

SİGARA YAZILARI

(1990-2009)

Dr. Özen Aşut

İçindekiler

SİGARAYA KARŞI SAVAŞIMDA YENİ GELİŞMELER

DÜNYA SİGARA İÇMEME GÜNÜ

SİGARA ALIŞKANLIĞININ SAĞLIK SONUÇLARI VE SİGARAYA KARŞI ÖNLEMLER

SİGARA ALIŞKANLIĞININ EKONOMİK SONUÇLARI

31 MAYIS DÜNYA SİGARASIZ GÜNÜ NEDENİYLE

SİGARA BIRAKILMAZ DEĞİLDİR

SİGARAYI HÂLÂ BIRAKMADINIZ MI?

DÜNYA SİGARASIZ YAŞAMAYI ÖĞRENİYOR

ÜLKEMİZDE SİGARA ALIŞKANLIĞI İLE SAVAŞIMDA VARILAN NOKTA VE DÜŞÜNCELER

SİGARA YASAĞI DEĞİL, SİGARAYA KURAL GETİREN YASA

48. Büyük Kongre Katılımcısı

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YÖNETİCİLERİNDE SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI

Sigara Bırakma Kursu Ders Notları

SİGARA BIRAKMA GİRİŞİMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ENTEGRASYONU

TOBACCO, ALCOHOL AND ILLICIT DRUGS

Current Status and Global Action Plans

YENİ TÜTÜN YASASI VE ULUSLARARASI SERMAYENİN TEFECİ ZİHNİYETİ

“Tütün Kontrolü’nde Hekimler Ağı” toplantısı Prag’da yapıldı

“SİGARA İÇMEK HASTALIKTIR”

ÇOKULUSLU TÜTÜN TEKELLERİ VE SİGARA ALIŞKANLIĞINA BAĞLI HASTALIKLAR

SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ VE TÜTÜN KONTROLÜ

SİGARAYA KARŞI SAVAŞIMDA YENİ GELİŞMELER

Sigaranın ve tütün üretiminin dünya çapında yasaklanmasının gündeme geldiği bir zamanda, ülkemizde gözlenen kayıtsızlık, gerçekten üzücüdür. Kapalı yerlerde sigara içilmesine kimi kısıtlamalar getiren bir yasa önerisi ise bir yıla yakın süreden beri TBMM'de bekletilmektedir.

Giriş

Sigaraya karşı resmi kampanya, Bülent Akarcalı'nın Sağlık Bakanlığı'ndan ayrılmasıyla, saman alevi gibi söndü. Oysa, toplumumuz içinde, özellikle de sağlık görevlileri arasında, sigaraya karşı giderek yaygınlaşan bir karşı çıkış ve savaşım isteği gözleniyor. Her alanda olduğu gibi, bu savaşta da başarı, bireysel çabalardan çok, bilinçli, örgütlü ve yığınsal etkinliklerle kazanılabilecektir. Bu yolla elde edilen sonuçlar da, bakanların ya da iktidarların değişmesiyle değiştirilemeyecektir.

Sigara ya da Sağlık

Son yıllarda sigara ya da tütün ürünleriyle ilgili olarak yapılan araştırmalar, hiç kuşkuya yer bırakmayacak biçimde, sigaranın, insan yaşamı için, bilinen en büyük önlenilebilir tehdidi oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu alanda saptanmış olan sayısal veriler, gerçekten ürkütücüdür. Gene hiç kuşku yoktur ki, gönüllü ve yasal denetimleri içeren uzun dönemli eğitim etkinlikleri ve başka çalışmalar, salgına varan düzeyde sigara içilen bölgelerde sigara tüketimini azaltmakta, bu kategorinin dışında kalan ülkelerde ise sigara içenlerin artmasını önlemektedir (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Türkiye'de henüz boyun başındayız. Ülkemizde sigarayla ilgili veriler çok sınırlı olduğundan, bu soruna ilişkin gerçekleri tam olarak bilememekteyiz. Ancak, sigaraya karşı alınması gereken önlemler, artık ivedi bir halk sağlığı sorunu çerçevesinde düşünülmelidir.

Sigara Salgını Nasıl Başladı?

Yoğun sigara tüketimi, yüzyılımızın bir olgusudur. Sigara içenlerdeki büyük artış, 2. Dünya Savaşı yıllarında gerçekleşti. Çünkü o yıllarda sigara, parasız ya da çok düşük ederlerle dağıtılmıştı. Anılan dönemde sigaraya başlayan insanlar, günde 30'dan çok sigara içen koyu tiryakilerin birinci kuşağını oluşturdu. Bu kuşak 50 ve 60 yaşına geldiğinde, sigarayla yakın ilişkisi artık kanıtlanmış olan akciğer kanseri ve kalp hastalıklarında patlama görüldü (1). 1960-1985 yıllarını kapsayan bir araştırmanın verilerine göre, bugün dünyada sigara tüketimi, her yıl yüzde 2,1 oranında artmaktadır. Salgın niteliği kazanan bu hız, dünya nüfus artışının üstündedir(5).

Sigaranın insan sağlığına kötü etkileri, yol açtığı hastalık ve ölümlerle ilgili veriler, 1950'lerin sonlarından başlayarak, sağlık kurumlarında birikmeye başladı. Her geçen gün, sigaranın zararlarına ilişkin yeni bilgiler elde edildi. Kısa bir yazıda, sigaranın zararlarını tümüyle ele almamız olanaklı değil. Bu nedenle, yalnızca kimi çarpıcı örnekler vermekle yetineceğiz.

Hastalıklar... Ölümler...

Akciğer kanseri, dünyada kanser sıralamasında ikinci yeri almaktadır (10). Sigarayla çok yakın ilişkisi olan en önemli ve ölümcül hastalıklardan biri, akciğer kanseridir: Tüm dünyada her yıl bir milyon yeni akciğer kanseri olgusu görülmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün bir raporuna göre (1985), tüm akciğer kanserlerinin yüzde 90'ı sigaraya bağlıdır (6). Son 20 yılda sigara tüketiminin hızla arttığı kimi ülkelerde, akciğer kanseri hızı yüzde 100'ün üstünde artmış, sigara tüketiminin azaldığı İngiltere'de ise düşmüştür. Sigarayla

bırakma, akciğer kanseri riskini azaltmakta; 20 yılın altında bir süre için sigara içip bırakanlarda risk, 10 yıl sonra hiç sigara içmemiş insanlarla eşitlenmektedir (2).

Başka bir önemli hastalık, erken ani ölümlere yol açabilen koroner kalp hastalığıdır. Bir çalışmaya göre, sigaraya bağlı yüksek ölüm sayısının yarısını, kalp-damar hastalıkları oluşturmaktadır. 45 yaş altındaki erkeklerde görülen koroner ölümlerinin en az yüzde 80'i sigaraya bağlıdır. Sigara içme, 55 yaş altındaki enfarktüslerde ölüm riskini iki kat artırmaktadır. Özetlersek, sigara koroner kalp hastalığının en önemli önlenilebilir risk etmenidir. (2, 7).

Sigaranın, bu iki hastalıktan başka, öteki kalp-damar hastalıklarında, kimi kanserlerde, kronik bronşit ve amfizem gibi pek çok hastalıkta da kesinleşmiş sorumluluğu vardır. Bundan dolayı sigara, dünyaya yılda 2,5 milyon önlenilebilir ölüme mal olmaktadır.

Sigara içen gebe kadınların bebekleriyle ilgili olumsuz sonuçlara ise her gün yenileri eklenmektedir; kimi çalışmalara göre, bu çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimleri 11 yaşına dek gecikebilmektedir. Son zamanlarda kadın tiryakilerin artması sonucu, akciğer kanseri ve koroner kalp hastalığı gibi, erkeklerde daha çok görülen hastalıklarda cinsiyet ayrımı ortadan kalkmaktadır. Öyle ki, 1980'lerde ABD'nin kimi bölgelerindeki kadın nüfusta, akciğer kanseri meme kanserini geçerek birinci sıraya yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, ikincisi 31 Mayıs 1989'da gerçekleştirilen ve bundan sonra her yıl düzenlenmesi planlanan "Dünya Sigara İçmeme Günü"nde, kadın tiryakilere bu gerçeği, "Kadın Tiryakiler: Sizin İçin Risk Daha Fazla!" belgisiyle anımsatmıştır (11).

Ya Sigara İçmeyenler?

Yakın zamanlara dek, edilgin sigara içmenin (sigara içilen ortamda bulunma), çocuklar üzerindeki etkisi bilinmekle birlikte, erişkinlere zararları kesin olarak kanıtlanamamıştı. Ama artık bu konuda da somut bilgiler elde edilmiştir. Örneğin, araştırmalara göre, çok sigara içen erkeklerin sigara içmeyen eşlerindeki akciğer kanserinden ölüm oranı, eşleri ve kendileri hiç sigara içmeyen kadınlara göre üç kat fazladır (1, 2, 3). ABD'de her yıl 5 bin kişi, edilgin sigara içme sonucu ölmektedir (8).

İşte bu gerçekler sonucunda, gelişmiş ülkelerde sigaraya karşı kampanyalar büyük destek kazandı. Çünkü sigara içmeyenler, edilgin sigara içmenin sonuçları ortaya çıktıkça, yavaş yavaş sigara karşıtı kampanyaların militanı oldular. Sigara içmeyenler ne denli militanlaştıysa, toplumsal alışkanlıklar ve yasalar da o oranda değişti (1).

Dünyada Savaşım Örnekleri

Kuşkusuz, sigaraya karşı yürütülen savaşım, günümüzde ancak gelişmiş ülkelerde başarı şansı taşıyor. Bu ülkeler önce, devlet destekli kampanyalar başlattılar. Birçok ülkede, toplumsal baskılar sonucu, sigara reklamı devletçe yasaklandı, sigara paketlerinin üstüne uyarı etiketleri koyma zorunluluğu getirildi. Başlangıçta bu etiketlerde yalnızca, "Sigaranın sağlığa zararlı olduğu" belirtilirken, örneğin ABD'de 1984'te çıkarılan bir yasayla, sigara paketlerinde ve reklamlarında aşağıdaki uyarıların yer alması sağlandı (1):

"Sigara, akciğer kanseri, kalp hastalığı, amfizem yapar; gebelik komplikasyonuna yol açabilir."

"Sigara içen gebe kadın, bebeğin sağlığını tehlikeye sokar ve erken doğuma yol açabilir."

"Sigara dumanı, karbon monoksit içerir."

"Sigarayla bırakma, ciddi sağlık risklerini büyük ölçüde azaltır."

Avrupa Topluluğu da Mayıs 1989'da, aynı doğrultuda bir karar almış bulunuyor (12). Ayrıca, 1983'te gerçekleştirilen "Sigara ve Sağlık 5. Dünya Konferansı", tüm sigara ve tütün ürünlerinin, katran, nikotin, karbon monoksit miktarlarını belirtir etiket taşımasını; sigaradaki

zararlı maddeler için üst sınırlar (örneğin katran için 20 mg) konmasını ve bu sınırlar üstünde zararlı katkı maddesi taşıyan sigaraların dünya ölçeğinde yasaklanmasını öngörmüştür.

Hükümetler, dev sigara şirketlerine karşı savaşımında, isteksiz de olsa yeni adımlar atmış, özellikle sigara içmeyenlerin tepkileri ve eylemleri sonucu, birçok ülkede kamu işyerlerinde, taşıtlarda ve kimi kapalı yerlerde sigara içme yasaklanmış ya da sigara içmeyenler için özel yer ayrılması zorunlu kılınmıştır. Yasaklara uymayanlara ise kimi hükümetler ve yerel yönetimlerce ağır para cezaları veriliyor (13).

Yeni Sigara Pazarı: Gelişmekte Olan Ülkeler

Gelişmiş ülkelerde sigara ile savaşım toplumsal bir nitelik kazanıp sigara içme oranlarında azalmalar görülürken, gelişmekte olan ülkelere sigara tüketimi hızla artmakta, hatta başka tütün ürünlerinin yaygın olarak kullanıldığı ülkelere bile sigara, yavaş yavaş egemen tütün mamulü durumuna gelmektedir. Bu ülkelere sigara içme alışkanlığı çok erken yaşlarda (ortalama 11 yaşında) kazanılmaktadır. Örneğin, Zambiya'nın başkenti Lusaka'da ortaöğrenimdeki erkek çocukların yüzde 40'ı sigara içmektedir. Hindistan'da ise sigara tüketimi 1970-1980 arasında yüzde 400 artmıştır. Bu hızlı artışın nedeni, kendi ülkelerindeki kısıtlamalar yüzünden, son yıllarda gözlerini gelişmekte olan ülkelere çeviren uluslararası tütün şirketlerinin yoğun ve acımasız kampanyalarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü Yürütme Kurulu'nun Kasım 1985 tarihli raporuna göre, sigara üreticileri, yoğun propagandalarla, gelişmekte olan ülkelere sigara tüketiminin artmasında rol oynarken; aynı zamanda, kendi ülkelerinde yasal nedenlerle satamadıkları yüksek katranlı ve nikotinli sigaraları da bu ülkelere satmaktadırlar. Tüm bu olumsuzluklar dolayısıyla, gelişmekte olan ülkelere sigarayla ilişkili hastalıkların son yıllarda çok arttığına dikkat çekilmektedir. Az gelişmiş ülkelere yaygın olan bulaşıcı hastalıklar ve beslenme yetersizliği henüz denetim altına alınmadan, buralarda yakın bir gelecekte sigara hastalıklarında patlama olacağı; örneğin, 10 yıl içinde bir akciğer kanseri salgını beklendiği belirtilmektedir (2, 6, 9). Bu nedenlerle, Dünya Sağlık Örgütü, sigaraya ilişkin çalışma ve yayınlarda, özellikle 3. Dünya ülkelerine yönelik tehlikelere dikkat çekerek, uyarı ve önerilerde bulunmaktadır.

Ve Türkiye

Türkiye'deki durum, gelişmiş ülkelere çok, gelişmekte olan ülkelere benzemektedir. Zaten günümüzde egemen olan ekonomik-politik anlayışla, başka türlü olması da beklenemezdi. Gelişmiş ülkelere sigara tekellerine karşı yürütülen savaşım yeni boyutlar kazanırken; bizde sigara dışalımını serbest bırakılmış, özel sektöre sigara üretim izni verilmiş, basın-yayın organlarında özel sektörün ve yabancı sigara şirketlerinin ölçsüz kampanyalarına göz yumulmuştur. Öyle ki, Türkiye'de Tekel'in yaptığı sigaralar, en azından "sağlığa zararlıdır" uyarısı taşıırken, kimi yabancı sigaralarda hiçbir uyarı bulunmamaktadır.

Elimizde kesin sayısal veriler yok ama tüm bu etmenlerin sonucunda, ülkemizde sigara tüketiminin, özellikle yabancı sigara kullanımının gözle görülür biçimde arttığını, günlük yaşamımızda gözlüyoruz. Karşı kampanya ise, yalnızca basında yer alan kimi bilgilerden ve uzman görüşlerinden oluşmaktadır. Ayrıca, basında zaman zaman, "sigaranın zararlı olmadığı" savlarıyla, sigara içmeyi hoş gören, hattâ özendirilen yazılar bile yer almaktadır (Cumhuriyet, 14.11.1986, 6.5.1987 ve 14.1.1988; Nokta, sayı: 23 [30.7-5.8] 1984).

Sigaranın ve tütün üretiminin dünya çapında yasaklanmasının gündeme geldiği bir zamanda, ülkemizde gözlenen bu kayıtsızlık, gerçekten üzücüdür. Kapalı yerlerde sigara içilmesine kimi kısıtlamalar getiren bir yasa önerisi ise, bir yıla yakın süreden beri TBMM'de bekletilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Her konuda geçerli olan bir ilke, sigara için de geçerlidir; sigara alışkanlığını, toplumun içinden gelecek bilinçli ve etkin eylemler yenecektir. Ancak, başlangıçta basına, eğitimcilere ve sağlıkçılara, kamuoyunu bilgilendirmek ve uyarmak görevi düşüyor. Eğitimcilere ve sağlıkçılara düşen bir başka görev, insanlara örnek olmaktır. Dünya deneyimleri, doktorlarda sigara içme oranının hızla azaldığı toplumlarda, geneldeki sigara tüketiminin de koşut olarak azaldığını göstermektedir.

Sigaraya karşı ülke çapında etkili bir savaşım programı planlayabilmek için, sigara tüketimini azaltabilen ülkelerden ve Dünya Sağlık Örgütü'nden sayısız örnekler ve öneriler elde etmek; onların deneyimlerinden yararlanmak olanaklıdır. Başlangıç olarak, en ivedi biçimde, kamu ve özel işyerlerinde, özellikle tüm sağlık ve eğitim kuruluşlarında, kapalı yerlerde, taşıtlarda sigara içilmesi tümüyle yasaklanmalı, yasağa uymayanlara yaptırımlar uygulanmalıdır.

Ayrıca, örgün ve yaygın eğitim programlarında sigara karşıtı eğitime mutlaka yer verilmelidir. Sigara paketleri üzerine, taşıdıkları zararlı etken miktarlarını ve yol açabilecekleri sağlık sorunlarını belirtir uyarılar konması zorunlu kılınmalı, sigara reklamları tümüyle yasaklanmalıdır. Asgari önlem, sigara içmeyenlerin korunmasıdır. Hedeflenmesi gereken asıl sonuç ise, sigarasız toplumdur. Kimi ülkeler şimdiden, "2000 yılına dek sigarasız bir toplum" belgisiyle bu hedefi somutlaştırmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü, yeni belgisiyle tiryakileri uyarıyor: "Sigara ya da sağlık! Siz, sağlığı seçin."

(Cumhuriyet, 7 Nisan 1990)

Kaynaklar

- 1- Koop, C. Everett: A Society Free of Smoking by the Year 2000? World Health Forum, Vol.7, 1986, 225-229.
- 2- Ball, Keith: Smoking Spells Death for Millions. World Health Forum, Vol.7,1986, 211-216.
- 3- Chandler, William U. Banishing Tobacco. World Health, June 1986, 8-10.
- 4- Controlling the Smoking Epidemic: Everyone Can Help. World Health Forum, Vol.7,1986, 230-231.
- 5- Chandler, William U. Tobacco-Strong Words are not Enough. World Health Forum, Vol.7,1986, 217-224.
- 6- Nath, Uma Ram: Smoking in the Third World. World Health, June 1986,6-7.
- 7- WHO Technical Report Series, No.678, 1978. Prevention of Coronary Heart Disease: Report of WHO Expert Committee.
- 8- The Choice Is Now Health. World Health, January-February 1988, 26.
- 9- Lung Cancer Seen as an Epidemic in Third World Within Decade. World Health-August-September 1984, 30.
- 10- Tobacco Alert (WHO Newsletter). Vol.2, No.1 March 1985.
- 11- Ozorio, Peter. Now the World's 2nd No Tobacco Day. World Health, April 1989, 26-27.
- 12- Cumhuriyet, 24.5.1989.
- 13- Cumhuriyet, 10.9.1987 ve 26.12.1987.

DÜNYA SİGARA İÇMEME GÜNÜ

Sigara ya da sağlık programı, Dünya Sağlık Örgütü'ne üye ülkelerden gelen istemler doğrultusunda, bu örgütün temel programları arasında yer almaktadır. Bu programın asıl amacı, sigarasız toplumlar ve giderek sigarasız bir dünya yaratmaktır. Bu amaca yönelik bir dizi etkinlik içinde, "Dünya Sigara İçmeme Günü" girişimi, önemli bir yer tutmaktadır.

Sigara ya da Sağlık

Sigara, yılda 2,5 milyon erken ölüme yol açan, dünyanın en yaygın salgın hastalığıdır. Sigara içme alışkanlığının uzun süreden beri yerleşik olduğu ülkelerde, akciğer kanserlerinin yüzde 90'ı, tüm diğer kanserlerin yüzde 30'u, bronşit ve amfizemin yüzde 80'i, koroner kalp hastalığının ve felçlerin yüzde 20-25'i sigaraya bağlıdır. Dünyada sigara içme eğilimleri bugünkü gibi sürerse, halen çocukluk çağında olan 150 milyon kişi, daha sonraki yıllarda sigaraya bağlı hastalıklardan ölecektir.

Dünya Sağlık Örgütü, kanıtlanmış pek çok bilimsel veri ışığında, insan sağlığına yönelik en büyük önlenebilir tehdidi oluşturduğu gerekçesiyle, tüm dünya ülkelerini sigara alışkanlığıyla savaşıma çağırılmaktadır. Son yıllarda, özellikle sigara içmeyenlerin bilinçlenmesi sonucunda, pek çok ülkede sigara karşıtı büyük kampanyalar başlatılmıştır.

Dünya Sigara İçmeme Günü, uluslararası düzeyde gerçekleştirilen bu tür etkinliklerden biridir. Birincisi 7 Nisan 1988, ikinci 31 Mayıs 1989, üçüncüsü ise 31 Mayıs 1990'da gerçekleşen ve bundan böyle, her yıl Mayıs'ta düzenlenmesi öngörülen Dünya Sigara İçmeme Günü'nün amacı, yalnızca sigarayı bırakmaya çağrı değil; aynı zamanda, hükümetleri, öteki yetkilileri, toplumları ve bireyleri harekete geçirmektir. Bu özel günde, tiryakilerin bir gün için de olsa, sigarayı bırakmayı denemeleri istenmektedir. Aynı zamanda, satıcılar bir gün sigara satmamaya, gazete ve öteki yayımlar sigara reklamı almamaya çağrılıyor. Bugün, birçok ülkede bu amaçlarla çeşitli etkinlikler düzenleniyor, eylemler planlanıyor ve kampanyalar başlatılıyor.

Sigaraya Karşı Önlemler

Sigara alışkanlığına karşı asgari önlem, sigara içmeyenlerin, özellikle gençlerin ve çocukların bu zararlı alışkanlıktan korunmasıdır. Bu amaca yönelik olarak, eğitim programları ve yasal önlemler uygulanmaktadır. Sigara karşıtı eğitime kimi ülkelerde okul öncesinde başlanmakta, tüm örgün eğitim boyunca da sürdürülmektedir. Yasal önlemler arasında, her tür sigara reklamının yasaklanması; çocukların buldukları çevrelerde, okul ve kamu kuruluşlarında sigara içmenin engellenmesi; sigara paketleri üzerine uyarıcı yazı ve etiket koyma zorunluluğu; çocukların sigara satın almasının yasaklanması yer almaktadır.

Ülkemizde Sigaraya Karşı Yasal Önlem Girişimi: 3694 Sayılı Yasa

Ülkemizdeki ilk ciddi yasal girişim sayılabilecek "*Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*" (Kanun No.3694), 9 Ocak 1991'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde, tüm siyasi partilerin desteğiyle kabul edilmiştir. Bu yasa, "*Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan her türlü nakil vasıtaları ve bunların bekleme salonlarında tütün ve tütün mamulleri içilemez*", hükmünü getiriyor; ayrıca her tür tütün reklamını yasaklıyordu.

Ancak bu önemli yasa, Meclis'te kabul edilışinden iki hafta sonra, Cumhurbaşkanı'nın vetosuyla engellendi. Bu yasayı desteklemekle birlikte, yetersiz olduğuna dikkat çeken Türk

Tabipleri Birliği ise, vetodan sonra milletvekillerine gönderdiği mektupta, özetle şöyle diyordu:

“Veto edilmiş bulunan yasa, çocuklarımızın sağlıklı geleceğine ve sigara içmeyen insanların korunmasına yönelik önemli bir adım olabilirdi... Ayrıca, sigara yasağı kapsamının, ... ‘resmi kuruluşları’ da kapsayacak biçimde genişletilmesini, sigara içmeyenlerin hakları ve halk sağlığı açısından yaşamsal önemde buluyoruz. Unutulmamalı ki, kimi masum kişiler, başkalarının içtiği sigara yüzünden kanserden ölmektedir. (Örneğin, ABD’de her yıl sigara içmeyen 5000 kişi, kanserden yaşamını yitirmektedir.)”

Dördüncü “Dünya Sigara İçmeme Günü”nde dileğimiz, bu yasanın bir an önce yürürlüğe girmesidir. Yasa tasarısının TBMM’ye sunuluşundan bu yana geçen iki yıla yakın süre içinde, pek çok çocuk ve genç insanımızın bu alışkanlığa yakalandığı bilinmelidir. Her geçen gün, sigara içenlerin sayısını biraz daha artırmaktadır, çünkü bugün ülkemizde hiçbir yasal ya da eğitici önlem geçerli değildir. Sigara İçmeme Günü’nde, en azından sağlık kuruluşlarında ve okullarda sigara içmenin yasaklanmasını istemek, çocuklarımızın ve sigara içmeyenlerin hakkıdır sanıyoruz.

Hükümet ve hükümet dışı kuruluşlar, her düzeydeki karar organlarında bulunanlar, öncelikle ve ivedilikle, sigara içmeyenleri ve çocukları sigaradan koruyucu önlemleri almak durumundadırlar. Bu konuda, Sağlık Bakanlığı ve hekim kuruluşlarına önderlik görevi düşüyor.

(Güneş, 1 Haziran 1991)

SİGARA ALIŞKANLIĞININ SAĞLIK SONUÇLARI VE SİGARAYA KARŞI ÖNLEMLER

GENEL BİLGİLER

Sigaranın Sağlık Sonuçları

Sigara içme alışkanlığı, hastalık ve ölümlerin en önemli önlenilebilir nedeni olarak tanımlanmaktadır. Sigaranın bir eşik değeri yoktur; yani, günde bir sigara bile akciğer kanserine yol açabilmektedir. Tüm dünyada yılda 2,5 milyon, Avrupa'da 500 bin üzerinde ölümün etkeni olan sigara, tüm akciğer kanseri ölümlerinin yüzde 90'ından, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ölümlerinin yüzde 75'inden, koroner kalp hastalığı ölümlerinin yüzde 25'inden sorumludur. Ayrıca, tütün kullanımının, ağız, dil, larinks, farinks, özofagus, mesane kanserlerinin oluşumunda önemli payı vardır. Bunların yanı sıra, sigaranın pankreas, böbrek, serviks kanserleri ile nedensel ilişkisi olduğunu gösteren bulgular vardır. Akciğer kanseri dışındaki tüm kanserlerin yüzde 30'undan sigaranın sorumlu olduğu bildirilmektedir (1, 2, 3, 4, 5).

Sigara içen ve içmeyen erkeklerde yaşam sürelerini karşılaştırarak, sigaranın insan yaşamına etkisini ortaya koyan veriler çarpıcıdır: 55 yaşın altında sigara içmeyenlerin yüzde 4'ü, içenlerin yüzde 10'u; 65 yaş altında sigara içmeyenlerin yüzde 11'i, içenlerin yüzde 28'i; 75 yaşın altında sigara içmeyenlerin yüzde 30'u, içenlerin yüzde 57'si ölmektedir (2).

İstemsiz (Edilgin ya da Pasif) Sigara İçme

Sigara dumanının istemsiz (edilgin) sigara içenleri; başka bir deyişle, sigara içmeyip sigara içilen ortamda bulunanları etkilediği ilk kez 1972'de öne sürülmüş, 1979 yılında akciğer kanserini etiolojisinde rolü olduğu bildirilmiş, daha sonra yapılan 11 olgu-kontrol, üç kohort araştırmada edilgin sigara içme ile akciğer kanseri ilişkisi kanıtlanmıştır (3, 6, 7). Aynı durum, koroner kalp hastalığı ve öteki kalp-damar hastalıkları için de geçerlidir. Örneğin, istemsiz sigara içme, miyokard enfarktüsünden ölüm riskini yüzde 30 artırmaktadır. Tüm veriler değerlendirildiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) istemsiz sigara içme sonucu yılda 53 bin kişinin öldüğü, bunların 3 bininin kalp hastalığından, 3700'ünün akciğer kanserinden, 12 bininin de öteki kanserlerden öldüğü hesaplanmıştır (6). İstemsiz (edilgin) sigara içme ABD'de, etkin (aktif) sigara içme ve alkol alışkanlığından sonra, üçüncü önlenilebilir ölüm nedenidir.

İstemsiz sigara içmenin çocuklar üzerindeki etkileri, doğum öncesinden başlayarak, çocukluk ve gençlik dönemi boyunca sürebilmektedir. Sigara içen gebe kadınlarda, ölü doğum, spontan düşük, erken doğum, düşük ağırlıklı bebek gibi kanıtlanmış sonuçların yanında; doğum öncesi dönemde sigara dumanına maruz kalmış çocuklarda fiziksel ve zihinsel gelişimin 11 yaşına dek gecikebilmesi, kanser oranının kontrollere göre üç kat fazla olması yeni bulgular arasındadır (2, 3, 8). İstemsiz sigara içen çocuklarda pnömoni, bronşit, bronşiyolit, adenoid vejetasyon, tonsillit, kronik otit daha sık görülmektedir (3).

Sigara Karşıtı Kampanyalar

Sigara alışkanlığının sağlık sonuçlarına ilişkin çeşitli araştırma sonuçları ışığında, tüm gelişmiş ülkelerde bu alışkanlığa karşı kapsamlı stratejiler geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de, üye ülkelere önerilerde bulunmuş, önlem paketleri sunmuştur. Bu önlemler sonucunda, gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi giderek azalmakta, buna karşılık, gelişmekte olan ülkelerde artış eğilimi sürmektedir (2).

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin, 1984'te 2000 yılına yönelik olarak saptadığı 38 "hedef" arasında sigaraya karşı öngörülen amaç, 1995'te toplumun en az yüzde 80'inin sigara içmiyor olması ve sigara tüketiminin 1984'e göre yüzde 50 azalmasıdır. Eylül 1987'de, Avrupa Bölgesi Komitesi, "*Tütünle İlgili Eylem Planı*"nı onaylayarak, Hedef 16'nın gerçekleştirilmesini öngörmüştür (1).

Deneyimler göstermiştir ki, sigara ile savaşımında başarılı olan ülkeler, toplumsal ve bireysel önlemlerle, hem kamu, hem de özel sektörüne alan politikaları benimseyenlerdir. DSÖ *Tütünle İlgili Eylem Planı*, ilgili her kesimin, özellikle de aşağıdaki kurum ve kuruluşların, savaşımına çekilmesini öngörmektedir:

- Sağlık ve öteki kamu yetkilileri,
- Sağlık personeli ve öteki kilit meslek üyeleri,
- Yerel ve ulusal parlamenter ve politikacılar,
- Eğitim sistemi (okul öncesinden başlayıp üniversite ve erişkin eğitime değin)
- Ticaret, sanayi, tarım sektörü,
- Sendika, gönüllü grup ve diğer dernekleri de kapsamak üzere, hükümet dışı kuruluşlar,
- Medya (basın, televizyon, radyo, sinema, tiyatro yapımcı, yönetmen ve oyuncular),
- Genel kamuoyu.

DSÖ'nün eylem planına göre, tüm üye devletlerin 1989'da ulusal kampanya başlatmış olmaları gerekiyor.

Madrid'de, 7-11 Kasım 1988'de toplanan DSÖ Tütün Politikaları üzerine Birinci Avrupa Konferansı, sigarasız Avrupa için 10 strateji benimseyerek, üye ülkeleri bu doğrultuda harekete çağırmıştır (7). Bu konferans, çevresel sigara dumanının bir halk sağlığı sorunu olduğu sonucuna vararak, öncelikle sigara içmeyenlerin korunmasına yönelik önlemlere dikkat çekti. Belirlenen 10 strateji, tüm ortak çevrelerin, özellikle çocukların bulunduğu ortamların ve sağlık kuruluşlarının sigarasız olmasını; sigarayı özendirilen her tür reklam ve etkinliğin yasaklanmasını; tüm bunların yasa ile gerçekleştirilmesini; toplumun her düzeyde yaygın olarak eğitimini; sigara vergisi ile fiyatlarının düzenli biçimde artırılmasını; sigara salgınının etkilerini ve karşı önlemlerin etkinliğini uygun ölçütlerle değerlendirmeyi öngörmektedir.

Yasal Önlemler

Yapılan araştırmalar, sigara savaşımını kapsamlı bir yasaya dayandırmış ülkelerde daha iyi sonuçlar alındığını ortaya koymuştur (9). Cox ve Smith'in incelemesinde, 1962-1980 arası 15 ülkenin verileri değerlendirilmiş ve yasal önlemlerin sigara tüketimini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Norveç'te 1975'de yürürlüğe giren yasa, 1985'de 13-15 yaşlardaki sigara içme oranlarında belirgin düşüşler sağlamıştır. Söz konusu yasa ile, sigara reklamları tümüyle yasaklanmış, sigara vergisi artırılarak sigara fiyatları yükseltilmiş, sigara paketlerine etkili uyarı yazıları yazılması zorunluluğu getirilmiş ve sigaranın toksik maddelerinin sınırlandırılması konusunda Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmıştır. 1988'de ise, yeni bir yasal düzenleme ile, tüm kapalı yerlerde ve ulaşım araçlarında sigara içme yasaklanmıştır. Öteki Avrupa ülkeleri ve ABD'de de benzer girişimler ve sonuçlar gerçekleştirilmiştir.

Gelişmiş ülkelerde sigaraya karşı yasal önlemler açısından ülkeler arasında bazı farklılıklar vardır. Ancak, her ülkede yasal düzenleme yapılmıştır.

TÜRKİYE'DE DURUM

Sigara Alışkanlığının İlişkin Veriler

Türkiye'de sigara alışkanlığının ülke düzeyinde araştırması ilk kez 1988 PİAR Araştırması ile yapılmıştır. Bu araştırma ile, ülkemizde 15 yaş ve üstü nüfusta sigara içme

düzeyi yüzde 43,6, erkeklerde yüzde 62,8, kadınlarda yüzde 24,3 olarak saptanmıştır (10). Çeşitli yerel çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Sigara alışkanlığının yaygınlığı açısından özel bir önemi olan hekim ve sağlıkçılarda sigara içme durumu, yerel çalışmalarda genel topluma yakın, hattâ daha yüksek bulunmuştur. Örneğin, Elazığ'da hekim ve diş hekimleri arasında 1988'de yapılan bir araştırmada, sigara içme erkeklerde yüzde 54,9, kadınlarda yüzde 39,5 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada, hasta yanında sigara içenlerin oranının yüzde 56,8 olduğu belirlenmiştir (11). Ankara'da hekim ve hemşireler arasında yapılan bir araştırmada ise, sigara içme yüzde 60 bulunmuştur (Prof. Dr. Ali Özden ve arkadaşlarının araştırması).

Öte yandan, yapılan araştırmalarda halkın yasal önlemlere ilişkin tutumunun olumlu olduğu belirlenmiş; değişik çalışmalarda toplumun yüzde 75-88 oranında sigaraya karşı yasal düzenlemelerden yana olduğu ortaya konmuştur (12).

