

Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bir Bölgede 15 Yaş Üzerinde Sigara İçicilik Sıklığı, İçicilik Maliyeti ve İçiciliğin Hastalık Varlığına Etkisi

Smoking Prevalence Among People Aged over 15 Years, Costs of Smoking, and the Impact of Smoking on Disease in a Low Socio-economic District

Pembe Keskinoglu¹, Serkan Sözkese², Emel Sarıyer², Kayhan Kesik², Rafet Öztürk²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

ÖZET

Çalışmanın amacı 15 yaş üzerinde sigara içicilik sıklığını, risk faktörlerini, sigara için yapılan harcamaları, ve sigara ile kronik hastalık ilişkisini saptamaktır. Kesitsel analitik olan bu çalışma bir gecekondu yerleşim yerinde yapılmıştır. Sistematik örnekleme ile 154 hane seçilerek yüz yüze görüşme yapılmıştır. İstatistiksel analizler için Ki-kare ve t-testi kullanılmıştır. 455 kişinin %51.0'ı erkek, %43.5'i 15-29 yaş grubunda, %53.2'si ilköğretim mezunu, %41.1'inin sosyal güvencesi yok ya da yeşil kartlıdır. %16.5'inde sigara ile ilişkilendirilen hastalık vardır. %38.2'si halen sigara içicisi, %6.8'i eski içicidir. Halen içici olanların günlük sigara sayısı ortalaması 20.5 adet, içtikleri süre ortalaması 18.1 yıldır. Erkeklerin (p=0.000), 30-59 yaş grubunun (p=0.000), ilk ve ortaokul mezunlarının (p=0.002), işsiz ve düzensiz işlerde çalışanların (p=0.007), sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlıların (p=0.005), alkol kullananların (p=0.000), ailesinde tanımlı kronik hastalık olanların (p=0.007) sigara içicilik sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir. İçici olan 110 aile toplam aylık gelirlerinin %15.6'sını sigara için harcamaktadır. Sigara içiciliğinin hastalık varlığını etkilemediği saptanmıştır.

İçicilik sıklığı beklenenden düşük (%38.2) saptanmıştır. Sigara içenler gelirlerinin yaklaşık 1/6'sını sigara için harcamaktadır. Sigara ile ilişkilendirilen tanı konmuş kronik hastalık varlığını içicilik etkilememektedir.

Anahtar sözcükler: Sigara, prevalans, maliyet, kronik hastalıklar

Geliş tarihi: 26.09.2006

Kabul tarihi: 26.12.2006

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the smoking prevalence and risk factors among people aged 15 years and over, costs of smoking and the relationship between smoking and chronic diseases. A cross-sectional and analytic study was performed in a slum area. 154 residences were selected by systematic sampling and face-to-face interviews were performed. The Chi square test and t-test were used for statistical analysis. Of the 455 persons, 51% were men; 43.5% were in the 15-29 age group; 53.2% were primary school graduates; 41.1% had no social insurance or had a poverty card (yesil kart), 16.5% had a smoking related disease. 38.2% were current smokers, and 6.8% were former smokers. The mean number of cigarettes per day of current smokers was 20.5; the mean number of years of smoking was 18.1. The smoking prevalence was significantly higher among men (p=0.000), the 30-59 years age group (p=0.000), poorly educated subjects (p=0.002), unemployed years subjects (p=0.007), subjects without social insurance (p=0.005), alcohol consuming subjects (p=0.000), and subjects with a chronic disease history in his/her family (p=0.007). 110 smoker families spent 15.6% of their monthly income on smoking. There was no relationship between smoking and chronic diseases. Smoking prevalence was lower than expected. Considering the household income, the percentage of smoking costs was very high. There was no positive correlation between smoking and chronic diseases.

