıldığını beyan etmesi ise yasanın gerektirdiği yaptırımların yeterince uygulanıyor olması açısından oldukça düşündürücüydü, nitekim katılımcıların çoğunluğu cezai yaptırımların gereği kadar uygulanmadığı konusunda hemfikirdi. Katılımcıların yarısına yakını yasaktan sonra kapalı alanlarda sigara içildiğine şahit olmuştu ancak bu kişilerin sadece %43’ü ihlal eden kişilerin uyarıldıklarını gördüklerini belirtmişlerdi. Uyarılan kişilerin çoğunluğunun 35 yaştan büyük olması ve yasa ihlali durumunda, genç nüfusun anlamlı olarak daha az uyarıldıklarını ifade etmesi dikkat çekiciydi. Batı Avrupa’da ihlallere ağır cezaların getirildiği bölgelerde yasaya uyumun daha yüksek

bulunduğu belirtilmiştir (25). Buna dayanarak, sigara bırakılması ve azaltılması konusunda ülkemizde bu derece etkili olan yasanın gerekli cezai yaptırımların gerçekleştirilmesi durumunda daha da caydırıcı ve etkin olacağı düşünüldü.

Yasayı ihlal eden sigara içicilerinin çoğunluğunun yasağı destekliyor olması, pasif maruziyetin insan sağlığına zararlı olduğunu bilmesi ve herkesin dumandan korunma hakkına sahip olduğunu düşünmesine rağmen kapalı alanlarda halen sigara içiyor olmaları düşündürücüydü. Yasayı uygulayanların görevi sadece yasa konusunda bilgilendirmenin yapılması değil, bu konuda gerekli teşvik ve yaptırımların sağlanması olmalıdır.

Çalışmamızda, yasa sonrası kapalı mekanlara gidilme sıklığında artış gözlemlendi, bu durum yasayı destekleyen grupta daha da fazlaydı. Aynı şekilde, nikotin bağımlılık düzeyi daha düşük olan kişilerde kapalı alanlara gitme sıklığı daha yüksek olarak gözlemlendi; bu durum sigara bağımlılıkları daha düşük olan kişilerin yasayla birlikte daha az pasif maruziyete uğrayacakları yerleri tercih etmeleri açısından olumlu olarak kabul edildi. Ülkemizde yasanın yürürlüğe girdiği tarihte yapılan bir araştırmada kişilerin yasanın çıkmasıyla beraber, kişilerin %88'i kapalı alanlara gitme sıklıklarının artacağını ya da bir değişiklik olmayacağını, %11'i ise azalacağını bildirmişlerdi (110) ve bu durum, yasanın toplumca olumlu karşılanması olarak yorumlanmıştır. Yurtdışında yapılmış bir çalışmada, bar ve restoranlara yasa sonrası daha fazla gelindiği, daha uzun süre kalındığı ve yasanın mevcut iş yerlerinin geliri üzerine olumsuz etkisi olmadığı gösterilmiştir (54). Ülkemizde, 2009 yılında ikram sektöründeki işletme sayısında %2.7, yemek sektörü sayısında %3.5 ve içki servisi yapan işletme sayısında %3.0 oranında artış meydana gelmiştir (99). Yasağı desteklemeyenlerin bile yaklaşık üçte ikisinin kapalı alanlara aynı oranda veya daha çok gitmeye başlaması, yasanın toplumun her kesimi tarafından benimsendiğinin başka bir göstergesidir.

Sigara yasağının yüksek oranda desteklendiği araştırmamızda, katılımcıların yaklaşık %75'i buldukları yerlerde sigara dumanı miktarında azalma gerçekleştiğini tarifliyorlardı. Bu uygulamaların devamıyla, ilerleyen yıllarda akciğer kanseri, kronik bronşit gibi hastalıkların yaygınlığının azalacağına çok yüksek oranda inanılması, yasanın uygulanması konusundaki kararlılığın devam etmesi gerekliliğinin iyi bir göstergesi olarak yorumlanmıştır. Ancak, çalışma grubunun sadece yarısının yasanın Türk halkı tarafından yeterince benimsendiğini düşünmesi, yasanın uygulanması konusunda eksiklikler olduğunu ve bazı konularda geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Kapalı alan sigara yasağını

desteklemeyenlerin tümünün yasada değişikliğe gidilmesi yönünde görüşleri, yasada düzenlemeye gidilmesiyle desteğin ve sigara bırakma oranının artırılacağı şeklinde yorumlanmıştır. Yasanın sosyal, medikal ve eğitimsel yönlerden güçlendirilmesiyle daha da etkin olacağı ve daha geniş çevreler tarafından kabul göreceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından birisi, subgrup analizlerindeki tanımlayıcı istatistiklerin örneklem grubumuzdan küçük bir grubu temsil ediyor olmasıdır; bu nedenle subgrup analizlerinin daha dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca her ne kadar anketörler iyi eğitilmiş ve sıkı denetlenmiş olsalar da hem anketör hem katılımcı subjektivitesi olabileceği akılda tutulmalıdır.