Türkiye'de birinci ölüm nedeni kalp hastalıkları, erişkinlerde ikinci ölüm nedeni kanserlerdir. Kanser ölümleri arasında akciğer kanseri birinci sıradadır (il ve ilçe merkezleri verileri). Bu hastalıkların sigara ile kanıtlanmış yakın ilişkileri, ülkemizde sigaranın pek çok erken ve önlenebilir ölüme yol açtığını açıklıkla ortaya koymaktadır. Bu değerlendirmeler, sigara içme alışkanlığının ülkemiz için önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de Sigaraya Karşı Çalışmalar

Türkiye'de günümüze değin, sigaraya karşı kapsamlı bir savaşım yürütülemediği. 1988 yılında Sağlık Bakanı olan Bülent Akarcalı'nın başlattığı kampanya yedi ay sürmüş, kendisinin bakanlıktan ayrılışıyla sona ermiştir.

Ülkemizde ilk ciddi yasal girişim sayılabilecek "*Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun*" (Kanun No. 3694), 9 Ocak 1991'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde tüm siyasal partilerin desteği ile kabul edilmiştir. Bu yasa, "*Sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerler ile kapalı spor salonlarında ve toplu taşımacılık yapılan her türlü nakil vasıtaları ile bunların bekleme salonlarında tütün ve tütün mamulleri içilemez*" hükmünü getiriyor ve ayrıca her tür sigara reklamını yasaklıyordu. Ancak, bu önemli yasa, Meclis'te kabul edilişinden iki hafta sonra, Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın vetosu ile engellendi (13).

"Kişilerin özgürce seçme hakkını ellerinden aldığı" gerekçesiyle (14), veto edilen yasa, yeniden görüşülmek üzere TBMM'ye gönderilişinden bu yana, Meclis gündemine alınmadı. Buna karşılık, sigara yandaşı politikalar geçerliliğini korumakta, 1984'ten beri adım adım gerekli yasal düzenlemeler yürürlüğe girmektedir. 1984'te tekel aracılığıyla sigara dışalımını serbest bırakılmış, 1986'da yasal olarak tütün tekeline son verilmiştir. 1991'de mevzuatta yapılan düzenleme ile tütün ticareti serbestleştirilmiştir. Bugün sigaraya karşı genel olarak geçerli tek kısıtlama, 2 Mayıs 1991 tarihli Kararname ile, devlete ait kurum, kuruluş, radyo ve televizyonda, sigara reklamının yasaklanmasıdır (15).

Ankara'da 23-27 Mart 1992 tarihlerinde toplanan "Birinci Ulusal Sağlık Kongresi" kapsamında bir araya gelen "Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu"nun çalışmalarıyla, sigara salgınına karşı savaşım, bir kez daha Sağlık Bakanlığı'nın gündemine girdi. Henüz sonuçları alınamayan Kongre'nin bu alandaki çalışma grubu, özetle şu sonuçlara vardı (16):

"DSÖ'nün sigarasız Avrupa için önerdiği 10 strateji, ülkemiz için de ivedilikle uygulanması gereken önlemler paketidir... Bu stratejiler arasında yasal yaptırımları olanlara öncelik verilmesi çalışma grubumuzca uygun bulunmuştur..."

DSÖ'nün Avrupa Bölgesi 1995 hedefi olarak sigara tüketiminin yüzde 50 azaltılması, toplumun yüzde 80'inin sigara içmiyor olması hedefleri, ülkemiz için 2000 yılı itibarıyla benimsenmiştir..."

Raporda ayrıca, sigara ve öteki zararlı alışkanlıklarla savaşım konusunda bir örgütlenme önerisi yer almaktadır.

ÖNERİLER

Bugün ülkemizde, sigara alışkanlığı açısından Avrupa'daki genel eğilimin tersi bir süreç yaşanmaktadır: Sigara karşıtı çalışmalar çok yetersizdir ve sigara tüketimi artmaktadır. Toplumun ivedilikle bir sigara karşıtı kampanyaya ve yasal düzenlemeye gereksinimi vardır. Öncelikli ve ivedi hedef, sigara içmeyenlerin, özellikle çocuk, genç ve kadınların korunmasıdır. Son hedef ise, sigarasız toplumdur.

Yasal Düzenleme

TBMM'ye geri gönderilen yasanın kapsamı, çağdaş ve bilimsel verilere, DSÖ önerilerine uygun olarak genişletilmeli ve en kısa zamanda yürürlüğe girmesi için çaba harcanmalıdır. Bu konuda, Sağlık Bakanlığı, sağlık meslek kuruluşları ve tıp fakülteleri işbirliği yapmalıdır.

Eğitim Önlemleri

Sigara karşıtı eğitim, okul öncesinden başlayarak, ilk ve orta öğretim ve üniversite eğitimi boyunca sürecektir, yaygın eğitimle bütünleşecek biçimde, tüm eğitim süreçlerinin bir parçası olmalıdır. Bu eğitim, toplumun tüm kesimlerini kapsamalı; özellikle hekimler ve diğer sağlıkçılar, öğretmenler, çocuk ve gençler hedef gruplar olarak seçilmelidir.

Üniversitelerin Rolü

Sigara alışkanlığının sonuçları konusunda yetkilileri ve toplumu uyarmak, üniversitelerin eğitim ve hizmet işlevlerinin bir gereğidir. Özellikle, tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dallarının, bu alandaki eğitim ve araştırma çalışmalarında yönlendirici olmaları doğaldır. Halk sağlığı anabilim dallarının, soruna çözümler arama, toplumun eğitim programlarını ve araştırmaları planlama, tıp öğrencilerini eğitme gibi konularda, kendi aralarında işbirliği ve eşgüdüm içinde çalışmaları gereklidir.

Sigara alışkanlığının yaygınlığında hekimlerin önemi dikkate alınarak, tıp fakültesi halk sağlığı eğitim programlarında, sigaranın zararları ve halk sağlığına olumsuz etkileriyle sigaraya karşı savaşım yöntemleri kesinlikle yer almalıdır.

*(Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri, Mayıs 1992)
(Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Kasım 1992)*

KAYNAKLAR

1. A 5 Year Action Plan – Free Europe. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998
2. Smoking, Tobacco and Health- A Fact Book. US Department of Health and Human Services, Publication No (CDC) 87-8397, Revised 10/89.
3. Barış, İzzettin: “İstemsiz Sigara İçenler”. XIX. Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 12-14 Eylül 1991, Sivas, 58-62, 1991.
4. World No Tobacco Day. 31 May 1992.
5. Chandler, William: “Banishing Tobacco”. World Health, June 1986.
6. Glantz, A. S. And Parmley, W.W.: “Passive Smoking and Heart Disease”. Circulation, 83:1, January 1991.
7. Tobacco or Health: The Way Ahead-Resort of the First European Conference on Tobacco Policy-Madrid, 7-11 November 19988. WHO Regional Office for Europe, 1989 (Advance Copy Prior to Publication, EUR/ICP/NCDS
8. Ball, Keith: “Smoking Spells Death for Millions”. World Health Forum,7:211, 1986.
9. “Sigara Mücadelesinin Yasa ile Desteklenmesi”. Sigara Alarmı, 4, Mart 1992.
10. PİAR Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, Ocak 1988.
11. Sezer, Erol: “Sigara ve Doktorlar”. XIX. Tüberküloz ve Göğüs Kongresi, 12-14 Eylül 1991. Sivas, 86-96, 1991.
12. “Toplumumuz Sigaraya Karşı Yasal Mücadeleyi Destekliyor”. Sigara Alarmı, 7, Mart 1992.
13. Aşut, Özen: “Dünya Sigara İçmeme Günü”. Güneş Gazetesi, 1 Haziran 1991.
14. “Cumhurbaşkanlığı Makamının Tütün ve Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunu TBMM’ne Tekrar Görüşülmek Üzere İade Gerekçesi”.
15. “Yasa ile Desteklenmeyi Bekleyen Sigara Mücadelesi”. Sigara Alarmı,5-6, Mart 1992.
16. “Zararlı Alışkanlıklar Çalışma Grubu Sonuç Raporu”. Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 23-27 Mart 1992.

SİGARA ALIŞKANLIĞININ EKONOMİK SONUÇLARI*

Çokuluslu sigara tekelleri dünya sigara tüketiminin %39'unu karşılarken, devlet kuruluşları %33 ile ikinci sırada yer almaktadır. Tütün piyasası çok az sayıda firma tarafından denetlenmekte; bu nedenle de şirketler, karşılıklı çıkarları için kendi aralarında kolayca eşgüdüm ve işbirliği sağlayabilmektedirler.

Sigara endüstrisi, dünyada en çok reklam veren sanayilerden biridir. 1980'lerde sigara reklamı için yılda iki milyar dolar harcanmıştır. Sigara tekellerinin ABD'de reklama bir günde yaptıkları harcama, hükümetin "sigara ve sağlık" programının bir yıllık giderine eşittir.

Tütün Üretimi Kârlı Bir İş mi?

Sigara tüketimi, uluslararası sigara tekellerine önemli kârlar sağlarken, tütün üretiminin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomiye katkısı tartışma konusu olmaktadır.

Tütünün ekonomiye katkısını sıfırlayan gerçekler şöyle özetlenebilir:

1. Ürün, sermaye-yoğundur ve geniş yatırım gerektirir.
2. Tütün üretimi, büyük ve mevsimsel işgücüne dayalıdır; bunun yanında, daha yararlı ürünlerde çalışabilecek işgücünü azaltır.
3. Tütün ve tütün ürünleri üretiminin; odun gereksinimini, ormansızlaşmayı, erozyon ve sel olasılıklarını artırıcı sonuçları olabilir.
4. Tütün yetiştirmede çokuluslu şirketlerin rolü nedeniyle, çiftçiler sıklıkla bu şirketlere borçlandırılmaktadır. Sektörde sağlanan kârların büyük bölümü, sigara sanayisine geri dönmektedir.
5. Tütün üreten üçüncü dünya ülkelerinin çok azı, ürünlerini dışarıya satabilmektedirler.

Sağlık Sonuçlarının Yol Açtığı Ekonomik Kayıplar

Tütünün ekonomiyle ilişkisini değerlendirirken, sigara alışkanlığına bağlı hastalık ve erken ölümlerin yol açtığı zararları da dikkate almak gerekir. Sigara alışkanlığının yaygın olduğu toplumlarda sık görülen işgünü kayıpları, kaba ulusal gelir (GSMH) düşüşünün nedenleri arasında yer alır. Aynı durum, sigaranın yol açtığı erken ölümler nedeniyle ortaya çıkan "gelecekteki işgünü kaybı" için de geçerlidir. Sonuç olarak tütün üretimi, özellikle Üçüncü Dünya ülkeleri açısından uzun dönemde kârlı bir iş değildir.

İşyerinde sigara içilmesi, sigara içmeyenlere ve genel olarak topluma ek bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Örneğin; Birleşik Krallık'ta sigaraya bağlı olarak her yıl 50 milyon işgünü yitirilmektedir. 1982'de sigarayla ilişkili hastalıklar, "Ulusal Sağlık Sistemi"ne 165 milyon sterline mal olmuştur. Ancak bu ülkede, tütün ve sigaradan yılda dört milyar sterlin vergi geliri elde edilmekte ve zarar bu yolla giderilmektedir.

ABD'de 1985 yılında yapılan bir çalışmaya göre, sigaraya bağlı yıllık üretim kaybı, 27-61 milyar ABD dolarıdır. ABD Sağlık Bakanlığı ise, sigara ile ilgili doğrudan sağlık harcamaları toplamını 1985 için 34 milyar ABD doları olarak hesaplamıştır.

*Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; Nisan 1993.

Kanada’da yapılan bir değerlendirmede, sigara tiryakisi olan çalışanların, sigara içmeyenlere göre %33-45 daha fazla işe gelmedikleri belirlenmiştir. İspanya’da gerçekleştirilen bir araştırma ise, işe gelememenin %41,7’sinin sigara alışkanlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Çevreye Zararları

Sigara alışkanlığının insan sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle ortaya çıkan ekonomik kayıplar, sigarayla ilgili çevresel zararlarla daha büyük boyutlara ulaşmaktadır. Bu zararlarının en başında orman yangınları gelmektedir. Özellikle nc Dünya lkelerinin içinde bulunduğu enerji darboğazı, sigaranın başlattığı orman yangınlarının önemini artırmaktadır. Bu ülkelerin, her 300 sigara için bir ağaç yaktıkları hesaplanmıştır.

Orman yangınlarının yanı sıra, sigaranın yol açtığı yangınlar, sanayi patlamaları ve çeşitli kazalar da büyük ekonomik kayıplarla sonuçlanmaktadır. Birleşik Krallık’ta 1984’te yapılan bir incelemede, sanayi işyerlerindeki tüm yangınların %6.5’inin sigara artıklarına bağlı olduğu ortaya konmuştur. Kosta Rika’da ise 1991’in ilk altı ayı için “sigara yangınları”nın oranı tüm yangınlar içinde %12.8 olarak saptanmıştır. Belçika’nın Brüksel kentindeki bir işyerinde başlayan sigaraya bağlı yangında 300 kişi yaşamını yitirmiş; bu olaydan sonra, söz konusu işyerinde sigara içme tümüyle yasaklanmıştır.

Sigaranın yol açtığı can kaybına varan bu ekonomik yüklerin yanı sıra, sigara içilen yerlerde eşyaların ve havalandırma sistemlerindeki filtrelerin daha sık değiştirilmesi gerekmektedir. Sigara ayrıca, gerektiğinden fazla p üretmektedir. Örneğin, Kanada Havayolları, tüm uçuşlarını sigarasız yaptıktan sonra, yalnızca kl tablası temizliğinden tasarruf sonucu 700 bin ABD doları kazanç sağladığını açıklamıştır.

Özetle, çeşitli ülkelerde yapılan birçok araştırma, sigaranın yol açtığı kayıpların, tütünün sağladığı ekonomik kazançları çok aştığını göstermektedir.

(Sosyal Demokrasi Dergisi, Eylül 1993)

31 MAYIS DÜNYA SİGARASIZ GÜNÜ NEDENİYLE

Dünyanın sayılı uluslararası kuruluşlarından olan Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık alanındaki birçok çalışmasının arasında sigara ile savaşım önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık durumu ile ilgili olarak dünya çapında veri toplamaktadır. Bu verilere göre her yıl, üç milyonun üstünde insan sigaraya bağlı nedenlerle ölmektedir. İşte bu nedenle DSÖ, 31 Mayıs'ı Dünya Sigarasız Günü ilan ederek, yılda bir gün de olsa, tiryakileri sigarayı bırakmaya çağırmaktadır. Bu yıl yedincisi düzenlenecek olan Sigarasız Gün'ün belgisi:

“Medya ve Sigara: Sağlık mesajını halka aktarabilmek” olarak belirlenmiştir. Başka bir deyişle, bu yıl sigara ile savaşta basın, radyo ve televizyonun rolü ve önemi üzerinde daha çok durulacak ve örneğin, televizyon programlarında katılımcıların, program sunucularının sigara içmeleri eleştirilecek; bu duruma bir son verilmesi istenecek. Medyanın toplumu bilgilendirme işlevini daha iyi yerine getirmesinin gereği vurgulanacak.

Tiryaki olun ya da sigaradan nefret edin, sigaranın sağlığa zararlarını biliyor olmalısınız. Sigara dumanının kanser yaptığını, kalp krizini kolaylaştırdığını bilmeyen kaldı mı? Bu iki hastalık da öldürücü olabilen hastalıklardır. Özellikle gırtlak kanseri, akciğer kanseri gibi solunum yolu kanserlerinin büyük çoğunluğu sigaraya bağlıdır. Başka bir deyişle, eğer sigara olmasaydı, bu kanserlerin yüzde 90'ı görülmeyecekti.

Kanser yapıcı etkisinin yanı sıra, sigara dumanında bulunan nikotin, tıpkı uyuşturucu maddeler gibi, bağımlılık yapan bir maddedir. Yalnızca bir kez sigarayı deneyen her dört kişiden üçü sigara tiryakisi olmaktadır.

Bu durum, sigaraya yakalanmanın ne denli kolay; ancak, kurtulmanın da o denli güç olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun içindir ki, çocukları bu zararlı alışkanlıktan özenle korumak gerekir. Çünkü sigara alışkanlığı genellikle çocuk yaşlarda, 11-12 yaşlarında edinilir. Sigaraya başlama yaşı, içme süresi ve içilen sigara miktarı sigaranın zararlarını doğru orantılı olarak artırır. Yani, ne kadar çok ve uzun süre içerseniz, zararı o denli fazla olur. Kendimiz sigara içiyor olsak bile, çocuklarımıza sigaranın çok zararlı bir alışkanlık olduğunu anlatmalı, onları sigaradan uzak tutmalı, onların yanında sigara içmemeli, hele hele onlara sigara aldirmaktan kesinlikle kaçınmalıyız.

Çocukların yanında sigara içmek onlara kötü örnek olmanın yanı sıra, sağlıklarını doğrudan doğruya olumsuz yönde etkilemektedir. Sigara içilen ortamda yaşayan çocuklarda, özellikle solunum yolu hastalıkları daha sık görülmektedir. Anne karnındaki dönemde ve bebeklikte zararlar çok daha fazladır.

Sigara dumanının sigara içmeyenlere etkileri, yalnız çocuklar üzerinde değil, her yaşta insanda görülmektedir. Her yıl binlerce insan, kendileri sigara içmemelerine karşın, başkalarının içtiği sigaranın etkisiyle yaşamlarından olmaktadır. Bu durumun en çarpıcı örneklerini, eşleri sigara içen insanlar ile çalıştıkları işyerinde sürekli dumanlı ortamda yaşamak zorunda kalanlar oluşturmaktadır. Evet, içtiğimiz sigara yakınlarımızın, arkadaşlarımızın ölümüne bile yol açabiliyor.

Peki ne yapmalıyız?

Öncelikle kapalı yerlerde, özellikle sigara içmeyenlerin bulunduğu ortamlarda sigara içilmemelidir. Sigara ile savaşta başarı kazanmış olan ülkelerin deneyimleri göstermiştir ki, başlangıçta yasak koyan yasalar zorunludur. Başka önemli bir konu, özellikle gençleri

sigaraya özendirilen sigara reklamlarının yasaklanmasıdır. Böyle bir yasa, yani reklamları yasaklayan ve kapalı kamu yerlerinde sigara içmeyi engelleyen bir yasa, Meclis'ten ivedilikle çıkarılmalıdır. Şu anda böyle bir yasa, TBMM gündemine alınmak üzere beklemektedir.

Ayrıca, topluma yönelik sürekli ve yaygın bir eğitim gereklidir. Bu eğitim için sözlü ve yazılı basından, tüm toplumsal kurum ve olanaklardan yararlanılmalıdır. Ayrıca, bu eğitim okul öncesi dönemden başlayıp, tüm örgün eğitim sürecinde zorunlu olmalıdır.

Bu arada bir de öğretmenlerimize seslenmek istiyorum. Ne yazık ki, ülkemizde öğretmenlerde sigara içme oranı çok yüksek: Bir araştırmada %77 bulunmuş. Öğretmenler öğrencilere örnek olmak için sigara içmemeli; sigarayı bırakamıyorlarsa bile, okulda, öğrencilerinin yanında sigara içmekten kaçınmalıdırlar. Okullar, sigarasız ortamlar olmalıdır. Bunun için de Milli Eğitim Bakanlığı'na görev düşüyor.

Sonuç olarak, şunu vurgulamak istiyorum: Sigara alışkanlığı vazgeçilmez değildir. Herkes isterse sigarayı bırakabilir. Yeter ki, gerçekten istesin. Sigarayı yalnız başına bırakamayanlara tıbbi yardım gereklidir. Bu yardımı yapmak için tüm sağlık merkezleri elverişlidir. Özellikle size en yakın sağlık ocağına başvurarak yardım isteyebilirsiniz. Bunun yanında, özel olarak sigarayı bırakmak isteyenler için kurulmuş merkezlerden yararlanabilirsiniz.

Eğer sorunları büyük olan ve bırakamayan bir tiryaki iseniz, Günaydın Perşembe programına yazınız. Size olanaklarımız elverdiği ölçüde yardımcı olmaya çalışacağız. Unutmayalım, en kolay olan sigaraya hiç başlamamaktır; bu nedenle sigara içmeyenleri ve çocuklarımızı sigaradan korumalıyız.

Sizlere sigarasız, sağlıklı günler diliyorum.

(Radyo 1'de yapılan konuşma, 26 Mayıs 1994)

SİGARA BIRAKILMAZ DEĞİLDİR

Son 30 yıldır sigaranın zararlarını araştıran çok sayıda çalışma sonucunda, sigaranın hiç kuşkuyla yer bırakmayacak ölçüde insan yaşamını tehdit eden “en önemli önlenebilir ölüm nedeni” olduğu kanıtlanmıştır. Sigara dumanı yalnızca sigara içeni değil, aynı zamanda o ortamda bulunanları da benzer biçimde etkilemektedir. Bu alandaki gerçekler son 15 yılda açıklıkla sergilenmiş olup, edilgin sigara içmenin, etkin sigara içme ve alkol alışkanlığını izleyen “üçüncü önlenebilir ölüm nedeni” olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, sigara içme alışkanlığı yalnızca sigara içen bireyi değil, çevresindekileri de etkileyen bir çevre ve halk sağlığı sorunudur.

Sigara dumanı, karbon monoksit, nikotin ve katran içerir. Karbon monoksit, bir arabanın egzozundan çıkan gazdır, kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltır. Nikotin, kokain ve morfin kadar bağımlılık yapan bir maddedir; ayrıca kan basıncını yükseltir. Karbon monoksit ve nikotin birlikteliği, koroner kalp hastalığı, miyokard enfarktüsü ve beyin kanamasına zemin hazırlar. Sigara dumanındaki pek çok başka zararlı madde ile birlikte katran, karsinojen (kansere oluşturan) olup, akciğer kanseri ve pek çok başka kansere yol açar. Sigara, akciğer kanserlerinin yüzde 90’ından sorumludur. Tiryakilerin yüzde 25’i, erken yaşlarda sigaraya bağlı hastalıklardan ölmektedirler.

İnsan Hakkı Olarak “Sigarasız Yaşam”

Sigara içmeyip sürekli sigara içilen ortamda bulunanlarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve izleyen süreçte kanıtlanmıştır. Kendisi sigara içmeyip sigara içen bir kişiyle evli olanlarda akciğer kanseri riski yüzde 30-70 oranında artmaktadır. ABD’de yılda 53 bin kişinin edilgin sigara içme sonucu öldüğü hesaplanmıştır.

Son yıllarda yoğun sigara karşıtı kampanyaların geçerli olduğu ABD ve Avrupa ülkelerinde sigara tüketimi azaltılmaktadır. Oysa ülkemizde ve öteki gelişmekte olan ülkelerde tüketim giderek artmaktadır. Çünkü ülkemizde ve benzer ülkelerde sigara karşıtı değil, sigaraya özendirici uygulamalar söz konusudur. Sigara karşıtı programların asgari hedefi, sigara içmeyenlerin korunmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün “Sigarasız Avrupa İçin 10 Strateji” adı altında 1988’de benimsediği önlemler paketinde, sigarasız bir yaşam ve sigarasız ortam, bir “insan hakkı” olarak kabul edilmiş ve bu hakkın korunması için yasal önlemler öngörülmüştür.

Herkes Bırakabilir

Araştırmalara göre, sigara içenlerin yüzde 70’i, sigarayı bırakma istek ve eğilimindedirler. Ancak, bu isteklerini gerçekleştirebilmek için yüreklendirici çabalara gereksinim vardır. Özellikle hekimlerin önerileri bu açıdan çok önemlidir. Bunun yanı sıra, genel toplumsal eğitim – özellikle yasal önlemlerle desteklendiğinde- sigara bırakanların sayısını hızla artırmaktadır.

Herkes sigarayı bırakabilir. Başlangıçtaki kimi çabaların başarısızlıkla sonuçlanması umutsuzluk yaratmamalıdır. Sigarayı bırakmayı başaran tiryakilerin çoğu, bırakmayı birkaç kez denedikten sonra başarıya ulaşmışlardır. Nikotinin güçlü bağımlılık yapıcı etkisi, başarısızlığın en önemli nedenlerinden biridir. Nikotin bağımlılığı olan kişiler sigarayı bıraktıklarında huzursuzluk, kaygı, zihinsel yoğunlaşma bozukluğu, baş ağrısı, dalgınlık, mide-bağırsak bozuklukları ve şiddetli sigara içme isteği gibi belirtiler yaşayabilirler. Bu yoksunluk belirtileri, bağımlılığın derecesine göre değişir, ancak geçicidir. Bir iki hafta içinde

yoksunluk belirtileri ortadan kalkar. Bu nedenle, sigara bırakma sürecinde ilk iki hafta çok önemlidir.

İleri derecede nikotin bağımlısı olanların sigarayı bırakabilmeleri için yardımcı ve destekleyici önlemlere gereksinim vardır. Bu gibi kişilere öngörülen “nikotin yerine koyma (replasman) tedavisi” (nikotin sakızı, deri bandı, burun spreyi, vb.) henüz deneme aşamasındadır. Bunun yanında, hekim denetiminde çeşitli yöntemler ve toplumsal programlar geçerli önlemler arasındadır.

Sigarayı bıraktıktan sonra, en az bunun kadar önemli olan ikinci aşama sigara içmemeyi sürdürmektir. Bu açıdan ilk bir yıl çok önemli olup, yeniden başlama, en çok bu süre içinde görülmektedir. Yeniden başlamanın başta gelen nedenleri arasında, yapılan “kaçamaklar” bulunmaktadır. Bir tek sigara bile alışkanlığı yeniden başlatabilir. Bu nedenle, tek sigaradan bile özenle kaçınmak gerekir.

Sigarayı bırakanlar, sigarayı anımsatan kişi, yer ve çevrelerden uzak durmalı, spor yapmalı, sigaranın zararlarını anlatan yayınlar okumalıdır. Unutulmamalıdır ki, sigara alışkanlığından kurtulmanın yolu tek değildir. Her bireyin kendine özgü özellikleri ve duyarlılıkları olabilir. Hangi yolla olursa olsun, sigara içmeyenlerin sayısının artması, çocuklarımızın ve gelecek kuşakların daha sağlıklı olmasına katkıda bulunacaktır.

(Cumhuriyet, 10 Haziran 1994)

Kaynaklar

1. Milliyet, 20 Nisan 1994.
2. Aşut, Ö. Hekim ve Sigara, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1993.
3. DiFranza, J.R. "The Effects of Cigarette Advertising on Children". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.20
4. "Tobacco: The Twentieth Century's Epidemic". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 4-5.
5. Fairbanks, L. "How to Achieve Health Care Institutions Without Tobacco". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.37.
6. Peto, R. et al. Mortality From Smoking in Developed Countries 1950-2000. World Health Organization, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp.A102-A103.
7. "The Economics of Tobacco." Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 6-7.
8. Barnum, H.N. "The World Bank and Tobacco" 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.19.
9. "World Bank Policy on Tobacco". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 14.
10. "Changing the Equation". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 9.
11. "Sigarayı Bırakmanın Sağladığı Sağlık İle İlgili Yararlar (ABD Sağlık Bakanlığı Raporu-1990)" Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):45, 1994.
12. "Sigara Reklamının Sigara Tüketimine Etkisi". Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):43, 1994.
13. Pandey, M.R. "Tobacco Problem and its Control in Nepal-Some Recent Successes". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.30.
14. Sanner, T. et al. "Tobacco-Free Norway. A Five-Year Action Plan". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.63.
15. Ball, D.G. et al. "The California Tobacco Control Program: Lessons Learned". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.34.
16. Collishaw, N.E. Abstract, World Health Organization. 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.25.
17. "Avrupa Topluluğu Ülkelerinde Sigara Reklamlarının Tümüyle Yasaklanması Teklifi". Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):43, 1994.
18. Aşut, Ö. et al. "Tobacco-Smoking Among Executives of Turkish Medical Association". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. p.160.

SİGARAYI HÂLÂ BIRAKMADINIZ MI?

Tiryaki olun ya da sigaradan nefret edin, sigaranın sağlığa zararlarını biliyor olmalısınız. Sigara dumanının kanser yaptığını, kalp krizini kolaylaştırdığını bilmeyen kaldı mı? Bu iki hastalık da öldürücü olabilmektedir. Özellikle gırtlak ve akciğer kanseri gibi solunum yolu kanserlerinin büyük çoğunluğu sigaraya bağlıdır. Başka bir deyişle, eğer sigara olmasaydı, bu kanserlerin yüzde 90'ı görülmeyecekti.

Dünyanın sayılı uluslararası kuruluşlarından olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık alanındaki birçok çalışmasının arasında sigara ile savaşım önemli bir yer tutmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre, her yıl üç milyonun üstünde insan sigaraya bağlı nedenlerle ölmektedir. İşte bu nedenle, DSÖ 31 Mayıs'ı "Dünya Sigara İçmeme Günü" ilan ederek, tiryakileri sigarayı bırakmaya çağırmaktadır. Bu yıl yedincisi kutlanan sigarasız günün konusu, medya ve sigara olarak belirlenmişti. Başka bir deyişle, bu yıl sigara ile savaşta basın, radyo ve televizyonun rolü ve önemi üzerinde daha çok durulacaktır. Etkinlikler süresince, televizyon programlarında katılımcıların, program sunucularının sigara içmeleri eleştirilecek, bu duruma son verilmesi istenerek medyanın toplumu bilgilendirme işlevini daha iyi yerine getirmesinin gereği vurgulanacaktır.

Kanser yapıcı etkisinin yanı sıra, sigara dumanında bulunan nikotin, tıpkı uyuşturucu maddeler gibi bağımlılık yapan bir maddedir. Yalnızca bir kez sigarayı deneyen her dört kişiden üçü, sigara tiryakisi olmaktadır.

Bu durum, sigaraya yakalanmanın ne denli kolay, ancak kurtulmanın ne denli güç olduğunu göstermektedir. Özellikle çocukları bu zararlı alışkanlıktan özenle korumak gerekiyor. Çünkü sigara alışkanlığı, genellikle çocukluk döneminde, 11-12 yaşlarında edinilir. Sigaraya başlama yaşı, içme süresi ve içilen sigara miktarıyla orantılı olarak, sigaranın zararları da artıyor. Yani, sigara ne kadar çok ve uzun süre içilirse, zararı o denli fazla oluyor. Kendimiz sigara içiyor olsak bile, çocuklarımıza sigaranın çok zararlı bir alışkanlık olduğunu anlatmalı, onları sigaradan uzak tutmalı, hele hele çocukların yanında sigara içmemeli, onlara sigara aldirmaktan kesinlikle kaçınmalıyız.

Çocukların yanında sigara içmek, onlara kötü örnek olmanın yanı sıra, sağlıklarını doğrudan doğruya olumsuz yönde etkilemektedir. Sigara içilen ortamda yaşayan çocuklarda, özellikle solunum yolu hastalıkları daha sık görülmektedir. Anne karnındaki dönemde ve bebeklikte, zararlar çok daha fazladır.

Sigara dumanının sigara içmeyenlere etkileri, yalnız çocuklar üzerinde değil, her yaşta insanda görülmektedir. Her yıl binlerce insan, kendileri sigara içmemelerine karşın, başkalarının içtiği sigaranın etkisiyle yaşamlarından olmaktadır. Bu durumun en çarpıcı örneklerini, eşleri sigara için insanlar ile, çalıştıkları işyerinde sürekli dumanlı ortamda yaşamak zorunda kalanlar oluşturmaktadır. Evet, içtiğimiz sigara, yakınlarımızın, arkadaşlarımızın ölümüne bile yol açabiliyor.

Peki ne yapmalıyız?

Öncelikle kapalı yerlerde, özellikle sigara içmeyenlerin bulunduğu ortamlarda sigara içilmemelidir. Sigara ile savaşta başarı kazanmış olan ülkelerin deneyimleri göstermiştir ki, başlangıçta yasal düzenlemeler zorunludur. Başka önemli bir konu, özellikle gençleri sigaraya özendiren sigara reklamlarının yasaklanmasıdır. Böyle bir yasa, yani reklamları yasaklayan ve kapalı kamu yerlerinde sigara içmeyi engelleyen bir yasa, Meclis'ten ivedilikle çıkarılmalıdır. Şu anda böyle bir yasa, TBMM gündemine alınmak üzere beklemektedir.

Ayrıca, topluma yönelik sürekli ve yaygın bir eğitim gereklidir. Bu eğitim için sözlü ve yazılı iletişim araçlarından, tüm toplumsal kurum ve olanaklardan yararlanılmalıdır. Bu eğitim okul öncesi dönemde başlayıp, tüm örgün eğitim süresinde zorunlu olmalıdır.

Bu arada, öğretmenlerimizin durumuna da kısaca değinmek istiyorum. Ne yazık ki, ülkemizde öğretmenlerde sigara içme oranı çok yüksektir. Bir araştırmada bu oran %77 bulunmuştur. Öğretmenler, öğrencilere örnek olmak bakımından sigara içmemeli; eğer sigarayı bırakamıyorlarsa, okulda, öğrencilerinin yanında sigara içmekten kaçınmalıdırlar. Okullar, sigarasız ortamlar olmalıdır. Bunun için Milli Eğitim Bakanlığı'na görev düşüyor.

Sonuç olarak şunu vurgulamak istiyoruz: Sigara alışkanlığı, vazgeçilmez değildir. Herkes isterse sigarayı bırakabilir. Yeter ki istesin. Sigarayı yalnız başına bırakamayanlara tıbbi yardım gereklidir. Bu yardımı yapmak için tüm sağlık merkezleri elverişlidir. Özellikle size en yakın sağlık ocağına başvurarak yardım isteyebilirsiniz. Bunun yanında, özel olarak sigarayı bırakmak isteyenler için kurulmuş merkezlerden yararlanabilirsiniz.

Doç.Dr. Özen Aşut
(TTB Halk Sağlığı Kolu Başkanı)

(Milliyet, Türkiye Forumu, 19 Ağustos 1994)

DÜNYA SİGARASIZ YAŞAMAYI ÖĞRENİYOR

Dr. Özen Aşut*

“Neden sizi enayi yerine koymalarına izin veriyorsunuz? Siz de çok iyi biliyorsunuz ki, sigara sağlığa zararlı! O halde, neden baştan çıkarıcı reklamlar ve kulağa hoş gelen adlarla sigara tiryakilerini kandırma yoluna gidelim? (1).

Bu alıntı, İngiliz “Enlightened Tobacco” şirketinin yeni ürettiği ve “Death” (ölüm) adını verdiği sigarayı tanıtmak için kullandığı reklamdan bir bölümdür. “Ölüm” adlı sigaranın kutusunu da bir “kurukafa” süslüyor. Kuşkusuz, sigara şirketlerinin tümü, özellikle uluslararası tekel biçiminde örgütlenmiş olanlar böylesine içten davranmıyor. Sigara üreticisi şirketlerin çoğu, yeni tüketicileri sigara alışkanlığının ağına düşürmek ve yaşam boyu sigaraya bağımlı kılmak için her gün çeşitli yöntemlerle tanıtım yapıyorlar.