Key words: Smoking, prevalence, cost, chronic diseases

Received: 26.09.2006

Accepted: 26.12.2006

GİRİŞ

Sigara ve tütün ürünlerinin tüketimi bir taraftan kronik solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, se-rebrovasküler hastalıklar ve akciğer kanseri gibi insan sağlığını tehdit eden hastalıklara, diğer taraftan iş gücü kaybı, üretimde düşüklük, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık harcamalarında artma gibi bireysel ve toplumsal ekonomik

kayıplara neden olan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Amfizem ve kronik bronşit gibi akciğer hastalıklarına bağlı ölümlerin %80'inden, kalp hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerin üçte birinden sigara sorumlu tutulmaktadır [1,2]. Dünya genelinde %80'i orta ve az gelişmiş ülkelerde olmak üzere 1,3 milyar kişi sigara içmekte, sigara içimine bağlı olarak her yıl 5 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. 2020 yılında bu sayının 10 milyon kişiyi bulabileceği öngörülmektedir. Avrupa ülkelerinde her yıl 1.2 milyon kişi sigaranın neden olduğu hastalıklardan ölmektedir. Sigara tüketimi

Yazışma Adresi: Dr. Pembe Keskinoglu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye Tel.: +90 232 412 40 01 E-posta: pembe.keskinoglu@gmail.com

kişinin yaşam beklentisini ortalama 20-25 yıl azaltmaktadır [3-6]. Türkiye’de sigaranın neden olduğu hastalıklardan dolayı yılda yaklaşık 100 bin kişi (tüm ölümlerin %14’ü) yaşamını yitirmektedir.

Tütün kontrol girişimlerinin etkin uygulanmasıyla son yıllarda gelişmiş ülkelerde sigara içme oranlarında belirgin azalma gözlenmesine karşın gelişmekte olan ülkelerde tersine artış görülmektedir. Çokuluslu sigara şirketlerinin etkin reklam ve promosyonlarına bağlı olarak özellikle kadın ve ergenlerde sigara içme prevalansı ülkemiz de dahil olmak üzere tüm dünyada artma eğilimi göstermektedir. Erişkin içicilerin %80’inden fazlası sigaraya 18 yaşından önce başlamaktadır [7]. Türkiye’de ülke genelinde yapılan çalışmalarda erişkinlerde sigara içme prevalansı son 15 yıl içerisinde önemli değişiklik göstermemekte, hatta kadınlarda artış gözlenmektedir [8,9]. Ögel ve ark.nın [10] 15 ili kapsayan ergenlere yönelik araştırmasında lise öğrencilerinin %22’sinin halen sigara içicisi olduğu saptanmıştır. Türkiye’de 17 milyon kişinin sigara içicisi olduğu belirtilmektedir.

Sigara ve diğer tütün ürünlerini tüketmek için yapılan harcamalar önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) sigaraya bağlı dolaylı-dolaysız ekonomik kaybın 150 milyar doların üzerinde olduğu bildirilmektedir [11]. İngiltere’de sigaranın neden olduğu hastalıklar için yapılan sağlık harcamaları yılda 1 milyar sterlin, Almanya’da ise 16 milyar Euro olarak bulunmuştur [12,13]. Çin’de sigaranın yol açtığı sağlık sorunlarına yapılan harcamalar tüm sağlık harcamalarının %6’sını oluşturmaktadır [14]. Türkiye’de sigaranın yol açtığı ekonomik kayıp yılda 8-10 milyar dolayında olup, bunun 2-2.5 milyar doları sigaranın neden olduğu sağlık sorunlarına yapılan harcamalarıdır [15].

Bu çalışmada, İzmir metropolündeki bir gecekondu yerleşim bölgesinde 15 yaş ve üzeri nüfusta sigara içme sıklığını, içiciliği arttıran nedenleri, sigara içiciliği için doğrudan tüketim harcamalarını ve tanı konmuş kronik hastalık oluşumunda sigara içiciliğinin etkisini saptamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi olan İkinci İnönü Sağlık Ocağı’na bağlı Atatürk Mahallesi’nin toplam nüfusu 3312 ve hane sayısı 708’dir. Bu mahallede kesitsel ve analitik tipte bir araştırma yapılmıştır. Araştırmanın evreni, Atatürk Mahallesi’ndeki 708 hanedir. Epi info programı ile öngörülen %50.0 içicilik prevalansı, %7 sapma (d) ve %95 güven aralığında, en küçük örnek büyüklüğü 154 hane olarak hesaplanmıştır. Örnek büyüklüğü sistematik örnekleme ile seçilmiştir. En küçük örnek büyüklüğü olan 154 hanenin tamamına ulaşılmıştır. Tek hanede görüşme isteğine olumsuz yanıt alınmış, yerine yedekteki bir haneye gidilmiştir.