VIII. SONUÇLAR

- İzmir halkında hem kadın hem erkeklerde sigara içme prevalansı Türkiye ortalamasından yüksektir.
- En çok sigara içilen grup 25-34 yaş grubu olup 45 yaşından sonra bu sıklık giderek azalmaktadır.
- Erkekler kadınlara göre daha çok sigara içmektedirler ve bağımlılık düzeyleri daha yüksek, sigara bırakma oranları daha düşüktür.
- Sigaraya başlama yaşı 18 yaşın altında bulunmuş olup, ne kadar erken başlanırsa ileri yıllarda o kadar zor bırakılacağı saptanmıştır.
- Sigara dışı tütün ürünü kullanımı, başta nargile olmak üzere, en sık erkeklerde, eğitim düzeyi yüksek ve 35 yaş altı popülasyonda giderek artmakta olan bir sorun teşkil etmektedir.

- Yasa ile kamusal alanlarda çevresel tütün dumanı maruziyeti önemli oranda engellense de evlerde, araçlarda ve işyerlerinde halen pasif maruziyetin ve üçüncü el sigara içiminin önüne geçilemediği dikkat çekmiştir; bu durum özellikle çocuklar için çok önemli bir risk faktörüdür.
- Yasa sonrasında özel mülkiyetlerde, evlerde ve araçlarda sigara kullanımını artmamıştır.
- Sigara içicilerinin büyük çoğunluğu sigarayı bırakmak istediğini ve tıbbi hizmet verilecek olsa bundan faydalanmayı düşünmektedirler.
- Sigara içicilerinin büyük çoğunluğu daha önce bırakmayı denemiş ve yaklaşık üçte biri bırakmayı başarmıştı.
- Sigarayı bırakmayı başarmış kişilerin çoğu çevrelerinde kendinden başka sigara içen kişi olmayanlardı.
- Sigarayı bırakmayı denemiş kişilerin çok küçük bir kısmı destek tedavisi almışlardı.
- Bilimselliği kanıtlanmış yöntemlerin kullanımı bırakmayı başarmış kişilerde daha fazlaydı.
- Katılımcılar arasında sigarayı azaltmış veya bırakmış tüm kişilerin yaklaşık yarısı yasadan sonra azaltmış veya bırakmıştı; azaltma/ bırakma oranı kadınlarda, 35 yaş üstünde, eğitim düzeyi yüksek, ortalama sigara paket/yılı ve bağımlılık düzeyi düşük olan kişilerde ve yasayı destekleyenlerde daha fazlaydı.
- Katılımcıların çok büyük bir kısmı mevcut yasadan haberdardı, bu konudaki bilgiyi en çok medyadan almışlardı.
- Yasayı destekleme oranı, eğitim düzeyi, yaş, meslek gözetmeksizin, hem tüm katılımcılar hem de sigara içicileri arasında yüksekti.
- Sigarayı bırakanlar veya bırakmayı düşünenlerin büyük çoğunluğu yasanın bu kararlarında etkili olduğunu belirtmişlerdi.

- Katılımcıların yaklaşık yarısı çevrelerinde sigara bırakmaya çalışan veya bırakan daha çok kişi olduğunu farkettiklerini, yaklaşık dörtte üçü de buldukları kapalı alanlarda sigara dumanı miktarında azalma fark ettiklerini ifade etmişlerdi.
- Yasadan sonra sigarayı azaltma ve bırakma nedenleri arasında en çok sigara içilen alanların kısıtlanması, maddi nedenler ve çevredekilerin pasif maruziyetten zarar göreceği düşüncesi yer almaktaydı.
- Yasadan sonra sigara içmeye devam eden katılımcıların bile dörtte birinde günlük ortalama içilen sigara sayısı azaltılmıştı.
- Yasayı ihlal etme oranları yüksek, uyarılma oranları düşüktü. Erkeklerin, bağımlılık düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek kişilerin yasayı daha çok ihlal ettikleri saptandı. Aynı zamanda yasayı ihlal eden kişilerin aslında büyük çoğunluğunun yasayı destekliyor, pasif maruziyetin zararlarını biliyor olmaları dikkat çekiciydi.
- Yasa sonrası kapalı alanlara gitme sıklığında azalma olmamıştı. Özellikle yasayı destekleyenlerde ve bağımlılık düzeyi düşük olan kişilerde bu durum daha sıktı.