Doğrudan ya da dolaylı yollardan gerçekleştirilen sigara reklamlarının, özellikle çocuklar, gençler ve kadınlar üzerinde etkili olduğu biliniyor. Çeşitli araştırmalar, reklamların sigaraya başlamada önemli etkenlerden biri olduğunu ortaya koymuştur (2). Ergenlik döneminde çocuğa egemen olan duyarlılığı sömüren reklamlar, sigarayı kendine güven, bağımsızlık ve arkadaşlarca kabul edilmenin bir anahtarı olarak sunmaktadır. Benzer biçimde kadınlara da, sigaranın bağımsızlık ve eşitliğin bir göstergesi olduğu propagandası yapılarak sigaraya başlamalarında etkili olunmaktadır. Böylece, yoğun sigara karşıtı kampanyalara karşın, sigara şirketleri etkilerini sürdürmekte; pazar olarak gördükleri kadınlar ve gençler arasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yeni müşteriler bulmaktadırlar.

Sigara kullanımı, doğrudan ya da dolaylı reklamlara ek olarak, anne-baba, kardeş, arkadaş ve başka toplumsal etkilerle pekiştirilmekte; genellikle çok erken başlayan ve olasılıkla yaşam boyu süren bir bağımlılık biçiminde bireyin yaşamına girmektedir. Sonuçta bugünkü verilere göre, gelişmiş ülkelerde erkekler %41, kadınlar %21; gelişmekte olan ülkelerde erkekler %50, kadınlar %8 oranında sigara içiyor. Dünyadaki toplam tiryaki sayısı 1.1 milyardır. Bu tiryaki nüfusun, eğer sigara içme eğilimleri değişmezse, süreç içinde 500 milyonunun sigaraya bağlı nedenlerle öleceği tahmin edilmektedir (4).

Türkiye’de sigara içme oranları erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3, tüm nüfusta %43.6’dır. Kimi meslek gruplarında bu değerler daha yüksektir (öğretmenler, hekimler, hemşire ve ebeler vb.) (2).

Sigara-Sağlık İlişkisi: “Ağır Çekimli İntihar”

Sigara alışkanlığı ya da bağımlılığı, 21.yüzyıla girerken dünyanın önünde duran temel halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu alışkanlık, dünya nüfusunu tehdit eden en önemli önlenebilir ölüm nedenini oluşturmaktadır. Sigara kullanımının sonuçları yavaş geliştiğinden, oluşturduğu sağlık riskleri kamuoyunca yeterince anlaşılammamaktadır. Oysa sigara kullanımı, bir uzmanın deyişine göre, “ağır çekimli bir intihardır” (5).

Sigara ve öbür tütün ürünlerinin güvenli bir kullanım düzeyi yoktur. Araştırmacılar, nikotinin, kokain, esrar, alkol ve eroiden daha çok bağımlılık yaptığını saptamışlardır. Bu nedenle, bir kez başladıktan sonra bırakılması çok zor olan sigara alışkanlığı, yıllar geçtikçe bireyin sağlığını ve yaşamını zora sokan sonuçlara yol açmaktadır. Tıp bilimi, 30 yıl önce

* Halk Sağlığı Doçenti, İç Hastalıkları Uzmanı, Türk Tabipleri Birliği II. Başkanı

sigaranın “rakipsiz bir öldürücü” olduğunu kanıtlamıştır. Bu süre içinde, her geçen gün sigaranın yeni riskleri ortaya çıkmış; en son veriler ise, bu risklerin daha önce düşünüldüğünden çok daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (2, 4).

Sigaranın, başta akciğer kanseri olmak üzere, pek çok kanser, koroner kalp hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile nedensel ilişkisi vardır. Tüm kanserlerin yüzde 30’undan sigaranın sorumlu olduğu belirlenmiştir. Tüm bunların sonucunda, uzun süre sigara içme tiryakilerin ölüm hızlarını her yaşta, içmeyenlere göre üç kat artırmaktadır (2, 4).

Sigaraya Bağlı Ölümler

Sigaraya başlama ile ölümler arasında geçen süre 30-40 yıl kadardır. Halen yılda üç milyon kişinin sigaraya bağlı nedenlerle öldüğü Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarınca bildirilmektedir. Eğer dünyadaki sigara içme eğilimleri değişmezse, 1990’lar boyunca her yıl üç milyon kişi, sigarayla ilişkili nedenlerle ölecek. 1990’ların oluşturduğu 10 yıl boyunca tütün ürünleri toplam 30 milyon kişinin yaşamına mal olacaktır. Yıllık ölüm sayısı, gelecek 30-40 yıl içinde, örneğin 2020’lerde, 10 milyona ulaşacaktır. Bugünkü dünya nüfusunun yarım milyarı, süreç içinde sigaradan ölecektir. Bunların yarısı (250 milyon kişi) erken (35-69) yaşta ölüm olacağından, yaşam süreleri yaklaşık 20 yıl kılacaktır. İçinde bulunduğumuz 10 yılda ciddi koruyucu önlemlerin alınmaması, 2020’lerde ve 2030’larda 100 milyon insanın erken ölümüne yol açacaktır. Bu ölüm sayısı, II. Dünya Savaşı sırasındaki tüm ölümlerin iki katından fazladır (2, 4, 6).

Ülkemizde ise, her yıl 20-30 bin kişinin sigara ile ilgili nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir.

Sigaranın Yol Açtığı Ekonomik Sonuçlar

Başarılı bir borsa yatırımcısı şöyle diyor:

“Sigara işini neden sevdiğimi anlatayım. Yapmak için bir ‘penny’ gerekiyor. Ama bir ‘dolar’a satıyorsunuz. Bağımlılık yapıyor. Markaya inanılmaz bir bağlılık var” (7).

Sigara şirketleri dünyada en çok kâr sağlayan kuruluşlardandır. Bu sektörde tekelleşme olduğundan, rekabet fiyat üzerinden değil, marka üzerinden yapılır. Küçük şirketlerin büyük şirketler ve tekellerle rekabeti zordur. Reklamlar ve öbür promosyon yöntemleri markaya bağlılık yaratırken, sigara şirketlerinin kârlarını da güvence altına alır. Bu kârlar, sigara işinin daha da büyümesinin kaynağıdır.

Yüksek kârlarına karşın, sigara şirketleri tütün üretimini destekleme konusunda hükümetleri ikna etmektedir. Örneğin, Avrupa Birliği’nde en yüksek destekleme programı olan ürün tütündür. 1991’de tütüne yapılan yardım, tahıl sektörüne yapılanın 23 katı idi.

Tütün ürünleri, dünya ekonomisinde doğrudan ya da dolaylı, ölçülebilen ve de ölçülemeyen çeşitli kayıplara yol açmaktadır. Örneğin, ekonomik değeri ölçülebilir olmayan insan yaşamı olarak kayıp, her 1000 ton tütün için 650 “sigara ölümü”dür. Dünya Bankası ekonomistlerinin tahminine göre, tütün dünya ekonomisinin yılda 200 milyar dolarını alıp götürmektedir. Bunlar aynı zamanda, sigara içenlerin içmeyenlere verdikleri ekonomik zararı da ortaya koymaktadır (2, 7, 8, 9).

Tüm bu verileri göz önüne alarak bir değerlendirme yapan Dünya Bankası, 1992’de “Tütün üzerine Dünya Bankası Politikası”nı açıkladı. Buna göre, Dünya Bankası, özel kimi

durumlar dışında, tütün sektörüne para vermeyecek, yatırım yapmayacaktı (9). Dünya Bankası, sigara projeleri yerine anti-sigara projelere yatırım yapmanın çok daha anlamlı olduğunu belirterek; Maliye Bakanlarını, sigaraya değil, sigara karşıtı kampanyalara yatırım yapmaya çağırılmaktadır (8).

Her yıl 31 Mayıs'ta Dünya Sağlık Örgütü'nce dünya çapında düzenlenen "Sigarasız gün"ün bu yılki konusu "Sigara ve Ekonomi", teması ise "sigara düşündüğünüzden daha fazlaya mal oluyor". Bu yıl "Sigarasız Gün"de daha çok, sigara-ekonomi ilişkileri irdelenecek ve dünya kamuoyunun dikkati sigaranın yol açtığı ekonomik kayıplara çekilecek (2, 7).

Sigaraya Karşı Çalışmalar

Sigaraya bağlı sağlık sonuçlarının kesinlikle kazanmasıyla, son 30 yıl içinde bu alışkanlıkla savaşım için çeşitli çalışmalar, etkinlikler, dünya konferansları yapıldı. Özellikle edilgin sigara içmenin de kansere varan etkilerinin olabileceğinin kanıtlanması, sigara karşıtı kampanyalara ve bunlara yapılan kamuoyu desteğine büyük ivme kazandırdı. Bu çalışmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde, içenlerle içmeyenler arasındaki çelişkileri zaman zaman keskinleştirerek, çatışmalara yol açtı. Özellikle edilgin sigara içiciler, hiçbir payları olmadan, başkalarının içtiği sigara yüzünden hastalanmalarına öfke duydular ve davalar açarak tazminatlar elde ettiler. Bu arada, sigara şirketleri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan sigara tüketimi sonucu, kârlarını artırmayı sürdürdüler.

Kuşkusuz, asıl çelişki sigara içenlerle içmeyenler arasında değil, sigara tekelleri ile yoğun propagandalar sonucu bu alışkanlığa itilen masum insanlar arasındadır. Ancak, sigara içmeyenlerin haklarının korunması, herkese temiz çevre hakkının güvence altına alınması da bir zorunluluktur. Ayrıca, tiryakilerin sigarayı bırakmaları, hangi dönemde olursa olsun, büyük yararlar sağlamaktadır. Sigara bırakıldığında, tüm kanser ve her yaşta ölüm risklerinde belirgin azalmalar görülür; ortaya çıkmış kanserlerde bile gerileme olduğu saptanmıştır (11). Kısacası, sigarayı bırakanların artması ve tiryakilerin azalması, aynı zamanda yeni sigara bağımlılarının önlenmesi, hem bireysel, hem toplumsal açıdan büyük yararlar sağlayacaktır. Bu nedenle, sigaraya karşı savaşım, çatışmaları da göze alarak sürmek zorundadır.

Son 10-20 yıl içinde, özellikle gelişmiş ülkelerde, bu gerçekleri kavrayan hükümetler ve hükümet dışı kuruluşlar, sigaraya karşı etkin savaşım başlattılar. Bu savaşım, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmektedir. Kimi ülkeler önemli deneyimler yaşadılar ve belirgin kazanımlar elde ettiler. Özellikle çok yönlü ve kapsamlı programlar başlatan ülkeler başarı kazandı. Sigara şirketlerinin etkisinden kurtulamayan hükümetleri olan ülkeler ise, ne yazık ki aynı başarıyı gösteremedi.

Sigara reklamlarını tümüyle yasaklamayı başaran Norveç, Finlandiya, Kanada ve Yeni Zelanda'da, sigara tüketiminde yüzde 4-9 arasında değişen azalmalar oldu (12).

Nepal'in bir bölgesinde, kapsamlı bir sigara karşıtı program sonucu, sigara içme hızı altı ay içinde yüze 57'den yüzde 37'ye düşmüştür (13).

Norveç, Kasım 1993'te, "1994-98 arasında sigarasız Norveç" hedefine yönelik bir eylem planını yürürlüğe koymuş ve bu hedef doğrultusunda çalışmaları sürdürmektedir (14).

ABD'nin Kaliforniya eyaletinde, "Kaliforniya Sigara Kontrol Programı" adı altında, multimilyon dolarlık, eyalet çapında kapsamlı, çok yönlü müdahale gerektiren bir program

başlatılmıştır. Program, okullar, işyerleri ve sağlık örgütü kanallarıyla topluma ulaştırılmıştır. Girişimler, şu ana başlıklar altında uygulamaya sokulmuştur:

1-Kaliforniya'nın 61 yerel sağlık birimi, topluma önderlik edecek bir "yerel sigara kontrol koalisyonu" kurmakla görevlendirildi.

2-Eyalet çapında medya kampanyası başlatıldı ve yaygın olarak paralı ilanlar verildi. Özellikle gençler ve etnik topluluklar hedeflendi.

3-Çeşitli yöntemlerle programın etkinliği ölçüldü ve 400 yarışma projesi gerçekleştirildi.

Böyle bir programla, sigara içme prevalans hızı, 1988'de %26 iken, 1992-93'te %20'ye düştü (15).

Böylesi kapsamlı politikaların uygulanması, güçlü bir toplumsal uzlaşma gerektirir. Bu nedenle, merkezi ve yerel koalisyonlar çok önemlidir. Kampanyanın uygulanışında, sorunu tüm olarak belgelemeye, destek ve yardım sağlamaya, direnişi etkisiz kılmaya ve kararlı olmaya önem verilmeli ve bu adımları mutlaka gerçekleştirmeye çalışılmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sigaraya karşı kapsamlı kontrol programı şu öğeleri içermektedir:

- 1-Sigara kontrolü oda noktası kurmak,
- 2-Sigara kontrolündeki gelişmeyi izlemek ve ölçmek,
- 3-Sigara vergisini ve fiyatını, ücretlerdeki artıştan daha hızlı artırmak,
- 4-Sigara vergisinden elde edilen gelirin bir bölümünü, sağlığı geliştirme ve tütün kontrolüne ayırmak,
- 5-Sigara reklamlarını yasaklamak,
- 6-İstemsiz sigara içmeyi engelleyici önlemleri almak,
- 7-Sigara paketleri üzerine güçlü uyarı yazıları konmasını sağlamak,
- 8-Sigara içeriğinin belirtilmesini zorunlu kılmak (nikotin, katran, vb.)
- 9-Sigaradaki toksik maddelerin azaltılmasını zorunlu yapmak,
- 10-Sigarayı bırakma ve sigara konusunda eğitimi kapsayan etkili programları topluma sunmak,
- 11-Gençlerin sigaraya ulaşmasına sınırlamalar getirmek,
- 12-İşten çıkarılan tütün işçileri için yeni iş seçenekleri yaratmak,
- 13-Sigara şirketi kârlarına ek vergiler koyarak ve başka yollarla, sigara üretenlerin olağanüstü kârlarını azaltıcı önlemler almak,
- 14-Tütüne devlet sübvansiyonuna son vermek,
- 15-Tüm bu önlemleri yaşama geçirecek yasal düzenlemeleri ve yaptırımları yürürlüğe sokmak (2, 10, 16, 17).

Kapsamlı bir sigara karşıtı programın en önemli öğelerinden biri olan sigara reklamı yasağı, bugün Avrupa Topluluğu (AT) ölçeğinde tartışma konusudur. Bu ülkelerden Fransa, İtalya ve Portekiz'de sigara reklamları zaten yasaklanmış durumdadır. AT ülkelerinde reklamları tümüyle yasaklamayı öngören bir yasa tasarısı, AT Sağlık Bakanları Konseyi'ne ulaşmış, ancak tasarının kabul edilmesi için gerekli çoğunluk sağlanamamıştır. Öneriye İngiltere, Almanya, Hollanda ve Yunanistan karşı çıkmaktadır. Ancak, İngiltere ya da Almanya'nın görüş değiştirmesi önerinin yasalaşmasını sağlayacak; o zaman AT ülkelerinin tümünde sigara reklamı yasağı geçerli olacaktır. Her an gerçekleşebilecek bu durum için Türkiye'nin hazırlıklı olması gerekmektedir.

Türkiye’de Sigara Karşıtı Çalışmalar ve Öneriler

Türkiye’de yıllardan beri sigaraya karşı zayıf ve bireysel düzeyde kimi çalışmalar yürütülmektedir. Ancak bu etkinlikler hiçbir zaman devletin de desteklediği güçlü kampanyalara dönüşmemiştir. Kararlı, tutarlı ve sürekliliği olan bir çalışma olmadıkça, sigara ile savaşımında başarı olasılığı çok düşüktür.

Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa için belirlediği hedef olan “2000 yılında toplumun yüzde 80’inin sigara içmiyor olması” durumundan oldukça uzakta olduğumuz gözle görünür bir gerçekliktir (2). Özellikle sigara savaşımında rol oynaması beklenen toplumun yüksek eğitilmiş kesimi, toplum ortalamasından daha fazla oranlarda sigara bağımlısıdır. Hekimler ve öbür sağlık personeli topluma örnek olmak bir yana, sigaradan zarar görmüş hastaların yanında sigara içebilmektedir. Bir araştırmada, sigara içen hekimlerin %58’sinin, ebe ve hemşirelerin %30’unun hasta yanında sigara içtiği saptanmıştır (2). Hekimlere örnek olması beklenen Tabipler Birliği yöneticileri arasında yaptığımız bir araştırmada ise, sigara içme hızını %55.4 saptadık (18).

Bu durumda, herkese, özellikle de sigara içmeyenlere görev düşüyor. Sigaraya karşı savaşımına destek sağlamak için ülkeyi yönetenlere düşen en önemli görev ise, bir an önce gerekli yasal düzenlemeleri gerçekleştirmektir. Sigara içmeyi kısıtlayan ve sigara reklamlarını yasaklayan yasa tasarıları, 1990’dan bu yana TBMM’de oylanmaktadır. 1991’de oybirliğiyle kabul edilen bir yasa, zamanın Cumhurbaşkanı Turgut Özal tarafından veto edilmiştir. Daha sonra hazırlanan başka bir tasarı, 1992’den beri yasalaşamamış, komisyonlarda bekletilmektedir. Yakın zamanda, tasarının son derece yetersiz bir içerikle TBMM’ye sevk edilmesinin tartışıldığı öğrenilmiştir.

Halen ülkemizin gereksinimi, kapsamlı bir “Sigara Kontrol Yasası”dır. En azından, sigara reklamlarını yasaklayan, kapalı kamu kuruluşlarında ve ulaşım araçlarında sigara içmeyi kısıtlayan bir yasanın çıkarılması; hiç olmazsa sigara içmeyenleri koruyarak, sigara ile savaşımında bir başlangıç desteği sağlayabilecektir. Sonraki adım, tüm ilgili resmi ve sivil kuruluşları içine alan bir çalışma ile kapsamlı bir sigara karşıtı eylem programının hazırlanması ve kararlı biçimde uygulamaya konmasıdır.

Bu konuda tüm ilgili kesimlerin sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekiyor. Dünya sigarasız yaşamayı öğreniyor. Sıra bizde...

(Bilim ve Teknik, Haziran 1995)

KAYNAKLAR

- 1-Milliyet, 20 Nisan 1994.
- 2-Aşut, Ö. Hekim ve Sigara, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1993.
- 3-DiFranza, J.R. "The Effects of Cigarette Advertising on Children". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.20
- 4-"Tobacco:The Twentieth Century's Epidemic". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 4-5.
- 5-Fairbanks, L. "How to Achieve Health Care Institutions Without Tobacco". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.37.
- 6-Peto, R. et al. Mortality From Smoking in Developed Countries 1950-2000. World Health Organization, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp.A102-A103.
- 7-"The Economics of Tobacco." Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 6-7.
- 8-Barnum, H.N. "The World Bank and Tobacco" 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.19.
- 9-"World Bank Policy on Tobacco". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 14.
- 10-"Changing the Equation". Tobacco Alert. Special Issue, World Health Organization, 1995, 9.
- 11-"Sigarayı Bırakmanın Sağladığı Sağlık İle İlgili Yararlar (ABD Sağlık Bakanlığı Raporu-1990)" Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):45, 1994.
- 12-"Sigara Reklamının Sigara Tüketimine Etkisi". Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):43, 1994.
- 13-Pandey, M.R. "Tobacco Problem and its Control in Nepal-Some Recent Successes". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.30.
- 14-Sanner, T. et al. "Tobacco-Free Norway. A Five-Year Action Plan". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.63.
- 15-Ball, D.G. et al. "The California Tobacco Control Program:Lessons Learned". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.34.
- 16-Collishaw, N.E.Abstract, World Health Organization. 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book.P.25.
- 17-"Avrupa Topluluğu Ülkelerinde Sigara Reklamlarının Tümüyle Yasaklanması Teklifi". Sağlık İçin Sigara Alarmı. 1(2):43, 1994.
- 18-Aşut, Ö. et al. "Tobacco-Smoking Among Executives of Turkish Medical Association". 9th World Conference on Tobacco and Health. Paris-10-14 October 1994-Abstract Book. P.160.

(Bu yazı TÜBİTAK yayını **Bilim ve Teknik Dergisi** Haziran 1995 sayısında yayımlanmıştır)

ÜLKEMİZDE SİGARA ALIŞKANLIĞI İLE SAVAŞIMDA VARILAN NOKTA VE DÜŞÜNCELER

Doç. Dr. Özen AŞUT

Sigara alışkanlığı ile savaşımında rol almış gelişmiş ülke örnekleri dikkate alındığında, ülkemizde işin henüz başlangıç aşamasında olduğumuzu belirtmek yanlış olmayacaktır. Kuşkusuz yıllardır çeşitli bireysel çalışmalar yapılmaktadır. Özellikle Halk Sağlığı Anabilim Dallarında gerçekleştirilmiş birçok yerel çalışma ve araştırma bulunmaktadır. Ancak, bu çalışmaları kapsamlı ve ülke çapında bir savaşım stratejisinde birleştirmek bugüne değin olanaklı olmamıştır. Oysa, sigara ile savaşımında başarının temel koşullarından birisi ve anahtarı, böylesi toptan ve çok sektörlü çalışmalardır.

Sigara ile savaşımına ışık tutacak araştırmalar ve başka çalışmaların yürütülmesi elbette çok önemlidir. Özellikle çeşitli grupları ve tüm toplumu temsil edecek araştırmalar için Halk Sağlığı Anabilim Dallarının işbirliği çabalarını yoğunlaştırması ve ortak araştırmalar gerçekleştirmesi, çalışmalara yön verecek sonuçlar getirecektir.

Durumu ortaya koymaya yönelik araştırmalar ve kamuoyunu aydınlatıcı çalışmalara koşut olarak, çok yönlü ve kapsamlı savaşım stratejileri de geliştirilmelidir. Bunun için, en geniş toplum yelpazesini kapsayan bir sektörler arası işbirliği sağlanması gerekmektedir. Böylesi bir işbirliğinin ön çalışmaları sayılabilecek programlar, özellikle son yıllarda “Dünya Sigarasız Günleri” dolayısıyla gerçekleştirilmiştir.

90’lı yıllarda, önceleri Türk Tabipleri Birliği, Halk Sağlığı Anabilim Dalları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dallarının ve kimi sivil toplum kuruluşlarının çabalarıyla gerçekleştirilen çalışmalar, özellikle son iki yılda daha nitelikli bir düzeye ulaştı.

1994 yılında 31 Mayıs Dünya Sigarasız Günü’nde, 34 sivil toplum örgütünün desteklediği bir etkinlik programı gerçekleştirildi. Türk Tabipleri Birliği (TTB), Halk Sağlığı Kurumu Derneği (HASAK) ve Toraks Derneği’nin eşgüdümünde düzenlenen etkinlikler çerçevesinde, hazırlanan “Tütün Bildirgesi” TBMM Başkanı’na sunuldu. Bildirge, özellikle TBMM Gündemi’nde bulunan sigara kontrolü yasaının çıkarılmasına yönelikti.

1995 Dünya Sigarasız Günü’nde, Türk Tabipleri Birliği’nin çağrısıyla 10 kuruluş bir araya geldi. Bu kez çalışmalarda sürekliliğin amaçlandığı bir çalışma düzeni içine girildi. “Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi” adı altında basına ve kamuoyuna yansıyan bu örgütlenmeye kısa sürede yeni katılımlar oldu ve Komite’de temsil edilen kuruluş sayısı 20’ye yükseldi. Komite’de beş Bakanlık, Türkiye Radyo Televizyon Kurumu ve konuyla ilgili çeşitli sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri yer almaktadır. Komite’nin öncelikli ve ivedi hedefi gene, TBMM’de hâlâ beklemekte olan sigara karşıtı yasanın çıkarılması olarak belirlenmiştir.

Sigara karşıtı savaşımında başarının anahtarı, çalışmaların kapsamlı, sürekli ve kararlı olmasıdır. Türkiye’de bu nitelikte güçlü bir savaşım programı yaşama geçirilemediğinden, ne yazık ki, sınırlı bir Yasa bile yasalaştırılamamıştır. Böylesi bir sonuç elde etme olasılığı ancak Ulusal Komite’nin ülke çapında kapsamlı bir çalışmayı gerçekleştirmesi durumunda ortaya çıkacaktır.

Ulusal bir strateji geliştirmede temel hedef, programı her düzeyde topluma yaymak ve yansıtmaktır. Tüm kurumlara ve bireylere bu konuda görev düşmektedir. Özellikle, hükümet, üniversiteler ve sivil kuruluşların yakın işbirliği zorunludur. Sorunun, yaşamın her alanına yansıtılması ve konunun sürekli diri tutulması gereklidir. Öncelikle, toplumun yarısını oluşturan sigara içmeyenler uyarılmalı ve savaşımına katılmaları istenmelidir.

Ulusal Komite girişiminin desteklenmesi ve sürekliliğinin sağlanması, başta yasal önlemler olmak üzere, sigara savaşımı stratejilerinin yaşama geçirilmesinde önemli katkılar sağlayacaktır.

(Halk Sağlığı Günleri'ne gönderilen yazı, Eylül 1995)
SİGARA YASAĞI DEĞİL, SİGARAYA KURAL GETİREN YASA

Doç. Dr. Özen AŞUT ^(x)

Sonunda ülkemiz ve toplumumuz, sigara konusunda birçok ülkede yıllardır yürürlükte olan bir yasal düzenlemeye kavuştu: “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”, 25 Kasım 1996’da Cumhurbaşkanı’nın onayıyla yürürlüğe girdi. 7 Kasım’da TBMM’de oybirliğiyle kabul edilmiş bulunan bu Yasa, gerçekten de beklenenin üstünde bir kapsamda çıktı ve bu nedenle, erki elinde bulunduranların son dönemlerdeki az sayıda olumlu işlerinden biri sayılabilir.

Bu kapsamda tütün karşıtı bir yasa, gelişmiş ülkelerin pek çoğunda bile halen tartışma konusudur. Özellikle “reklam yasağı”, can alıcı bir sorundur ve örneğin İngiltere’de bile bu alandaki savaşım henüz başarılı olamamıştır. TBMM’nin çıkardığı bu Yasa’nın, komşularımıza ve gelişmekte olan öbür ülkelere örnek ve yol gösterici olacağını düşünmek, abartılı sayılmamalıdır.

Kuşkusuz, bu sonuca ulaşmak kolay olmamıştır. Yasal ve eğitici önlemler üzerinde çalışan, araştırmalar yapan, kapsamlı bir sigara savaşımı stratejisini ülkemizde geçerli kılmak üzere çaba gösteren bilim insanlarının, demokratik kitle ve meslek örgütü temsilcilerinin, gönüllü kişi ve kuruluşların küçük küçük adımları birleşerek ve sonunda bir Ulusal Komite’de bütünleşerek bu sonuca ulaşılabilmiştir. Yani bu Yasa, gerek parlamento içinde, gerek parlamento dışında, yıllar süren sistemli bir savaşımın önemli bir ürünü ve kazanımıdır.

Amaç cezalandırmak değil

Sonuç olarak, yasa koyucu sonunda görevini yapmış, insanımızı “sigara içmenin kurallarını düzenleyen” bir yasaya kavuşturmuştur. Bu Yasa, kimilerinin eleştirdiği gibi, “sigarayı yasaklayan” ve “tiryakileri yaşamından bezdirmeyi amaçlayan” bir yasa değildir. Amaç, insanlara acı çektirmek ya da ceza vermek de değildir. Yasa’nın temel amacı, zararlı bir alışkanlık olan sigara kullanımını kurallara bağlamak ve özellikle genç insanlarımız ile sigara içmeyenleri, sigaranın zararlarından korumaktır.

Sigara alışkanlığı, zararlı olduğu gibi, aynı zamanda bulaşıcı bir nitelik taşımaktadır. Özellikle çocuklar ve gençler, çevrelerinde örnek aldıkları yetişkinlerin sigara içtiklerini gördükçe, bu davranışı olağan toplumsal davranış biçimi olarak benimsemektedirler. Örnek yetişkinler; ana-baba, arkadaş, öğretmen, hekim, sevilen sanatçı ve politikacılar vb. olabilmektedir. Sigara içmenin kurallara bağlanması, çocuk ve gençlerimizin, örnek yetişkinlerin sigara içtiklerini daha az görmelerini sağlayacaktır. Reklam yasağı da benzer sonuçlar getirecektir. Araştırmalar, sigara reklamlarının özellikle çocuklar üzerinde çok etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sigara içmeyenlerin bulunduğu ortamda sigara içilmesi, onların sağlığını doğrudan etkilemektedir. Edilgin ya da istemsiz sigara içme denilen bu durum, özellikle sürekli dumanlı ortamda yaşamak zorunda olan sigara içmeyen insanların önemli hastalıklara yakalanmalarına, hattâ ölümlerine yol açabilmektedir. Tüm bunlar, bilimsel araştırmalarda ortaya konmuş acı gerçeklerdir. Sigara içmeyenlerin, kendi istençleri dışında dumana maruz kalmalarını önlemek için kurallar konması, hiç kuşku yok ki, temel bir hakkı sağlama yönünde atılmış önemli bir adımdır.

Yasa’nın yürürlüğe girmesinden sonraki geçiş döneminde kimi sorunlar yaşanabileceği göz ardı edilmemelidir. Toplumumuzda bir dönem kapanmaktadır. Tiryakilerin “özgürce” sigara içtikleri toplumsal ortam geride kalmıştır. Şimdi sıra, herkesin “temiz hava soluma hak ve özgürlüğü”nü savunma ve kullanma dönemine gelmiştir. Bu yeni dönemin başarılı olabilmesi ve geçişin olanaklar ölçüsünde çatışmasız

gerçekleşebilmesi için herkese görev düşmektedir. Özellikle kimi ünlü tiryakilerimizin çatışmaları körükleyici açıklamalardan kaçınmaları, büyük önem taşımaktadır. Zaten onların da, halkın, özellikle gençliğimizin sağlıklı geleceğine yönelik olumlu sonuçlar getirecek bu Yasa'ya karşı olduklarını düşünmüyoruz. Sorun, bizlerin, yani sigara alışkanlığına karşı savaşımla görevli olanların, konuyu yeterince aydınlatamamalarından kaynaklanmaktadır.

Uygulamanın başarısı için

Yasa'nın getirdiği kurallara toplumun uyum sağlaması konusunda, yetkili ve ilgili, gönüllü, mesleki tüm kurum ve kuruluşlara önemli görevler düşmektedir. Örneğin, hükümetin yeni Yasa'yı ve aydınlatıcı bilgileri illere ve ilgili bakanlıklara (İçişleri, Sağlık, Milli Eğitim, Ulaştırma vb.), en uç birimlere ulaşacak biçimde duyurması gerekmektedir. Konuyla ilgili yönetmelik ve genelgeler bir an önce çıkarılmalıdır. Kamu görevi yapan kuruluşların yöneticileri, Yasa'nın öngördüğü sigarasız ortamı sağlamak için gerekli adımları atmaya başlamalıdır. Yasa'da sözü edilen "Kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluş" tanımlamasının, kamu işlevi olan resmi ve özel tüm kurum ve kuruluşları kapsadığını unutmamak gerekir. Bu nedenle, sigara kullanımı ile ilgili düzenlemelerin, bu gibi kuruluşlardaki "beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekânlarda" geçerli olması, yasal bir zorunluluktur. Başka bir deyişle, Yasa kapalı alanlardaki hemen tüm kapalı işyerlerini kapsama almaktadır.

Meslek kuruluşlarına, kendi alanları ile ilgili düzenlemeler, üyelerinin ve halkın bilgilendirilmesi konusunda önemli görevler düşmektedir. Kitle iletişim araçlarının eğitici yayınlara hemen başlaması, önemli bir adım olacaktır. Bu konuda, Sigara ve Sağlık Komitesi'ni oluşturan kuruluşlar, istekte bulunan tüm medya kuruluşlarına yardıma hazırdır.

Bilinçli yurttaşlara görev düşüyor

Sigara kullanımı ile ilgili yasal düzenlemelerin işlerlik kazanması ve yaşayabilmesi konusunda en önemli görev ise, asıl denetleyici olan bilinçli yurttaşlara düşmektedir. Her birey, uyarıcı işlev görebilir. Sigara içmeyenler de içenler kadar haklarını korumalı; bu Yasa'nın getirdiği kurallara sahip çıkmalıdır. Basit uyarılar bile, çoğu ayırdında olmadan, bilinçsizce sigara yakan tiryakilerimizin büyük çoğunluğu için yeterince caydırıcı olabilmektedir. Ceza ya da yaptırımın, ancak kural tanımayan çok küçük bir azınlık kesim için gerekli olacağına inanıyoruz. Kuşkusuz, bu nitelikteki "asi" tiryakilerimize de, Yasa'nın öngördüğü yaptırımların uygulanması kaçınılmaz olacaktır.

Sonuç olarak, savaşım bitmemiştir, yeni başlamaktadır. Unutulmamalıdır ki asıl savaş, sigara tiryakileriyle içmeyenler arasında değil; uluslararası sigara tekelleriyle, sigaranın zararlarından etkilenerek sağlıklarını, hattâ yaşamlarını yitiren masum insanların oluşturduğu halk kitleleri arasındadır. Bu savaşta tiryakilerin yeri, masum insanların yanı olmalıdır. Böylece onlar, kendilerini tehdit eden bu zararlı alışkanlıktan kurtulmanın da ilk adımını atmış olabilirler.

^(x)Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi
Üyesi (TTB Temsilcisi)

*(Siyah Beyaz Gazetesi, Perspektif sayfası,
11 Aralık 1996)*

48. Büyük Kongre Katılımcısı
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YÖNETİCİLERİNDE
SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI

Doç. Dr. Özen Aşut
Yrd. Doç. Dr. Sibel Kalaça

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Sigaranın zararlarının anlaşılmaya başladığı 1950 yılından bu yana yapılan çalışmalar, 70 binin üstünde bilimsel araştırma ve yayın, sigaranın hiç kuşkuyla yer bırakmayacak biçimde zamansız ölüme ve sakatlığa yol açtığını ortaya koymuştur (1). Tütün kullanımı, insanın kendisinin neden olduğu epidemilerin en zararlısı olarak değerlendirilmekte ve bütün dünyada milyonlarca insanın yaşamını tehdit etmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 1950 ile 2000 yılları arasında 62 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Uzun süreli tiryakilikte sigarayla ilişkili ölüm oranı 1960'larda 1:4 iken, 1990'larda bu oran 1:2' ye yükselmiştir. Başka bir deyişle, artık sigara tiryakisi her iki kişiden biri, sigarayla ilişkili nedenlerle ölmektedir. Günümüzde geçerli olan sigara içme eğilimleri aynen sürerse, 2025 yılında 10 milyon kişi olmak üzere, halen yaşamakta olan 500 milyon insanı sigara öldüreceklerdir (1), (3), (4), (5).

