

Sağlık İçin

Sigara Alarmı

Turkish Journal of Smoking and Health

Ocak (January) 1994

Sayı: 1

Başyazı

- 1 1994'e Girenken Sağlık İçin Sigara Alarmı Sürüyor, *R.Erol SEZER*

Yakın Dönem Çalışmalarından Özetler

- 2 Sigara Löseminin Nedenlerinden Biri mi?
- 2 Erkeklerde Sigara Kullanımı ve Katarakt Riski Konusunda Prospektif Bir Araştırma
- 3 Kadınlarda Sigara Kullanımı ve Katarakt Riski
- 3 Sigara Kullanımının Serviks Epitel Hücrelerinde Yol Açtığı DNA Hasarı
- 3 A.B.D.'de Sigara İle Bağlantılı Hastalıklardan Olan Ölümlerin Sigaradan Kaynaklanma Yüzdeleri (1985)
- 4 Uluslararası Tütün Konglomeraları ve Dünya'da Tütün Tüketim Trendi
- 5 Sigarayı Bırakma Sürecinin Aşamaları ve Önemi
- 6 Sigarasız Günler veya Sigaraya Hayır Günleri

(Bu bölümü derleyenler: *R.E.SEZER, M.BÖSTANCI, N.BİLGİN, YAÇIK, G.AYHAN*)

Araştırma Makaleleri

- 7 Antalya'da Sağlık Personelinde Tütün Kullanımı (Tobacco Use Among Health Personnel in Antalya), *N.DEDEOĞLU, L.DÖNMEZ, M.AKTEKİN*
- 12 Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde Sigara Kullanımı, 1991 (Smoking Among Nurses and Midwives Working in Elazığ, 1991), *R.E.SEZER, YAÇIK, N.BİLGİN, E.HORASAN, F.GÖKDOĞAN, Z.ÖZTÜRK, F.OĞUZÖNCÜL*

1993 Yılı Etkinliklerinden

- 19 Ocak 1993: Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Teklifini Desteklemek Amacıyla İmza ve Faks Kampanyası
- 19 Şubat 1993: Bilim Adamlarının Sigara Konusunda Duyarlılık Çağrısı
- 21 Nisan 1993: II. Ulusal Sağlık Kongresi ve Sigara Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağının Sigara İle İlgili Maddeleri Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu Raporu
- 24 31 Mayıs 1993 Sigaraya Hayır Günü

Sağlığı Geliştirme ve
Sigara İle Mücadele Derneği

The Society
for HEALTH PROMOTION
and TOBACCO CONTROL

Sağlık İçin Sigara Alarmı

**Turkish Journal of
Smoking and Health**

Yıl: 1 Sayı: 1 Ocak 1994

Yayın Yönetmeni (Editor)

Prof.Dr.R.Erol SEZER

(Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yayın Yönetmen Yardımcısı (Associate Editor)

Nezvat BİLGİN

(Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Yayın Danışma Kurulu

(Editorial Advisory Board)

Doç.Dr.Hakkı E. AKSULU (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi - Farmakoloji), Prof.Dr.I.Nadi ARSLAN (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi - Kardiyoloji), Doç.Dr.Özen AŞUT (Türk Tabipleri Birliği), Prof.Dr.Y.İzzettin BARIŞ (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi - Göğüs Hastalıkları), Prof.Dr.Nazmi BİLİR (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Yr.Doç.Dr.Mehmet BOSTANCI (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Doç.Dr.Nafiz BOZDEMİR (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Doç.Dr. Bülent COŞKUN (İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi - Psikiyatri), Doç.Dr.Elif DAĞLI (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi - Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları), Prof.Dr.Necati DEDEOĞLU (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Yrd.Doç.Dr.Hikmet Ergin DÜLGER (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi - Adli Tıp), Prof.Dr.Ayten EGEMEN (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi - Sosyal Pediatri, Halk Sağlığı), Prof.Dr. M.Halit ELYAS (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi - Tıbbi Biyoloji ve Genetik), Prof.Dr.Rengin ERDAL (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Prof.Dr.Feyza ERKAN (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi - Göğüs Hastalıkları), Prof.Dr. İnci EREFE (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu), Doç.Dr.Ali KOCABAŞ (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi - Göğüs Hastalıkları), Doç.Dr.Ferit KOÇOĞLU (Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı), Yrd. Doç. Dr. Nalan Kalkan OGUZHANOĞLU (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi-Psikiyatri) Prof.Dr. Yaman ÖRS (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi - Tıbbi Etik), Prof.Dr.Oktaay ÖZKARAKAŞ (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi-Göğüs Hastalıkları), Prof.Dr. Zafer ÖZTEK (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi - Halk Sağlığı).

İÇİNDEKİLER

- 25 28 Mayıs 1993: Sigara İle Savaş I. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu (Izmir)
- 25 14 Ekim 1993: Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Kuruldu
- 26 Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Tüzüğü
- 30 12 Kasım 1993: Sigara veya Sağlık Paneli
- 30 18 Aralık 1993: Gönüllü Kuruluşların Sigara İle Mücadele İçin Güçbirliği Toplantısı
- 30 Anadolu Solunum Derneği Kuruldu
- 30 E.M.A.S.H. Türkiye Komitesi Başkanlığına Prof.Dr.Y.İzzettin BARIŞ seçildi

Mevzuat

- 31 Sağlık Bakanlığı "Yataklı ve Ayaktan Tedavi Kurumlarında Sigara İçilmemesi" Konulu Genelgenin Üniversite Hastanelerinde de Uygulanmasını İstedi
- 32 Tütün Fonu Karamamesinde Değişiklik

Yayın Dünyası

- 33 Dumansız Bir Yaşam İçin Çizgiler, Elveda Sigara Merhaba Hayat
- 33 Hekim ve Sigara

Basından

- 34 Camel, Marlboro'yu İhbar etti
- 34 Konya'da Fırat Resti
- 35 Türkiye'de Sigara Kullanımı Araştırması
- 35 Holdingler Sigarayı Bırakıyor
- 35 Marlboro A.B.D.'de Değer Kaybetti
- 36 Gorbacov'un Avukatı Sigara Lobisi İçin Türkiye'de
- 36 En Küçük Tiryaki
- 36 Öksüren Kültürlü
- 36 Sigara Karşı Dev Kampanya
- 36 Evlat Edinme Yasağı

Güncel ve Önemli Kaynaklar

Duyuru

- 40 Sigara İle Mücadele I. Ulusal Karikatür Yarışması

1994'e Gिरerken Sağlık İçin SİGARA ALARMI Sürüyor

Tozdan dumanın öntümüz gözük-müyor. Ülkemizde terör ve enflasyon ve bunların ürünü günlük acılar ve sıkıntılar yaşanıyor. Bunlarla birlikte Bosna-Hersek'te ve Kafkasya'da yaşanan çatışmaların yürek sızlatıcı günlük haberleri gündemimizi neredeyse tümüyle dolduruyor. Bir süredir seçim döneminin haberleri de gündemdeki yerini aldı. Trafik kazaları; yaşandıkça, kısa süreyle sınırlı bile olsa gündem gelebiliyor. Sigara gibi sinisi et-kili sorunlar ise neredeyse gündemde değil.

Oysa ülkemizde halen sigara nede-niyle, trafik kazalarında ölenlerin yak-lak on katı insan ölüyor. Sigara ne-deniyse bir yılda kaybettiğimiz insan sayısının öntümüzdeki 15-20 yıl için-de 100,000'in üstüne çıkması bekleni-yor. Bu tahminler; belirli hastalıklard-ana ölme ile sigara arasındaki ilişki-nin düzeyini yansıtan rölâtif riskler ve atfedilen riskler kullanılarak yapılmaktadır, yani bilimsel yöntemle bu-lunmuş sayılardır. Sigara içtiği için ölen her dokuz kişi, sigara içmeyen fakat dumanını çevreden soluyan biri-ne de vakitsiz mezara götüüyor. Bun-lar da sigara içenlerin ya eş ve çocuk-ları ya da iş veya kahvehane arkadaşla-rı olmakta. Bu gerçeklere rağmen ül-kemizde; salgın, halen doğal akışıyla sürüyor. "Sağlık İçin Sigara Alar-mı"nın bu sayısında yer alan ve sağ-lık personelinde sigara içme durumu-nu tanımlayan iki makale, ülkemizde sigara içme oranlarının çok yüksek, bırakma oranlarının ise çok düşük ol-duğunu açık bir şekilde gösteriyor.

Avrupa'da 2000 Yılında Herkese Sağlık Yaklaşımı'nın temel ilkelerin-den birisi; sağlığın korunmasına ön-celik verilmesidir. Bireylerin, grupla-rın ve kurumların özsorumlulukları-nın vurgulanması da bu ilkelerden bir diğeri. "Sağlık İçin SİGARA

ALARMI"nın 3. sayfasındaki tablo ölüm nedenlerine göre ölümlerde sigara-nın payını açıklamaktadır. Bu ölüm nedenleri içinde yer alan; kalp hastalıkları, akciğer kanseri ve serebrovasküler hastalık (beyin damar-ları hastalığı) Türkiye'nin en önemli nedenlerindendir. Bunlardan akciğer kanseri; Türkiye'de, çıktığı organa göre tasnifi yapılmış tüm kanserlerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Bu hastalıkla mücadelede ise, sigara kul-lanımının önlenmesi dışında başka hiçbir etkili korunma ve tedavi yolu yoktur. Özetle; sigara, Türkiye'de ön-lenilebilir en önemli ölüm nedenidir. Bu nedenle sağlığın korunmasında en öncelikli yerlerden birine sahip olma-lıdır. Sağlığın geliştirilmesinden so-rumlu kurumlar da özsorumlulukları gereği bu sorunla mücadeleye öncelik vermeli.

Fakat gerçek nedir? Gerçek Türki-ye'de başkadır. Gelişmiş Dünya'da başkadır. Şöyle ki; gelişmiş ülkeler, sigara-sağlık ilişkisinin netleştiği 1950-1965 dönemini takiben etkili yöntemleri (mücadele stratejilerini) de keşfederek toplumdaki sigara tüke-timini yaklaşık % 50 düşürmüşlerdir. Bu durum, sözkonusu ülkelerde so-rumlular grup ve kurumların özsorumlu-luklarının hakkını verdiklerini göster-mektedir. Türkiye'de ise sigara ile mücadelenin çağdaş stratejileri uygu-lanmamaktadır. Ülkemizde, sigara ko-nusundaki örgün ve yaygın eğitim za-yıf, pasif içicilik yaygın, reklamlar sınır tanımısızca özendiricidir. Ek vergilendirme yoluyla sigara fiyatları-nın enflasyonun üzerinde % 10 arttırılmasıyla tüketimin % 4 azaltılması gibi altın bir yol varken ve bu yol Amerika Birleşik Devletleri ve İngil-tere gibi sigara lobilerinin en güçlü olduğu ülkelerde bile uygulanırken, bu yol Türkiye'de hiç denenmemiş, bu-nun aksi ise yapılmıştır. Son on yıl-da sigaranın enflasyonun etkisinden arındırılmış (gerçek) fiyatı ülkemizde sürekli düşmüştür. Oysa çağdaş olan

bu strateji uygulansaydı, bir yandan çocukları, gençleri ve az içenleri sigara-dan uzaklaştırarak tüketimi düşürür-dü ve ülkemiz sağlığını olumlu etki-lerdi; diğer yandan da bütçe açıklarının giderilmesine ve genel sağlık sigorta-sına kaynak sağlanmasına önemli bir katkı sağlayabilirdi. Sorunun tanım-lanması, analizi ve soruna müdahale-ye yönelik araştırmaların desteklen-mesi anlamında da önemli eksiklikler gündemdedir. Herhalde salgını doğal akışına terkeden bu tutum, sadece si-gara satışından kâr sağlayanları mem-nun etmektedir.

"Sağlık İçin SİGARA ALAR-MI"; bu konuda özsorumluluklarının hakkını vermeye çalışan, emeklerini sağlığın geliştirilmesine ve sigara mücadelesine adamaya istekli kişilerce kurulmuş bir derneği, "Sağlıklı Ge-liştirme ve Sigara İle Mücadele Der-neği"nin yayın organı olarak yayın hayatına başlamaktadır. Sigara ile mücadelenin, sigara ve sağlık konu-sunu iletişim aracı olarak işlev gö-recektir. Daha önce çıkan Sigara Alarmı isimli yayının yazı işlerini yürüten ekip, şimdi kendi kurdukları dernek adına "Sağlık İçin SİGARA ALAR-MI"nı çıkarmaktadır. Amacı sağlık için sigara ile mücadele olan bir dergi-nin sürekli ve düzenli çıkabilmesi için bu amaca adanmış bir kuruma ait olması gerektiği dersi böyle bir de-ğişime neden olmuştur.

1994'e girerken sağlık için SİGA-RA ALARMI sürüyor. Özsorumlulu-ğunun hakkını veren kişi ve kurum-larla sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış bir Türkiye dileklerimizle yeniden merhaba.

Prof.Dr.R.Erol SEZER

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ve
Sağlıklı Geliştirme ve
Sigara İle Mücadele Derneği
Başkanı

Yakın Dönem Çalışmalarından Özetler Bölümünün Tümü İçin Derleyenler:
R.Erol SEZER, Mehmet BOSTANCI, Nevzat BİLGİN, Yasemin AÇIK, Gülcan AYHAN
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

SİGARA LÖSEMINİN NEDENLERİNDEN BİRİ Mİ?

Michael SIEGEL, "Smoking and Leukemia: Evaluation of a Causal Hypothesis",
Am. J. Epidemiology, 138: 1-9, 1993.

M. Siegel; sigara-lösemi ilişkisini araştıran ve çoğu 1986 yılı sonrasında yayınlanan, dokuzu vaka-kontrol tipi, altısı kohort tipi 15 araştırmanın bulgularını birarada incelemiş ve bunlardan bir sonuca varmıştır. Söz konusu 15 çalışmanın bulguları da bu makalede yer almıştır. Bu 15 çalışmayı bir büyük çalışmanın tabakaları olarak ele alan bir yaklaşım kullanılarak, bu çalışmaların tamamının ürünü kabul edilebilecek rölatif riskler, hem genel olarak lösemi için, hem de myeloid lösemi için "Mantel-Haenszel" yöntemiyle hesaplanmıştır. Tüm çalışmaları birarada temsil edilecek (pooled) rölatif risk (% 95 güven aralığıyla); tüm lösemiler için 1.0-1.5, myeloid lösemi için 1.1-1.7

olarak ortaya çıkarılmıştır. Araştırmacı, lösemi için saptanan ilişkiyi; önce, tesadüfle açıklanabilme, yanlışlık (bias) ürünü olabilme, sigaradan başka lösemi yapabilecek faktörlerin etkilerinin yansımaları (confounding) sonucu ortaya çıkabilme açılarından incelemiştir. Değerlenen değerlendirmeleri takiben bu ilişki, neden-sonuç ilişkisi kararını vermede kullanılan; ilişkinin kararlılığı (consistency of association), ilişkinin kuvveti (strength of association), doz-cevap ilişkisinin varlığı (dose-response relation), maruziyetin bitişini takiben riskin düşmesi (decreased risk after removal from exposure), biyolojik mantıklılık (biologic plausibility) ölçütleri açısından incelenmiştir.

Bu incelemelerin sonucu olarak "sigara myeloid löseminin nedenlerinden biridir" yargısına varılmıştır. Makalenin sonuç bölümünde; ayrıca, kohort tipi araştırmalarda yaşamının bir döneminde sigara içmiş olanlar için saptanan 1.5'lük rölatif risk ve % 55.8 olan yaşamının bir döneminde sigara içmiş olanların oranı kullanılarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde görülen myeloid lösemilerin % 22'sinin sigaradan kaynaklandığı tahmini yapılmıştır. Sigaranın lenfatik lösemiye yol açıp açmadığı konusu ile myeloid löseminin akut ve kronik tiplerine göre etkisi konusunun yeni araştırmalarla ele alınması da önerilmektedir.

ERKEKLERDE SİGARA KULLANIMI VE KATARAKT RİSKİ KONUSUNDA PROSPEKTİF BİR ARAŞTIRMA

William G. CHRISTEN et al,
"A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Cataract in Men",
JAMA, 268: 989-993, 1992.

William G. Christen ve arkadaşları; aspirinin kalp damar hastalıklarından, beta karotenin kalp damar hastalıkları ve kanserden koruyucu etkilerini araştıran ve 22071 Amerikalı erkek hekimin izlenmesine dayalı bir çalışmayı, sigara ile yaşlılık kataraktı arasındaki ilişkiyi aramak için de kullanmıştır. Deneye kabul edilen 22071 erkek hekimden kataraktı olmadığı anlaşılan hekimlerin sigara içme durumları, yaş, ağırlık, boy, alkol kullanma ve fiziki hareketlilik durumları, kolesterol düzeyi, diyabet ve ailede myokard infarktüsü hikayeleri saptanmaya çalışılmıştır. Kataraktı olmayan ve yukarıda belirtilen konularda tam bilgi ve-

ren 17824 hekim, beş yıl süre ile izlenmiştir. Her yıl, asıl deney ile ilgili doldurulmakta olan izleme formunda kataraktın ortaya çıkıp çıkmadığına ilişkin bir soru da yer almıştır. Katarakt olduğu bu yolla öğrenilen kişilerin kataraktının tabiatı konusunda ilgili göz hekimlerinden ayrıntılı bilgi alınmıştır. Sigara-katarakt ilişkisi araştırmasına kabul edilen 17824 hekimin sigara içme durumlarına göre dağılımı şöyledir: halen kullananlar % 10, bırakmış olanlar % 39, hiç içmemişler % 51. 25 Ocak 1988 tarihindeki son durumu yansıtan bulguların başlıcaları şunlardır: günde 20 tane ve daha fazla sigara içenlerde yaşlılığa bağlı katar-

raktın ortaya çıkma olasılığı, hiç içmeyenlere göre 2.16 misli daha fazladır (diğer bir deyişle rölatif risk 2.16'dır). Bu yükseklik istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($P < 0.001$). Rölatif risk için % 95'lik güven aralığı 1.46-3.20 olarak saptanmıştır. "Logistic regression" modeli kullanılarak diğer risk faktörlerinin etkisi kontrol edildikten sonra da benzer sonuçlar çıkmıştır.

Bu araştırma "sigara kullanımı katarakta yakalanma riskini yükseltir" hipotezine güçlü bir destek sağlamıştır.

KADINLARDA SİĞARA KULLANIMI VE KATARAKT RİSKİ

"Susan E. HANKINSON et al, "A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Cataract Surgery in Women", *JAMA* : 268, 994-998, 1992.

Susan E. Hankinson ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışma 1976 yılında başlayan, 45-67 yaşları arasında ve kanser tanısı almamış, evli hemşirelere yönelik, izlemeye dayalı daha kapsamlı bir çalışmanın içine yuvalandırılmıştır. Çalışmanın sigara kullanımı ve yaşlılık kataraktı ile ilgili kısmı 1980 yılında başlamıştır. Bu kişilerin sigara içme durumları, yaş, boy, ağırlık, diabet ve hipertansiyon öyküleri 1976 yılında saptanmış-

tır. Boy dışındaki bu bulgular iki yıl aralarla tekrar araştırılmıştır. 1984, 1986 ve 1988 yıllarında çalışma kapsamında bulunanlardan katarakt operasyonu olup olmadıkları da sorulmuştur. Ameliyat olduğunu belirtenlere ait tıbbi ayrıntılı bilgi, ilgili göz hekiminden temin edilmiştir. 1980 yılı itibarıyla, izlenen hemşirelerin % 28'i sigara içen, % 29'u sigarayı bırakmış, % 43'ü hiç içmemiş kategorilerinde olarak bildirilmiştir. İzleme

dönemi sonunda 65 paket yıl (takriben 30-35 yıl günde iki paket) sigara içmiş olanlarda katarakta yakalanma olasılığı, içmemişlere göre istatistiksel olarak manidar düzeyde olmak üzere 1.63 misli daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma yukarıda sunulan benzeri prospektif tıp araştırma ile birlikte sigaranın katarakta yol açtığı hipotezini desteklemektedir.

SİĞARA KULLANIMININ SERVİKS EPİTEL HÜCRELERİNDE YOL AÇTIĞI DNA HASARI

Andrew M. SIMONS et al, "Damage to DNA in Cervical Epithelium Related to Smoking Tobacco", *British Medical Journal*, 306,1444-8,1993.

Simons ve arkadaşları; tütün kullanımının serviks kanserine neden olduğu hipotezinin biyolojik temelinin araştırmak amacıyla bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada çalışma grubunu, benign (kötü huylu olmayan) bir hastalık nedeniyle histerektomi (rahimi çıkarma) ameliyatına alınan veya kolposkopi ile incelenmesine gerek duyulan kadınlardan 39'u oluşturmuştur. Bu kişiler çalışma grubuna alındıklarında, sigara içme durumları da sorgu ile saptanmıştır. Sigara içme durumunun sorgu ile saptanmasının geçerliliğini değerlendirmek üzere çalışma grubundan, nikotininin idrarla vücuttan atılan ürünü (metaboliiti) olan kotininin ölçülmesi amacıyla idrar numunesi de alınmıştır. Serviksten alınan inceleme (punch biopsy) materyeli, bu materyeldeki hücrelerden DNA elde edilmesi için kullanılmıştır. Bu DNA'lar; "covalent modification adduct" olarak tanımlanan değişimleri gösterme düzeyleri yönünden ³²P postlabeling tekniği ile ölçülmüştür. Düzeyi ölçülen DNA değişimi kimyasal karsinogeneziste (kimyasal maddelerin kanseri oluştur-

ma sürecinde) ilk adım niteliğinde kabul edilmektedir. Çalışma sonunda; halen sigara içmekte olanlara ait DNA'ların adduct oranları, bırakmış olanlara ve içmemiş olanlara göre istatistiksel olarak önemli düzeyde yük-

sek bulunmuştur.

Bu çalışma ile epidemiyolojik çalışmalara dayalı olarak ortaya çıkan "sigara, serviks kanserinin nedenidir" görüşü biyolojik temeli olan bir kanıta da desteklenmiş olmaktadır.

A.B.D.'de Sigara ile Bağlantılı Hastalıklardan Olan Ölümlerin Sigaradan Kaynaklanma Yüzdeleri (1985)

Ölüm Nedeni	Erkek (%)	Kadın (%)
Koroner Kalp Hastalığı: (35-64 Yaş)	45	41
(65+ Yaş)	21	12
Serebrovasküler Hastalık: (35-64 Yaş)	51	55
(65+ Yaş)	24	6
Akciğer Kanserleri	90	79
Ağız, Dudak, Yutak Kanserleri	92	61
Gırtlak Kanserleri	81	87
Yemek Borusu Kanserleri	78	75
Pankreas Kanserleri	29	34
Mesane Kanserleri	47	37
Böbrek Kanserleri	48	12
Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	84	79

Kaynak: U.S.DHHS: Smoking and Health in the Americas, DHHS Publication No(CDC) 92-8419.

**Dünya'da Yıllara Göre Sigara İhracatı ve İthalatı
(1951-1960)* ve (1967-1990)+**

Yıl	İhracat	İthalat	(%) Fark
1951	126,735	106,508	16.0
1952	115,324	95,732	17.0
1953	114,869	90,708	21.0
1954	108,317	91,939	15.1
1955	108,420	92,179	15.0
1956	109,717	85,379	22.2
1957	110,129	92,334	16.2
1958	110,484	93,208	15.6
1959	108,609	86,425	20.4
1960	110,428	84,162	23.8
1967-1971 ⁺⁺	136,356	92,058	32.5
1972	178,415	126,016	29.4
1973	191,938	133,306	30.5
1974	203,888	153,615	24.7
1975	222,659	170,778	23.2
1976	235,370	192,076	18.4
1977	257,039	200,406	22.0
1978	279,089	213,558	23.5
1979	301,866	254,855	15.6
1980	322,820	254,250	21.2
1981	340,200	256,810	24.5
1982	331,961	259,737	21.8
1983	319,667	274,318	14.2
1984	331,444	292,323	11.8
1985	355,857	313,253	12.0
1986	363,074	324,805	10.5
1987	405,779	364,530	10.2
1988	460,238	389,888	15.3
1989	508,336	401,490	21.0
1990	543,148	417,951	23.0

Kaynak: U.S.DHHS: Smoking and Health in the Americas, DHHS Publications No. (CDC) 92.849.

* Bin pound sigara

+ Milyon adet sigara

⁺⁺ Tarım Bakanlığı Dünya Ticareti ile ilgili verileri 1962'den itibaren durdurmuş, 1976'dan itibaren yeniden yayınlamaya başlamıştır. 1976 yayınında 1967-1971 ortalama olarak yer almıştır.

**ULUSLARARASI TÜTÜN
KONGLOMERALARI VE
DÜNYA'DA TÜTÜN TÜKETİM
TRENDİ**

Philip Morris, R.J.Reynolds, British American Tobacco ve Rothmans International Dünya ölçekli oligopoli oluşturmuş uluslararası tütün (sigara) konglomeralarıdır (Transnational Tobacco Conglomerates). Sigara dışındaki konularda da iş yaparak dev yapılar oluşturdıkları için konglomera adını alan bu dört şirketin hepsi Amerikan ve/veya İngiliz çıkarlarını temsil etmektedir. 1988'de, milli tütün tekeli bulunan ülkeler dışındaki ülkelere, bu ülkelerde tüketilen sigaraların % 75'ini bu dört tütün konglomerası satmıştır. Bu dört dev şirketin oluşturduğu tütün oligopolisinin en önemli özellikleri; Dünya pazarını anlaşılarak bölüşmeleri ve aralarında fiyada dayalı olmayan oldukça sınırlı bir rekabete yetinmeleridir. Philip Morris ve Rothmans International'ın İngiltere'deki ve Kanada'daki işlerini birleştirmeleri gibi ortaklık kurma uygulamaları da zaman zaman gözlenen bir olgudur.

Bu dört uluslararası tütün konglomerası ile sigara pazarının diğer iki büyük firması; American Brands ve Imperial Tobacco, 1989'da toplam olarak 97 milyar Amerikan Doları düzeyinde dev bir satış tutarını gerçekleştirebilmişlerdir. İlk yedi büyük tütün firmasından sadece biri, Reemstma Amerikan ve/veya İngiliz sermayeli değildir. Reemstma Alman tütün pazarının % 25'ini, Belçika tütün pazarının ise % 16.7'sini elinde tutmaktadır.

1960'lı yılların ortalarından günümüze kadar A.B.D.'de kişi başına sigara tüketimi sürekli ve düzenli azalarak hemen hemen yarıya düşmüştür. Aynı dönemde tütün konglomeraları aracılığıyla dış satıma konu olan yıllık sigara miktarı ise, yandaki tabloda görüldüğü gibi yaklaşık dört misli artmıştır.

Bu tabloda yer alan dış satım ve dış alım rakamları arasındaki farkların kaçak sigara satışlarını temsil ettiği belirtilmektedir.

Kaynak: U.S.DHHS: Smoking and Health in the Americas, DHSS Publications No. (CDC) 92.849.

SİGARAYI BIRAKMA SÜRECİNİN AŞAMALARI VE ÖNEMİ

Prochaska, J.O., Goldstein, M.G., "Process of Smoking Cessation", Clinics in Chest Medicine, Vol.12, No.4, December 1991: 727-736.

Bu makalede Prochaska ve Goldstein, sigarayı bırakmayı aşamalı değişim süreci modeliyle (a stages of change model) ile açıklamaktadırlar. Hastayı merkeze alan ve hastanın içinde bulunduğu değişim aşamasına özen gösteren bir sağlık eğitiminin, hekimlerin hastalarına yardım çabasında daha etkili olacağını öne süren yazarlar aşamalara göre yapılacak yardımı da tanımlama çabasında olmuşlardır. Bırakma sürecinin aşamalarıyla ilgili tanımlar ve bu aşamalarda bulunanların özellikleri makalede aşağıda özetlendiği gibi yer almıştır.

Sigarayı bırakma süreci şu beş aşamayı içermektedir:

- 1- Bırakmanın düşünülmeyeceği aşama (precontemplation)
- 2- Bırakmanın düşünülmeyeceği (contemplation)
- 3- Bırakma hazırlığının yapılması (preparation)
- 4- Bırakmanın denemesi (action)
- 5- Bırakmanın sürdürülmesi (maintenance)

Halen içenlerin (current smokers)* ilk üç aşamadan hangisinde olduğunu saptanması, aşağıda yer alan sorular ve mantık ile yapılmaktadır.

1. Soru: Öntümüzdeki altı ay içerisinde sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz? 1- Evet 2- Hayır
2. Soru: Öntümüzdeki bir ay içerisinde bırakmaya niyetiniz var mı? 1- Evet 2- Hayır
3. Soru: Geçen yıl bırakmayı denediniz mi? 1- Evet 2- Hayır

1. soruya hayır diyenler, "bırakmayı düşünmeyenler" (precontemplators) olarak tanımlanmaktadır. 1. soruya evet diyenler, 2. ve 3. soruların her ikisine de evet yanıtı vermemeleri halinde "bırakmayı düşünenler" (contemplators) olarak tasnif edilmektedir. Her üç soruya da evet diyenler ise "bırakmaya hazırlananlar" (preparators) olarak değerlendirilir.

*Derleyenlerin Notu: "Yaşamanız boyunca 100 adet sigara içmiş misinizdir?" ve "Halen sigara içiyor musunuz?" sorularının her ikisine de evet yanıtı verenler "halen içenler" (current smokers), bu sorulardan ilkinde evet ikincisine hayır diyenler "önce-den içmiş olanlar" (former smokers) olarak isimlendirilmektedir (Kaynak: U.S. Department of Health and Human Services, The Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General 1990, U.S. D.H.H.S. Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland 20857.).

rimlemektedir.

Önceden içmiş olup halen içmeyenlerin (former smokers)* bırakma aşamalarına göre tasnifleri bıraktıktan sonra geçen süre esas alınarak yapılmaktadır. Sigarayı bırakalı altı ayı doldurmamış olanlar "bırakmayı deneyenler"; altı ayı doldurmuş olanlar ise "bırakmayı sürdürenler" aşamalarında olarak değerlendirilmektedir.

Bırakmayı düşünmeyenler; içme ile sağladıkları avantajları, içmenin sonucu ortaya çıkabilecek dezavantajlardan daha fazla görmeye meyillidirler. Bu konuda daha az düşündür, daha az konuşur ve daha az okurlar. Bu konuda iletişimden kaçınma eğilimi gösterirler. Bu gruptaki kişiler; sigara içme davranışlarının yaratacağı riskler konusunda bilgilendirilmemiş veya eksik bilgilendirilmiş olabilirler. Sigaranın riskleri konusunda bilgilendirilmiş olduğu halde savunma mekanizmalarını kullanarak sigara kullanımları mantıkileştirmiş kişiler ile bırakamayacağını düşünenler de bu grupta yer alabilir.