Sonuç olarak mevcut yasa ile ülkemizde tütün bağımlılığı konusunda çok önemli adımlar atıldığı saptanmış olup hem yasanın kapsamının genişletilmesi, hem de yaptırımlarının uygulanması konusunda gerekli adımların atılmasıyla beraber çok daha olumlu gelişmeler gözlenebileceğini düşünmekteyiz.

IX. KAYNAKLAR

1. The World Health Report On The Global Tobacco Epidemic, 2009 İstanbul
2. Ulusal Tütün Kontrol Programı Hakkında Başbakanlık Genelgesi/Resmi Gazete: 7 Ekim 2006-26312
3. Bilir N. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O (Editörler). Dünyada ve Türkiye’de Tütün Kullanımı Epidemiyolojisi. Tütün ve Tütün Kontrolü kitabı. Toraks Kitapları; Ocak 2010. Sayı 10, sayfa 21-35.
4. Otan H, Apti R. Tütün. 1.baskı. İzmir: ETAEM yayını, 1989: 9.
5. Barış İ. Tütün kullanımının tarihçesi. Toraks Derneği Merkezi Kursları: Tütün Kontrol Uzmanlığı, Ankara, 2003.
6. Barış İ. Sigara ve sağlık. 1. baskı. Ankara: MEB yayınları, 1994: 11-14.
7. Uzunca G. Tütünün Tarihçesi / in: Özyardımcı N.(Ed), Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 21-28.
8. Yılmaz F. Tütünün macerası. Lombak Dergisi 2000; 33: 83-7.
9. Doğruel F, Doğruel A.S. Osmanlıdan günümüze TEKEL. 1. baskı. İstanbul: Tekel yayınları, 2000: 218
10. Özendi S. Avrupa Birliği’nde tütün kontrolü ve Türkiye’deki uygulamalarının incelenmesi. [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
11. Peçevi İ. (Çeviri: M. Uraz). Peçevi Tarihi. İstanbul: Neşriyat Yurdu Yayınları, 1968; 1: 196-7.

12. Koç Y. Atatürk'un millileştirmeleri ve devletleştirmeleri, günümüzün özelleştirmeleri. 1. baskı. Ankara: TURK-İŞ yayınları, 2000: 21.
13. Prabhat J, Frank J, Chaloupka P. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC: The World Bank, 1999.
14. Beyer J, Waverly I. Tobacco Control Policy. Strategies, Successes and Setbacks. Washington: The World Bank, 2003: 1-12.
15. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 3. Male smoking 2002: 24-25.
16. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One, 4. Female smoking 2002: 26-27.
17. Warren CW, Riley L, Asma S, Eriksen MP, Green L, Blanton C et al. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey Project. Bull World Health Organ 2000; 78: 868-76.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults. United States, 1997. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1999 Nov 5;48(43):993-6
19. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva, 2008
20. PİAR. Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması. PİAR Araştırma Ltd.Şti, İstanbul, 1988.
21. BİGTAŞ, Health Services Utilization Survey in Turkey, 1993.
22. Onat A. Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi, Eğilimler ve Kardiyometabolik etkiler. <http://tekharf.org>, 2009; (İndirilme tarihi: 11. 7. 2011)

23. Emri S, Başoğlu S, Turnagöl H et al. Epidemiology of smoking in Turkish adults: A national household survey 2002. The Second International Symposium on Medical Geology, Nutrition and Cancer. 2003, Istanbul, Turkey. Abstract book: 33-6.
24. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü ve T.C. TÜİK. Aile Yapısı Araştırması 2006.
25. Avrupa Tütün Kontrolü Raporu, Çeviri N. Bilir, Ankara, 2007.
26. Refik Saydam Hygiene Center Presidency, School of Public Health and Başkent University. National Burden of Disease and Cost Effectiveness Project. Burden of Disease. Final Report. Ankara, 2004
27. Dabakoğlu T, Kukner S, Vicdan K et al. Smoking drinking and drug use in female adolescent. Tr J Med Sci 1993; 19: 157-64.
28. Dabak Ş. Sigara ve sağlık. In: Tür A; ed. Sigaranın bilimsel yüzü. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2004; 1-32
29. Bilir N, Güçiz B, Yıldız AN. Smoking Behaviors and Attitudes, Ankara, Hacettepe Public Health Foundation, International Development Research Centre, Ankara, 1997
30. Çan G, Çakırbay H, Topbaş M, Karkucak M, Çapkın E Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. Tüberküloz Toraks. 2007; 55(2): 141-147.
31. Gür M. Genel Tütüncülük Ders Notları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tütün Ekserleri Yüksek Okulu Yayınları, 1979: 2-5.
32. Gür M. Tütüncülüğe Giriş ders Notları, 1977, sayfa:1.
33. Odabaşı G N. Sigara Alışkanlığının Türk Toplumundaki Yeri. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1991.
34. Şuben M. Tütün fabrikasyonu. 1.baskı. İstanbul: TEYO yayını, 1989: 9-33.