Tütün kullanımı, "gelişmekte olan ülkeler" sınıflamasında yer alan Türkiye'de de önemli bir sağlık sorunu olarak etkin bir mücadeleyi gerektirmektedir. Ülkemizde 1988'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre erkekler arasında sigara içme yaygınlığı %62.8, kadınlarda ise %24.3'tür (6).

Toplumda sigara içme sıklığının azaltılması, çeşitli yöntemlerin bir arada kullanıldığı, toplum katılımıyla birlikte özellikle sağlık çalışanlarının etkin ve inançlı desteğini gerektiren, uzun erimli bir mücadele ile olasıdır. İngiltere deneyimi, bu konuda hekim tutumunun etkisini ortaya koyan eğitici bir örnektir.

İngiltere'de Richard Doll ve A. Bradford Hill'in 1950-1990 yılları arasında yürüttüğü 40 bin erkek hekim üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları, İngiliz hekimlerinin sigara alışkanlığına ilişkin davranışlarında belirleyici rol oynamıştır. Araştırma kapsamındaki hekimlerin birçoğu halen yaşamaktadır ve British Medical Journal'da ilk raporu okuduklarında sonuçların kendilerinde yarattığı derin etkiyi anımsamaktadırlar (7). Bu çalışmanın son raporu, gene British Medical Journal'da 1994 yılında yayımlanmıştır. Böylece İngiltere'de hekimler, yalnızca sigaranın yarattığı tehlikeler konusunu araştıran öncü meslek grubu olmakla kalmamış; aynı zamanda büyük bir prospektif araştırmanın öznelerini oluşturmuş ve sigara alışkanlığından belirgin ölçüde vazgeçerek toplumu da etkilemişlerdir (8).

Sonuçta, İngiltere'de önce hekimler, sonra diğer sosyoekonomik gruplar sigarayı bırakmaya başlamışlardır. Başka bir deyişle, hekimlerin sigara alışkanlığına ilişkin tutum ve davranışlarının, 40 yıl süren bu prospektif çalışma sürecinde hızla değişmesi, İngiliz toplumunu doğrudan etkilemiştir (7), (8). İngiltere deneyimi, sigara alışkanlığı

ile savaşta hekimlerin rolünü çok açık ve kesin bir biçimde ortaya koymuştur. Dünyanın diğer ülkelerinde de sigara alışkanlığında hekim ve toplum, koşut özellikler göstermektedir. Kimi gelişmiş ülkelerde bile, hekimlerde sigara içme hızları oldukça yüksektir. Özellikle Akdeniz ülkelerinde hekimlerin genelde topluma kötü örnek olduğu söylenebilir. Avrupa ülkelerinden İspanya, İtalya, Portekiz ve Lüksemburg'da, hekimlerde sigara içme düzeyleri, genel toplumun değerlerinin üstündedir (8), (9).

Türkiye'de de durum Akdeniz ülkelerine benzemektedir (9). Bu açıdan, sigara ile savaşta ülkemizin önündeki en önemli zorluklardan birisi, hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasında sigara içme alışkanlığının yaygınlığıdır. Hekimler arasında yapılan çeşitli yerel araştırmalarda sigara içme hızı, erkek hekimlerde genel toplum değerlerinin biraz altında, kadınlarda ise kadın nüfus sigara içme hızlarının üstündedir. Hekimlerde yapılan yerel araştırmalar arasında, sigara içme hızı yüksekliği açısından ilk sırayı Türk Tabipleri Birliği (TTB) yöneticileri almaktadır. 1993 yılında gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre, TTB yöneticilerinde genel sigara içme sıklığı %55.4 olup, erkek hekimlerde %53.8, kadın hekimlerde ise %61.1'dir (10). Hekimlerin ve meslek örgütlerinin sigara alışkanlığıyla ilgili tutum ve davranışlarının topluma doğrudan etkisi olduğu düşünüldüğünde, bu durumun sigarayla savaşta ne denli önemli bir engel olduğu daha iyi anlaşılabilir.

Son iki yıl içinde yapılan iki araştırmanın sonuçları, kadın hekimlerde sigara içme hızının değişmemesine karşılık, erkek hekimlerde hafif bir düşüş olduğunu; bu nedenle de, hekimlerin sigara içme hızının genelde yüzde 40'lı değerlere doğru hafifçe gerilediğini göstermektedir (4), (11).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Türk Tabipleri Birliği yöneticileri arasında sigara içme alışkanlığı ile ilgili durumu saptamak; elde edilen verileri 1993 yılında yapılmış olan benzer bir araştırmanın sonuçları ile karşılaştırarak, hekimleri yönlendirmesi gereken meslek örgütü yöneticilerinde sigara alışkanlığı ile ilgili davranış değişikliğini izlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Ankara ilinde 1999 Haziran ayında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Türk Tabipleri Birliği (TTB) 48. Büyük Kongresi'ne katılan, Büyük Kongre delegesi ve tabip odası yönetim kurulu üyesi olan, bir başka deyişle "TTB yöneticisi" hekimler oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, kongre katılımcısı hekimlerin tümüyle görüşülmesi planlanmıştır. Araştırmaya Kongre'de bulunan 101 TTB yöneticisinden 74'ü katılmıştır; katılım oranı % 73.2'dir. Veriler kişilerin kendi kendilerine yanıtladıkları anket aracılığı ile elde edilmiştir. Anket formları Kongre salonunda dağıtılmış,

katılımcılardan isimlerini belirtmeksizin anketi yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmada kullanılan anket formu, Avrupa tabip birliklerince yürütülmekte olan "Avrupa'daki Hekimlerde Sigara İçme Prevalansı Araştırması"nın standart anket formundan elde edilmiştir (Ek 1). Aynı form daha önce Türkiye çapında yapılan hekim araştırmasında da uygulanmıştır (4). Elde edilen veriler *Spss for Windows* programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 74 hekimin 62'si erkek (% 83.8), 12'si kadındır (%16.2). Hekimlerin yaşları değerlendirildiğinde, en büyük grubu 30-39 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı tarihte erkeklerin yaş ortalaması 39.7, kadınlarınki ise 36.5'tir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımları
(Ankara, 1999)

	Sayı	%
Cinsiyet (n=74)		
Erkek	62	83.8
Kadın	12	16.2
Yaş grubu (n=74)		
25-29	3	4.1
30-34	21	28.4
35-39	21	28.4
40-44	13	17.6
45+	16	21.6

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Unvanlarına Göre Dağılımı
(Ankara, 1999)

Unvan	Sayı	%
GP/AH *	44	59,5
Uzman	18	24,3
Halk Sağlığı	7	9,5
Diğer **	5	6,8
Toplam	74	100,0

* Genel pratisyen/Aile hekimi

** Araştırma görevlisi

Araştırmaya katılanların unvana göre dağılımı, Tablo 2’de görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasını genel pratisyen/aile hekimi grubu (GP/AH) oluşturmaktadır. Hekimlerin %86.5’i, hasta ile yüz yüze gelinen bir birimde çalıştıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Cinsiyete ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 1999)

Sigara içme durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Halen sigara içen	25	40.3	4	33.3	29	39.2
İçmiş-bırakmış	20	32.3	2	16.7	22	29.7
Hiç içmemiş	17	27.4	6	50.0	23	31.1
Toplam	62	100.0	12	100.0	74	100.0

Tablo 3’te hekimlerin cinsiyete göre ve genel olarak sigara içme durumları görülmektedir. Buna göre, erkek hekimlerin % 40.3’ü, kadın hekimlerin %33.3’ü ve genel olarak tüm hekimlerin %39.2’si sigara tiryakisidir. Eski tiryakileri temsil eden %29.7 ile birlikte, hekimlerin %68.9’unun halen ya da geçmişte sigara ile ilişkisi olduğu görülmektedir. Bu oran erkeklerde %76.0, kadınlarda ise %50.0’dır. Tiryakilerin tümü, tütün olarak sigara kullanmaktadır. Yalnızca bir kişi hem sigara, hem de puro içtiğini belirtmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Yaş Grupları ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 1999)

Yaş grupları	Halen sigara içen		Sigara içmeyen *		Toplam **	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
25-39	23	51.1	22	48.9	45	60.8
40 ve üzeri	6	20.7	23	79.3	29	39.2
Toplam	29	39.2	45	60.8	74	100.0

* (İçmiş bırakmış+hiç içmemiş)

** Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir

$x^2= 6.84$ $sd=1$ $p=0.008$

Tablo 4’te görüldüğü gibi 25-39 yaş grubundaki hekimlerin yarısı sigara içmekteyken 40 ve üzeri yaş grubunda bu oranın %20.7’ye düştüğü görülmektedir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Unvanları ve Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı (Ankara, 1999)

n = 69

Unvan	Halen sigara içen		Sigara içmeyen *		Toplam **	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
GP/AH	20	45.5	24	54.5	44	63.8
Uzman (Halk Sağlığı dahil)	6	24.0	19	76.0	25	36.2
Toplam	26	37.7	43	62.3	69	100.0

* (İçmiş bırakmış+hiç içmemiş)

** Sütun yüzdesi, diğerleri satır yüzdesidir

$\chi^2= 3.12$ sd=1 p=0.077

Uzman hekimlerle GP/AH'ler karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte, GP/AH'ler arasında sigara içenlerin oranının uzmanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Günlük Sigara İçme Durumu (Ankara, 1999)

Günlük sigara sayısı	Sayı	yüzde
5'in altında	4	14.3
5-20 adet	12	42.9
20'nin üstünde	12	42.9
Toplam*	28	100.0

* Bir kişi yanıt vermemiştir.

Tablo 6'da sigara içen hekimlerin içilen günlük sigara sayısına göre dağılımı görülmektedir. Tiryakilerin %43'ü günde 5-20 adet ve yine %43'ü 20'den fazla sigara içmektedir. Sigara içen toplam 4 kadın hekimden 2'si günde 20'nin üzerinde sigara içtiğini bildirmiştir.

Tablo 7. Sigara İçenlerin ve Sigarayı Bırakmış Olanların Sigaraya Başlama Yaşına Göre Dağılımı (Ankara, 1999)

Sigaraya başlama yaşı	Halen içenler		İçip-bırakmış olanlar*	
	Sayı	%	Sayı	%
11-17	7	24.1	9	42.9
18-24	18	62.1	12	57.1
25-30	4	13.8	-	-
Toplam	29	100.0	21	100.0

* 1 kişi yanıt vermemiştir.

Halen sigara içenlerin sigaraya başlama yaşı ortalaması 20.3 olup, en küçük ve en büyük yaş sırasıyla 12 ve 30'dur. Geçmişte sigara içip bırakmış olanların sigaraya başlama yaşı ortalaması 18.0'dır. (En küçük ve en büyük yaş sırasıyla 11 ve 24'tür.)

Her iki grupta da hekimlerin yaklaşık % 60'ının sigaraya 18-24 yaşında başladıkları görülmüştür.

Sigarayı bırakmış olanlar ortalama olarak 17 yıl sigara içmişlerdir.(En kısa ve en uzun içme süresi sırasıyla 2 ve 40 yıldır.) Halen sigara içenler, başlama yaşına göre değerlendirildiğinde, ortalama olarak 15 yıldır sigara içmektedirler.

TARTIŞMA

Türk Tabipleri Birliği'nin 48. Büyük Kongresi'ne katılan delegeler ve tabip odası yöneticileri arasında yapılan bu çalışmada, 74 hekimin sigara içme durumu değerlendirilmiştir. TTB yöneticilerine genelleme yapılamamakla birlikte, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, meslek örgütü yöneticiliği görevi bulunan hekimler arasında sigara alışkanlığının durumu konusunda bilgi vermektedir.

Çalışmaya katılan ve TTB'de yöneticilik görevi bulunan tüm hekimlerin %39.2'si, erkek hekimlerin %40.3'ü ve kadın hekimlerin %33.3'ü sigara kullanmaktadır.Daha önce sigara içip bırakmış olanların oranı %29.7'dir.

Yakın zamanlara değin Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan yerel araştırmalar, hekimlerin sigara içme düzeyinin, genelde % 50 dolaylarında, erkeklerde %50'nin üstünde, kadınlarda % 30-40 arasında olduğunu göstermektedir (4). Bu değerlendirmeye uymayan sonuçlar, yalnızca göğüs hastalıkları uzmanları arasında yapılan çalışmalarda elde edilmiştir; bu hekim grubunda sigara içme hızı % 25 dolaylarındadır (12), (13) .

Son iki yıl içinde hekimler arasında sigara alışkanlığını araştıran iki çalışmada, hekimlerin sigara içme hızlarında hafif düşüşler saptanmıştır (4), (11). Daha çok erkek hekimler arasında görülen bu değişim, ülkemiz hekimlerinin genel sigara içme hızını % 40'lara doğru düşürmüştür. Türkiye genelinde yapılan bu iki araştırmada hekimlerde sigara içme yaygınlığı sırasıyla % 42.4 ve % 43.1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada saptanan % 39.2'lik hız, hekimler arasında sigara içme hızında görülen düşme eğilimine uygunluk göstermektedir. Kadın hekimler arasında sigara içme hızı önceki iki araştırmada sırasıyla % 34.0 (4), %34.4 (11) bulunmuş olup; bu araştırmadaki sonuçla (%33.3) benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, 1993 yılında TTB yöneticisi olan 90 hekim arasında yapılan ve aynı yöntemle veri toplanan çalışma (10) ile karşılaştırıldığında, sigara içme sıklığında bir azalma olduğu görülmektedir. 1993 TTB yöneticileri araştırmasında erkek hekimlerde sigara içme sıklığı %53.8, kadın hekimlerde %61.1, genelde ise %55.4 olarak saptanmıştır. 1999 yılında yinelenen çalışmanın sonuçları, aradan geçen altı yıl içinde, TTB yöneticileri arasında hem genel olarak, hem de kadınlar ve erkekler arasında sigara alışkanlığı açısından olumlu bir gerileme olduğunu düşündürmektedir

Sigarayı bırakan hekimlerin oranı %29.7'dir. TTB'nin Türkiye genelinde yapılan hekim araştırmasında bu değer %21.3 (4), TTB yöneticileri 1993 araştırmasında ise % 27.9 bulunmuştur. Hiç sigara içmeyenlerin oranı, bu çalışmada % 31.1, Türkiye araştırmasında % 36.3 olarak saptanmıştır.

Sigara içme davranışı ile cinsiyet, hekimlik unvanı ve hasta ile yüz yüze gelme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, GP/AH'lerde sigara tiryakisi olanların oranı daha yüksek bulunmuştur; bu bulgu önceki araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Önceki araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da, sigara içme yaşla ilişkili bulunmuştur. Yaş ilerledikçe, sigarayı bırakma hızı yükselmekte ve sigara içme hızı azalmaktadır. Bu araştırmada, 40 yaş altı grupla 40 yaş ve üstü grupta sigara alışkanlığı düzeyi açısından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır. Bu durum 40 yaşından sonra çeşitli nedenlerle sigarayı bırakma yönünde bir eğilim olduğunu göstermektedir.

Sigara içen hekimlerin % 42.9'u günde 20'nin üzerinde sigara tüketmektedir. Bu hız benzer hekim grubunda yapılan 1993 araştırmasında %50'ye yakın bulunmuştur (10). Günde bir paketin üstünde sigara içen yoğun tiryakilik düzeyindeki gerilemeye karşın, bu değer halen Türkiye genelini kapsayan araştırmada bulunan %28 oranının ve başka araştırmaların sonuçlarının oldukça üstündedir (4), (14).

Bu çalışmada, sigaraya başlama yaşı ortalaması halen sigara içenlerde 20.3, sigarayı bırakmış olanlarda ise 18.0 bulunmuştur. Bu veriler, daha

önce yapılmış birçok araştırmanın sonuçlarıyla uygunluk göstermekte ve hekimlerin tıp eğitimi sürecinde sigaraya başladığını ortaya koymaktadır (4), (10), (14). Sonuçta, bu verilere dayanarak, tıp eğitiminin sigaraya başlamayı engelleyici olmadığı savı bir kez daha doğruluk kazanmaktadır.

Sigarayı bırakmış olanlarda ortalama sigara içme süresi 17 yıldır.

Bu bulgu da Türkiye araştırmasına uygunluk göstermektedir (4).

TTB'nin 48. Büyük Kongresi'ne katılan TTB yöneticileri arasında yapılan bu çalışma, aynı kongrenin 41.sinde yapılan çalışma sonuçlarına kıyasla, hekimlerin sigara içme alışkanlığında olumlu bir gerileme olduğunu düşündürmektedir. Bu olumlu değişimde, aradan geçen altı yıllık sürede, ülkemizde sigara ile savaşım konusunda artmış olan duyarlılığın, 1996 yılında kabul edilen "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine İlişkin 4207 sayılı Yasa'nın ve sigara ile savaşımında TTB'nin giderek daha fazla ve daha etkin bir taraf olmasının etkileri olduğu söylenebilir. Ancak, hekimlerin topluma iyi örnek olma yolunda daha çok çaba göstermesi gerekmektedir.

Hekimlerin sigara içme alışkanlığının doğru ve sürekli olarak izlenebilmesi için, daha büyük ve temsil gücü olan gruplarda yapılacak çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Hekimlerin

bu ve benzeri çalışmalara katılım konusunda gösterecekleri duyarlılık, sigara ile savaşım açısından uzun erimde önemli katkılar sağlayacaktır.

ÖZET

Sigara içme alışkanlığı; yaygınlığı ve bilinen sağlık etkileri nedeniyle ülkemizin önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Ancak daha önemlisi, bir halk sağlık sorunu olarak kabul edilen bu alışkanlığın, özellikle de hekimler arasında toplumun diğer kesimleri gibi yaygın olmasıdır. Yakın zamanlara dek, Türkiye'de hekimlerle ilgili yapılmış çeşitli yerel araştırmaların verileri, erkek hekimler arasında sigara içme sıklığının genel toplumdaki hız olan %62.8'e yaklaşmakta, kadın hekimlerde ise toplumdaki hız olan %24.3'ü aşmakta olduğunu göstermekteydi. Ancak son iki yıl içinde gerçekleştirilmiş olan iki araştırmanın sonuçları, kadın hekimlerde sigara içme hızının değişmemesine karşılık, erkek hekimlerde hafif bir düşüş olduğunu; bu nedenle de hekimlerdeki genel sigara alışkanlığı hızının % 40'lı değerlere doğru gerilediğini ortaya koymuştur.

Ankara ilinde, 1999 yılı Haziran ayında yapılan bu çalışma, Türk Tabipleri Birliği (TTB) 48. Büyük Kongresi'ne katılan TTB Büyük Kongre delegeleri ve tabip odası yöneticileri arasında sigara içme davranışının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Daha önce 1993 yılında yapılmış olan benzer bir araştırma ile karşılaştırma yapılarak, Türk Tabipleri Birliği yöneticileri arasında sigara alışkanlığındaki değişimin izlenmesi hedeflenmiştir.

TTB 48. Büyük Kongresi'ne katılan 101 hekim arasında yapılan tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya 74 hekim katılmıştır. Katılım oranı % 73.2'dir

Sigara içme alışkanlığı açısından değerlendirildiğinde hekimlerin %39.2'si (29 kişi) "halen içiyor", %29.7'si (22 kişi) "içmiş-bırakmış (eski tiryaki)", %31.1'i ise "hiç içmemiş" olarak sınıflandırılmaktadır. Erkek hekimlerin %40.3'ü, kadın hekimlerin %33.3'ü halen sigara içmektedir. Kadınlar arasında hiç içmemiş olanların oranı erkeklere göre daha yüksektir (sırasıyla %50.0 ve %27.4). Yaş ilerledikçe sigara içme oranında azalma olduğu görülmüştür. Bu farklılık özellikle 40 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır ($p < 0.05$).

Türkiye'de hekimler arasında yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu çalışmaya katılan hekimler arasında sigara içme sıklığının hem genel olarak, hem de erkek hekimler arasında daha düşük olduğu görülmüştür. Sonuçlar, son iki yıl içinde hekimler arasında yapılan araştırma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. TTB yöneticileri 1993 araştırmasında, her gün sigara içme hızı genelde %55.4, erkeklerde % 53.8, kadın hekimlerde % 61.1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, genel hekim kitlesi gibi, TTB yöneticilerinin de sigara alışkanlığı açısından olumlu bir eğilime girdiğini düşündürmektedir. Ancak sonuçlar hekimler arasında sigara içme alışkanlığının halen yaygın denebilecek bir davranış kusuru olarak varlığını koruduğunu göstermektedir.

SUMMARY

Smoking habit is one of the major health problems of our country because of its high prevalence and of the well-documented health hazards of the addiction. In spite of the fact that smoking is evaluated as a public health issue, physicians of the country smoke as much as the rest of the population, which creates an important obstacle to the problem. Until recently, the evidence from various local studies revealed smoking rates close to the rate of 62.8 % of the general men population among male physicians and rates exceeding the rate of 24.3 % of the general women population among female physicians. However, the data from two recent studies in the past two years have shown that there is a slight decrease in the frequency of the smoking habit among male physicians, whereas it has remained about the same among female doctors. Thus, the over all smoking percentage for physicians has regressed to 40 per cents, accordingly.

This study was conducted in the June of 1999 in the city of Ankara, among physicians who attended the 48th Congress of the Turkish Medical Association (TMA). The objective of the study was to evaluate the smoking frequency among TMA executive doctors, for the follow-up of the trend of change in the habit by comparison to a similar study in 1993.

This was a descriptive study conducted among the 101 attendants of the 48th TMA Congress, where 74 physicians responded. The response rate was 73.2. In regard to the smoking habit, 39.2 % (29 persons) of the participators were smokers and 29.7 % were ex-smokers, whereas 31.1 % were never-smokers. 40.3 % of male physicians and 33.3 % of female physicians were current smokers. The rate of never-smokers was higher among female physicians compared to men (50.0 % and 27.4 %, respectively). The rate of smoking decreases by age; there is a significant difference between the age groups under 40 and equal to or over 40 ($p < 0.05$).

In this study, the frequency of smokers was lower in general and for male physicians, in comparison to previous studies performed among physicians in Turkey. The results of this study are similar to other studies conducted among doctors in the last two years. In the 1993 study of TMA executives, the daily smoker rates were 53.8 % for males and 61.1 % for females, with a total smoking frequency of 55.4 %. The results of the current study indicate that TMA executives, as well as the general physician population have entered a positive trend regarding the tobacco habit. Nevertheless, the results reveal that smoking still exists as a prevalent misbehavior among physicians of the country.

KEY WORDS

Smoking, Physicians, Turkish Medical Association
Executives

(Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Şubat 2005)

KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization World Health Report 1999. www.who.org/whr/1999/en/pdf/Chapter5.pdf
- 2- Napalkov, N.P. (1994), Editorial. WHO Tobacco Alert, July 1994, 1.
- 3- Tobacco or Health: A Global Status Report (1997), Geneva, World Health Organization.
- 4- Aşut, Ö. (1999), Türkiye’de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği.
- 5- Lown, B. (1999), Tobacco and the Developing World. First Virtual Congress of Cardiology (1999-2000), 28.9. 1999.
- 6- Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması (1988), PİAR.
- 7- Doctors and Tobacco. Unpublished Data (1998), Tobacco Control Resource Center, British Medical Association.
- 8- Simpson, D. (2000), Medicine’s Big Challenge: Doctors and Tobacco). Hampshire, Tobacco Control Resource Center.
- 9- Aşut, Ö. (1993), Hekim ve Sigara. Ankara, Türk Tabipleri Birliği.
- 10- Aşut, Ö., Kalaça, S., Kılıç, B. (1995), Tobacco Smoking Among Executives of the Turkish Medical Association . In: Tobacco and Health, Edited by Karen Slama, New York, Plenum Press.
- 11- Bilir, N. ve ark. (1999),Yayımlanmamış Araştırma Sonuçları.
- 12- Akpınar, M ve ark. (1997),Göğüs Hastanesi Çalışanlarında Sigara İçme Alışkanlığı. Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, 7-8 Kasım 1997, Özet Kitabı, İstanbul.
- 13- Çıkrıkçıoğlu, U. Ö. (1997), Toraks Derneği Üyelerinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları. Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, 7-8 Kasım 1997, Özet Kitabı, İstanbul.
- 14- Bilir, N. ve ark. (1997), Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar, Hacetepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No.7.

Ek 1.

Avrupa’da Hekimlerde Sigara İçme Prevalansı Araştırması

Anket Formu

A) Sizinle İlgili Bilgiler

- 1- Cinsiyet Erkek
Kadın
- 2- Doğum yılı 19□□
- 3- Tıp fakültesi mezuniyet yılı 19□□
- 4- Hekimlik unvanı
Genel pratisyen/Aile hekimi
Uzman
Halk sağlığı
Tıp öğrencisi
Diğer
- 5- Hasta ile yüz yüze gelinen bir birimde mi çalışıyorsunuz?
Evet
Hayır

B) Sigara İçme Alışkanlığınızla İlgili Bilgiler

(Lütfen üç kolondan birisini doldurunuz)

- Halen içiyor İçmiş-bırakmış (eski tiryaki) Hiç içmemiş

7- Genellikle hangi tütün ürününü kullanıyorsunuz?

- Sigara
Puro
Diğer

8- Sigaraya hangi yaşta başladınız?

□□

9- İçtiğiniz tütün sigara ise, günde kaç adet içiyorsunuz?

- 5'in altında
5 ile 20 arası
20'nin üstünde

7- Genellikle hangi tütün ürününü kullanırdınız?

- Sigara
Puro
Diğer

8- Sigaraya hangi yaşta başladınız?

□□

9- Sigarayı kaç yaşında bıraktınız?

□□

10- Kaç yıl sigara kullandınız?

□□

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ediyoruz.

SİGARA BIRAKMA KURSU DERS NOTLARI

SİGARA BIRAKMA GİRİŞİMLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ENTEGRASYONU

Doç. Dr. Özen Aşut

Sigarayı bırakma girişimlerinin sağlık hizmetlerine entegrasyonu, sağlık örgütlenmesinin her düzeyinde önemli olmakla birlikte, özellikle hasta ya da sağlam kişi ile ilk karşılaşma yeri olan birinci basamak sağlık örgütlenme ağı açısından öncelik taşımaktadır. Çünkü en çok sayıda kişiyle karşılaşma yeri olmanın yanı sıra, birinci basamak koruyucu önlemlerin daha kolay ve daha erken uygulanabileceği sağlık birimidir.

Araştırmalar, sigara tiryakilerinin yüzde 75-80'inin sigarayı bırakmayı istediklerini ve tiryakilerin üçte birinin en az üç kez ciddi bırakma çabası gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, sigara alışkanlığından 60 yaşından önce kurtulma oranı yüzde 50'nin altındadır (1). Sigara alışkanlığından kurtulamayan tiryakiler artık yarı yarıya sigaraya bağlı nedenlerle ölmektedir. Sigaranın olumsuz etkileri nedeniyle 25-69 yaş grubunda ölen insanlar, yaşamlarının 20-25 yılını bu alışkanlık nedeniyle yitirmektedirler. Başka bir deyişle, bu insanlar 20-25 yıl erken ölmektedirler (2). Bu veriler, güçlü bir bağımlılık yapıcı etken olan sigaranın etkisinden kurbanlarını kurtarabilmek için sağlık alanında çalışanların daha fazla katkısına gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Hekimin ve Sağlık Personelinin Rolü

İnsanların sigarayı bırakmasında hekimin rolü ayrıntılı olarak araştırılmış bir konudur. Hekimler sigara konusunda toplumun öteki üyelerinden çok farklı bir konuma sahiptirler. Çünkü sağlık alanında hekimlerin görüşüne herkesten daha çok güvenilmektedir. Bunun yanında, hekimler insanları sağlık öğütleri almaya en hazır ve duyarlı oldukları bir zamanda görmektedirler. Ayrıca hekimler çok sayıda sigara içen hastayla karşılaşmaktadır (3).

Hekim, özellikle Türkiye gibi sigara alışkanlığının yaygın olduğu bir toplumda çalışıyorsa, bu alışkanlıkla savaşımlı günlük görevlerinin bir parçası durumuna getirmelidir. Gerek hasta ile karşılaştığında, gerek toplum içindeki çalışmalarında, tüm fırsat ve olanakları bu amaç için değerlendirmelidir (4).

Hekimlerin yanı sıra öbür sağlık personelinin de sigarayı bırakmada görev alması önem taşımaktadır. Çünkü sağlık ekibinin tüm üyeleri, bu konuda her fırsatı değerlendirerek katkıda bulunabilirler. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, sigarayı bırakma stratejileri, hekimler, hemşireler, eczacılar ve diş hekimleri de içinde, tüm sağlık meslek üyelerinin sigara bırakma danışmanlığı yapabilmek için gerekli teknikler konusunda eğitimini de kapsamalıdır (1).

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Birimlerinin Önemi

Birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında sigarayı bırakmaya yönelik seçici olmayan kısa girişimler, sigarayı bırakmayı destekleyen etkili ve ucuz yöntemlerdir. Bu girişimlerin sonucunda sigara bırakma hızları yüzde 5 ile 10 arasında değişmektedir. Nikotin replasman tedavisi uygulanırsa, sağlık örgütünün birinci basamak düzeyinde sigara bırakma hızları iki kat artabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışanların sigara bırakma konusundaki başarıları, bu konuda aldıkları eğitimden doğrudan etkilenmekte, eğitim alanlar anlamlı derecede daha başarılı olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan sağlık personelinin sigara bırakma alanındaki eğitiminin önemini, Avrupa Üçüncü Eylem Planı'nda şu hedefle vurgulamıştır (5):

2001 yılına dek Avrupa Bölgesi'ndeki tüm ülkeler, birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekim, hemşire, eczacı ve diş hekimlerine yönelik, onaylanmış standartlara uygun

sigara bırakma tekniklerini içeren eğitim programları ve bunlarını etkisini ölçecek izleme mekanizmaları geliştirmiş olmalıdırlar.

Sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerin ilk başvuru yeri olan birinci basamak sağlık birimi, ülkemizde en yaygın olan biçimiyle sağlık ocakları sigara bırakma konusunda ilk girişimin yapılacağı yerdir. Bu düzeyde çalışan tüm sağlık ekibinin bu konuda sorumluluğu olmalıdır. Eğer bu basamakta başarılı olunamazsa, ikinci basamağa ve sigara bırakma birimlerine sevk düşünülmelidir (4).

Ancak, birinci basamakta başarılı olunmasının belirli koşulları vardır. Öncelikle, her alanda olduğu gibi, sigara bırakma konusunda da sistemli bir yaklaşım gereklidir. Hasta ya da sağlık kuruluşunda bulunan birey her ilişkisinde bu yaklaşımı duymalıdır. Sigara içen kişi, çok yönlü olarak bırakmaya güdülenmelidir. Hekimlerde ve öbür personelde böyle bir sistemli yaklaşım sağlayacak davranış değişikliğini oluşturmak zordur (6). Bu nedenle, eğitim programlarında davranış değişikliğine yönelik amaç ve hedefler ön planda olmalıdır.

Sağlık ocağında sigara bırakmaya yönelik olumlu bir atmosfer yaratılması

Ülkemizde birinci basamak sağlık örgütlenme birimi olan sağlık ocakları örnek olarak ele alınmaktadır. Sağlık örgütlenmesinin her düzeyindeki hasta ile yüz yüze görüşerek çalışan tüm hekimler, bu bölümdeki uygulama örneklerini ve önerileri kendi çalışma alanlarına uyarlayabilirler.

Sağlık ocağında sigara alışkanlığının kontrolü ve sigara bırakmaya yönelik önlemler, ana başlıklar olarak aşağıda verilmiştir.

Bireye yönelik önlemler:

Öykü alma ve anket uygulama
Bırakma sürecini planlama
İlk gün önerileri
İzlemenin planlanması
Grup programları

Destekleyici önlemler:

Hekim ve personelin olumlu örnek olması
Ortamın sigarasız olması ve bunun duyurulması
Fırsat eğitimi-olumlu mesajlar verme
Kendi kendine okuma materyali sunma

Toplumun başka kesimlerinde güdülemenin sürmesi:

Sigara içme hızı araştırması
Değerlendirme araştırmaları
Okullarda girişimler
Yaygın eğitimde yer alma-medyadan yararlanma

Bireye Yönelik Önlemler

Öykü alma ve anket uygulama:

Tüm hekimler gibi, birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan hekimler de, kendilerine hasta olarak başvuran her bireyin sigara öyküsünü almalıdır. Bu öykü şu bilgileri sağlamaya yönelik olmalıdır (7):

- *Hastanın sigara içip içmediği,
- *İçiyorsa; nedenleri, ne kadar içtiği, içme süresi, bırakmayı deneyip denemediği,
- *Solunum belirtileri olup olmadığı,

*Akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp-damar hastalıkları yönünden başka riskleri olup olmadığı araştırılmalıdır.

Öykü alma sırasında hekim, sigara alışkanlığı olan bireyin bırakma açısından hangi aşamada olduğunu değerlendirmelidir. Kişi, sigarayı bırakmayı hiç düşünmüyor olabilir. Kuşkulu olabilir ya da bırakmak istiyor olabilir. Her gruptaki insana hekimin farklı bir yaklaşım getirmesi gerekecektir.

Sigara tiryakilerine uygulanacak anket, nikotin bağımlılığının derecesini, bırakma sürecinde kendine yeterli olup olmayacağını ve bırakma konusunda kendisiyle ilgili algıladığı engelleri tanımlayarak hekime kılavuzluk yapabilir. Bu amaçla Fagerstrom tarafından geliştirilen “Sigara İçme Profili Anketi” ekte sunulmuştur.

Hastanın durumunu saptayan hekim, bırakma konusundaki tutumuna göre bundan sonraki yaklaşımını planlamalıdır.

Bırakma sürecini planlama:

Hekim, sigara içen tüm hastalarına önemle sigarayı bırakmalarını önermelidir. Bu bağlamda, özellikle sigaranın sağlık sonuçları ve yanı sıra diğer zararları anlatılmalı, bırakmanın yararları vurgulanmalıdır. Verilen bilgiler, açık, güçlü ve kişiselleşmiş olmalıdır (8). Mesaj vermeyi her görüşmede sürdürmek gereklidir.

Bırakma denemesi yapmak isteyen tiryakiler saptanmalıdır. Bırakmaya hazır olmayanları heveslendirmek için sigaranın yarattığı riskler ve bırakmanın yararları bir kez daha anlatılarak, bırakma konusunda yardımcı olunacağı açıklanmalıdır.