Amaçlara ulaşmak için, araştırma iki bölümde planlanmıştır; birinci bölümde ulaşılan 154 hanede 15 yaş üzerindeki sigara içicilik sıklığı ve içicilik maliyeti belirlenmiş, ikinci bölümde ise 15 yaş üzeri kişilerde tanı konmuş kronik hastalık varlığı ve sigara içiciliğinin hastalık gelişimine etkisi araştırılmıştır.

Araştırmanın 1. bölüm değişkenleri:

I. A. Bağımlı değişken:

Sigara içicilik sıklığı: Sigara içme durumu: Dünya Sağlık Örgütü’nün sigara içicilik tanımlaması esas alınmıştır. Buna göre; yaşamının herhangi bir döneminde 6 ay ya da daha uzun süre günde en az 1 tane olmak üzere sigara içmiş olup ta halen içmeye devam edenler “halen içici”, yaşamının herhangi bir döneminde 6 ay ya da daha uzun süre günde en az 1 tane olmak üzere sigara içmiş olup ta halen içmeyenler “sigarayı bırakmış” olarak sınıflandırılmıştır [16].

Sigara içiciliğinin maliyeti: Aylık hane gideri içinde sigara için ayrılan toplam gider hesaplanmıştır.

İçilen sigaraların firma dağılımları: Sigara markaları yerli ve yabancı ürün olarak sınıflandırılarak tanımlanmıştır.

I. B. Bağımsız değişken:

Birinci bölümün bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hanenin aylık geliri, kişi başı aylık gelir, iş durumu, sosyal güvence, alkol kullanımı, birinci derece akrabalarında kronik hastalık varlığıdır.

II. Araştırmanın 2. bölüm değişkenleri:

II. A. Bağımlı değişken:

Sigara ile ilişkili tanı konmuş hastalık varlığı: Doktor tarafından tanısı konulan süregen (kronik) hastalıklar sorulmuş, sigara ile ilişkili olanlar kaydedilmiştir. Sigara ile ilgili olan hastalıklar daha önce belirtilen listeye göre belirlenmiştir [2].

II. B. Bağımsız değişkenler:

Cinsiyet, yaş, eğitim, iş durumu, sosyal güvence, kişi başı aylık gelir, ailede hastalık öyküsü, sigara içiciliği bu bölümün bağımsız değişkenleri olarak incelenmiştir.

Veri SPSS 11.0 programı kullanarak Ki-kare testi ve t-test ile çözümlenmiştir. Anlamlılık düzeyi p< 0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Yüz elli dört hanede 15 yaş üzerindeki 455 kişi ile ilgili veri toplanmıştır. Üç yüz otuz yedi kişi ile yüz yüze görüşme yapılmış, yüz yüze görüşilemeyen 118 kişinin (%25.9) sigara içicilik durumu ve sağlık durumu bilgileri evde bulunan birinci derece yakınlarından alınmıştır.

1. Tanımlayıcı bulgular

Araştırmaya katılan 455 kişinin yaş ortalaması 35.8 ± 15.6 (15-85) yıldır. Bu kişilerin %51.0’ı erkek, %43.5’i 15-29 yaş grubunda, %69.2’si evli, %53.2’si ilköğretim mezundur (Tablo I).

Tablo I. Araştırma grubundaki kişilerin demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	232	51.0
Kadın	223	49.0
Yaş grupları		
15-29	198	43.5
30-44	133	29.2
45-59	78	17.1
60 ve üzeri	46	10.1
Medeni durum		
Evli	315	69.2
Bekar	125	27.5
Boşanmış-dul	15	3.3
Eğitim durumu		
Öğrenimi yok	87	19.1
İlkokul mezunu	242	53.2
Ortaokul mezunu	46	10.1
Lise-Üniversite mezunu	80	17.6
Toplam	455	100.0

Çalışma grubunun %47.7'si SSK'lı, %41.1'inin sosyal güvencesi yok ya da yeşil kartlıdır. Kişi başı aylık gelir tablodaki gibi gruplandırıldığında her grupta benzer dağılım bulunmaktadır. Düzenli bir işi olanların oranı %30.4'tür (Tablo II).