35. Çiçek N. Tütünde rezidü sorunları. Tekel Dergisi, Ekim-Kasım 1998; 2:44-7.
36. Özalp Ü. Sigara Dumanının Kimyasal Bileşimi. in: Özyardımcı N. (ed.) Sigara ve Sağlık. Bursa, 2002: 30-46.
37. Behr J, Nowak D. Tobacco smoke and respiratory disease. In: D'Amato G, Holgate ST (Eds.). The impact of Air Pollution on Respiratory Health. 1.st. Sheffield: ERS Journal Ltd. Eur Respir Monography; 2002: p. 161-79.
38. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Tobacco Smoke and Involuntary Smoking Volume 83, World Health Organization International Agency for Research on Cancer, 2004
39. Karlıkaya C. Sigara Ana ve Yan Dumanının içerikleri. www.toraks.org.tr/archive.php.(İndirilme Tarihi: 11.07.2011)
40. Demir T, İkitimur HD. Sigaranın İçeriği. İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hst. ABD Dizisi-5, İstanbul 2005; 17-21.
41. Pryor WA, Stone K. Oxidants in cigarette smoke; radicals, hydrogen peroxide, peroxynitrate and peroxynitrite. Ann NY Acad Sci 1993; 686: 12-28
42. California Environmental Protection Agency Office Of Environmental Health Hazard Assesment. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. Final Report. 1997.
43. Ergüder T. Dünyada Tütün Kontrolü ve Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. Aytemur ZA, Akçay Ş, Elbek O (Editörler). Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları; 2010;Sayı 10
44. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak Z, Özkan M. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi 2006; 7(1): 51-64.
45. Özkayın N, Aktuğlu K. Sigaranın kas-iskelet sistemi üzerine etkisi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi; 2003; 2: 102

46. Soares SR, Melo MA. Cigarette smoking and reproductive function. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008; 20:281-91
47. Walsh RA. Effects of maternal smoking on adverse pregnancy outcomes: examination of the criteria of causation. *Hum Biol* 1994; 66:1059-92.
48. The National Occupational Health and Safety Commission. Guidance Note on the Elimination of Environmental Tobacco Smoke in the Workplace. Australia October 2003:1.
49. Brunneman KD, Hoffmann D. Assessment of carcinogenic volatile N-nitrosamines in tobacco and in mainstream and sidestream smoke from cigarettes. *Cancer Res* 1977; 37: 3218-22.
50. Luceri F, Piereccani G, Moneti G, et al. Primary aromatic amines from side-stream cigarette smoke are common contaminants of indoor air. *Toxicol Ind Health* 1993; 9:405-13.
51. European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association. "Towards Healthy Air in Dwellings Europe. The Thade Report". ([http:// www.efanet.org/activities/documents/THADEReport.pdf](http://www.efanet.org/activities/documents/THADEReport.pdf)) (İndirilme Tarihi: 12.07.2011)
52. Schick S, Glanz S. Philip Morris toxicological experiments with fresh sidestream smoke: more toxic than mainstream smoke. *Tob Control* 2005; 14: 396-404
53. Ozkaynak H, Xue J, Weker R, et al. The particle team (PTEAM) study: Analysis of the data. Final Report Vol.III EPA/600/R-95/098 US EPA Office of Research and Development, Washington, DC 20460 1996b.
54. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. *Epidemiology, physiology, and biochemistry*. *Circulation* 1991; 83:1-12.
55. Karakoc F, Dağlı E, Pamukcu A. Çocuklarda pasif sigaraya maruziyetin serum kotinin düzeyi ile belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 1998; 7:77-82.

