

TÜTÜN KONTROLÜ VE DÜNYA DENEYİMLERİ
SİGARASIZ AÇIK ALANLARA İLİŞKİN İNCELEME



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

TÜTÜN KONTROLÜ VE DÜNYA DENEYİMLERİ
SİGARASIZ AÇIK ALANLARA İLİŞKİN İNCELEME



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

TÜTÜN KONTROLÜ VE DÜNYA DENEYİMLERİ ***SİGARASIZ AÇIK ALANLARA İLİŞKİN İNCELEME***

Abdulkaki GAYDAN
İlknur GÜNDEŞ
Ahmet GÜNER
Neziha Özlem GÜNBULUT

Danışmanlar

Dilek ASLAN
Ekin KOÇ

Mart 2013



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

TÜTÜN KONTROLÜ VE DÜNYA DENEYİMLERİ SİGARASIZ AÇIK ALANLARA İLİŞKİN İNCELEME

Copyright © 2013

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir.

Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-458-2

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Koordinatörü: Nuran Karacan

Dizgi - Düzenleme: İhsan Ağın

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7/2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizer Cad.
No: 19/C Kartal / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



İçindekiler

Tütün Kullanımı ve Sağlık Riskleri	1
Tütün Kontrolü Kavramı	5
Tütün Kontrolünde Tarihsel Süreç: Kısa Bir Değerlendirme.	9
Tütün Kontrolünde Sağlık Çalışanının Rolü	15
Tütün Kontrolünde Bilimsel Kanıtların Yeri	19
Tütün Kontrolünde Olumlu Deneyimler: Sigarasız Açık Alanlar	23
Geleceğe Dair Öneriler	29

Önsöz

Tütün kullanımının dünya ve Türkiye için önemli bir risk faktörü olduğu günümüzde tütün kontrolüne yönelik her çaba değerlidir. Tarihsel süreç incelendiğinde, bu çabanın içeriğinde gün geçtikçe ilerlemeler de kaydedilmektedir. Dünyada, özellikle tütün kullanımı ve hastalıklar arasındaki bilimsel kanıtların artmasına bağlı olarak hemen her ülkede sistematik mücadele yöntemleri yaygınlaşmaktadır.

Türkiye’de de tütün mücadelesine gönül vermiş bilim insanları, yasal süreçlere sahip çıkan toplum bireyleri, sivil toplum kuruluşu temsilcileri, kamusal mekanizmaya ait kurum ve bireyler tütün kontrolünün farkında olarak dünyadaki olumlu deneyimleri ülkemize taşımak konusunda da işbirliği içinde olmuşlardır.

Elinizdeki bu doküman kapsamında tütün kontrolüne klasik bir çerçeve içinde bakarken dünyadaki olumlu deneyimler bir adım öne çıkarılmaya çalışılmıştır. Doküman içinde mevcut olumlu deneyimler arasında yer alan **“SİGARASIZ AÇIK ALAN UYGULAMALARI”** ile ilgili gerekçe ve mevcut dünya örnekleri ayrıntılı olarak paylaşılmış, ülkemizde benzeri uygulamaların tütün kontrolü kavram ve yaklaşımının bütünlüğü içerisinde geliştirilmesi için öneriler sunulmuştur.

Dokümanın hazırlığı, tıp eğitiminin her kademesinin öğrenme ve paylaşma için bir zemin olduğu kabulü üzerinden, tıp fakültesi Dönem VI öğrencilerinin Halk Sağlığı stajı çalışmaları kapsamında tamamlanmıştır. Tütün kontrolüne yapılmış olan bu katkı son derece anlamlı ve değerlidir. Bütün okuyuculara ve ülkemiz sağlık ortamına yararlı olabilmesi dileğiyle.

Dilek Aslan*
Danışmanlar adına

Kısaltmalar Dizini

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SDPE	Sigara Dumanından Pasif Etkilenim
SSUK	Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi
TKÇS	Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi

Tütün Kullanımı ve Sağlık Riskleri

Tütün kullanımı, dünyada yaygın olan ve önemli sağlık sorunlarına yol açan bir problemdir. Tütün ürünü; tüttürme, emme, çiğneme ya da burnuna çekerek kullanılmak üzere, ham madde olarak tütün yaprağından üretilmiş maddelerdir. Sigara, puro, pipo, nargile, bidi, kreteks, maraş otu tütün ürünleri arasındadır; ancak dünyada en sık üretilen/pazarlanan tütün ürününün sigara olduğu da bilinmektedir (1).

Günümüzde dünyada yaklaşık 1,5 milyar kişi sigara içmektedir ve sigara içenlerin %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu denli yaygın olan tütün kullanımı, dünyada her altı saniyede bir kişinin ölümüne neden olmaktadır. Tütün, kullanıcılarının yaklaşık yarısının ölümüne sebep olurken; kullanıcının ortalama yaşam süresini 15 yıl kadar kısaltmaktadır. Yılda 5,4 milyon kişi ise sigara içimi ve 600.000 kişi de sigara dumanından pasif etkilenim (SDPE) nedeniyle kaybedilmektedir. Yeterli önlem alınmadığı takdirde, örneğin, 2030 yılına kadar sigara içimine bağlı ölen kişi sayısının sekiz milyonu geçeceği tahmin edilmektedir (2).

Türkiye'de her altı dakikada bir kişi, günde 275 kişi, yılda 100.000 kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir (2).

Tüm bu veriler göz önüne alındığında tütün kullanımı sağlığı tehdit eden önemli bir problem olarak algılanmalıdır. Bu noktada, tütün kullanımı ve sağlık(sızlık) ilişkisini ortaya koyan bazı bilgiler aşağıdaki bölümde paylaşılmıştır. Tütün kullanımının riskleri kanıta dayalı bilgiler ışığında, doğru değerlendirildiğinde, gerekli önlemlerin alınması da daha kolay olabilir.

1.1. Sigaranın Bileşenleri ve Bileşenlerin Etkileri

Sigara dumanında 5000'den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bu kimyasal maddelerin 70'den fazlasının kanıtlanmış karsinojen özelliği bulunmaktadır (3). Bunların bir kısmı radyoaktif özelliktedir: radon, kurşun, bizmut ve polonyum. Polisiklik hidrakerbonlar ve N-nitrozamin özellikle karsinojenik olarak tanımlanmıştır (4). Karsinojenik etkilerinin yanı sıra tüm sistemlerdeki endotel üzerine fonksiyon bozucu etkileri bulunmaktadır (5). Tütün kullanımına bağlı ölüm nedenleri arasında kanserler, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve solunum sistemi hastalıkları ön sıralarda yer almaktadır (6).

1.2. Sigaranın Kanserlerle İlişkisi

Sigara içiminin, akut myeloid lösemi, mesane, serviks, özefagus, böbrek, larinks, akciğer, ağız, pankreas, farinks, meme ve mide kanseri ile ilişkisi bulunmaktadır. Sigara içerisinde bulunan maddelerden özellikle nitrozamin ve nitrit türevlerinin kanserojen etkiye sahip olduğu bilinmektedir. En çarpıcı olanı ise sigara ile akciğer kanseri arasındaki güçlü bağlantıdır. Sigara içimi ile akciğer kanseri ilişkisi ilk defa 1950 yılında gösterilmiş ve daha sonra yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre akciğer kanseri görülme riski sigara içenlerde 24-36 kat daha fazla olarak saptanmıştır. Akciğer kanseri tanısı alan erkeklerin %90'ında ve kadınların %80'inde, hastalığın nedeninin sigara içimi olduğu ifade edilmektedir (7).

TABLO 1 Tütün Kullanımına Bağlı Artan Kanser Riski (2009, yenilenmiş IARC verileri) (8)

Risk	Yeterli Kanıt Bulunan Kanser Türleri (1)	Sınırlı Kanıt Bulunan Kanser Türleri (2)
Tütün kullanımı	Ağız boşluğu kanseri Orofarinks, nasofarinks ve hipofarinks (yutak) kanserleri Yemek borusu kanseri (adenokarsinoma ve yassı epitel hücreli karsinoma) Mide kanseri Kolonrektum kanseri Karaciğer kanseri Pankreas kanseri Burun boşluğu ve paranasal sinüs kanseri Gırtlak kanseri Akciğer kanseri Rahim ağzı kanseri Yumurtalık kanseri Mesane kanseri Böbrek kanseri İdrar yolu kanseri Kemik iliği kanseri (myeloid lösemi)	Kadınlarda meme kanseri
SDPE	Akciğer kanseri	Gırtlak kanseri Yutak kanseri
Ebeveynin tütün kullanımı (çocukta kanser)	Hepatoblastoma	Çocuk lösemisi (özellikle akut lenfositik lösemi)

1.3. Sigaranın Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri

Sigara içimi kardiyovasküler hastalıklar için de temel bir risk faktörüdür ve bir günde içilen sigara sayısı ile kardiyovasküler mortalite ve morbidite arasında doz bağımlı bir ilişki vardır. Koroner hastalık ve inme riskini iki ile dört kat arası arttırmaktadır (9). Özellikle koroner arter hastalığı olanlarda akut miyokard infarktüsü, ventrikül fibrilasyonu ve ani ölüm gibi kardiyovasküler olaylara neden olabilmektedir (10). Ani ölümler ve kalp krizlerinin yanı sıra, temel olarak periferik küçük damarlarda dolaşımı bozduğu için, varis, anevrizma, gangren görülme riskini de arttırmaktadır (11). Bu nedensel ilişkiden ötürü sigarayı bırakmak kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Sigarayı bıraktıktan sonra ilk yılda bile riskin önemli derecede azaldığı gösterilmiştir, birkaç yıl sonra ise sigara içmeyenlerle aynı düzeylere yaklaşabileceği ifade edilmiştir (12).

1.4. Sigaranın Solunum Sistemi Üzerine Etkileri

Sigara içiminin büyük oranda olumsuz etkilediği bir diğer sistem ise solunum sistemidir. Solunum sistemi hastalıklarına zemin hazırlamakta ve var olan hastalıkların alevlenmesine neden olmaktadır. KOAH, astım, tüberküloz, pnomoni gibi hastalıklarında kontrolünü olumsuz etkilemektedir. Ayrıca alfa1-antitripsin eksikliği, histiyositozis gibi ender görülen hastalıkların da ilerlemesini sağlamaktadır. Göğüs hastalıkları hekimlerince sigaranın bırakılması birçok göğüs hastalığının önlenmesinde en önemli yaklaşımdır. Astım gibi atopik hastalıkların oluşum mekanizmasında devamlı olan irritasyon nedeniyle havayolu yapısını bozarak hastalığın ilerlemesine katkıda bulunmaktadır. Sigara büyük hava yollarında ve akciğer dokusunda inflamasyon ve bu süreç sonunda dokuda yaygın skarlaşmaya yol açmaktadır (13). Solunum sistemi üzerine olan etkileri özellikle çocuklarda daha ön planda olmak üzere karşımıza çıkmaktadır. Helsinki Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada tütün kullanan annelerin çocuklarında sigara dumanına sürekli maruziyetin ilerleyici hışıltı ve akciğer fonksiyonlarında yaygın bozulmaya yol açtığı saptanmıştır (14).

1.5. Sigaranın Diğer Sistemler Üzerine Etkileri

- Sigara aynı zamanda bağışıklık sisteminin elemanı olan T lenfositlerinin çoğalmasını engellemekte, doğal öldürücülerin ve makrofajların fonksiyonlarını bozmakta, B lenfositlerin antikor yapımını azaltmaktadır. Tüm bunlar başta akciğer olmak üzere vücudun birçok organını enfeksiyon etkenlerine karşı savunmasız hale getirmektedir (15).
- Sigara içimi ile ilgili önemli risklerden biri olan infertilite, kadın ve erkek üreme sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda yumurtalık fonksiyonlarında azalma, menapoza daha erken yaşta girme, kendiliğinden düşük riskinde artma, erken doğum eylemi ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinde artma olduğu belirtilmektedir (16). Erkeğin sigara içmesi; sperm konsantrasyonunun azalmasına, sperm hareketlerinin azalmasına, sperm sayısının azalmasına, spermin kadının yumurta hücre-

sini delme yeteneğinin azalmasına ve sperm hücresinde DNA hasarının artmasına neden olmaktadır (17).