On beş yaş üzeri kişilerin %16.5'inde sigara ile ilişkili tanı konmuş bir hastalık vardır. Bu hastalıklar; kronik akciğer hastalıkları (astım, bronşit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı-KOAH), kalp ve damar hastalıkları (koroner ar-

Tablo II. Araştırma grubundaki kişilerin ekonomik özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sosyal güvence		
Yok	69	15.2
Yeşil kart	118	25.9
SSK	217	47.7
Bağ-kur	30	6.6
Emekli sandığı (ES)	21	4.6
Kişi başı aylık gelir grubu*		
≤ 95 YTL	42	27.3
95.1-190 YTL	56	36.4
>190 YTL	56	36.4
İş durumu		
İşsiz/düzensiz iş	110	24.1
İşçi	123	27.1
Memur, esnaf	15	3.3
Öğrenci, emekli	46	10.1
Ev hanımı	161	35.4
Toplam	286	100.0

*Gelirler 4 kişilik bir ailede asgari ücretin kişi başına bölünmesiyle hesaplanmıştır

ter hastalığı, infarktüs, inme), kanserler (akciğer, ağız, boğaz, özefagus, mide, meme, prostat, uterus kanserleri), diabetes mellitus, hipertansiyon, infertilite, adet düzensizliği ve erken menopozdur. Yaklaşık üçte birinin (%31.2) ailesinde bir veya daha fazla kronik hastalık mevcuttur. Alkol kullanım oranı %5.5'tir (Tablo III).

Tablo III. Araştırma grubundaki kişilerin sağlık durumlarına göre dağılımı

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalık* (var)	75	16.5
Kronik akciğer hast.	18	3.9
Kardiyovasküler hast.	8	1.8
Hipertansiyon	38	8.3
Diyabet mellitus	19	4.1
Serebrovasküler hast.	1	0.2
Kanser	1	0.2
Alkol kullanma (var)	25	5.5
Ailede kronik hastalık		
Yok	313	68.8
Bir kişide var	89	19.6
≥iki kişide var	53	11.6
Toplam	455	100.0

* Tabloda sigara ile doğrudan ilişkili bazı önemli hastalıklar belirtilmiştir, bir kişide birden fazla hastalık bulunabilmektedir

Dört yüz elli beş kişinin %38.2'si araştırmanın yapıldığı sırada (halen) sigara içicisi olduğu, %6.8'inin daha önceden içici olduğu (bırakmış) saptanmıştır. Şu an içici olanların günlük içtikleri sigara sayı ortalaması 20.5±11.9 (1-60), içtikleri süre ortalaması 18.1±12.1 (1-52) yıldır. Bırakanların günlük içtikleri sigara sayı ortalaması 24.4±15.1 (3-60), bıraktıkları süre ortalaması 16.7±13.1 (1-52) yıldır.

Sigara içicilik maliyeti:

Yüz elli dört hanenin 110'unda (%71.4) sigara içilmektedir. Sigara içilen 110 hanenin aylık gelir ortalaması; 723.4±507.2 (0-2350) Yeni Türk Lirası (YTL)'dir. İçici bulunan 110 hanenin aylık sigara gideri ortalaması; 74.3±67.4 (6-480) YTL'dir. İçici olan 110 aile toplam aylık gelirlerinin %15.6'sını sigara için doğrudan harcamaktadır. Hane halkı (154 hane) gelirlerinin %11.5'i sigara için doğrudan harcanmaktadır.

Sigara tercihi:

Seksen altı (%51.0) kişi yerli marka, 83 (%49.0) kişi yabancı marka sigara, 5 kişi tütün tüketmektedir. Yerli ve yabancı sigaralar eşit oranda tüketilmektedir.

2. Sigara içicilik sıklığını arttıran nedenler ile ilgili çözümleyici bulgular

Erkeklerin %53.4'ünün, kadınların %22.4'ünün şu an içici olduğu ve erkeklerin sigara içiciliğinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Genç yaşlardaki grubun (15-29 yaş) %29.3'ü, 30-59 yaş grubunun %49.8'i ve 60 yaş ve üzeri yaş grubunun %23.9'u sigara içmektedir.