Bırakma denemesi yapmak isteyen bireylere süreci planlama konusunda danışmanlık yapılmalı, destek sağlanmalıdır. Amaca yönelik bir plan aşağıdaki aşamaları içermelidir (8,9):

*Hasta bırakma tarihini belirlemelidir.

*Bırakmaya hazırlık için hastanın çevresindeki insanlara bilgi sağlanmalıdır.

*Sigara içmemeyi özendiren bir ortam hazırlanmalıdır.

*Geçmişteki başarısız denemeler gözden geçirilmelidir.

*Özel yanıt gerektirecek riskli durumlar değerlendirilmelidir.

*Bırakmaya hazırlık sürecinde, kişiye sigara içmesinin nedenlerini ve niçin bırakması gerektiğini düşünerek bunları kaleme alması istenmelidir (10).

*Sigarayı bırakan kişinin ilk günlerde karşılaşacağı güçlükler konusunda bilgi verilerek bunlarla baş edebilme yolları anlatılmalıdır.

*Okuma materyali verilmelidir.

Sigarayı bırakan kişiye yardımcı olacak ilk gün önerileri

Örnek 1:

Sigarayı bıraktığınız gün neler yapabilirsiniz?

*Su ve meyve suyu içebilirsiniz.

*Yürüyüşe çıkabilirsiniz.

*Bırakma nedenlerinizi yeniden yeniden okuyabilirsiniz.

*Alışverişe çıkabilirsiniz.

*Sigara içmeyen bir dostu ziyaret edebilirsiniz.

*Banyo ya da duş yapabilirsiniz.

*Sigaranın zararlarını anlatan yayınları okuyabilirsiniz.

*Kendinizi ödüllendirebilirsiniz (11).

Örnek 2:

Sigarayı bıraktığınız gün ne gibi güçlüklerle karşılaşabilirsiniz, bunlarla nasıl başa çıkabilirsiniz?

Sigara bırakmadan sonraki 14 gün kritik günlerdir. Bu nedenle, ilk 14 günün her biri ilk gün gibi değerlendirilmelidir. Sigarayı bırakan kişi ilk gün ve izleyen 13 gün şu belirtilere hazır olmalıdır (3, 4, 11):

- Yoksunluk belirtileri
- İyileşme işaretleri
- Dayanılmaz sigara içme isteği
- Sigara içme dürtüsü

1) *Yoksunluk belirtileri* arasında; gerginlik, acıkma, baş dönmesi, dikkati yoğunlaştırma güçlüğü, fazla uyuma, uykusuzluk, sigara içme isteği, iştah artması ve kilo alma, huzursuzluk gibi belirtiler bulunmaktadır. Bunlara karşı neler önerilebilir?

- Derin soluklar alın
- Zorlandığınız durumlardan uzaklaşın.
- Sıcak bitkisel çay için.
- Su için.
- Şekersiz çiklet çiğneyin.
- Çiğ sebze ve meyve yiyin.
- Yürüyüş ya da egzersiz yapın.
- Sigarayı niçin bıraktığınızı düşünün.

2) *İyileşme belirtileri*, sigarayı bırakır bırakmaz başlar. Eğer günde 20 sigara içiyorsanız, sigarayı bırakınca:

- Sekiz saat sonra vücudunuzda oksijen artışı olur.
- İki gün sonra tüm nikotin ürünleri vücudunuzdan atılmıştır. Tat ve koku alma duyularınızda düzelme başlamıştır. Akciğerleriniz düzelmektedir (Birkaç hafta öksürük sürebilir, çünkü akciğerleriniz temizlenmektedir.)
- Bir yıl sonra kalp krizinden ani ölüm riskiniz, sigara içen bir kişiye göre yarı yarıya azalmıştır.

3) *Dayanılmaz sigara içme isteği*, bırakmanın ilk günlerinde sizi vuracak en önemli tehlikelerden biridir.

- Bu istek geldiğinde, 5 dakika bekleyin. İstek geçecektir.
- Derin soluk alın. Oturun, gevşeyin. Burnunuzdan derin soluk alın.
- Sonra soluğunuzu geri verin. 5 kez yineleyin. Tıpkı sigara içer gibi.
- Yavaş yavaş su yudumlayın.
- Başka bir şey yapın. Sigara içme yerine yapabileceğiniz işlerin listesini yapın.

4) *Sigara içme dürtüsü* bazen sigara yakma ile sonuçlanabilir. Bunu normal olarak kabul edin. Bir dahaki durumda bunu başarıyla aşmanın yollarını düşünün.

İzlemenin planlanması:

Sigarayı bırakmanın sürdürülmesi için, bırakmaya yardım eden hekim ve sağlık kuruluşu bireylerle birlikte ayrı bir plan yapılmalıdır. Bu aşamada en önemli tehlike, sigara içme dürtüsü yaratan durum ve koşullardır. Sigarasızlığa alışmaya çalışan kişiye verilecek en

iyi ögüt, bu durum ve koşulları kendisinin saptaması ve bunlardan uzak durmaya çalışmasıdır. En sık bildirilen dürtü yaratıcı durumlar şöyle özetlenebilir (12):

- Gerginlik ve sinirlilik
- Öfke
- Yemek sonrası
- Sıkıntı ve üzüntü
- Çay, kahve içme
- Başka tiryakilerle birlikte olma
- Alkol alma
- Stresli olma
- Mutsuzluk
- Araba kullanma
- Sigara ikramı
- Özel kutlamalar ve tatil

Özellikle sigarayı stresten uzaklaşmak için içtiklerini söyleyenlere, sigaranın içindeki nikotinin stres yaratıcı bir etken olduğunu belirtmek yararlı olabilir. Bu aşamanın planlanmasında, hekimin ya da öbür sağlık personelinin her zaman hastayı desteklemeye hazır oldukları güvencesi verilmelidir.

Her şeye karşın yeniden sigaraya başlayanlara, yeniden bırakmanın yolları anlatılarak, umut verilmelidir.

Grup programları

Bireysel çabaların yeterli olmadığı durumlarda, insanların birbirlerinden destek almalarını sağlamak için grup programları uygulanabilir. Ancak birinci basamakta grup tedavisi uygulanabilmesi, hekimin bu amaçla eğitilmiş olması koşuluna bağlıdır.

Destekleyici Önlemler

Hekimin sigarayı bırakma konusunda hastalarını etkileyip olumlu bir davranış değişikliği oluşturabilmesinin en önemli önkoşulu, kendisinin örnek davranış içinde olmasıdır. Ne yazık ki, ülkemizde yakın zamanlara dek hekimlerin yarısından fazlasının sigara tiryakisi olduğu birçok araştırma ile ortaya konmuştur (4,13). Ancak son yıllarda hekimlerde sigara içme hızında hafif düşüşler saptanmıştır. Ülke genelinde yapılan iki araştırma sonucuna göre, Türkiye hekimlerinin sigara içme hızları birinci araştırmada %42,4,-erkeklerde %44,4, kadınlarda %34- (13) ve ikinci araştırmada %43,1, -erkeklerde %47,8, kadınlarda %34,4- (14) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, kadın hekimlerde sigara içme hızı önceki verilere benzerlik göstermekte, erkek hekimlerde ise %50-55'lerden %40'lara doğru bir düşüş görülmektedir.

Sağlık hizmeti sunumu sürecinde, sigara bırakma girişimlerinin başarılı olabilmesi için hekim ve öbür personel öncelikle örnek davranış içinde olmalıdır. Başka bir deyişle hasta yanında sigara içilmemelidir. Sağlık hizmetinin verildiği tüm ortamlar kesinlikle sigarasız olmalı, bu tutum, ortama giren herkesin görebileceği uyarı yazılarıyla duyurulmalıdır.

Hekim ve hastayla yüz yüze çalışan tüm sağlık ekibi, sigara içen kişilerin bu alışkanlığı bırakmalarını sağlamak için her fırsat ve olanağı değerlendirmelidir. Sigarayı bırakma girişimleri, günlük uygulama sürecine uygun biçimde entegre edilmelidir. Bu girişimlerde, olumlu mesajlar vermenin daha etkili olduğu unutulmamalıdır. Bıkmadan yeniden denemekten kaçınılmamalıdır.

Sağlık kuruluşundaki hastalara dağıtılan okuma gereçleri arasında, sigaranın sağlık sonuçlarını ve bırakmanın yararlarını anlatan yayınlar bulunmalıdır. Olanak varsa, görsel eğitim araçlarından (video filmleri, vb.) yararlanılmalıdır.

Toplumun başka kesimlerinde güdülemenin sürmesi

Hekim ve tüm sağlık çalışanları, sağlık kuruluşu dışında toplumun başka kesimlerinde çalışırken, sigara savaşımını sürdürmelidir. Olanak varsa, hizmet verilen toplumun sigara içme hızını saptamaya yönelik bir araştırma planlanmalıdır. Daha sonra belirli aralıklarla araştırma yinelenerek, yapılan girişimlerin etkisi ölçülmeye ve değerlendirilmeye çalışılmalıdır.

Özellikle, birinci basamak örgütlenmesi içinde çalışan hekimler ve sağlık personeli, tüm örgün ve yaygın eğitim programlarında sigaraya yer verilmesi için çaba göstermelidir. Hekimler bu amaca yönelik toplantı ve yayınlara katkıda bulunabilirler. Yeterli medya desteği elde etmek için çaba gösterilmelidir. Bu konuda başarı kazanılırsa, toplumsal alanda önemli bir destek sağlanmış olur.

(Akciğer Sağlığı Kongresi, 10 Nisan 2000)

Kaynaklar

1. Tobacco or Health: A Global Status Report. World Health Organization, Geneva, 1997.
2. World Health Organization World Health Report 1999.
www.who.org/whr/1999/en/pdf/Chapter5.pdf
3. Medicine's Big Challenge: Doctors and Tobacco. Tobacco Control Resource Center, Hampshire, 2000.
4. Aşut, Ö. Hekim ve Sigara. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 1993.
5. Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997-2001. World Health Organization Regional Office for Europe.
6. Champagne, BM. The Context of Treating Tobacco Addiction. The First Virtual Congress of Cardiology, Pan American Health Organization, January 12, 1999.
7. Tütün ve Sağlık Ortak Komitesi Raporu. Toraks Derneği Bülteni. Çeviri: Dağlı, E.: Chest 1995, 108:1118-21.
8. The Smoking Cessation Clinical Practice Guideline Panel and Staff, The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline, JAMA, 1996, 275:1270-1280.
9. Kaplan K, Martin, J. Leave the Pack Behind. World Health Organization, 31 May 1999.
10. Wynn, M. Maybe I Will and Maybe I Won't. The University of Ottawa and the Ottawa-Carlton Health Department Joint Initiative, April 1995.
11. Wynn, M. I'm Doing It. The University of Ottawa and the Ottawa-Carlton Health Department Joint Initiative, April 1995.
12. Wynn, M. Becoming an Ex-smoker. The university of Ottawa and the Ottawa-Carlton Health Department Joint Initiative, April 1995.
13. Aşut, Ö. Türkiye'de Hekimlerin Sigara İçme Alışkanlığı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ocak 1999.
14. Bilir, N. et al. Tobacco Control Strategies in Turkey. Ankara: Hacettepe Public Health Foundation; 2003. pp.43-46, 64.

Ek

Sigara İçme Profili Anketi (4)

Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

A.

1. Günün ilk sigarasını uyandıktan ne kadar sonra içiyorsunuz?

- a. 30 dakikadan sonra
- b. İlk 30 dakika içinde

2. Sigara içmenin yasaklanmış olduğu yerlerde (kütüphane, tiyatro, hekim muayenehanesi) sigara içmemek size güç geliyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır

3. Gün boyunca içtiğiniz sigaraların hangisi size en hoş geliyor?

- a. Sabah ilk içilen dışında herhangi biri
- b. Sabah ilk sigara

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz?

- a. 1-15
- b. 16-25
- c. 26 ya da üstünde

5. Sabahları ilk iki saatte günün geri kalan bölümlerine göre daha çok sigara içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

6. Günün önemli bölümünü yatakta geçirecek ölçüde hasta olduğunuzda bile, sigara içer misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır

7. İçtiğiniz sigara markasının içerdiği nikotin miktarı düşük mü, orta mı, yoksa yüksek düzeyde mi? (Sigara paketine bakınız)*

- a. Düşük (0.9 mg ve daha az)
- b. Orta (1-1.2 mg)
- c. Yüksek (1.3 mg ya da üstünde)

8. Sigaranın dumanını ne sıklıkla içinize çekersiniz?

- a. Hiçbir zaman
- b. Bazen
- c. Sürekli

B.

9. Sigarayı bırakmayı istiyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

10. Sigarayı hiç bıraktınız ya da bırakmayı denediniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

11. Örgütlü sigara bırakma programlarına katıldınız ya da kendi kendinize bırakma araçları kullandınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

12. Sigarayı bırakmayı başaracağınızı düşünüyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

C

13. Sigarayı bırakırsanız kilo alacağınızdan korkuyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

14. Sigarayı bırakma konusunda başka kaygılarınız var mı?

.....
.....

15. Sigarayı bırakmanın en iyi yöntemi sizce ne olabilir?

.....
.....

*Türkiye'deki sigaralar çoğunlukla orta düzeyde nikotin içermektedir. Ülkemizde sigara paketleri üzerinde nikotin miktarı yer almadığından, doğrudan "b" şıkkı işaretlenmelidir.

Hasta Yanıtlarının Yorumlanması

"A" bölümündeki sorular, nikotin bağımlılığını ve sigara içme düzeyini gösterir. Soruların puanları, sigaraya bağımlılık arttıkça yükselmektedir.

- Soru 1 : "b" seçeneğine bir puan verilir.
- Soru 2,5,6 : "Evet" yanıtları için birer puan verilir.
- Soru 3 : "b" seçeneğine bir puan verilir.
- Soru 4 : "a" seçeneğine 0, "b" seçeneğine bir, "c" seçeneğine iki puan verilir.
- Soru 7 : "a" seçeneğine 0, "b" seçeneğine bir, "c" seçeneğine iki puan verilir.
- Soru 8 : "a" seçeneği 0, "b" seçeneği bir, "c" seçeneği iki puan alır.

Değerlendirme

Puanlama sonucunun 9 ya da üstünde çıkması, tiryakinin nikotin bağımlılığı olduğunu gösterir ve sigarayı bırakmanın kimi fizyolojik belirtilere yol açacağını düşündürür.

"B" bölümündeki sorular, sigarayı bırakma sürecinde hastanın kendi kendine yeterli olup olmayacağı konusunda bilgi verir. İki ya da daha çok "evet" yanıtı, yüksek derecede kendine yeterli olmayı; "hayır" yanıtlarının çoğunlukta olması, hastanın kendine yeterli olamayacağını gösterir.

"C" bölümündeki sorular, hastanın sigarayı bırakma konusunda kendisiyle ilgili olarak algıladığı engelleri tanımlar ve hangi yöntemi yeğleyeceğini ortaya koyar. Hastanın verdiği yanıtlar, hekimin tartışması için bir kılavuz işlevi görebilir.

TOBACCO, ALCOHOL AND ILLICIT DRUGS

Current Status and Global Action Plans

Dr. Özen Aşut

International Public Health Congress

Istanbul

8-12 October 2000

TOBACCO, ALCOHOL AND ILLICIT DRUGS

Current Status and Global Action Plans

Dr. Özen

Aşut

Contents

I. Introduction

General Trends
WHO Programs

II. Tobacco

Tobacco Epidemic
Environmental Tobacco Smoke
Other Harms
Tobacco Industry in Action
Role of Advertising
Tobacco Control Action
*Madrid Charter and Target 17
*Action Plan for a Tobacco-free Europe
*Effectiveness of Advertising Bans
*Anti-tobacco Law of Turkey
*Turkish Experience in Advertisement Ban
*Target 12 of Health 21
*International Legislation (FCTC and EP Directive)
*Potential of Doctors
*Suggested Action within Medical Schools
*Action for Medical Associations

III. Alcohol Consumption

Health Consequences
Action for Alcohol Control
*European Charter on Alcohol
*EAAP 2000-2005
*Measures for Individuals

IV. Illicit Drug Use

Actions
International Conventions
Comprehensive Approach

V. Primary Health Care and Addictive Substances

Target 15
Role and Functions of PHC
PHC Interventions

Introduction

General Trends

While the World Health Organization is developing programs for individuals to adopt health-enhancing behaviour and change lifestyles, the general trend of the world is towards a deepening of inequalities among world populations, both among different countries and between regions and social groups in the same country. The globalization and privatization policies of most governments of the world during the last two decades have broadened the gap between the developed world of the north and the underdeveloped world of the south, as well as the inequities between different social groups and regions in all countries.

Frequently, it is the poorest groups who pick up the most harmful health behavior patterns. Those groups have higher rates of smoking, alcohol consumption and illicit drug use, as a consequence of their stress in coping with the many ordinary life problems, created by inadequate income and low social status.

WHO Programs

Therefore, World Health Organization's (WHO) programs should focus on the basic requirements of the less developed populations, targeting governments and decision makers, as well as influencing individuals for healthy lifestyles. The environmental factors which affect the individuals and their behavior are to be improved to be successful in changing human behavior resulting in picking up the health-damaging habits.

WHO's European Region has gained wide experience in dealing with health issues in the last two decades of the previous century. The knowledge and practice accumulated by the Region in a broad range of issues may further be developed to set a promising example for the peoples of other regions of the world in the twenty first century. It is hoped that "Health 21" will create a good start for this end.

Tobacco, alcohol and drug abuse have created substantial threats to the health and wellbeing of the peoples of our world in the previous century. It appears that these addictive habits will continue to be life-menacing for humanity in the twenty first century. A great number of the addicted will die of these habits, which are generally picked up at an age too early for sound and correct decisions.

While all of these three major menaces of humanity comprise great risks for the health status and the life expectancies of the world population, one of them has reached the prevalence of a global epidemic or a pandemic. Tobacco products are the most dangerous commonly used drug in the world. Currently, tobacco use is the leading preventable cause of premature deaths, threatening all the peoples of our planet. Therefore, the tobacco issue will be the topic of priority in this presentation, followed by overall information and suggestions on alcohol and illicit drug use.

Tobacco

The Tobacco Epidemic

Tobacco is a unique public health problem among preventable causes of disease because;

- * It is the only legal product which kills the consumer when used as indicated
- * It is always dangerous, rather than being dangerous in excess and when abused
- * It is highly addictive to many consumers
- * It is actively promoted, often through unethical means, by one of the most powerful industries of the world
- * Its use harms other people exposed, as well as the consumers.

No one would deny or question the health consequences of smoking today- probably except for the representatives of the tobacco industry- with the present evidence on the ill effects of the habit. Almost every day, another study presenting new data on the harms of tobacco use is published. Current knowledge reveals that tobacco causes or is related to more than 25 diseases.

According to WHO studies, the number of the smoking population in the world is 1.15 billion, smoking 14 cigarettes per capita on the average. In developing countries, 48 % of the male population and 7 % of the female population smoke; whereas the same rates for the developed countries are 42 % and 24 % respectively. In the European Region, over 30 % of the adult population were found to be regular daily smokers in 1995. WHO estimates that four million people yearly and 11 thousand people daily die of tobacco-related diseases, 1.2 million yearly of the total deaths being in Europe. The ratio of tobacco-related deaths in smokers is 1:2 currently. In other words, one of two smokers dies ultimately of tobacco consequences or regular smokers have a 50 % chance of dying from tobacco use, half of them in middle age. Therefore, a lifelong smoker is as likely to die as a direct result of tobacco as from all other potential causes of death combined.

With current smoking patterns, 500 million people alive today will eventually be killed by tobacco. For most of these deaths to be avoided, a substantial proportion of adult smokers will have to quit and children will have to be prevented from adopting the habit. If half of the adult smokers quit over the next 20 years, about one third of the deaths in 2020 and half of the deaths in the second quarter of the century would be prevented. That means 20-30 million avoidable deaths in the first and 140 million deaths in the second quarter of the century. The years lost by smoking is 20-25 years for the 35-69 age group and 8 years for the population 70 years of age or over.

According to world-wide studies, 75-80 % of smokers want to quit and about a third of them make at least three serious attempts for quitting. However, less than 50 % of these smokers are successful in quitting before the age of 60.

Environmental Tobacco Smoke (ETS)

Not only smokers, but also the surrounding individuals are affected by tobacco smoke. There are various diseases associated with environmental tobacco smoke, both in children and adults. ETS causes lung cancer and coronary heart disease in individuals who never smoked. Passive smoking is considered one of the leading preventable carcinogens and a major cause of death according to current evidence.

Other Harms of Tobacco Products

Tobacco products cost the world at least US \$ 200 billion a year and are responsible for significant environmental degradation and fires, in addition to the economic costs and suffering brought about by the health consequences of smoking.

Tobacco Industry in Action

It is obvious that there are many objective and subjective reasons for a great number of people to continue smoking in spite of the known ill effects, just as the fact that many young people pick up the habit every day. The world is under the heavy and continuous blow of the great international tobacco companies. Recent years were very productive for witnessing the real face of the tobacco industry. The industry does not hesitate to use all ways and means, however inhuman they may be, to sell its deadly product. The internal reports and other documents of the tobacco companies and the publication entitled "Tobacco Papers" have revealed that the industry knew many facts about tobacco use and nicotine addiction, long before the scientific evidence proved them.

Industry scientists had privately accepted the association between smoking and lung cancer, believing it to be one of cause and effect. However, the majority of the industry still publicly denies the causation theory thirty years later in spite of the mounting evidence in support of the theory.

Role of Advertising

As Dr. Gro Harlem Brundtland, the general Director of the WHO, has stated in her message of No-Tobacco Day 2000 that,

"Smoking is a communicable disease, transmitted by the advertisement and promotion of the tobacco industry."

The industry needs new smokers to replace those who die of tobacco-related diseases. Children are the industry's target. The secret documents of the industry reveal this intention without doubt. An internal report of a tobacco company in 1984 was as follows:

"Younger adult smokers have been the critical factor in the growth and decline of every major brand and company over the last 50 years... The renewal of the market stems almost entirely from 18-year-old smokers. No more than 5 per cent of smokers start after

24... If younger adults turn away from smoking, the industry must decline, just as a population which does not give birth will eventually dwindle."

(Young Adult Smokers: Strategies and Opportunities,
R. J. Reynolds Tobacco Company, 29 February 1984.)

That is why tobacco companies spend billions of dollars to capture children and women into smoking, with advertisements conveying the message that smoking is an adult behavior representing independence, maturity and social success. Furthermore, cigarette

advertisements undermine smokers' concerns about safety and convince smokers or potential smokers that smoking is not harmful by portraying it as an innocent and benign habit.

A total ban on tobacco advertisements results in a significant decrease in tobacco consumption, as has been experienced by a number of countries recently. As tobacco advertising is banned in many countries, tobacco companies concentrate more on sponsorship events, of which Formula One is one of the leading.

Tobacco Control Action

Madrid Charter and Target 17

The 1988 Madrid Charter against tobacco endorses the right of all citizens to a smoke-free and unpolluted environment. In 1991, Target 17 of the 38 targets of the WHO Regional Office for Europe expressed the 2000 aim regarding tobacco, alcohol and drug use as follows:

"Tobacco, Alcohol and Psychoactive Drugs

By the year 2000, the health damaging consumption of dependence-producing substances such as alcohol, tobacco and psychoactive drugs should have been significantly reduced in all member states."

Health Policy for Europe, 1991.

However, it was evaluated in 1997 that no country would be likely to achieve the target since there had been a failure to counteract the marketing strategies of the tobacco industry. The push by multinational companies into new markets had been greatly assisted by the philosophy of free trade. Even though international agreements existed for commodities which potentially threaten public health or order, this was not true for tobacco.

In 1996, World Health Assembly resolution WHA 49.17 called for the development of an international framework convention for tobacco control to overcome this handicap. A framework convention would be technically binding but contain no explicit obligations.

Action Plan for a Tobacco-free Europe

The WHO Action Plan 1997-2001 for a Tobacco-free Europe covers the following measures to be implemented in all countries of the European Region by 2001:

- * Taxation policy with the real price of tobacco being increased by more than the average inflation rate
- * Legislation to restrict access to tobacco products for people under age 18
- * Total ban on advertising of tobacco products
- * Effective tools to combat the smuggling of tobacco products
- * Legislation to ensure effective health warnings on tobacco packages and maximum tar levels at 12 mg and nicotine at 1 mg per cigarette (by the year 2005)
- * Legislation to ensure eliminating involuntary exposure to tobacco smoke in all workplaces, public buildings and public transport
- * Training programs in smoking cessation techniques for PHC physicians, nurses, pharmacists and dentists, with mechanisms for monitoring their impact
- * Gender-based media campaigns and effective school gender-based education.

Third Action Plan for a Tobacco-free Europe, 1997-2001.

The WHO Action Plan for Europe covers the most significant strategies of a comprehensive tobacco control policy. Of these strategies, increasing taxes on tobacco products raises government revenue and lowers tobacco consumption. Cigarette consumption falls by 0.5 % for every 1 % increase in real price. Young people are more price-sensitive.

Tobacco taxes should be used to fund tobacco control activities, including health education, research on tobacco control and support to health care. Sports and artistic events formerly sponsored by the tobacco industry may also be funded by tobacco taxes. National and international public subsidies should not be used to promote the agricultural production of tobacco.

Advertising ban is a significant and effective measure for tobacco control. The evidence from countries where tobacco advertisements have been banned for some years reveals the negative correlation of advertising versus the tobacco consumption:

The effectiveness of tobacco advertising bans

<i>Country</i>	<i>Date of ban</i>	<i>Fall in consumption by 1996</i>
Norway	1 July 1975	- 26 %
Finland	1 March 1978	- 37 %
New Zealand	17 December 1990	- 21 %
France	1 January 1993	-14 %

*(Framework Convention on Tobacco Control,
Technical Briefing Series Paper 2, WHO, 1999)*

Another strategy of utmost importance is the cessation interventions by primary health care (PHC) providers. Cessation of smoking before middle age reduces almost all excess risks. Unselective brief interventions by PHC workers, including nurses, physicians, pharmacists and dentists are effective in smoking cessation. They are also one of the most cost-effective of all health care interventions.

The Madrid Charter and the Action Plan for a Tobacco-free Europe provide the policy framework for action. Prevention strategies should aim including a fundamental change in society's standards, whereby nonsmoking becomes accepted behavior.

The Experience of the Anti-tobacco Law of Turkey

The Anti-tobacco Law of Turkey, adopted in 1996, covers most of the significant measures of the European Action Plan 1997-2001. Specifically, the Law restricts sales to minors, bans all kinds of advertising and promotions of tobacco products and sponsorship, ensures eliminating involuntary exposure in all workplaces where five or more people work and all forms of public transport. The Law also enforces public education programs, lasting at least 90 minutes monthly, for all televisions broadcasting in the country, public or private. At the present time, the legislation aspect of the tobacco control action in Turkey is satisfactory, whereas other aspects demand further action for complete implementation, in view of the violations of the Law experienced.

The Turkish Experience Regarding the Tobacco Advertisement Ban

The Anti-tobacco Law bans all kinds of advertisements and sponsorship for tobacco products. Although the implementation of the restrictions brought about by the Law are violated in certain aspects, the advertisement ban is strictly obeyed all over the country.

The multinational tobacco companies have been in search of alternative and indirect ways of advertising, as well as seeking to alter the law in regard to the advertisement ban by

influencing politicians and other decision makers- as was stated in their internal reports. The attempts of the industry for indirect promotions include smoking characters in television films, free distribution of material with tobacco logos, displaying Formula One races on certain televisions.

The more significant activities of the industry included the appeal to the Turkish Supreme Court to lift the ban against tobacco advertisements and the intention of introducing Formula One races into Turkey in the near future. The Supreme Court rejected the appeal of the industry, which had claimed that the ban was against the Constitution of the Turkish Republic. The latter action of the industry regarding the organization of Formula One races in Turkey was partly successful in convincing some members of the Government to change the Anti-tobacco Law to permit the organization of Formula One races in Turkey.

The counteractions of the industry were immediately evaluated and publicized widely by the Turkish National Committee on Tobacco and Health. A campaign called "I am not giving back my law" was launched. . The campaign was introduced through the Internet and media, as well as by other means. In a short period, many people supported the campaign in a number of different ways. The politicians had to refrain from cooperating with the tobacco industry. Thus, the attempts of the industry were ceased by timely counteraction, comprising a good example of the success of public action and support against pro-tobacco activities.

Target 12 of Health 21

Reducing harm from alcohol, drugs and tobacco

By the year 2015, the adverse health effects from the consumption of addictive substances such as tobacco, alcohol and psychoactive drugs should have been significantly reduced in all Member States.

In particular;

- 12.1 in all countries, the proportion of nonsmokers should be at least 80 % in over 15-year-olds and close to 100 % in under 15-year-olds (or other age limits as appropriate to national legislation);
- 12.2 in all countries, per capita alcohol consumption should not increase or exceed 6 litres per annum and should be close to zero in under 15-year-olds;
- 12.3 in all countries, the prevalence of illicit psychoactive drug use should be reduced by at least 25 % and mortality by at least 50 %.

***Health 21: the Health for All Policy Framework
for the WHO European Region***

While the aims of Target 12 are more challenging, the time limit for action is longer, thus providing adequate opportunities for countries to plan and implement relevant activities.

International Legislation: Framework Convention on Tobacco Control

World Health Assembly adopted the resolution WHA 52-18 in May 1999, by which a Working Group on the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and an Intergovernmental Negotiating body (INB) were established.

53rd World Health Assembly of 20 May 2000 adopted the resolution WHA 53.16, which stated that the success of the FCTC depended on broad participation and called on the Negotiating Body to commence negotiations and to examine the question of an extended participation, as observers, of non-governmental organizations.

The multi-sectoral FCTC is the world's first public health convention and is expected to be opened for signature in 2003. Formal negotiations on FCTC will start in October 2000. This is the first time in its 51-year-old history that WHO'S member states have embarked on the negotiation of a convention. Moreover, all parties with an interest in FCTC are invited to present their views at two days of public hearings organized by the WHO, on 12 and 13 October 2000 in Geneva.

The Framework Convention will be an international legal instrument to control tobacco. Its principal function is to establish a general system of governance. The primary objectives of the FCTC shall include international control of tobacco advertisements and smuggling.

As part of the development of a United Nations framework convention on tobacco products, the WTO is expected to consider exempting tobacco products from free trade principles on the grounds of their serious consequences for health.

EP and EC Directive

The European Parliament and Council have adopted Directive 98/43/EC of July 1998, which will ban all tobacco advertising in the 15 EU Member States. Under this directive, all direct and indirect advertising- including sponsorship- of tobacco products will be banned within the EU as follows:

Legislation should be enforced not later than 30 July 2001.

Advertisements in the print media must cease in one further year.

Sponsorship must cease in two further years.

Formula One, etc must cease in three further years.

The Potential of Doctors

Doctors and other health professionals have substantial influence on their patients and all the other individuals they contact in regard to the smoking habit. The countries where doctors are in a trend of quitting smoking reveal a similar trend in the general population.

Doctors are in a unique and powerful position for effective tobacco control because of their:

- Detailed knowledge about disease
- Reputation as independent and caring experts
- Opportunity to give advice on a one-to-one basis and in a clinical setting where patients may be more receptive
- Lines of access to decision makers
- Generally secure and respected position in society.

(D. Simpson, *Doctors and Tobacco*, 2000)

Suggested Action within the Medical School

- * Appoint a coordinator of tobacco education
- * Consider an initial survey of medical students
- * The coordinator should produce a written policy covering:
 - Smoke-free medical school premises
 - Smoke-free medical hospitality areas
 - Teaching in relevant departments
 - Examinations (ensuring that a smoking history is always recorded by the student)
 - Methods proposed for monitoring students' progress
 - The value of giving a brief talk to new medical students on their first day in the faculty, explaining the importance of smoking as a major preventable cause of disease and the importance of their personal example as doctors and non-smokers
- * Formal review: the faculty should formally review progress one to two years of the initiation of the program.

(R.L.Richmond, ed. *Educating Medical Students about Tobacco: Planning and Implementation*, 1996)

Action for Medical Associations in Increasing Doctors' Awareness

- Carry out a survey of doctors' smoking habits and attitudes to smoking
- Disseminate the results
- Set up a tobacco group in national medical association (NMA)
- Educate the membership about tobacco
- Make the NMA's premises smoke-free
- Make use of medical press
- Brief doctors about smoking cessation
- Support doctors' cessation activities
 - Helping doctors who smoke quit
 - Encouraging all doctors to help their patients to stop smoking
- Use positive concepts and language.

(D. Simpson, *Doctors and Tobacco*, 2000)

Alcohol Consumption

The extensive consumption of alcohol inevitably results in considerable harm to individuals and communities. Alcohol products are responsible for nine per cent of total disease burden within the European Region. The spectrum of alcohol-related harm includes damage to physical and mental health of the drinker and of the family, accidents, suicide, violence caused to others including child abuse and homicide, loss of productivity, environmental damage and the economic costs of these effects.

Ninety per cent of the countries in the WHO European Region have an annual per capita consumption exceeding two liters of absolute alcohol. The direct and indirect costs of alcohol are estimated to be between 2 % and 5 % of GNP.

Health Consequences

Alcohol products increase the risk of liver cirrhosis, certain cancers, raised blood pressure, stroke and congenital malformations. The reduction in the risk of coronary heart disease is only relevant for people from their fifth decade onwards and at levels less than 10 g a day. An indicator of damage to physical health is the death rate from cirrhosis. There are limitations to the use of this indicator because not all cirrhosis deaths are the consequence of alcohol use. Nevertheless, the evidence suggests that it is a fairly reliable indicator of alcohol consumption, although frequently with a time lag.

Another frequently used indicator of alcohol-related harm is hospitalization for alcoholic psychosis. Alcohol is also closely related to intentional and unintentional injuries and deaths including road traffic and shipping accidents. Between 40 % and 60% of all deaths from intentional and unintentional injury is attributable to alcohol consumption.

Action for Alcohol Control

The alcohol aspect of Target 17 of the 38 targets set by the WHO in 1991 recommended a reduction in consumption of 25 % by the year 2000. A 10 % decrease in per capita consumption of alcohol will result in a 20 % decrease in male alcohol-related mortality and a 5 % decrease in fatal accidents, suicides and homicides in the whole population.

European Charter on Alcohol

The European Charter on Alcohol including 10 strategies was adopted by the European Conference on Health, Society and Alcohol in Paris in 1995. The Charter outlines the main health promotion strategies, which include effective laws, taxes and controlling direct and indirect advertising and provides the policy framework to reduce the harm by alcohol use.

European Alcohol Action Plan 2000-2005

One of the most significant initiatives taken by WHO and Member States in this aspect was the European Alcohol Action Plan (EAAP) of the 42nd WHA in 1992 .