- Ağız kokusu, diş ve diş eti hastalıkları, diş kaybı ve tat alma duyusunda bozulmalar görülmektedir. Koku alma duyusu azalmaktadır.
- Vücutta yorgunluk, ruhsal gerilim, aşırı stres ve uykusuzluk görülmektedir (7).
- Sigara, deri yapısının bozulmasına ve daha erken yaşlarda belirgin kırışıklıklara yol açmaktadır (18).
- Bunun yanında sigara içenlerin yaraları çok daha zor iyileşir. Bazen ameliyat sonrası yaraların iyileşmediği görülür (19).

Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmakla birlikte, tütün ve tütün dumanında bulunan kimyasal maddelerin insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler nedeniyle dünyanın ve ülkemizin en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu nedenle tütünle mücadele ve tütün kontrolü önemli ve değerlidir.

Tütün kontrolü; Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi kapsamında, **toplumun tütün ürünlerini kullanmasının önüne geçilmesi (hiç başlamamak ya da bırakmak) ve SDPE riskinin önlenmesi** adımlarını içeren çalışmalar bütünüdür (20).

2.1. Tütün Kullanımına Hiç Başlamama

Tütünle mücadelede ilk hedef tütün kullanımına başlamanın önlenmesidir. Her alanda olduğu gibi bu alanda da mücadelenin temelini toplumu bilgilendirme oluşturmaktadır. Bu amaçla sigara içimi ve sigaranın sağlığa zararları hakkındaki bilgiler toplumun mümkün olduğunca her kesimine ulaşacak şekilde, eğitim öğretim kurumları ve medya aracılı kamu spotları aracılığıyla verilmektedir. Okullarda verilen sağlık bilgisi dersleri kapsamında zararlı alışkanlıklar başlığı altında sigara ve sigara içiciliği hakkında öğrenciler bilgilendirilmektedir. Sigaranın kanser, kalp damar, akciğer ve diğer organ hastalıklarına neden olabileceği üzerinde durularak, sigaranın gebelik dönemindeki etkileri açıklanmaktadır. Tütün dumanındaki nikotin ve başlıca kanserojen maddelerin insan sağlığı üzerine etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Pasif etkilenme ve SDPE'den korunma yolları açıklanmaktadır. Sigarayı bırakmada profesyonel yardım alabilme ile ilgili de bilgilendirme yapılmaktadır (21). Bilgilendirme çalışmaları sadece okullar düzeyinde kalmayıp, Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle sigarasız topluma yönelik kamu spotları televizyon, radyo, gazete, internet gibi iletişim araçları aracılığıyla verilmektedir. 2008 yılında revize edilen 4207 sayılı Kanun; iletişim organlarına tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapması zorunluluğu getirmektedir (22). Son yıllarda öne çıkan "Dumansız Hava Sahası" sloganı bu kamu spotlarının en başarılı örneğidir.

Toplumu tütün kullanımı hakkında doğru bilgilendirmenin ve tütün karşıtı bir toplum oluşturabilmenin, tütün kontrolünün mihenk taşlarından biri olduğu unutulmamalıdır.

2.2. Tütün Kullanımını Bırakma

Ülkemizde son yapılan araştırma sonuçları şu anda tütün ve tütün ürünlerini kullanıp son 12 ay içinde bırakmayı planlayan 15 yaş ve üzeri bireylerin yüzdesini 2008 yılı için 27,8 olarak verirken, 2012 yılı için bu değer 35,4'e yükseldiği görülmektedir (23). Tütün kullanımına son vermek isteyen her kesimin her türlü yardım ve desteği almasının sağlanması önemlidir. Tütün kullanan kesime yönelik İl Sağlık Müdürlükleri tarafından sigara bırakma poliklinikleri yaygınlaştırılmaktadır. Eş zamanlı olarak Sağlık Bakanlığı ALO 171-Sigara Bırakma Danışma Hattı da bu çalışmalar kapsamında kurulmuştur (24). Tüm dünyada sigara içenlerin sigarayı bırakması için tedavi yöntemi geliştirme çabaları da devam etmektedir. Çünkü sigaranın bırakılması, sigara ile ilişkili hastalık riskini azaltacağı gibi hasta olanlarda hastalığın ilerleme hızını yavaşlatmakta, sağ kalım beklentisini arttırmaktadır (25). Mücadele kapsamında tütün kullanımına son verilmesi de önemli ve değerli bir adımdır.

2.3. Pasif Etkilenim ile Mücadele

Sigara dumanından pasif etkilenimin sağlık üzerine etkileri maruz kalımdan hemen sonrasında ve uzun dönemde görülebilmektedir. SDPE sonrası hemen ortaya çıkan etkiler; gözlerde tahriş, sulanma, yanma, baş ağrısı, burunda rahatsızlık hissi, akıntı, öksürük, boğaz ağrısı, kalp hızı ve tansiyonun yükselmesi, solunumsal yakınmalarda artış ve enfeksiyonlar, var olan hastalıkların alevlenmesi, kalp hastalığı olan kişilerde kalp krizi, astım, allerji gibi rahatsızlıklardır. Pasif etkilenime 30 dakika bile maruz kalmak uzun süreli sigara içiciliğinde ortaya çıkan fiziksel etkilerle aynı etkileri ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca pasif etkilenim süresi uzadıkça bu risk katlanarak artmaktadır (26). Dünya SDPE ile bilimsel olarak 1981 yılında beri tanışmaktadır. İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bu birçok çalışma ile doğrulanmıştır (27). Yunanistan'da 2009 yılında yapılmış olan bir çalışmada sigara dumanından pasif olarak etkilenenlerin kardiyovasküler hastalıklarla karşılaşma risklerinin %70-80'lere kadar yükseldiği ifade edilmiştir (28). Yapılan başka bir çalışma ise; dumanlı bir barda iki saat geçirmekle aktif olarak dört sigara içmenin ve günde bir paket sigara içen birisiyle bir günlük yaşantının aktif olarak üç sigara içmek ile aynı derecede zararlı olduğunu ortaya koymuştur (29).

Pasif etkilenimden özellikle yüksek risk altında olan bebeklerin, çocukların, gebelerin, yaşlıların ve kendi haklarını koruyamama olasılığı olan grupların (örneğin engelliler) korunması gerekmektedir. Pasif etkilenimden özellikle çocuklar daha fazla zarar görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir çalışmada 13-15 yaşlarındaki çocukların sigara dumanından etkilenme sıklığı dünya genelinde %43 olarak saptanmıştır. Tütün dumanına maruz kalan çocuklarda ve bebeklerde; ani bebek ölümleri, astım vakaları, çocukluk dönemi kanserleri, pnömoni, kulak enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları daha sık görülmektedir (30).

Pasif etkilenimden halkın korunması amacıyla yasal mevzuat çerçevesinde, kamuya açık kapalı alanlarda sigara içme yasağı getirilmiştir. Ancak bu yasal düzenleme sadece kapalı alanda SDPE riski ile karşı karşıya kalan kişileri korumakla birlikte, açık alanda pasif etkile-

nime maruz kalan bireyleri korumamaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalar açık alanda tütün kullanan kişinin çevresinde pasif etkilenime maruz kalan kişinin etkilenme düzeyinin, kapalı alanda pasif etkilenime maruz kalan kişinin etkilenme düzeyi ile benzer olduğunu işaret etmektedir (31). Bu da dumansız hava sahalarının önemini ortaya koymaktadır. Herhangi bir yasal dayanağı olmamakla birlikte, dünyanın çeşitli bölgelerindeki hastane, park-bahçe, kamu kurum kuruluşları çevresinde sigarasız alanlar oluşturulmuştur.

Tütün kontrolü çok basamaklı bir programa gereksinim duyar. Tütün kullanımına başlamama, tütün kullanımının bırakılması ve pasif etkilenimle mücadele bu programın en önemli adımlarındandır.

Tütün Kontrolünde Tarihsel Süreç: Kısa Bir Değerlendirme

Tütün kullanımının kontrolü konusundaki çalışmalar özellikle 1950'li yıllardan sonra dünyada önem kazanmıştır. 1930-1940 yılları arasında tütün kullanımına teşvik dünyada yaygınken, tütün kullanımının sağlık üzerine olumsuz etkilerinin fark edilmesi üzerine, dünya tütün kullanımı ile mücadele yoluna girmiştir.

Dünyada tütün ile mücadele için farklı başlıklar öne çıkarılabilir, ancak bu çabaların arasında, 2000'li yıllarda DSÖ tarafından gündeme taşınan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) özel olarak öne çıkmaktadır.

Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi 21 Mayıs 2003 tarihinde Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme tütün kullanımının neden olduğu sağlık tehditlerine karşı geliştirilen, dünyadaki tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşmadır (20). Birleşmiş Milletlerin en hızlı imzalanan sözleşmesi olmuş ve 27 Şubat 2005 tarihinde uluslararası anlaşma haline gelmiştir. Bu sözleşme T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 28 Nisan 2004 tarihinde imzalanmış, 25 Kasım 2004 tarihinde de TBMM tarafından kabul edilerek 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (22). Tütün kullanımının bütün ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olması ve tütün ticaretinde yasadışı imalat, kaçakçılık gibi konularda uluslararası iş birliğinin gerekmesi bu sözleşmenin uluslararası gerekliliğinin en önemli sebeplerindendir. TKÇS'nin özellikle bazı maddeleri ön plana çıkmakta ve taraf ülkelere tütünlü mücadele stratejilerinde büyük katkı sağlamaktadır. Sözleşme ile ilgili aşağıda belirtilen başlıklar öne çıkmaktadır:

- Sözleşmede talebin azaltılmasına yönelik fiyat ve vergi önlemleri alınması gerekliliğinden bahsedilmiştir (20). Tütün kontrolünde fiyatın artırılması etkili yöntemlerden biridir (32). Böylece sigaraya ulaşılabilirlik güçleşecek ve bu durum sigara içiciliğine başlamaya engel olacağı gibi bırakmayı da kolaylaştıracaktır. Tütün kontrolünde vergilerin artırılmasının etkinliği çeşitli ülkelerde gösterilmiştir. Kanada vergi artırımı yöntemiyle sigara ile savaşta örnek olabilecek ülkelerden birisidir. Kanada'da 1982-1992 yılları arasında yapılan vergi artışı sigara fiyatlarında artışa neden olarak sigara tüketiminin azalmasını sağlamıştır (33).