Kişiler içme ile sağladıkları avantajları, içmenin getireceği dezavantajlar ile eşit düzeyde görüyorlarsa ya da dezavantajları biraz daha fazla buluyorlarsa bırakmayı düşünmeye başlamaktadırlar. Bu kişiler hem içmeyi isteme hem de içmeyi bırakma arzularını bir arada yaşarlar. Bu aşamadakiler, bırakmanın uzun vadede sağlayacağı yararın, kısa vadeli kayıplarından daha fazla olacağı konusunda kuşkuludurlar. Bu kuşkuyu yaşadıkları sürece değişim için yeni bir adım atmayacaklardır. Bırakmayı düşünenlerde en sık rastlanan durum budur (stüregen düşünme aşaması, chronic contemplation).

Bir ay içinde bırakmaya niyeti olup

geçen bir yıl içinde bırakmayı denemiş olanlar bırakmaya hazırlık aşamasında olanlardır. Bırakmaya hazırlık aşamasında olanlar, içmenin dezavantajlarını, avantajlarına göre belirgin düzeyde fazla bulmaktadırlar. Bu kişiler bu dönemde bırakmayı denemekle sonlanabilecek bazı adımları da atmaktadırlar. Sabah ilk sigaralarını ortalama yarım saat daha geç içme, bırakmayı düşünmeyenlerden günde ortalama beş sigara daha az içme, bırakmayı daha fazla denemiş olma bu gruptakiler için bildirilen bazı özelliklerdir.

Sigarayı bırakmayı kendi kendine deneyen 1000 kişinin iki yıl süre ile izlenmesi aşamalar arası geçişin doğrusal değil de dairesel (döngü oluşturacak) özellikte olduğunu göstermiştir. Bu döngüde bırakmayı deneme veya sürdürme aşamasına ulaşmış olanlar için daha geri aşamalara dönme, yani yeniden içmeye başlama (relapse) çok sık rastlanan bir durumdur. Bırakmayı düşünen 200 kişiden sadece 10 tanesinin (% 5'inin) yeniden başlama olmaksızın bırakmayı sürdürme aşamasına ulaştığı bildirilmiştir. Yeniden başlayanların (% 15'inin bırakmaktan vazgeçtikleri (bırakmayı sürdürme aşamasına döndükleri), diğer % 85'inin döngünün düşünme veya bırakmaya hazırlık aşamalarına döndükleri bildirilmiştir. Bu kişiler için döngüsel ve aşamalı değişim süreci yavaş veya hızlı devam edecektir. Döngüde geriye düşmeler de her zaman olabilir.

Aşamalı değişim modelinin daha ileri aşamalarında bulunan tiryakilerin bırakmayı sürdürme aşamasına daha yüksek oranlarda ulaştıkları gösterilmiştir.

Hekimlerin içenlere ve bırakmayı deneyenlere hatta bırakmayı sürdürenle-

re sunacağı yardım ve destek hizmeti kişinin içinde bulunduğu aşamaya uyumlu olmak durumundadır. Çünkü her aşamadaki yardım ihtiyacı birbirinden farklıdır.

Prochaska ve Goldstein'e göre sigarayı bırakmaya aşamalı bir süreç olarak yaklaşmak; hekimlere, daha etkili olma yanında, daha tutumkar da gelebilecektir. Çünkü; hastanın sigarayı bırakması hedefine göre bir sonraki bırakma aşamasına geçmesi daha ulaşılabilir bir hedeftir. Böyle bir hedefe ulaşması; hekim, bırakma konusunda müdahaleye devam etmesi için de güdüleyebilecektir.

Derleyenlerin Görüşü: Sigaranın bırakılmasını aşamalı bir değişim süreci olarak gören bu yaklaşım toplumsal ölçekli düşünüldüğünde de önemlidir. Bırakmaya yönelik toplumsal boyutlu çalışmaların etkilerinin ölçülmesinde bu yaklaşım ayrıntılı bir ölçek görevi görebilir. Örneğin konuyla ilgili bir yaygın eğitim projesinin etkisini

daha ince düzeyde gösterebilir. Aşağıda sigara ile mücadele çalışmalarının uygun olarak yapıldığı bir toplum (A.B.D.'nin Kaliforniya Eyaleti) ile, henüz sigara konusunda özel bir müdahaleye hedef olmaması bir toplumda (Elazığ'ın Baskil İlçesi'nde), içenlerin ve bırakanların bırakma sürecinin aşamala-

rına göre yüzde dağılımları yer almaktadır. Her iki çalışmada da bıraktıktan sonra beş yıl veya daha fazla bir süre geçmiş olanlar, içmeyenler (nonsmokers) kategorisinde ele alınmışlar ve bu nedenle aşağıdaki tabloda temsil edilmemişlerdir. Gözlemlendiği gibi dağılımlar birbirinden oldukça farklı özelliktedir.

TABLO- Halen Sigara İçenlerle, Bıraktıktan Sonra Geçen Süre Henüz Beş Yıl Olmayan Eskiden İçenlerin, Bırakma Süreçlerinin Aşamalarına Göre Yüzde Dağılımları

Bırakma Aşamaları	Kaliforniya (%) ¹	Baskil (Elazığ) (%) ²
Bırakmayı düşünmeyenler	27.4	58.2
Bırakmayı Düşünenler	34.3	17.2
Bırakma Hazırlığı İçinde Olanlar	11.8	10.4
Bırakmayı Denemekte Olanlar	5.9	1.5
Bırakmayı Sürdürenler	20.7	12.7

Kaynak: 1- Kaplan RM et al. Stages of smoking cessation: 1990 California Tobacco Survey. *Tobacco Control* 1993; 2:139-144. 2-Sezer RE, Açık Y. Smoking and smoking cessation in Baskil Township of Elazığ. *The International Congress on Smoking Cessation*, Glasgow 5-8 March 1994 için kabul edilmiş bildirisi özeti. (Basında).

SİGARASIZ GÜNLER VEYA SİGARAYA HAYIR GÜNLERİ

"No Smoking Day Committee United Kingdom, No Smoking Days, 1993,"

Yukarıda tanımı verilen 20 sayfalık kitapçığın "Sigarasız Gün" kampanyalarını ana hatlarıyla tanıtan kişilerin derlenmiş bir özet aşağıdadır:

İlk Sigarasız Gün kampanyası 1973 yılında Amerika'nın Minnesota Eyaleti'nin Monticello Kasabası'nda gerçekleştirilmiştir. Bir gün Lynn Smith isimli yerel bir gazete sahibi okuyucularından belirlediği bir gün için sigarayı bırakmalarını istemiştir. Sigaranın bırakılacağı bu güne de "Sigara İçme Günü (D-Day, Don't Smoke Day)" adını vermiştir. Kampanya gerek bu kasabada gerekse tüm Amerika'da büyük ilgi toplamış ve kitle iletişim araçlarında geniş olarak yer almıştır. Bu kasabada kampanya gündünden üç ay sonra yapılan bir anket, kampanyaya katılanlardan % 10'unun hala içmemede sebat ettiğini ortaya çıkarmıştır. 1977'de Amerikan Kanser Derneği bu fikri ulusal bir kampanya düzeyinde ve "Tüm Amerikalıların Sigarasız Günü (Great American Smokeout)" ismiyle uygulamaya sokmuştur.

İzleyen yıllarda bu fikir bir çok ülke tarafından benimsenmiş ve uygulamaya geçirilmiştir. 1988'de ise Dünya Sağlık

Örgütü (DSÖ) 31 Mayıs'ı "Dünyalıların Sigarasız Günü" veya "Dünya Sigaraya Hayır Günü" (No Tobacco Day) olarak ilan etmiştir. DSÖ, 2000 yılına kadar ki her 31 Mayıs için özellikle işlenecek bir konu seçmiştir. Halen bir çok ülke 31 Mayıs'ı kendi Sigarasız Günü olarak seçmiş durumda. İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkeler ise 31 Mayıs'ı o yıl için belirlenmiş konunun yayın bir şekilde işlendiği gün olarak kutularken kendi sigarasız günlerini de kutumaktalar.

İngiltere'nin Sigarasız Günü her yıl Mart ayının ikinci çarşambaında yani bu ülkede vergi miktarlarının dolayısıyla sigara fiyat artışlarının belli oluğunun hemen ertesinde gerçekleştirilmektedir. Böylece fiyat artışının etkisiyle kampanya etkisinin güçlendirilmesi hedefleniyor. Sigarasız Günü bu ülkedeki hedefleri aşağıdaki gibi tanımlanmakta:

- Sigarayı bırakmayı düşünenleri bırakmak için harekete geçirmek, uygun ortam sağlayarak bırakmanın tetiğini çekmek,

- Ülke düzeyinde olabildiğince çok kişinin dikkatini "Sigara ve Sağlık" konusuna çekmek,

- Olabildiğince çok sayıda kişinin "Sigara ve Sağlık" konusundaki eğitime

katkısını sağlamak.

İngiltere'de resmi ve gönüllü kuruluş temsilcilerinden oluşan bir komite tarafından yürütülen kampanyanın yıllık bütçesi yaklaşık 400,000 İngiliz Sterlini düzeyindedir. Para daha çok komitenin resmi tyelerinden gelmesine karşın komitedeki tüm temsilcilerin oyları eşit ağırlıktadır. Bu ülkede; kampanya, bir günlük bir "Sigarasız Gün" için 12 aylık çalışma programı olan bir proje olarak ele alınmaktadır. Her kampanya döneminden sonra bir bağımsız araştırma kuruluşuna kampanyanın etkilerini belirlemek üzere bir de araştırma yaptırılmaktadır. Bu da proje bütçesinin % 10'unu almaktadır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre sigara içenlerin % 15'i kampanyaya sigarayı azaltarak ya da bırakarak katılıyor. Bunların % 40'i en az bir gün veya daha fazla sigarayı bırakarlardan oluşuyor. Her kampanya yaklaşık 50,000 kişinin sigarayı sürekli olarak bırakmasını sağlayabiliyor. İçenlerin % 90'ı kampanyanın farkında. Kampanyayla kitle iletişim araçlarında sağlanan yer, ilan yeri olarak satın almak istense 20 milyon İngiliz Sterlinlik bir maliyeti gerektirir düzeyde.

ANTALYA'DA SAĞLIK PERSONELİNDE TÜTÜN KULLANIMI

Dr.Necati DEDEOĞLU, Dr.Levent DÖNMEZ, Dr.Mehmet AKTEKİN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Antalya'da çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan 1570 sağlık personeline anket uygulanarak sigara ile ilgili tutum ve davranışları incelendi. Personelin %49.8'i sigara içmekte idi; %40.4'ü hiç içmemiş, %9.8'i ise bırakmıştı. Erkekler kadınlara göre hem daha sık hem daha çok sigara içmekte hem de sigaraya daha erken başlamakta idiler. Sağlık meslekleri arasında en çok bağımlılar, sırayla laboratuvar teknisyenleri, sağlık memurları, çevre sağlığı teknisyenleri, erkek doktorlar, hemşireler, kadın doktorlar ve ebelerdi. Çoğunlukla yerli filtreli sigara kullanılmakta beraber hekimlerde yabancı filtreli sigara sıklığı fazlaydı. Sigara içenlerin %79.8'i sigaradan şu anda bir zarar gördüğünü, %81.1'i de başkalarına sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini söylemişlerdi. Sigara içme, alkol kullanma ve ailede sigara içen birisinin olmasıyla ilişkili bulunmuştur. Sigara içme nedeni olarak rahatlatma, keyif, alışkanlık gibi bağımlılık ima eden nedenler belirtilmiş ve sigara ile savaş için çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tütün, bağımlılık, sağlık personeli.

TOBACCO USE AMONG HEALTH PERSONNEL IN ANTALYA

ABSTRACT: A questionnaire was given to 1570 health personnel working in various health establishments in Antalya to study their attitude and behaviour related to smoking. 49.8 % of the personnel were smoking, 40.4 % had never smoked and 9.8 % were ex-smokers. Males had started smoking earlier, were smoking more frequently and heavily than females. The most addicted among health professionals were laboratory technicians, health technicians, environmental sanitation technicians, male doctors, nurses, female doctors and midwives, in that order. Although mostly native filter cigarettes were smoked, doctors were more often smoking foreign cigarettes. 79.8 % of smokers mentioned of a current harm from smoking and 81.1 % said they advise others to stop. Smoking was found to be related to somebody else smoking in the family and to use of alcohol. Reasons that imply addiction such as relaxation, pleasure and habit were given for smoking and suggestions were made for anti-smoking programmes. (*Turkish Journal of Smoking and Health 1994;1:7-11*).

Key Words: Tobacco, addiction, health personnel.

GİRİŞ

Sigaranın tüm dünyada en önemli önlenebilir ölüm nedenlerinden biri olduğu otuzbeş yıldır bilinmektedir. Bu nedenle ülkeler çeşitli önlemler alarak ülkelerinde sigara içme oranlarını azaltmaya çalışmışlardır. Bu çabalar sonucu 1974 ile 1985 arasında ABD'de erkeklerde sigara içme oranı%43.4'den %33'e, İngiltere'de %52.0'den %36.0'ya, Norveç'te %54.0'den %40.3'e düşürülmüştür(1). Sigara ile ilgili programları olmayan ülkelerde ise durum daha da kötüleşmekte her geçen yıl daha çok sigara içilmektedir. Bir analize göre gelişmiş ülkelerde sigara kullanımı yılda %1-1.5 azalırken, gelişmekte olan ülkelerde

yılda %2 oranında artmaktadır (2). Ülkemizdeki sigara içme ile ilgili temsil edici veri bulunmadığından sigara içme oranlarının artıp artmadığını, sigaraya başlama yaşının düşüp düşmediğini tam olarak bilemiyoruz. 1979-1990 yılları arasında tütün üretiminde bir değişiklik olmamış, ithalat 1986-1988 yılları arasında artmışsa da sonradan azalmıştır (3,4).

Yeterli veri bulunmadığı durumlarda çeşitli indikatör gruplar kullanılabilir. Sigara içme ve bırakma sıklıkları, nedenleri, sigara içmeye karşı tutum gibi bilgiler bu gruplar yardımıyla izlenebilir. Bu gruplardan birisi gençlerdir. Gençler, sigara alışkanlığının ne kadar

erken başladığı, ne kadar sıklıkta ne tür sigara içildiği, sigara içme nedenleri, bırakma nedenleri, sigara ile ilgili bilgi, tutum gibi konularda tüm toplum özelliklerine ışık tutarlar. Bir diğer indikatör grup sağlık personelidir. Sigaranın zararları konusunda en bilgili kesim olan sağlıkçılar sigaranın bırakılmasında da öncülüğü üstlenmişlerdir. Nitekim, sigaranın akciğer kanseri üzerindeki etkisi ilk kez 1956'da Doll ve Hill'in İngiliz hekimleri üzerinde yaptığı kohort çalışması ile kanıtlanmış ve bunun üzerine İngiliz hekimlerin çoğu sigarayı bırakmışlardır (5). ABD'de 18 yaştan büyüklerde sigara içme oranı 1987'de %29 iken hekimlerde çok daha az, %9'dur (6).

TABLO 1- Cinsiyete Göre Sigara İçme Durumu

Cinsiyet	Sigara İçiyor (%)	Sigarayı Bırakmış (%)	Hiç Sigara İçmemiş (%)	Toplam (%)
Erkek	331 55.6	86 14.4	179 30.0	596 38.0
Kadın	450 46.2	68 7.0	456 46.8	974 62.0
Toplam	781 49.8	154 9.8	635 40.4	1570 100.0

* Bu ve bundan sonraki tablolarda verilen yüzdelere tablo içinde satır yüzdesi, tablo toplamında kolon yüzdesidir.

TABLO 2- Cinsiyete Göre Günde İçilen Sigara Sayısı

Cinsiyet	Günde İçilen Sigara Sayısı							Toplam (%)
	1-9 (%)	10-19 (%)	20-29 (%)	30 + (%)				
Erkek	59 18.0	105 32.0	129 39.0	35 10.7				328 42.3
Kadın	161 36.0	187 41.9	86 19.2	13 2.9				447 57.7
Toplam	220 28.2	292 37.8	215 27.7	48 6.3				775* 100.0

* 6 kişi ne kadar sigara içtiğini belirtmemiştir.

TABLO 3- Mesleklerle Göre Sigara İçme Durumu

Meslek	Sigara İçiyor (%)	Sigarayı Bırakmış (%)	Hiç Sigara İçmemiş (%)	Toplam (%)
Doktor	294 49.0	80 13.3	226 37.3	600 38.2
Hemşire	228 50.8	33 7.3	188 41.9	449 28.6
Ebe	79 38.5	11 5.3	115 36.2	205 13.1
Sağlık Memuru	89 57.4	13 8.4	53 34.2	155 9.9
Diğer	91 56.5	17 10.6	53 32.9	161 10.2
Toplam	781 49.8	154 9.8	635 40.4	1570 100.0

Kıscası sigaranın zararlarını önce sağlıkçılar farkedip sigarayı bırakmakta, toplum onları takip etmektedir. Bunda sağlıkçıların bir örnek oluşturmalarının da bir rolü olsa gerektir.

Ölkemizde sağlık personelinin sigara içme sıklığı ile ilgili yapılmış olan araştırmalar sağlık personelinin diğer ülkelerdeki meslektaşlarından birkaç kat fazla ve erkeklerde Türkiye ortalamasına yakın, kadınlarda Türkiye ortalamasının üzerinde sigara içtiğini göstermektedir (7,8,9). Biz de Antalya'da farklı kurumlarda çalışan, değişik kategorilerdeki sağlık personelinin sigara içme ile ilgili davranış ve tutumunu saptamayı, bunu ülkenin başka bölgelerindeki verilerle karşılaştırmayı planladık. Bu araştırmanın daha sonra tekrarlanarak sigara içme oranlarında belli bir eğilim yakalamada araç olabileceğini düşündük.

GEREK VE YÖNTEM

Antalya kent merkezindeki resmi sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin hepsi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Özel çalışan personel teknik nedenlerle araştırma alınmadı. Personel birimlerinden alınan bilgilere göre merkezdeki 3 hastane, 12 sağlık ocağı, 3 dispanser, Sağlık Müdürlüğü ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, eczacı gibi sağlık personeli sayısı 1963 idi. Şubat tatili, hastalık v.b. nedenlerle bu grubun sadece 1570'ine anket uygulanabildi (%80.0). Pilot çalışma ile son şekli verilmiş olan 22 soruluk anket kağıdı, araştırma konusunda eğitim almış son sınıf tyt öğrencileri yardımıyla personele dağıtıldı ve personelle doldurulduktan sonra toplandı. Sadece bir kişi (sigara içen bir öğretim üyesi) anketi red-

detti. Veriler bilgisayarda EPI INFO Version 5 programı yardımı ile değerlendirildi.

BULGULAR

Anket uygulanan personelin %41.9'u SSK ve Devlet Hastanelerinde, %25.0'i sağlık ocaklarında %25.2'si Tıp Fakültesi Hastanesinde, %7.9'u dispanser, Sağlık Müdürlüğü, Belediye gibi kuruluşlarda görevli idiler. En az sağlık ocaklarında (%43.5), en çok da fakültede (%52.8) sigara içilmekte idi. (Günde en az bir sigara içenler "sigara içiyor" diye tanımlanmışlardır). Cinsiyete göre sigara içme durumu Tablo 1'de gösterilmektedir.

Hiç başlamamanın kadınlarda, bırakıp bırakma oranının erkeklerde yüksek olduğu görülmektedir. Sigaraya başlayan erkeklerin %20.4'ü kadınların %13.1'i daha sonra sigarayı bırakabilmişlerdir. Şu anda sigara içenlerle bırakmış olanlar arasında toplam içilen yıl, sigaraya başlama yaşı, günde içilen sigara miktarı, içine çekme gibi faktörler açısından fark bulunamamıştır. Sigarayı bırakma nedenleri olarak sağlık sorunları (%36.9), zararlılık (%22.7), gebelik veya doğum (%11.3), tikslenme (%7.8) gibi nedenler belirtilmiştir. Sigara içme ortalama 2.7 girişimden sonra bırakılabilmektedir.

Tablo 2'de günde içilen sigara miktarının cinsiyete göre dağılımı görülmektedir. Genelde günde 20 veya daha fazla içenlerin oranı %34.0'dır. Kadınlar erkeklerle göre daha az oranda sigara içmekle kalmamakta, aynı zamanda günde daha az sayıda sigara tüketmektedirler.

Mesleklerle göre sigara içme durumu Tablo 3'de verilmiştir. Sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenleri ile "Diğer" grubunda yer alan eczacı ve laborant gibi personelin çok fazla sigara içmeleri, ebelerin ise hemşirelere göre daha az sigara kullanmaları dikkat çekicidir. Erkek doktorlarda sigara içme oranı %52.8, kadın doktorlarda %41.0 dir.

Meslekler arasında günde 20 veya daha fazla sigara içme oranı yine en çok sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenlerinde (%42.4) ve hekimlerde (%39.0), en az ise hemşirelerde (%21.6)

idi. Hemşirelerin yüksek oranda sigara içmelerine karşın pek çoğunun hafif içici olduğu anlaşılmaktadır.

Personele tütünün ne şekilde tükettiği sorulduğunda %64.5 oranında filtrelili sigara ve %34.5 oranında filtrelili yabancı sigara yanıtı alınmış, filtresiz sigara, pipo içtiğini ancak 8 kişi (%1.0) söylemiştir. Filtrelili sigara içiminin mesleklerle göre dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Doktorların büyük oranda yabancı sigara tercih etmeleri ilginçtir. Burada doktorların ekonomik durumlarının yüksekliği yanında ilkimizde yapılan yabancı sigara reklamlarının etkisi de göz ardı edilmemelidir. Yabancı şirketler sağlık personelinin tütün seçimini önemli derecede değiştirmeyi başarmışlardır. Yerli sigara olarak değerlendirilmesine karşın, yabancı tütün kullandığı için Tekel 2000 sigarasını da yabancı sigaralar arasına eklemek gerekir.

Personele ailesinde (anne, baba, kardeş) kendinden başka sigara içen olup olmadığı sorulmuştur. Sigara içenlerin %75.4'ünün, içmeyenlerin %60.4'ünün evinde sigara içen birisi vardı ve fark istatistiksel olarak çok anlamlı idi. ($\chi^2=39.6$, $p<0.001$)

Sigara içenlere, sigaradan şu anda herhangi bir zarar (elbisede sigara kokusu, dişlerde sararma, nefes darlığı, öksürük, maddi yük v.s.) görüp görmedikleri ve ayrı bir soruda dumanı içine çekip çekmediği sorulmuştur. Sonuçlar Tablo 5'de verilmektedir.

Sigara içenlerin %79.8'i sigaradan bir veya daha fazla zarar görmektedirler. İçenlerin %77.3'ü dumanı içine çekmektedir. Dumanı içine çekenlerde zarar görme olasılığı daha yüksektir ($\chi^2 = 9.07$, $p<0.01$). Farkında olmayanların da aslında dumanı içine çektikleri gördükleri zarardan anlaşılmaktadır.

Sigara içmekte olanların %65.0'i en az bir kere sigarayı bırakmayı denemiş ama başarılı olamamışlardır. Yine de, sigara içenlerin %81.1'i başkalarına sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir.

Sigara içmekle alkol alımı arasında

TABLO 4- Mesleklerle Göre Filtrelili Sigara İçimi

Meslek	Filtrelili Sigara Tipi				Toplam	(%)
	Yabancı	(%)	Yerli	(%)		
Doktor	160	55.2	130	44.8	290	37.5
Hemşire	58	25.4	170	74.6	228	29.5
Ebe	15	19.0	64	81.0	79	10.2
Sağlık Memuru	6	7.0	80	93.0	86	11.1
Diğer	30	33.3	60	66.7	90	11.7
Toplam	269	34.8	504	65.2	773	100.0

TABLO 5- Sigara Dumanını İçme Çekme ve Sigaradan Zarar Görmeye Arasındaki İlişki

Dumanı	Zarar Görmeye Durumu				Toplam	(%)
	Görüyor	(%)	Görüyor	(%)		
İçine						
Çekiyor	493	81.6	111	18.4	604	77.3
Çekmiyor	85	69.1	38	30.9	123	15.8
Farkında Değil	45	83.3	9	16.7	54	6.9
Toplam	623	79.8	158	20.2	781	100.0

TABLO 6- Sigara İçenlerde Sigara İçme Nedenleri

Nedenler	(%)
Stres gideriyor, rahatlatıyor.....	48.0
Zevk, keyif veriyor.....	43.9
Sadece alışkanlık.....	37.1
Dikkatimi artırıyor.....	15.8
Ellerimi meşgul ediyor.....	12.2
Yemeklerimi hazmettirmiyor.....	10.7
Diğer (uyku açma, iştah kapama, arkadaşlık).....	6.0

TABLO 7- Sigara İçen ve Bırakmışlarda Cinsiyete Göre Sigaraya Başlama Yaşı Yüzdeleri

Başlama Yaşı	Erkek (%)si	Kadın (%)si	Toplam (%)
-14	26.4	17.5	21.6
15-17	20.2	12.2	15.7
18-19	16.1	24.9	21.1
20-21	18.8	21.4	20.2
22-23	6.7	9.5	8.1
24+	11.8	14.5	13.3
Toplam	100.0	100.0	100.0

da doğrudan bir ilişki belirlenmiş, alkol alımı arttıkça sigara içme oranı da artmıştır. (Alkol kullananlarda sigara

içme oranı %35.5, hemen her akşam alkol alanlarda %80.3'tür.)

Tablo 8- Sağlık Personelinin Sigara Alışkanlığının Önlenmesi İle İlgili Önerileri

Öneri	(%)
Toplu bulunulan yerlerde sigara içimi yasaklanmalı.....	75.7
Okullarda sigaranın zararları konusunda eğitim verilmeli.....	68.6
Kitle iletişim araçları sigaranın zararlarını anlatmalı.....	66.1
Bırakmak isteyenler için merkezler açılmalı.....	61.3
Sigara reklamları yasaklanmalı.....	43.8
18 yaşın altındakilerde sigara satışı yasaklanmalı.....	37.0
Hekimler, sağlıkçılar sigara içip kötü örnek olmamalı.....	32.4
Sigara fiyatları artırılmalı.....	19.9

Sağlık personeline bu kadar zarar gördüklerini belirttikleri halde sigarayı niçin içtikleri sorulduğunda Tablo 6'daki nedenler gösterilmiştir.

Sağlık personeli içinde 17 yaşında veya daha küçükken sigaraya başlayanların oranı %37.3 idi. (Tablo7) Bazılarına çok küçük yaşta başlanmakla beraber çoğunluğun meslek hayatında veya fakültide sigaraya başladığı anlaşılmaktadır. Erkekler kadınlara göre çok daha erken yaşta sigaraya başlamaktadırlar.

Değişik yaş grubu kohortları, sigaraya başlama zamanları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla incelendi ve bir fark saptanmadı. Son 25 yıldır Antalya'daki sağlık personelinin sigaraya hemen hemen aynı yaşlarda (ortalama 19±4) başladığı belirlenmiştir. 25 yıldan beri yapılan onca eğitimin ve uyarının bir işe yaradığını göstermesi düşündürüktür.

Personele sigaraya başlamada en çok kimin etkisi olduğu sorulmuş, %46.8 arkadaşlarını, %20.1 merak ve hevesi, %18.7 iş çevresini, %3.9 ise aile bireylerini sorumlu olarak göstermişlerdir.

Sağlık personeline sigara alışkanlığının önlenmesi için yapılması gerekenler sorulduğunda verilen yanıtlar ise Tablo 8'de gösterilmektedir.

Ayrıca tütün ve sigara üretiminin yasaklanması, sigara içmeyenlerin ödüllendirilmesi, her yerde sigara satılmaması gibi öneriler de gelmiştir.

TARTIŞMA

Sigaranın zararlarını en iyi bilen ve toplumun diğer kesimlerine de örnek olması gereken sağlık personelinin %49.8 oranında sigara içmesi umut kırıcıdır. Erkekler, beklendiği gibi, kadınlardan hem daha sık (%55.6'ya karşılık %46.2) hem de daha çok (günde 20'den fazla sigara içen oranı %50'ye karşılık %23.1) sigara içmekte hem de sigaraya daha erken başlamaktadırlar. Sezer, Elazığ'da yaptığı bir çalışmada hekim ve diş hekimleri arasında sigara içme oranını erkeklerde %54.9, kadınlarda %39.5 olarak bulmuştur (7). Aralarında hekim ve diş hekimleri de bulunan Hacettepe Öğretim Görevlileri arasında erkeklerde sigara içme oranı %50.6, kadınlarda %47.0'dır (9). Bizim çalışmamız oranlarının her iki çalışmadan da fazla bulunmasının nedeni veri toplananlar arasında yüksek oranda sigara içen hemşire, sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyeni gibi elemanların bulunmasıdır. Sadece doktorlarda sigara içme oranı diğer çalışmalara yakın olup erkeklerde %52.8, kadınlarda %41.0'dır. Elazığ'da yapılan bir çalışmada da ebe ve hemşireler arasında %50.8 gibi yüksek bir sigara içme oranı bulunmuştur (8). Aynı şekilde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenciler üzerinde yapılan bir başka çalışma, öğrencilerin birinci sınıfta %9.3 oranında sigara içtiklerini, sonra her yıl yaklaşık %19.5 oranında sigara içtiklerini %59.8 oranında sigara içtiklerini belirlemiştir (10). Tıp eğitiminin sigara içimini

caıdırmadığı başka araştırmacılar tarafından da saptanmıştır (11).

Yukarıdaki oranlar Türkiye'de daha uzun yıllar sigara içme sıklığının düşmeyeceğini ima etmektedir. Nitekim araştırmamız verilerinden yapılan kohort analizlerinde son 25 yıldır sigaraya başlama yaşı veya yıllara göre sigarayı bırakma oranlarında herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. Sağlık risklerinin bilinmesine karşın sigaranın içilmeye devam edilmesine reklamların büyük etkisi olsa gerektir. Yabancı sigara şirketleri yılda 2 milyar doların üzerinde, Birleşmiş Milletler bütçesinin iki mislinde fazla, reklam harcaması yapmaktadırlar (12). Reklamların etkisi ekonomik gücü yüksek olan hekimlerin %55.2'sinin yabancı sigara içiyor olmasından da bellidir. Ülkemizde yeni açılan yabancı sigara fabrikaları ve bir türlü yasaklanmayan sigara reklamları yabancı sigara içiminin artacağını düşündürmektedir. Gelişmiş ülkelerde eğitim düzeyi arttıkça sigara tüketiminin azaldığı bilinmektedir (1). Bizim çalışmamızda da hemşireler dışında hem erkeklerde hem kadınlarda bu duruma uygun sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 3). Türkiye'de eğitim düzeyinin giderek yükselmesi olması gelecek için bir umut kaynağıdır.