56. The GTSS collaborative group. Across-country comparison of exposure to second-hand smoke among youth. *Tob Control*. 2006; 15:14-9.
57. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; 88:1086-90.
58. Landau LI. Tobacco smoke exposure and tracking of lung function into adult life. *Paediatr Respir Rev* 2008; 9:39-44.
59. Sigara ve Sağlık, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2002; 257-280.
60. Fidan F, Cimrin A. Tobacco smoke exposure in coffeehouse can be a potential threat for public health. *Turkish Respiratory Journal* 2007; 8:81-4.
61. The World Health Organisation. *Air Quality Guidelines, Second Edition*, 2008
62. Siegel M, Skeer M. Exposure to secondhand smoke and excess lung cancer mortality risk among workers in the “5 B’s”: bars, bowling alleys, billiard halls, betting establishments, and bingo parlours. *Tob Control* 2003; 12:333-8.
63. Hodgson AT, Daisey JM, Mahanama KRR et al. 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.
64. American Cancer Society (2006). *The Tobacco Atlas*,
http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Tobacco_Atlas.asp (İndirilme Tarihi: 12.07.2011)
65. Edis EÇ, Karlıkaya C. Türkiye’de akciğer kanserinin maliyeti. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2006; 55(1): 51-8
66. T.C.Sağlık Bakanlığı, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye raporu 2010

67. Onder Z. "The Economics of Tobacco in Turkey: New Evidence and Demand Estimates," HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Paper No. 2, The International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, 2002.
68. Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bulletin of the World Health Organization. July 2001; 78(7): 902-910
69. Philip Morris Annual Report 2008
70. Daşçı M. Sigara Sağlığa Zararlıdır. Sağlık Dergisi, 2002; 106:56-58.
71. Yılmaz A. Türkiye’de tmbeki üretimi ve nargile kullanımının incelenmesi. [Tez]. Ankara: TAPDK; 2006
72. Seydioğulları M. Sir Walter Raleigh. Tutun Ekspertleri Derneği Bulteni, 2006; 75: 24-25
73. Henningfield J. Nicotine: An Old-Fashioned Addiction. Chelsea House Publishers; New York, NY, 1985; 96-98
74. Nafiz Z. Tütün ziraati ve hastalıkları.1. baskı. İstanbul: Cezri matbaa, 1932: 3-10
75. 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
76. Karadakovan A. Dünyada Sigara Mücadelesi ile İlgili Yasal Gelişmeler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1993;9;1:91-97
77. Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de Tütün Kontrolü alışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi 2005; 36-37
78. Bilir N. Hacettepe niversite Tıp Fakültesi ders notları, 2009.
79. Aslan D. Tütün kontrolünde Küresel ve ulusal organizasyon. Aytemur ZA, Akçay Ő, Elbek O (Editörler). Tütün ve Tütün Kontrolü. Toraks Kitapları; Sayı 10, Ocak 2010

80. WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), (<http://www.who.int/fctc/en/> accessed 23 February 2009) (İndirilme Tarihi: 13.07.2011)
81. Mackay J, Eriksen M, Shafey O (Eds). Deaths. The Tobacco Atlas. Second Edition. American Cancer Society Publications, 2006; 38.
82. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006; 3 (11): 442.
83. Mackay J, Eriksen M, Shafey O (Eds). Tobacco Companies. The Tobacco Atlas. Second Edition. American Cancer Society Publications, 2006; 52-53
84. Gözler K. Sigara içme özgürlüğü ve sınırları: özgürlüklerin sınırlandırılması problemi açısından sigara yasağı. Ankara Barosu Dergisi 1990; 1: 31-67
85. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, No 4207, 26 Kasım 1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete – Değişiklik, 03.01.2008 tarih ve 5727 Sayılı Kanun, 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 sayılı Resmi Gazete
86. 16 Temmuz 2009 tarih, 27290 sayılı ve 2009/13 numaralı Başbakanlık Genelgesi
87. 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.
88. 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.
89. McNabola A, Gill LW. The control of environmental tobacco smoke: apolicy review. Int J Environ Res Public Health 2009; 6: 741-758.