- Pasif etkilimin önüne geçilebilmesi için kapalı alanlarda, gerekirse kamuya açık diğer alanlarda yasalara uygun bir biçimde önlemler alınacağı ve uygulanacağı belirtilmektedir (20). Bu konuda yasal düzenlemeler ve kamu desteği önemlidir. Norveç'te barlarda ve restoranlarda sigara içilmesini yasaklayan yasanın uygulanmasından önce %54 olan kamu desteği, yasanın yürürlüğe girmesinden 16 ay sonra %76 olmuştur (34). 2006 Ekim ayında İrlanda, İtalya, Malta, Norveç, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık sigarasız bar ve restoranları hayata geçirmiştir ve birçok ülke de benzer planları yapmaya başlamıştır. Birçok ülkede sağlık kurumları, eğitim kurumları, devlet daireleri gibi kamuya açık alanlarda yasal düzenleme, kısıtlama ya da isteğe bağlı olarak düzenlemeler yapılmıştır (35).
- Bir diğer madde tütün reklamı, promosyon ve sponsorluğuna kapsamlı yasakların getirilmesi ile ilgilidir (20). Yapılan araştırmalar bu tür yasakların özellikle gençlerin sigara içiciliğinin azaltılması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (36). Bu reklamlar ulusal televizyon, kablolu televizyon, ulusal radyo, ulusal basılı gazete ve dergi, reklam panoları, duvar afişleri, satış noktaları, sinema aracılığıyla olabilmektedir. Yasal düzenlemelerle Ekim 2006 itibarıyla Bosna Hersek, Estonya, Finlandiya, İzlanda, İrlanda, İtalya, Litvanya, Norveç, Polonya, Portekiz, İspanya, Slovakya, İsveç ülkelerinde bu tür reklamlar tamamen yasaklanmıştır (35).
- Sözleşmede yer alan 'tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi' başlığı altında; sigara paketleri üzerinde sağlığa zararlı olduğuna dair uyarı yazılarının olması gerektiği ve bu yazıların okunabilir nitelikte olması gerekliliği vurgulanmıştır. Sigaranın içeriği de paket üzerinde yer almalı ve diğer sigaralardan daha az zararlı olduğu gibi yanlış izlenim uyandıracak ifadelere yer verilmemelidir (20). Bu konuda Avustralya güzel bir örnek oluşturmaktadır. 2012 yılında düz paket uygulamasına geçen Avustralya'da paketler üzerinden marka ve logolar kaldırılarak, sigaranın sağlığa zararları üzerine güçlü ifadelere yer verilme zorunluluğu getirilmiştir (37).
- Eğitim, bilgilendirme ve toplumsal bilincin artırılması da sözleşmede yer alan önemli başlıklardan birisidir (20). Eğitim faaliyetlerinde topluma kitle olarak kolay ulaşılabilecek yerlere öncelik verilmektedir. Bu bağlamda okullarda tütün kullanımının bağımlılık yapıcı etkisi ve sağlığa zararları konusunda eğitim seminerleri düzenlenmektedir. Eğitimin yanı sıra toplumda farkındalık yaratma çalışmaları ve tütün karşıtı reklamcılık da önemli ve değerlidir. Sigarasız Bir Dünya Günü kampanyalarına katılım gerçekleştirilmektedir (35).
- Yasadışı ticareti önlemek amacıyla mevcut yasalar güçlendirilmeli, denetim sağlanmalı, bu konuda taraf ülkeler işbirliği içinde olmalıdır (20). Yasadışı ticareti ve kaçakçılığı önlemek için güçlü yasalara gereksinim vardır. Mevcut yasal düzenlemelerin tam olarak uygulanması için de denetimlerin sağlanması gereklidir.
- Tütün endüstrisi daha çok gençleri ve çocukları hedef almaktadır. Bu hedef kitlenin sigaraya ulaşımı konusunda yasal düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu nedenle sigaranın çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satışının yapılması hususunda, 18 yaş üzeri olma zorunluluğu getirilmiştir. Bu konuda tütün ürünlerinin satış yerlerinde kolay ulaşılabilecek yerlerde olmaması, satın alan kişiye kimlik sorulması, 18 yaşından küçükler sigara satı-

şının yasak olduğunu belirten işaretlerin açık, net ve görünür yerlerde olması gibi önlemler alınabileceği belirtilmiştir. Böylece gençlerin sigaraya ulaşımı engellenerek, gençlerde sigara içiciliğinin azaltılması amaçlanmıştır (20).

M-POWER: TKÇS'yi imzalayan ve taraf olan ülkeler için uygulanması gereken önlemlerin önerildiği bir yönlendirme dokümanıdır. Bir anlamda, TKÇS'nin yönetmeliği niteliğindedir. Bu doküman Dünya Sağlık Asamblesi' nin 61. oturumunda *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Dünya Sağlık Örgütü Eylem Planının* bir parçası olarak 2008 yılında hazırlanmıştır. M-POWER dokümanı, tütün kullanımını azaltmayı, çocuk ve yetişkinleri sigara dumanının pasif etkilenimden korumayı amaçlamaktadır (1).

M-POWER, başlıca aşağıdaki bileşenlerden oluşmaktadır:

- **(M)- Tütün kullanımı ve koruma politikalarını izleme**

Ülkelerde tütün kontrolü ile ilgili daha doğru programlar oluşturulması ve uygulanması için ülkedeki tütün kullanımı davranışına yönelik daha kapsamlı veriler elde edilmelidir. Bu veriler bilimsel geçerliliği olan yöntemlerle toplanmalıdır. Yapılan müdahalelerin etkinliğinin ölçülmesinde, toplumun farkındalığını saptamada da bu çalışmalar faydalı olacaktır.

- **(P)-İnsanları pasif sigara dumanı etkilenimden koruma**

Bunun için sağlık ve eğitim kurumları, restoranlar ve barlar dahil kapalı ortamlarda tamamen dumsansız alan için yasa çıkarılması ve uygulanması gerekmektedir. Sigara dumanından pasif etkilenimin solunum yolları, kardiyovasküler hastalıklar ve akciğer kanseri gibi önemli sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu yüzden sigarasız alanlar oluşturularak pasif etkilenimin önüne geçilmesi gerekmektedir (38). Bu uygulamalar ile sigara içicilerinin sigarayı bırakmasına da katkıda bulunulabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde sigara dumsansız kamusal alanların ve işyeri uygulamalarının, sigara içiciliğini yüzde üçe kadar azalttığı gösterilmiştir (39).

- **(O)-Tütün kullanımının bırakılmasına uygun yardım önerme**

Sağlık sistemi, tütün alışkanlığını bırakma tavsiyelerini temel sağlık hizmetleri, bırakma hatları ve diğer toplum kaynakları vasıtası ile tütün bağımlılığıyla mücadele edecek şekilde kuvvetlendirmelidir. Medikal tedavinin gerekliliğine hekimin karar verdiği basamakta ise, sağlık sistemi düşük maliyetli olacak şekilde ilaç tedavisine ulaşımı sağlayabilmelidir.

Tütün bağımlılığının bir halk sağlığı sorunu olması nedeniyle mücadele alanında atılan adımlar, herkesin eşit olarak ücretsiz bir şekilde kolay ulaşabileceği biçimde tasarlanmalıdır. Yapılan çalışmalara göre yardım almadan bağımlılıktan kurtulmaya çalışanların %90-95'i barksız olmakta ve yeniden sigara içiciliğine başlamaktadır (40).

- **(W)-Tütün kullanımının zararları hakkında uyarma**

Sigaranın zararları konusunda toplum eğitilmelidir. Bunun için tütün karşıtı reklamlar yapılmalı, medyadan tütün karşıtı aktiviteler için destek alınmalı ve sigara paketlerinin üzerinde sigaranın sağlığa zararıyla ilgili uyarıcı yazılar yer almalıdır. Böylece tütünün zararları hakkında yüksek bilinç düzeyi oluşturulabilir. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik grubundaki insanlar reklamlardan ve toplum baskısından daha kolay etkilenirler (41).

• **(E)-Tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama**

Tütün pazarlamasının tamamını kapsayan etkili bir kanun oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Reklam yasağı gazete, dergi, radyo, televizyon, billboard ve internet alanlarında olmalı ve bunlarla da sınırlı kalmamalıdır. Yasaklar belirli bir alanda sınırlandırıldığı takdirde tütün endüstrisi diğer reklam alanlarından faydalanabilir ve yasakların etkinliği azalır (36). Dolaylı olarak yapılan reklam, sponsorluk ve promosyonlar da yasaklanmalıdır. Televizyon ve sinemalarda tütün kullanımının gösterilmesi, ünlü kişiler tarafından kullanıldığının gösterilmesi dolaylı reklam kapsamındadır.

• **(R)-Tütün ürünlerinden alınan vergileri artırma**

Tütün ürünlerinin vergi oranları artırılmalı ve yasadışı tütün ürünleri ticaretini azaltmak için vergi denetimleri sıkı kontrol altında olmalıdır. Böylece tütün ürünlerinin satın alınabilirliği ve tütün kullanımı azaltılabilir. Güney Afrika' da 1980-1990 yılları arasında tütün tüketim vergisinin artırılması ile tütün kullanımında da belirgin bir düşüş gözlenmiştir (42).

Türkiye'de ise tütün kontrolüne ilişkin farklı çabalar tarihsel süreçte görülmektedir. Tarihsel süreç aşağıdaki bölümde kısaca özetlenmiştir:

- Türkiye' de tütün kontrolünün tarihsel sürecine bakacak olursak; tütün kullanımı Osmanlı İmparatorluğu' nun 1600'li yıllarına dayanmaktadır. Bu yıllarda Padişah IV. Murat tütün kullananları geleneksel nedenlerden dolayı ağır şekillerde cezalandırmıştır. Osmanlı İmparatorluğu döneminden başlayan tütün kullanımı 1980'li yıllara kadar giderek artmıştır (43).
- 1925 yılında yabancı devletlerin elindeki tütün işletmeleri ayrıcalığı devralınmıştır (43). Uzun yıllar tütün üretim, pazarlama ve satışı Tekel Genel Müdürlüğü tarafından yapılırken 1983 yılında yabancı sigaraların ithalini sağlayacak olan yasa çıkarılmıştır. Bu yasadan sonra 1999 yılına kadar tütün kullanımı %80 kadar artmıştır (43). 3 Haziran 1986'da tütün üretim, pazarlama ve satışındaki devlet tekeli tamamen kaldırılmış ve endüstrinin tamamen çok uluslu şirketlere bırakılmasıyla tütün kullanımı hızla artmıştır.
- Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) tütün kontrolü amacıyla uğraşan kuruluşların bir araya gelmesi amacıyla 1995 yılında kurulmuştur (44).
- Türkiye' de tütünle mücadele alanında ilk yasal düzenleme 1996 yılında gerçekleşmiştir. 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" 17.11.1996 yılında kabul edilmiş ve 26.11.1996' da resmi gazetede yayımlanmıştır (45). Ancak yeterince takip edilmemesi nedeniyle kanunun etkisi sınırlı kalmıştır.
- 2002 yılında da Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu kurulmuştur.
- 2004 yılında Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi 28 Nisan' da Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmış, 25.11.2004 de TBMM' de kabul edilerek 30.11.2004' de 5261 kanun numarası ile resmi gazete yayımlanmıştır (22).
- 07.09.2006' da TKÇS kapsamında yapılacakların planlanması ve tütün tüketiminin kontrol altına alınması için hazırlanan Ulusal Tütün Kontrol Programı yayımlanmıştır. Bu program 2006-2010 yılları arasında kapsamaktadır.

- Ulusal Tütün Kontrol Programının bir bütün olarak uygulanabilmesi ve takibi ile ilgili faaliyetlerin illerde yürütülebilmesi amacıyla İl Tütün Kontrol Kurulları oluşturulmuştur (46).
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur.
- 4207 sayılı Kanunda değişiklik yapan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” 3 Ocak 2008 tarihinde kabul edilmiş ve 19 Mayıs 2008 Tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla sigara içilen alanlar azaltılmış ve ceza hükümleri netleştirilmiştir. Kanun’un “Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında kanun” şeklinde değiştirilmiştir (22).
- 19 Temmuz 2009’da Kanun’un ikinci kademesi uygulamaya girmiştir. Bu uygulamayla restoran, kahvehane, bar ve kafelerin de dahil olduğu kamuya açık bütün kapalı alanlarda sigara içimi/tütün kullanımı yasaklanmıştır.
- 2008 yılında Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31,3’ü her gün veya ara sıra tütün ve tütün mamullerini kullanmakta iken 2012 yılında bu değer yaklaşık olarak %27’ye düşmüştür. Tütün ve tütün mamulü kullananların oranı erkeklerde %6,5 ve kadınlarda ise %2,1 azalmıştır (23). Bu bilimsel verileri göz önüne aldığımızda, tütün kontrol kavramını anladığımız ve ülkemizde tütünle mücadeleyi hayata geçirmekte başarılı olduğumuz görülmektedir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı tarafından tütün ile mücadele çalışmaları sürdürülmeye devam edilmektedir.