Personelin zararını bildiği halde sigara içmeye devam etmesinin bir ikinci nedeni sigaranın alışkanlık yapıcı özelliğidir. Araştırmamızda sigara içenlerin %65.0'ı en az bir kez sigarayı bırakmayı denemiş ama başaramamıştır. Tiryakilerin %79.8'i sigardan bir zarar görmekte ama sigara içmeye de devam etmektedirler. Çelişkinin açıklanması Tablo 6'da bulunmaktadır. Tablo'da sigara içme nedeni olarak alışkanlık yapan alkol, uyuturucu vb. maddelere bağımlı kişilerin verecekleri yanıtlara benzer nedenler verilmiştir (rahatlatıyor, zevk veriyor, alışkanlık). Sigaranın eroin ve kokain kadar bağımlılık yaptığı kanıtlanmıştır (13). Sigarayı deneyen gençlerin %85'i bağımlı olmuşlardır ve sigarayı bırakanların %75'i altı ay içinde tekrar başlamaktadırlar (14). Bizim çalışmamızda da bırakabilen oranları erkekler için %20.4, kadınlara için %13.1'dir. Bırakma nedenleri arasında var olan veya olası sağlık sorunları başta gelmektedir. Elazığ'da sağlık per-

soneli ile yapılan araştırmada da sağlık kaygısı en büyük sigara bırakma veya içmeme nedeni olarak belirtilmiştir (15). Bu bulgular gençlere yapılan eğitim sırasında sigaranın sağlık zararlarının vurgulanmasının yararlı olacağını göstermektedir.

Ailede sigara içen kişi bulunduğu da sigara içme olasılığı artmaktadır (9,16). Araştırmamızda bu bulguya biz de rastladık. Yine de, sigaraya başlamada aileden çok arkadaşların etkisi (%46,8) olduğu anlaşılmaktadır. Sigara bırakmanın ne kadar güç olduğu hatırlanırken sigara ile savaşta amacın sigaraya başlamayı önlemek olması gerektiği anlaşıyor. Başarılı bir sigara savası yürüten İsveç ve Norveç gibi ülkelerde de öncelik gençlere ve onları etkileyen çevrelere verilmektedir (17).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bütün koruyucu hekimlik alanında, hastalıkların azaltılması ve yaşamın uzatılmasına sigaranın kontrolü kadar etki yapabilecek başka bir önlem yoktur (16). Bunun nedeni sigaranın hem içenlere hem de etrafındakilere yaptığı çok büyük sağlık zararlarıdır. ABD verilerine göre, tüm kanser ölümlerinin %30'u, koroner arter hastalığı ölümlerinin %21'i, inemlerin %18'i, kronik obstruktif akciğer hastalığı ölümlerinin %82'si sigaraya bağlıdır (18). Sigara, sağlık zararları yanında kaza ve yangın nedenidir. ABD'de ev yangınlarının %30'unun sigaraya bağlı olduğu ve bu yangınların 1978-79 yıllarında hastane bakımı gerektiren 5800 yanık ve 2300 ölüme yol açtığı bildirilmektedir (19).

Bu kadar önemli bir sorunun önlenmesi için çok yoğun çaba sarfedilmesi gereği açıktır. Tablo 8'de sağlık personeli tarafından getirilen önerilerin hepsine katılıyoruz. En az puanı almasına karşın, sigara fiyatlarının artırılmasının oldukça etkin bir yöntem olduğu bilinmektedir (2,19,20). Sıralanan önlemlere ek olarak sigaralardaki zift ve nikotin miktarına bir sınır konulması, her sigara paketine içindeki zift, nikotin ve karbonmonoksit miktarının yazılması zorunluluğu getirilmesi, sigara şirketlerince spor, sanat vb. faaliyetleri sırasında yapılan reklamların da yasaklanması gibi öneriler getirilebilir. Sigara alışkanlığı epidemiyolojisi ile ilgili kapsamlı araştırmaların yapılması diğer bir gereksinimdir.

Sağlık personelinin sigara ile sa-

vaştaki sorumluluğu ve gücü kuşkusuz diğer mesleklerinkinden daha fazladır. Her şeyden önce sağlık personelinin sigara içmeyi bırakarak olumlu örnek olması gerekmektedir. Bu konuda Tabip Odaları, Diş Hekimleri Odaları gibi meslek örgütleri görev almalıdırlar. Ayrıca hekimler kendilerine bağvuran her hastaya sigara içmeyi içmediniği sormalı, sigara içiyorsa sigaranın zararlarını ve bırakmanın yararlarını anlatmalıdırlar. Sağlıkçılar bırakmak isteyenlere yardımcı olabilirler. Sigara bırakma için hekime ve tiryakiye yardımcı olmak amacıyla çeşitli el kitapları ve yöntemler geliştirilmiştir (21, 22). Hastaneler sigara bırakma eğitimi için uygun ortamlardır. Bu eğitimden hem herhangi bir hastalık nedeni ile yatan hastalar hem de çok sigara içtikleri anlaşılan hastane personeli yararlanmalıdır. Geleceğin sağlıkçıları düşünülerek sigara alışkanlığının kazanıldığı tip fakülteleri ve sağlık meslek liselerinde de etkin eğitim programları uygulanmalıdır. Sağlık personelinin yukarıda belirtilen özel çabaları, ülke çapında alınacak yasal, ekonomik, tarımsal önlemler ve sigaraya karşı kampanyalar ile birleştirilebildiğinde Türkiye için bir umut doğabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Pierce JP. International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *Am.J.Public Health* 1989; 79: 152-157.
2. Warner KE. Tobacco taxation as health policy in the Third World. *Am.J.Public Health* 1990; 80: 529-531.
3. Devlet İstatistik Enstitüsü. *İstatistik Yıllığı 1987*. Ankara: DIE, 1988.
4. Devlet İstatistik Enstitüsü. *İstatistik Yıllığı 1990*. Ankara: DIE, 1991.
5. Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: ten year's observation of British Doctors. *Brit. Med.J.* 1964; 1:1399-1406.
6. Fielding JE. Smoking: Health effects and control. In: *Public health and preventive medicine*. (Ed: J.M. Last, R.B. Wallace). Appleton and Lange, 1992 (13th Ed), 715-740.
7. Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açıq Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları (I. Kısım). *Doğ-Tr.J. Medical Sciences* 1990; 4:381-390.
8. Sezer RE, Açıq Y, Bilgin N, Horasan E, Gökdoğan F, Öztürk ŞZ.

- Öğüzöncül F. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. *Sigara Alarmı* 1992; 2: 9.
9. Artvinli M, Saraçbaşı O, Şahin A. Hacettepe Üniversitesi görevlilerinin sigara ile olan ilişkisi ve düşünceleri. *İç Hastalıkları Dergisi* 1987; 4: 161-166.
10. Özdemir T, Saka O, Artvinli M. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ve sigaranın sağlığa etkisi konusundaki düşünceleri. *Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 1992; 2:7-10.
11. Bırgut B. ve Ark. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Özet Kitabı*; Hacettepe Univ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını. s.45.
12. Milwood D, Gezelius H, Linden E. *Smart promotion*. Konsumentverket, Sweden, 1989.
13. Sezer RE. Sigara da alkol ve eroin gibi bağımlılık yapıcı bir madde midir? *Sigara Alarmı* 1992; 3: 5.
14. Chandler WV. *Banishing tobacco*, World Health, June 1968,1986.
15. Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açıq Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da görev yapan hekimlerin ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları, tutumları", (II Kısım), *Doğ-Tr.J. Medical Sciences* 1990; 4: 657-668.
16. World Health Organization. Smoking and its effects on health. *WHO Technical Report Series*, No: 568, Geneva, 1975. 8-59.
17. Paxman J M, Zuckerman R J. *Laws and policies affecting adolescent health*, World Health Organization, Geneva.
18. Warner KE. Smoking and health: A 25-year perspective. *Am.J.Public Health* 1989; 79:141-3.
19. World Health Organization: *Smoking control strategies in developing countries*, WHO Technical Report Series, No:695, 24-56, Geneva, 1983.
20. Wasserman J. How effective are excise tax increases in reducing cigarette smoking? *Am.J.Public Health* 1992; 82:19-20.
21. Lando HA. ve ark. Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association Smoking Cessation Clinics. *AM.J.Public Health*; 80:554-559.
22. Frederickson DT. How to help your patient stop smoking guidelines for the office physician. *Dis. Chest* 1968; 54:196-199.

ELAZIĞ İLİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE VE EBELERDE SİGARA KULLANIMI

R.Erol SEZER*, Yasemin AÇIK*, Nevzat BİLGİN*, Eray HORASAN**,
Ferah GÖKDOĞAN***, Zafer ÖZTÜRK*, Ferdane OĞUZÖNCÜL**

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

*** Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ÖZET

Elazığ il merkezinde görev yapan tüm hemşire ve ebeleri kapsayan çalışma; kişilerin, araştırmacılarca kendilerine getirilen formları doldurmasına dayalıdır. Elazığ'da araştırma döneminde çalışan 682 hemşire ve ebenin 656'sından (% 96.2 oranında) cevap sağlanmıştır. Anket formu Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık personelinin sigara konusundaki tutum ve davranışlarının saptanmasıyla ilgili önerdiği formun Türkiye özellikleri dikkate alınarak değiştirilmiş şeklidir. Elazığ il merkezinde görev yapan hemşire ve ebelerin % 50.8'inin hergün, % 4.9'unun ise arasında sigara içtiği bulunmuştur. Hemşire ve ebelerde günde 20+ sigara içme prevalansı ise % 8.1 olarak saptanmıştır. Tüm çalışma grubu içinde bırakmış olanların oranı % 5.8; hayatının herhangi bir döneminde en az altı ay hergün içmiş (düzenli içici olmuş) olanlar içinde bırakanların oranı ise % 11 olarak saptanmıştır. Bırakma ile ilgili bu oranlar çok düşük olup, bırakmaya yönelik çalışmaların yokluğunu göstermektedir. Sigara içen hemşire ve ebelerin % 30.3'ünün hasta yanında da sigara içtikleri saptanmıştır. Hastanede çalışan ebe ve hemşireler hem daha yüksek oranda sigara içmektedirler hem de salgının etkisine daha erken, hemen göreve başlamayı takiben, girmektedirler. Hayatının herhangi bir döneminde düzenli içici olmuş olanların % 90'ı sigaraya 21 yaşında veya daha öncesinde başlamıştır. Sigaraya başlama yaşı olarak en çok belirtilen yaşlar % 40.3 oranıyla 18-19 yaşlarıdır. Tüm bulgular gerek başlamayı önleme açısından gerekse bırakmayı destekleme yönünden ivedi müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, hemşireler, ebeler.

SMOKING AMONG NURSES AND MIDWIVES WORKING IN ELAZIĞ (1991)

ABSTRACT: A self administered questionnaire survey of all nurses and midwives working in Elazığ in the eastern developing part of Turkey was carried out in order to investigate the prevalence of and the attitudes toward smoking. After making some modifications, the questionnaire recommended by WHO in the report (WHO / SMO / 84-1) was used in order to make the results comparable to those of the similar studies. The number of all nurses and midwives in Elazığ was found to be as 682. All of them were included in the study. The response rate was 96.2 %. The prevalence of daily smoking and occasional (less than one cigarette a day) smoking at the time of survey were 50.8 % and 4.9 % respectively. The prevalence of heavy smoking in the study group was 8.1 percent. Of the respondents 5.8 % were exsmokers. Of the ever smokers who had smoked daily for at least six months 11 % were exsmokers. The nurses and midwives working for hospitals had a significantly higher prevalence of smoking than that of the other nurses and midwives (61.1 percent vs 41.3 percent). After graduation, they also started to smoke earlier than did the other nurses and midwives. Of the smokers 30.3 percent appeared to smoke at workplace at the presence of a patient. Of the smokers 90 % had taken up the habit before the age of 21, 40.3 % had started to smoke when they were 18 or 19 years old. The situation regarding smoking was alarming. (*Turkish Journal of Smoking and Health* 1994;1:12-18).

Key Words: Smoking, nurses, midwives.

GİRİŞ

Sigara kullanımı Türkiye'nin en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Çünkü sigaranın yol açtığı hastalıklar Türkiye'nin ölüme neden olan hastalıklar listesinde en üst sıralardadır. Şöyle ki; Türkiye'de ölüme en çok yol açan neden kalp hastalıklarıdır. Erişkinler

dikkate alındığında ikinci ölüm nedeni kanserdir(1). Kanser ölümleri içinde ise birinci sırada akciğer kanseri gelmektedir(2).

Sigara salgınının kontrolüne yönelik etkinliklerden biri de toplumdaki ve bazı özgün gruplardaki sigara içme oranlarının sürekli ve düzenli olarak iz-

lenmesidir. Mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sigara içme durumlarının izlenmesi önerilen özgün gruplar arasında, hekimler ve öğretmenlerle beraber hemşireler de bulunmaktadır(3).

Sağlıklı davranışları ve yaşam biçimlerini seçme konusunda hemşirele-

rin, bu davranışları ve yaşam biçimlerini yaygınlaştırma konusunda ise hemşirelik örgütlerinin önemli sorumluluklar taşıdıkları 21-24 Haziran 1988 Avrupa Hemşirelik Konferansı'nın kararlarından birinde belirtilmiştir. Bu karar, hemşirelerin ve hemşire örgütlerinin "Avrupa'da Sigaraya Karşı Eylem Planı"nı ve "Sigaradan Arındırılmış İşyerleri" yaklaşımını destekleyecekleri ifadesini de kapsamıştır (4).

7-11 Kasım 1988 tarihinde yapılan "Tütün Politikası Konusunda I. Avrupa Konferansı"nda belirlenen on stratejiden birisi, "Sigara mücadelesine destek verecek unsurlar arasında ittifakların sağlanması"dır. Bu stratejide ittifaka katılması önemli bulunan unsurlar arasında hemşireler de sayılmaktadır (5).

Sigaranın yol açtığı mortalite ve morbiditenin azaltulmasına yönelik savaşta ki yerine ve önemine yukarıda değinilen, örgütleri aracılığıyla da bu savaşta ki rollerini benimsediklerini ilan eden hemşirelik meslek mensupları olarak ülkemiz hemşirelerinin konuyla ilgili tutum ve davranışları nelerdir? Bu sorunun cevabı konusunda ülkemizde; ülke düzeyinde veya il düzeyinde yapılmış bir çalışmaya araştırmacılar ulaşmamıştır. Bu eksikliğin farkedilmesi, bu çalışmanın başlatılması için uyarıcı faktör olmuştur. Elazığ il merkezinde görev yapan tüm hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

YÖNTEM

Elazığ İl Merkezinde çalışan tüm hemşire ve ebeler çalışmanın kapsamına alınmışlardır. Önce hemşire ve ebelerin tamamını kapsamak üzere, İl Sağlık Müdürlüğü ve hastaneler ile hemşire ve ebe istihdam edebilecek diğer resmi ve özel kurumların yöneticilerinden sağlanan bir isim listesi oluşturulmuştur. Kurumlara uygulamaya gidildiğinde bu liste, güncelleştirme yönünden gözden geçirilmiş ve bu şekilde araştırma evreni netleşmiştir. Uygulama Eylül - Ekim 1991 tarihleri arasında yapılmıştır. 682 kişilik evrendeki tüm hemşire ve ebeler çalışmanın kapsamına alınmışlardır. Ayrıca bir örneklem seçilmiştir.

tir. Anket formları listedeki kişilere, araştırmacılar tarafından götürülmüş, yine onlar tarafından ya ilk götürüldüğünde ya da tekrar gidilerek toplanmıştır. Tekrarlayan ziyaretlerle 656 hemşire ve ebeyle ulaşılmıştır. Bunlardan üç tanesi anket formunu yanıtlamayı kabul etmemiştir. Bu üç kişinin hergün bir paket veya daha fazla düzeyde sigara içen kişiler olduğu görüşme ve gözlem ile anlaşılmıştır. Bu üç kişiye ait veri sadece sigara içme durumu ve çalıştıkları kurumu içermektedir. Cevaplama oranı: $656/682 = \% 96.2$ 'dir. Cevapsızlar, doğum izni gibi nedenlerle işyerlerinden uzun süre ayrı kalmışlardır.

Veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formu; tümüyle çoktan seçmeli olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık personeline yönelik araştırmalarda kullanımasına önerdiği standart formun, Türkiye özellikleri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından değiştirilmiş şeklidir. Standart formun kullanılmamasının nedeni, bu konuda farklı yerlerde yapılmış çalışma sonuçlarının kıyaslanabilirliğini sağlamaktır.

Anket formunda sigara içme durumunun tasnifine yönelik olarak yer alan çoktan seçmeli sorular şunlardır:

- 1- Şimdiye kadar hiç sigara içtiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 2- Şimdiye kadar hiç altı ay ya da daha uzun süre (günde en az bir tane olmak üzere) sigara içtiniz mi?
a) Evet b) Hayır
- 3- Halen sigara içiyor musunuz?
a) Evet hergün (günde en az bir tane veya daha fazla) içiyorum.
b) Hergün olmamakla birlikte arasıra içirim.
c) Hayır içmiyorum.
- 4- Günde ne kadar sigara içiyor sunuz?
..... adet sigara (Günde birden az içiyorsanız haftalık içme miktarınız adet sigara).

Bu sorulara verdikleri yanıtlara göre kişiler aşağıdaki sigara içme kategorilerine, aşağıda belirtilen mantıkla yerleştirilmiştir.

İçmeyenler: Birinci soruya "hayır" diyenler; birinci soruya "evet" demesine karşın ikinci ve üçüncü soruların her

ikisine birden "hayır" diyenler.

Bırakanlar: İkinci soruya "evet" demesine rağmen üçüncü soruya "hayır" içmiyorum" diyenler. Yani hayatının herhangi bir döneminde en az altı ay hergün sigara içmesine rağmen araştırmanın yapıldığı zamanda içmeyenler.

Hergün İçenler: Üçüncü soruyu "evet hergün" seçeneğini işaretleyerek yanıtlayanlar. Üçüncü soruda "arasıra içiyorum" seçeneğini işaretlemesine karşın dördüncü soruda içtiği miktarı "günde 1 veya daha fazla" olarak belirtenler.

Arasıra İçenler: "Hergün olmamakla birlikte arasıra içiyorum" seçeneğini işaretleyenler.

Veri SPSS yazılım programı kullanılarak tablolaştırılmıştır. İstatistiksel analiz için Chi Square testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma döneminde Elazığ'da görev yapan 682 hemşire ve ebeden, ulaşılabilen 656'sının 333'ü (% 50.8'i) hergün sigara içmektedir. Günde birden az olmak üzere arasıra içenler 32 kişidir (%4.9). Bu iki grup birlikte ele alındığında sigara kullanım oranı % 55.7'dir. Sigarayı bırakmış olanlar ise 38 kişidir (%5.8)(Tablo 1). Sigara içen hemşire ve ebelerin % 30'u hastanın bulunduğu ortamda da sigara içtiklerini ifade etmişlerdir.

Düzenli içiciler (regular smokers), Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili raporlarında (3), günde en az bir tane olmak üzere en az altı ay sigara içmiş olup araştırma döneminde de hergün sigara içtiğini ifade eden kişiler olarak tanımlanmaktadır. Anket döneminde sigara içtiğini ifade eden 365 kişiden 307'si yukarıda belirtilen düzenli içici tanımına uymaktadır. Buna göre düzenli içicilerin prevalansı 307/656 (% 46.8)'dir.

Sigara içenlerin günde içilen miktara göre dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır. Günde 20+ sigara içenlerin, diğer bir deyişle çok içenlerin (heavy smokers); sigara içen hemşireler içindeki payı (% 14.5), tüm hemşirelerdeki payı, diğer bir deyişle prevalans oranı ise (% 8.1)'dir. Sigara içen hemşireler içinde

TABLO 1- Elazığ'da Görev Yapan Hemşirelerde Sigara İçme Durumunun Yaş Gruplarına ve Medeni Duruma Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Medeni Durum	Hergün İçiyor		Arasında İçiyor		Bırakmış		İçmiyor		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 - 21	Bekar	79	47.6	15	9.0	7	4.2	65	39.2	166	84.3
	Evli	14	45.2	0	0.0	1	3.2	16	51.6	31	15.7
	Toplam	93	47.2	15	7.6	8	4.1	81	41.1	197	100.0
22 - 25	Bekar	45	52.9	3	3.5	6	7.1	31	36.5	85	57.4
	Evli	29	46.0	1	1.6	4	6.3	29	46.0	63	42.6
	Toplam	74	50.0	4	2.7	10	6.8	60	40.5	148	100.0
26 - 29	Bekar	14	43.8	3	9.4	1	3.1	14	43.8	32	26.4
	Evli	55	61.8	2	2.2	8	9.0	24	27.0	89	73.6
	Toplam	69	57.0	5	4.1	9	7.4	38	31.4	121	100.0
30 - 39	Bekar	6	66.7	0	0.0	2	22.2	1	11.1	9	9.0
	Evli	51	58.0	5	5.7	6	6.8	26	29.5	88	88.0
	Dul	1	33.3	0	0.0	0	0.0	2	66.6	3	3.0
	Toplam	58	58.0	5	5.0	8	8.0	29	29.0	100	100.0
40 +	Bekar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	3.1
	Evli	12	42.9	1	3.6	2	7.1	13	46.4	28	87.5
	Dul	2	66.7	0	0.0	0	0.0	1	33.3	3	9.4
	Toplam	14	43.8	1	3.1	2	6.2	15	46.9	32	100.0
Bilinmeyen	Bekar	6	31.6	1	5.7	0	0.0	12	63.2	19	32.8
	Evli	15	62.5	1	4.2	1	4.2	7	29.2	24	41.4
	Dul	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.7
	Bilinmeyen	3	21.4	0	0.0	0	0.0	11	78.6	14	24.1
	Toplam	25	43.1	2	3.4	1	1.7	30	51.7	58	100.0
Toplam	Bekar	150	48.1	22	7.1	16	5.1	124	39.7	312	47.6
	Evli	176	54.5	10	3.1	22	6.8	115	35.6	323	49.2
	Dul	4	57.1	0	0.0	0	0.0	3	42.9	7	1.1
	Bilinmeyen	3	21.4	0	0.0	0	0.0	11	78.6	14	2.1
	Toplam	333	50.8	32	4.9	38	5.8	253	38.6	656	100.0

*Medeni durum-sigara içme ilişkisi: Genel toplam sırasında bilinmiyor kategorisi dışlanıp, dul ve bekar kategorileri birleştirildiğinde; $\chi^2=7.484$, sd:3, $P>0.05$.

*Yaş-sigara içme ilişkisi: Her yaş grubunun toplam sırası dikkate alınır, bilinmeyenler dışlanıp arasında içenler hergün içenlerle birleştirilirse; $\chi^2=5.087$, sd:4, $p>0.05$.

TABLO 2- Sigara İçenlerin Günde İçtikleri Sigara Miktarına Göre Dağılımları

	Günde İçilen Miktar						
	0	1-5	6-10	11-19	20+	Bilinmeyen	Toplam
Sayı	32	135	109	34	53	2	365
%	8.8	37.0	30.0	9.3	14.5	0.5	100.0

günde beş tane veya daha az içenlerin oranı oldukça yüksektir. ($167/365= 45.8$).

Yaş Göre Sigara İçme Durumu: Hergün içenleri ve arasında içenleri birlikte kapsayan genel sigara içme oranı; "18-21" yaş grubunda % 54.8; "22-

25" yaş grubunda %52.7; "26-29" yaş grubunda % 61.1; "30-39" yaş grubunda % 63; 40+ yaş grubunda % 46.9'dur. "26-29" ve "30-39" yaş gruplarındakiler kendilerinden daha küçük yaş gruplarında yer alanlardan daha çok içiyor gibi görünmektedirler. 40+ yaş grubu ise sigara kullanımının en düşük olduğu

yaş grubudur. Sadece hergün içenler incelendiğinde de benzer eğilim gözlemlenmektedir. Hergün içenlerin oranı "18-21" yaş grubunda % 47.2; "22-25" yaş grubunda %50; "26-29" yaş grubunda % 57; "30-39" yaş grubunda % 58 olacak şekilde yaşla önce artmakta, 40+ yaş grubunda ise % 43.8'e düşmektedir. Bu görünüme karşın yaş gruplarına göre farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 1).

Medeni Duruma Göre Sigara İçme Durumu: Tablo 1, medeni duruma göre de sigara içme durumunu göstermektedir. Sigara içme oranı (hem hergün içenleri, hem de arasında içenleri kapsayacak şekilde); bekarlarda % 55.2;

TABLO 3- Hemşire ve Ebelerin Eğitim Düzeyine Göre Sigara İçme Durumu

Eğitim Düzeyi	Hergün İçiyor		Arasıra İçiyor		Bırakmış		Hiç İçmemiş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Meslek Lisesi	252	50.81	26	5.24	29	5.85	189	38.10	496	75.6
Önlisans	33	50.00	2	3.03	3	4.54	28	42.42	66	10.1
Lisans	11	45.83	0	0.00	2	8.33	11	45.83	24	3.7
Diğer	30	56.60	4	7.55	4	7.55	15	28.30	53	8.1
Bilinmeyen	7	41.18	0	0.00	0	0.00	10	58.82	17	2.6
Toplam	333	50.76	32	4.88	38	5.79	253	40.09	656	100.0

Bilinmeyen sırası dışlandıktan sonra, hergün içenler ve arasıra içenler kategorileri bir grupta, bırakmışlar ve hiç içmemişler kategorileri ayrı bir grupta değerlendirildiğinde; χ^2 :2.673, sd:3, $P>0.05$

TABLO 4- Elazığ'da Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerde Sigara İçme Durumunun Görev Yeri ve Görevde Geçen Süreye Göre Dağılımı (Eylül-Ekim 1991)

Görev Yeri	Görev Süresi	Hergün İçen		Arasıra İçen		Diğer		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastane	< 6 ay	23	38.3	9	15.0	28	46.7	60	13.2
	6-24 ay	47	53.4	6	6.8	35	39.8	88	19.3
	25 + ay	177	60.4	13	4.4	103	35.2	293	64.4
	Bilinmeyen	3	21.4	0	0.0	11	78.6	14	3.1
	Toplam	250	54.9	28	6.2	177	38.9	455	100.0
Sağlık Ocağı ve Diğer	< 6 ay	3	15.8	1	5.3	15	78.9	19	9.5
	6-24 ay	5	20.8	0	0.0	19	79.2	24	11.9
	25 + ay	74	47.4	3	1.9	79	50.6	156	77.6
	Bilinmeyen	1	50.0	0	0.0	1	50.0	2	1
	Toplam	83	41.3	4	2.0	114	56.7	201	100.0
Genel Toplam	< 6 ay	26	32.9	10	12.7	43	54.4	79	12.0
	6-24 ay	52	46.4	6	5.4	54	48.2	112	17.1
	25 + ay	251	55.9	16	3.6	182	40.5	449	68.4
	Bilinmeyen	4	25.0	0	0.0	12	75.0	16	2.4
	Toplam	333	50.8	32	4.9	291	44.4	656	100.0

*Görev süresi - sigara içme ilişkisi: Genel toplam sırasında arasıra içenlerle hergün içenler birleştirilip bilinmeyenler dışlandıktan sonra χ^2 : 6.454, sd:2, $P < 0.05$

*Görev yeri - sigara içme ilişkisi (Arasıra içenlerle hergün içenler birleştirildiğinde)

- Altı aydan az çalışanlarda; χ^2 : 6.06, sd:1, $P < 0.05$
- (6-24) ay çalışanlarda; χ^2 : 11.721, sd:1, $P < 0.001$
- (25+) ay çalışanlarda; χ^2 : 10.13, sd:1, $P < 0.01$

evlilerde % 57.6'dır. Fark önemsizdir. Sigara kullanımının medeni duruma göre dağılımı; hergün içenler ve arasıra içenler ayrı kategoriler olarak ele alındıklarında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma düzeyine ulaşamamıştır. Oysa bu ikinci durumda dağılım, arasıra içenlerle hergün içenlerin birlikte ele alındıkları durumdaki kadar homojen değildir.

Mezun Olunan Okul Tipline Göre Sigara İçme Durumu: Tablo 3 bu ilişkiyle ilgilidir. En üst düzeyde eğitilmiş olan lisans mezunu ebe ve hemşirelerde sigara içme oranı diğer gruplardan nispeten daha az görünüyorsa da gruplar arası farklılık istatistiksel olarak manidar düzeyde değildir.

Görev Yapılan Yere ve Görev Süresine Göre Sigara Kulla-

nımı: Tablo 4, bu ilişkiyle ilgilidir. Tüm çalışma grubunda hergün içenleri ve arasıra içenleri birlikte kapsayan sigara içme oranı görev süresi altı aydan az olanlarda % 45.6'dır. Bu oran görev süresi 6-24 ay olanlarda % 51.8, 25+ ay olanlarda ise % 59.5'tir. Bu farklılaşma istatistiksel olarak önemlidir. Görev yerine göre sigara içme durumu görev süresi kontrol edilerek incelendiğinde, çalışma süreleri aynı olanlarda, çalışma

TABLO 5- Hayatının Herhangi Bir Döneminde Günde En Az Bir Tane Olmak Üzere 6 Ay ve Daha Fazla Sigara İçmiş Olan Hemşire ve Ebelerin Sigaraya Başlama Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%*
15 ve Daha Az	29	8.9
16 - 17	63	19.4
18 - 19	131	40.3
20 - 21	68	20.9
22 - 25	23	7.1
26 - 29	3	0.9
30 - 39	8	2.5
Bilinmeyen	20	-
Toplam	345	100.0

* Yüzde oranları, bilinmeyen sırası dışlandıktan sonra toplam 325 esas alınarak hesaplanmıştır.

süresine göre oluşturulan her alt grupta hastanede çalışanlar temel sağlık hizmetlerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda sigara içmektedir. Altı aydan az çalışmış olanlar içinde hastanede çalışanların % 53.3'ü sigara içerken temel sağlık hizmetlerinde çalışanların % 21.1'i sigara içmektedir. Bu oranlar; 6-24 ay çalışanlarda hastanedekiler için % 60.2, temel sağlık hizmetlerindeki için % 20.8; 25+ ay çalışanlarda hastanedekiler için % 64.8, temel sağlık hizmetlerindeki için % 49.3'tür. Her üç alt grupta da farklar istatistiksel açıdan manidar düzeydedir (Tablo 4). Hergün iç-

me oranı da, arasıra içme oranı da her alt grupta hastanede çalışanlarda daha yüksektir. Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin % 54.9'u hergün içerken, temel sağlık hizmetlerinde çalışanların % 41.3'ü hergün içmektedir. Hastanelerde çalışan ebe ve hemşireler hem daha yüksek oranda içmektedirler hem de salgına daha erken, mesleğin ilk iki yılında, yakalanmaktadır.