90. Hyland A, Cummings KM. Restaurant employment before and after the New York City Smoke-Free Air Act. *J Public Health Management Practice* 1999; 5:22-7
91. Tang H, Cowling DW, Stevens CM, Lloyd JC. Changes of knowledge, attitudes, beliefs, and preference of bar owner and staff in response to a smoke-free bar law. *Tob Control* 2004; 13:87-9.
92. Deshpande A, Kudtarkar P, Dhaware D, Chowgule R. Study of secondhand smoke levels pre and post implementation of the comprehensive smoking ban in mumbai. *Indian J Community Med.* 2010 Jul;35(3):409-13.
93. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob Control* 2005; 14:384-8.
94. Semple S, Creely KS, Naji A, et al. Secondhand smoke levels in Scottish pubs: the effect of smoke-free legislation. *Tob Control* 2007; 16:127-32.
95. Bates M, Fawcett J, Dickson S, et al. Exposure of hospitality workers to environmental tobacco smoke. *Tob Control* 2002; 11:125-9.
96. Semple S, Maccalman L, Naji AA, et al. Bar workers' exposure to second-hand smoke: the effect of Scottish smoke-free legislation on occupational exposure. *Ann Occup Hyg* 2007; 51:571-80.
97. Allwright S, Paul G, Greiner B, et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ* 2005; 331:1117-23
98. Sargent RP, Shepard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977-980.
99. Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK). Sigara ekonomisi Temmuz - Aralık 2009. Basın Toplantısı İstanbul, 05.01.2010

100. Quirk Global Strategies Türkiye Kamuoyu Araştırması , İstanbul, Temmuz 2009
101. 4207 Sayılı Kanun Uygulamasının Sağlık Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Prof. Dr. Elif Dağlı ve ekibi, 2010
102. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use among high school students: United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1994; 43:925-30.
103. Hatziandreu EJ, Pierce JP, Lefkopoulou M, et al. Quitting smoking the United States in 1986. J Natl Cancer Inst 1990; 82:1402-6.
104. US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of progress. A Report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publication No (CDC) 89-8411.
105. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation. Chest 2002; 121:932-41
106. Parrot S.Thorax 1998; 53: 11–16
107. Aşut O. Tütün kontrolünde hekimler ağı toplantısı: Sigara icmek hastalıktır (Prag, 23-24 Eylül 2005). Tıp Dunyası. 1 Kasım 2005
108. Raw M, Mcneill A, West, R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 1999; 318; 182-25.
109. Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. Tobacco Control 2006; 15:472-80.

110. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, et al. Smoking Reduction, Smoking Cessation, and Mortality: A 16-year Follow-up of 19,732 Men and Women from the Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002; 156:994-1001
111. A U.S. Public Health Service Report The Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. *Am J Prev Med* 2008;35:158-76.
112. Kılınç O. Sigara bırakma tedavisinde davranışçı ve bilişsel yöntemler, *Toraks Tütün Kontrolü Kitabı* sayfa: 479-483
113. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database System*, 2008
114. Gratziau C, Tonnesen P. Smoking cessation and prevention. *Eur Respir Mon* 2006; 38:242-57
115. Benowitz NL, Peng MW. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation: mechanisms and prospects. *CNS Drugs* 2000; 13:265–285.
116. Hurt RD, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337:1195-202.
117. Jimenez-Ruiz CA. Pharmacological treatment for smoking cessation. *Eur Respir Mon* 2008; 42:74-97
118. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised open-label trial. *Thorax* 2008; 63:717-24.
119. Uzaslan E. Sigara bırakmada farmakolojik tedavi. *Guncel Göğüs Hastalıkları* 2008; 3:77-85.
120. Elbek O. Türk Toraks derneği 14. Yıllık Olağan Kongresi Kongre Sunuları, Basın Toplantısı, 2011

121. American Lung Association, 2007; Maziak, Ward, et al., 2004 WHO TobReg Study Group, 2005
122. Gelen ME, Köksal N, Özer A, Atilla N. Ve ark. Üniversitemiz öğrencileri ile akademik ve idari personel arasında 5727 sayılı yeni tütün yasasına ilişkin bilgi düzeyi değerlendirmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011; 59(2): 132-139
123. Nargile hazard description. Educational brochures of Turkish Ministry of Health, 2009. www.havanikoru.org.tr (İndirilme Tarihi: 15.07.2011)
124. Boyacı H, Etiler N, Duman C, Basyigit I, and Pala A. Environmental tobacco smoke exposure in school children, *Pediatr. Int.* 2006;48:382-389.
125. Fidan F, Cimrin AH, Ergor G, Sevinc C. Airway disease risk from environmental tobacco smoke among coffeehouse workers in Turkey. *Tobacco Control* 2004; 13(2):161-6.
126. Kabir Z, et al. Second-hand smoke exposure in cars and respiratory health effects in children. *Eur Respir J*, 2009. 34(3): 629-633
127. Aytemur Solak Z, Gündüz Telli C, Erdiñç E. Sigarayı Bırakma Tedavisinin Sonuçları, *Toraks Dergisi* 2003; 4(1): 73-77
128. Henderson AJ. The effects of tobacco smoke exposure on respiratory health in schoolaged children. *Paed Respiratory Rev* 2008; 9:21-8.2.
129. Warren JR, Sloan P, Allen M, Okuyemi KS. Exploring children's secondhand smoke exposure with early child care providers. *Am J Prev Med.* 2010; 39: 44-7.
130. Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 2000;1: 38-42.
131. Green G, Macintyre S, West P, et al. Like parent like child? Associations between drinking and smoking behaviour of parents and their children. *Addiction* 2006; 86:745-58.