Tütün kontrolünde sağlık çalışanlarının rolü önemlidir. Sağlık çalışanları toplum tarafından değer verilen, sosyal, ekonomik ve politik alanlarda seslerini duyurabilen etkili bir gruptur. Sağlık çalışanları mesleki kimlikleriyle toplumu tütün kullanımının ve pasif etkilimin yaratacağı sağlık sorunları konusunda eğitebilirler, tütün kullanıcılarının bağımlılığı yenmelerine yardımcı olabilirler. Toplumsal düzeyde sağlık çalışanlarının yapabilecekleri ise sigarayı bırakma araç, gereç ve kaynaklarının kolay ulaşımını sağlamak, yasal yaptırımlarda öncü ve savunucu olmak, ulusal ve küresel düzeyde tütün kontrolü çabalarına katkı sağlamak ve DSÖ ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini desteklemek şeklinde sayılabilir (47).

DSÖ-TKÇS sözleşmesi metninde, sigara endüstrisinin etkisi altında olmayan sağlık çalışanları, kadınlar, gençler, çevre kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve akademik birimlerin ulusal ve uluslararası tütün kontrolüne desteklerinin hayati derecede önemli olduğu belirtilmektedir (48).

Tütün kontrolünde farklı meslek grupları ve sektörlerin katılımı sağlanmazsa başarıya ulaşamayacağı bir gerçekliktir. Bütün bu bileşenler arasında sağlık çalışanları tütün kontrolü çalışmalarında liderlik yapmaya en uygun gruptur. DSÖ tarafından 2008 yılında yayınlanan M-POWER Raporu'na göre *“Tütün bağımlılığı yönetimi öncelikle hükümet, sosyal güvenlik, sivil toplum kuruluşları ve özel klinik Hizmetleri gibi bir ülkenin sağlık sisteminin bütününe kapsayan bir sorumluluk”* olarak tanımlanmaktadır. Aynı raporda tütün kullanıcıları arasında tütünü bırakmayı sağlayacak üç tane müdahale belirtilir (1):

- Hekimler ve diğer sağlık çalışanları tarafından düzenli tıbbi bakım sırasında danışmanlık
- Ulaşımı kolay, ücretsiz sigarayı bırakma hatları
- Düşük maliyetli farmakolojik tedaviye erişim

Tütün kontrolü sağlık alanında multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir, hekim, hemşire, ebe, eczacı, diş hekimi bu süreçte ekip olarak birbiriyle uyum içinde çalışmalıdır (47).

4.1. Sağlık Çalışanlarının Tütün Kontrolünde Roller

4.1.1. Rol Modeli Olma Sorumluluğu

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının toplumdaki bireyler için rol modeli kimlikleri bulunmaktadır. Bu kimliğin gereği sağlık çalışanlarından, hekimlerden, sağlıkla ilgili davranışlar açısından topluma örnek olacak davranışları sergilemeleri beklenir. Tütün kullanmama, bendenel etkinlik yapma, düzenli beslenme bu kapsamda öne çıkan davranışlardır. Sağlık çalışanları diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında sigaranın zararları konusunda daha fazla bilgiye sahiptirler ancak tütün kontrolü sadece sigaranın sağlığa zararlı etkilerinin iyi bilmesi ile aşılanacak bir durum değildir (47). Tezcan ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansı hekimler arasında %32,6-66,2, hemşireler arasında %40,3-68,6 ve tıp fakülteleri öğrencileri arasında %15,1-36,6 olarak bulunmuştur (49). Ülkemizde, 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı kadrolarında görev yapan sağlık çalışanları arasında yapılmış bir başka çalışma sonuçları da sağlık çalışanlarının tütün kullanma sıklıklarının diğer gelişmiş ülkelere göre yüksek olduğunu, tütün kullanan bireylere yönelik ise istendik tutum ve davranışlara gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır (50).

4.1.2. Klinisyen Olarak Roller

Sigara kullanımının sorgulanması bir klinisyenin rutin hasta sorgulamasına ve muayenesine dahil etmesi gereken önemli bir anamnez sorusudur. Klinisyen düzenli beslenme ve fiziksel egzersiz yapma konusunda önerilerde bulunurken sigarayı bırakma konusunda da önerilerde bulunmalıdır. Sigarayı hangi yaşta olursa olsun bırakmasının sağlığa sağlayacağı yararları anlatmalıdır. Sağlık çalışanı sigarayı bırakma tavsiyesini hastanın genç ya da yaşlı olmasına göre ya da mevcut hastalık durumuna göre yorumlayarak verebilir. Klinisyen olarak sağlık çalışanlarının hastalarını bilgilendirmesi gereken bir diğer konu pasif etkilenimdir. Özellikle pasif etkilenimde savunmasız konumda bulunan çocukların etkilenimini ortadan kaldırmak için çocuk kliniklerinde bu bilgilendirmenin verilmesi çok önem taşımaktadır (47).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Kaynakları Kurumunca hazırlanan Tütün Kullanımı ve Bağımlılığının Yarattığı Tehdit Klinik Uygulama Rehberinde "5A yöntemi" olarak da belirtilen aşağıdaki önerileri kapsamaktadır:

- Tütün kullanımını SOR (Ask about tobacco use)
- Tütün kullanıcılarına bırakmalarını ÖĞÜTLE (Advise all users to quit)
- Sigarayı bırakma isteğini DEĞERLENDİR (Assess willingness to make a quit attempt)
- Sigarayı bırakmasına YARDIMCI OL (Assist the patient to quit)
- Kontrol muayenelerini DÜZENLE (Arrange follow-up contact)

(51)

4.1.3. Eğitimci Rolü

Sağlık çalışanlarının eğitiminde tütün kontrolünün bulunması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarını yetiştiren eğitim birimleri sağlık çalışanlarının sigarasız bir ortam için rol modeli olma görevlerinin bilincine varmalarına daha fazla önem vermelidir.

4.1.4. Bilim İnsanı Sorumluluğu

Tütün kontrolünde kullanılan veriler bilim ışığında ve kanıta dayalı olmalıdır.

4.1.5. Lider Rolü

Yönetici konumunda bulunan sağlık çalışanları tütün kontrolünde aktif rol almalıdır.

4.1.6. Fikir Üreten Rolü

Fikir üreten rol değerlidir. Bu sayede yeni açılımların yakalanması olasıdır.

4.1.7. İşbirliği Rolü

Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren tütün kontrolünde sağlık çalışanı diğer sağlık çalışanları ile ve örgütler ile birlikte hareket etmelidir (47).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 28-30 Ocak 2004 tarihinde yapılan Sağlık Profesyonelleri ve Tütün Kontrolü toplantısında hazırlanan ve imzalanan “Sağlık Meslek Örgütleri İçin Tütün Kontrolü Uygulama Rehberi”nin önsözünde “Tütün kullanımını azaltmak ve tütün kontrolü konusunu ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde bir halk sağlığı gündemi haline getirmek için sağlık meslek örgütleri şunları yapmalıdır (52):

1. Sigarasız bir toplum oluşturmak adına sigara içmeyen rol modeli olma konusunda üyelerini desteklemek
2. Üyeleri arasında tütün kullanımı sıklığını ve davranışını araştırmak
3. Örgütün kullanımında olan bütün binalarda ve örgüt tarafından yapılan bütün etkinliklerde tütün kullanımını engellemek
4. Sağlığı ilgilendiren bütün kongre ve konferanslarda tütün kontrolünü gündeme taşımak
5. Üyelerine rutin klinik muayene sırasında hastanın tütün kullanımını sorgulamalarını ve eğer kullanan varsa uygun ve ikna edici bir dille bırakmalarını öğütlemek konusunda bilgilendirme yapmak
6. Sağlık ile ilgili eğitim merkezlerini müfredatlarına tütün kontrolünü koymaları konusunda bilgilendirmek
7. 31 Mayıs Tütünsüz Bir Dünya Günü etkinliklerine katılımı sağlamak
8. Tütün endüstrisinden yapılacak her türlü desteği reddetmek konusunda üyelerini bilgilendirmek
9. Tütün endüstrisine karşı verilecek her türlü cevap için uygun bir politika hazırlamak
10. TKÇS'nin imzalanması ve uygulanması konularında hükümetlerine destek vermek
11. Tütün kontrolünde kullanılmak üzere bir bütçe ayırmak
12. Sağlık çalışanlarının tütün kontrolü konulu iletişim ağlarına katılımını sağlamak
13. Sigarasız açık alanlar kampanyalarına destek vermek

Tütün kullanımı insanlık tarihinin eski alışkanlıklarından biridir. Tütün yaklaşık 2000 yıldır bilinen, kullanılan bir üründür. En eski olarak Amerikan yerlileri tarafından tüketilmiştir. Avrupa'nın bu ürünle tanışması 1492'ye, Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfine kadar dayanır. 1880'in başlarında tütün ürünlerinin sağlıkla ilgili herhangi bir soruna yol açıp açmadığı bilimsel açıdan incelenmediği için tütünün kısa zamanda tüm dünyada yaygın olarak kullanılmasından kaygı duyulmamıştır. Giderek yaygınlaşan tütün kullanımı bilim dünyasının da ilgisini çekmiş ve sağlık üzerine etkisi hakkında çalışmalar başlamıştır (43,53).

Tütünün ilk defa sağlık üzerine etkileri hakkında şüphe duyulmaya başlanması Kral James'in "*Counterblaste to Tobacco*" adlı yazısına dayanmaktadır. Bu yazıda tütün kullanımının akciğer, göz, burun, beyin gibi organlara zarar verebileceğini düşünmüş, ardından İngiliz hekim aynı konuya yoğunlaşmıştır (53). Dr. John Hill "*Caution Against Immoderate use of Snuff*" adlı yazısında sigara içimi ve akciğer hastalıkları arasında bir ilişki olabileceğinden bahsetmiştir. Tüm bu şüpheler sigaranın sağlığa zararlı olabileceği ihtimalini arttırmıştır. Bilim dünyasında atılan bu ilk adımlar tütünle mücadelenin somut olarak yapılanmasının temellerini oluşturmaktadır. Dünya genelinde çok kısa zamanda tütün kullanımının yayılması sonucunda; tütün kullanımının zararları 19. yüzyılın sonlarına doğru önemli hale gelmiştir. Özellikle 1924'te Reader Digest dergisinde yayınlanan "*Does tobacco injury human body?*" adlı makale sigara ve kanser ilişkisi üzerinedir (54). Bilimsel çalışmaların dergiler aracılığıyla topluma ulaşması da sigara içiminin zararları ile ilgili farkındalığı arttırmıştır. Sigarayla kanser ilişkisinin epidemiyolojik açıdan incelenmesi 1947-1950 yılları arasında yapılmıştır. Aynı süre zarfında İngiltere'de yapılan bir kohort (izleme) çalışmasında sigara ve kanser ilişkisi kesin olarak saptanmıştır. Çalışmada 35.000 erkek hekim izlenmiştir. Sigara içen hekimler arasında içmeyenlere göre 7-25 kat daha fazla akciğer kanseri olduğu saptanmıştır. Çalışmada akciğer kanserinden ölüm sigara içmeyenlerde yüz binde 7 iken, günde 14 adet sigaradan daha az içenlerde yüz binde 47, günde 15-24 adet arası içenlerde yüz binde 86, günde 25 adet sigaradan daha fazla içenlerde yüz binde 166 olarak belirtilmiştir (55). Tüm dünyada bu sonuç yankı uyandırmış, sigaranın sağlık açısından çok riskli ürün olduğu kanıtlanmıştır. Bu

adım tütünle mücadelede dünyada çok yol alınmasına neden olmuştur. Bu çalışmadan sonra tütün kullanımının sağlık üzerindeki etkilerinin olumsuz olduğu hakkında hiçbir şüpheye yer kalmamıştır.