Sigaraya Başlama Yaşı: Hayatının herhangi bir döneminde en az günde bir tane olmak üzere altı ay veya daha fazla sigara içmiş (düzenli içici olmuş)

olanların, en azından günde bir tane olmak üzere sigaraya başlama yaşları Tablo 5'te görülmektedir. Bu kişilerin % 90'ı için başlama yaşı 21 veya daha küçük yaşlardır. Sigaraya başlama yaşı olarak en çok belirtilen yaşlar % 40.3 oranıyla 18-19 yaşlarıdır.

Beş Yıl Sonraki Sigara İçme Durumlarına İlişkin Görüşleri: İlgili bulgu Tablo 6'da yer almıştır. Hâlen hergün içenlerin % 44.4'ü beş yıl sonra muhtemelen veya büyük bir ihtimalle içmeyeceklerini belirtmişlerdir.

Genellikle İçilen Sigara Markası: Sigara içen hemşire ve ebelerin içtikleri sigaranın markasına göre dağılımlarına bakıldığında; cevapsızlar dışlandıktan sonra %58.4'ünün Maltepe, %12.2'sinin Tekel 2000, %13.9'unun Marlboro, % 9.2'sinin Parliament içtikleri saptanmıştır (Tablo7).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Elazığ'da çalışan ebe ve hemşirelerin % 50.8 olarak saptanan hergün içme oranı ile % 55.7 olarak saptanan arasıra içenler de dahil sigara kullanımı oldukça yüksek oranlardır. Bu oranlar aşağıda diğer bazı çalışmalarda bulunan oranlarla kıyaslanmıştır.

Elazığ'da 1988 yılında yapılmış bir çalışmada kadın hekim ve diş hekimlerinde sigara içme oranı % 39.47 olarak bulunmuştur(6). PIAR'ın 1988 yılında

TABLO 6- Hemşire ve Ebelerin Şimdiki İçme Durumlarına Göre Beş Yıl Sonraki İçme Durumlarıyla İlgili Tahminleri

Şimdiki İçme Durumu	Beş Yıl Sonraki İçme Durumuna İlişkin Tahmin					Toplam
	En Büyük İhtimalle İçecek	Muhtemelen İçecek	Muhtemelen İçmeyecek	En Büyük İhtimalle İçmeyecek	Cevapsız	
Hergün İçiyor	40	130	83	65	15	333
(%)	(12.0)	(39.0)	(24.9)	(19.5)	(4.5)	(50.8)
Arasıra İçiyor	1	4	9	18	0	32
(%)	(3.1)	(12.5)	(28.1)	(56.3)	(0.0)	(4.9)
Bırakmış	1	0	12	24	1	38
(%)	(2.6)	(0.0)	(31.6)	(63.2)	(2.6)	(5.8)
İçmemiş	3	2	39	183	26	253
(%)	(1.2)	(0.8)	(15.4)	(72.3)	(10.3)	(38.6)
Toplam	45	136	143	290	42	656
(%)	(6.9)	(20.7)	(21.8)	(44.2)	(6.4)	(100.0)

yapmış olduğu bir çalışmada ise Türk kadınları için bu oran % 24.3'tür(7). 1980 yılında Ankara'daki bir sağlık kolejinin hemşire olacak öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada, bu okulun öğrencilerinde devamlı sigara içenlerin oranı birinci sınıflarda % 6.67, ikinci sınıflarda % 25.30, üçüncü sınıflarda %43.24, dördüncü sınıflarda % 34 olarak bildirilmiştir(8). Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri üzerinde 1984 yılında yapılan bir başka çalışmada ise sigara içme oranı % 35.5 olarak saptanmıştır.Bu çalışmada da sınıflara göre içme oranları sınıf arttıkça yükselmekte son sınıflarda % 47.9 düzeyine çıkmaktadır(9).Yukarıdaki oranlar ülkemiz hemşire ve ebelerinin genel olarak yüksek oranda sigara içtiklerini düşündürmektedir. Elazığ'da saptanan oranlar, eski çalışmalarla uyumludur.Elazığ'daki hemşire ve ebelerde sigara içme oranı Türk genel kadın toplumu ve Elazığ kadın hekim ve diş hekimleri gruplarından belirgin bir şekilde yüksektir. Bu da hemşire ve ebelerin sigara salgınına daha fazla yakalandığını göstermektedir.

Elazığ'da görev yapan ebe ve hemşirelerin sigara içme durumu Dünya ebe ve hemşirelerine göre ne durumdadır? 21 ülkede,1959-1988 yılları arasında ,ebe ve hemşireler üzerinde yapılmış 73 prevalans araştırmasını bir arada değerlendiren bir çalışmadan, ebe ve hemşirelerin ülkelerin büyük çoğunluğunda yüksek oranlarda sigara içtikleri anlaşılmaktadır(10). En düşük oranlar Finlandiya ile ilgilidir (İki çalışmada %3, % 9). Finlandiya dışında % 20 'nin altında sigara içme oranı bildirilmemiştir.İçme oranları 1980'li yıllarda ülkeden ülkeye % 20 ile % 48 arasında değişmektedir.Elazığ'da çalışan ebe ve hemşireler için bu çalışmada saptanan oranlar Dünya'da hemşire ve ebeler için saptanan en yüksek değerler arasında sayılabilir.

Günde 20+ sigara içenlerin prevalans oranı % 8.1 olarak bulunmuştur. Bu oran 1988 yılında Elazığ'daki kadın hekim ve diş hekimlerinde de buna yakın %10.5 olarak bulunmuştur.

Bırakmış olanların çalışma grubu içinde % 5.8 olan oranı, 1988'de Ela-

TABLO 7- Sigara İçen Ebe ve Hemşirelerin İçtikleri Sigaranın Markalara Göre Dağılımı

Sigara Markası	Hergün İçiyor	Arasında İçiyor	Toplam	
			Sayı	%*
Samsun	13	0	13	4.3
Maltepe	167	10	177	58.4
Tekel 2000	37	0	37	12.2
Marlboro	34	8	42	13.9
Parliament	25	3	28	9.2
Camel	1	0	1	0.3
Diğer Yerli	4	0	4	1.3
Diğer Yabancı	1	0	1	0.3
Cevapsız	51	11	62	-
Toplam	333	32	365	100.0

* Yüzde oranları, cevapsız sırası dışlandıktan sonra toplam 303 esas alınarak hesaplanmıştır.

zığ'da hekimler için bulunan % 10.2'lik bırakma oranından düşüktür (6). Sigara içme durumunun toplumdaki dağılımının çok iyi tanımlandığı Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'nde 1987'de 20+ yaş grupları için bu oran yaklaşık % 38.5'tir (12). Hayatının bir döneminde düzenli içici olmuş olanlar içinde bırakmaların payı bu çalışmada % 11 olarak saptanmıştır. 1988'de A.B.D.'de bu oran 18-34 yaş grubu için % 37.2, 35-49 yaş grubu için % 47'dir(12). Bırakma oranları ile ilgili bulgular, Türkiye'de bırakmaya yönelik çalışmalara önem verilmesinin bir kanıtı olsa gerektir.

Yüksek sigara içme oranlarına karşın günde 5 veya daha az içenlerin tüm sigara içenler içindeki payı oldukça yüksektir (% 45.8). Bu oran A.B.D.'deki toplumdaki çalışmalarda % 5-10 civarındadır (13). Bu durum sigaranın bırakılmasına yönelik çalışmalar açısından bir avantaj sağlayabilir.

Yaş arttıkça sigara içenlerin oranlarının düzenli olarak artması ve 30-39 yaş grubunda % 63'e kadar yükselmesi, 40+ yaş grubunda ise % 46.9'a kadar düşmesi belirli bir kalıbı ifade edebilir. Şöyle ki; 30 yaşına kadar sigara içenler arasında yeni katılmalar olabilir ve bu şekilde bu yaşa kadar içme oranları artabilir. 40+ yaş grubundakilerin düşük olan içme oranı ise bu kuşağın salgına daha az yakalandığını olmasından kay-

naklanabilir. Yaşa göre içme oranlarını farklılaşması tesadüfi olarak ortaya çıkmış ta olabilir.Fakat hergün içme oranlarında da benzer eğilimin görülmesi yaşıya göre tanımlanan biçimde bir ilişkiyi düşündürmektedir.

Ebe ve hemşirelerde sigara içme durumunun medeni duruma göre ve mezun olunan okul tipine göre önemli ölçüde değişmediği görülmüştür. Lisans mezunu ebe ve hemşirelerin sigara içme oranının daha az eğitim almış ebe ve hemşirelerden biraz daha düşük çıkması mantiki açıklaması olabilen bir durumdur. İstatistiksel olarak önemsiz düzeyde bulunan bu düşüklük tamamen tesadüfi de olabilir.

Hastanede çalışanlar, temel sağlık hizmetlerinde çalışanlardan önemli düzeyde daha yüksek oranda sigara içmektedirler. Bu bulgu, hastane ortamına özgü bazı faktörlerin, hastanede çalışanların sigaraya başlama ve/veya içmeyi sürdürme davranışlarını bazı mekanizmalarla etkilemekte olduğunu düşündürmektedir.

Görevde geçen süre de önemli bir faktör olarak görülmektedir.Belli bir yaşa kadar görevde geçen süre arttıkça sigara içenlerin artması bir bakıma yaşın etkisinin yansımaları gibidir.Hastanelere atanarlarda sigara içme oranları daha ilk altı ayda yükselmektedir .

Hayatının herhangi bir döneminde 6 ay ve daha fazla sigara içmiş olan ebe ve hemşirelerin, sigaraya başlama yaşlarına bakıldığında, % 40.3'ünün 18-19 yaşlarında sigaraya başladıkları görülmektedir. Bu yaş grubunda sigaraya başlama oranının yüksek olmasının nedeni, özellikle sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin 18-19 yaşlarında göreve başlamaları olabilir. Göreve başlamakla birlikte okul baskısından kurtulma, ekonomik bağımsızlığın kazanılması, yeni bir çevreye giriş, gece çalışması da dahil olmak üzere ağır çalışma yükü ve stresi gibi nedenlerle hemşire ve ebelerde 18-19 yaş grubunda sigaraya başlama oranı yüksektir şeklinde bir yorum yapılabilir. Sigaraya başlama yaşının % 90 oranında 21 yaş veya altında olduğu görülmektedir. Bu da soruna müdahalenin yeri ve zamanı hakkında önemli bir ipucudur.

Beş yıl sonraki içme durumlarına ilişkin tahminleri sorulduğunda sigara içen hemşire ve ebelerin % 51'i sigara içmeyi sürdürceklerini belirtmişlerdir. Bir başka deyişle halen içen hemşirelerin yaklaşık yarısı bırakma eğilimindedir denebilir. Bu eğilimin bırakmaya destek programlarıyla değerlendirilmesi gerekecektir.

1990 yılı Nisan-Haziran aylarında tüm Türkiye'de tüketilen ithal sigaralar içerisinde Marlboro ve Parliament'in satış paylarına bakıldığında, Marlboro'nun satış payı %73, Parliament'in satış payı ise %15'tir. Bir başka deyişle Marlboro'nun satış oranı, Parliament'in satış oranının 4.87 katıdır(11). Oysa hemşire ve ebelerde Marlboro ve Parliament sigaralarının tüketim oranları (Marlboro tüketim oranı Parliament tüketim oranının 1.5 katı) birbirine yakındır. Bu bulgu Parliament sigarasının hemşirelerde tercih edilme eğiliminin ortaya çıktığını akla getirebilir. Bu durum daha çok hanımlara hitap eden Parliament reklamlarının iş gördüğünü düşündürmektedir.

Sigara içen ebe ve hemşirelerin %30.3'ü hastanın bulunduğu ortamda da sigara içmektedir. Oysa mesleki misyon dikkate alındığında bu oranın yüzde sıfır olması gerekir.

Elde edilen sonuçlar Türkiye'de sigaraya karşı çabaların değişime hassas olması beklenen bu grupta bile davranış düzeyinde etkili olmadığını düşündürmektedir. Hekim ve diş hekimlerinde de yüksek olan sigara içme oranları dikkate alındığında bu durumu doğal karşılamak gerekir. Doğal olmayan, ülkede morbidite ve mortaliteye bu kadar olumsuz etki yapan bir faktöre karşı ülke düzeyinde sistemik bir mücadelenin başlatılmasıdır. Böyle bir mücadelenin başlatılmasında uyarıcı olmak sağlık meslek mensupları ve örgütleri için önemli bir öncelik ve görevdir. Hemşirelik okullarına ve örgütlerine de bu konuda önemli görevler düşmektedir. Hastanelerde sigara mücadelesine önem verilmelidir. 21 yaş öncesi dönem ile göreve başlamayı izleyen ilk yıllar başlamayı engellemeye yönelik çalışmaların yoğunlaşacağı dönem olmalıdır. Bir yandan başlamaya yönelik müdahaleler yapılırken diğer yandan da bırakma oranlarını hızlandırıcı, bırakmayı destekleyici etkinlikler başlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-Devlet İstatistik Enstitüsü. *Ölüm İstatistikleri 1985*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını, 1986.
- 2- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. *Kanser ihbarlarının değerlendirilmesi 1986*, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı Yayını, 1987.
- 3- Vilain C. *The evaluation and monitoring of public action on tobacco* - Free Europe: 3.11, 1988.
- 4- WHO Regional Office for Europe Nursing Unit. *Tobacco and nursing*, Midwifery in Europe, Vol.7, No.3, 1-3, 1990.

5-WHO Regional Office for Europe. *It can be done*. WHO Regional Publications European Series, No.30, 1990.

6-Sezer RE, Öztürk ŞZ. Bilgin N, Açık Y, Çandır Z, Özdemir N. Elazığ'da görev yapan hekim ve diş hekimlerinin sigara konusundaki davranışları tutumları. *Doğa-Tr.J. of Medical Sciences* 1990; 14, 381 - 390.

7- PIAR. *Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuyu Araştırması*, İstanbul 1988.

8- Ulusoy F. Adelosan ve Geç Adelosan Döneminde Hemşirelik Öğrencileri Arasında Sigara İçmeye İlişkin Bilgi ve Davranışların Saptanması, Doktora Tezi, 1980.

9- Fadiloğlu Ç, Ergin K, Argon G, Esen A, Karadakovan A. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sigara içme alışkanlıklarının araştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1985; 1:23-30.

10-Adriaanse H, Reek JV, Zandbelt L, Evers G. Nurses' smoking worldwide. a review of 73 surveys on nurses' tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988. *Int. J.Nurs. Stud.* 1991; 28: 361-375.

11- Tekel, *İstatistik bülteni Nisan-Haziran 1990*, İstanbul: Tekel yayını, 1991.

12- Evans N J, Gilpin E. et al. Occasional smoking among adults: evidence from the California Tobacco Survey", *Tobacco Control an International Journal* 1992; 1:169-175.

13- U.S. Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990.

OCAK 1993: TÛTÛN VE TÛTÛN MAMÛLLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİNE DAİR KANUN TEKLİFİNİ DESTEKLEMEK AMACIYLA İMZA VE FAKS KAMPANYASI

"Tütün ve Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun Teklifi"nin TBMM'de ivedilikle görüşülmesi ve desteklenmesi için 26 Ocak 1993 günü başlayan bir kampanya gerçekleştirilmiştir. Kampanya, konuyu güncelleştirerek toplumun sigara ve sağlık konusunda bilgilendirilmesini de amaçlamıştır. Prof.Dr.R.Erol SEZER ve ilgili çalışma grubu, kampanyada kullanılmak üzere, sigara sorunu konusundaki

temel bilgileri içeren bir dilekçe hazırlamıştır. Kampanya boyunca kampanyaya katılacak yurttaşlar; dilekçelerini, fax ve mektuplarla şu makamlara iletmislerdir: TBMM Başkanlığı, Başbakanlık, TBMM Adalet ve Sağlık Komisyonları Başkanlıkları, Sağlık Bakanlığı ve Siyasi Partilerin Grup Başkanlıkları.

Kampanya, 26 Ocak 1993 günü Elazığ'da bir basın toplantısıyla açıldı. Basın toplantısını takiben, kam-

panya münasebetiyle toplanmış bulunan 18000 dilekçe ayrı ayrı yazılmış ve zarflanmış olarak PTT'ye teslim edildi. Kampanyaya faks çekerek katılanlar da fakslarını basın toplantısı sonrasında çekmeye başladılar.

Kampanyada yurttaşlarca imzalanarak ilgili makamlara gönderilen dilekçe, Sigara Alarmı'nın 1992 yılı Aralık sayısında başyazı olarak sunulmuştur.

ŞUBAT 1993:

BİLİM ADAMLARININ SİGARA KONUSUNDA DUYARLILIK ÇAĞRISI

Çeşitli üniversitelerden bir grup öğretim üyesi; hükümeti, tüm partilerle basını ve diğer kamuoyu güçlerini sigara ile mücadele konusunda görev çağıran bir bildiri yayınladılar. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Feyza ERKAN bu etkinliğin gerçekleşmesinde önemli bir rol oynamıştır. Çok önemli bulunduğu bu bildiriye aşağıda aynen yayınıyoruz.

ORTAK BASIN BİLDİRİSİ

Biz aşağıda imzaları bulunan öğretim üyeleri ülkemizde çok önemli bir sağlık sorunu olan sigara konusunda duyarlılık gösterilmesini bekliyoruz. Çünkü:

- 1.1. Sigara dumanında radyoaktif polonium 210 aromatik hidrokarbonlar başta olmak üzere 40 ayrı karsinogen madde vardır. Bu karsinogenler başta akciğer kanseri olmak üzere, dudak, ağız, gırtlak, yemek borusu, böbrek, mesane, pankreas, rahim kanserlerine ve bazı tür lösemilere yol açarlar. Tüm kanser ölümlerinin yaklaşık yarıya yakını sigara nedeniyle olmaktadır.
- 1.2. Ayrıca sigara kronik bronşit, amfizem, iskemik kalp hastalıklarına (Koroner yetmezliği ve myokard enfarktüsü) gangren ve amputasyonla sonuçlanan periferik damar hastalıklarına, felçle sonuçlanan beyin damar hastalıklarına yol açmaktadır.
- 1.3. Yukarıda belirtilen hastalıkların riski aktif içicilerden daha az olmakla beraber pasif içicilerde, yani dumanaltı olanlarda da vardır. Avrupa'da yılda 100.000 kişi sadece pasif içiciliğin sebep olduğu kalb-damar hastalıkları ve kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir.
- 1.4. Sigara tüm dünyada yılda 2,5 milyon, ülkemizde ise yaklaşık 25.000 erken ölüme neden olmaktadır. Eğer ciddi önlemler hemen alınmazsa bu sayı önümüzdeki yıllarda daha da artacaktır. Bu nedenle:
- 2.1. Tüm topluma öğretimim her kademesinde ve sürekli basın ve sözlü medya araçlarını da kullanarak sigaranın zararları konusunda eğitim verilmesi,
- 2.2. Toplumu yanılttığı ve zararlı alışkanlığa özendirildiği için her türlü sigara reklamının (spor, sanat ve müzik aktivitelerini destekleme şeklinde olanlar dahil) yasaklanması,
- 2.3. Pasif içiciliğin önlenmesi amacıyla toplu taşıma araçlarında, birden fazla kişinin bulunduğu tüm kapalı salonlarda, işyerlerinde sigara içilmesinin yasaklanması, içenler için ayrı yerler ayrılması gerekmektedir.
3. Bu amaçla yukarıdaki önlemleri kapsayan kanunun bir an önce çıkarılması için hükümeti, tüm partileri, basını ve diğer kamuoyu güçlerini görev başına çağırmaı halkımıza karşı bir borç biliyoruz.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Rektör Prof.Dr.Cem'i Demiroğlu
Rektör Yrd.Prof.Dr.Orhan Arıoğlu
Prof.Dr.İlhan Akın
Prof.Dr.Sencer Tonguç
Prof.Dr.Önder Öztunalı
Prof.Dr.Esfender Kormaz

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**

Profesörler: Kormaz Altuğ (dekan), Tuğrul Çavdar, FeYZa Erkan, Emine Koçyiğit, Alaaddin Çelik, Ayhan Konuralp, Tahir Hayırlıoğlu, Cemil Barlas, M.Göksel Kalaycı, Aydın Alper, Ali Emre, Metin Ünal, Orhan Arıoğlu, Osman Aldemir, Koray Dinçol, Cavit Avcı, Serdar Erdine, Yavuz Bozfakioğlu, Mehmet Güngör, Hilmi Sabuncu, Temel Dağoğlu, Kuddusi Gazioglu, Aytolon Bozboru, Mukadder Çayırılı, Nermin Başarar, Behbut Cevanşir, Alparslan Akmandil, Bedrettin Görgün, Sedat Tellioğlu, Nejat Dolay, Dilek Selçuki, Aydın Kargı, Yıldız Tümerdem, Övat Güray, Rahmiye Berkiten, Ergene Büget, Ömer Kasımoğlu, Halil Sağduyu, Hikmet Koyuncuoğlu, Lütfiye Eroğlu, Gülçin Aykaç-Toker, Pernur Öner, Müjdat Uysal, Şahika Yüksel, Metin Özek, Coşkun Özdemir, Orhan Başkır, Özcan Köknel, Demir Tiryaklı, Kâmurun Yücel, Bahattin Ögüz Temuçin, Mişel Kokino, İsmail Çolhan, Sedat Katurcioğlu, Yılma Akalın, Mehmet Çakmak, M.Alp Gökşan, Fahri Seyhan, Aziz Alturfan, Yunus Vehbi Sözen, Orhan Şaşmaz, Demir Budak, Ali Emre, Ünal Değerli, Metin Erel, Necdet Aras, Sinan Berkman, Münvever Yenerman, Yener Aytekin, Şükriye Zaloğlu, İsmail Petorak, Yurdagül Canberk, Refik Yiğit, Kurtuluş Töreci, Çetin Dergin, Abidin Kayserilioğlu, Hikmet Öz, Erkan Topuz, Cemalettin Topuzlu, Friedrich Krause, Türkân Ertuğrul, Talât Cantez, Bahriye Tanman, Olcay Neyzi, Aydan Şirin, Nuran Salmer, Selçuk Apak, Gülay Can, Günay Saner, Leyla Ağaoğlu, Memnune Yüksel Apak, Müjgan Sidal, Semra Söktüç, Işık Yalçın, Sevinç Emre, Faik Tanman, Mehmet Meriç, Özkan Sandalcı, Ercüment Özdoğan, Yüksel Pekçelen, Süleyman Yalçın, Murat Dilmener, Ergin Sencer, Nurtan Erol, Deniz Sargın, Semra Çalangu, Gülten Erdoğan, Şerafettin Tuna, Ali Görpe, Günçağ Dinçol, Faruk Alagöl, Güngör Ertem, Rauf Sezer, Nihat Bostancı, Abdulkadir Kayısı, Şenay Molvalılar,

Tanju Ataner, Onal Özsaruhan

Doçentler: Zeki Kılıçaslan, Orhan Arseven, Rian Dişçi, İclal Hatipoğlu, Dursun Buğra, Selçuk Özarmağan, Haluk Ander, Nakiye Öztürk, İnci Ayan, N.Faruk Aykan, Günseli Yılmaz, Güzin Özarmağan, Ahmet Karadeniz, Rüstem Nurtan, Mine Çalışkan, Rukiye Eker, Gülbin Gökçay, Ayşen Bulut, Ömer Devcioğlu, Feyza Darendeliler, Rüveyde Bundak, Serpil Uğur, Nermin Güler, Asuman Çoban, Nevres Koylan, Mehmet Sever, Bahattin Çolakoglu, Temel Yılmaz, Sabahattin Umman, Kamil Adalet, Yusuf Orhan, Orhan Aral, Murat Dal, Yılmaz Nişancı, Faruk Erzengin, Orhan Barlas, Bedia Ayhan, Nurfhan Enginar, Necila Tokar, Cahit Özgün, Güler Bahadır, Sedat Özkan, Azmi Hamzaoglu, Önder Yazıcıoğlu, Yener Temelli, Selçuk Mercan, Kemal Değer, H.Murat Tunç, M.Can Karatay, Tarık Terzioğlu, Gülşen Aktan, Şengül Derbentli, Bülent Gürler, Selim Badur, Ünsal Domanic, Hülya Aydın, Enver Dayioğlu, Dilek Yılmazbayhan, Vahit Özmen, Canan Alatlı, Mehmet Ağan

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ**

Profesörler: Cenk Büyükkönel, Sadık Perek, Ümit Balusoy, Mehmet Ardoğlu, Kenan Aktan, Feridun Şirin, Tahir Altuğ, Yalçın Oran, Nihat Şekercioglu, Hüsnü Özek, Altan Onat, Nergiz Domanic, Sedat Tavşanoğlu, Kenan Binak, Gülten Aktuğlu, Sema Umut, Uğur Derman, Necati Sırmacı, U.Ülkü, Seyhan Çelikoğlu, Tuncer Karayel, Birsan Ülkü, Yıldırım Aktuğlu, Nuran Akman, Yıldız Aydın

Doçentler: Hasan Kalafat, Ertuğrul Göksoy, Murat Hız, Tuncay Centel, Işık Akgün, İrfan Beyranoğlu, Asım Kaymaz, Özgün Enver, Gül Öngen, Ahmet Rasim Küçükusta, Sabriye Demirci, Nazmiye Yüksel, Serap Erdine, Barış İlerigelen, Hakan Şentürk, Sebattin Yurdakul, Burhan Ferhanoglu, Vural Ali Vural, Zeki Öngen

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Profesörler: İhsan Erdamar (Dekan), Ömer Harmancıoğlu (Başhekim), Şakir Fadiloğlu, Berrin Acar, Güray Çengel, Atilla Akkoçlu, Oktay Ertem, Murat Sade, Gazanfer Aksakoglu, Hamit

Özgönl, Emin Akça, Kerim Ceryan, Mehmet Ergin, Orhan Terioğlu, M.Şerafettin Canda, Tülay Canda, Münir Kınay, Mete Albap, Zeliha Tamer, Kemal Astaroglu, M.Tiner, Gül Güner, Bedri Özen, Emek Özen, Egemen İdiman, Fethi İdiman, İlkey Şimşek, Ayşen Baykara, Zişan Badan, Esin Korman

Doçentler: Tanju Aktuğ, Ali Barutçu, O.Yoğden, Taner Çamşarı, Eyüp Sabri Uçan, Şebnem Özhan, Ayşe Yüce, I.Hakkı Bahar, Atilla Büyükgöze, Meral Fadiloğlu, Uğur Pabuçcuoglu, Hülya Güven, Ataman Güneri, Tansu Mertol, Mehmet N.Alakamlılar, Ethem Tankurt, Gülersu Özker, Ahmet Maden, Serap Alper, Coşkun Büyüksu, Süleyman Kaynak, M.Ufuk Günbay, Arif Çımrın, Semra Güneş, Sena Yeşil, Sevinç Biberoglu, Kadir Biberoglu, Kürşad Kutluk, Ahmet Ekin, Ziya Kırhalı

**EGE ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ**

Profesörler: Ertürk Erdinç, Mahmut Ateş, İhsan Bilgiç, Tülin Aysan, Ülkü Bayındır

**KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ**

Profesörler: Celal Baki, Sezer Şener Komşuoğlu, Hayrettin Muhtar, Baki Komşuoğlu, Yavuz Özözen, Gönül Aktürk, Fadıl Aktürk,

Doçentler: Mehmet İnanoğlu, Köksal Alpay, Mehmet Özmenoğlu, Fahri Özcan, Mustafa Yanar, Mustafa Güler, Süleyman Candan, Halit Gümele, Erdel Beşer, Hasan Bozkaya, Ahmet Karagüzel, Çetin Önder, Mehmet Bekaroglu

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

Profesörler: Rektör: Ömer Faruk Batrel
Rektör Yardımcıları: Beyazıt Çırakoğlu, Yusuf Halaçoğlu

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Dekan: Atuf Akdaş
Dekan Yardımcıları: Kaya Emerk, Mehmet Ali Şehitoğlu

Profesörler: Rifat Yalın, Yılmaz Göğüş, Emel Akoğlu, Tevfik Akoğlu, Ahmet Oktay, Kemal Berkman, Sefa Sarıyüboğlu, Esat Göktepe, Canan Erzen, Nurdan Tözün, Sakıp Pekin, Sevgi Küllü, Nefise Barlas Ulusoy,

Candan Johansson, Yavuz Tağa, Müjdat Başaran

Doçentler: Özdemir Aktan, Kamil Tokar, Elif Dağlı, Tanil Esemeli, Önder Us, Nevzat Gürmen, Yalçın İlker, Reşit Inceoğlu, Turgay Çelikel, Fatih Durmuşoğlu, Tolga Dağlı, Nejat Ceyhan, Ender Pehlivanoglu, Önder Kayhan, Ahmet Temel, Sevinç Aktan, Berrak Yeğen,

Safiye Çavdar, Güner Söyletir, Funda Babacan, Beki Kan, Süha Yalçın, Osman Hayran, Hediye Ekizler, Şule Oktay, Fahir Özer, Cem Kalaycı, Mahmut Bayık, Cüneyt Uneri, Ayhan Numanoğlu, Aydın Sav

MARMARA ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ

Profesörler: Salih Tuğ, Hulusi

Yavuz, Bekir Topaloğlu, Fahrettin Ataç, Yaşar Kadim

Doçentler:Hüsrev Subaşı, Faruk Bayraktar, Mehmet Erkal, Celal Yeniçeri, Mustafa Öz, Necla Pekolcay, Ali Bardakoglu, Şevki Yavuz, Mustafa Uzun, Metin Yurdagör, Hasan Aksoy, Sadrettin Gümüş, Mustafa Çağırıcı

NİSAN 1993: II. ULUSAL SAĞLIK KONGRESİ VE SİGARA

II. Ulusal Sağlık Kongresi, 12-16 Nisan 1993 tarihleri arasında Ankara'da toplandı. Kongrenin ana konusu, Sağlık reformu ile ilgili kanun tasarıları taslaklarının incelenmesi ve tartışılmasıydı. Bu tasarı taslaklarından ilki olan Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı Sigara ile mücadele açısından önemli maddeler içermekteydi. Kongrede oluşturulan çalışma gruplarından birisi de "Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu" idi. Sigara sorunu ile mücadele için yapılması gerekenler bu çalışma grubunda ayrıntılı olarak ele alındı. Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağının sigara ile ilgili maddelerini ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu Raporu'nun tamamını aşağıda aynen sunuyoruz.