Otuz-elli dokuz yaş grubundakilerin sigara içicilik sıklığı anlamlı olarak yüksektir. Ergenlerin (15-19 yaş grubu) içiciliği %14.5'dir. Evli olanların %42.5'i, olmayanların %28.6'sı sigara içmektedir ve evli olanların içiciliği anlamlı olarak yüksektir. Hiç eğitimi olmayanların %27.6'sı, ilk ve ortaokul mezunlarının %44.4'ü, lise ve üzeri eğitimlilerin %27.5'i içicidir. İlk ve ortaokul mezunları anlamlı olarak daha fazla sigara içmektedir. İşsiz ve düzensiz işlerde çalışanların %49.1'i, işi olan, emekli ve ev hanımların %34.8'i sigara içmektedir. İşsiz ve düzensiz işlerde çalışanlar anlamlı olarak daha fazla sigara içmektedir. Sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlı olanların %46.0'ı, sosyal güvencesi olanların %32.8'i sigara içmektedir, sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlı olanların sigara içicilik sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir. Aylık kişi başı gelir gruplarına göre, sigara içicilik sıklığında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Alkol kullananların %84.0'ı, birinci derece akrabasında kronik hastalığı olanların %47.2'si sigara içmektedir. Alkol kullanan ve ailede kronik hastalığı olanların sigara içicilik sıklığı anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo IV).

3. Sigara ile ilgili kronik hastalık varlığını arttıran nedenler

Kadınlarda, ilerleyen yaşlarda, eğitimsizlerde, işi olanlarda, emeklilerde, ev hanımlarında ve birinci derece yakınında kronik hastalığı olanlarda sigara ile ilgili ilişkilendirilen kronik hastalık varlığı anlamlı olarak yüksektir. Temel bağımsız değişken olarak incelenen sigara içiciliğinin, sigara ile ilgili kronik hastalık varlığına etkisi anlamlı bulunmamıştır (Tablo V).

TARTIŞMA

Bu çalışmada saptanan sigara içicilik oranı (%38.2) Emri ve ark.nın [9] Türkiye genelinde yaptığı araştırmasında saptanan oranla (%35.8) benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmada da son yıllarda özellikle erkeklerde sigara içicilik oranında az da olsa bir düşüş görülmektedir (sırayla %53.4 ve %50.9). Bununla birlikte Emri'nin çalışmasında sigara içen kadın sayısında artış görülürken, bu çalışmada (%22.4) önemli bir değişiklik görülmemektedir. 1988 yılın-

Tablo IV. Araştırma grubundaki kişilerin demografik, ekonomik ve sağlık durumu özelliklerine göre sigara içicilik varlığı

Özellik	Şu an içicilik		Sayı	%	Ki-kare	p
	Var	Yok				
	Sayı	%				
Cinsiyet						
Erkek	124	53.4	108	46.6	46.347	0.000
Kadın	50	22.4	173	77.6		
Yaş						
15-29	58	29.3	140	70.7	22.572	0.000
30-59	105	49.8	106	50.2		
60 ve +	11	23.9	35	76.1		
Medeni durum						
Evli	134	42.5	181	57.5	8.007	0.005
Evli değil	40	28.6	100	71.4		
Eğitim durumu						
Eğitimi yok	24	27.6	63	72.4	12.783	0.002
İlkokul ve ortaokul	128	44.4	160	55.6		
Lise ve üzeri	22	27.5	58	72.5		
İş durumu						
İşsiz, düzensiz işler	54	49.1	56	50.9	7.230	0.007
İşli-var, emekli, ev hanımı	120	34.8	225	65.2		
Sosyal güvence						
Yok, yeşil kart	86	46.0	101	54.0	8.069	0.005
SSK, Bağ-kur, ES	88	32.8	180	67.2		
Kişi başı aylık gelir						
≤ 95 YTL	42	35.0	78	65.0	0.858	0.651
95.1-190 YTL	63	38.4	101	61.6		
> 190 YTL	69	40.4	102	59.6		
Alkol kullanma (var)	21	84.0	4	16.0	23.452	0.000
Ailede hastalık (var)	67	47.2	75	52.8	6.988	0.008
Toplam	174	38.2	281	61.8		

Tablo V. Araştırma grubundaki kişilerin demografik, ekonomik özellikleri ve sigara kullanımına göre sigara ile ilişkili kronik hastalık varlığı