Yirminci yüzyılın ortalarında tütün/sigara sağlık(sızlık) ilişkisini ortaya koyan çalışmalara gereksinim görünür hale gelmiştir. Bu çalışmalar bir yanda tütün ürünlerinin neden olduğu hastalıklar üzerinden ilerlemiş, bir yandan da tütün ürünlerinin kullanımıyla ilgili “kontrol” kavramı üzerinden sürdürülmüştür. Tütün kullanımının kontrolünde öncü adımlardan birisi ABD Halk Sağlığı Kurumu tarafından 1964 yılında atılmıştır. Kurumca sigaranın insan sağlığı üzerine zararlı olduğu ve uzun süreli kullanılması sonucunda kanser yapıcı etkisi belirtilmiştir (56). İzleyen süreçte DSÖ de sigaranın insan sağlığı üzerine zararlı olduğunu bildirmiş, sigara içiminin terk edilmesini önermiştir (57). Tüm bu gelişmelerin ardından ilk uluslararası anlaşma olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 21 Mayıs 2003 tarihinde DSÖ’nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme aynı zamanda 2004 yılında Türkiye tarafından da kabul edilmiştir. Bilimsel veriler ışığında atılan adımlar, bir dünya çerçeve sözleşmesi ile de hak ettiği yere taşınmış ve anlamlandırılmıştır. Türkiye’nin tütünle mücadelesi sadece sözleşmeye taraf olmakla kalmamış, hızla bir çok alanda devam ettirilmiştir. Özellikle 1964-1994 yılları arasındaki 30 yıllık süreçte akciğer kanseri tanısı alan insan sayısı 10 kat artmıştır (58).

Sigara ile yalnızca akciğer kanseri arasındaki ilişkiler saptanmamıştır, özellikle 1930-1950 yılları arasında sigaranın dünya genelinde yaygınlaşması ile farklı türlerde kanser ilişkileri de yapılan çalışmalarla saptanmıştır. İlerleyen yıllarda, 1961’de özefagus kanseri, 1963’te mesane kanseri, 1973’te pankreas kanseri ve 1974’te böbrek kanseri ile sigara ilişkisi saptanmıştır (59-64). 1930’dan 1985’e kadar yapılan epidemiyolojik çalışmalar da akciğer kanserinin giderek arttığına dikkat çekmektedir (65). Artışın nedeninin sigara içimi olduğu bilinmektedir.

Yıllar geçtikçe kanser ile sigara arasındaki ilişki arttıkça insanların bu konuyu algılaması değişmiştir. Bu konu üzerinde öğrenim düzeyi arttıkça ABD’de yıllar geçtikçe bırakma hızları artmıştır (66). Bırakmaya olan yönelimin konuya ilişkin yapılan bilimsel çalışmalarda sigara ve neden olduğu hastalıklar arasındaki ilişkinin ve kanıtların toplumda bilinme düzeyi ile ilişkili olması muhtemeldir.

Sigaranın kanser ve diğer hastalıklar üzerine olan etkisinin saptanmasından sonraki dönemlerde kalp ve damar hastalıkları üzerine de birçok çalışma yapılmıştır. Örneğin, 1968 yılında bir çalışmaya göre 40-69 yaşları arasında pipo içicilerinin mortalite hızları pipo kullanmayanlara göre %2 daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada kalp ve damar hastalıklarından ölenlerin %44’ü erkek %28’i kadındır. Sigara içenlerde koroner hastalığa bağlı ölüm sigara içmeyenlere göre iki kat daha fazla saptanmıştır. Bu çalışma sigarayla kalp ve damar hastalıkları arasındaki ilişkinin saptanmasında öncü rol oynamıştır. İlerleyen yıllarda birçok çalışmalar yapılarak sigaranın kalp ve damar ilişkisi kanıtlanmıştır (67).

Günümüze doğru ilerlerken, örneğin, 1980’li yıllarda sigaranın organ ve sistemleri etkilemekle kalmayıp duygusal ve psikolojik sorunlara da neden olduğu gösterilmiştir. Sigara içen öğrencilerin duygusal şikayetlerle (sinirlilik, baş ağrısı gibi) doktora başvurduğu sap-

tanmıştır (68). Tütünle mücadele adına, sigara içiminin insanları rahatlattığı kanısı da bu bilimsel çalışmayla açıkça yalanlanmıştır.

Dünyada sağlıklı yaşam davranışlarının tartışılmaya başladığı tarihlere rastlayan dönemlerde sigara içme ile diğer riskli davranışlar arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Örneğin, 1990'lı yıllarda gençlerin alkol ve ilaç kullanım sıklığının artması nedeniyle bu konu üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda özellikle sigara içen bireylerde kavga ve korunmasız cinsel ilişki gibi riskli davranışların daha sık olduğu saptanmıştır. Ayrıca sigara içen gençlerde içmeyenlere göre alkol kullanımı üç kat, marihuana kullanımı sekiz kat, kokain kullanımı yirmi iki kat artmıştır (69). Bu çalışma ise tütün kullanımına farklı bir bakış açısı getirmektedir. Sigara içimi riskli bir davranıştır ve özellikle gençler açısından riskli olan diğer kötü alışkanlıklara da eşlik etmektedir. Bu gibi bilimsel veriler ve kanıtlar sigara ile savaşta somut adımlar atılması zorunluluğu doğurmuştur. Mutlak ve mutlak surette sigara içimi ile gençlerde de mücadele yürütülmelidir.

Bilim dünyası, aktif sigara içiminin insan sağlığını olumsuz etkilediğini kanıtladıktan sonra sigaradan çıkan dumanın çevredeki insanları nasıl etkilediği konusuna yönelmiştir. Yapılan bir çalışmada; dumanlı bir barda iki saat geçirmekle aktif olarak dört sigara içmekle, günde bir paket sigara içen birisiyle bir günlük yaşantı aktif olarak üç sigara içmek ile görülen zararlar aynı derecede olduğu ortaya konmuştur (70). O halde tütünle mücadelede başlamama ve bırakma alanının yanı sıra pasif etkilenimle de mücadele edilmesi zorunluluğu gündeme gelmiştir. Ülkemizde bu nedenle 1996 yılında tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanun çıkarılmıştır. 2008 yılındaki şartlara göre revize edilmiştir. Atilla ve arkadaşları tarafından 2012 yılında Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada, Kahramanmaraş ilinde 1509 sigara içicisinin kapalı ve açık hava alanlarında sigara içme sıklıkları araştırılmıştır. Tütün dumansız uygulama Kanun'undan sonra katılımcıların %5,8'in sigara içmeyi bırakmış ve kapalı alanda sigara içme sıklığında da %20 azalma görülmüştür (71). Yasanın bir diğer olumlu yansıması ise tütün kullanım sıklığı konusunda 1993, 2003, 2006 ve 2008 yıllarında yapılan çalışmalarda erkekler arasında sigara içme sıklığında %10 azalma saptanmasıdır (43). Bu düşüşler tütünle mücadele alanında bilimsel verilerin nasıl toplumsal değişikliklere sebep olduğunu gösteren anlamlı bir göstergedir.

Yukarıdaki örneklerden de anlaşıldığı üzere, tarihsel süreçte bilimsel veriler ve kanıtlar ışığında bir çok değişiklik yapılmıştır. Kanıtı dayalı ilerlemek, her zaman insan sağlığını ve güvenliğini ön planda tutmak önemli ve değerlidir. Dünya önce sigarayla daha sonra sigaranın zararlarıyla tanışmıştır. Kapalı alanlarda sigara içimi bir çok ülkede yasaklanmıştır. Fakat sigara içiciliğinin bu denli yaygın olması hala sağlığımızı tehdit etmektedir. Bu nedenle bilim dünyası artık sigaranın zararları arasında önemli bir yere de açık alanlardaki pasif etkilenim sürecini koymakta ve çalışmalara bu alanda yoğunlaşmaktadır.

Tarihsel süreci daha önce aktarılmış olan tütün kontrolünde, bilimsel kanıtların sonuçlarının doğru okunması ve değerlendirilmesi sonucu ile dünyada olumlu adımlar atılmıştır. Adı geçen olumlu adımların son dönemlerde öne çıkanlarından birisi de “sigarasız alan” uygulamaları olmuştur. Sigarasız alan uygulamalarına ilişkin verilerin sunulmasından önce tütün kontrolünde öne çıkan başlıklar aşağıda kısa başlıklar şeklinde sunulmuştur:

- 1. Tütün Kontrolünde Küresel İşbirliğinin Tanımlanması:** Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi bu konuda birleştirici ve yönlendirici olmuştur.
- 2. Dumansız Hava Sahalarının Oluşturulması:** Dumansız hava sahası oluşturulması tütün kullanımının azaltılmasında önemli bir adımdır. Dumansız ortamlar sigara içmeyenleri korumanın yanında, içenlerin de bırakmasına yardım eder. Yüksek gelirli ülkelerde dumansız kamusal alanlar ve işyerleri, tütün tüketimini %3-4'e kadar azaltmıştır (72). Bunun yanı sıra sigara içilemeyen işyerlerinde çalışanlar sigarayı bırakma konusunda, sigara içilebilen işyerinde çalışan kişilere göre iki kat daha başarılı bulunmuştur. Restoranlar, barlar, kulüplerde tütün kontrol politikalarının uygulanması zor görünse de son zamanlarda yasakları uygulayan ülkelerin sayısı giderek artmaktadır ve bu uygulama halk tarafından da oldukça olumlu karşılanmaktadır (73). İşyerlerini olumsuz etkilemediği gibi insanların sağlığını olumlu etkilemektedir.
- 3. Tütün Kullanımının Bırakılmasına Destek Olma:** Tütün kullanımını bırakmada sağlık kuruluşlarından destek alınmasının önemi büyüktür. Çoğu kullanıcı destek almadan bırakabilir fakat herhangi bir yardım aldığı anda bırakma yüzdeleri de artış göstermektedir. Yardımsız olarak tütün kullanmayı bırakmaya çalışanların %90-95'i başarısız olmakta ve kısa bir süre sonra tütün kullanımına tekrar başlamaktadırlar. Tütün kullanımını bırakmada doktorlar tarafından verilen kişiye özel tavsiyeler en önemli yollardan biridir. Ayrıca danışmanlık yapan sağlık görevlilerinin sayısı arttıkça da bırakma oranları artmaktadır (40).
- 4. Tütünle Mücadelede Reklam ve Promosyonun Engellenmesi:** İnsanlar tütün ürünlerini kullanmaya henüz ergenlik veya genç yetişkin döneminde başlarlar. Bu yaş grubunda-

ki insanlar sağlıkları ve yaşamları konusundaki riskler hususunda daha az endişe ederler ve riskli davranışlara daha meyillidirler. Ayrıca bu yaş grubundaki insanlar reklamlardan ve toplum baskısından etkilenmeye daha yatkındırlar (41).