SAĞLIK KANUNU TASARISI TASLAĞININ SİGARA İLE İLGİLİ MADDELERİ

Tütün ve Tütün Dumanının Korunma

Madde 20-Hasta ve sağlıklı kişiler sigara, tütün ve tütün dumanının zararlarından koruyacak önlemleri almak bütün kamu kurum ve kuruluşlarının görev ve sorumluluğundadır. Hastanelerde, diğer sağlık kuruluş ve kurumlarında, eğitim kurumlarında, çocukların, yaşlıların ve hastaların toplu olarak bulunduğu kreş, çocuk yuvası, yaşlılar yurdu, huzurevi, hasta yurdu gibi mekânlarda, şehir içi ve şehir dışı toplu ulaşım araçlarında, hava taşıtlarının yurtiçi seferlerinde, sinema tiyatrosu, konser gibi etkinliklerin yürütüldüğü salonlarda ve spor salonlarında tütün içilmesi yasaktır. Sayılan yerlerin en üst düzey yöneticileri, kendi kuruluşlarında gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Kamu ve özel işyerleri, fabrikalar, toplu ulaşım araçlarının bekleme salonları, lokanta, kafeterya ve benzeri yerler ile insanların toplu olarak bulundukları diğer kapalı mekânlarda tütün içilmez; ancak bu gibi yerlerde, tütün alışkanlığı veya tutkunluğu olan kişiler için, tütün dumanının diğer kişileri rahatsız etmesini önleyecek biçimde özel bölümler ayrılabilir.

Bakanlık, toplumun tütün kullan-

ma alışkanlığından vazgeçmesi için programlar geliştirir ve sigara ya da tütün alışkanlık veya tutkunluğundan kurtulmak isteyenler için merkezler açılmasını teşvik eder.

Sağlıkla İlgili İbareler ve Reklamlar

Madde 28- Kullanım ve satışa sunulan hiçbir araç, gereç ve malzemenin sağlığı koruyucu, geliştirici veya olumlu etkileyici yahut hastaları tedavi edici özelliği bulunduğunu belirten ibareler, Bakanlıkça verilmiş onay belgesi olmaksızın kullanılamaz.

Kitle iletişim araçlarıyla yahut etiket, ibare veya simgeyle topluma iletilen reklamlar, bilimsel verilerle kanıtlanmamış sağlık içerikli mesajlar taşıyamaz.

Gazete, dergi, her türlü basılı yayın, el ilanı, duvar afişi, reklâm panosu, radyo, televizyon, sinema tiyatrosu, telefon, bilgisayar ve benzeri yöntem ve araçlar kullanılarak sigara, tütün, alkol ve alkolü ürünler ile sağlık yönünden sakıncalı olduğu kanıtlanmış maddelerin reklâmı yapılamaz. Bu ürün ve maddelerin ticari marka, amb-

lem veya logosunun herhangi bir amaçla kullanılması reklâm olarak kabul edilir.

Telefon, bilgisayar ve benzeri elektronik araçlarla ulaşılan ve bilgi aktaran merkezler, gazete ve dergilerin sağlık ekleri ve köşeleri ile her türlü yazılırlar, televizyon ve radyo programları ve bunlara benzer diğer hizmet ve yayınlar, doğruluğu kanıtlanmamış sağlık bilgileri sunamazlar.

Ceza Hükümleri

Genel Yaptırım

Madde 70-Bu kanunda yazılı olan aykırı hareket edenler veya zorunluluklara uymayanlar hakkında, özel bir ceza hükmü olmadığı ve fiilleri Türk Ceza Kanununa göre daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde, bir aydan altı aya kadar hafif hapis cezası veya suçun işlendiği andaki memur maaş katsayısının iki bin katı ilâ on bin katı olarak hesaplanacak miktarda hafif para cezası verilir ve ayrıca fiilin işleniş şekli ve niteliğine göre, failin suça vasıta kıldığı meslek ve sanattan yedi günden üç aya kadar yasaklanmasına ve aynı süre kadar işyerinin kapatılmasına da hükmedilebilir.

II. SAĞLIK KONGRESİ

SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR ÇALIŞMA GRUBU RAPORU

Stratejilerin Gerçekleştirilmesi İçin Yapılması Gereken Çalışmalar

Strateji 1: İnsanlara sigarasız bir yaşam seçme hakkı tanınacak ve bu hak korunacaktır. Sigara içmeyenlerin içenlere zararlı etkilerinden korunmaları için ortak çevrelerinin sigarasız olmasını sağlayacak yasal düzenlemeler yapılacaktır.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

* Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlığa zararlı alışkanlıklar konusunda mevcut örgütlenmenin yetersiz oluşu nedeniyle (a) sigara, (b) alkol ve (c) diğer bağımlılık yapıcı maddeler konusunda çalışmalar gerçekleştiren ve bağımsız bir bütçesi olan bir üst icra biriminin oluşturulması gerekli görülmüştür.

Sağlık kanunu tasarısı taslağı incelenmiş ve tütün ve tütün mamullerinden korunma başlığı altında madde 20'de belirlenen hükümler uygun bulunmuştur ve grup tarafından desteklenmektedir.

"Madde 20: Hasta ve sağlıklı kişileri sigara, tütün ve tütün dumanının zararlarından koruyacak önlemleri almak bütün kamu kurum ve kuruluşlarını görev ve sorumluluğundadır. Hastanelerde, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında, eğitim kurumlarında, çocukların, yaşlıların ve hastaların toplu olarak bulunduğu kreş, çocuk yuvası, yaşlılar yurdu, huzurevi, hasta yurdu gibi mekanlarda, şehir içi ve şehir dışı toplu ulaşım araçlarında, hava taşıtlarının yurtiçi seferlerinde, sinema, tiyatro, konser gibi etkinliklerinin yürütüldüğü salonlarda ve spor salonlarında tütün içilmesi yasaktır. Sayılan yerlerin en üst düzey yöneticileri, kendi kuruluşlarında gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Kamu ve özel işyerleri, fabrikalar, toplu ulaşım araçlarının bekleme salonları, lokanta, kafeterya ve benzeri yerleri insanların toplu olarak bulundukları diğer kapalı mekanlarda tütün içilemez; ancak bu gibi yerlerde, tütün alışkanlığı veya tutkunluğu olan kişiler için, tütün dumanının diğer kişileri rahatsız etmesini önleyecek biçimde özel bölmeler ayrılabilir.

Bakanlık, toplumun tütün kullanma alışkanlığından vazgeçmesi için programlar geliştirir ve sigara ya da tütün

alışkanlık veya tutkunluğundan kurtulmak isteyenler için merkezler açılmasını teşvik eder."

Bu madde kapsamı içerisinde ele alınması, uygun bulunan ek hususlar şu şekilde belirlenmiştir:

* Şimdiki durumda sigara paketleri üzerinde yer alan Türkiye Cumhuriyeti Bakanlar Kurulu'nun 1986 yılı ve 86/10911 sayılı kararına göre "Sigara Sağlığa Zararlıdır" ibaresi yetersizdir. Bu nedenle sigara paketlerinin ön, arka ve yan yüzeylerine iyi formülle edilmiş dönüştürülmüş "uyarıcı" yazılmalı ve sigaranın içindeki nikotin ve katran miktarı belirtilmelidir. Bu uyarıcı yazılar sigara paketinin ön yüzünün %25'i büyüklüğünde ve paketin rengi ile kontrast renkte olmalıdır. Bu uyarıcı yazılar şu şekilde olabilir: Sigara kullanımı akciğer kanserine yol açar; sigara kullanımı kalp hastalığına neden olur; sigara nefes darlığına ve müzmin bronşite neden olur; sigara kullanımı beyni besleyen damarların hastalanmasına ve felce neden olur; sigara kullanımı kol ve bacak damarlarının hastalanmasına yol açar; sigara fiziki dirliği (fitness) olumsuz etkiler; sigara kullanımı öldürücüdür; sigara kullananlarda kalıcı akciğer hasarı oluşur; içtiğiniz sigaranın dumanı çevrenizdekilere de zarar verir; sigara bağımlılık yapar; sigarayı bırakmak hastalanmak tehlikesini azaltır; hamilelikte sigara kullanımı anne rahmindeki bebeğe zarar verir.

Paketlerin ince uzun yan yüzlerinde ise sigara başı, zifir, karbonmonoksit ve nikotin miktarını içeren ibareler yer almalıdır. Yine bazı sigaraların üzerinde yer alan light, ultra light yazıları kaldırılmalı ve yüksek katran, orta dereceli katran ibareleri yer almalıdır.

* 18 yaşının altındaki çocuklara tütün ve tütün ürünleri ile alkol satışı yasaklanmalıdır. Bunu kontrol altına alabilmek amacıyla sigara ve alkol satışı yapan dükkanların açılması ve satışların sadece bu dükkanlar tarafından yapılması sağlanmalıdır. Bu maddenin uygulanması belirli bir nüfus potansiyelinin üzerindeki yerleşim birimleri için geçerlidir.

* Tütün ve tütün ürünlerinin satışı-

nı yapan makinaların kullanımı yasaklanmalıdır.

* Sigara üretiminde sigara başına düşen zararlı madde miktarları sınırlanmalı ve Avrupa Topluluğu standartları benimsenmelidir.

* Her yıl sigara, alkol, diğer bağımlılık yapıcı maddeler gibi konularda sorun tanımlı, gelişmeler ve öneriler konusunda yazılı bir rapor Sağlık Bakanlığı tarafından parlamentoya sunulmalıdır.

* Kanun Tasarısı Taslağındaki Madde 70'de ceza yaptırımlar çok genel olarak ele alınmıştır. Sigara ile ilgili yaptırımların net ve pratikte uygulanabilir olarak ayrı bir madde halinde yeniden belirlenmesi gerekmektedir.

Çalışma grubu 1. strateji ile 2. strateji arasında yer almasını gerekli gördüğü bir alışkanlık biçimi olan ve ülkemizde kullanımı gittikçe yaygınlaşan "uçucu maddelere mücadele" konusunu gündeme getirmiştir. Bu başlık altında yapılması gereken çalışmalar şöyle sıralanabilir:

* Uçucu maddelerin satışlarının sınırlandırılmasını nasıl olabileceğinin, ölümlerdeki iki yıl içinde incelenerek netleştirilmesi,

* Sigara paketleri üzerinde olduğu gibi bu maddelerin üzerinde de uyarıcı yazıların yer alması,

* Uçucu maddelerin içindeki bağımlılık yapıcı maddelerin mümkün çıkarılması, değil ise hoşla gitmeyen koku maddelerinin eklenmesi,

Strateji 2: Sigara ve alkol tüketiminin azaltılması amacı ile fiyat ve vergi politikaları gözden geçirilerek, talebin fiyat elastikiyetine göre ayarlamalar yapılacaktır.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

Madde 20'de belirtilen hususlar arasına bu stratejinin uygulanabilirliği açısından aşağıdaki hususların da eklenmesi uygun görülmüştür:

* Daha çok vergilendirme yoluyla sigara fiyatının artırılması, sigarayla mücadelede başarısı kanıtlanmış strate-

jilerden biridir. Bu stratejiyi uygulayan ülkelerin deneyimlerine göre ek vergilendirme yoluyla sigara fiyatının enflasyon üzerinde artırılması, çocukların ve gençlerin başlama ve içme oranlarını düşürdüğü gibi hafif içicilerin bırakmasını da sağlamaktadır. Bu amaçla sigaranın enflasyondan arındırılmış gerçek fiyatının ilk iki yıl için %20, izleyen yıllarda 2000 yılına kadar %10 artırılması. Bu durumun enflasyonu suni olarak arttırmasının önlenmesi amacıyla da sigara fiyatlarının "tüketici fiyat endeksi"nden çıkarılması ve bu artıştan elde edilecek gelir in özellikle zararlı alışkanlıkları mücadele çalışmalarında kullanılmasını öngörülmüştür.

Strateji 3: Sigara ve alkol reklamlarının tamamen kalkmasına yönelik çalışmalar yapılacaktır.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

* Bu konu ile ilgili olarak hazırlanmış olan Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı'nda 28. madde grup tarafından destelenmektedir.

Strateji 4: Kurtulmak isteyen madde bağımlılarına yönelik geniş bir yardım ağı oluşturulacaktır.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

* En kısa zamanda AMATEM türü tedavi merkezlerinin sayısı artırılmalıdır.

* Genel hastanelerde detoksifikasyon üniteleri oluşturulmalıdır.

* Madde bağımlılarına rehabilitasyon hizmetleri verecek rehabilitasyon üniteleri oluşturulmalıdır.

* Sigarayı Bıraktırma Klinikleri oluşturulmalıdır.

* Hekimlere yönelik olarak sigara alkol ve madde bağımlılıkları ile ilgili ayrı eğitim paketleri hazırlanmalı ve her yıl devam edecek şekilde belli sayıda hekime Sağlık Bakanlığı ve çeşitli kurum ve kuruluşların işbirliği ile eğitim programı uygulanmalıdır.

* Bağımlılık tedavilerinin etkinliğini arttırılması amacıyla sigara, alkol ve madde bağımlılarının bir sosyal güvencesi olsun ya da olmasın tedavi ücretlerine katkıda bulunmaları sağlanmalıdır. Mükerrer tedavilerde ise kişilerin tedavi maliyetlerinin sosyal güvenlik kapsamından çıkarılması ve maliyetin

tamamının kişinin kendisi tarafından ödemesi sağlanmalıdır.

Strateji 5: Bu maddelere karşı yapılacak mücadelede bu maddelerden elde edilen gelirin bir kısmı kullanılacaktır.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

* Sağlığa zararlı maddelerle mücadele çalışmalarını sürdürülebilmesi için önemli ölçüde mali kaynağa gereksinim duyulduğu açıktır.

- (1) Eğitim ve diğer öneleyici tedbirler,
- (2) Araştırma
- (3) Yayın
- (4) Tedavi ve rehabilitasyon

alanlarında kullanmak amacına yönelik bir fon oluşturulması ve sağlanan gelirin bu amaçlar doğrultusunda kullanılmasının sağlanması gerekmektedir. Bu fondan konuyla ilgili özel dernek ve kuruluşlar da yararlanılmaktadır.

Bu fonun kaynakları,

(a) Devlet bütçesinden,

(b) Alkol ve sigaranın yasal satışından alınan vergilerden makul oranından ayrılmış bir paydan,

(c) Bir önlem olarak düşünülen vergi arttırımından sağlanan gelirin tamamının sağlık sektörüne ayrılarak bu paranın %50'sinin zararlı alışkanlıklarla mücadele fonuna aktarılmasından, (Zararlı alışkanlıklar nedeniyle hastalanmış kişiler bu paranın diğer %50'lik kısmı ile kendi tedavilerini finanse etmiş olacaktırlar.)

(d) Kaçak işlemi gördüğü için resmen müsadere edilmiş olan her türlü değerden elde edilen gelirin %25'lik kısmından,

(e) Zararlı maddelerin kalleşimini önleyen hükümlere uymayanlar için tespit edilmiş olan maddi cezalardan elde edilen gelirin tamamından,

(f) Uluslararası kuruluşlardan alınacak yardımlardan,

(g) İçki ve sigara ithalatında madde nin satış fiyatının %10'u düzeyinde yapılacak fon kesintisinden, sağlanacaktır.

Sözö edilen kaynaklardan elde edilen gelir "Sağlığa Zararlı Maddelerle Mücadele Fonu" adı altındaki fonda toplanacaktır. Bu fon sözö edilen amaçlar dışında kullanılamayacaktır. Fon'un sözö edilen kullanım alanlarına dağıtılma-

sı ve yönlendirilmesi için bir danışma kurulunun oluşturulması uygun görülmüştür.

Bu Danışma Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Maliye ve Gümrük Bakanlığı, sendikalar, yerel yönetimler, sağlık meslek kuruluşları, basın-yayın organları, gönüllü dernekler temsilcilerinden oluşmalıdır.

Strateji 6-7 ve 8 bir arada ele alınarak öneriler bu doğrultuda oluşturulmuştur.

Strateji 6: Sigaranın alkol ve uyuturucu geçişteki ilk basamak olduğu gözönünde tutularak öncelik sigara ile mücadeleye verilecektir.

Strateji 7: Bu alışkanlıkların epidemiyolojisini, ekonomik ve sosyal boyutlarını ortaya koyacak araştırmalar yapılacaktır.

Strateji 8: Sektörler ve kurum-lararası işbirliği ile sürekli bir halk eğitim programı yürütülecektir.

Bu strateji kapsamı içinde yapılması gereken çalışmalar:

ZARARLI ALIŞKANLIKLARLA MÜCADELEDE İZLENECEK YOLLAR

* Sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerle mücadelelenin 1993 yılında başlatılarak ve 2000 yılına kadar sürdürülecek, her yıl yapılacak değerlendirmelerle etkinliği belirlenecek bir kampanya şeklinde sunulması uygun görülmüştür.

Bu kampanyanın sürdürülmesi sırasında risk gruplarına yönelik ayrı stratejiler geliştirilmelidir. Bu amaçla önceliklerin belirlenebilmesi için araştırmalar planlanması gerekmektedir.

*Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nce her yıl yapılan "Türkiye'de Nüfus ve Sağlık Araştırmaları" konulu araştırmaya sigara ve alkol ile ilgili birkaç sorunun eklenmesi için girişimde bulunulmalıdır.

*Türkiye'deki orta öğretim öğrencilerinin temsil edildiği bir araştırma periyodik olarak her 3 yılda bir profesyonel bir proje olarak gerçekleştirilmelidir.

*Genel nüfus sayımlarında sigara ve alkolle ilgili bir kaç madde eklenerek Türkiye düzeyinde bir çalışma gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

*Uyusturucu maddeler ile ilgili genel epidemiyolojik arastirmalar ilke duzeyinde gerceklestirilmelidir.

*Konu ile ilgili dokümantasyonun bir arada bulundurulup ilgilenerlerin kullanimina acilmasi amacıyla bir "Dokümantasyon Merkezi" kurulmalıdır.

*Risk gruplarini, risk faktörlerini ve rölatif riskleri verecek özel arastirmalar gerceklestirilmelidir.

*Egitimcilerin egitimi (tabieler, psikologlar, sosyal calismacilar, eczacilar, ögretmenler, polisler, din adamlari, subaylar) her ilde kurulacak egitim birimleri tarafından ilke capinda belirli bir program dahilinde gerceklestirilmelidir.

*Egitim programlari hazirlanirken egitimin sürekliligi ilkesi gözönünde bulundurulmasi ve bu egitim hazirlanacak görsel ve yazili egitim materyali ile desteklenmelidir.

*Egitim programlari tutum ve davranisi degisttirip, gelistirmeye yönelik olmalıdır.

*Egitim Planlama Komisyonu kurulmasi ve komisyon konunun uzmanlari (sigara, alkol ve diger bagimlilik yapici maddelerle ilgili) ve ögretmen niteligi olan kisilerden olusmalıdır. Egitim plan ve program gelistircileri komisyonda mutlaka temsil edilmelidir. Komisyonda yer almasi gereken meslek gruplari su sekilde siralaniabilir.

- *Psikiyatri Uzmanlari,
- *Psikologlar,
- *Halk Sagligi Uzmanlari,
- *Farmakologlar,
- *Göğüs Hastalıkları Uzmanlari,
- *Sosyologlar
- *Ilgili diger uzmanlik alanlari.

*Bu birimin koordinatörlüğü Sağlık Bakanligi'nin ilgili (Zararli Aliskanliklar Şube Müdürlüğü) birimi tarafından

gerceklestirilmelidir.

*Bu Egitim Planlama Komisyonu tarafından her ilde 5'er kisiiden olusan ve konuya ilgi duyan egiticilere egitim programlari uygulanacaktır.

- *Illerde olusturulacak grup içinde;
 - Din adamlari,
 - Saglik personeli,
 - Ögretmenler,
 - Narkotik uzmanlari,
 - Emniyet görevlileri,
 - Milli Savunma Personeli
- gibi toplumda liderlik konumunda olan kisiler olmalıdır.

*Bu kisiler illerde yürütülecek örgün egitimden ve halk egitiminden sorumlu olacaklardır.

*Halk egitimi öncelikle risk gruplarina yönelik olarak gerceklestirilmelidir.

*Egitim programlari Egitim Planlama Komisyonu tarafından bir plan ve program çerçevesinde hazirlanmasi ve görsel, yazili materyali ile desteklenmelidir.

*Bu egitim programi 1995yilina kadar (2 yıl içinde) hazirlanmis olmalıdır.

Egitim Planlama Komitesi aynı zamanda Basın Yayın kanaliyla yapılacak egitim promgramlarini da planlamali ve egitim materyalinin hazirlanmasini saglamalıdır.

Çalışma grubunda, stratejilerin kapsamadigi ancak grup tarafından önemli bulunan konulari içeren bir dizi tavsiye kararları alınmiştir.

DİĞER TAVSİYE KARARLARI

*Uyusturucu ve diger psikoaktif madde kullanimi bozukluğu gösteren şahıslarin üçüncül koruma hizmetlerinin uygulanmasi için özellikle sosyal calismacılardan olusan organize grupların

olusturulmasi önerilmektedir.

*Psikoaktif madde içerenler hariç suistimal edilen ilaclarin (analjezik ve antibiyotikler vb) kullanimi ile ilgili önleyici tedbirler alınmasi önerilmektedir.

*Bir hükümet politikasi olarak bütün üretiminin azaltilmasi amacıyla bütün yerine aynı koşullarda ekilebilen bir başka ürünün (Soya fasulyesi gibi) üretilmesi benimsenmelidir.

*Halen ülkemizde başarılı bir şekilde uygulanmakta olan yeşil-kırmızı reçete kapsamına giren ve girecek olan ilaclarin sürekli denetlenmesi ve bağimlilik yapma özelliği ve suistimal riski olan yeni ilaclarin eklenmesi ve bu konuda kapsamlı bir yasal düzenlemenin yapılması öngörülmektedir.

SAĞLIĞA ZARARLI ALIŞKANLIKLAR GRUBU ÜYELERİ

- 1- Prof.Dr. Doğu ERGİL, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi
- 2- Doç.Dr.Elif DAĞLI, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilim Dalı
- 3- UZ.Psk. Berrin EYLEN, Sağlık Bakanligi Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- 4- Dr.Nilay ÖLKÜ, Milli Eğitim Bakanligi
- 5- Dr.Ayhan KALYONCU, AMATEM Başkanligi
- 6- Mehmet GÖRLER, Diyanet İşleri Başkanligi
- 7- Doç.Dr.İlkay KASATURA, Psikologlar Derneği - AMATEM Başkanligi
- 8- Prof.Dr.Naci BOR, Yeşilay Derneği
- 9- Prof.Dr.R.Erol SEZER, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağligi Anabilim Dalı
- 10- Prof.Dr.Meral KEYER UYSAL, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı

31 MAYIS 1993 SİGARAYA HAYIR GÜNÜ

Sağlık Bakanligi Sigara Hayır Günü'nü bir haftalık bir mücadele haftasına dönüştürmüş ve bu haftayı 24 Mayıs 1993 tarihinde düzenlediği bir Panel ile açmıştır. Panele katılanlara Bakanlıkça televizyonda gösterilmek üzere hazirlanan ve uyarıcı mesajlar içeren mini filmler

gösterilmiştir. Bu uyarıcı görsel mesajlar izleyen aylarda zaman zaman TRT kanalları aracılığıyla TV ekranına gelmiştir. 31 Mayıs ve 31 Mayıs'a yakın günlerde sigara konusu özellikle TRT Kurumu radyo ve televizyon programlarında olmak üzere kitle iletişim araçlarında yaygın

bir şekilde işlenmiştir. 31 Mayıs münasebetiyle gercekleştirilmiş önemli bir etkinlik te Sigara ile Savaş 1.Ulusal Hemşirelik Sempozyumudur.Bu konudaki ayrıntı aşağıdadır.

SİGARA İLE SAVAŞ 1. ULUSAL HEMŞİRELİK SİMPOZYUMU**28 MAYIS 1993, İZMİR**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından düzenlenen "Sigara İle Savaş 1. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu" 28 Mayıs 1993'de İzmir'de yapıldı. 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü etkinliği olarak Atatürk Kültür Merkezi'nde gerçekleştirilen Simpozyumun Başkanlığını Prof.Dr.İnci EREFE, Genel Sekreterliğini Doç.Dr.Zühal BAHAR yaptı. Prof.Dr.İnci EREFE ve çalışma arkadaşları tarafından düzenlenen Simpozyumun organizasyonu titizlikle gerçekleştirilmişti. Sigara mücadelesine katılan bilim adamları ve gönüllüler arasında güç birliğini de hedefleyen simpozyumda; Prof.Dr.R.Erol SE-

ZER'in "Dünya'da ve Türkiye'de Sigara Sorunu", Prof.Dr.Ülkü BAYINDIR'ın da "Sigara ve Yaşam" konulu konferansları yer aldı. Daha sonra "Sigara İle Mücadele Stratejileri" ve "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli" konulu paneller sunularak serbest bildirilere geçildi. Prof. Dr. İnci EREFE'nin Başkanlığını yaptığı "Sigara ile mücadele Stratejileri" konulu panelde yer alan panelistlerden Prof.Dr.Rengin ERDAL "Sigara Tanıtım ve Dağıtım Faaliyetlerinin Yasaklanması, Prof.Dr. Feyza ERKAN "Pasif İçiciliğin Önlenmesi", Doç.Dr.Elif DAĞLI "Bırakmak İsteyenlere Yardım ve Diğer Stratejiler" konulu sunuşlarını yaptılar. Başkanlı-

ğını Prof.Dr.Mehmet TOKGÖZ'ün yaptığı, "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli" isimli II. Panelde ise Prof.Dr.Zafer ÖZTEK "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri", Doç.Dr.Zühal BAHAR "Sigaraya Karşı Sağlık Personeli, Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU "Eğitim", ve Doç.Dr.Nuran AKDEMİR "Sigarasız Bir Yaşam İçin Ülkemizde Neler Yapılmalı?" konulu sunuşlarını yaptılar. Ayrıca Prof.Dr.İsa DURMAZ "Kalp Damar Cerrahisi ve Sigara" konusunda bir sunuş yaptı. Bildiri Özet kitabı yayınlanan Simpozyumda 34 sözlü bildiri sunumu ile 7 poster sunumu gerçekleştirildi.

14 EKİM 1993**SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SİGARA İLE MÜCADELE DERNEĞİ KURULDU**

Merkezi Elazığ'da olmak üzere kurulan "Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği", sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış sağlıklı bir Türkiye hedefine katkıda bulunmayı amaçlıyor. Elinizdeki süreli yayın Derneğin ilk etkinliği. Halen kurucu yönetim kurulu tarafından yönetilen dernek, sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış sağlıklı bir Türkiye hedefini benimsemiş yeni üyelerini bekliyor. Dernek tüzüğü aşağıda sunulmuştur. Dernek üyeliği için;

"Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Başkanlığı,
P.K. 15 23001 - ELAZIĞ"
adresine başvurulması yeterlidir.



Derneğin Kuruluş Dönemi Toplantılarından Biri

SİĞARA İLE SAVAŞ 1. ULUSAL HEMŞİRELİK SİMPOZYUMU

28 MAYIS 1993, İZMİR

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından düzenlenen "Sigara İle Savaş 1. Ulusal Hemşirelik Simpozyumu" 28 Mayıs 1993'de İzmir'de yapıldı. 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü etkinliği olarak Atatürk Kültür Merkezi'nde gerçekleştirilen Simpozyumun Başkanlığını Prof.Dr.İnci EREFE, Genel Sekreterliğini Doç.D.Zühal BAHAR yaptı. Prof.Dr.İnci EREFE ve çalışma arkadaşları tarafından düzenlenen Simpozyumun organizasyonu titizlikle gerçekleştirilmişti. Sigara mücadelesine katılan bilim adamları ve gönüllüler arasında güç birliğini de hedefleyen simpozyumda; Prof.Dr.R.Erol SE-

ZER'in "Dünya'da ve Türkiye'de Sigara Sorunu", Prof.Dr.Ülkü BAYINDIR'ın da "Sigara ve Yaşam" konulu konferansları yer aldı. Daha sonra "Sigara İle Mücadele Stratejileri" ve "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli" konulu paneller sunularak serbest bildirilere geçildi. Prof. Dr. İnci EREFE'nin Başkanlığını yaptığı "Sigara ile mücadele Stratejileri" konulu panelde yer alan panelistlerden Prof.Dr.Rengin ERDAL "Sigara Tanıtım ve Dağıtım Faaliyetlerinin Yasaklanması", Prof.Dr. Feyza ERKAN "Pasif İçiciliğin Önlenmesi", Doç.Dr.Elif DAĞLI "Bırakmak İsteyenlere Yardım ve Diğer Stratejiler" konulu sunuşlarını yaptılar. Başkanlı-

ğını Prof.Dr.Mehmet TOKGÖZ'ün yaptığı, "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli" isimli II. Panelde ise Prof.Dr.Zafer ÖZTEK "Sigaraya Karşı Sağlık Hizmetleri", Doç.Dr.Zühal BAHAR "Sigaraya Karşı Sağlık Personeli, Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU "Eğitim", ve Doç.Dr.Nuran AKDEMİR "Sigarasız Bir Yaşam İçin Ülkemizde Neler Yapılmalı?" konulu sunuşlarını yaptılar. Ayrıca Prof.Dr.İsa DURMAZ "Kalp Damar Cerrahisi ve Sigara" konusunda bir sunuş yaptı. Bildiri Özet kitabı yayınlanan Simpozyumda 34 sözlü bildiri sunumu ile 7 poster sunumu gerçekleştirildi.

14 EKİM 1993 SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SİĞARA İLE MÜCADELE DERNEĞİ KURULDU

Merkezi Elazığ'da olmak üzere kurulan "Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği", sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış sağlıklı bir Türkiye hedefine katkıda bulunmayı amaçlıyor. Elinizdeki süreli yayın Derneğin ilk etkinliği. Halen kurucu yönetim kurulu tarafından yönetilen dernek, sigaranın zararlı etkilerinden arındırılmış sağlıklı bir Türkiye hedefini benimsemiş yeni üyelerini bekliyor. Dernek tüzüğü aşağıda sunulmuştur. Dernek üyeliği için;

"Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Başkanlığı,
P.K. 15 23001 - ELAZIĞ"
adresine başvurulması yeterlidir.



Derneğin Kuruluş Dönemi Toplantılarından Biri

SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE SİGARA İLE MÜCADELE DERNEĞİ TÜZÜĞÜ

DERNEĞİN ADI:

MADDE 1 - Derneğin adı: Sağlık Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği'dir.

DERNEĞİN MERKEZİ:

MADDE 2- Derneğin merkezi "ELAZIĞ" dır (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı). Dernek, yasa ve tüzüklere uygun olarak, Genel Kurul Kararı ile Türkiye sınırları içinde uygun görülecek yerlerde şubeler açabilir.