Özellik	kronik hastalık varlığı		Sayı	%	Ki-kare	p
	Var	Yok				
	Sayı	%				
Cinsiyet						
Erkek	22	9.5	210	90.5	16.852	0.000
Kadın	53	23.8	170	76.2		
Yaş						
15-29 yaş	8	4.0	190	96.0	95.063	0.000
30-59 yaş	38	18.0	173	82.0		
60 ve + yaş	29	63.0	17	37.0		
Eğitim durumu						
Eğitimi yok	38	43.7	49	56.3	59.684	0.000
İlk ve ortaokul	33	11.5	255	88.5		
Lise ve üzeri	4	5.0	76	95.0		
İş durumu						
İşsiz, düzensiz işler	10	9.1	100	90.9	5.759	0.016
İşi var, emekli, ev hanımı	65	18.8	280	81.2		
Sosyal Güvence						
Yok, yeşil kart	30	16.0	157	84.0	0.045	0.832
SSK, Bağ-kur, ES	45	16.8	223	83.2		
Kişi başı aylık gelir						
≤ 95 YTL	23	19.2	97	80.8	1.038	0.596
95.1-190 YTL	24	14.6	140	85.4		
> 190 YTL	28	16.4	143	83.6		
Ailede hastalık						
Var	31	21.8	111	78.2	4.288	0.038
Yok	44	14.1	269	85.9		
Şu an sigara içme durumu						
İçici	24	13.8	150	86.2	1.481	0.277
İçici değil	51	18.1	230	81.9		
Toplam	75	16.5	380	83.5		

da yapılan PIAR araştırmasında sigara içicilik oranı erkeklerde %63, kadınlarda %24 ve ortalama %43 olarak saptanmıştır [8]. Ergenlerde saptanan sigara içicilik oranı (%14.5) daha önce İzmir’de lise öğrencileri arasında yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermektedir [17]. Bahsedilen çalışmada iki ayrı lisede öğrenciler arasında sigara içicilik oranı %14.6 ve %18.6 olarak saptanmıştı. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yapılan bu çalışmada düşük gelirli, düşük eğitilmiş ve sosyal güvencesi olmayan orta yaşlı kişilerde içicilik oranı daha yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda ise tersine bir durum görülmektedir. Bilir ve arkadaşları yüksek gelirli ve yüksek eğitilmiş kişilerde sigara içme prevalansını daha yüksek (yüksek gelirlielerde; %70, düşük gelirlielerde; %63) bulmuştur [18]. Şahinöz ve ark.nın [19] Güneydoğu Anadolu’da yaptıkları bir çalışmada erkeklerde, orta yaşta olanlarda, kentte yaşayanlarda ve yüksek eğitilmiş olanlarda sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur. Sigara prevalansı ile ilgili çoğu dış yayınlarda ise çalışmamızdakine benzer bulgular

saptanmıştır. Bu çalışmalarda düşük eğitim, düşük gelir, kirada oturma, kalabalık yaşam ve işsizlik sigara içimi için risk faktörleri olarak gösterilmektedir [20-23]. Ayrıca çalışmamızda alkol kullananlarda, çeşitli çalışmalarda olduğu gibi daha yüksek oranda sigara içiciliği saptanmıştır. Kentsel veya kırsal yaşamın sigara içiciliği üzerindeki etkileri konusunda çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Araştırmada halen sigara içenlerde ortalama içicilik süresi 18.1 yıl olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun daha çok genç yaş grubu olduğu da dikkate alındığında, sigara içenlerin küçük yaşlarda içmeye başladıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalar sigara içenlerin %80’inin sigaraya başlama yaşının 18 yaşın altında olduğunu ve bu kişilerin %60’ının ileri erişkin yaşlarda da sigara içmeye devam ettiklerini göstermektedir [7]. Bu durum sigaranın neden olduğu kronik hastalıkların gelişimini kaçınılmaz kılmakta, morbidite ve mortalitenin artmasına yol açmaktadır.