5. **Sigara Paketlerinin Üzerinde Sağlığa Olan Zararları İle İlgili Uyarıların Yer Alması:** Sigara paketi üzerinde bulunan resim ve yazılar insanların tütün kullanımını etkiler. Sadece sigara üzerindeki yazıların okunması, sigara içenlerin %30'unu tütün kullanımı bırakma konusunda motive etmiş, sigara üzerindeki yazıların okunması ve resimlerin incelenmesi ise sigara içenlerin %55'ini tütün kullanımını bırakma konusunda motive etmiştir. (74). Tütünle ilgili tanıtım faaliyetlerinin yasaklanması bütün gelir ve eğitim seviyelerindeki insanların tütün kullanımını azaltmakta oldukça etkilidir. Yüksek gelirli ülkelerde bütün medya ürünlerini, markaları ve logoları kapsayan bir yasağın, sigara tüketimini %7 civarında düşürdüğü kaydedilmiştir (36).
6. **Vergilerinin Artırılması:** Sigara içimi vergilerle de kontrol edilebilir. Örneğin, Güney Afrika'da 1995 yılından itibaren vergilerdeki artışın sigara içimini azalttığı gösterilmiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırmaları sonuçlarına göre 2008 yılında %31,2 olan ülke genelindeki sigara kullanma oranı, 2012 yılında %27,0'ye düşmüştür. Vergilerin artırılması amacıyla tütün vergilerindeki artış eğilimi devam etmiş ve 2012 yılı itibariyle tütün ürünlerindeki vergi yükü yüzde %80,25'e yükselmiştir (75).
7. **Tütün Kullanımı İle Mücadelede Yasal Düzenlemeler Yapılması:** Tütün kontrolünün önemli bir ayağı olan yasal düzenlemeler tütün kullanımı ile mücadelede önemli bir yer teşkil eder. 2008 yılında revize edilen 4027 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Kanunu sonrasında TÜİK verilerine göre sigara kullanım sıklığı 25-34 yaş grubunda 2008 yılında %40,3 iken, 2012 yılında %34,9'dur. 35-44 yaş grubunda ise sıklık 2008 yılında %39,6 iken, 2012 yılında %36,2'dir. Şu anda tütün ve tütün mamulü kullanan 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerden tütün ve tütün mamulü kullanımını 12 ay içerisinde bırakmayı planlayanların yüzdesi 2008 yılı için 27,8 iken, 2012 yılı için 35,4 olarak elde edilmiştir (23). Kocaeli'nde 2009 yılında 15 hastanenin acil kayıtlarının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada bronşit tanılı vaka sayısında %39,8 oranda azalma, alt solunum yolu enfeksiyonu başvurularının aylar arasında dağılımı değişkenlik gösterebilmekle birlikte toplamda %4,3 azalma, KOAH atak başvurularında %21,2 azalma, miyokard enfarktüsü vakalarında %2,4'lük azalma gözlenmiştir. Bütün bu veriler gösteriyor ki sigara yasağı ile birlikte sigaraya bağlı hastalıkların morbidite hızında önemli ölçüde azalma saptanmıştır (76). Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında yapılan "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) 15 ilin ve 540 merkezin katılımıyla tamamlanmıştır. Çalışmaya bölgenin nüfus yapısına uygun olarak rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26.499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre erişkin yaştaki Türk toplumunda sigara içenlerin sıklığı azalmıştır. Halen erkeklerde sigara kullanımı %30'un üzerinde olmakla beraber, genel toplumda sigara içme sıklığının 1998'de %29,8' den 2010'da %17,3'e gerilediği; sigarayı bırakanların ise %3,8'den %12,1'e yükseldiği bildirilmektedir. Sonuçta Türkiye'de sigara içenlerin sıklığının 12 yılda %42

azaldığı ifade edilmektedir. 2008 yılında Tütün ve Tütün Ürünleriyle İlgili Kanunun yasalamaıyla bu kanunun sigara içenlerin azalmasına katkısı olduğu sonucuna varılabilir (77). Bu yasağın ne denli önemli ve gerekli olduğunu göstermektedir. 2008 yılında revize edilmiş kanun incelendiğinde dumansız hava sahası kavramının, sadece dumandan arındırılmış kapalı alanları içerdiği görülmektedir. Açık hava alanlarında da sigarasız alanların oluşturulması gerekliliği göz ardı edilmemelidir. Bilindiği üzere pasif etkilenim çocuklar üzerinde daha olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle çocuk oyun alanlarının sigarasız alan kapsamına alınmadığı dikkat çekmektedir. Bu gibi istisnai durumların da kanuna eklenmesi halk sağlığı yararına olacaktır.

8. **Sigarasız Açık Alan Uygulamaları:** Dünden bugüne tütün kullanımı ile mücadele alanında önemli aşamalar kaydedilmiştir. Sigara içiminin kapalı alanlarda yasaklanmasıyla son olarak pasif etkilenimde önlenmeye çalışılmıştır. Fakat hala toplu yaşama alanlarında sigara dumanına maruz kalan önemli bir kesim bulunmaktadır ve sağlıklarını tehdit eden bu durumdan uzak durmak onlar için de bir sağlık hakkıdır. Artık dünya çeşitli uygulamalarla sigarasız açık alanları ön plana taşımış ve birçok ülkede tütünle mücadeledeki yapılanmasında değişiklik yaparak açık alanlardaki pasif etkilenimin önlenmesine sahip çıkmıştır. Konulan kuralların yanı sıra açık havada etkilenimin önlenmesinde en önemli pay topluma düşmektedir.

6.1. Dünya'dan Sigarasız Açık Alanlar ile İlgili Çalışmalar

- Sigarasız açık alan uygulamaları konusundaki çaba ve çalışmalara toplum katılımı mutlak ve mutlak surette gereklidir. Ancak ilk adım toplumda farkındalık düzeyinin artırılması olmalıdır. Kandra ve arkadaşları tarafından Amerika'da Kuzey Karolina bölgesindeki ortaokul ve lise çağındaki okula giden çocukların tamamına sigarasız açık alanlar hakkında sorular sorulmuştur. Çocuklar sigara içip içmediklerine göre iki gruba ayrılmış, sigaranın hangi alanlarda içilip içilmemesinin gerekliliğine dair sorular sorulmuştur. Sigara içmeyen çocukların %59,7'si halka açık dış mekanlarda, %81'i halka açık kapalı alanlarda hiç sigara içilmemesi görüşünü ifade ederken sigara içen çocukların %27,4'ü halka açık "açık alanlarda", %50,8'i halka açık "kapalı alanlarda" sigara içilmemesinin önemini vurgulamışlardır. Bu çalışmanın sonucunda kapalı alanlarda ve açık alanlarda sigara içimi farkındalığı ölçülmüştür (78).
- Sigaranın kapalı alanlarda olduğu kadar açık alanlarda da insan sağlığına olumsuz etkileri vardır. Elizabeth ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, çocukların ve halkın kullandığı parklarda sigara içilmesi hakkında bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya katılanların %78'i çocukların kullandığı parklarda sigara içilmesinin yasaklanmasına katılırken, %81'i gençlerin herhangi bir aktivite yaptıkları yerlerde sigara içiminin yasaklanmasına, %53'ü tüm açık alanlarda her zaman sigara içiminin yasaklanmasına katılmışlardır (79).
- Dumansız hastane kampüsleri yaratmak güçlü bir sağlık mesajı vermek ve solunum yolu hastalığına sahip hastaları korumak açısından önemlidir. Wheeler ve arkadaşları tarafından Tıp Bilimleri Arkansas Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, Ekim

2003'de, Temmuz 2004'de hastane çevresinde sigarasız alan uygulamasına geçileceği söylenmiştir. Uygulamaya geçilmeden önce ve geçildikten sonra çalışanlara, yöneticilere ve hastalara uygulamaya yönelik fikirleri sorulmuştur. Uygulamadan önce süreci destekleyenlerin sıklığı %83,3 iken politika sonrası bu değer %89,9'a yükselmiştir (80).

- Lopez ve arkadaşları tarafından Mart 2009-2011 yılları arasında sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada SDPE'ye bağlı etkilenim açık alanlarda kapalı alanlara göre daha az olmakla birlikte açık alanlarda da önemli bir etkilenim olduğu kanısına varılmıştır. Özellikle hastane kapısına yakın bölgelerdeki açık alanlarda içilen sigaranın dumanı kapalı alan etkileşimi yaratabilmektedir. Bu sonuç ise kamuya açık "açık alanlarda" sigarasız alan uygulamasının önemini göstermektedir (81).
- Lazuras ve arkadaşları tarafından adolesanların sigarasız alanları desteklemesi hakkında yapılan çalışmada, çalışmaya katılanlara hem kapalı alanlarda sigara içimi hem de açık alanlarda sigara içimi sorulmuş, çalışmada katılanlar sigara içmeyen ve düzenli içen olarak iki gruba ayrılmıştır. Sigara içmeyenlerin %90'ı hastane içinde, %78'i kapalı alanda kurulu restoranda sigara içilmesini onaylamamaktadır. Sigara içenlerin %73'ü hastane içinde ve %33'ü açık alandaki restoranlarda sigara içilmesini onaylamamışlardır. Bu sonuçlar, kapalı alanlarda sigara içiminin yasak olmasının gerekçesinin araştırma yapılan gruba daha iyi anlatılması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bununla birlikte sonuçlar, toplumda açık alan uygulamalarının da destek gördüğünü ortaya koymaktadır (82).
- Fransa'da 2008 yılında kamuya bağlı kapalı alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır. Kennedy ve arkadaşları tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada bu durum incelenmiştir. Araştırmada 2008 öncesi ve 2008 sonrası kamuya bağlı açık ve kapalı alanlarda sigara içimi değerlendirilmiştir. 2008 öncesi açık alanlarda sigara içimi %28,9 iken 2008 sonrası %59'a yükselmiştir. Bu çalışmanın sonuçları sigara içiminin kontrolünde açık alanların da önemli bir mücadele alanı olduğunu ortaya koymaktadır (83).
- Avrupa Bölgesi'nin bir ülkesi olan İtalya'da da sigarasız alanlar konusunda yeni gelişmeler mevcuttur. Avrupa Bölgesi'nde sigarasız alanların hızla genişlemesi ile İtalya'da da buna paralel uygulamalar yapılmıştır. Bu uygulamalar üzerine yapılan Sivano ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sigarasız alanların desteklenmesi konusunda yeni bilgiler edinilmiştir. İtalya'da halen şehir parklarında, stadyumlarda, okul çevreleri ve bahçelerinde, plajlarda, hastane çevrelerinde sigarasız alan uygulamaları yapılmaktadır. 2009 ve 2010 yılları arasında yapılan bu çalışma 6233 on beş yaş üstü birey üzerinde uygulanmıştır. Şehir parklarında sigarasız alan uygulamalarına destek %64, stadyumlarda %68, plajlarda %62, okul çevresi ve bahçelerde %85, hastane çevresinde %79 olarak görülmüştür. Tüm bunlar sigarasız alanların genişletilmesinde önemli ve değerlidir. İnsanların göstermiş olduğu destekle yeni sigarasız alanların oluşturulmasının önü açılmıştır (84).

6.2. Sigarasız Açık Alanlar ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Dünyanın bir çok ülkesinde kapalı alanlarda sigara içimi yıllar önce yasaklanmış ve kapalı alanlardaki pasif etkilenimin önüne geçilmesini sağlayacak yasal dayanaklar oluşturulmuş-

tur. Bazı gelişmiş ülkeler açık alanlardaki etkilenimin de farkında olarak yasal süreçlerle açık alanlardaki pasif etkilenimin önüne geçmeye çalışmaktadır.