132. Gonzales M, Malcoe LH, Kegler MC, et al. Prevalence and predictors of home and automobile smoking bans and child environmental tobacco smoke exposure: a cross-sectional study of US- and Mexico-born Hispanic women with young children. *BMC Public Health* 2006; 6: 265.
133. Aslan M., Şahin H. Sigarayı bırakanların sosyodemografik özellikleri ile sigarayı bırakmada etkili faktörler ve bırakma yöntemleri- uzmanlık tezi-2008
134. Demirel, Y., Sezer, E., Sivas Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı, *Erciyes Tıp Dergisi* (Smoking Prevalence Among University Students in Sivas Region, *Erciyes Medical Journal* 2005, 27 (1) 1-6.
135. Farmer MM, Rose DE, Riopelle D, Lanto AB, Yano EM, Gender differences in smoking and smoking cessation treatment: an examination of the organizational features related to care. *Womens Health Issues*. 2011; 21:182-9.
136. Kararlı Bingül A. Sigara bırakma tedavisinde kullanılan yöntemlerin başarısını etkileyen faktörler, Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,2006
137. Kundakçı UA, Öğrencilerin sigara içme prevalansını, sigara hakkındaki düşüncelerini ve sigara içme alışkanlığını etkileyen faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, 2004.
138. Salepçi B, Fidan A, Oruç Ö, Torun E, Çağlayan B, Kader SN. Sigara Bırakma Polikliniğimizde Başarı Oranları ve Başarıda etkili faktörler. *Toraks Dergisi*-2005; 6(2):151-8.
139. Jossens L, Raw M . The tobacco control scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco control* 2006.;15:247-253

X. EKLER

EK-I: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Değerli katılımcımız ;

19 Temmuz 2009’da ülkemizde yürürlüğe girmiş olan “Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” sonrasında sigara dumanına maruziyet, kişilerin sigarayı bırakma oranları, halkın yasa ve sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri ve bu durumlarda rol oynayan faktörleri araştırmak amacı ile anket düzenlemekteyiz. Bize vereceğiniz bilgiler çok değerli olup, başka kimseyle paylaşılmayacak ve bilimsel amaç dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Sizin de bu araştırma için uygun bir kişi olduğunuzu düşünüyoruz ve katılmayı kabul etmenizi diliyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Eğer sorularımızı cevaplamak istiyorsanız lütfen formu imzalayınız .

İSİM – SOYAD

İMZA

EK-II: ANKET FORMU

1:Yaşınız:

2:Cinsiyetiniz: 1) Erkek 2) Kadın

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

4:Evde birlikte yaşadığınız çocuk var mı?

1) Evet(yaşları yazılacak)

2) Hayır

5:Mesleğiniz:

1) Memur 2) Emekli 3) İşçi 4) Serbest meslek (Tam olarak ne iş yaptığı yazılacak) 5) Çiftçi 6) Ev hanımı

7) Öğrenci 8) Asker 9) İşsiz 10) Diğer (adı yazılacak)

6:En son bitirdiğiniz okul:

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

7:Sigara içiyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır, hiç içmedim 3) İçiyordum, bıraktım (Bırakma zamanı:)

(NOT: Bu soruya “hayır” cevabını verenler 28. soruya geçecektir.)

8:Düzenli olarak sigara içmeye kaç yaşında başladınız?

9:Günde kaç adet sigara içiyorsunuz / içerdiniz?

(NOT: 7. soruya “Sigarayı bıraktım” cevabını verenler 24. soruya geçecektir.)

10: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

11:Sabah saatlerinde günün diğer saatlerine göre çok sigara içermisiniz?

1) Evet 2) Hayır

12:Hangi sigaradan vazgeçmek size daha zor gelir?

1) Sabah ilk sigara 2) Diğer herhangi biri

13:Yataktan çıkamayacak kadar çok hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

1) Evet 2) Hayır

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

1) Evet 2) Hayır

15:Yasadan sonra sigara içilmesi yasak olan bir yerde sigara içtiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

16: İçtiğiniz için uyarı veya tepki aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

17: Evde sigara içiyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18: İçiyorsanız nerede içiyorsunuz?