DERNEĞİN AMACI:

MADDE 3- Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmak üzere;

a) Türkiye'de sigara tüketiminin en aza inmesine, sigara kullanımı sonucu oluşan ve çoğu öldürücü olan hastalıklardan korunmaya katkıda bulunmak; Toplumda sigara kullanımına atfedilen yıllık hastalık ve ölüm sayısını azaltmaya; Sigara tüketimini azaltmak üzere başlama hızını düşürmeye, başlama yaşını geciktirmeye ve bırakma hızını yükseltmeye katkı sağlamaktır,

b) Sigara kullanmama, başkalarına sigara ikram etmeme, başkalarıyla birlikte bulunulan kapalı alanlarda sigara içmeye gibi olumlu davranışların kültürel yapıyı normları arasına girmesine (yaygın bir şekilde benimsenmesine); Sigaranın hiçbir olumlu değeri ilgisiz olmayan gereksiz ve zararlı bir nesne olarak kültürel yapıyı yerleşmesine katkıda bulunmak,

c) Sigara sorununun betimlenmesi, bu sorunla ilgili neden sonuç ilişkilerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik müdahalelerin denenmesi konularındaki araştırmaları desteklemek,

d) Sigara-sağlık ilişkisi ve sorunun, Türkiye'deki ve Dünya'daki durumu başta olmak üzere, konu ile ilgili ortaya çıkarılmış ve çıkarılacak bilgilerin zamanında, topluma ve hedef gruplara ulaşmasını sağlayacak yayınları yapmak ve desteklemek,

e) Toplumda sağlıklı olumlu etkileyen davranışların yaygınlaşmasına, olumsuz etkileyenlerin ise ayıklanmasına katkıda bulunmak,

f) Toplum sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin etkisini azaltılmasına olumlu etkileyen faktörlerin daha etkin ve yaygın bir şekilde devreye girmesine katkı sağlamaktır,

g) Derneğin faaliyet alanlarında insangücü yetiştirmesi desteklemek,

h) Toplum sağlığını olumlu etkileyecek diğer etkinlikleri gerçekleştirmek.

mek.

DERNEĞİN FAALİYET ALANLARI: **MADDE 4-** Dernek, yukarıdaki amaçların gerçekleştirilmesi için, özellikle şu alanlarda faaliyet gösterir;

a) Sağlığı geliştirme ve sigara ile mücadele alanlarında kişi ve grupların bilgilerini geliştirmek ve derneğin hedefleri doğrultusunda kamuoyu oluşturmak üzere kitap, broşür, video film, bilimsel süreli yayın gibi sözlü ve yazılı yayımlar yapmak,

b) Uluslararası ve ulusal nitelikteki konferans, kongre, sempozyum, panel, seminer, çalışma grupları, kurs gibi bilimsel veya eğitici toplantıları düzenler veya bunların düzenlenmesini destekler,

c) Sağlığı geliştirme ve sigara ile mücadele alanlarında araştırma ve çalışmalar yapmak, yayınlamak ve uygun bulduklarını destekler,

d) Halk Sağlığı İletişimi alanındaki etkinlikleri gerçekleştirmek veya destekler. Topluma ve hedef gruplara yönelik eğitim etkinliklerini düzenler veya bunların düzenlenmesini destekler,

e) Uluslararası ve ulusal gelişmeleri izler, sonuçlarından yararlanır, bilgi kaynakları oluşturur, istatistikî bilgileri toplar ve değerlendirir,

f) Kampanyalar düzenler, sergiler açar, bu tip etkinlikleri destekler,

g) Sigarayla bırakmak isteyenlere yardımcı olacak hizmet merkezleri kurar,

h) Yurt içi ve yurt dışında bu alanda faaliyet gösteren diğer kişi ve kurumlarla etkileşim ve işbirliği sağlar,

i) Özel ve kamuya ait kuruluşların aynı amaçlı çalışmalarını destekler, onlarla işbirliği yapar, yardımlaşır,

l) Karar verici ve yürütücü konumunda olan kişi ve kuruluşların sağlığı geliştirme ve sigara ile mücadele konularında aydınlatılması, daha duyarlı duruma getirilmesi ve hareketle geçirilmesi için girişimlerde bulunur.

DERNEĞİN KURUCULARI:

MADDE 5-Derneğin kurucuları T.C. uyruklu aşağıda isimleri yazılı kişilerdir: R.Erol SEZER, Mehmet BOSTANCI, Nevzat BİLGIN, Yasemin AÇIK, Remzi ÖZTÜRK, Zulfınan GÜLŞEN, Haydar EFATUN, H.Ergin DÜLGER, Feridane OĞUZÖNCÜL, Ayla GÜMRAH.

ÜYELİK CESİTLERİ VE KOSULLARI:

MADDE 6- Derneğin asıl ve fahri olmak üzere iki tür üyesi vardır.

a) Asıl üye: Medeni haklarını kullanma ehliyetine sahip 18 yaşını bitirmiş, demeklere üye olmaları yasaklanmamış ya da kısıtlanmamış olmak şartıyla

sağlığı geliştirme ve sigara ile mücadele alanlarına ilgi duyan herkes asıl üyelik için başvurabilir.

b) Fahri üye: Sağlığı geliştirme ve sigara ile mücadele alanlarında hizmetleri ile tanınmış ya da Derneğe maddi veya manevi yardımda bulunan kişilere Yönetim Kurulu Kararı ile Dernek Fahri Üyeligi payesi verilebilir.

ÜYELİĞE KABUL:

MADDE 7- Derneğe asıl üye olmak isteyenler yazılı olarak Yönetim Kurulu Başkanlığı'na başvururlar. Başvuru Yönetim Kurulu'na incoming en geç 30 gün içinde üyelikle kabul ya da istegın reddi şeklinde karara bağlanır. Sonuç başvuru sahibine yazılı olarak duyurulur. Derneğe üyelik sıfatının kazanılması için, Yönetim Kurulu'nun üyeligin kabulüne dair aldığı kararın karar defterine ve üyenin Dernek Üye Kayıt Defterine kaydedilmesi ile olur.

Üyeler eşit haklara sahiptirler, hiçbir üye ayrıcalıklı değildir. Asıl üyeler yıllık aidat öderler, fahri üyeler ise isterlerse aidat verebilirler.

ÜYELİKTEN ÇIKMA:

MADDE 8- Üyelikten çıkma: Her üye dilediği zaman ayrılma istegını Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bildirmek suretiyle Dernekten ayrılabilir.

ÜYELİKTEN ÇIKARILMA:

MADDE 9- Dernek katarlarına uymayanlar, Derneğin amacına ve tüzük hükümlerine aykırı hareketlerde bulunanlar, Yönetim Kurulu'nun 2 kez uyarmasına karşın 1 yıl üyelik aidatını ödemeyenler, dernek ve dernek yöneticilerinin onurunu kırıcı, onlara suç isnat edici ya da dernek çalışanlarını baltalayıcı hareketlerde bulunanlar; Yönetim Kurulu kararınca dernek üyeliginden çıkartılırlar. Ancak üyelikten çıkarılan üyelerin, çıkarma kararına karşı ilk Genel Kurul'a başvurma hakları saklıdır.

ÜYELİK AIDATI:

MADDE 10- Asıl üyelerin yıllık aidatı ilk yıl için yılda 300.000 Türk Lirası'dır. İzleyen yıllarda enflasyonun ypratıcı etkisi dikkate alınarak Genel Kurul kararı ile bu miktar değiştirilebilir.

DERNEĞİN ORGANLARI:

MADDE 11-Derneğin organları şunlardır; 1- Genel Kurul, 2- Yönetim Kurulu, 3- Denetleme Kurulu, 4- Onur Kurulu.

GENEL KURUL:

MADDE 12- Genel Kurul, Derne-

ğin en yüksek organıdır. Genel Kurul asıl üyelerden ve her şubeden birer temsilciden oluşur. Fahri üyeler Genel Kurul toplantısına katılabilir, ancak oy kullanamazlar.

Her yıl Ekim ayında olağan Genel Kurul toplantısı yapılır. Genel Kurul, Yönetim Kurulu'nun gerekli gördüğü durumlarda ya da dernek üyelerinin beşte birinin yazılı isteği üzerine olağanüstü olarak toplanır.

GENEL KURUL'UN TOPLANTI YERİ, SEKİ VE ZAMANI:

MADDE 13- Genel Kurul toplantı yeri ELAZIĞ'dır. Genel Kurul, dernek asıl üyelerinden, Genel Kurul toplantısından en az 30 gün öncesine kadar taahhüt ettiği aidat borçlarını Dernek veznesine veya banka hesabına yatırmış olanlar, her yıl Ekim ayında olağan olarak toplanır. Yönetim Kurulu, Genel Kurul'a katılma hakkı bulunan üyelerin listesini düzenler. Genel Kurul'a katılacak üyeler en az onbeş gün önceden gündü, saati, yeri ve gündemi mahalli bir gazetede ilan edilmek üzere toplantıya çağırılır. Çoğunluk sağlanmaması nedeniyle toplantı yapılamazsa, ikinci toplantının hangi gün yapılacağı da duyuruda belirtilir. İlk toplantı gündü ile ikinci toplantı arasında bir haftalık süre bırakılır. Toplantının yapılacağı gün, saat ve yer ile toplantı gündemi, toplantı gündünden en az onbeş gün önce mahallin en büyük mülki amirliğine yazılı ile bildirilir ve bu yazıya toplantıya katılacak üyeleri gösteren liste eklenir. Toplantı başka bir sebeple geri bırakılırsa, bu durum geri bırakma sebepleri de belirtilmek suretiyle, toplantı ilanınin yapıldığı gazeteye ikinci bir ilan verilerek üyelerle duyurulur. İkinci toplantının geri bırakma tarihinden itibaren en geç iki ay içinde yapılması zorunludur.

Genel Kurul toplantısı bir defadan fazla geri bırakılamaz.

GENEL KURUL'UN TOPLANTI YERİ SAYISI VE YAPISI:

MADDE 14- Genel Kurul salt çoğunlukla toplanır. İlk toplantıda yeter sayı sağlanmazsa, ikinci toplantıda çoğunluk aranmaz. Ancak ikinci toplantıya katılan üye sayısı Dernek Yönetim ve Denetleme Kurullarının toplam sayısının iki katından az olamaz.

TOPLANTININ YAPILIS USULÜ VE OYLAMA:

MADDE 15-
a) Dernek Genel Kurul toplantıları, ilanda belirtilen ve mahallin en büyük mülki amirliğine bildirilen gün, saat ve

yerde yapılır,

b) Üyeler, Yönetim Kurulu'na düzenlenen listedeki adları karşısına imza atarak toplantı yerine girerler,

c) Hükümet komiserinin toplantıya gelmemiş olması, toplantının ertelenmesini gerektirmez,

d) Açılış sonrası, toplantıyı yönetmek üzere bir başkan ve iki sekreter seçilir,

e) Toplantının yönetimi Genel Kurul Başkanına aittir. Yazmanlar (katip) toplantı tutanağını düzenler ve Başkan ile birlikte imzalarlar,

f) Genel Kurul'da her üyenin bir oy hakkı vardır, üye oyunu bizzat kullanır, g) Toplantı sonunda, bütün tutanak ve belgeler Yönetim Kurulu'na teslim edilir,

h) Fahri üyelerin oy hakkı yoktur,

i) Yönetim, Denetleme ve Onur Kurullarının seçimi gizli oyla yapılır. Bunun dışındaki oylamalar, aksine karar verilmedikçe açık oylama ile gerçekleştirilir,

j) Kararlar oylamaya katılanların yarısının bir fazlası ile alınır.

TOPLANTIDA GÖRÜŞÜLECEK KONULAR:

MADDE 16- Genel Kurul toplantısında sadece gündemde yer alan maddeler görüşülür. Ancak toplantıda hazır bulunan üyelerin en az onda biri tarafından görüşülmesi istenen konuların gündeme alınması zorunludur.

GENEL KURUL'UN GÖREV VE YETKİLERİ:

MADDE 17- Genel Kurul'un görev ve yetkileri şunlardır;

a) Yönetim, denetleme ve onur kurullarının seçimi,

b) Dernek tüzüğü'nün değiştirilmesi,

c) Yönetim ve Denetleme Kurulları'nın raporlarının görüşülmesi, Yönetim Kurulu'nun ibra edilmesi,

d) Yönetim Kurulu'na hazırlanan bütçenin görüşülüp aynen veya değiştirilerek kabulü,

e) Yönetim Kurulu'na dernek küçük kasasında bulundurulabilecek para miktarının tayini,

f) Derneğe lüzumlu taşınmaz malların satın alınması veya mevcut taşınmaz malların satılması hususunda Yönetim Kurulu'na yetki verilmesi,

g) Derneğin Federasyona katılması,

h) Derneğin uluslararası faaliyetlerde bulunması, yurt dışındaki dernek veya kuruluşlara üye olarak katılması veya ayrılması,

i) Başvurma halinde Onur Kurulu kararlarının aynen veya değiştirilerek onayı,

j) Derneğin feshedilmesi, k) Mevzuatta ve Dernek tüzüğü'nde Genel Kurul'ca yapılması belirtilen diğer görevlerin yerine getirilmesi.

YÖNETİM KURULU:

MADDE 18- Yönetim Kurulu seçimden sonraki ilk toplantıda, kendi üyeleri arasından bir "Başkan", bir "Başkan Yardımcısı", bir "Genel Sekreter", iki "Genel Sekreter Yardımcısı", bir "Sayman" ve bir "Veznedar" seçer.

Küçük kasa dışındaki dernek geliri milli bankalara yatırılır. Bankadan para çekilebilmesi için, Başkan ve Sayman'ın her ikisinin de imzası gereklidir. Başkan'ın bulunmadığı dönemlerde para çekme yetkisi Başkan Yardımcısı ve Sayman'a aittir.

Yönetim Kurulu 7 asıl 5 yedek üyeden oluşur. Genel Kurul'ca gizli oyla seçilir. Görev süresi iki yıldır. Yönetim Kurulu seçimlerinde kişiler ancak tek aday olabilirler. Gruplar halinde adaylık olmaz.

YÖNETİM KURULU'NUN TOPLANMA ZAMANI VE USULÜ:

MADDE 19- a) Yönetim Kurulu ayda bir defa, gerekirse daha sık olarak en az beş üyenin katılımı ile toplanır. Üç toplantıya özür bildirimsiz katılmayan üye istifa etmiş sayılır. Asıl üyelerle çeşitli sebeplerle boşalma olduğu takdirde yedek üyelerin en çok oy alanından başlayarak göreve çağırılması zorunludur,

b) Yönetim Kurulu'nun görev süresi sona ermediği halde Genel Kurul toplantısında çalışma ya da parasal durum raporlarının aklanmaması durumunda Yönetim Kurulu'nun bütün üyelerinin görev süreleri sona erer. Bu durumda 7 asıl ve 5 yedek üye yeniden seçilir,

c) Yönetim Kurulu üye sayısı, boşalmalar sebebiyle, yedeklerin de getirilmesinden sonra yediden aşağı düşerse, Genel Kurul mevcut yönetim kurulu üyeleri veya Denetleme Kurulu tarafından bir ay içinde toplantıya çağırılır,

d) Yönetim Kurulu toplantıları Başkan'ın, o yoksa Başkan Yardımcısı'nın başkanlığında yapılır. Kararlar oy çokluğu ile alınır. Oyların eşitliği durumunda Başkan'ın oyu iki sayılır.

YÖNETİM KURULU'NUN GÖREVLERİ VE YETKİSİ:

MADDE 20- Yönetim Kurulu'nun görev ve yetkileri şunlardır;

a) Derneği temsil etmek, gerektiğinde derneği temsil etmek üzere Dernek Başkanı'na ya da Yönetim Kurulu üyelerinden bir ya da birkaçına yetki vermek,

b) Üyelik başvurularını karara bağlamak,

c) Yıllık çalışma programı hazırlamak ve uygulamak,

d) Bütçeği hazırlamak ve harcamak. Derneğin gelir ve gider hesaplarına ilişkin işlemleri zamanında yapmak ve gelecek döneme ait çalışma planı ve bütçe-yi hazırlayarak Genel Kurul'a sunmak,

e) Başkanın, Başkan Yardımcısının, Genel Sekreterin , Genel Sekreter Yardımcılarının, Saymanın ve Veznedarın görevlerini ve Derneğin çalışma esaslarını belirlemek üzere "İç Hizmet Yönetmeliği" hazırlamak,

f) Ücretli ve/veya sözleşmeli personel çalıştırmak,

g) Derneğin amaçlarına uygun işler gerçekleştirmek için başka kuruluşlarla ilişki kurmak, gerektiğinde anlaşmalar imzalamak,

h) Derneğin gelirini toplamak, geliri artıracı önlemleri almak (Dernek geliri dernekler yasasında öngörülen mabzularla ve öngörülen biçimde toplanır),

i) Şartlı bağışların kabulüne karar vermek,

j) Çalışma birimleri ve çalışma grupları oluşturmak, bunların görevlerini belirlemek, çalışma ortamı sağlamak ve hizmetlerini denetlemek,

k) Dernek şubelerinin açılmasına karar ve şube kurucularına yetki vermek.

k) Şubelerin çalışmalarını denetlemek,

l) Genel Kurul toplantılarının tarihini, yerini ve gündemini belirlemek, toplantıyı bütün üyelere duyurmak,

m) Yönetim Kurulu'nun yıllık çalışma raporunu hazırlamak,

n) Yönetim Kurulu, karar, üye kayıtları, gelir gider, evrak, demirbaş, bütçe kesin hesap ve bilanço defterlerini tutar. Bu defterler kullanılmadan önce notere onaylatılır,

o) Yasa ve yönetmeliklerin öngördüğü diğer görevleri yapmak.

DENETLEME KURULU VE GÖREVLERİ:

MADDE 21- a) Denetleme kurulu, üç asil ve üç yedek üyeden az olmak üzere, Denetleme Kurulu'nda görev almaları Dernekler Kanunu'nda yasaklanmamış olan üyeler arasında Genel

Kurul'ca seçilir. Kurul üyeleri istediklerinde, derneğin parasal işlerini ve çalışmalarının bu Tüzük'te belirtilen amaçlara uygun olup olmadığını denetleyebilir. Denetleme Kurulu her çalışma yılı sonunda, Genel Kurul'a sunulmak üzere bir "parasal durum raporu" hazırlar. Bu raporda derneğin gelir gider hesapları değerlendirilir.

b) Denetleme Kurulu altı ayı geçmeyen aralıklarla, derneğin işlemlerini, defterlerini, hesaplarını ve faaliyetlerini denetler ve denetleme sonuçlarını bir rapor halinde Yönetim Kurulu'na ve toplantısında Genel Kurul'a sunar. Genel Kurul, Denetleme Kurulu raporunu gözönünde tutarak Yönetim Kurulu'nun ibra edilip edilmemesine karar verir.

ONUR KURULU:

MADDE 22- Onur Kurulu üç kişiden ibarettir, üç kişi de yedek seçilir. Onur Kurulu, üyeleri arasından birini başkan seçer.

a) Onur Kurulu, dernek tüzük ve menfaatlarını çiğneyen, dernek amacına uymayan üye ve görevliler hakkında karar verir,

b) Dernek üye ve yöneticileri hakkında Onur Kurulu'na yapılacak şikayetler yazılı olarak bütün delilleri ile birlikte Yönetim Kurulu'na verilir. Yönetim Kurulu, müracaatı Onur Kurulu'na en geç bir hafta içinde havale eder,

c) Aynı konu Onur Kurulu'na birden fazla getirilemez,

d) Onur Kurulu kendisine havale edilen işler hakkında kararını en geç 2 ay içinde verir ve bu kararı Yönetim Kurulu tebliğ eder,

e) Onur Kurulu, davalıya hakkındaki şikayeti aynen tebliğ eder. Yazılı savunma ister. Ayrıca ilgili bütün evrakı tekkik edebilir ve sözlü açıklama alabilir. Sözlü açıklamalar tutanaklar ile tesbit edilir,

f) Onur Kurulu; ihtar, bir yılı geçmemek üzere üyelikten çıkarma veya kesin üyelikten çıkarma cezaları verebilir. İhtar kesin olup, üyelikten çıkarma cezalarına karşı, ilk Genel Kurul'da itiraz edilebilir. İhtar dışındaki cezalar, Onur Kurulu kararı Genel Kurul'ca onaylandığı takdirde uygulanır. Yalnız suistimali yüzünden cezalandırılacak yöneticiler hakkındaki karar, derhal uygulanır.

ORGANLARA SECİLENLERİN İDAREYE BİLDİRİLMESİ:

MADDE 23- Genel Kurul'ca yapılacak seçimi izleyen yedi gün içinde,

Yönetim Kurulu Başkanı tarafından, Yönetim ve Denetleme Kurulları ile Derneğin diğer organlarına seçilen asil ve yedek üyelerin ad ve soyadları, baba adları, doğum yeri ve tarihleri, meslekleri ve ikametgahları dernek merkezinin bulunduğu yerin en büyük mülki amirliğine yazılı bildirilir.

DERNEĞİN ŞUBELERİ:

MADDE 24- Yönetim Kurulu'nun uygun gördüğü yerlerde, dernek merkezi dışındaki illerde bulunan ve dernek çalışmalarına ilgi duyan üyelerin ilişkilerini güçlendirmek ve Dernek çalışmalarına daha etkin katılımlarını sağlamak amacıyla şubeler açılabilir.

ŞUBELERİN KURULUŞU:

MADDE 25- a) Dernek Yönetim Kurulu'nca , Derneğin en az yedi asil üyesine şube açma yetkisi verilir. Şube kurucularının, şubenin açılacağı yerde en az altı aydan beri ikamet etmeleri zorunludur,

b) Kendilerine yetki verilenler tarafından şubenin açılacağı yerin en büyük mülki amirliğine yazılı müracaat yapılır,

c) Bu yazıda kurucuların adı ve soyadı, baba adı, doğum yeri ve tarihi, meslek veya sanatı, ikametgahı, ve tabiyeti ile şube merkez adresinin bildirilmesi ve yazılı Dernek Tüzüğü'nden iki örnek ile yetki belgelerinin eklenmesi zorunludur,

d) Şubeler, Merkez Genel Kurulu'nda başkanları, ayrıca her yirmi üye için Şube Genel Kurulu'nca seçilecek şube delegeleri aracılığı ile temsil edilirler.

ŞUBE ORGANLARI:

MADDE 26- Şube organları şunlardır; 1) Genel Kurul, 2) Yönetim Kurulu, 3) Denetleme Kurulu, 4) Onur Kurulu.

ŞUBE GENEL KURULUNUN OLUŞUMU:

MADDE 27- Şube Genel Kurulunun oluşumu ve çalışması ile yetki ve sorumlulukları hakkında, Dernekler Kanunu ve bu Tüzüğün ilgili hükümleri aynen uygulanır. Ancak;

a) Şube Genel Kurulları olağan toplantılarını Merkez Genel Kurul toplantısından en az onbeş gün önce bitirmek zorundadır.

b) Şube Genel Kurul toplantısına ilişkin ilan gazete ile yapılabileceği gibi mahalli imkan ve araçlardan yararlanmak suretiyle de yapılabilir.

SÜBE YÖNETİM KURULU:

MADDE 28- Şube Yönetim Kurulu 7 asıl ve 5 yedek üyeden oluşur. Seçim usulü Merkez Yönetim Kurulu'ndaki gibidir. Seçildikten sonra aralarında bir "Başkan", bir "Başkan Yardımcısı", bir "Genel Sekreter", iki "Genel Sekreter Yardımcısı", bir "Sayman" ve bir "Veznedar" seçerek görev bölümlü yaparlar. Şube Yönetim Kurulu, Derneğin o yerdeki temsilcisidir. Gelir ve gider işlemlerini yürütür, şube bütçesini hazırlar ve Şube Genel Kurulu'na sunar. Dernek tüzüğü ile merkeze verilecek görevleri yerine getirir.

SÜBE DENETLEME KURULU:

MADDE 29- Şube Genel Kurulu tarafından seçilen 3 asıl ve 3 yedek üyeden oluşur. Altı ayı geçmeyen aralıklarla Şubeyi denetler. Aykırı hallerde Yönetim Kurulu'nu uyarır ve toplandığında da Şube Genel Kurulu'na raporlarını verir.

SÜBE ONUR KURULU:

MADDE 30- Şube Onur Kurulu üç kişiden ibaretir, üç kişi de yedek seçilir. Şube Onur Kurulu, üyeleri arasında birini başkan seçer.

a) Şube Onur Kurulu, dernek tüzük ve menfaatlarını çiğneyen, dernek amacına uymayan şube üye ve görevlileri hakkında karar verir,

b) Şube üye ve yöneticileri hakkında Onur Kurulu'na yapılacak şikayetler yazılı olarak bütünden delilleri ile birlikte Şube Yönetim Kurulu'na verilir. Şube Yönetim Kurulu, müracaatı Şube Onur Kurulu'na en geç bir hafta içinde havale eder,

c) Aynı konu Şube Onur Kurulu'na birden fazla getirilemez,

d) Şube Onur Kurulu kendisine havale edilen işler hakkında kararını en geç 2 ay içinde verir ve bu kararı Şube Yönetim Kurulu tebliğ eder,

e) Şube Onur Kurulu, davalıya hakkındaki şikayeti aynen tebliğ eder. Yazılı savunma ister. Ayrıca ilgili bütünden evrakı tetkik edebilir ve sözlü açıklama alabilir. Sözlü açıklamalar tutanaklar ile tesbit edilir,

f) Şube Onur Kurulu; ihtar, bir yılı geçmemek üzere üyelikten çıkarma veya kesin üyelikten çıkarma cezaları verebilir. İhtar kesin olup, üyelikten çıkarma cezalarına karşı, ilk Genel Kurul'da itiraz edilebilir. İhtar dışındaki cezalar, Şube Onur Kurulu kararı Şube Genel Kurulu'na onaylandığı takdirde uygulanır.

Yalnız suistimali yüzünden cezalandırılacak yöneticiler hakkındaki karar, derhal uygulanır.

SÜBE GELİR KAYNAKLARI:

MADDE 31- a) Şubeler kendi Genel Kurul'larında kabul edilen ve Dernek Genel Kurulu'na onaylanan bütçelerine göre giderlerini dernek adına sağladıkları gelirlerden ve Genel Merkeze aktarılan kaynaklardan karşılarlar. Şube yıl sonu bilançolarında kâr hanesinde görülen miktarın üçte birini izleyen yılın ilk iki ayı içinde Genel Merkeze aktarır. Çok acil hallerde ve sonradan Genel Merkeze ödenmek kaydıyla, Genel Merkezdens, Yönetim Kurulu uygun gördüğü takdirde, bu miktarın tahsilini erteleyebilir ya da şubeye devredilebilir.

b) Şubelerin elde edeceği taşınır ve taşınmaz mallar dernek merkezine aittir. Merkez Yönetim Kurulu gerekli gördüğü hallerde şubeleri denetleme hakkına sahiptir.

DERNEĞİN GELİR KAYNAKLARI:

MADDE 32- Derneğin gelir kaynakları; a) Üye aidatları,

b) Derneğe yapılan her türlü nakdi ve aynı bağışlar,

c) Yönetim Kurulu'na kabul edilen her türlü şartlı bağışlar,

d) Derneğe çıkarılan dergi ve diğer yayınlar, düzenlenen piyango, balo, temsil, eğlence, konser, spor yarışması, konferans gibi faaliyetlerden sağlanan gelirler,

e) Dernek tarafından yürütülecek kurs, seminer, araştırma, sergi, kermes gibi etkinliklerden sağlanan gelirler,

f) Derneğin yürüttüğü projeler karşılığında işbirliği yaptığı diğer kuruluşlardan sağlanan gelirler,

g) Derneğin mal varlığından elde edilen gelirler,

h) Derneğin diğer etkinliklerinden elde edilen gelirler,

* Derneğin dış ülkelerdeki gerçek ve tüzel kişilerden veya diğer kuruluşlardan yardım alması, İçişleri Bakanlığı'nın izni ile olur,

* Gelirler alındı belgesi ile toplanır,

* Alındı belgesinde, ödeme ve bağışta bulunanın açık kimliği ve imzası bulunur.

DERNEĞİN TUTACAĞI DEFTER:

LER: MADDE 33-

1) Üye kayıt defteri

2) Karar defteri

3) Gelen ve giden evrak kayıt defteri

4) Bütçe, kesin hesap ve bilanço defteri

5) Gelir ve gider defteri (İşletme defteri),

6) Demirbaş defteri

7) Alındı belgesi kayıt defteri.

Defterlerin noterden tasdikli olması zorunludur.

TÜZÜK DEĞİŞİKLİĞİ:

MADDE 34- Tüzük değişikliği yapabilmek için Yönetim Kurulu'nun ya da en az 10 üyenin teklifi ile Genel Kurul üyelerinin en üçte ikisinin hazır bulunduğu toplantıda ve katılanların 2/3'sinin olumlu oyu gereklidir.

DERNEĞİN FESHİ VE MALLARIN TASFİYESİ:

MADDE 35- Dernek gerek görülmesi halinde Dernek Genel Kurulu'nun kararı ile feshedilir. Genel Kurul'un, fesh kararı verilebilmesi için dernek üyelerinin 2/3'sinin toplantıda hazır bulunması ve toplantıya katılanların 2/3'sinin çoğunluğu ile karar alınması şarttır. Birinci toplantıda 2/3 çoğunluk sağlanamazsa, ikinci toplantıda bu çoğunluk aranmaz. Toplantıya katılanların 2/3'nin fesh kararı vermesi halinde dernek feshedilir. Bu durumda derneğe ait mallar Genel Kurula tespit edilecek benzer amaçlı bir kuruma devredilir.

DİĞER HÜKÜMLER:

MADDE 36- Bu Tüzük'te belirlenmemiş hususlarda Türk Medeni Kanunu ve 2908 sayılı Dernekler Kanunu hükümleri uygulanır.

GEÇİCİ HÜKÜMLER:

MADDE 37- Derneğin kurulduğundan sonraki 12. ayı izleyen ilk Ekim ayında Genel Kurul toplantısı yapılır. İlk Genel Kurul toplantısına kadar aşağıda belirtilen Geçici Yönetim Kurulu, Derneği yürütür; R.EROL SEZER, Mehmet BOSTANCI, Yasemin AÇIK, Nevzat BILGIN, Remzi ÖZTÜRK, Zulfina GÜLŞEN, Haydar EFLATUN

KURULUŞ TARİHİ

MADDE 38- Sağlık Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Tüzüğü 38 maddeden ibaretir ve aşağıda isimleri olan kişiler tarafından 14 Ekim 1993 tarihinde kurulmuştur (Kurucuların imzaları).