The first and second phases of the EAAP have run from 1992 to 1995 and from 1996 to 1999. In view of the still continuing health burden resulting from alcohol use in the Region, the Action Plan is intended to continue for a third phase from 2000 to 2005. EAAP has provided a basis for the development and implementation of alcohol policies and programs in Member States.

The implementation of the Action Plan is one of the ways of achieving the alcohol aspect of Target 12 of Health 21. The 10 strategy areas of the European Charter on Alcohol still

provide the framework for the EEAP 2000-2005, which indicates what should be achieved (outcomes) and how that can be achieved (actions).

The objectives of EEAP for the period 2000-2005 were expressed as follows in the Draft Plan:

- To reduce the risk of alcohol-related problems
- To provide greater awareness, education and support for alcohol control policies
- To reduce the breadth and depth of alcohol-related harm
- To provide accessible and effective treatment for those with hazardous alcohol consumption and those with alcohol dependence
- To provide greater protection for children and young people.

(Draft European Alcohol Action Plan 2000-2005,

WHO Regional Office for Europe, 1999)

Measures Directed at Individuals

Programs to prevent alcohol use at the workplace, actions and heavy sanctions aimed at preventing drinking and driving are particularly important measures for protecting individuals from alcohol-induced harm.

Brief interventions in PHC settings are effective in reducing alcohol consumption by over 25 %. These interventions are cost effective, just as in tobacco control programs and therefore should be an essential part of the preventive services of all health care units at the primary level.

The recommended measures for alcohol control are summarized below:

- Drink driving legislation
- Taxes on alcohol
- Increase in real price of alcohol
- Restrictions on hours and days of sale
- Age limits for buying
- Restrictions on advertisements
- Legislation on alcohol-free environments
- Regulation of sales outlets

Illicit Drug Use

There is a wide range of substances under the topic illicit drugs, which possess a high degree of potential harm for abusers. The number of heavy drug users in the European Region is estimated to be between 1.5 and 2 million people. About 40 % of all AIDS cases in the Region result from intravenous drug use.

Data on illicit drug consumption in Europe do not permit exact comparisons between countries ; so they have not been subject to standardization. These data are recorded in a number of different ways in various countries.

Use of illicit drugs leads to a heavy range of related harm, especially drug-related deaths, HIV and AIDS, hepatitis and drug-related crime. In addition, these substances increase the risk of poisoning, dependence, psychosis and suicide.

Actions for Illicit Drug Use

Illicit drug use is regarded as an issue of high priority in almost every country of the WHO European Region, recognizing the need for an intersectoral approach. Many countries have a written drug policy and all have provisions in their penal codes aimed against the production, import or trafficking in illicit drugs.

The evidence shows that societies which provide an extensive network of services for drug users are successful in reducing risky or direct health-damaging behavior and criminal activity of users. The control of illicit drug use requires intersectoral cooperation at all levels between the health, social, education, law enforcement and justice sectors. An integrated approach to reduce both supply and demand is mandatory.

International Conventions

Illicit drugs have been placed under the control of international conventions and the countries of the WHO European Region are parties to these conventions, with a few exceptions.

International conventions on drugs include:

- 1961 Single Convention on Narcotic Drugs (amended by 1972 Protocol)
- 1971 Convention on Psychotropic Substances
- 1988 United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances

Comprehensive Approach for the Control of Illicit Drug Use

- Interventions to prevent supply
- Law enforcement for regulating or prohibiting addictive substances
- Educational programs in community or school settings at all levels to reduce demand
- Appropriate treatment and care services for the addicts
- Harm reduction activities during the addiction period
- Primary prevention activities.

Primary Health Care and Addictive Substances

Target 15- An Integrated Health Sector

By the year 2010, people in the Region should have much better access to family- and community- oriented primary health care, supported by a flexible and responsive hospital system.

In particular;

- 15.1 at least 90 % of countries should have comprehensive primary health care services, ensuring continuity of care through efficient and cost-effective systems of referral to, and feedback from, secondary and tertiary hospital services;
- 15.2 at least 90 % of countries should have family health physicians and nurses working at the core of this integrated primary health care service, using multiprofessional teams from the health, social and other sectors and involving local communities;
- 15.3 at least 90 % of countries should have health services that ensure individuals' participation and recognizes and supports people as producers of health care.

Role and functions of PHC

Health promotion and disease prevention can most easily be integrated and provided within PHC. Health promotion advice on consumption of alcohol, cessation of smoking, drug use, as well as on other important lifestyle issues is only effective when persistent and consistent and if offered to families and communities at all levels. Individual advice can be given on an opportunistic basis to those who attend health service for whatever reason. The holistic approach demands an interest in the overall wellbeing of the individual, whatever the problem that brings one to the health service.

PHC Interventions

Thus, PHC settings are the most efficient and extensive services for the primary prevention of and interventions for smoking , alcohol and drug control. Health professionals in general practice should be educated properly to be an integral part of all comprehensive control policies and programs regarding tobacco, alcohol and drugs. The evidence shows that interventions at the PHC level are highly successful for a significant proportion of the population with these habits, as well as preventing the young population from picking up the behavior resulting in dependence.

(A variety of WHO publications has been used
as the main sources in the preparation of this text.)

*(Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, Konferans,
İstanbul, 8-12 Ekim 2000)*

YENİ TÜTÜN YASASI VE ULUSLARARASI SERMAYENİN TEFEÇİ ZİHNİYETİ

Doç. Dr. Özen Aşut /TTB Yüksek Onur Kurulu Üyesi

Çeşitli sakıncalarının yanı sıra, TEKEL'in özelleştirilmesinin de yolunu açan yeni Tütün Yasası, üreticilerin, TEKEL çalışanlarının ve sağlıkçıların tüm uyarılarına karşın, 20 Haziran 2001 tarihinde TBMM Genel Kurulu'ndan geçti. TBMM böylece, yasama yetkisini halkın çıkarları doğrultusunda değil, IMF isteklerine uygun biçimde kullanmış oldu.

Oysa, eski TEKEL Genel Müdürü ve Tütün Platformu Başkanı Orhan Özet, yurtsever bir bürokrat olarak, çokuluslu sigara firmalarının çıkarlarını korumak için Meclis'e getirilen Tütün Yasa Tasarı'sına karşı son nefesine değin savaştı. Ölüm döşğinde bile, ulusal çıkarlarımızla bağdaşmayan bu yasayı engellemeye çalıştı. Başaramayınca da, duyarlı yüreği bu ihanete daha fazla dayanamadı ve yasanın çıkmasından birkaç gün önce ölüme yenik düşerek aramızdan ayrıldı.

Meclis görüşmeleri sırasında, muhalefet sözcülerinin yanı sıra, iktidar partilerine mensup kimi üyeler de söz alarak, tasarıyı sert bir biçimde eleştirdiler. Hattâ, ülkemizde özelleştirme şampiyonu olarak tanınan Özelleştirmeden Sorumlu Devlet Bakanı Yüksel Yalova bile, kredi için Türkiye'ye yeşil ışık yakacak uluslararası finans kuruluşlarının bitmez tükenmez istekleri karşısında tepki göstermek ve koltuğunu bırakmak zorunda kaldı. Ancak, ek niyet mektuplarıyla daha önce IMF'ye söz veren parti önderlerinin teslimiyetçi tutumu değişmediği için, yasa tasarısı, konunun ciddiyetinden habersiz milletvekillerinin oylarıyla kabul edildi. Bu satırların yazıldığı sırada (4 Temmuz 2001) Tütün Yasası, Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in masasında onaylanmayı bekliyordu. IMF'nin dayattığı 15 yasa arasında yer aldığı için, Cumhurbaşkanı'nın bu konuda veto hakkını kullanması zayıf bir olasılık olarak görülüyor. Değerli bir hukukçu olan Sayın Sezer, üzülerek belirtmek isteriz ki, bundan önce de Şeker Yasası, Tahkim Yasası gibi önemli düzenlemeler konusunda oluşan yoğun beklentileri boşa çıkarmış ve IMF'nin istediği tüm yasaları imzalamıştı.

Eğer Cumhurbaşkanı'nca onaylanarak yürürlüğe girerse, bu yasa, TBMM'nin 81 yıllık tarihine bir ibret belgesi olarak geçecektir. Bilindiği üzere, 1883 yılında Osmanlı'nın borçlarına karşılık, "Reji" adı altında Avrupalı kapitalistlere verilen tütün imtiyazı yüzünden ülkemizin kaynakları acımasızca sömürülmüş, bu arada tütün üreticilerine kan kusturulmuştu. Cumhuriyet'in ilanından sonra 1925'te kurtulduğumuz bu emperyalist Reji düzeni, yıllar sonra, bugünkü küresel kapitalizm koşullarında, çokuluslu sigara tekelleri olarak yeniden karşımıza çıkmış bulunuyor. Bu şirketlerin temsilcileri, IMF ve Dünya Bankası'nı "Truva atı" gibi kullanarak ulusal sigara pazarımızı ele geçirmek istiyorlar.

Bu sonuca bakıldığında, TBMM'nin Anayasa ile kendisine verilen yasama yetkisini IMF istekleri doğrultusunda kullandığını söylemek, abartılı bir niteleme sayılmamalıdır. Çünkü Türkiye bu yasayla, en büyük gelir kaynağına sahip sektörlerinden birini daha yabancılara kaptırmış olmaktadır. Bir başka deyişle Türkiye devleti, adeta gönüllü çıkardığı bir yasayla, tütün sektöründen geçimini sağlayan yaklaşık dört milyon kişiyi, işsizliğe, yoksulluğa, hatta açlığa terk etmiştir.

Tütün Yasası'nın temel amacı, IMF direktifleri doğrultusunda tütün sektöründe devlet müdahaleciliğini tümüyle ortadan kaldırmaktır. Bu yasayla TEKEL'in özelleştirilmesi hız kazanacaktır. Sigara dışalımına ve şirketlerin fiyat belirlenmesine serbestlik tanınmaktadır. Ayrıca tütün üreticilerini tümüyle serbest piyasa koşullarının insafına bırakan düzenlemeler, yeni yasada sistematik biçimde yer almaktadır. Uzmanların belirttiğine göre, TBMM'de kabul edilen yasa ile, Türk tütüncüsü için artık "sözleşmeli kölelik" dönemi başlayacaktır. Yabancı tekellerin eline düşecek üreticiler, ekonomik bağımsızlıklarını en kısa sürede yitirecek, hatta topraklarını terk ederek, altyapısı ve istihdam olanakları yetersiz büyük kentlere yığılacaklardır.

Tütün Platformu'nun Çabaları

Bundan altı yıl önce, 5 Mart 1996 tarihinde kurulan Tütün Platformu, dış baskılara karşı Türk tütüncülüğünün korunması ve sektörün tüm taraflarını mutlu edecek yasal düzenlemenin yapılması için çok uğraş verdi. Tütün Platformu'nun yanı sıra, Sigara ve Ulusal Sağlık Komitesi içinde yer alan Tek Gıda-İş Sendikası, Türkiye Ziraat Mühendisleri Odası, Tütün Eksperleri Derneği, Toraks Derneği ve Türk Tabipleri Birliği de, IMF mahfillerinde hazırlanarak parlamentoya sunulan son Tütün Yasası'na karşı ellerinden geleni yaptılar. 14 Haziran 2001 tarihinde TTB öncülüğünde bir araya gelen kuruluşlar, TBMM önünde toplanarak Tütün Yasa Tasarısı'nı protesto ettiler. Ama, bütün bu çabalara karşın milletvekillerimiz, ülke ekonomisini ve halkın sağlığını böylesine yakından ilgilendiren bir konuda ne yazık ki gerekli duyarlılığı göstermediler.

Çeşitli uzmanlık kuruluşlarının ve Tütün Platformu'nun kamuoyuna açıklanan raporlarında, yeni yasanın sakıncaları ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir. Tütün Yasası'yla ilgili herkesin görüş birliği içinde olduğu olumsuzlukları şöyle özetleyebiliriz:

- Bu yasayla, sigara ve içki sektörünün geleceğine ilişkin kararlar tümüyle yabancı tekellerin denetimi altına girecektir.
- Devlet tekelinin yerini yabancı tekeller alacak, devlet tekelinin ülkeye sağladığı trilyonlarca liralık kâr, bundan böyle yabancı şirketlerin kasasına akacaktır..
- Türk tüketicisinin sağlığı, kendi ülkelerinde yalan söyledikleri için mahkûm olan çokuluslu sigara tekellerinin acımasız satış kampanyalarına kurban edilecektir.
- Türkiye en yakın bir gelecekte, çokuluslu yabancı sigara ve içki tekellerinin mutlak egemenliği altında, sınırsız kâr arayışlarıyla ve denetimden çıkmış reklam kampanyalarıyla sigara ve içki bağımlısı, sağlıksız bir topluma dönüşecek; sağlık harcamalarına katrilyonlarca lira para harcamak zorunda kalacaktır.

Başta ABD olmak üzere, tüm gelişmiş ülkeler, sigara ve içki tüketimini azaltabilmek için etkili programlar uygulamaktadır. Ama aynı ülkelerin güdümündeki IMF, Türkiye'de tüketimi artıracak bir yasayı tehditle çıkarmakta sakınca görmemiştir. Demek ki, çıkarları söz konusu olduğunda, Batılı ülkeler, insan sağlığını bile rahatlıkla hiçe sayabilmektedir.

TEKEL Yerine Reji Yönetimi

233 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname, TEKEL'in de içinde bulunduğu KİK'leri ayrı bir statüde ele almaktadır. Kararname, tekel niteliğinde mal ve hizmetleri kamu yararına üreten ve pazarlayan, sermayesinin tamamı devlete ait olan kuruluşları KİK statüsünde saymaktadır. Buna göre TEKEL bir KİK'tir. Oysa yeni yasa, TEKEL'i, 233 sayılı KHK hükümlerini ve amaçlarını ortadan kaldıran bir biçimde KİK statüsünden İktisadi Devlet Kuruluşu statüsüne sokmaktadır. Böylelikle 135 yılı aşkın bir geçmişi olan TEKEL, Özelleştirme İdaresi'nin denetiminde herhangi özel bir yasal çerçeveye gerek kalmadan hızla satılabilecektir.

TEKEL gibi, özellikle az gelişmiş yörelerdeki işletmeleri nedeniyle, bu bölgelere ekonomik canlılık taşıyan, ülke ekonomisine aktardığı fon ve kaynakların yanı sıra, kârı ile de katkıda bulunan ve sağlığa zararlı ürünlerin toplum katında sınırsız ve ölçsüz bir biçimde tüketilmesinin önünde duran bir devlet kuruluşunun, herhangi bir plan ve stratejiye dayanmadan özelleştirilmesinin, gerek ekonomik, gerek toplumsal ve gerekse halk sağlığı açısından Türkiye'nin çıkarlarıyla bağdaşmayacağı açıktır.

Yasa'nın öngördüğü Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu; Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, TOBB Başkanlığı ve Türkiye Ziraat Odaları Birliği ile TEKEL'in bağlı bulunduğu Bakanlığın önereceği ikişer aday arasından, Bakanlar Kurulu'nca seçilecek birer üyeden oluşacaktır. Kurul'a atanacak kişilerde, kamu ya da özel sektörde en az 10 yıl çalışmış olma koşulu aranmaktadır. Bu durumda, bakanlıklarca

gösterilecek adayların dahi özel sektör temsilcileri arasından seçilmesinde yasal bir engel bulunmamaktadır.

Bir yandan devletin piyasada denetleyici ve izleyici rolünü üstlenen TEKEL'in özelleştirme yoluyla tasfiyesi söz konusu iken, öte yandan sektörle ilgili her türlü kararı alma yetkisiyle donatılmış bir Kurul'un böylesi bir yapıyla düzenlenmesi, tütün ve alkol gibi tekelleşmenin söz konusu olduğu bir sektörün tümüyle yabancı tekellerin yönlendirmesine açık duruma gelmesine yol açar. Sektörde devlet tekelinin kalkmasıyla doğrudan yabancı tekelleşmenin oluşması kaçınılmazdır. Bu, kamu eliyle yürütülmesi gereken tüm yetkilerin -üstelik de TBMM denetimi olmaksızın- tümüyle yabancı sermayenin eline geçmesi sonucunu doğuracaktır.

Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu'nu tanımlayan yasanın 5. maddesinde, Düzenleme Kurulu üyeliğine Sağlık Bakanlığı'nın göstereceği bir adayın atanması önerilmekte, Yasa'nın 8.maddesi (d) bendinde Piyasa Düzenleme Kurulu'na, "*Tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikte her türlü zararlı etkileri önleyecek düzenlemeler yapmak, bunlarla ilgili kararlar almak*" yetkisi verilmektedir. Yedi adaydan biri olacak Sağlık Bakanlığı temsilcisinin, 1/7 oy gücü ile sağlığı savunabilmesi akılcı görülmemektedir. Piyasa Düzenleme Kurulu'nda yer alan üyelerin çoğunluğunun ticaret ve maliye uzmanı olması nedeniyle sağlık önlemleri her zaman ticarete yenik düşme tehlikesi taşıyacaktır. Önemli bir uzmanlık dalı olan sağlığa ilişkin önlem alma yetkisi, Piyasa Düzenleme Kurulu'na bırakılamaz.

Ülkemizde kurulu bulunan yabancı çokuluslu firmaların mevcut düzen içinde dahi reklam yasağına ilişkin Yasa için yürüttükleri faaliyetler göz önünde tutulursa, yapılanması içinde çok rahat yer alabileceği böyle bir Kurul'un faaliyetlerini istedikleri gibi yönlendirebilecekleri açıktır.

İncelendiğinde görüleceği gibi, Kurul, ülkede tütün sektörü ile ilgili olarak alınabilecek her türlü yaşamsal konuyu kapsadığı gibi, toplumsal sağlık konusunda alınacak önlemler ve hatta tütüncülüğümüzün geleceği ile yakından ilgili olan ürün çeşitlerinin belirlenmesine değin geniş kapsamlı bir yetkiler ağıyla donatılmakta; buna karşılık, Kurul'un denetimi konusu, kendi iç denetim organları ile, hesaplar açısından Sayıştay'a bırakılmaktadır. Dünyada gelir politikaları açısından son derece etkili bir araç olarak kullanılan tütün ve alkol sektörünün yabancı sermaye denetimine ve egemenliğine açık yapılanması son derece tehlikeli ve yanlıştır.

Tütün Yasa Tasarısı'nda Düzenleme Kurulu'na tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ve tıbbi nitelikte her türlü zararlı etkileri önleyici düzenlemeleri yapma yetkisi verilmektedir. Tütün Yasası'na konu olan mamuller, diğer ticari ürünlerden farklı nitelikte olup, sağlığa zararlı etkileri uzun yıllar önce kanıtlanmıştır. Sigara, üreticinin önerdiği gibi kullanıldığında, tüketicisinin yarısını öldüren ve bağımlılık yapıcı olduğu halde legal olarak satılan tek maddedir. Halen tüm dünyada yılda 4 milyon kişi sigara nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Sigara salgını bu hızla sürerse, ölenlerin sayısı 2020 yılında 10 milyona yükselecektir. Bu 10 milyon kişinin 7 milyonu ise gelişmekte olan ülkelere olacaktır. 1960'ların sonunda gelişmiş Batı ülkelerinde sigara içenlerin sayısında gözlenen ciddi azalmadan sonra, uluslararası tütün tekelleri geliştirmekte olan ülkelere yönelmiştir. Uyguladıkları yoğun reklamlar ve gelişkin pazarlama yöntemleri ile, geliştirmekte olan ülkelere özellikle gençlerde ve kadınlarda sigara içme alışkanlığının yaygınlaşmasına ve bu ülkelere sigara ile ilgili hastalıkların ve ölümlerin çığ gibi artmasına neden olmuşlardır. Çin bunun tipik bir örneğidir. Gelişmiş batı ülkelerinde (ABD, İngiltere vb.) yıllık sigara tüketimi her yıl % 15 azalırken, tüm dünyada yıllık sigara tüketiminin her yıl % 5 artması da bu durumu açık bir şekilde sergilemektedir. Sigaranın tıbbi etkilerine ait önlemleri alacak böyle bir Kurul'da, sigara üreticileri ve aynı firmanın yan sektör temsilcileri yer alamamalıdır. Türkiye'de tüm halk sağlığı çalışanlarının on yıla yakın savaşımlı sonucunda kazanılmış 26.11.1996 tarihli ve 4207 sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun", Avrupa'nın bu konudaki en iyi yasasıdır. Bu yasa ile sigara reklamları yasaklanmışken, yabancı sigara firmaları, iki kez değişik bakanlıklara başvurarak bu hükümlerin değiştirilmesini istemişler ve Ankara İdari Mahkemesi'ne dava açmışlardır. Konu, geçen yıl Anayasa Mahkemesi kararıyla yasa lehine sonuçlanmıştır.

Tasarı'nın 14. maddesinde yer alan ve tütün ekicisinin geleceğini yabancı firmaların ipoteğine sokan bir düzenleme de “yazılı sözleşme” esasının getirilmiş olmasıdır.

Tütün gibi on üç on dört ay sonra gelir getirebilen bir üründe sözleşme ile tümüyle serbest piyasa koşulları altında ve devletin güçlü ve etkin denetiminin olmadığı bir düzen içinde üretici ile alıcıyı başa bırakmak, üreticiyi yabancı firmaların kölesi yapmakla eşanlamlıdır. Zaten çoğunluğu küçük toprak sahibi olan üreticiler, kısa bir süre sonra ya tümenden yabancı firmanın her türlü koşuluna boyun eğerek duruma düşecek, ya da toprağını terk etmek zorunda kalacaktır. Yasa’da sözleşme esaslarının ne olacağı belirtilmediği gibi, ekiciyi koruyucu hiçbir düzenleme de yer almamaktadır. Üstelik gözlerden kaçan ya da hesaba katılmayan bir başka husus, Güneydoğu ve Doğu tütüncülüğüdür. Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgemizde 175 binden fazla aile, tütün tarımı ile geçinmektedir. Bu bölgedeki ekonomik ve toplumsal koşulların yetersizliği ve bu nedenle yaşanan sorunlar ortada iken, hiçbir alternatif proje üretmeden, plansız programsız bir biçimde serbest piyasa mantığı ile yazılı sözleşme esasına geçmek, bu yörede tütünle geçinen insanları kesinlikle açlığa terk etmek demektir. Yakın geçmişte yaşanan olaylar ve acılar düşünüldüğünde, 1 milyon 400 bin kişinin bir anda açlığa terk edilmesi, bu ülkenin geleceğine yapılabilecek en büyük kötülüktür.

Çokuluslu tekellerin, güçlü sermaye yapıları ile ulusal hükümetleri istedikleri gibi yönlendirmek, ulusal mevzuatı kendi çıkarlarına göre biçimlendirebilmek amacıyla gereğinde tehdit unsuru olarak kullanabilecekleri bu tür bir dışalım serbestisi, ileride ülke açısından çok ciddi sorunlar yaratabilecektir. Nitekim, dağılan Sovyetler Birliği ülkeleri bu tehdidi yaşamışlar ve tanıtım yasaklarına ilişkin yasalarını ertelemek zorunda bırakılmışlardır.

Tütün Yasası ve Sağlık Sakıncaları

Türkiye'nin, sigara şirketlerine denetimsiz dışalım izni vermesi, tüm anlayışların dışındadır. Herhangi bir sigara firmasının fiyatını kendi belirlemesi ise dünyada pek uygulanan bir yöntem değildir. Sigara vergileri, hükümetlerin en çok gelir sağladığı kaynaklardır. Sigara fiyatlarının %10 artırılmasının tüketicimi % 5 azalttığı, ekonomistlerce de kabul edilmiştir. Bu sonuç, Dünya Bankası'nın “*Curbing The Epidemic*” raporunda da yer almıştır. Hükümetler sigara fiyatlarını artırarak hem para kazanırlar, hem halklarını sigaranın zararlı etkilerinden korurlar. Türkiye'nin bugün sigaraya bağlı yıllık sağlık harcaması 1 katrilyon Türk lirası olarak hesap edilmektedir. Ülkenin daha büyük bir sağlık harcaması için gücü kalmamıştır.

Ülkemizde her yıl 100 bin kişinin sigaraya bağlı hastalıklardan yaşamını erken yaşta yitirdiği biliniyor. Sigaraya bağlı ölümlerin yarısının, yaşamın ortalama 22 yılını eksilttiği saptanmıştır. Başka bir deyişle, sigara toplumun yatırım yaptığı kişileri verimli çağında öldürerek ülke ekonomisine zarar vermektedir.

Çokuluslu sigara şirketlerinin gelişmekte olan ülkeler üzerinde oynadıkları yayılcı politikalarının sonucu olarak ortaya çıkan bu durum, ekonomik açıdan büyük getirisi olan ulusal sektörün kazancının yurtdışına aktarılmasına neden olacağı gibi, toplumsal sağlık açısından çok ciddi sorunlar yaratarak, ülkeye büyük maddi yük olarak geri dönecektir. İşsizlik ve sağlıksız göçün yaratacağı toplumsal sorunlar, giderek siyasal istikrarı bile tehlikeye sokacaktır.

(Hekimden Hekime, Ankara Tabip Odası, Kış-İlkbahar 2002)

“Tütün Kontrolü’nde Hekimler Ağı” toplantısı Prag’da yapıldı

“SİGARA İÇMEK HASTALIKTIR”

Toplantıda, ülkelerin tütün kontrolü konusundaki deneyimleri paylaşıldı, sigara bırakmada ulusal rehberler oluşturulması ve sigarayı bıraktıracı ilaçların giderlerini ulusal sigorta sistemleri tarafından karşılanması önerildi.

Tıp Dünyası – ANKARA – İngiliz Tabipler Birliği’nin (British Medical Association/BMA) organizasyonunda, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu’nun (European Forum of Medical Associations/EFMA) katkısı ve Avrupa ülkeleri tabip birliklerinin katılımıyla düzenlenen “Tütün Kontrolü’nde Hekimler Ağı” (Doctors’ Network on Tobacco Control) toplantısı, 23-24 Eylül tarihlerinde Prag’da yapıldı. Toplantıya Türk Tabipleri Birliği adına, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) Başkanı Doç. Dr. Özen Aşut katıldı. Toplantıda, ülkelerin tütün kontrolü konusundaki deneyimleri paylaşılırken, sigara bırakmada ulusal rehberler oluşturulması ve sigarayı bıraktıracı ilaçların giderlerinin ulusal sigorta sistemleri tarafından karşılanması önerildi.

Toplantıya, İngiltere, Almanya, Letonya, Çek Cumhuriyeti, Slovakya, Türkiye, Romanya, Polonya ve Slovenya tabip birlikleri temsilcileri katıldı. Doç. Dr. Özen Aşut, toplantıyla ilgili olarak Tıp Dünyası’na bilgi verdi. Aşut’un aktardıklarına göre, toplantıda sigaranın sağlık üzerine etkileri ve sigaranın bırakılması konusunda ilaç tedavisi gibi kanıtlanmış örnekler konuşuldu, hekimlere ve sağlık personeline sigarayı bırakma konusunda öneriler aktarıldı.

“Sigara içmek hastalık”

Sigara içmenin bir yaşam biçimi olmadığı, bir hastalık, bir bağımlılık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği vurgulanırken, bunun için de replasman tedavisinin önemine dikkat çekildi. Bu süreçte hekimlere çok önemli görevler düştüğü vurgulandı ve hekimlerin sigara içen hastaya sadece “bırak” demesinin bile olumlu payı olduğunu gösteren örnekler aktarıldı. Hekimin “sigarayı bırak” önerisine bir de ilaç tedavisi eklenince, bırakma oranının daha da yükseldiğine ilişkin veriler paylaşıldı.

İngiltere izliyor

Ülke örnekleri aktarılırken, İngiltere’de bir süredir uygulanan bir izleme programı paylaşıldı. Buna göre, sigarayı bırakmak isteyen kişiler izleniyor. Ancak bu takibi yoğunlukları nedeniyle hekimler yapamıyor; onların yerine sigara bırakma konusunda kurs görmüş ve eğitim almış hemşireler bu izlemeyi yapıyorlar. Sigarayı bırakmak için başvuran ve hemşireler tarafından izlenen kişiler, bu hizmet için para vermiyorlar, kullandıkları nikotin bantları, nikotin spreyleri ve nikotin sakızları gibi ilaçlar da sigorta sistemi tarafından geri ödeniyor. İzlemenin başarılı sonuç verdiği kanıta dayalı olarak aktarılırken, hekim sadece “bırak” dediği zaman bile sigara içenlerin yüzde 1’inin; buna izleme eklendiği zaman ise yüzde 5-10’unun en az 1-2 ay süreyle sigara içmeyi bıraktıklarının kanıtlandığı bildirildi. Ülkelerin sağlık sistemlerinde izlemeye dayalı bir uygulamaya gerek olduğu önerisi toplantının sonuç bildirgesine de yansdı.

SSUK’nin çalışmaları aktarıldı

Toplantıya TTB’yi temsilen katılan Doç. Dr. Özen Aşut, sunumunda TTB’nin de içinde bulunduğu Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi’nin (SSUK) çalışmalarını anlattı. Toraks Derneği’nin öncülüğünde SSUK’nin sigara bırakma konusunda bir ulusal kılavuz oluşturuluyor olması çok önemsendi. Aşut, hekimler arasında sigara içme oranının öncelikli olarak düşürülmesi gerektiğinin çok önemli olduğunun altını çizdi. Hekimlerin eğer sigara

içiyorlarsa, hastalarına karşı çok inandırıcı olmadıklarını, bu alışkanlıkla ilgili yeterince çaba içinde olmadıklarını söyleyen Aşut, tabip birliklerinin hekimlere yönelik olarak sigarayı bıraktırma çalışması içinde olmaları gerektiğini belirtti.

- Dünyada, kadın nüfusunun yüzde 12'si, erkek nüfusunun yüzde 47'si sigara içiyor.
- 1998 yılı itibarıyla, dünyada sigara içen nüfus 1.2 milyardı.
- Sigaranın içinde 4 binin üzerinde madde var. Bunun en az 43'ü kanserojen.
- Sigara içenlerin yarısı, sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitiriyor.
- Sigarayı bırakmada akupunktur ve hipnozun plaseboda fazla bir etkisi yok.

(Tıp Dünyası, 1 Kasım 2005)

ÇOKULUSLU TÛTÛN TEKELLERİ VE SİGARA ALIŞKANLIĞINA BAĞLI HASTALIKLAR

(Multinational Tobacco Industry and Health Consequences of Smoking)

Günümüzde bir dünya salgını (pandemi) niteliği almış olan tütün alışkanlığı, halen tüm toplumu etkileyen en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sigaranın zararlarının anlaşılmaya başladığı 1950 yılından bu yana yapılan çalışmalar, 70 binin üstünde bilimsel araştırma ve yayın, sigaranın hiç kuşkuyla yer bırakmayacak biçimde zamansız ölüme ve sakatlığa yol açtığını ortaya koymuştur (WHO,1999a). Tütün kullanımı, insanın kendisinin neden olduğu epidemilerin en zararlısı olarak değerlendirilmekte ve bütün dünyada milyonlarca insanın yaşamını tehdit etmektedir (Napalkov, 1994).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve dünyanın önde gelen sağlık kuruluşları tütünü, insanlığı tehdit eden başlıca *önlenebilir* ölüm nedeni olarak tanımlamaktadırlar. Son verilere göre halen dünyada 1.3 milyar insan sigara içmekte, her yıl beş milyona yakın (4.9 milyon) insan tütünlü ilgili sorunlar nedeniyle ölmektedir (WHO, 2002). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 1950 ile 2000 yılları arasında 62 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Bu durum, 50 yıllık sigara ölümlerinin, İkinci Dünya Savaşı kayıplarının üzerinde olduğu çarpıcı gerçeğini ortaya koymaktadır. Uzun süreli tiryakilikte sigarayla ilişkili ölüm oranı 1960'larda 1:4 iken, 1990'larda bu oran 1:2' ye yükselmiştir. Başka bir deyişle, artık sigara tiryakisi her iki kişiden biri, sigarayla ilişkili nedenlerle ölmektedir (WHO, 1997; Lown, 1999).

Eğer halen geçerli sigara alışkanlığı eğilimleri değişmezse, 2020 yılında sigarayla ilişkili ölümlerin yüzde 70'i gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Sigaranın 2030'da, yarısı 35-69 yaşlarında olmak üzere, yılda dokuz milyon insanın ölümüne yol açacağı öngörülmektedir (WHO, 2002, Shafey et al., 2003).

Günümüzde tütünün değişik kullanım biçimleri (enfıye, nargile, puro, pipo, tütün çiğneme, sigara) olmakla birlikte, dünyada ve Türkiye'de en yaygın tüketim biçimi sigaradır. Bu nedenle yazımızda, dünyada ve ülkemizde en yaygın tütün kullanım biçimi olan sigara alışkanlığı terimi kullanılacaktır.

Tütünün Tarihçesi ve Tütün Tekelleri

Dumanın keyif verici olarak kullanılmasının öyküsü tarih öncesi dönemlere dayanmaktadır. Avrupalılar Amerika'yı keşfettiğinde, buradaki yerli halk tütünü yüzyıllardır keyif verici olarak kullanmaktaydı (Arı, 1991; Aşut, 1993). Tütün 16. yüzyılın başlarında Avrupa'ya götürülerek orada ekilmeye başladı ve 150 yılda tüm dünyaya yayıldı. 19. yüzyıl puronun, 20 yüzyıl ise sigaranın çağı oldu. Sigaranın yaygın tütün tüketimi biçimini almasında sigara üreten makinenin önemli payı oldu. Böylece, 1880'lerde başlayan makineleşmiş sigara üretimi, 1900'lerin ilk çeyreğinde sigara sanayisinin gelişmesini sağladı (WHO, 2003).

Daha 20. yüzyılın başlarında emperyalist ülkelerin sigara tekelleri, az gelişmiş ülkelerin pazarlarına egemen olmaya başladılar. Örneğin Çin 1900'de tümüyle yabancı tütün şirketlerince ele geçirilmişti. Ancak 1950'de devlet tekeli tütün işinin tüm kontrolünü üstlendi ve yabancı şirketler ülkeyi terk etmek zorunda kaldılar (WHO, 2003).

Sigara alışkanlığının yaygınlaşması ve giderek bugünkü pandemi düzeyine ulaşması 20. yüzyılın olgusudur. Sigara içenlerdeki en büyük artış, İkinci Dünya Savaşı yıllarında gerçekleşti. Çünkü o yıllarda sigara parasız ya da çok düşük ücretle dağıtılıyordu. Bu dönemde sigaraya başlayan insanlar, yoğun içicilerin birinci kuşağını oluşturdu. Bu kuşak 50-60 yaşlarına geldiğinde, akciğer kanseri ve kalp hastalıklarında patlama oldu (Aşut, 1993).