Sigara tüketiminin sağlık üzerindeki zararlı etkilerinin yanında kişisel ve toplumsal önemli ekonomik kayıpları

da bulunmaktadır. Ekonomik kayıplar doğrudan sağlık giderlerinin yanı sıra, işgücü ve üretim kaybından doğan dolaylı kayıpları içermektedir. ABD’de sigara tüketiminin yıllık ekonomik yükü 150 milyar doların üzerinde olup, kişi başı yıllık ekonomik kayıp yaklaşık 3.400 dolardır [11]. Avrupa ülkelerinde sigaranın neden olduğu hastalıklar için yılda 300 milyon-70 milyar Euro arasında bir harcama yapılmaktadır [13]. Ülkemizde sigaranın neden olduğu ekonomik yük 8-10 milyar dolar dolayında olup, 2-2.5 milyar doları sağlık için yapılan harcamalardır. Çalışma hane aylık gelir ortalaması Türkiye geneline göre daha düşük bir bölgede (1091 YTL’ye karşı 723.4 YTL) yapılmıştır. Sigaranın içildiği hanelerde (110 hane) sigara için yapılan harcama aylık gelirin altıda birini (%15.6), tüm hanelerin (154 hane) gelirlerine göre ise aylık gelirin %11.5’ini oluşturmaktadır. Bu oran Türkiye geneline göre çok yüksek bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUIK) “2005 Yılı Hane Halkı Tüketim Harcamaları Raporu”na göre en düşük gelirli %20’lik dilimde alkollü içecek, sigara ve diğer tütün ürünleri için yapılan harcamalar tüm harcamaların %5.2’sini, aylık gelirin ise %4.1’ini oluşturmaktadır. En yüksek gelirli %20’lik kesimde ise alkollü içecek ve sigara için yapılan harcamalar tüm harcamaların %3.6’sını oluşturmaktadır [24]. ABD’de sigara içicileri toplam harcamaların %4’ünü sigara için yapmaktadır [11]. Avustralya’da yapılan ulusal ölçekli bir çalışmada en düşük gelirli hane halkının sigara harcaması gelirlerinin %7.7’sini, en yüksek gelirli hanelerde ise %2.4’ünü oluşturduğu saptanmıştır [21]. Gong ve ark. [25] Çin’de sigara içenlerin gelirlerinin %17’sini sigara için harcadıklarını saptamıştır. Yeni Zelanda’da aylık gelirin %9’u, Meksika’da %22’si, Filipinlerde ise %35’i sigara için harcanmaktadır [26-28]. Bu çalışmada olduğu gibi düşük sosyoekonomik düzeyli toplumlarda sigara içicilik oranının yüksek olması gelirin önemli bir kısmının alım gücüne göre pahalı olan sigaraya ayrılmasına yol açmaktadır.

İçme süresine ve günlük tüketim miktarına bağlı olarak sigaranın 50’nin üzerinde kronik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Amfizem, bronşit gibi kronik solunum yolu hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve akciğer kanserinden büyük ölçüde sigara sorumlu tutulmaktadır. Yirmi yıldan beri günde bir paket sigara içenlerde, hiç içmeyenlerden yaklaşık 10-15 yıl daha erken olmak üzere 40-50’li yaşlarda kronik solunum yolu hastalıklarının belirtileri ortaya çıkmaktadır [2, 29]. Bu çalışmada içilen sigara miktarı yüksek (>20 adet/gün) ve içilen süre uzun (~ 18.1 yıl) olmasına karşın sigara ile kronik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Çalışma grubunun yarısına yakınının 15-29 gibi genç yaş grubunda olmasının ve bu grupta içicilik süresinin ileri yaş gruplarına göre daha kısa süreli olmasının, yukarıda adı geçen kronik hastalıkların oluşumuna henüz yeterli zamanı yaratmadığı

gını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmadaki kişi sayısı sigara ve kronik hastalık arasındaki neden-sonuç ilişkisini göstermek için yeterli değildir.