12 KASIM 1993: SİGARA VEYA SAĞLIK PANELİ

Düzenleyenler

European Medical Association
Smoking or Health (EMASH)

İstanbul Tıp Fakültesi
Sigara ve Sağlık Kolu

Prof.Dr.Feyza ERKAN'ın (İstanbul) yönettiği panelde, Prof.Dr.R.Erol SEZER (Elazığ), "Dünya'da ve Türkiye'de Sigara Salgınının Boyutları"; EMASH Başkanı Prof.Dr.Paul Freour (Bordeaux), "Avrupa'da Hekimlerin ve Diğer Sağlık Elemanlarının Sigaraya

Karşı Savaşımı"; EMASH Türkiye Grubu Başkanı Prof.Dr. Y.İzzettin BARIŞ (Ankara), "Türkiye'de Sigaraya Karşı Savaşım"; Doç.Dr.Elif DAĞLI (İstanbul), "Tıp Eğitimi ve Sigara" isimli sunuşları yaptılar. Bunları takiben İstanbul Tıp Fakülte-

si Sigara ve Sağlık Kolu'nun gerçekleştirdiği etkinlikler ve gelecekle ilgili planları eski ve yeni dönem başkanlarınca açıklandı. Bu açıklamalar, bu kolun canlı ve övgüye değer bir yapıda olduğunu gösterdi.

18 ARALIK 1993

GÖNÜLLÜ KURULUŞLARIN SİGARA İLE MÜCADELE İÇİN GÜÇBİRLİĞİ TOPLANTISI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Elif DAĞLI ve Türkiye Kanseri Savaş Vakfı Başkanı Prof.Dr. Ali Haydar TAŞPINAR'ın, çağrısı ile yapılan

toplantıya 14 gönüllü kuruluş katıldı. Toplantı Türkiye Kanseri Savaş Vakfı'nın İstanbul'daki binasında gerçekleşti. Toplantıda sigara ile mücadele için güçbirliği kararı ile 1994'de sigara ile mücadele

konusunda mevcut olan tasanlardan birinin kanunlaşması konusuna öncelik verilmesi kararı alındı. 31 Mayıs Sigaraya Hayır Günü'nün etkin bir şekilde geçmesi için de gönüllü kuruluşlar birlikte hareket edecekler.

ANADOLU SOLUNUM DERNEĞİ KURULDU

Sigara ve benzeri toksik maddelerin etkileri konusunda eğitim araştırma çalışmaları yapmak ve bu çalışmalarını desteklemek amacıyla "Anadolu Solunum Derneği" kuruldu.

Eskişehir ve çevresinde çevresel asbest teması ve sigara içimi yaygınlığının birlikteliği nedeniyle malign pulmoner sistem tümörlerinin oldukça sık görüldüğü gerçeğinden hareketle kurulan Derneğin Başkanlığını Anado-

lu Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Necle ÖZDEMİR yürütmektedir.

Dernek yöneticilerinden alınan bilgiye göre, dernek ilk faaliyet olarak, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ile birlikte halka açık "Sigara" konulu bir panel düzenledi. Ardından Eskişehir il ve ilçelerinde özellikle öğretmen ve

öğrencilere yönelik aydınlatıcı toplantılar şeklinde çalışmalar başlatıldı.

Diğer dernek ve kuruluşlarla da aktif işbirliği içerisinde girmeyi hedefleyen Anadolu Solunum Derneği ile iletişim için faks ve irtibat telefonlarını veriyoruz.

Anadolu Solunum Derneği

Faks: (222) 2394714

Telefon: (222) 2393750 / 192-195

E.M.A.S.H. TÜRKİYE KOMİTESİ BAŞKANLIĞI'NA PROF.DR.Y.İZZETTİN BARIŞ SEÇİLDİ

E.M.A.S.H. (European Medical Association Smoking or Health) (Sigara ya da Sağlık Avrupa Tıp Birliği) Türkiye Komitesi Başkanlığına Prof.Dr. Y.İzzettin BARIŞ seçildi. E.M.A.S.H.'in Türkiye'deki üyeleri tarafından Mayıs 1993'te Başkanlığa

seçilen Prof.Dr.Y.İzzettin BARIŞ, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı'dır. Mezotelioma etiyolojisi ve epidemiyolojisi alanında uluslararası üne sahip Prof.Dr.Y.İzzettin BARIŞ, sigara ile mücadele çalışmalarının

Türkiye'de etkili bir düzeye çıkması için öncülük ve önderlik etmekte. Sigara ile Mücadele I. Ulusal Kongresi 7 Kasım 1992'de, Ankara'da Prof.Dr. Y.İzzettin BARIŞ'ın başkanlığında toplanmıştır.

SAĞLIK BAKANLIĞI "YATAKLI VE AYAKTAN TEDAVİ KURUMLARINDA SİGARA İÇİLMEMESİ" KONULU GENELGENİN ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE DE UYGULANMASINI İSTEDİ

Dünya Sağlık Örgütü 31 Mayıs 1993 Sigaraya Hayır Günü için "SAĞLIK KURULUŞLARI ve SİGARA" konusunu seçmişti. Bununla bağlantılı olarak Sağlık Bakanlığı'nın "...ülke çapında tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında sigarasız ortamların yaratılmasını" ana hedef olarak benimsediği bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, 27.1.1993 tarihli bir yazı ile "Yataklı ve Ayaktan Tedavi Kurumlarında Sigara İçilmemesi" konulu Daimi Genelgenin, Üniversite hastanelerinde de uygulanmasını talep etmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın 3.3.1989 tarih ve 5901 sayılı Genelge'sini aşağıda yayınlıyoruz.

YATAKLI VE AYAKTAN TEDAVİ KURUMLARINDA SİGARA İÇİLMEMESİ KONULU 3.3.1989 TARİH VE 5901 SAYILI DAIMİ GENELGE

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 194. maddesinde belirtilen "gürültü, alkol ve sigara yasağı"na ilişkin hüküm paralelinde Bakanlığımıza bağlı yataklı ve ayaktan tedavi kurumlarında sigara içilmemesini hedefleyen ve adı geçen kurumlarda sigara içimini belirli alternatifler çerçevesinde sınırlandıran genelgenin uygulanmasıyla ilgili hususlar aşağıda belirtilmiştir.

1-GİRİŞ

Sigaranın insan sağlığı üzerindeki zararlı etkileri bugün bütün dünyada kesinlik kazanmış ve özellikle genç nesil için oluşturduğu riski ortadan kaldırmak ve sigarasız yeni bir nesil yetiştirebilmek için tüm ülkeler bir önlem alma yarışına girmişlerdir.

Son yıllarda ülkemizde de özellikle gençler arasında hızla artış gösteren "sigara içme alışkanlığı" ile mücadele ve sigara içmeyenlerin sigaranın zararlarından korunması çalışmalarına ayrı bir ağırlık verilmiş, çeşitli kurum ve kuruluşların işbirliği ile bu konudaki çalışmalar hızlandırılmıştır.

2-AMAÇ

Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde; toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, sigara alışkanlığının sigara içen ve içmeyenler üzerinde yarattığı olumsuz etkileri ortadan kaldırmak temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ana görevleri arasındadır.

Bu amaca ulaşmada sağlık personelinin rolü, diğer sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde olduğu gibi örnek olmak ve uygulamaların diğer kurum ve kuruluşlara yansımaları sağlamada önderlik etmektir.

Bakanlığımız sigaranın zararlarından korunma çalışmalarında bu önderliğin gerçekleştirilmesi için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı tüm yataklı ve ayaktan tedavi kurumlarında bir uygulamanın yapılmasını planlamıştır.

Bu uygulamanın hassasiyetle yürütülmesi halinde en azından sağlık ala-

nında hizmet veren Bakanlığımız kurumlarında sigaranın zararlarından korunma konusunda etkili bir çalışma gerçekleştirilmiş olacaktır.

3-UYGULAMA ALANI

Bu genelge Bakanlığımıza bağlı tüm yataklı ve ayaktan tedavi kurumlarını içine almaktadır.

4-UYGULAMA ŞEKLİ

Sigaranın zararlarından korunma konusunda Bakanlığımız, eğitim çalışmalarını ağırlıklı olduğu bir yaklaşımla benimsenerek, korkutucu ve ürktücü yaklaşımlardan uzak, sigaranın doğrudan veya dolaylı olarak sağlığa ilişkilerini vurgulayarak kişide kendi sağlığını koruma düştünde başkalarının sağlığını da korumaya yönelik bir sorumluluk anlayışının gelişmesini ve yerleşmesini sağlamayı esas prensip olarak kabul etmiştir. Bu noktadan hareketle;

4.1-Kurumlar kendi bünyelerinde yapacakları eğitim çalışmalarında özellikle özendirici ve espiri anlayışının hakim olduğu bir programı hedefleyeceklerdir. Eğitimin planlama ve uygulama safhasında gerekli görüldüğü takdirde Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı ile bilgi alışverişi yapılabilir.

4.2-Eğitim çalışmalarına ait sorumluluğun öncelikle uygulamanın yapılacağı kurumdaki psikolog, eğer yoksa sosyal çalışmacı, tıbbi teknolog veya konuya uygun bir başka personel tarafından üstlenilmesi ve yürütülmesi sağlanacaktır.

4.3-Bakanlığımıza bağlı yataklı ve ayaktan tedavi kurumlarında bu genelgenin dağıtıldığı tarihten itibaren aşağıda belirtilen yerlerde kesinlikle sigara içilmesine izin verilmeyecektir:

-Hasta odaları, koğuşu, muayene odaları, hasta ve/veya yakınlarının toplu halde bulundukları bekleme salonları, koridorlar, poliklinikler, laboratuvarlar, mutfak, derslik, kütüphane vb. toplu

halde bulunan yerler.

4.4-Bakanlığımıza bağlı yataklı ve ayaktan tedavi kurumlarında en geç 31 Mart 1989 tarihine kadar kurum amirlerinin uygun göreceği "sigara içme yeri ve/veya yerlerinin" ayrılması gerçekleştirilecek ve bu tarihten sonra bu yer ve/veya yerlerin dışında sigara içilmesine kesinlikle izin verilmeyecektir.

4.5- Adı geçen kurumlarda böyle bir yerin ayrılması fizik imkanlar nedeniyle mümkün değilse yine en geç 31 Mart 1989 tarihine kadar sigara içen personele içmeyen personelin oturma düzenlerinin birbirlerini rahatsız etmeyecek bir biçimde yeniden ayarlanması sağlanacaktır.

4.6-Ayrıca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı diğer birimler, yerleşim alanlarının imkan verdiği ölçüde sigara içme yer ve/veya yerlerinin ayrılmasına veya sigara içmeyenlerin sigara içenlerden rahatsız olmayacakları bir düzenin yaratılmasına gayret göstereceklerdir.

4.7-Alınması gerekli önlemlerden her kurum amiri müstakilen sorumlu olacaktır.

5-DEĞERLENDİRME VE DENETLEME

Konuya ilişkin değerlendirmeler İl Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğün ve yardımcısının sorumluluğunda il düzeyinde gerçekleştirilecek ve uygulamalara ilişkin doküman (eğitimde kullanılan materyal, genel yaklaşım, karşılaşılan zorluklar vs.) 6 ayda bir olmak üzere Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

Denetlemelerden her kurum amiri sorumlu olacak, denetleme raporları 6'şar aylık dönemler içinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilecektir.

Bilgilerinizi ve gereğini yapılmasını rica ederim.

TÜTÜN FONU KARARNAMESİNDE DEĞİŞİKLİK

Tekel Genel Müdürlüğü dışındaki kuruluşların ürettiği sigaraların yurtiçi üretimi, dağıtımı, fiyatlandırılması, reklamu ve vergilendirilmesi konularındaki Kararname Maddeleri yeni bir karar ile değiştirildi. 28 Mayıs 1993 tarih ve 21594 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren karar metnini aşağıda sunuyoruz.

Yaprak Tütün ve Tütün Mamüllerinin Üretimi, Satışı ve İthalatı, Fon Alınması ve Bu Fonun Kullanılmasına Dair Usul ve Esaslarda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar

Madde 1- 8/8/1986 tarihli ve 86/10911 sayılı Kararnamenin eki Yaprak Tütün ve Tütün Mamüllerinin Üretimi, Satışı ve İthalatı, Fon Alınması ve Bu Fonun Kullanılmasına Dair Usul ve Esasların 2/5/1991 tarihli ve 91/1755 sayılı Kararname ile değişik 5 inci maddesinin (c) ve (e) fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"c) Bu şekilde kurulan fabrikaların kurulu kapasitesinin tek vardiyada 2000 ton/yıl'dan daha az olması halinde, üretilen sigaraların tamamının yurtiçi satışı TEKEL Genel Müdürlüğü eliyle yapılır ve fiyatları TEKEL mamüllerine uygulanan usulle tespit olunur.

Kurulu kapasitenin tek vardiyede en az 2000 ton/yıl olduğunun teknik bir heyet marifetiyle tesbiti halinde ilgili firmaya serbest satış ve fiyatlandırma yetkisi verilir.

Bu sigaraların bandrolsüz olarak piyasaya sürülmesi yasaktır. Bandrol-ler TEKEL Genel Müdürlüğü'nce bas-tırılır ve ihtiyaç sahiplerine verilir.

Adıgeçen Genel Müdürlükçe verilen bandrol miktarları Maliye ve Gümrük Bakanlığı'na bildirilir.

Satışa sunulan sigara ve tütün mamülleri paketlerinde "sağlığa zararlıdır" ibaresinin yer alması mecburi-dir.

Sigara ve her çeşit tütün mamül-lerinin radyo, televizyon ve Devlete ait her türlü kurum ve kuruluşlar ara-cılığı ile reklamının yapılması yasak-tır.

Serbest dağıtım ve fiyatlandırma yetkisi olan firmaların bu faaliyetleri sırasında; piyasaya bandrolsüz sigara sürmeleri, belge düzenine ve vergi ka-nunlarına uymamaları halinde, serbest dağıtım haklarının iptal cihetine gidilerek asgari 3 yıllık süre ile bu hiz-metler TEKEL Genel Müdürlüğü eliyle yürütülür. Ayrıca Bu işlemlerden dolayı da haklarında, 1177 sayılı Tü-tün ve Tütün Tekeli Kanunu, vergi kanunları ve ilgili mevzuat uyarınca gerekli kanuni işlemler yapılır. Bu iş-lemlerin tekerrürü halinde serbest da-ğıtım ve fiyatlandırma hakları iptal

edilerek bu hizmetler TEKEL Genel Müdürlüğü eliyle sürdürülür."

"e) Yurtiçi imalatçıları tarafından üretilen sigaraların marka bazında fiili üretimlerinin 2000 ton/yıl'a ulaşması halinde, ilgili firma tarafından sözkö-nusu markanın ithalatı, yurtiçi satışı ve fiyatlandırması serbestçe yapılabil-ir.

Ancak, bu ithalat ilgili firmaya inhisar hakkı yaratmaz. TEKEL Genel Müdürlüğü'nce de lüzum görüldüğü takdirde bu markaların ithalatı yapıla-bilir."

Geçici Madde- Bu Karar'ın yürür-lüğe girdiği tarihten önceki mevzuata göre verilen deneme üretimi, geçici iş-letme izni, kesin işletme izinlerine istinaden üretilen sigaralarla ilgili iş-lemeler o tarihteki mevzuat hükümleri-ne tabidir.

Madde 2- Bu Karar yayımı tari-hinde yürürlüğe girer.

Madde 3- Bu Kararla ilgili usul ve işlemleri tesbite ve yürütmeye Maliye ve Gümrük Bakanı yetkilidir.

Dumansız Bir Yaşam İçin Çizgiler ELVEDA SİGARA MERHABA HAYAT

Kamil YAVUZ

Karikatür çizmeye 1973 yılında başlayan ve mesleğinde 20.yılıni dolduran karikatürist Kamil YAVUZ, birçok ilde sergilediği ve bir kısmını kartpostal olarak hazırladığı "Elveda



Elveda Sigara Merhaba Hayat / Kamil Yavuz / Cartoon
Yayincılık / 48 s.

Sigara Merhaba Hayat" adlı sergisini kitap olarak yayımladı. Tüm yayın hakkı Kamil Yavuz'a ait olan kitapta 50 adet karikatür bulunmaktadır. Karikatürist Kamil Yavuz: "İçenlere içmeyin, demiyoruz; fakat pasif içici konumuna getirilmiş hastaların, hamilelerin, çocukların, yaşlıların ve biz içmeyenlerin temiz, dumansız bir hava solumaya hakkımız yok mu?" demek ve sigara konusundaki çalışmalarını şöyle özetlemektedir: "Sergi için 2 yıl çalıştım, araştırdım, içenleri izledim ve sigara içmenin tamamen el alışkanlığı ile beyinsel bir faaliyetin karışımı olduğuna karar verdim... Kendi beynime bir emir vererek ben de el alışkanlığımla çizmeye başladım. 55 adet karikatür çizdim. 50 adedini kitapta topladım. 16'sı kart olarak basıldı. Sergilere devam edeceğim."

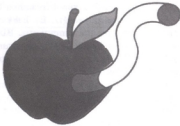
Karikatürist Kamil Yavuz, kitabının yayımlanmasının ardından sergilerine devam ediyor. 4 - 26 Şubat 1994 tarihleri arasında "Elveda Sigara Merhaba Hayat" adlı sergisine ANKARA'da (Kültür Bakanlığı Dünya Karikatür Galerisi, Necatibey Cad. No:55) devam ediyor. 4 Şubat 1994 günü saat 14'de yapılacak olan açılışta sanatçı sergi ile ilgili "Elveda Sigara Merhaba Hayat" adlı kitabını imzalayacaktır.

"Elveda Sigara Merhaba Hayat" adlı karikatür kitabını 0-216-3482757 no.lu telefondan ya da P.K.15 23001-ELAZIĞ adresine yazarak edinebilirsiniz.

HEKİM VE SİGARA Doç.Dr.Özen AŞUT

hekim ve sigara

Doç. Dr. Özen Aşut



Hekim ve Sigara / Doç.Dr.Özen Aşut / Türk Tabipleri Birliği
Yayını / 123 s.

Türk Tabipleri Birliği'nin çalışmalarına Halk Sağlığı ve Sigara konularındaki katkılarıyla tanınan Doç.Dr.Özen AŞUT, "Hekim ve Sigara" adlı bir kitap hazırladı. Türk Tabipleri Birliği yayını olarak Nisan 1993'de basılan kitabın amacı, yazarının ifadesiyle, "...hekimlerin sigara alışkanlığı ile ilgili sürekli eğitimine katkıda bulunmak; aynı zamanda, hastalarına sigarayı bırakma konusunda yardımcı olacak bilgi ve yöntemleri aktarmaktır." Kitabının sunuş bölümünde yazar, kitabın "...toplumumuzu kemiren bir alışkanlığın yok edilmesine yönelik süreçte bir katkı olması amaçlıyor ve diliyorum" demektedir.

Sigara ile ilgili konularda bir başvuru kitabı özelliği taşıyan yayın, aşağıda belirtilen ana bölümlerden oluşuyor;

Tütünün ve sigara dumanının öyküsü, Sigaranın insan sağlığına etkileri, Sigara alışkanlığının ekonomik sonuçları, Sigara içme epidemiyolojisi, Sigaraya karşı savaşmada halka yönelik çalışmalar, Sigarayı bırakma süreci.

CAMEL, MARLBORO'YU İHBAR ETTİ

Reynolds'un Türkiye Genel Müdürü Patrice Dumont, Marlboro'nun İzmir Torbalı'daki tesisinin, Tütün Kararnamesine aykırı Olarak Açıldığını Öne Sürdü

Camel'in Türkiye Dağıtım Kanallarının Bugüne Kadar İyi İşlemediğinden Yakınan Dumont, "Marlboro'nun Türkiye'de Çok Dostu Var" Dedi

Türk pazarındaki yabancı sigara sa-
vaşı ilginç bir ihbarla renk kazandı.
Philip Morris'in ardından İzmir Torba-
lı'da 100 milyon dolarlık yatırım yapan
camel sigaralarının üreticisi RJ Rey-
nolds, Tekel'in ve hükümetin Philip
Morris'e daha "sıcak ve toleraslı" dav-
randığını düşünüyor.

Ayrıcalıklı Davranış- Sabancı
Grubu ile ortaklık kuran Marlboro sigar-
alarının üreticisi Philip Morris'in, İz-
mir Torbalı'daki tesislerini, Tütün Ka-
rarnamesi'ndeki şartları tamamlamadan
açtığını belirten RJ Reynolds Tütün Sa-
nayı Genel Müdürü Patrice Dumont,
"Sizce hükümet ve Tekel, Philip Mor-
ris'e daha mı ayrıcalıklı davranıyor?"
sorusuna şu yanıt verdi:

Philisa'ya Verilen Avantaj-
"Böyle bir izlenime sahibim. Kararna-
me, sigara üretimi için tütün işleme tes-
isini şart koşarken, Philip Morris hükü-
metten özel bir izin alarak açılışını yap-
mış olabilir. Ortada bir kanun var. Çok

net ve açık. Biz bütün yatırımlarımızı
bu kanunun istekleri doğrultusunda yap-
tık. Ama, Philisa hükümetten aldığı bu
geçici izinden dolayı Ocak ayında üreti-
me başladı. Bu izinle Philisa'ya 5 ay öñ-
ce üretime geçme avantajı sunuldu."

Marlboro'nun Dostları-Türki-
ye'de yaptıkları yatırım sayesinde Rey-
nolds ürünlerinin dağıtım kanallarında-
ki aksaklıkları da gidermeyi amaçladık-
larını belirten Dumont, "Marlboro, Türk
pazarına Camel'den çok daha önce girdi.
Ve Marlboro, bu pazarda Camel'dan 10
kat daha büyük. Bu nedenle Türkiye'de
çok sayıda dostu olması şaşırtıcı değil.
Bugün için, Tekel ve hükümetle olan
ilişkilerimizde birkaç küçük problem dı-
şında sorun yok" dedi.

En Önemli Sorun-Bugün için,
Tekel ve Hükümet ile yaşanan en önemli
sorunun, Tütün Kararnamesi'nde üretici-
lere fiyat ve dağıtım serbestisi sağla-
yacak olan madde olduğunu sözlerine

ekleyen Dumont, şöyle devam etti: "Ka-
rarnamede 2 bin tonluk bir limit öñö-
rülüyor. Ancak bu limitin üretim mi, sa-
tış mı olduğu açık değil. Bunun açıklığa
kavuşturulması için görüşmeler sürü-
yor".

Tekel Zam Yapsın- Bugün için
Türkiye'deki Amerikan tütün pazarında
liderliğin Tekel 2000 sigarasında oldu-
ğunu belirten Patrice Dumont, şunları
söyledi: "Türkiye'de sigara üretimi Av-
rupa'nın herhangi bir ülkesindeki üre-
timden çok daha pahalı. Bugün bir paket
Camel sigarasını 10 bin 500 liradan sa-
tarak zarar ediyoruz. Ama, Tekel, Tekel
2000'ni 8 bin liradan sattığı sürece biz-
lerin fiyatlarını artırmaları mümkün de-
ğil. Dolayısıyla, Tekel'in bu sigaranın
fiyatını artırması gerekiyor. Öyle zan-
nediyorum ki bir kaç ay içinde de bu ar-
tışı yapacaklar".

(Hürriyet / 25.5.1993)

KOVBOYA FİYAT RESTİ

Philip Morris ile Sabancı Hol-
ding'in ortaklaşa kurdukları yerli Marl-
boro'nun üreticisi Philisa ile hükümet,
mahkemelik olmak üzere. Marlboro si-
garasının Türkiye'deki üreticisi Philisa,
Süleyman Demirel Hükümeti döneminde
çıkarılan bir kararnameye dayanarak
yıllık kotasını doldurduğunu, kendi fi-
yatını belirleme ve dağıtımını yapma
hakkını elde ettiğini bildirdi.

Ancak Gümrük ve Tekel Bakanı Na-
fız Kurt "Tekel'i batırır" gerekçesiyle,
Marlboro'ya bu hakkın verilmeyeceğini
açıkladı. Kurt "Kararnameler Allah yapı-
sı değil ya" diye tavrını açıkça ortaya
koydu. Marlboro'nun üreticisi Philip
Morris'in Türkiye'deki temsilcisi Philisa
ise, "Bu hakkı biz elde ettik. Fiyatımız
artık biz belirleriz" diye ısrar ediyor.

Kararnamenin Getirdiği- De-
mirel'in Başbakanlığı döneminde, 28

Mayıs 1993 tarihinde çıkarılan kararna-
me, Türkiye'de sigara üretimi yapan özel
sektöre, yıllık kapasitelerinin 2 bin to-
na ulaşması halinde "Serbest fiyat bel-
leme ve dağıtım hakkı" veriyor. Philisa
da 16 Aralık 1992'deki açılışından bu
yana kararnameyle belirlenen yıllık 2
bin tonluk kapasiteyi aştı. Philip Mor-
ris'in Türkiye temsilcisi Philisa, bundan
böyle Marlboro'nun fiyatını kendisinin
belirleyeceğini Tekel'e bildirdi.

Bakan Karşı- Bakan Kurt, Marl-
boro'nun istişine Bakanlar Kurulu Top-
lantısında da karşı çıktı, şunları söyle-
di: "Bu durum Tekel'in büyük zararına
neden olur. Tekel batar. Kararname uy-
gulanmamalı. Kararname Allah yapısı
değil, değişir. Bugün Tekel 2000 sigara-
sını 14 bin liradan satıyoruz. Marlboro
fiyatını 12 bin lira yaparsa ne olacak.O
zaman Samsun'u, Maltepe'yi nasıl sata-
rız? Tekel'in iyi bir yapıya kavuşması

için en az 20 trilyon liraya ihtiyacı var.
Ben kararnamenin uygulanmasına karşı-
yım."

Philisa ne diyor?- Philisa yetki-
lileri, kararnameyle kendilerine tanınan
bir hakkın bulunduğunu hatırlattılar, şu
görüştü savundular: "Bu kararname, ya-
banacı sermayeyi Türkiye'ye getirmek
için çıkarılmıştı. Devlette devamlılık
vardır. Biz kendi fiyatımızı bundan böy-
le belirleyeceğiz. Bu hakkın bize ver-
ilmeyeceğini sanmıyoruz. Bizim Marlbo-
ro'yu Tekel 2000 sigarasının altında bir
fiyatla satma düşüncemiz yok. Zaten bir
paket sigaranın üzerindeki vergi yükü,
şu an 10 bin 912 lira. Bunun maliyeti
düşüldüğünde, bizim bugünkü fiyatın
altında satışımız imkansız. Ancak
enflasyon oranında da kendi fiyatımızı
belirleriz.

(Hürriyet / 1.10.1993)

TÜRKİYE'DE SİGARA KULLANIMI ARAŞTIRMASI

(Milliyet Gazetesinin 5.1.1994 tarihli haberine göre BİGTAŞ Araştırma Şirketi Türkiye'yi temsil edebilen bir örnek üzerinde sigara kullanımını araştırdı.)

Sağlık için sigara Alarmı'nın haber ekibi BİGTAŞ ile görüştü. BİGTAŞ yetkililerinin ifadesine göre : Araştırma Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmıştır; Sigara tüketimi konusunu da içeren geniş kapsamlı bir araştırmadır. Araştırmamanın danışman-

lığını Prof. Dr.Aykut Toros yapmıştır.

Milliyet'in haberine göre: Araştırma ,Türkiyenin sekiz ayrı bölgesinde dokuzar yerleşim birimi üzerinde 6672 hanede ve 27408 kişi ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir;

Yirmi ve daha yukarı yaştaki nüfusun % 33.6 sı sigara içmektedir.Erkeklerin sigara içme oranı % 58 , kadınların % 13 tür.;Sigaraya 10-14 yaşlarında başlayanlar artmaktadır.

HOLDİNGLER SİGARAYI BIRAKIYOR

Amerika'da başlayan ve tüm dünyaya yayılan işyerinde sigara içme yasası, Türkiye'deki büyük şirketlere de yansdı. Çalışma ortamında dumanlı olmak istemeyen şirketler, yeni eleman alırken de, tercihini sigara içmeyenlerden yana kullanıyor.

SABANCI'DA YASAK- Amerikan Marlboro sigarasını Türkiye'de üretmek üzere Philip Morris'le ortak Philsa'yı kuran Sabancı Holding'de sigara içmek şimdilik serbest. Ama Holding, inşaatı süren yeni merkez Sabancı Center'a taşındığında içerde kesinlikle sigara içilmeyecek.

DOĞUŞ HOLDİNG'in patronu Ayhan ŞAHENK, sigara içilmesini teşvik için, sigarayı bırakan çalışanına bir maaş ikramiye vereceğini açıkladı. Doğuş'ta sigarayı bırakan çalışanlar ikramiyelerini mesai arkadaşlarının ve müdürlerinin şahitliğiyle alacaklar.

PROFİLO HOLDİNG üç hafta önce toplu yerlerde sigara içilmesini yasakladı. Holding sigara içme ya-

sğını, 1.5 ay sonra bütün gruba yayacak. Profilo yöneticileri, şu anda sadece sözlü olarak duyurulan yasak kararının, daha sonra sert tedbirlerle destekleneceğini belirtiyorlar.

YAŞAR HOLDİNG'de sigara konusunda genel bir yasak yok. Ancak gruba bağlı Batı Sigorta, sigarayı bırakma kampanyası başlattı. Şirket çalışanları bu kampanya çerçevesinde sigara paketlerini ve çakmaklarını açılan özel bir bölümde topluyorlar. Yaşar Holding yöneticileri "Bizde sigara içmeyen yöneticiler ağırlıklı. Bu yüzden sigara çok az içilir. Misafirlerimizde de sigara tutmayız.Holding sigara kokmaz" diyorlar.

ALARKO HOLDİNG binasında sigara içilmiyor, içmek isteyen dışarı çıkıyor. Alarko'ya iş başvurusunda doldurulan formlarda da "Sigara içiyor musunuz?" sorusu yer alıyor.

BAYRAKTAR HOLDİNG bünyesindeki Egebank Genel Müdürlüğü'nün İstanbul'daki yeni merkezinde Hüseyin Bayraktar ve Mehmet

Bayraktar'ın odalarının bulunduğu 17'nci katta kesinlikle sigara içilmiyor. Diğer katlarda ise sadece toplantı odalarında sigara izin veriliyor.

ALTINYILDIZ HOLDİNG de, sigarayla etkin mücadele eden kuruluşlardan. Gruba bağlı şirketlerde, iki kişiden fazla insanın biraraya geldiği yerde sigara içilmiyor. Ayrıca her şirket, kendi bünyesinde sigarayı bırakmaya yönelik özendirme ve bilgilendirme faaliyetlerini sürdürüyor. Personel alımında, nitelik açısından eşit iki kişi arasında sigara içmeyen tercih ediliyor.

DİĞERLERİ- Polat Holding'in merkezinde ve gruba bağlı Ege Seramik ile Ankara'da kurulu Pet Holding'in merkez binasında da sigara içilmiyor. Borusan Holding ve bağlı şirketlerinde de sadece belli bölümlerde sigaraya izin var. Feniş Holding'in sadece yönetim katında sigara içilmesi yasak.