Anadolu'ya ilk kez 17.yüzyıl başında gelen tütün, yaygın bir kullanım alanı buldu. Bir dönem ölüm cezasına varan yaptırımlarla yasaklandı. Aynı yüzyılın sonlarında, ülkede tütün üretimine izin verildi. Yeterli üretim olduğundan, 1861'de tütün dışalımı durduruldu.

1883 yılında Osmanlı'nın borçlarına karşılık, "Reji" adı altında Avrupalı kapitalistlere verilen tütün imtiyazı yüzünden, ülkemizin kaynakları acımasızca sömürüldü; tütün üreticileri olağanüstü zor günler yaşadılar. Bu emperyalist Reji düzenine ancak Cumhuriyet'in ilanından sonra 1925'te son verilebildi (Aşut, 2002).

Türkiye'de sigara ticaretini kolaylaştırıcı ve geliştirici yasal düzenlemelere 1980'lerde hız verildi. Daha önce dışalımı yasak olan Amerikan sigaralarının TEKEL aracılığıyla dışalımı ve satışı 1984'te serbest bırakıldı. 27 Mayıs 1986'da tütün tekeli kaldırılan yasa onaylandı, daha sonra 2 Mayıs 1991 tarihli kararname ile yerli ve yabancı kişilere tütün ürünlerini üretme hakkı tanındı. Böylece Türkiye tütün pazarı yerli ve yabancı sermayeye açılmış oldu (Aşut, 1993). Bu sürecin son aşaması olan ve TBMM'de kabul edilmesine karşın, ülke çapındaki tepkileri dikkate alarak cumhurbaşkanınca veto edilen Tütün Yasası için, uluslararası güçler ve işbirlikçileri kadar, bu sürece karşı emek güçleri de çabalarını sürdürmektedir. TEKEL'in satışı da gündemdeki yerini korumaktadır.

Sigara ve Ekonomi

Tütün üretiminin ve sigara tüketiminin ekonomik boyutları çok geniş bir tartışma alanıdır. Yapılan tüm değerlendirmelerde, tütün ekonomisinin gerçekte ülkelerin ekonomilerine olumsuz etkileri olduğu sonucuna varılmaktadır. Tütün üreticisi ülkelerde bile bu durum değişmemektedir.

Sigara tüketiminin ekonomiye iki çeşit etkisi olduğu belirtilmektedir: 1. Bireysel maliyet, 2. Dış (toplumsal) maliyet. İkisinin toplamı sigaranın toplam maliyetini oluşturmaktadır. Maliyetleri ölçülebilirlik temelinde gruplandırmak da olanaklıdır. Ölçülebilir harcamalar arasında, sağlık hizmeti harcamaları, hastalık ve ölüm nedeniyle işgücü kayıpları, iş verimliliği azalması, yangın ve kazalar, çöp ve kirlilik, eğitim ve araştırma harcamaları sayılabilir. Ölçülemeyen maliyetler ise, tiryakilerin ve edilgin (pasif) içicilerin ağrı ve acıları; etkin ya da edilgin sigara içme sonucu yitirilen yaşamlardır (Collins & Lapsley, 2003).

Sigara sıklıkla ailelerin günlük harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bulgaristan'da 1995 yılında, en az bir tiryaki barındıran düşük gelirli evlerin, toplam gelirlerinin %10,4'ünü tütün ürünlerine harcadıkları saptanmıştır. Çin'de Minhang bölgesinde 2716 evde yapılan araştırmada ise bu oran %17 bulunmuştur (Gong et al, 1995).

Tütün Endüstrisi ve Sigara Alışkanlığı

Tütün endüstrisi, yıllardan beri sigaranın insan sağlığı üzerine etkilerini bilmekte, ancak bunu dünya kamuoyundan gizlemekte, sigarayla ilgili gerçekleri ortaya koyan büyük epidemiyolojik araştırmalar hakkında kuşku uyandırmaya çalışmaktadır. İlk kez 1994'te bu durum tüm çıplaklığıyla ortaya çıkmış ve tütün tekellerinin gizli yazışmalarından oluşan 40 milyon sayfa belge, ABD yargı kararları uyarınca, şirketlerin internet sitelerinde yer almıştır ((WHO, 2003). Bu belgelerde, sigara tekellerinin 1950'lerden başlayarak sigaranın ölümcül zararlarını bildikleri, ancak gerçekleri kamuoyundan gizledikleri açıkça görülmektedir. Bu belgelerde aynı zamanda, endüstrinin birçok ülkede sigara satışını artırmak amacıyla düzenlediği ve zaman zaman etik ve yasa dışı boyutlara varan etkinlikleri de tüm çıplaklığıyla gözler önüne serilmiştir (Philip Morris, 2000).

Günümüzde dünyanın en büyük uluslararası sigara tekeli Philip Morris'tir. Bu şirketin yıllık sigara satışı tutarı 1999 yılı için 47.1 milyar US \$ olup, Marlboro markalı sigarası en çok satılan ve tüketilen tütün ürünüdür. İkinci sırada yer alan sigara tekeli British American Tobacco (BAT), dünyanın en büyük ağına sahiptir. Dünyanın başta gelen ilk beş sigara şirketinin pazar payları Tablo 1'de görülmektedir (WHO, 2003).

Tablo 1.

Uluslararası Tütün Tekellerinin Dünya Pazarındaki Payları (1999)

Şirket	Yüzde	Yıllık Satış (US \$)
Philip Morris	16.4	47.1 milyar
BAT (British American Tobacco)	15.4	31.1 milyar
JTI (Japan Tobacco International)	7.2	21.6 milyar
Reersta	2.6	6.1 milyar
Altadis	1.9	2.3 milyar

Devlet tekelleri 1980'lerden beri tüm dünya ülkelerinde iniştedir. 1980'lerde yedi bin devlet kuruluşu özelleştirilmiştir. Sovyetler Birliği'nin dağılmasını izleyen 1990'lı yıllarda özelleştirilen devlet kuruluşu sayısı 60 bini bulmuştur. IMF, 1990'ların son yıllarından bu yana, devlet tekellerinin özelleştirilmediği Kore Cumhuriyeti, Moldova, Türkiye'ye özelleştirme için baskı yapmaktadır. Bu baskının sonucunda Türkiye'de TEKEL'in satışı gündeme alınmış, ancak henüz başarılamamıştır. Tüm özelleştirme girişimlerine karşın, halen üretimde olan devlet tekelleri, dünya sigara tüketiminin yüzde 40'ını karşılamaktadır.

Uluslararası sigara tekelleri, 1990'ların başlarından beri gelişmekte olan ülkeler ve Doğu Avrupa ülkelerinde üretim kapasitelerini yoğun olarak artırdı. Sigara üreticisi büyük şirketler, gelişmiş kapitalist ülkelerde sigara tüketimindeki düşme eğilimi nedeniyle, kârlarının azalma riskine karşı yeni pazar arayışlarına girdiler. Daha önceleri hastalık ve ölümü ihraç ederken, artık bunları yerel olarak üretmeye başladılar.

Sigara Reklamları

Sigara üretiminin doğrudan yerel koşullara taşınmasıyla birlikte, acımasız reklam kampanyalarına da hız verildi. Halen tütün endüstrisi yılda 10 milyar dolarlık reklam

yapmakta olup, satılan her paketin ederinin yüzde 46'sı reklama harcanmaktadır (WHO, 2003). Gelişmiş ülkelerde sigara reklamlarına getirilmiş olan değişik düzeylerdeki kısıtlamalara karşılık, gelişmekte olan ülkelerde televizyon ve radyoyu da kapsayan her çeşit reklam olağandır. Çokuluslu tütün endüstrisi, başta Afrika olmak üzere düşük gelirli bu ülkelerde insanlık ve etik dışı vahşi reklam kampanyaları düzenlemekten çekinmemektedir. Her tür doğrudan ve dolaylı reklamdaki yararlanılmaktadır (spor, sanat, pop müzik, çeşitli konserler, moda, serüven gezileri, sokak etkinlikleri, yarışmalar, sinema, internet). Sinema filmlerinde sigara içilmesi, başka ürünlere sigara adları koyma gibi gizli reklamlar da kullanılan yöntemler arasındadır. Böylece özellikle çocuk ve gençlerin, henüz bilinçli olarak kendi kararlarını verebilecekleri olgunluğa erişmeden, bu öldürücü alışkanlığın pençesine düşmeleri sağlanmaktadır. Bu kampanyaların sonucunda, "Marlboro kovboyu" 20. yüzyılın en önde gelen reklam simgesi (ikonu) oldu. Ancak, rolüne uygun olarak kendisi de sigara tiryakisi olan aktör, beklenen kötü sonuçtan kurtulamadı, akciğer kanserinden öldü (Shafey et al, 2003; WHO, 2003).

Sigara endüstrisi, uluslararası sermayenin ve emperyalizmin en acımasız yüzünü yansıtmaktadır. Çünkü sigara herhangi bir ürün değil, bağımlılık yapan öldürücü bir maddedir. Bilinen zehir ve uyuşturucu maddelerden farkı, yalnızca ölüm sürecinin daha yavaş ilerlemesidir. Uluslararası ticaret hukuku uyarınca serbestçe reklamı ve ticareti yapılan ürün, böylesi öldürücü etkileri olan bir maldır. Bunun serbest piyasa ve ticaret özgürlüğü kurallarının gereği olduğu savı, "öldürme" özgürlüğü ile eşanlamlı olsa gerektir.

Sigara Karşıtı Önlemlerin Sonuçları

Her çeşit reklama ve sponsorluğa çoklu kısıtlamalar getirildiğinde, sigara tüketimi anlamlı ölçüde azalmaktadır. Bu bulgular, reklamların tütün pazarının büyüklüğünü artırmada gerçekten de etkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Vergilendirme ise, sigara tüketimini azaltmada en etkili ve kesinlikle maliyet/yararı en yüksek yöntemdir (Collins & Lapsley, 2003).

Kamu alanlarında sigara içmenin kısıtlanması sigarayla bırakma girişimlerini artırır. Bu kısıtlamaların, hem sigara içme prevalansını (sıklığını), hem de ortalama tütün tüketimini azalttığı konusunda yeterli veri bulunmaktadır. Bu önlemler aynı zamanda sigara içmeyenlerin çevresel sigara dumanından etkilenmelerini de azaltır. Eğer etkili biçimde yaptırım uygulanırsa, gençlere sigara satış yasağı da sigara içme sıklığını düşürmektedir. Özellikle son 20-30 yılda, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği gibi tüm önlemlerin bir arada kullanıldığı kapsamlı sigara karşıtı kampanyalar etkili olmuş, bu anlamda özellikle Avrupa ve Amerika'nın gelişmiş ülkelerinde önemli başarılar elde edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ilk uluslararası anlaşması olan "Tütün Kontrolü İçin Çerçeve Anlaşması" Mayıs 2003'te 192 üye ülkenin katılımıyla kabul edildi. Bu ülkelerin, her çeşit sigara reklamını, promosyonunu ve sponsorluğunu beş yıl içinde yasaklamaları gerekiyor. Ayrıca sigara paketleri üzerine, paketi en az %30 (tercihen %50 ya da üstünde) kaplayan uyarıcı yazılar konması zorunluluğu ve "light", "mild" gibi yanıltıcı tütün tanımlamalarına yasak getirilmekte; kamu alanlarında sigara içmeyenlerin korunması istenmektedir (WHO, 2003).

Halen -2007 yılı sonlarına doğru- Dünya Sağlık Örgütü'nün Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması'nı 168 ülke imzalamış, 142 ülke onaylamış (yasalaştırmış)tır (WHO, 2007). Bu ülkeler arasında, en fazla nüfusa sahip olan Çin ve Hindistan da bulunmaktadır. Söz konusu

nüfus, 6,3 milyar olan dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturmaktadır. İmza veren ülkeler tüm anakaralardan, en gelişmişten en yoksula uzanan bir yelpaze oluşturmaktadırlar. Sigara reklamının her yerde yasa dışı olacağı bir sürece doğru yol alınmaktadır (GrandPrix, 2003). ABD'deki büyük sigara karşıtlığı ve yaptırımlara karşın, bu ülkenin uluslararası anlaşmaya imza koymakta gecikmesi, dikkat çekici bir çelişkiyi gözler önüne sermektedir.

Endüstrinin Karşı Atağı

Temmuz 2000'de bağımsız bir uzmanlar komitesi, tütün endüstrisinin, Dünya Sağlık Örgütü'nün tütün kontrolü çabalarını etkisizleştirmek amacıyla yaptığı çalışmalarını aktaran bir rapor yayımladı (Committee of Experts, 2000). Bu rapordaki bilgiler, Amerika Birleşik Devletleri yargı kararları uyarınca kamuoyuna açılan binlerce endüstri belgesine dayanıyordu (Philip Morris, 2000) ve tütün şirketlerinin, WHO tütün kontrolü hedeflerini kasıtlı olarak saptırmaya yönelik bir çaba içinde olduklarını ortaya koyuyordu. Endüstri bu amaçla kendi oluşturduğu grupların yanı sıra, meşru olarak kurulmuş ve çalışmakta olan bilimsel grupları da kullanarak, WHO karar mekanizmalarını etkilemeye ve tütünün sağlığa etkileri çerçevesindeki bilimsel tartışmayı manipüle etmeye çalışmıştı. Böyle grupların kontrol altına alınması, endüstrinin, "sigara denetiminin WHO gündeminde öncelik almasını önleme" stratejisi için yaşımsal önemdeydi.

Bağımsız uzmanlar komitesinin raporuna göre, tütün endüstrisi son 20-30 yılda WHO tütün kontrolü girişimlerini etkisizleştirmek için değişik yöntemler kullandı. Bunlardan birisi, endüstrinin görünüşte yansız bilimsel grupları finanse etmesi ve onların çalışmalarına karışmasıydı. Örnek olarak, 1983-1998 arasında Uluslararası Yaşam Bilimleri Enstitüsü'nün (ILSI), endüstri tarafından tütün kontrol politikalarını saptırmak için kullanıldığını anımsatmak yararlı olacaktır (Tobacco-Free Initiative, 2001):

FAO ve bir WHO kuruluşu olan IARC (Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kuruluşu) ile yakın ilişkisi olan ILSI, endüstri belgelerinde 1983'ten beri finansman alan kuruluşlar arasında yer almaktadır. Belgelerin değerlendirmesinde, Philip Morris ve RJ Reynolds şirketlerinin, edilgin (pasif) sigara içme konusundaki, özellikle IARC araştırmalarının sonuçlarını çarpıtmak amacıyla, WHO ile resmi ilişkileri olan bu hükümet dışı kuruluşla ilişki içinde olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, WHO bağlantılı bir NGO olan ILSI, tütün şirketlerinin tecimsel çıkarları doğrultusunda çaba göstermektedir.

Edilgin (pasif) içicilikle ilgili başka bir örnek, İngiltere ve ABD'nin üç büyük sigara üretici firmasının 1988 yılındaki girişimleridir. Bu firmalar, kapalı ortam atmosferi kirleticilerinin sağlık etkilerini araştırmak için "*The Center for Indoor Air Research*" (CIAR-Kapalı Ortam Atmosferini Araştırma Merkezi) adında bir merkez kurdular. Bu merkezde bir yandan prestiji yüksek bilimsel araştırmalar için kaynak ayrılırken, diğer yandan yöneticilerin uygun bulunduğu ve para aktarımında doğrudan inisiyatif kullandıkları "özel araştırmalar" desteklendi. Bu araştırmalar genellikle pasif içicilik konusundaydı ve sigara şirketlerinin, "pasif içiciliğin zararlı olmadığı" savlarını desteklemek için kullanılıyordu (Barnes& Bero, 1996).

Yakın zamanda *British Medical Journal*'da (İngiliz Tabipler Birliği yayını) yayımlanan ve çevresel sigara dumanına maruz kalmanın sonuçları konusunda kuşku uyandıran araştırma da işte bu kapsamda değerlendirilmiş ve finanse edilmiştir. Makalenin yazarı Dr. Enstrom "son yıllarda, sigara ile ilgili epidemiyolojik araştırmalar için sigara şirketlerinden para aldığını, çünkü diğer kaynaklardan bu boyutta bir finansmanı sağlamanın kendisi için olanaklı

olmadığını” makalesinin sonuna eklemiştir (Enstrom& Kabat, 2003). Dr. Enstrom aynı zamanda edilgin içicilik sonucu oluşan zararlar nedeniyle sigara şirketleri aleyhine açılan davalarda, sigara şirketlerini temsil eden bir hukuk bürosuna (Wamble Carlyle Sandridge & Rice) yıllardır danışmanlık yapıp raporlar düzenlemektedir (Bakırcı, 2003).

Sigara Tekelleri ve Türkiye

1883 yılında Osmanlı'nın borçlarına karşılık, “Reji” adı altında Avrupa ülkelerine verilen tütün imtiyazı, ancak 1925'te kaldırılabilmişti. Emperyalist Reji düzeni, yıllar sonra bugünkü “küresel kapitalizm” koşullarında çokuluslu sigara tekelleri olarak yeniden ortaya çıktı. Bu şirketlerin temsilcileri, bugün IMF ve Dünya Bankası aracılığıyla ulusal sigara pazarını tümüyle ele geçirmeye çalışıyorlar.

IMF'nin istemi uyarınca hazırlanan Tütün Yasası, tütün sektörünü tümüyle yabancı sigara tekelleri ve onların yerli işbirlikçilerine terk etme amacına hizmet için kurgulanmıştı. Tütün Yasası'nın temel amacı, IMF direktifleri doğrultusunda tütün sektöründe devlet müdahaleciliğini ortadan kaldırmaktır.

TBMM'nin kabul ettiği, ancak Cumhurbaşkanı'nca veto edildiği için yürürlüğe giremeyen bu yasa ile Türkiye, en büyük gelir kaynağına sahip sektörlerinden birini daha yabancılara bırakacaktı. Türkiye devleti, gönüllü çıkardığı bir yasayla, tütün sektöründen geçimini sağlayan yaklaşık dört milyon kişiyi, işsizliğe, yoksulluğa, hattâ açlığa terk etmiş olacaktı. Bu yasayla TEKEL'in özelleştirilmesi hız kazanacak, sigara dışalımına ve şirketlerin fiyat belirlemesine serbestlik tanınacaktı.

Halen gündemde olan ve her an yeniden TBMM'ye getirilebilecek olan bu yasa ile ilgili çeşitli değerlendirmeler yapılmıştır. Alanın uzmanlık kuruluşlarının ve “Tütün Platformu”nun kamuoyuna açıklanan raporlarında, yeni yasanın sakıncaları ayrıntılı biçimde dile getirilmiştir. Tütün Yasası'yla ilgili olarak herkesin görüş birliği içinde olduğu olumsuzluklar şöyle özetlenebilir (Aşut, 2002):

- Bu yasayla, sigara ve içki sektörünün geleceğine ilişkin kararlar tümüyle yabancı tekellerin denetimi altına girecektir.
- Devlet tekelinin yerini yabancı tekeller alacak, devlet tekelinin ülkeye sağladığı trilyonlarca liralık kâr, bundan böyle yabancı şirketlerin kasasına akacaktır.
- Türkiye’de çokuluslu yabancı sigara ve içki tekellerinin egemenliği altında sigara ve içki bağımlılığı ve ilişkili hastalıklar çoğalacak, sağlık harcamalarında bu nedenle büyük artışlar olacaktır.

Dünya deneyimleri, tütünde devlet tekelinin ortadan kalkmasıyla sigara tüketiminin ivme kazandığını ve ülke ekonomilerinin büyük kayıplara uğradığını ortaya koymaktadır. Kasım 2003'te TEKEL'in sigara işletmesinin satışıyla ilgili girişimlerde bulunan Hükümet, ihalede beklenen sonucu alamayınca, satışı şimdilik geri çekmiştir. TEKEL'i ucuza kapatmak isteyen uluslararası tekel JTI, umduğunu bulamamıştır. Ülkemizde gündemde olan TEKEL'in özelleştirilmesi çabaları ve Tütün Yasa tasarısı, hem ulusal çıkarlar açısından, hem sigara alışkanlığının denetimi yönünden son derece olumsuz sonuçlar getirecek girişimlerdir. Daha önce başka ülkelerde yaşanmış olan deneyimler, devlet tekelinin ortadan kalkmasıyla uğranan kayıpları açıkça ortaya koymaktadır.

Ülkemizde 1996 yılında kabul edilen 4207 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun”, dolaylı ve dolaysız tüm sigara reklam ve promosyonunu yasaklayarak, sigaraya karşı yaptırımların çok kapsamlı olduğu kimi ülkelerde bile tam olarak başarılammış bir yasal aşamaya ulaşılmasını sağlamıştır. Yasanın getirdiği yaptırımlar, özellikle gençlerin sigaraya başlaması ve edilgin (pasif) içiciliğin önlenmesine yönelik uluslararası ölçütlere uygun önlemlerdir.

Bu nedenle, bu yasanın savunulması, korunması ve Formula 1 vb. bahanelerle delinmesi girişimlerine geçit verilmemesi yaşamsal önemdedir.

Sigara Alışkanlığı Epidemiyolojisi ve Sigaraya Bağlı Hastalıklar

Sigara alışkanlığı pek çok hastalığa ve sağlık sorununa yol açan en yaygın bağımlılıktır. Bu bağımlılık, tıpkı öbür madde bağımlılıkları gibi tedavi edilmesi gereken, ancak sonuçlarının daha geç ve sinsi olması nedeniyle toplumca riskleri yeterince kavranamayan önemli bir toplumsal sorundur. Sigaranın çeşitli hastalıklara yol açtığına ilişkin ilk veriler 1950’li yıllarda elde edilmeye başlamıştır. Gözlemlerinin ışığında araştırmalara başlayan Doll ve Hill’in öyküsü bu konuda önemli bir deneyimdir.

İngiltere’de Richard Doll ve A. Bradford Hill’in 1950-1990 yılları arasında yürüttüğü 40 bin erkek hekim üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları, İngiliz hekimlerinin sigara alışkanlığına ilişkin davranışlarında belirleyici rol oynamıştır. Araştırma kapsamındaki hekimlerin birçoğu halen yaşamaktadır ve British Medical Journal’da ilk raporu okuduklarında sonuçların kendilerinde yarattığı derin etkiyi anımsamaktadırlar (BMA, 1998). Bu çalışmanın son raporu, gene British Medical Journal’da 1994 yılında yayımlanmıştır. Böylece İngiltere’de hekimler, yalnızca sigaranın yarattığı tehlikeler konusunu araştıran öncü meslek grubu olmakla kalmamış; aynı zamanda büyük bir prospektif (ileriye dönük) araştırmanın öznelereğini oluşturmuş ve sigara alışkanlığından belirgin ölçüde vazgeçerek toplumu da etkilemişlerdir (Simpson, 2000).

Sonuçta, İngiltere’de önce hekimler, sonra diğer sosyoekonomik gruplar sigarayı bırakmaya başlamışlardır. Başka bir deyişle, hekimlerin sigara alışkanlığına ilişkin tutum ve davranışlarının, 40 yıl süren bu prospektif çalışma sürecinde hızla değişmesi, İngiliz toplumunu doğrudan etkilemiştir

Epidemiyoloji

1990’ların başında, dünyada erkeklerin %47’si, kadınların %12’si sigara tiryakisiydi. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde erkekler için %48, kadınlarda %7 tahmin edilirken, gelişmiş ülke verileri erkeklerin %42, kadınların %24 sigara içtiğini gösteriyordu (WHO, 1999b).

Dünya salgını giderek daha çok gelişmekte olan dünyayı etkilemektedir. Dünya tiryakilerinin çoğunluğu bu ülkelerde yaşamaktadır (%84 ya da bir milyar kişi). Düşük gelirli ülkelerdeki erkeklerin yarıya yakını günlük tiryakidir ve bu oran artmaktadır. Örneğin, Çin’de 1950’lerde %40 olan erkek sigara içme prevalansı, 1996’da %63’e yükselmiştir (Çin Koruyucu Hekimlik Akademisi, 1996).

Güvenilir verilerin elde edilebildiği WHO bölgelerinde erkeklerde sigara içme yaygınlığı Tablo 2’de gösterilmiştir (Shafey et al., 2003).

Tablo 2
WHO Bölgelerinde Erkeklerde Sigara Alışkanlığı

Bölge	Nüfus %
Afrika bölgesi	90 (Senegal) 67 (Kenya)
Doğu Akdeniz bölgesi	50
Avrupa bölgesi	38
Güney Doğu Asya	30-40 (yaklaşık)
Batı Pasifik bölgesi	60

Tütün ürünlerinin tüketimine atfedilebilen ölümler bugün Avrupa’da 1,2 milyonu aşmış, tüm ölümlerin %14’üne ulaşmıştır (WHO, 2002). Avrupa’nın 25 ülkesinden elde edilen verilere göre, bugün Avrupa’da erkeklerde ortalama sigara içme yaygınlığı batı Avrupa için %34, doğu Avrupa ülkeleri için %47’dir. Bu değerler kadınlarda sırasıyla %25 ve %20’dir. Uzun yıllardır düzenli sigara tiryakiliği olan ülkelerde kanser ölümleri yükselmektedir. Özellikle akciğer kanseri verileri büyük ölçüde sigara alışkanlığının sonuçlarını yansıtmaktadır. Akciğer kanseri standardize ölüm hızı Avrupa bölgesi için erkeklerde yüz binde 73, kadınlarda yüz binde 13’tür. Son 20-30 yıldır kadınlarda sigara içme hızlarının artması sonucu, kadınlardaki akciğer kanseri ölümleri de yükselmektedir.

Türkiye genelinde sigara içme sıklığını gösteren ilk çalışma 1988 yılında yapılmış ve 15 yaş ve üstü nüfusta erkeklerin %62,8, kadınların %24,3, toplam nüfusun %43,6 sigara içtiği ortaya konmuştur (Bilir ve ark, 1997). Bundan sonraki ülkeyi temsil eden nitelikteki veriler, diyabet ve risk etmenlerine ilişkin 1997-1998 yılı çalışmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, 20 yaş ve üstü nüfusta sigara içme sıklığı erkeklerde %50,9, kadınlarda %10,9’dur (Satman et al, 2002). Türkiye’nin değişik bölgelerinde ve özel gruplarda yapılan yerel çalışmalar bu sonuçları doğrular niteliktedir. Başka bir deyişle, erkeklerin yarıya yakını sigara içmekte, kadınlarda düşük olan tiryakilik sıklığı, eğitimli gruplarda yükselmektedir. Ülke genelini temsil eden 1997-1998 araştırmasının sonuçları, sigara alışkanlığının düşüş eğilimine girdiğini düşündürmektedir.

Hekimlerle ilgili araştırmalarda, son yıllarda, erkek hekimlerde sigara alışkanlığında düşüş eğilimi belirlenirken, kadın hekimlerin değerlerinde değişiklik olmadığı görülmektedir. Erkek hekimlerin yüzde 50’nin üstünde olan tiryakilik oranları, son yıllarda yüzde 40’lı değerlere inmiştir (Bilir, 1997; Aşut, 1999). Kadın hekimlerin sigara içme sıklığı yerel araştırmalarda yaklaşık üçte bir olarak saptanmaktadır.

Sigaraya Bağlı Hastalıklar

Sigaranın en son bilgilere göre, 50’nin üzerinde hastalıkla ilişkisi vardır. Sigara tek başına, bilinen herhangi bir hastalıktan daha fazla sakatlık ve ölüm nedenidir (Dyer, 2002). Sessiz öldürücü olarak nitelendirilen sigara, gelişmiş kapitalist ülkelerde erken ölümlerin en önemli nedeni olup, tüm ölümlerin erkeklerde %24, kadınlarda %7’sinden sorumludur. Sigara, örneğin İngiltere’de yılda 120 bin, Türkiye’de ise 100 bin ölüme yol açmaktadır. Sigara

alışkanlığı olmasaydı, İngiltere’de kanser ölümlerinin üçte biri, diğer nedenlere bağlı ölümlerin altıda biri önlenilecekti (Simpson, 2000).

Sigaranın güçlü bağımlılık yapma özelliği nikotinle ilgilidir. İçerdiği nikotin sonucu sigaranın dünyadaki en yaygın ilaç bağımlılığı olduğu belirtilmektedir. Sigarayı bir kez deneyen her dört kişiden üçünün sigara tiryakisi olması, bağımlılığın derecesini göstermekte, sigara alışkanlığının yaygınlığını açıklamaktadır.

Sigaranın kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit ve amfizem, akciğer, gırtlak (larinks), yemek borusu (özofagus) kanserleri ile ilişkisi uzun süreden beri bilinmektedir. Örneğin, akciğer kanseri ölümlerinin %90’ından sigaranın sorumlu olduğu, büyük ileriye dönük araştırmalar sonucu kanıtlanmıştır.

Sigara dumanında bulunan çok sayıda kanser yapıcı madde, düzenli ve uzun süre bu dumana maruz kalanlarda çeşitli kanserlere yol açmaktadır. Bu kanserlere her geçen gün yenileri eklenmektedir. Sigara, önlenilebilir kanserlerin başta gelen nedenidir. Gelişmiş ülkelerde kanser ölümlerinin %40-45’i sigaraya bağlıdır (Aşut, 1993; Bilir ve ark, 1997; WHO, 1997; Scientific Committee, 1998; Simpson, 2000).

Başlıca neden olduğu kanserler arasında akciğer, ağız, larinks, farinks, özofagus bulunmaktadır. Daha önce katkıda bulunduğu (mesane, böbrek, pankreas) ya da ilişkili olduğu (mide ve serviks) bildirilen kanserlerle ilgili de yeni gelişmeler olmuştur.

Bir WHO kuruluşu olan IARC (International Agency for Research on Cancer-Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu), aktif ve pasif sigara içiciliği konusunda araştırmaları olan, 12 ülkeden 29 bilim insanını bir araya getirerek sigarayla ilgili epidemiyolojik birikimi güncelleştiren bir rapor hazırlamalarını sağlamıştır. Bu rapor, pasif içicilik-akciğer kanseri ilişkisi konusundaki tüm kuşkulara son vererek noktayı koymuş ve ikisi arasında kesin neden-sonuç ilişkisi bulunduğu açıklanmıştır (Dyer, 2002). Raporda, daha önce kesin olmayan mide, karaciğer, uterus serviksi, böbrek (renal hücreli karsinom) kanserleri ve miyeloid lösemi risklerini sigaranın artırdığı ve bu risk artışının %30-100 dolaylarında olduğu bildirilmiştir.

Sigara koroner kalp hastalığının ve periferik damar hastalıklarının da önemli bir risk etmenidir. Genel nüfusta 35-59 yaşlarında kalp damar hastalığından ölüm riski, sigara içenlerde içmeyenlere göre 3,5 kat daha fazladır. Çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ölümlerinin %20-25’inden sigara sorumludur. Bu ölümler sayısal olarak sigarayla ilişkili kanser ölümlerinden daha fazladır (Aşut, 1993; Bilir ve ark , 1997; WHO, 1997; Scientific Committee, 1998; Simpson, 2000).

Çevresel sigara dumanına maruz kalma akciğer kanseri nedenidir ve uzun süre etkilenenlerde riski %20-30 artırmaktadır. Çevresel duman aynı zamanda iskemik kalp hastalığı nedenidir. Halen yayımlanmış olan değerlendirme ve tahminler dikkate alınırca, bu hastalıkla ilişkisi nedeniyle, edilgin sigara içme önemli bir halk sağlığı tehlikesi oluşturmaktadır (Simpson, 2000).

Bebek ve çocukların bulunduğu ortamlarda sigara içilmesi, onlarda ciddi solunum hastalığına ve astım nöbetlerine neden olmaktadır. Postneonatal ölümün temel nedeni olan ani bebek ölümü sendromu ile çevresel sigara dumanına maruz kalma arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisi vardır (Anderson, 1997). Çocuklarda orta kulak hastalıkları, üst solunum yolu

enfeksiyonları ve pnömoni ile edilgin sigara içme arasında da benzer bir neden-sonuç ilişkisi belirlenmiştir. Annenin gebelikte sigara içmesi, konjenital (doğumsal) defekt riskini artırabilir. Sigara ayrıca, düşük doğum ağırlıklı bebek, perinatal ölüm ve düşük riskini artırmaktadır (Scientific Committee, 1998; WHO, 1999b).

Sigara alışkanlığı, özellikle eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük toplumsal gruplarda sağlıkta eşitsizliklerin önemli bileşenlerinden biridir.

Sigara Alışkanlığının Önlenmesi

Sağlıklı bir toplum yaratmanın başta gelen koşullarından birisi, sigara ve öteki madde bağımlılığı yapan alışkanlıkların önlenmesi, özellikle çocuk ve gençlerin bu konuda çok yönlü olarak eğitilmesi ve sağlam kuşaklar yetiştirilmesidir. Bu amaçla, tüm dünyadaki tıp çevreleri, halen sürmekte olan sigara içme eğilimlerinin tersine çevrilebilmesi için toplumun her alanında geçerli, kapsamlı sigara karşıtı önlem ve yaptırımlar önermektedir. Böylesi geniş kapsamlı girişimlerin yürürlükte olduğu gelişmiş kapitalist ülkelerde, sigara alışkanlığında önemli düşüşler sağlanmasına karşın sıfır noktasına ulaşamamaktadır; örneğin İngiltere’de halen genel toplumun sigara içme sıklığı %30’a yakındır (Scientific Committee, 1998). Çünkü sigara karşıtı tüm önlemlere karşın, bir yandan da dolaylı ya da dolaysız sigara promosyonları toplumu etkilemektedir.

Tütün alanındaki savaşımın asıl ve son hedefi sigarasız bir toplumdur. Sigarasız toplumu sağlayabilmek için, tütün üretiminden tümüyle vazgeçilmesini de içeren bir dizi çok yönlü toplumsal girişim ve yaptırımın herkes tarafından benimsenmesi, devlet tarafından da ödünsüz biçimde uygulanması gerekir. Böylesi bir aşama için, sigara tekellerinin ortadan kalktığı, daha çok kâr yerine toplumsal yararın temel alındığı kamucu bir toplumsal düzen zorunluluğu vardır.

Sonuç

Dünya nüfusundaki en yaygın tütün kullanım biçimi olan sigara alışkanlığı, günümüzde insan sağlığını tehdit eden, önemli sağlık sonuçları büyük bilimsel araştırmalarla kanıtlanmış, insani ve ekonomik olarak büyük kayıplara yol açan öldürücü bir tüketim biçimidir. Kapitalizmin diğer ürünlerinden farklı olarak, zararları ve öldürücü boyutları açıkça bilinmesine karşın, meşru ticaret kuralları içinde üretilmekte, pazarlanmakta ve satılmakta olan tek üründür. Etkili sigara karşıtı kampanyalar sonucu sigara tüketimi son yıllarda gelişmiş ülkelerde azalma eğilimine girdiğinden, sigara tekelleri *küreselleşen* dünyada hedeflerini geliştirmekte olan ülkelere çevirmişlerdir. Bu ülkelerde yürütülen acımasız reklam ve promosyon kampanyaları nedeniyle, tiryakiliğin başlangıç yaşı çocukluk çağına dek inmiş, sigara tüketiminde patlama olmuştur. Eğer bugünkü sigara içme eğilimleri değişmezse, söz konusu ülkelerde 2020’li ve 2030’lu yıllarda sigaraya bağlı hastalık ve ölümler epidemik niteliğine ulaşacaktır.