Sonuç olarak, sosyoekonomik düzeyi düşük olan bir bölgede yapılan bu çalışmada sigara içicilik oranı beklenilenden daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte erkeklerde, orta yaş grubunda, düşük eğitilmiş, düşük gelirli, sosyal güvencesi olmayan, işsiz veya düzenli işi olmayan kişilerde sigara içicilik oranı yüksek bulunmuştur. Bu bölgede sigara içiciliği uzun yıllardan beri devam etmektedir ve günlük içilen miktar oldukça yüksektir. Sigara içenler, Türkiye ortalamasından çok yüksek bir oranda gelirlerinin önemli bir kısmını sigaraya harcamaktadır. Çalışmanın ağırlıklı bir kısmını oluşturan genç yaş grubunda çalışmada saptandığı gibi henüz anlamlı olmayan sigara ve kronik hastalık arasındaki ilişkinin ileriki yıllarda yapılacak bir çalışmada saptanması kuvvetli bir olasılıktır. Hem sağlık, hem de ekonomik yönden bireysel ve toplumsal çok büyük zararlara neden olan sigara için önleyici girişimlerin ülke genelinde etkin uygulanması bu tehlikeli salgını kontrol etmek için kaçınılmaz bir zorunluluktur.

KAYNAKLAR

1. Warren CW, Jones NR, Eriksen MP et al. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet* 2006; 367: 749-53.
2. Ash UK. Smoking Statistics: Illness and Death. Fact Sheet No.2. Available: <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02> (Accessed at September 25, 2006).
3. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309: 937-9.
4. Kaufman N, Yach D. Tobacco-control challenges and prospects. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 867.
5. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847-52.
6. World Health Organization and Regional Office for Europe. European Strategy for Tobacco Control. Copenhagen, World Health Organization, 2002.
7. Williams GC, Cox EM, Kouides R, Deci EL. Presenting the Facts About Smoking to Adolescents: Effects of an Autonomy-Supportive Style. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 959-64.
8. Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PIAR, 1988.
9. Emri S, Başođlu A, Turnagöl H et al. Epidemiology of smoking among Turkish adults: a national household survey, 2002. The Second International Symposium on Medical Geology, Nutrition, and Cancer. Abstract Book, March 31- April 03, 2003, pp: 33-6.
10. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 47-52.
11. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. *MMWR* 2002; 51: 300-3.
12. Fagerstrom K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs* 2002; 62 (Suppl 2): 1-9.
13. Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. *Eur Respir J* 2000; 16: 385-90.
14. Hu TW. Economic analysis of tobacco and options for tobacco control: China case study. *Tobacco Control* 2002; 11: 105-8.
15. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA ve ark. Tütün Kontrolü. *Toraks Dergisi* 2006; 7: 51-64.

16. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic, Geneva; WHO, 1998.
17. Keskinoglu P, Karakuş N, Pıçakçıfe M ve ark. İzmir’de lise öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve içicilik davranışı üzerine sosyal öğrenmenin etkisi. *Toraks Dergisi* 2006; 7: 190-5.
18. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behaviour and Attitudes-Ankara, Turkey, 1997.
19. Bozkurt AI, Sahinöz S, Özçirpici B, et al. Patterns of active and passive smoking, and associated factors, in the South-East Anatolian Project (SEAP) region in Turkey. *BMC Public Health* 2006; 6:15 (e-online).
20. Dell JL, Whitman S, Shah AM et al. Smoking in 6 diverse Chicago communities- a population study. *Am J Pub Health* 2005; 95: 1036-42.
21. Siahpush M. Socioeconomic status and tobacco expenditure among Australian household: results from the 1998-99 Household Expenditure Survey. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 798-801.
22. Wister AW. The effects of socioeconomic status on exercise and smoking. *J Aging Health* 1996; 8: 467-88.
23. Jarvis MJ, Wardle I. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmat M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
24. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Tüketim Harcaması Sonuçları, 2006. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=348> (Erişim Tarihi: 23 Eylül 2006).
25. Gong YL, Koplan JP, Feng W et al. Cigarette smoking in China. Prevalence, characteristics, and attitudes in Minhang District. *JAMA* 1995; 274: 1232-4.
26. Thomson GW, Wilson NA, O’Dea D et al. Tobacco spending and children in low income households. *Tobacco Control* 2002; 11: 372-5.
27. Vazquez-Segovia LA, Sesma-Vazquez S, Hernandez-Avila M. Tobacco use in Mexican households: results of the income and expenses survey households, 1984-2000. *Salud Publica Mex* 2002; 44 (Suppl. 1): S76-S81.
28. CECHE (Center for Communications, Health and Environment. A child is a child: The Case for International Tobacco Control Provisions. CECHE, Washington DC, 1998.
29. Hasan SU. ATS statements-cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 1579-80.