(Hürriyet / 15 Mayıs 1993)

SİGARA HİSSE SENEDİNİ VURDU MARLBORO A.B.D.'DE DEĞER KAYBETTİ

Sigara dumanının, sigara içmeyenlere de zarar verdiği, pasif içicilerin de sağlıklarının riske sokulduğu açıklanınca, Marlboro'yu üreten Philip Morris hisseleri değer kaybetmeye başladı.

New York Borsası'nda Dow Jones endeksi, Philip Morris hisselerindeki gerilemeler nedeniyle önceki gün 2.71 puan kaybederek 3305.16 puana indi. New York Eyaleti'nin sigaraya yeni

bir vergi koyabileceğine ilişkin söylentiler de Philip Morris hisselerinin olumsuz yönde etkiledi.

(Milliyet / 9 Ocak 1993)

GORBAÇOV'UN AVUKATI SİGARA LOBİSİ İÇİN TÜRKİYE'DE

Gorbaçov Vakfı, Şevardnadze Vakfı, Gürcistan Telekomünikasyon ve Özelleştirme Bakanlığı'nın hukuk danışmanlığını yürüten Amerikalı hukukçu Paul Ditrich, ticari iletişim özgürlüğü olmadan serbest piyasa modelinin yerleştirilmesinin söz konusu olamayacağını belirtti. 500 avukat tarafından kurulan Squire and Demsey Hukuk Şirketinin ortakları arasında yer alan Ditrich, dünyada ticari iletişim ve ticari özgürlüğü savunmak ve

geliştirmek amacıyla kurulan LIBERTAD'ın da üyesi.

Ditrich, LIBERTAD olarak Türk hükümetinin sigara reklamlarına kısıtlama getirmesine ilişkin yasa değişikliğini geri çekmesi için de kamuoyu ve bürokratlar nezdinde lobi çalışmaları yaptıklarını söyledi. Ditrich, "Alkollü içki ya da sigara ile başlayan reklam yasağı zamanla savaş oyun-cakları, çocuk maması gibi her sektö-

re yayılır" dedi.

LIBERTAD'ın İstanbul'da yapılan 12'nci uluslararası yıllık toplantısı nedeniyle Türkiye'de bulunan Ditrich, "Satış yasal olan ürünlerin reklamı kısıtlanamaz. Tüketiciciye bilgi akışı sağlanmalı. Piyasada serbestçe satılan herhangi bir ürünün reklamının yasaklanması demokrasinin ruhuna aykırı" diye konuştu...

(Hürriyet / 11.10.1993)

EN KÜÇÜK TIRYAKI

Meral 3 yaşında günde üç paket sigara içiyor

Diyarbakır'da yaşayan 3 yaşındaki Meral YAVUZ günde üç paket sigara içiyor. Sigara içmeyince bunalıma giren Meral, maddi imkansızlıklar

yüzünden tedavi ettirilemiyor. Anne Zekiye YAVUZ, eşi Mehmet'in evi terkedip kendisini boşamasından sonra kızının açlıktan izmarit yemeye

başladığını belirterek "kızım daha sonra sigara tiryakisi oldu" dedi...

(Milliyet / 24.1.1994)

ÖKSÜREN KÜLTABLASI

Sigara tiryakilerini hedef alan buluşlar birbirini izliyor. Tayvanlı mühendis Wan Chung'un icadı kültablası, kullanıldığı zaman öksürerek tiryakiyi uyarıyor.

Sonunda kültablası da sigara tiryakilerine sırt çevirdi. Tayvanlı mühendis Wan Chung'un "öksüren kültablası" İngiliz patent dairesinden onay aldı. Bu kültablasının çevresinde

kibrit kutuları var. Tiryaki buradan kibrit aldığı zaman, bir entegre devre harekete geçiyor ve kültablası "öksürmeye başlayarak" tiryakiyi uyarıyor.

(Milliyet / 4.1.1993)

SİGARAYA KARŞI DEV KAMPANYA

ABD yönetimi, sigaraya karşı 170 milyon dolarlık bir kampanya başlattı. 7 yıl süreyle öncelikle 17 eyalette uygulanacak kampanya ile her yıl sigaradan 1.2 milyon kişinin ölmesinin önlenmesine çalışılacak. 4.5 milyon

tiryakinin sigarayı bırakması ve gençlerin sigaraya başlamaması, kampanyanın diğer amaçları arasında.

(Milliyet / 28.1.1993)

EVLAT EDİNME YASAĞI

İngiltere'de Leicestershire'de yaşayan Sharon ve Martin Issitt çiftinin evlat edinmeleri yasaklandı. Nedeni ise Sharon'un günde beş sigara içmesi. İngiltere'de Nisan

1991'den beri yürürlükte olan bir yasa sigara içen çiftlerin evlat edinmelerini kesinlikle yasaklıyor,

(Hürriyet / 30.1.1994)

Genel

Breslow L, Johnson M. California's Proposition 99 on tobacco and its impact. *Annu Rev Publ Health* 1993; 14:585-604.

Conway TL, Hurtado SL, Woodruff SI. Tobacco use prevention and cessation programs in the United States Navy. *Public Health Rep* 1993; 108:105-115.

Dorozynski A. France half-hearted in tobacco battle. *BMJ* 1993; 306: 607.

Freedman AM, Cohen LP. How cigarette makers keep health question "open" year after year. *Wall Street Journal* 1993; Feb 11: A1.A10.

Townsend J. Policies to halve smoking deaths. *Addiction* 1993; 88: 37-46.

Vaidya SG. Counter blast to the Tobacco Institute of India. (Three booklets obtainable from Dr SG Vaidya, Hon Secretary, The Goa Cancer Society, Dr E Borges Rd, Dona Paula, Goa 403 004, India)

Bağımlılık ve Farmakoloji

Gupta SK, Okerholm RA, Coen P, Prather RD, Gorsline J. Single-dose and multiple-dose pharmacokinetics of Nicoderm. *J Clin Pharmacol* 1993; 33: 169-174.

Palmer KJ, Buckley MM, Faulds D. Transdermal nicotine. A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy as an aid to smoking cessation. *Drugs* 1992; 44: 498-529.

Rose JE, Behm FM, Levin ED. Role of nicotine dose and sensory cues in the regulation of smoke intake. *Pharmacol Biochem Behav* 1993; 44: 891-900.

Reklamlar

Botvin GJ, Goldberg CJ, Botvin EM, Dusenbury L. Smoking behavior of adolescents exposed to cigarette advertising. *Public Health Rep* 1993; 108: 217-224.

Foundation for Media Education. Pack of lies: the advertising of tobacco. (Video obtainable from 26 Center Street, Northampton, MA 01060,

USA, \$ 225.)

Godfrey C. Banning tobacco advertising: can health economists contribute to the debate? *Health Economics* 1993; 2: 1-5.

Kopp SW, Martin LW, Wardlow DL. Cigarette advertising and regulation: a game theoretical approach. *J Macromarketing* 1992. Spring: 19-28.

Lane SM. Marketing cigarettes to kids. A consumer guide to the harmful tactics of tobacco companies. Special Report: American Council on Science and Health (New York), 1993.

Mayberry RM, Price PA. Targeting Blacks in cigarette billboard advertising: results from down south. *Health Values* 1993; 17: 28-35.

Pollock D. Tobacco. *Lancet* 1993; 341: 899-900.

Skolnick AA. Philip Morris recalls Marlboro cigarette lighter, considered "enticing fire hazard for children". *JAMA* 1993; 269: 1353-1356.

Sigaranın Birakılması

Health Values 1993; 17 (2) (entire issue devoted to cessation, especially to transdermal nicotine).

Benowitz NL. Nicotine replacement therapy - what has been accomplished - can we do better? *Drugs* 1993; 45: 157-170.

Brenner H, Mielck A. The role of childbirth in smoking cessation. *Prev Med* 1993; 22: 225-236.

Campbell IA. Nicotine patches in general practice. *BMJ* 1993; 306: 1285-5.

Castillo R, G. Psychosocial dimensions of relapse in tobacco smoking: an analysis among smokers and ex-smokers. *Adicciones* 1992; 4: 299-314.

Chapman S, Smith W, Mowbray G, Hugo C, Egger G. Quit and win cessation contests: how should they be evaluated? *Prev Med* 1993; 22: 423-432.

Flannagan M. Nicotine replacement therapy - a cure for smoking or a cause for concern? *Int J Smoking Cessa-*

tion 1993; 2: 17-18.

Haaga DAF, Gillis MM, Mc Dermut W. Lay beliefs about the causes and consequences of smoking cessation maintenance. *Int J Addict* 1993; 28: 369-375.

Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group. Effectiveness of a nicotine patch in helping people stop smoking: results of a randomised trial in general practice. *BMJ* 1993; 306: 1304-1308.

Jarvis MJ, Russel MAH, Feyerabend C. Unlicensed nicotine skin patches. *BMJ* 1993; 306: 647.

Matson DM, Lee JW, Hopp JW. The impact of incentives and competitions on participation and quit rates in worksite smoking cessation programs. *Am J Health Promotion* 1993; 7: 270-280, 295.

Mattick RP, Baillie A. An outline of approaches to smoking cessation: quality assurance project. National Campaign Against Drug Abuse. Monograph Series No: 19. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1992.136 pp.

Norregaard J, Tonnesen P, Petersen L. Predictors and reasons for relapse in smoking cessation with nicotine and placebo patches. *Prev Med* 1993; 22: 261-271.

Sorenson G, Lando H, Pechacek TF. Promoting smoking cessation at the workplace - results of a randomized controlled intervention study. *J Occup Med* 1993; 35: 121-126.

Spring B, Pingitore R, Kessler K. Strategies to minimize weight gain after smoking cessation - psychological and pharmacological intervention with specific reference to defenfluramine. *Int J Obesity* 1992; 16: suppl 3: S 19-23.

Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993; 269: 1268-1271.

University of California San Diego Cancer Prevention and Control Unit and the California Department of Health Services. Quit smoking program. (Smoker's Helpline of California; three booklets) 1993.

- Lando HA, Pirie PL, McGovern PG, Pechacek TF, Swim J, Loken B. A comparison of self-help approaches to smoking cessation. *Addict Behav* 1991; 16: 183-93.
- Marks DF. Smoking cessation as a tested for psychological theory : a group cognitive therapy programme with high long-term abstinence rates. *J Smoking-Related Disorders* 1992; 3:69-77.
- Olsen GW, Lacy SE, Sprafka JM, Arce-neux TG, Potts TA, Kravat BA, et al. A 5-year evaluation of a smoking cessation incentive program for chemical employees. *Prev Med* 1991; 20 : 774-84.
- West R. The "nicotine replacement paradox" in smoking cessation : how does nicotine gum really work? *Br J Addict* 1992 ; 87: 165-7.
- Brunton SA. *Nicotine addiction and smoking cessation*. New York: Medical Information Services Inc, 1991. (Pp 41.)
- Coambs RB ,Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol* 1992 ; 135: 240-6.
- Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med* 1992; 21: 262-9.
- Johnson RE, Stevens VJ, Hollis JF, Woodson GT. Nicotine chewing gum use in the outpatient care setting. *J Fam Pract* 1992; 34: 61-5.
- ### Epidemiyoloji
- Brenner H. A birth cohort analysis of the smoking epidemic in West Germany. *J Epidemiol Commun Health* 1993; 47: 54-58.
- Curry SJ, Wagner EH, Cheadle A, Diehr P et al. Assessment of community - level influences on individuals' attitudes about cigarette smoking, alcohol use, and consumption of dietary fat. *Am J Prev Med* 1993; 9: 78-84.
- Dekker HM, Looman CWN, Adriaanse HP, van der Mass PJ. Prevalence of smoking in physicians and medical students, and the generation effect in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1993; 36: 817-822.
- Fortmann SP, Taylor CB, Flora JA, Jatulis DE. Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: the Stanford Five-City Project. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 82-96.
- Goldberg RJ, Ockene JK, Kristeller J, Kalan K et al. Factors associated with heavy smoking among men and women - the Physician-Delivered Smoking Intervention Project. *Am Heart J* 1993; 125: 818-823.
- Martinez-Frias ML, Cereijo A, Rodriguez-Pinilla E. Smoking in pregnancy. *Lancet* 1993; 341: 1350-1351.
- Tredaniel J, Karsenty S, Chastnag C, Slama K et al. The smoking habits of French general practitioners - the results of an enquiry on a representative sample of 1012 doctors. *Rev Mal Respir* 1993; 10: 35-38.
- Uitenbroek DG, Mc Queen DV. Trends in Scottish cigarette smoking by gender, age and occupational status, 1984-1991. *Scott Med J* 1993; 38: 12-15.
- O'Campo p, Faden RR, Brown H, Gielen AC. The impact of pregnancy on women's prenatal and postpartum smoking behavior. *Am J Prev Med* 1992; 8: 8-13.
- Rahkonen O, Berg M-A, Puska P. The development of smoking in Finland from 1978 to 1990. *Br J Addict* 1992; 87: 103-10.
- Stergar E. The spread of drinking alcohol and smoking cigarettes among Slovene secondary school pupils - results of opinion research. *Zdravstveni Vestnik* 1992; 61: 137-40.
- Van Reek J, Adriaanse H. Dissonant smoking in the European Community. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992; 40: 73-4.
- Crabbe BD, Pinkerton KA. Sources of bias in Health Commission and tobacco industry surveys in Australia. *Australian Psychologist* 1992; 27: 103-8.
- Gavarasana S., Gorty PVSNR, Allam A. Illiteracy, ignorance and willingness to quit smoking among villagers in India. *Jpn J Cancer Res* 1992; 83: 340-3.
- Lando HA, Johnson KM, Graham-Tomasi RP, McGovern PG, Solberg L. Urban Indians' smoking patterns and interest in quitting. *Public Health Rep* 1992; 107: 340-4.
- Nolimal D. The extent of alcohol, tobacco and other drug abuse in Slovenia. *Zdravstveni Vestnik* 1992; 61:127-31.
- Nuttsens MC, Romon M, Ruidavets JB, Arveiler D, Ducimetiere P, Lecercf JM, et al. Relationship between smoking and diet- the MONICA France project. *J Intern med* 1992; 231:349-56.
- ### Sağlık Personelinin Rolü
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking control among health-care workers - World No-Tobacco Day, 1993. *MMWR* 1993; 42: 365-367.
- Daskalakis C, Goldberg RJ, Ockene JK, Kalan K et al. Comparison of patients' and their resident physicians' responses regarding smoking cessation interventions. *Acad Med* 1993; 68: 168-170.
- Frankowski BL, Weaver SO, Seckerwalder RH. Advising parents to stop smoking-pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics* 1993; 91: 296-300.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, Stevens VJ et al. Nurse-assisted counselling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993; 118: 521-525.
- Mc Kay F. Over-the-counter nicotine patches - GPs are best placed to help people stop smoking. *Practitioner* 1993; 237: 272-274.
- National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Nurses: help your patients stop smoking. (Flip chart available from PO Box 30105, Bethesda, Maryland 20824-0105 USA).
- Wewers ME. Spotlight article- smoking cessation after acute myocardial infarction - effects of a nurse-managed intervention. *Hearth Lung* 1993; 22: 188-190.

Sigara - Sağlık İlişkisi

- Barbash GI, White HD, Modan M, Diaz R *et al.* Significance of smoking in patients receiving thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *Circulation* 1993; 87: 53-58.
- Bignall JC. Current smoking habits and genital infection in Women. *Int J STD and AIDS* 1993; 4: 61.
- Boshuizen HC, Verbeek JHAM, Broersen JPI, Weel ANH. Do smokers get more back pain? *Spine* 1993; 18:35-40.
- Brenner DE, Kukull WA, Vanbelle G, Bowen JD *et al.* Relationship between cigarette smoking and Alzheimer's disease in a population-based case-control study. *Neurology* 1993; 43: 293-300.
- Kiel DP, Braon JA, Anderson JJ, Hannan MT, Felson DT. Smoking eliminates the protective effect of oral estrogens on the risk of hip fracture among women. *Ann Intern Med* 1992; 116: 716-21.
- Lui Z. Smoking and lung cancer in China: combined analysis in eight case-control studies. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 197-201.
- Makin J, Fried PA, Watkinson B. A comparison of active and passive smoking during pregnancy : long-term effects. *Neurotoxicol Teratol* 1991; 13: 5-12.
- Morabia A, Wynder EL. Relation of bronchoalveolar carcinoma to tobacco. *BMJ* 1992; 304: 541-3.
- Nam J, McLaughlin JK, Blot WJ. Cigarette smoking, alcohol, and nasopharyngeal carcinoma: a case-control study among US whites. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 619-22.
- Olsen J. Cigarette smoking in pregnancy and fetal growth: does the type of tobacco play a role? *Int J Epidemiol* 1992; 21: 279-84.
- Perkins KA. Effects of tobacco smoking on caloric intake. *Br J Addict* 1992; 87: 193-205.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
- Quinn WW, Dobson AJ. Cigarette smoking and sick leave in an industrial population in Shanghai, China. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 293-7.
- Rosen MP, Greenfield AJ, Walker TG, Grant P, Dubrow J, Bettman MA, *et al.* Cigarette smoking: an independent risk factor for atherosclerosis in the hypogastric-cavernous arterial bed of man with arteriogenic impotence. *J Urol* 1991; 145: 759-63.
- Rosengren A, Wilhelmsen L, Wedel H. Coronary heart disease, cancer and mortality in male middle-aged light smokers. *J Intern Med* 1992; 231: 357-62.
- Shibata A, Paganinihill A, Ross RK, Yu MC, Henderson BE. Dietary beta-carotene, cigarette smoking and lung cancer in men. *Cancer Causes and Control* 1992; 3: 207-14.
- Sterling TD, Rosenbaum WL, Weinkam JJ. Bias in the attribution of lung cancer as cause of death and its possible consequences for calculating smoking-related risks. *Epidemiology* 1992; 3: 11-6 (see also Flannery WD. Inaccuracies of death certificate information. *Epidemiology* 1992; 3:3-5).
- Van den Eeden SK, Friedman GD. Forced expiratory volume (1 second) and lung cancer incidence and mortality. *Epidemiology* 1992; 3: 253-7.
- Williams MA, Mittendorf R, Stubblefield PG, Lieberman E, Schoenbaum SC, Monson RR. Cigarettes, coffee, and preterm rupture of the membranes. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 895-903.
- Wynder EL, Taioli E, Fujita Y. Ecologic study of lung cancer risk factors in the United States and Japan, with special reference to smoking and diet. *Jpn J Cancer Res* 1992; 83: 418-23.
- Zhang J, Savitz DA, Schwingl PJ, Cai WW. A case-control study of paternal smoking and birth defects. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 273-8.
- Brown LM- Gibson R, Blair A, Burmeister LF, Schuman LM, Cantor HP, *et al.* Smoking and risk of leukemia. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 763-8.
- Cryer B, Lee E, Feldman M. Factors influencing gastroduodenal mucosal prostaglandin concentrations: roles of smoking and aging. *Am Intern Med* 1992; 116: 636-40.
- Daling JR, Sherman KJ, Hislop TG, Maden C, Mandelson MT, Beckman AM, *et al.* Cigarette smoking and the risk of anogenital cancer. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 180-9.
- Hael DG- Davis DL, Miller AB, Sondik EJ, Swerdlow AJ. Trends in cancer mortality in 15 industrialized countries, 1969-1986. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:313-20.
- Kato I, Nomura AMY, Stemmermann GN, Chyou P-H. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol and diet. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 521-30.
- Passive smoking**
- Goren AI, Hellman S. passive smoking among schoolchildren in Israel. *Environ Health Perspect* 1991; 96: 203-11.
- Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br J Addict* 1992; 87: 111-3.
- Magnussen H, Jorres R, Oldigs M. Effects of one hour of passive cigarette smoking on lung function and airway responsiveness in adults and children with asthma. *Clinical Investigator* 1992; 700 368-71.
- Reif JS, Dunn K, Ogilvie GK, Harris CK. Passive smoking and canine lung cancer risk. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 234-9.
- RYlander R. Environmental tobacco smoke-causative agent or white elephant? *Arch Environ Health* 1992; 47: 102-3.
- Sandler RS, Sandler DP, McDonnell CW, wurzelmann JJ. Childhood exposure to environmental tobacco smoke and risk of ulcerative colitis. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 603-8.
- Seidman DS, mashiach S. Involuntary smoking and pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 41: 105-16.

Kaynak: Tobacco Control 1993; 2: 257-259.

SİGARA İLE MÜCADELE I. ULUSAL KARİKATÜR YARIŞMASI

Konu ve Amaç:

Ülkemizde, sigara nedeniyle, trafik kazalarında ölenlerin yaklaşık on katı insan ölmekte. Sigara nedeniyle kaybettiğimiz insan sayısının önmüzdeki 15-20 yıl içinde yılda 100,000'in üstüne çıkması bekleniyor. Türkiye'de erken ölüme en çok yol açan üç hastalığın (kalp hastalıkları, kanser, beyin damarları hastalığı) temelinde ağırlıklı olarak sigara kullanımı var. Sigara içtiği için ölen her dokuz kişi, sigara içmeyen fakat dumanını çevreden soluyan birini de vaksiz mezara götürmekte. Bunlar da sigara içenlerin ya eş ve çocukları ya da iş veya kahvehane arkadaşları olmakta. Özetle sigara kullanımı Tür-

kiye'nin önlenebilir en önemli ölüm nedeni.

Bu gerçeklere rağmen ülkemizde sigara salgını doğal akışıyla sürüyor. Oysa gelişmiş ülkeler sigara-sağlık ilişkisinin netleştiği 1950-65 dönemini takiben etkili yöntemleri de keşfederek toplumdaki sigara tüketimini yaklaşık % 50 düşürmüştür. Aynı dönemde A.B.D. ve İngiltere vatanlı dört uluslararası tütün firmasının dünya ülkelerine yaptığı dışsatım ise dört-beş misli artmıştır.

Türkiye henüz sigara ile mücadelelenin çağdaş yöntemlerinden hiç birini uygulamamaktadır. Şöyleki; ülkemizde sigara konusundaki örgün ve yay-

gın eğitim zayıf, pasif içicilik yaygın, reklamlar sınır tanımaksızın özendiricidir. Sigaranın enflasyonun yıpratıcı etkisinden arındırılmış fiyatı da gide-rek düşmektedir. Bunların sonucu salgın, çocuklar ve kadınlar arasında da yayılmaktadır Bu konuda var olan bir kanun tasarısı da gündemdeki yerini çoktan kaybetmiştir. Özetle gelişmiş ülkelerde yapılan ve başarılı sonuç veren çalışmaların hiçbirisi ülkemizde yapılmamakta, salgın sadece seyredilmektedir.

Türkiye'nin bu durumunu yansıtmak, toplumumuzu ve sorumluları bu sorunun çözümü için harekete geçirmek karikatürlerin temel hedefi olmalıdır.

Katılım Şartları

- 1- Yarışmaya gönderilecek yapıtlar daha önce hiç bir yarışmada ödül almamış olmalıdır.
- 2- Her türlü çizim tekniği kullanılabilir.
- 3- Yarışmaya en çok 2 karikatür gönderilebilir.
- 4- Gönderilecek yapıtların boyutları 35 x 50 cm'den büyük olmamalıdır.
- 5- Karikatürler postada kırılmayacak şekilde ambalajlanmalıdır.
- 6- Karikatürcüler kısa özgeçmişlerini ve bir adet fotoğraflarını da göndermelidirler.
- 7- Ödül alan karikatürler, Sağlık Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği'nin malı olacaktır. Diğer eserler geri gönderilecektir.
- 8- Yarışma karikatürlerinin en başarılı elli adeti Dernekçe ya ayrı bir kitap ya da Sağlık için Sigara Alarmı Dergisinin eki olarak yayınlanacaktır.

Jüri

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1- İsmail GÜLGEÇ
(Karikatürist) | 4- Prof. Dr. R. Erol SEZER
(Dernek Başkanı) |
| 2- Kamil YAVUZ
(Karikatürist) | 5- Yrd. Doç. Dr. Remzi ÖZTÜRK
(Dernek Başkan Yardımcısı) |
| 3- Mehmet SELÇUK
(Karikatürist) | |

Ödüller:

Büyük ödül: 10.000.000 TL

Başarı ödülleri: 5.000.000 TL (üç adet)

Yukarıdaki ödüllere ek olarak bazı kurumların özel ödüllerle yarışmaya destek vermeleri sağlanmaya çalışılacaktır.

Son Katılım Tarihi: 15 Mayıs 1994

Ödül Dağıtım Tarihi: 31 Mayıs 1994

Sergi Tarihi: 31 Mayıs 1994

Adres: Sağlık Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği Başkanlığı, P.K. 15, 23001 / ELAZIĞ

Tlf: 424 - 2128500/3282 veya 3965

Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi'nde; sigara-sağlık ilişkisi ve sigara ile mücadele konularında aşağıdaki türden yazılar yayınlanır:

-Araştırma Makalesi : Orjinal bir araştırmayı bulgu ve sonuçlarıyla yansıtan yazılar. Araştırma Makaleleri, şu sıraya yazılmalı ve yazılmalıdır: Başlık, Türkçe Özet, Anahtar Kelimeler, İngilizce Özet, İngilizce Anahtar Kelimeler, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç, Kaynaklar.

-Başyazı ve Özgün Görüşler : Belli konulardaki tartışmalara ışık tutan yazılardır. Bu yazılarda özet bulunması gerekli değildir, başlık ve metni kaynaklar izleyecektir.

-Yakın Dönem Çalışmalarından Özetler: Bir konuda önemli katkı getiren yeni çalışmada sonuçlarını özet olarak sunan yazılar.

-Etkinlik Haberleri: Sigara ile mücadele alanında ülkemizde ve dünyada gerçekleştirilen etkinlikleri duyurmayı amaçlayan yazılar.

Gönderilecek eser daktilo veya bilgisayar ile TÜRKÇE ya da TÜRKÇE ve İNGİLİZCE yazılmalı ve 3 kopya olarak gönderilmelidir. Kabul edilen yazıların, varsa İngilizce metinleri de Türkçe metni izleyecek şekilde yayınlanacaktır.

Eserin başlığı metne uygun, kısa ve açık olmalı ve yazar ya da yazarlarının adı, soyadı, ünvanı, adresi ayrı bir kağıda yazılarak gönderilmelidir.

ÖZET : 200 kelimeyi geçmeyecek şekilde Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Yabancı dilde özetin başına, eserin başlığı aynı dilde mutlaka konulmalıdır.

KAYNAKLAR : Metinde parantez içinde numaralandırılmış olarak belirtilmeli, metin sonunda eser içinde verilmiş sırasına, yani numara sırasına göre yazılmalıdır.

Kaynak bir makale ise: Önce yazar veya yazarların soyadları tam olarak yazılmalı, bunu isimlerinin başharfleri izlemelidir. Yazar isimleri arasında virgül bulunmalı ve isimler bölümü nokta ile sonlanmalıdır. Makalenin tam adı isimler bölümünü izlemeli ve yine nokta ile sonlanmalıdır. Bu bölümü makalenin alındığı süreli yayının tanımı izlemelidir. Yayın, ya tam adıyla ya da Index Medicus'a göre olan kısaltılmış ismiyle tanıtılmalıdır ve aşağıdaki örnek esas alınmalıdır.

Örnek: Warner KE, Goldenhar LM. Targeting of cigarette advertising in US magazines, 1959-86. *Tobacco Control* 1992; 1:25-30.

Kaynak bir kitap ise: Önce yazar veya yazarların soyadları tam olarak yazılmalı, bunu isimlerinin başharfleri izlemelidir. Yazar isimleri arasında virgül bulunmalı ve isimler bölümü nokta ile sonlanmalıdır. Kitap adı tam olarak yazılmalı, bunu yayın yeri, yayıncının adı ve yayının yılı izlemelidir. Aşağıdaki örnek esas alınmalıdır.

Örnek : Aşut Ö. *Hekim ve sigara*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği, 1993.

Kaynak kitaptan bir bölüm ise: Önce yazar veya yazarların soyadları tam olarak yazılmalı, bunu isimlerinin başharfleri izlemelidir. Yazar isimleri arasında virgül bulunmalı ve isimler bölümü nokta ile sonlanmalıdır. Takiben bölümün adı, kitabın editörlerinin adları, kitabın adı, yayınlandığı yer, yayınlayan, bölümün sayfa numaraları.

Örnek : Özsoylu Ş. Alfa talasemi sendromları. Ed. Aksoy M. *Talasemia sempozyumu*. Tübitak Yayınları.1982 ; 29-38.

Çalışma herhangi bir kurumun desteği ile gerçekleşmiş ise, kurumun adı ilk sayfa altına yazılmalıdır.

Örnek : Bu çalışmayı TÜBİTAK (Ankara) desteklemiştir (TAG: 415).

Yazarlar eserlerini gönderirken, çalışmalarının özgün olduğunu, başka bir yerde yayınlanmadığını ve yayına sunulmadığını yazılı olarak belirtmelidir.

Dergide yayımlanan yazıların her türlü sorumluluğu yazarlarına aittir.

Yazılar aşağıdaki adrese gönderilmelidir (Correspondance Address):

Prof. Dr. R. Erol SEZER P.K. 15 23001 Elazığ / TÜRKİYE

Sağlık İçin Sigara Alarmı

**Turkish Journal of
Smoking and Health**

Yıl: 1 Sayı: 1 Ocak 1994

Sahibi

Sağlığı Geliştirme ve Sigara İle Mücadele Derneği Adına
Prof.Dr.R.Erol SEZER

Mizanpaj ve Dizgi

Nevzat BİLGİN
Yasemin AÇIK

Bu sayıda yer alan yazar adı belirtilmemiş yazıları hazırlayanlar:
R.Erol SEZER, Mehmet BOSTANCI, Nevzat BİLGİN, Yasemin AÇIK, Gülcan AYHAN (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı).

Yönetim Yeri

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
23119-ELAZIĞ

İletişim Adresi

(Correspondance Address)
Sağlık için SİGARA ALARMİ
P.K. 15, 23001- Elazığ / TÜRKİYE

Tlf: 424 - 2128500 / 3282
424 - 2128500 / 3965
424 - 2331498
424 - 2364846

Abonelik Koşulları

Tek Sayı Fiyatı: 50.000 TL
Yıllık Abone Ücreti: 100.000 TL

Öğrenciler İçin

Tek Sayı Fiyatı: 30.000 TL
Yıllık Abone Ücreti: 60.000TL
(Sağlığı Geliştirme ve Sigara ile Mücadele Derneği Üyeleri "Sağlık için Sigara Alarmı"nın doğal aboneleridir)

Banka Hesap No

Türkiye İş Bankası Elazığ Şubesi
1187794 No.lu Hesap

Yapı ve Kredi Bankası Elazığ Şubesi
1052402-5 No.lu Hesap

Baskı

TAKAV Matbaacılık A.Ş.
ANKARA

Tlf: 312 - 2868258

Sağlık için Sigara Alarmı altı ayda bir yayınlanır

Turkish Journal of Smoking and Health is published twice a year. It is a peer reviewed journal.