Dünyanın en büyük sigara tekellerinin, 1950’lerden beri sigaranın zararlarıyla ilgili gerçekleri bildikleri, ancak ellerinde bulunan verileri dünya kamuoyundan gizledikleri, ABD yargı kararlarıyla zorunlu olarak açıkladıkları gizli belge ve yazışmalarla ortaya çıkmıştır. Yakın zamanlarda çevresel (edilgin) sigara dumanına maruz kalmayla ilgili benzer girişimleri olan çokuluslu sigara tekelleri, bu konuda da gerçeklerin kanıtlanmasıyla, internet sayfalarında

açıkça görüldüğü üzere, etkin ve edilgin sigara içmenin tüm zararlarını kabul etmiş durumdadırlar. Ancak, bir yandan “gençlerde sigara alışkanlığının önlenmesi” gibi sahte kampanyalarla dünya kamuoyuna sevimli görünmeye çalışırken, öte yandan sigara reklam, promosyon ve sponsorluklarını sürdürerek tüketimi körüklemekte, tüketimi artırdığı birçok bilimsel çalışma ile kanıtlanmış olan reklamların, sigara içenlerin marka tercihine yönelik “masum” bir etkinlik olduğu yalanını savunmaktadırlar.

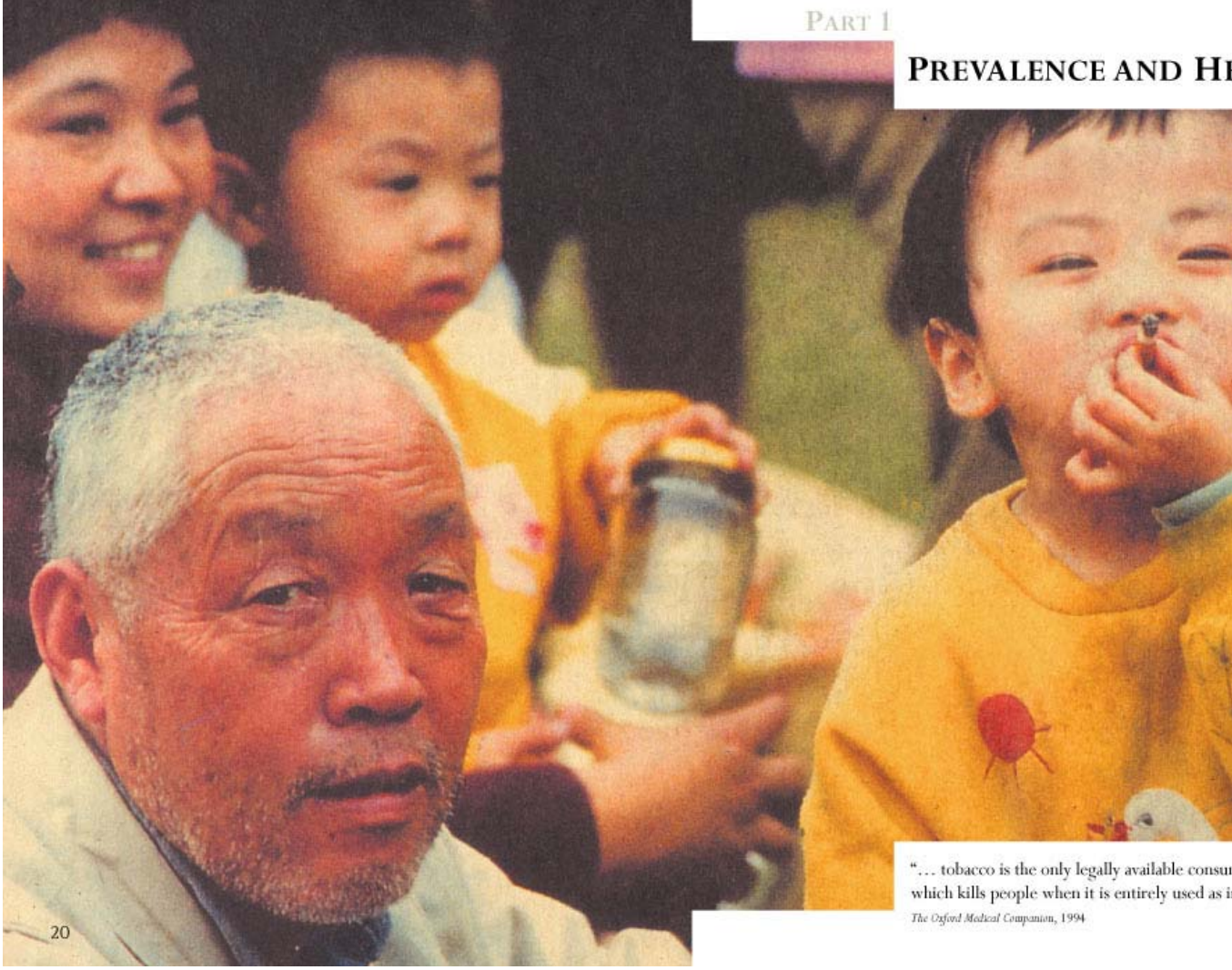
Sigaraya ve uluslararası sigara tröstlerine karşı savaşım, neoliberal kapitalist-emperyalist sistemin gerçek yüzünü ortaya koymak bakımından ve sigaradan en çok zarar gören emekçi sınıfların sağlıklı yaşam hakkı açısından sınıf savaşımının önemli bir bileşeni olmak durumundadır. Asıl ve son hedef olan sigarasız topluma ancak, uluslararası sigara tekellerinin ortadan kalktığı, her alanda toplumsal yararı temel alan, herkese eşit sağlık hizmeti sağlayan kamucu bir toplum düzeninde ulaşılabilecektir.

Kaynaklar

1. WHO (1999) World Health Report 1999. www.who.org
2. Napalkov, NP Editorial. WHO Tobacco Alert, July 1994, 1.
3. WHO (2002) World Health Report 2002. www.who.org
4. WHO (1997) Tobacco or Health: A Global Status Report. World Health Organization, Geneva, 10-18, 43-48.
5. Lown, B (1999) Tobacco and the Developing World. The First Virtual Congress of Cardiology (1999-2000), 28.9.1999.
6. Shafey, O; Dolwick, S; Guindon, G E (2003) Tobacco Control Country Profiles Second Edition. American Cancer Society, WHO & IARC, 7-8, 27-28.
7. Arı, O (1991) Sigara ve İnsan. Form Yayınları, İstanbul, 14.
8. Aşut, Ö (1993) Hekim ve Sigara. Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 9-10, 15-32, 72-74.
9. WHO (2003) www.who.org.int/tobacco/en (Visited Nov. 2003)
10. Aşut, Ö (2002) Tütün Yasası ve Uluslararası Sermayenin Tefeci Zihniyeti. Hekimden Hekime, Ankara Tabip Odası, Kış-İlkbahar 2002, 42-45.
11. Collins, D; Lapsley, H (2003) The Economics of Tobacco Policy. [www.uicc.org/tobacco control.factsheets](http://www.uicc.org/tobacco_control.factsheets) (Visited Nov. 2003)
12. Gong et al (1995) JAMA, 274: 1232-4. Cited in [www.uicc.org/tobacco control.factsheets](http://www.uicc.org/tobacco_control.factsheets) (Visited Nov. 2003)
13. European Tobacco Control Report 2007. WHO Regional Office for Europe.
14. GrandPrix (2003) Why Formula 1 Needs to Pay Attention to the WHO-Nov. 12, 2003. <http://www.grandprix.com/ns/ns12150.html>
15. Committee Of Experts (2000) Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization (July 2000). Cited in: UICC Tobacco Control Factsheets. www.uicc.org (Visited Nov. 2003).
16. Philip Morris (2000) www.pmdocs.com
17. The Tobacco Free Initiative (February 2001) The Tobacco Industry and Scientific Groups-ILSI: A Case Study. www.uicc.org
18. Barnes, DE; Bero, LA (1996) Industry-funded research and conflict of interest: an analysis of research sponsored by the tobacco industry through the Center for Indoor Air Research. J Health Polit Policy Law Fall;21(3):515-42. Aktaran: Bakırcı, N (2003) Sigara Tröstlerinin Yeni Oyunu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 12(5):172-3.

19. Enstrom JE, Kabat GC (2003) Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ*;326:1057. Aktaran: Bakırcı, N (2003) Sigara Tröstlerinin Yeni Oyunu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(5):172-3.
20. Bakırcı, N (2003) Sigara Tröstlerinin Yeni Oyunu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(5):172-3.
21. Doctors and Tobacco (1998) Unpublished Data, Tobacco Control Resource Center, British Medical Association.
22. Simpson, D. (2000) Medicine's Big Challenge: Doctors and Tobacco. Tobacco Control Resource Center, Hampshire, 1-6.
23. Chinese Academy of Preventive Medicine (1996) Cited in: UICC Tobacco Control Factsheets 2003. www.uicc.org (Visited Nov, 2003)
24. WHO (1999b) WHO Factsheet No.221-April 1999. www.who.int/inf.fs/en/fact221.html
25. WHO (2002) The European Health Report 2002. WHO Regional Office for Europe.
26. Bilir, N; Doğan, B; Yıldız, N (1997) Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1-7.
27. Satman, I; Yilmaz, T; Sengul, A; Salman, S; Salman, F; Uygur, S; Bastar, I; Tutuncu, Y; Sargin, M; Dinccag, N; Karsıdag, K; Kalaca, S, Ozcan, C and King, H (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care* 25(9): 1551-6.
28. Aşut, Ö (1999) Türkiye'de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 22-23.
29. Dyer, O (2002) Harm from Smoking is Greater than Previously Thought. *BMJ*, 324:1544 (29 June).
30. Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health (1998). www.doh.gov.uk/public/scoth.htm
31. Anderson, HR, Cook, DG (1997) Passive Smoking and Sudden Infant Death Syndrome: Review of the Epidemiological Evidence. *Thorax*, 52: 1003-9. Cited in: Simpson, D (2000) Doctors and Tobacco, 6.

(Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, 2006)



Tütün, üretirken amaçlandığı gibi kullanıldığında insanları öldüren tek yasal tüketim ürünüdür. (www.who.org.int)

SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ VE TÜTÜN KONTROLÜ

Doç. Dr. Özen Aşut

Giriş ve yakın tarihçe

Tütün kontrolü çabalarına tüm ülkelerde doktorlar öncülük etmiştir. Çünkü onlar sigara alışkanlığının sağlık sonuçlarına en yakından tanık olan meslek grubudur. Ayrıca toplumda sağlıkla ilgili konularda hekimlere güven duygusu vardır ve onların danışmanlığına değer verilmektedir. Sonuçta tütün alışkanlığıyla ilgili hekim önerilerinin toplum üzerinde etkili olduğu ortaya konmuş ve bu durum kanıtlarıyla gösterilmiştir. Hekimlere yönelik bu güven duygusu onların rol model olarak değerlendirilmeleri sonucunu da getirmiş ve hekimlerin kendi sigara içme davranışları ayrıca önem kazanmıştır.

Hekimlerin bu özellikleri süreç içinde özellikle hekim meslek örgütlerinin tütün kontrolünde sorumluluk almalarıyla sonuçlanmıştır. Benzer sonuçlar diğer sağlık meslek grupları için de geçerlidir. Böylece tütün kontrolüyle ilgili politikaların oluşturulup geliştirilmesinde başta hekimler olmak üzere, sağlık meslekleri ve onların meslek örgütlerinin son 20 yıl içinde belirgin sorumluluğu olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü çalışmaları

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1988'de Madrid'de düzenlediği "Dünya Sağlık Örgütü tütün politikaları üzerine Avrupa Birinci Konferansı"nda ulusal tabip birliklerine düşen görevler ele alınmış ve sağlık meslek örgütlerine önemli işlevler yüklenmiştir. O tarihlerden başlayarak, başta hekim birlikleri olmak üzere, sağlık meslek örgütlerinin sorumluluklarına ilişkin kurallar dile getirilmiştir. Bu önlemler arasında, örgütün binalarında sigara içmenin yasaklanması, yayınlarında sigara içmeme mesajı verilmesi, hekim birliğinin sigara konusunda araştırmalar planlaması, tüm sağlık personeli okulları müfredat programlarında tütünle ilgili bilgilerin yer alması dikkat çeken konular arasındadır.¹

Daha sonra 1992'de Basel'de toplanan tabip birlikleri ve DSÖ Avrupa forumunda bir tütün bildirgesi açıklandı. Bu bildirmede, bazı Avrupa ülkelerinde hekimlerin sigara içme düzeylerinin genel toplumdan daha yüksek olduğuna ve hekimlerin toplumda sağlıklı davranış konusunda örnek alındığına dikkat çekildi. Avrupa tabip birlikleri, hekimlerin sigarayı bırakması, sağlık hizmetinin dumanlı ortamda verilmesi, hükümetlere sigara reklam yasağı ve öbür yasal önlemler için baskı yapılması konularında daha etkin olmaya çağrıldı. DSÖ'nün 1992 "sigarasız Avrupa için ikinci eylem planı"nda, Basel tütün bildirgesine atıfta bulunularak tabip birlikleri daha çok önderlik etmeye çağrıldı. Hemşire ve eczacıların örgütlerinin de da hekimlere benzer biçimde sigara içmemenin yaygınlaşması konusunda çalışmaları istendi.²

Dünya Sağlık Örgütü "sigarasız gün" etkinlikleri arasında sağlık çalışanlarının rol ve önemine ilk kez 1993 yılında dikkat çekildi. O yılın sigarasız gün belgisi "sigaraya karşı sağlık hizmeti ve sağlık personeli" idi. O zamandan beri, sigaraya karşı savaşında birçok uluslararası

¹ Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1993. s. 63-64.

² Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1993. s. 108-110.

çalışma ile sağlık personeli ve onların meslek örgütlerinin, sağlık hizmet sürecinin tütün ürünleri kullanımına karşı başarıdaki etkisi ortaya konmuştur.³

Ancak daha sonraki yıllardaki pek çok çabaya karşın, 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Kanada Halk Sağlığı Birliği ve CDC ile yaptığı bir araştırmanın verilerine göre, sağlıkla ilgili meslek öğrencileri sigara bırakma teknikleri konusunda yeterli eğitim almamaktadır. Araştırmaya katılan 10 ülkenin sağlık meslek (diş hekimliği, tıp, hemşirelik, eczacılık) öğrencilerinin çoğunluğu, hastalara sigara konusunda danışmanlık yapmalarının gerekli olduğuna inandıklarını belirtmişler, %90 üstünde öğrenci bırakma teknikleri konusunda özel eğitim almaları gerektiğini vurgulamıştır. Buna karşılık, öğrencilerin formal eğitim alma düzeyi %5 ile %37 arasında değişmektedir. Tütün kontrolüne sağlık personelinin katılabilmek için daha sistematik bir yaklaşıma gereksinim bulunmaktadır.⁴

DSÖ 31 Mayıs 2005'te sağlık personelinin rolüne ilişkin kitapçık yayımlamış, tütün kontrolünde sağlık personelinin rolünü açıklamıştır. DSÖ gibi diğer örgütlenmeler de tütün konusunda sağlık personelinin rolüne dikkat çekmiştir.⁵

Ayrıca 2004 yılındaki bir DSÖ toplantısında, sağlık meslek örgütlerinin tütün kontrolüne yönelik sorumluluklarına dikkat çeken bir uygulama kılavuzu yayımlanmıştır.

DSÖ'nün sağlık meslek örgütlerine yönelik tütün kontrolüyle ilgili uygulama ilkeleri

Tütün tüketiminin azaltılmasına etkin biçimde katkıda bulunmak ve tütün kontrolünü ulusal, bölgesel ve küresel düzeyde halk sağlığının gündeminde tutmak amacıyla, sağlık meslek örgütlerinin aşağıdaki adımları atması kararlaştırılmıştır:

- Üyelerini sigara içmeyen rol model olmaları ve sigarasızlık kültürünü oluşturmaya katkı sağlamaları için özendirmek ve gerekli desteği vermek;
- Üyelerinin tütün kullanma eğilimlerini ve tütün kontrolü tutumlarını araştırmalar ve uygun politikalarla değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak;
- Meslek örgütlerinin binalarını ve etkinliklerini sigarasız yapmak ve üye meslektaşları aynı doğrultuda özendirmek;
- Sağlıkla ilgili tüm kongre ve konferansların gündemine tütün kontrolünü sokmak;
- Üyelerine, tüm hastalardan rutin olarak sigara içme ve dumana edilgin maruz kalma öyküsü almak, kanıta dayalı yaklaşımlarla sigara bırakma danışmanlığı ve izlem yapma konularında destek sağlamak;
- Sağlık eğitim kuruluşlarının müfredat programlarında ve sürekli tıp eğitimlerinde tütün kontrolünün yer alması için çaba göstermek;
- Her 31 Mayıs'ta Dünya Sigarasız Gün etkinliklerine etkin katılmak;
- Tütün endüstrisinden herhangi bir destek almaktan, endüstriye yatırım yapmaktan kaçınmak; üyelerini de aynı davranışı göstermeleri için özendirmek;
- DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin imza, yasalaşma ve uygulama sürecinde hükümetleri desteklemek;
- Sağlık meslek internet ağlarının tütün kontrolü etkinliklerine katılmak;
- Sigarasız kamu yerleri kampanyalarını desteklemek.⁶

³ Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1993. s. 80.

⁴ 31 May 2005. World No Tobacco Day. www.who.org/int

⁵ Bilir N, Aslan D. Tütün kontrolünde doktorların rolü. Sürekli tıp Eğitimi Dergisi-STED 2006; 15: VIII-IX.

⁶ Adopted and signed by the participants of the WHO Informal Meeting on Health Professionals and Tobacco Control; 28-30 Jan 2004; Geneva, Switzerland. www.who.org

Dünya Tabipler Birliği etkinlikleri

Tütün mücadelesinde hekim sorumluluğu, Dünya Tabipler Birliği (DTB) tarafından Dünya Sağlık Örgütü sürecine koşut olarak ele alınmış bir kavramdır. Bu konuda ulusal tabip birliklerinin dikkatine sunulan bir bildiri yayımlanmıştır. Bu bildirme, 1988’de Viyana’da 40. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu’nda kabul edilmiştir. DTB Tütün Ürünlerinin Sağlığa Zararları üzerine Bildirgesi başlıklı bu bildirme, Kasım 1997’de ve Ekim 2007’de DTB genel kurullarında değiştirilerek geliştirilmiştir.^{7- 8} Tütün ürünlerinin sağlık sonuçlarına, pasif etkilenimin zararlarına dikkat çekilen bildirmede, ulusal tabip birlikleri ve tüm hekimlere yönelik öneri ve önlemler dile getirilmiştir:⁹

“DTB, ulusal tabip birlikleri ve tüm hekimlerin tütün kullanımına ilişkin sağlık risklerinin azaltılması için aşağıdaki adımları atmasında kararlılık gösterir:

1. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımını engelleyen kamusal bir politika belirlenmesi.
2. DTB’nin tüm toplantılarında, ulusal tabip birliklerinin tüm iş, sosyal, bilimsel toplantıları ve törenlerinde sigara içilmesinin yasaklanması.
3. Hekimleri ve halkı tütün kullanımının sağlık üzerine zararları (bağımlılık dahil) ve sigara dumanından pasif etkilenim hakkında eğitmek için programlar geliştirilmesi. Hem sigara içenleri bırakmaya ikna etmeyi ve yardım etmeyi hedefleyen programlar, hem de içmeyenlerin başlamalarını engellemeye yönelik programlar gereklidir.
4. Hekimlerin, tütün ürünleri kullanmayarak rol modeli olmaları ve halkı tütün kullanımının sağlığa zararlı etkileri ve bırakmanın yararları hakkında eğitecek kampanyanın sözcüsü olmaları için özendirilmesi. Tüm tıp fakülteleri, biyomedikal araştırma enstitüleri, hastaneler ve diğer sağlık kurumlarından, sınırları içinde sigara içilmesini yasaklamalarının istenmesi.
5. Tıp öğrencileri ve hekimleri, hastalarında tütün bağımlılığını tanımlayıp tedavi etmeye hazırlamak için eğitim programları hazırlanması ya da var olanların zenginleştirilmesi.
6. Bireysel hasta görüşmesi, sigara bırakma grupları, telefon hatları, web tabanlı bırakma hizmetleri ve diğer uygun yöntemlerle tütün bağımlılığının -danışmanlık ve farmakoterapiyi de içeren- kanıta dayalı tedavisi için geniş erişimin desteklenmesi.
7. Tütün kullanımı ve bağımlılığının tedavisi için bir klinik uygulama rehberi geliştirilmesi ya da onaylanması.
8. DTB’nin sigarayı bırakmada etkinliği gösterilmiş ilaçları DSÖ’nün Temel İlaçlar Model Listesi’ne alması için zorlamasına destek verilmesi.
9. Tütün endüstrisine güvenilirlik kazandırmamak için bu endüstriden herhangi bir finansal destek ya da eğitim materyali kabul etmekten kaçınılması ve tıp fakülteleri, araştırma enstitüleri ve bireysel araştırıcıların da aynı şekilde davranmalarında ısrarcı olunması.
10. Ulusal hükümetlerin Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi’ni imzalamaları ve bütünüyle uygulamaları konusunda ısrarcı olunması.
11. Tütün pazarlamasının gelişmiş ölkelerden daha az gelişmiş ölkelere doğru kaymasına karşı durulması ve ulusal hükümetlerin de benzer davranmalarında ısrarcı olunması.
12. Kapsamlı yasal önlemlerin çıkarılması ve uygulanmasının desteklenmesi.

⁷ Bilir N, Aslan D. Dünya Tabipler Birliği ve Tütün Kontrolü. STED 2007;16(10): IV-V.

⁸ www.wma.net/e/policy/h4.htm. Erişim tarihi: Aralık 2007.

⁹ şengelen M, Aslan D, Bilir, N. Dünya Tabipler Birliği’nin tütün ürünlerinin sağlığa zararları üzerine bildirgesi• STED 2008; 17 (2): IV-VI.

Tabip birlikleri ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Forumu Bildirgesi (2003) ¹⁰

DSÖ'nün Avrupa tabip birlikleri ile son 25 yıl içinde yaptığı forumlarda, tütün kontrolü sürekli gündeme alınan konulardan birisi olmuştur. Berlin'de 2003'te yapılan forumda, daha önceki bildirelere atıfta bulunularak tütün üzerine ilke ve öneriler yeni bir bildirge ile somutlaştırılmıştır.

Avrupa forumu, tütün üzerine daha önceki bildireleri vurgulayarak (Viyana 1986, Paris 1987, Sofya 1988, Roma 1990, Basel 1992, Budapeşte 1994, Londra 1995, Kopenhag 1997, Basel 1998, Viyana 2002),

Küresel Tütün Kontrolü Doktorlar Manifestosu'nu onaylamıştır. Manifesto, halk sağlığını tütünden korumak için temel kanıta dayalı önlemleri ortaya koymaktadır:

- sigara paketlerine açık bilgilendirici sağlık uyarıları;
- bazı sigaraların daha güvenli olduğu yanlış bilgisine son vermek;
- tüm tütün reklam, promosyon ve sponsorluğuna son vermek;
- vergi yoluyla sigara fiyatlarını artırmak;
- sigara içmeyenleri sigara dumanından korumak.

Avrupa forumu bildirgesinde, Avrupa Birliği Direktifi ile sınırlar arası reklamın sınırlandırılmasını ve dönüşümlü sağlık uyarılarını getiren önlemlerin, her tür reklam, sponsorluk, promosyonun yasaklanmasının desteklendiği belirtilmiştir. Forum üyesi meslek örgütlerine, hükümetlerin tütün endüstrisinden sağlık eğitimi için destek almasına, sigara reklam ve sponsorluğuna kesin yasak getirilmesi için zorlanmasına yönelik girişimlerde bulunulması çağrısı yapılmıştır. Forum bildirgesinde Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne açık ve kesin destek verilmiştir.

Sağlık meslek birliklerinin tütün kontrolü konusundaki işlevleri

Tabip birliklerine ve diğer sağlık meslek örgütlerine tütün kontrolünde önemli görevler düşmektedir. Tütün kontrolü kısa tarihçesi bu konuda başarılı örnekleri göstermektedir.

Sağlık meslek birliklerine örnek olarak, tabip birliklerini işlevleri üzerinde durulacaktır. Meslek örgütünün işlevi üyelerine ve topluma yönelik olarak iki başlık altında incelenecektir.

Öncelikle tabip birliği üyelerine yönelik durum saptaması araştırması yapılmalı, ayrıca örgütte bir sigara grubu kurulmalıdır. Örneğin, hekimlerin sigara alışkanlığı hızlarının %5'lik bir örnekleme yakından izlendiği 30 yıl boyunca İsveç'te günlük tiryakilik düzeyi %46'dan %6'ya düşmüştür.

Aynı izlemde sigara içenlerde günlük sigara sayısı 13'ten beşe inmiştir. Halen İsveç'te sigara alışkanlığının en düşük olduğu grup, %4 ile genel pratisyenlerdir. Bu süreçte sigara içmeme nedeni olarak rol model olmayı belirtenlerin oranı ise, %10'dan %71'e yükselmiştir. ¹¹

Tabip birliği içinde bir sigara grubu kurulması önemli bir ilk adımdır. Sigara savaşımı uzun soluklu bir program gerektirir. Başlangıçta tütün alanında çalışmayı eleştiren, bu uğurda harcanan emek ve kaynaklara karşı çıkanlar olabilir. Bu nedenle, sigara grubu uzun dönemli olarak kurulduğunun bilincinde olan üyelerden oluşmalı, kıdemli üyeler

¹⁰ Statement on actions to reduce tobacco smoking in Europe. European Forum of Medical Associations and WHO EUR/O2/5308083/Conf.Doc.1, 9 February 2003, Berlin, Germany, 7-9 February 2003 www.who.org/int accessed 17 Jan 2009.

¹¹ Simpson D. Doctors and Tobacco. Hampshire: Tobacco Control Resource Center; 2000. p. 29.

ve üst düzeyde yöneticiler tarafından grubun ve programının desteklendiği açıklanmalıdır.

Üyelerin eğitimi, tabip birliklerinin tütün konusunda üyelerine yönelik başka önemli bir sorumluluğudur. Bu görev ülkedeki genel tütün kontrolü hareketinin durumuna ve hekimlerin bu konudaki bilinç düzeyine göre değişebilir. Ancak eğitim için tüm örgüt toplantılarından yararlanılmalı, uygun yayınlar gerçekleştirilerek tüm hekimlere yaygın dağıtımı sağlanmalıdır. Tabip birliklerinin tüm mekânları, toplantıları, etkinlikleri sigarasız olmalı ve bu durum kamuoyuna duyurulmalıdır.¹²

Tabip birliğinin tütün kontrolü eylemleri, tütün mücadelesini sağlık alanının dışına çıkarmayı amaçlar. Bu doğrultudaki eylemlilik şu başlıkları kapsamalıdır:

1. Tütün eylem planı hazırlanması;
2. Diğer sağlık örgütleriyle ve medya ile çalışma;
3. Politikacılarla işbirliği;
4. Tüm sağlık kuruluşlarının sigarasız olması;
5. Tıp eğitimini değiştirmek;
6. Durum araştırması;
7. Düzenli izlem ve değerlendirme araştırmaları.

Türkiye’de meslek örgütleri ve tütün kontrolü

Türkiye’de tütün kontrolü çalışmaları 1980’li yılların başlarında dünya örneklerine koşut bir biçimde konuyla ilgili hekimlerin kamuoyunu aydınlatıcı çalışmalarıyla gündeme gelmiştir. Daha sonraki yıllarda hem hekimler, hem de başta Ankara olmak üzere kimi tabip odaları, tütünün halk sağlığına etkilerine dikkat çekmeye başladılar. Meslek grubu olarak hekimler ve hekimler arasında da, sigaranın ölümcül sağlık sonuçlarının en yakın tanığı olan göğüs hastalıkları uzmanları sigara alışkanlığı ile mücadeleyi geliştirmek için örgütlenme arayışına girdiler. Uluslararası birikimin yerel çabalara katkı sağlamasına yönelik çalışmalar yapıldı. Özellikle sigara dumanından edilgin (pasif) etkilenimin sağlık sonuçları ve korunmanın önemi kamuoyuna duyurulmaya çalışıldı. Bu tarihlerde özellikle Ankara Tabip Odası (ATO) yayınlarında sigaranın sağlık sonuçlarına ilişkin yazılar yayımlandı.¹³

Ancak genel toplum gibi, hekimlerin önemli çoğunluğu da tütün kontrolünün önemini kavramış olmaktan çok uzaktı. Zaten erkek hekimlerin yarıdan fazlası, kadın hekimlerin %30-40’ı sigara içiyordu. Diş hekimleri, ebe ve hemşirelerdeki düzey daha da yüksekti.¹⁴ Öte yandan, 1980’ler boyunca sigara tüketimini körükleyen politikalar egemendi. Yabancı sigara dışalımını ve satışı yasallaşmış, tütün tekeli kaldırılmış, sigara reklamları pervasızca sürdürülmekteydi. Tütün kontrolü önlemleri getiren bir yasa, cumhurbaşkanı Turgut Özal tarafından veto edilmiş ve kadük olmuştu.

Sonraki yıllarda sigara karşıtı savaşımın çekirdek grubunu oluşturan hekimlerin genişleyerek kongrelerde edilgin maruziyeti önlemek ve yasal girişim sağlamak için çabalarına tanık olundu. Sağlık Bakanlığı 1992 birinci Ulusal Sağlık Kongresi’ne Türk Tabipleri Birliği (TTB)

¹² Simpson D. Doctors and Tobacco. Hampshire: Tobacco Control Resource Center; 2000. p. 30-34.

¹³ i. Sigaraya ilişkin kimi gerçekler. Ankara Tabip Odası Bülteni. Ekim1987 (10): 27.
ii. Sigara ve sağlık. Ankara Tabip Odası Bülteni. Kasım-Aralık 1987(11): 51.
iii. Sigara ve sağlık. Ankara Tabip Odası Bülteni. Ocak-Şubat 1988 (1-2): 80.
iiii. Sigara ve sağlık. Ankara Tabip Odası Bülteni. Mart-Nisan 1988 (3-4): 64.

¹⁴ Aşut Ö. Hekim ve sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1993. s. 51.

de katılarak tütün mücadelesine yönelik raporun hazırlanmasına katkıda bulundu. Aynı yıl hekimlerin girişimleri ve Sağlık Bakanlığı'nın da katılımıyla Ankara'da toplanan Sigara ile Mücadele Birinci Ulusal Kongresi, değişik toplum kesimlerini bir araya getirerek ülkemiz tütün kontrolü çalışmalarında yeni bir aşamayı oluşturmuştur. Bu kongre daha sonraları, sigaraya karşı savaşıma süreklilik kazandıracak bir koalisyon, şimdiki adıyla Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi için ilk adım olarak değerlendirilmiştir.¹⁵

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK), Türk Tabipleri Birliği'nin çağrısı üzerine 31 Mayıs 1995'te gönüllü birliktelik ilkesine göre kuruldu. Zaten o sıralarda hekim meslek ve uzmanlık örgütlerinin, tütünle ilgili sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan çekirdek bir hekim grubu, yasal önlemlerin gerekliliğini çeşitli platformlarda savunuyor ve pasif içiciliğin önlenmesi için siyasal otoriteye çağrı yapıyordu. Ulusal komitenin kurulmasıyla, hükümet dışı kuruluşların yanı sıra Sağlık Bakanlığı ve diğer resmi kuruluşlar da çalışmalara katılmış oldu. O sıralarda sigara içmenin önünde hiçbir engel yoktu. Bebeklerin de yolculuk yaptığı otobüs ve trenlerde, hattâ uçaklarda sigara içilebiliyor, sağlık kuruluşlarında hekimler hasta yanında sigara tütürmekten çekinmiyor, gazete ve dergilerde her tür sigara reklamı yapılıyor, Marlboro kovboyu sayfa sayfa boy gösteriyordu.

Kurulduğu yıllarda SSUK'nin temel hedefi, TBMM'ye sunulmuş bulunan Tütün Mamullerinin Zararlarını Önlenmesine Dair Yasa Tasarısı'nın TBMM'de görüşülmesini sağlamak olmuştur. Çok sayıda kuruluşun katılımıyla büyüyen SSUK'nin çabaları olumlu sonuç vermiş, Yasa 26 Kasım 1996'da yasalaşarak yürürlüğe girmiştir. İlk dönem başkanlığını TTB'nin yürüttüğü SSUK'nin Yürütme Kurulu'nda Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği, Toraks Derneği, Halk Sağlığı Kurumu Derneği, Sağlık Geliştirme ve Sigarayla Mücadele Derneği, Sigarayla Savaşanlar Vakfı, Sigara İçmeyenler Derneği bulunuyordu.

Sonraki dönemde SSUK yasa hükümlerinin yaşama geçirilmesi amacıyla çeşitli etkinliklerde bulundu. Yasanın kabul edilmesinin birinci yıldönümünde Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi düzenlenmiş, 1999'da ise aynı kongrenin ikincisi gerçekleştirilmiştir. Halen SSUK şemsiyesi altında 42 resmi ve sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır. Sağlık meslek birlikleri (tabipler, diş hekimleri, hemşireler) ve halk sağlığı alanındaki birçok kuruluşun yanı sıra, uzmanlık dernekleri de komitede yer almaktadır.

SSUK 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5727 ve 5752 sayılı kanunlar ile değişik 4207 sayılı kanunun son değişikliklerle kabulü sürecinde de yoğun çaba göstermiştir. H herkese temiz hava hakkı sağlayan, sigaraya içilmesine ilişkin düzenlemeleri çağdaş düzeye getiren yeni değişiklikler, 19 Temmuz 2009'da kafe, restoran ve barlarda sigara içmenin yasaklanmasıyla tamamlanacaktır.

Sonuç

Sigara ile savaşımında hekimlerin başlattığı hareket dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye'de de artık tüm toplumu kucaklayan bir örgütlenme ile sürdürülmektedir. Başta

¹⁵ Aşut Ö. Hekim ve sigara. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 1993. s. 74-75.

Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili bakanlıklar, öte yandan hekim ve öbür sağlık meslek kuruluşları işbirliği ile sigara alışkanlığının zararlı etkilerinden toplumumuzu korumaya ve giderek sigarasız topluma yönelik başarı sağlanacağı düşünölmektedir.

*(Halk Sağlığında Güncel Konular ve Çözömler
adlı Ankara Tabip Odası kitabı için hazırlanan yazı, Şubat 2009*