- Oklahoma ve Puerte Rico'da parkların tamamında sigara içimi yasaklanarak, açık alandaki pasif etkilenimin en yoğun olduğu bu alanlarda etkilenimin önüne geçilmiştir. Dünyaya genelinde ise 707 tane parkta sigara içimi yasaklanmıştır. Özellikle park alanlarının, açık havadaki pasif etkilenimden en çok etkilenen çocuklar ve yaşlılar için sigarasız alan haline getirilmesi çok önemlidir (85).
- Oklahoma, Delaware, Washington'da doğal hayvanat bahçelerinde hem açık alan hem de kapalı alanlarda sigara içimi yasaklanmıştır. Halen dünyada ise sigarasız alan haline getirilen 57 hayvanat bahçesi bulunmaktadır (86).
- Puerto Rico ve Maine şehirlerinde insanların toplu olarak bulunduğu kumsallarda da sigara içimi yasaklanmıştır. Çeşitli ülkelerde ise 143 kumsal ve plaj yasal dayanağı olmamakla birlikte sigarasız alan haline getirilmiştir. İnsanların pasif etkilenime maruz kaldığı açık alanlardan birisi de toplu taşıma araçları duraklarıdır. Dünyada 277 şehir bu durakları sigarasız alan haline getirmiştir (87).
- Hawaii, Maine, Michigan, Washington, Puerto Rico şehirlerinde restoran ve barlara kapalı ve açık alanlarda sigara içme yasağı getirilmiştir. Böylece açık alanda yemek yemeyi tercih eden insanların sigara dumanından etkilenimleri önlenmiştir. Diğer bazı şehirlerde de 104 restoran ve bar sigarasız alan uygulamasına geçmiştir (88).
- Sigarasız alanlar konusunda farklı bir uygulamada İskoçya'da yapılmaktadır. 2000 yılında sigara kullanımının sınırlandırılması yönünde kanun çıkaran hükümet, 7 Ocak 2013'te kanunu revize etmiş ve yeni maddeler eklenerek genişletmiştir. Bu kanun çerçevesinde yüzme havuzlarında, çocukların oyun sahasına 10 metreye kadar olan uzaklıkta, otobüs duraklarında, yaya geçitlerinin 4 metre uzağına kadar olan yerlerde, tren istasyonlarında, taksi sıralarında, restoran çevrelerinde, spor müsabakalarının yapıldığı alanlarda sigarasız alan uygulamasına geçilmiştir. Yapılan bu yeni uygulamalarla İskoçya'da sigara bırakma sıklığını %3'ten %4'e çıkarmayı ve hamile kadınlarda %0,5'ten %2'ye yükseltmeyi hedeflemektedirler. İskoçya'da yapılan tüm bu yeni uygulamalar sonucunda sigara ve tütün ürünleri ile mücadelede en büyük başarının kazanılması hedeflenmektedir (89).

6.3. Öne Çıkan Diğer Örnekler

- Henriques ve arkadaşları tarafından 2003 yılında Kaliforniya eyaletinde yapılan çalışmada; 12 yaşındaki bir çocuğun öncülüğünde bir park alanında sigara izmarit ve çöpleri toplanarak, sigara içiminin, açık hava olmasına rağmen park alanındaki insanları etkilediği öne sürülerek, sigara içiminin park alanında yasaklanması isteği ile belediye meclisine başvurulmuştur. Belediye meclisinin verileri değerlendirme sonrasında park sigarasız alan haline getirilmiştir (90).
- Mardin Belediyesi tarafından Türkiye'de ilk dünyada ikinci olma özelliğini taşıyan duman-sız park kurulması ile ilgili çalışmalar başlamıştır. Mardin Belediye başkanlığı tarafından yapılması planlanan Ayn Since Park'ının sigarasız alan olmasına karar verilmiştir (91).

- Amerika'da 2011'de New York şehrinde refüjler dışındaki tüm parklarda, deniz kıyıları ve deniz kıyılarındaki kaldırımlarda, golf sahalarında, stadyum ve stadyum çevresindeki yerlerde, oyun alanları ve havuzlar ile çevresindeki tüm stadyumlarda sigara içimi yasaklanmıştır (92).
- Sigara içimi üniversite ve kolej kampüslerinde de yaygındır. Bu alanda tütün kullanılmayan kampüsler oluşturulmaya çalışılmıştır. Arkansas'da 33, Iowa'da 66, Kuzey Mariana Adaları'nda bir, Oklahoma'da 29 kampüs sigarasız alan haline getirilmiştir (93).
- Sigarasız alanların genişletilmesi dünyanın farklı ülkelerinde olduğu gibi ABD'de de yeni bir uygulamadır. Son yıllarda sigarayla mücadele kapsamında önemli bir uygulama olan açık sigarasız alanlar önemli yer tutmaya başlamıştır. ABD'nin farklı eyaletlerinde farklı kanunlar olmasına rağmen sigarasız alanlarla ilgili birçok eyalette bu konu üzerinde hemen hemen uygulamalarda benzerlik görülmektedir. Örneğin, Kuzey Amerika kentlerinden biri olan Main'de restoranlardan sinemalara, alışveriş merkezlerinden kafelere kadar birçok alanlarda sigarasız açık alan uygulamaları sürdürülmektedir. Yüzme havuzu gibi farklı alanlarda bile sigarasız açık alan uygulamaları başlatılmıştır. Özellikle çocukların SDPE' den daha fazla ve daha ciddi etkilenim göz önüne alındığında çocukların bulunduğu bu gibi alanlarda sigarasız açık alan uygulamalarının önemi artmaktadır (94).
- Avustralya'da 2009 yılında yeni oluşturulan sigarasız açık alanlar; parklar, oyun sahaları, restoranlar, plajlar ve hastane çevreleri gibi yerleri kapsamaktadır. 2009 yılında yeni uygulamalara ilişkin halkın desteğini değerlendiren bir çalışmada 4501 kişi üzerinde yapılmıştır. Hastane çevresinde sigarasız alan oluşturulması ile ilgili halkın desteği %84, oyun alanları ve parklarda %77, restoran çevresinde %71, plajlarda %63 olarak gösterilmiştir. Bu durum sigarasız açık alanların genişletilmesi konusunda halk desteğinin ve farkındalığının önemini göstermektedir (95).
- Tütün kullanımı ile mücadele konusunda başarılı uygulamaları olan Kanada'da son yıllarda sigarasız alanların genişletilmesi konusunda birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Özellikle parklarda, oyun sahalarında, yüzme havuzlarında, futbol ile basketbol sahalarında, tenis kortlarında, bowling ve golf sahalarında, buz pateni alanlarında, stadyumlarda, yürüme alanlarında, bisiklet parkurlarında, restoran ve barlarda, hayvanat bahçelerinde, çiftliklerde, veterinerlerde sigarasız alan uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca restoran ve barlar gibi eğlence mekanlarında tampon bölgeler ile sigarasız alanlar oluşturulmuştur (96).

- Tütün kullanımı ile mücadele, Dünyada ve Türkiye’de güçlü bir şekilde sürdürülmelidir. Bilimsel kanıtlar ışığında bulunan ve ispatlanan sigara içiminin her türlü zararları mutlaka toplumla açık ve net bir şekilde paylaşılmalıdır ve her zaman toplumun farkındalığı önemli ve gözetilmesi gereken bir adım olmalıdır.
- Tütün kullanımı ile mücadelede konulan yasal süreçlerin arkasında durulmalı ve yasaların uygulamasında oluşabilecek gevşemelere kesinlikle izin verilmemelidir. Yasal süreçler ödün verilmeden uygulanmalı, katı denetimlerle sık sık kontrol edilmelidir.
- Toplumsal düzeyde tütün ile mücadelenin bütün basamaklarına dair farkındalığın artırılmasına gereksinim bulunmaktadır.
- Halk sağlığı açısından önemli bir sorun olan pasif dumana maruz kalınmasının keskin bir sınırı yoktur bu nedenle tamamen sigarasız alanlar oluşturulmadan bu riskin engellenmesi olası değildir. Bu konuda yapılacak olan denetimlerin arttırılması ve katı bir biçimde uygulanmasıdır. Topluma pasif etkilenim konusunda da açık net ve anlaşılabilir bilgilendirilme çalışmaları yapılmalıdır. Bireylere tercihlerini sağlıklı yapmaları konusunda bilgilendirme yapılmalı ve bilgisizlik nedeniyle gereksiz hastalık riskine maruz kalmaları önlenmelidir. Sonuç olarak korumanın tedavi etmekten daha faydalı olduğu unutulmamalıdır (97). “Gönüllü” uygulamaların pasif etkilenimden korumada başarılı olamadığı açıktır. Bu konuda yasal uygulamaların gerekliliği unutulmamalıdır (98).
- Tütün kontrolü deneyiminde Sağlık Bakanlığı tütün kullanımının önlenmesine yönelik yaklaşımını sürdürmeli, toplumun tütüne maruz kalma riskini en düşük düzeye indirmek için ciddi önlemler almalı ve tütün kontrolünün izlemi ve değerlendirmesini kolaylaştırmak için ulusal bir veri tabanı oluşturmalıdır (99).
- Tütün kontrolü sadece sağlık sektörünü ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olarak görülmemeli, daha geniş kapsamlı bir görüş ile bu bir toplumsal politika olmalıdır (100).
- Tütün kontrolünde yeni atılacak adımlar arzı azaltmaya yönelik olarak da güçlendirilmelidir. Katı yasal düzenlemelerin sigara dışındaki tütün ürünlerini de “net” bir şekilde kapsayıcı olması ve bu düzenlemelerin toplum tarafından da bilinmesinin sağlanması

gerekmektedir.

- Dünya standartları yakından takip edilmeli ve tütünle mücadelede bir adım dahi geriye düşülmemelidir. DSÖ tarafından da belirtildiği gibi (1,101). Türkiye'deki sağlık sistemi tütün kontrolünü birinci basamak hizmetleriyle birleştirmeli, farmakolojik tedavinin herkes için kolay ulaşılabilir olmasını sağlamalı ve kanıta dayalı olmayan yöntemlerin kesin olarak kullanılmasını önlemelidir.

19. Rahmanian-Schwarz A, Gonser P, Willkomm L, et al. Dermal perfusion of common donor sites free flaps in chronic smokers and nonsmokers. *Eplasty* 2011;11:530-7.
20. Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara Şubat 2008. Yayın No:731. Güncelleme tarihi:2008. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/belgeler/tutun_kontrolu_cerceve_sozlesmesi.pdf. Erişim:11.01.2013.
21. Ortaöğretim Sağlık Bilgisi Dersi Öğretim Programı T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara 2012. [Internet] <http://ttkb.meb.gov.tr/www/saglik-bilgisi-dersi-ogretim-programi/icerik/29>. Güncelleme tarihi:11.06.2012 Erişim:13.01.2013.
22. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun. Kanun No: 5261. Kabul Tarihi: 25.11.2004 [Internet] <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5261.html>, Erişim:09.02.2013.
23. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı Araştırması, 2012. [Internet] <http://www.tuik.gov.tr/PreHaber-Bultenleri.do?id=13142>. Erişim:15.2.2013.
24. Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı. [Internet] www.saglik.gov.tr/TR/alo-171-sigara-birakma-danisma-hatti.htm Erişim:11.01.2013.
25. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Washington, D.C: Government Printing Office, 1990. DHHS publication no. (CDC) 90-8416.
26. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999;54(4):357-66.
27. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
28. Vardavas CI, Panagiotakos DB. The causal relationship between passive smoking and inflammation on the development of cardiovascular disease: a review of the evidence. *Inflamm Allergy Drug Targets* 2009;8(5):328-33.
29. Siegel M. Involuntary Smoking in the restaurant workplace: A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270(4):490-493.
30. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52(11):1003-9.
31. Klepeis N, Ott W, Switzer P. Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. *Air Waste* 2007;57:522.
32. Tobacco Free Initiative, Economics. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/research/economics/en/index.html>. Erişim:09.02.2013.
33. World Bank and Tobacco Control: The Facts. [Internet] <http://www.worldbank.org/tobacco/book/html/chapter4.html>. Erişim:09.02.2013.
34. Legislation and history, increasing support of smoking ban. Oslo, Directorate for Health and Social Affairs. Güncelleme tarihi:07.08 2006. [Internet] http://shdir.no/tobakk/english/legislation_and_history/increasing_support_of_smoking_ban_43790. Erişim:18.02.2013.
35. Avrupa Tütün Kontrolü Raporu 2007. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/Avrupa_T.pdf. Erişim: 18.02.2013.
36. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Prahbat J, Chaloupka FJ (Eds). *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000, pp 215-236.
37. Düz Paket Uygulaması Avustralya Parlamentosunda Kabul Edildi. [Internet] http://www.ssuk.org.tr/content.php?haber_id=1456. Erişim:11.02.2013.

38. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Bryne M. 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. *Tobacco Control* 2005;14(6):384-8.
39. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal* 2002;325:188.
40. Federal Trade Commission. Cigarette report for 2003. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005. [Internet] <http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>. Erişim:18.02.2013.
41. Hoffman BR, Monge PR, Chou CP, Valente TW. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviours* 2007 Aug;32(8):1546-54.
42. Walbeek C. Tobacco Excise Taxation in South Africa. [Internet] http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf. Erişim:11.02.2013.
43. Tütün Bağımlılığı ile M¼cadele El Kitabı (Hekimler İçin) 2010. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼ Yayınları, 2010.
44. Sigara ve Sağlık Komitesi (S.S.U.K.). [Internet] <http://www.ssuk.org.tr/index.php?section=ssuk>. Erişim:12.02.2013.
45. T¼t¼n Ür¼nlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrol¼ Hakkında Kanun.Kanun No:4207,Kabul Tarihi:07.11.1996. [Internet] <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html>. Erişim:11.02.2013.
46. Aydın E. İl T¼t¼n Kontrol Kurulları ve Sorumlulukları. [Internet] www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/belgeler/cd/sunular/il_tutun.ppt. Erişim:11.02.2013.
47. The Role of Health Professionals in Tobacco Control http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf. Erişim:10.02.2013.
48. Who Framework Convention on Tobacco Control. [Internet] <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>. Erişim:10.02.2013.
49. Tezcan S, Yardım N. T¼rkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fak¼ltesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *T¼berk¼loz ve Toraks Dergisi* 2003;51(4):390-397.
50. T¼rkiye'de Sağlık Çalışanlarının Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Fakt¼rler. Aslan D, Bilir N, Özcebe H, Erg¼der T (Yayına Hazırlayan). Sağlık Bakanlığı, 2007. SB, CDC, HASUDER, DSÖ Ortak yayını, Kumbaskı Yayınevi, Ankara, 2008.
51. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008. [Internet] <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf> Erişim:10.02.2013.
52. Code of practice on tobacco control for health professional organizations. [Internet] <http://www.who.int/tobacco/communications/events/codeofpractice/en/>. Erişim:10.02.2013.
53. A Counterblaste to Tobacco. King James I of England. [Internet] <http://www.laits.utexas.edu/poltheory/james/blaste/blaste.html>. Erişim:12.02.2013.
54. Fisher I. Does Tobacco Injure the Human Body?. *Readers Digest Reprint* November 1924. [Internet] <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/fgo81c00/pdf>. Erişim:1.2.2013.
55. Doll R., Hill B. Smoking and Carcinoma of The Lung Preliminary Report. *BMJ* 1950 Sep 30;2(4682): 739-748.
56. The Reports of the Surgeon General The 1964 Report on Smoking and Health. [Internet] <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60>. Erişim:13.02.2013.
57. The Health Consequences of Smoking 1975. U.S. Department of Health, Education and Welfare Public Health Service. [Internet] <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBQX.pdf>. Erişim:13.02.2013.
58. Coşkun N, Yalın M, Bardak M. Hastalık İstatistikleri, 1964-1994. TC. Sağlık Bakanlığı, APK Başkanlığı ,Ankara 1996, Yayın No. 584.

59. Wynder EL, Bross IJ, Day E. A study of environmental factors in cancer of the larynx. *Cancer* 1956;9(1):86-110.
60. Wynder EL, Bross IJ. Aetiological factors in mouth cancer: an approach to its prevention. *BMJ* 1957 May 18 ;1(5028):1137-43.
61. Wynder EL, Bross IJ. A study of etiological factors in cancer of the esophagus. *Cancer* 1961 Mar-Apr;14:389-413.
62. Wynder EL, Onderdonk J, Mantel N. An epidemiological investigation of cancer of the bladder. *Cancer* 1963;16(11):1388-1407.
63. Wynder EL, Mabuchi K, Maruchi N, Fortner, JG. Epidemiology of cancer of the pancreas. *J Natl Cancer Inst* 1972; 50(3):645-667.
64. Wynder EL, Mabuchi K, Whitmore WF. Epidemiology of adenocarcinoma of the kidney. *J Natl Cancer Inst* 1973; 53:1619-1634.
65. Silberberg E, Lubera J. Cancer statistics. *CA A Cancer Journal for Clinicians* 1987;37(1):2-19.
66. Kabat GC, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. *Am J Public Health* 1987;77(10):1301-1305.
67. Garfinkel L. The association between cigarette smoking and coronary heart disease and other vascular diseases. *Bull N Y Acad Med.* 1968 December; 44(12): 1495–1501.
68. AJHP, Arday DR, Giovino GA, Schulman J, Nelson DE, Mowery P, Samet JM, et al. Cigarette smoking and self-reported health problems among U.S. high school seniors, 1982-1989, pp 111-116.
69. Preventing Tobacco Use Among Young People-A Report of the Surgeon General, 1994,CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports. March 11, 1994 / Vol. 43 / No. RR-4. [Internet] <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4304.pdf>.Erişim:15.02.2013.
70. Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace: A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270(4):490-493.
71. Atilla N, Köksal N, Ozer A,et al. The approach of smokers to the new tobacco law and the change in their behaviour. *Tuberk Toraks.* 2012 Dec;60(4):350-4.
72. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. 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. *Tobacco Control* 2005; 14(6)384-388.
73. Smoke-free workplaces in Ireland' a one-year review.[Internet] http://www.smokefreeengland.co.uk/files/1_year_report_ireland.pdf Erişim:15.02.2013.
74. O'Hegarty M, Pederson LL, Nelson DE, Mowery P, Gable JM, Wortley P. Reactions of Young Adult Smokers to Warning Labels on Cigarette Packages. *Am J Prev Med* 2006;30(6):467-73.
75. Türkiye'nin Dumansız Hava Sahası Dünyaya "Resmen" Örnek Oldu. [Internet] <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16376/turkiyenin-dumansiz-hava-sahasi-dunyaya-resmen-ornek-ol-.html>. Erişim:15.02.2013.
76. Yıldız F, Argun Barış S, Başyığıt İ, Boyacı H, Aydınlık H, Özkır Sönmez P. Sigara içme yaşağının Kocaeli'nde sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle acile başvuru sayılarına etkileri. [Internet] <http://www.toraks.org.tr/SunuMerkezi/?s=223F29233E5F36353B5A213E5D5B3A> Erişim:15.02.2013.
77. Satman İ. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II. (TURDEP II). [Internet] http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf. Erişim:16.02.2013.
78. Kandra KL, McCullough A, Ranney L,et al. Support among middle school and high school students for smoke-free policies. *Prev Chronic Dis* 2013 Jan;10:120-135.
79. Elizabeth G. Klein, Jean L. Forster, Minnesota tobacco-free park policies: Attitudes of the general public and park officials. *Nicotine Tob Res* 2007 Jan;9(1):49-55.
80. Wheeler JG, Pulley LV, Felix HJ. Impact of a Smoke-Free Hospital Campus Policy on Employee and Consumer Behavior. *Public Health Rep.* 2007 Nov-Dec;122(6):744-752.

81. López MJ, Fernández E, Gorini Exposure to secondhand smoke in terraces and other outdoor areas of hospitality venues in eight European countries. *PLoS One* 2012;7(8):e42130.
82. Lazuras L, Rodafinos A, Eiser JR. Adolescents' support for smoke-free public settings: the roles of social norms and beliefs about exposure to secondhand smoke. *J Adolesc Health* 2011 Jul;49(1):70-5.
83. Kennedy RD, Behm I, Craig L. Outdoor smoking behaviour and support for outdoor smoking restrictions before and after France's national smoking ban. *Eur J Public Health* 2012 Feb;22(1):29-34.
84. Gallus S, Rosato V, Zuccaro P. Attitudes towards the extension of smoking restrictions to selected outdoor areas in Italy. *Tob Control* 2012;21:59-62.
85. 1998-2013 American Nonsmokers' Rights Foundation. Municipalities with Smokefree Park Laws, Enacted as of January 2, 2013. [Internet] www.no-smoke.org. Erişim:21.02.2013.
86. 1998 - 2013 American Nonsmokers' Rights Foundation. Municipalities with Smokefree Zoo Laws, Enacted as of January 2, 2013. [Internet] www.no-smoke.org. Erişim:21.02.2013.
87. 1998-2013 American Nonsmokers' Rights Foundation. Municipalities with Smokefree Outdoor Dining and Bar Patio Laws Enacted as of January 2, 2013. [Internet] www.no-smoke.org. Erişim:21.02.2013.
88. 1998-2013 American Nonsmokers' Rights Foundation, Municipalities with Smokefree Outdoor Dining and Bar Patio Laws Enacted as of January 2, 2013. [Internet] www.no-smoke.org. Erişim:21.02.2013.
89. Smoke-free Outdoor Areas Frequently Asked Questions: What are the new laws? [Internet] <http://www.health.nsw.gov.au/tobacco/Pages/smokefree-areas-faq.aspx>. Erişim:21.02.2013.
90. Henriques CE, Newton DR, Marshak HH. Smoke-free parks: a 12-year-old made it happen. *J Community Health* 2003 Apr;28(2):131-7.
91. New York'tan Sonra Türkiye'nin İlk Dumansız Parkı Mardin'de Kuruluyor. [Internet] <http://www.mardin.bel.tr/2010/mardinbelediyesi/haberdetay.asp?id=1947&kategori=HABERLER>. Erişim:14/02/2013.
92. Johns M, Coady MH, Chan CA. Evaluating New York city's smoke-free parks and beaches law: A critical multiplist approach to assessing behavioral impact. *Am J Community Psychol* 2013 Mar;51(1-2):254-63.
93. 1998-2013 American Nonsmokers' Rights Foundation. U.S. Colleges and Universities with Smokefree and Tobacco-Free Policies January 2, 2013. [Internet] www.no-smoke.org. Erişim:21.02.2013.
94. In Public Places Maine is Making Progress. [Internet] http://www.tobaccofreemaine.org/breathe_easy/in_public_places.php. Erişim:21.02.2013.
95. Fact Sheet for Businesses in the Smoke free Outdoor Area. [Internet] http://www.frankston.vic.gov.au/library/scripts/objectifyMedia.aspx?file=pdf/318/74.pdf&siteID=18&str_title=Smoke%20Free%20Area%20-%20Fact%20Sheet.pdf. Erişim:21.02.2013.
96. Forsytghe J. Smoke-Free Outdoor Public Spaces: A Community Advocacy Toolkit. Physicians For A Smoke-Free Canada. September 2010. [Internet] http://www.smoke-free.ca/pdf_1/Smoke-free%20outdoor%20spaces%20advocacy%20-sept2010.pdf. Erişim:21.02.2013.
97. Sigarasız Şehir: Gecikmesiz, istisnasız-Türk Toraks Derneği [Internet] www.toraks.org.tr/userfiles/file/31mayis_Basin_Bilgi_Notu.doc Erişim:21.02.2013.
98. Sigarasız Alanlar için Çalışmalar-Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi [Internet] http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/belgeler/16_07_2009_1.pdf Erişim:21.02.2013.
99. Tütün ve Diğer Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Hizmetleri. [Internet] <http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A>

%2F%2Fwww.thsk.gov.tr%2Ftr%2Fdosya%2FTSBS%2Ftutun-ve-zararlarini-onlemeye-yonelik-hizmetler.doc&ei=Rl0qUfaTG8jYswaJXw&usg=AFQjCNGjLpI7B1h2gwK-N2WzdWnY0-awMA&bvm=bv.42768644,d.Yms. Erişim:10.02.2013.

100. Karlıkaya C.Tütüne Bağlı Hastalıklar ve Tütününün Kontrolü. [Internet] http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu3-ppt-pdf/Celal_Karlikaya.pdf. Erişim:24.02.2013.
101. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu 2008:M-POWER –KUVVET Paketi. Bilir N.(Çev. Ed). Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü 2008.

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye/Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7/2 Esentepe/İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizer Cad.
No: 19/C Kartal/İstanbul
Tel & Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com