1) Evin iç mekanı 2) Evin dış mekanı (balkon, bahçe vs. nerede içtiği yazılacak)

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

1) Evet 2) Hayır

20: Sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

21: Bu konuda mevcut yasanın etkisi oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

22:Sigarayı bırakmaya yardımcı olacak tıbbi hizmet sunulsa yararlanmak ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

23:Daha önce sigara bırakmayı denediniz mi?

1) Evet 2) Hayır

24:Sigarayı bırakmak için herhangi bir destek aldınız mı?

1) Evet (Destegin ne olduğu yazılacak)

2) Hayır

25:Yasadan önce günlük ortalama kaç adet sigara içiyordunuz?

26:Yasadan sonraki günlük ortalama içtiğiniz sigara sayısı nedir?

27:Yasadan sonra sigarayı azalttınız ya da bıraktıysanız bu durumda rol oynayan etkenler nelerdir?

1) Sigara içtiğim alanların kısıtlanması

2) Yasa ihlalinde uygulanan ceza

3) Sosyal baskı

4) Önceden mevcut olan sağlık sorunlarım nedeniyle

5) Sigara nedeniyle çevremde hasta olan kişilerden etkilendim

6) Maddi nedenler dolayısıyla

7) Çevremdekilerin pasif maruziyetten dolayı zarar göreceği düşüncesiyle

8) Yasaya ve tütün kontrolü konusunda devlet politikasına saygım nedeniyle

9) Sigarayı bırakma tedavi metodları hakkında yapılan bilgilendirmenin artışı

10) Hepsi

11) Diğer (ne olduğu yazılacak)

28:Sigara dışında herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz?

1) Kullanıyorum (- Pipo - Nargile - Puro vs. yazılacak) 2) Kullanmıyorum

29: Evinizde sigara içen var mı?

1) Evet 2) Hayır

30: Size veya ailenize ait aracınız varsa içinde sigara içiliyor mu?

1) Aracım yok 2) İçiliyor 3) İçilmiyor

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

1) Yok 2) Var

32: 19 Temmuz 2009'da ülkemizde yürürlüğe girmiş olan yasa ile tüm lokanta, kahvehane, bar, cafe gibi kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklandığını biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

33: Mevcut kanun hakkındaki bilgilendirmeyi en çok nereden edindiniz?

1) Gazete - dergi 2) Televizyon 3) İnternet 4) Halka açık yerlerdeki afiş-broşür 5) Aile- arkadaş çevresi

34: Kapalı alanlarda sigara içme yasağını destekliyor musunuz?

1) Destekliyorum 2) Desteklemiyorum 3) Kararsızım

35: Tütün kontrolü konusundaki yasayı benimsiyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

36:Yasa sonrası daha önceden gittiğiniz kapalı alanlara (lokanta, kahvehane vs.) gitme sıklığınız nedir?

1) Daha az 2) Aynı 3) Daha çok

37:Yasaktan sonra devlet binaları, hastane, restoran, otobüs gibi yerlerde sigara içildiğini gördünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

38:Bu kişilerin uyarıldığına şahit oldunuz mu? Evet 2) Hayır

39: 19 Temmuz 2009'dan sonra yasanın gerektirdiği yaptırımların yeterince uygulandığını düşünüyor musunuz? (uyarı- ceza kesilmesi)

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen 4) Fikrim yok

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

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

41:Yasadan sonra çevrenizde/ailenizde sigarayı bırakan- bırakmaya çalışan (başarılı ya da başarısız) daha çok kişi olduğunu fark ettiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

42: Sigara yasağından sonra kendinizin – çocuğunuzun bulunduğu yerlerde sigara dumanı miktarında değişiklik hissettiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

43: Sizce her bir birey nerede çalıştığına bakılmaksızın sigara dumanından korunma hakkına sahip midir?

1) Evet 2) Hayır

44: Çalıştığınız yerdeki şu andaki sigara içme durumu hakkında ne söyleyebilirsiniz?

1) Her yerde serbest 2) Her yerde yasak 3) Sigara odasında serbest
4) Bilmiyorum 5) Çalışmıyorum

45: İşyerinizde sigara içilmesi konusunda, mevcut kanun uygulanıyorsa, sigara molası verilmesine izin veriliyor mu?

1) Evet 2) Hayır 3) Çalışmıyorum

46: Türk halkının tütün kontrolü yasasını yeterince benimsediğini düşünüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

47: Yasanın uygulanması konusundaki kararlılığın devam etmesi durumunda önümüzdeki yıllarda akciğer kanseri, kronik bronşit gibi hastalıkların yaygınlığının azalacağına inanıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır