

TÜTÜN TUTSAKLIĞI VE İNSAN SAĞLIĞI

Dr. Mahmut Celâl APAYDIN (x)

ÖZET:

Tütün tutsaklığı günümüzde toplumsal bir sorun halini almıştır. Bu büyük salgın her geçen gün daha da yaygınlaşmakta ve özellikle genç kuşakları zehirlemektedir. Bu nedenle biz de, konunun ülkemizdeki ve dünyadaki son durumu ile bu alışkanlıktan kurtulmanın çarelerine değinmeye çalıştık.

GİRİŞ:

Çağımızın en büyük toplumsal sorunlarından birini oluşturan tütün tutsaklığının, her geçen gün daha da yaygınlaşarak, özellikle genç kuşakları zehirlemekte olduğunu esefle izlemekteyiz.

Tütün ilk kez Avrupa'ya Amerika'dan getirilmiştir. Kristof Kolomb Amerika'nın keşfi sırasında Guanahani adasındaki yerlilerin tütün yapraklarını çiğnediklerini ve ayrıca tütün içtiklerini saptamıştır. Kolomb'un ikinci keşif gezisinden sonra 1559 yılında Francisco Hernander tarafından patates ve domates gibi yararlı bitkiler yanında tütün de Avrupa'ya sokulmuştur. Avrupa'da tütünün yetiştirilmesinde ve içilmesinde Fransızlar'ın Lizbon büyük elçisi Jean Nicot etkili olmuştur. İlk zamanlarda enfiye olarak kullanılan tütün hızla bütün Avrupa'ya yayılmış, daha sonra Ortadoğu üzerinden Uzakdoğu'ya kadar uzanmıştır.

Tütün ülkemize ilk kez 1580 yılında gemiciler tarafından Avrupa'dan getirilmiş, kısa sürede tanınmış ve içilmeğe başlanmıştır. Daha sonra 1624 yılında tütün içimi yasaklanmış, bu yasaklama IV. Murat döneminde en etkin bir biçimde uygulanmıştır. Ne yazık ki 17. yüzyıl ortalarında, bir tütün tutsağı olan Şeyh-ül İslâm Bahar Efendi'nin serbestlik fetvası vermesi üzerine, 1690 yılında yasaklama tamamen kaldırılmış ve böylece tütün içme alışkanlığı ülkemizde de yerleşmiştir.

Ancak tütün dumanının insan sağlığı için zararlı olduğu tütün içiminin başladığı ilk yıllardan beri bilinegelmiştir. Nitekim 1665 yılında Simonis Paulli isimli bir araştırmacının, tütünün zararları konusuna dikkatleri çektiğini, hatta bu konuda

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

bir kitap yayınladığını görüyoruz. Yine aynı yüzyıl içinde ülkemizde de aynı konuda çalışmalar yapıldığına tanık oluyoruz. Özellikle, 1632 yılında vefat eden İbrahim Efendi'nin tütünün insan sağlığı üzerine olan zararı etkilerinin halka anlatılmasında ve tütün içimine karşı gerekli önlemlerin alınmasında önderlik ettiği bilinmektedir.

Bütün bu gayretlere rağmen, tütün içimi gün geçtikçe artma göstermiş, özellikle 1920'lerden sonra sigaranın fabrikasyon halinde üretimi ile birlikte, tütün tüketimi de hızla çoğalmıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kadınların da sigara içmeye alışmaları sonucu, konu büyük bir toplumsal sorun haline gelmiştir.

Sigara salgını bu şekilde ilerlerken, bilimsel çalışmalar da durmamış, bilim adamları bu konudaki çalışmalarını daha da yoğunlaştırmışlardır. İlk kez 1928 yılında akciğer kanserinin sigara içenlerde içmeyenlere göre belirgin şekilde fazla görüldüğü dikkati çekmiştir. Bundan sonra sigara dumanında 2000'nin üstünde gaz ve partikül fazında toksik irritan madde ile birlikte kanser yapıcı maddeler bulunduğu ortaya çıkarılmıştır. 1960'lı yıllarda bilim adamlarınca sigara-kanser, sigara-kronik akciğer hastalıkları ve sigara-kalb hastalıkları arasındaki ilişkiler kesinlikle kabul edilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1979 Ekspertler Komitesi'nin Raporu "Sigara Tutsaklığı Salgınının Kontrolü" başlığı ile yayınlanarak, sigara alışkanlığının ve sigaraya bağlı hastalıkların günümüz dünyasında bir salgın hastalığı haline geldiği vurgulanmıştır.

Yine sigaranın sağlığa yaptığı zararlar, erken ölümler ve sakatlıklar yanında, sigara üretim ve tüketiminin gittikçe artması, bugün o dereceye ulaşmıştır ki, Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılının sağlık konusu olarak, sigarayı seçmiş ve sorun "Sağlık mı, tütün mü, tercihinizi yapınız" sloganı ile tüm dünyaya yansıtılmıştır.

Ülkemize batıdan gelen bu salgının, Türkiye'deki yaygınlık derecesi hakkında kesin rakamlar ve istatistiksel bilgiler vermek zor olmakla birlikte, sigara üretim ve tüketiminde diğer ülkelerden geri olmadığımız bir gerçektir. Yurdumuzda tütün üretimi, tüm dünyada olduğu gibi, İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana belirli bir artma göstermiştir. 1950'lerde ortalama 120 milyon kilo olan tütün üretimi, 1975 yılında 200 milyon kiloya ulaşmıştır. Ancak bu artış 1976 yılında görülmemiş bir şekilde artarak 200 milyon kilodan 323 milyon kiloya yükselmiştir. Bu rakamlardan da anlaşılacağı gibi, Türkiye'de tütün tüketiminde hızlı bir artış izlenmektedir. Artış oranı % 9.7 gibi çok yüksek bir değere yarmaktadır. Dünya tüketim hızı ise % 2-3 dolaylarındadır. Türkiye'deki nüfus artışı % 2.5'dur. Nüfus artışındaki bu orana karşın, sigara tüketimindeki bu büyük fazlalık, sigara tüketen yaş grubundaki artış hızının fazlелиğinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nce, bugün dünyada kişi başına en çok tütün tüketen ülkenin de Türkiye olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkeler bu konuda yoğun bir savaş açmışlardır. Buna karşın ülkemizde bu tür örgütlenmiş çalışmalar da yoktur.

Hiç kuşkusuz, sigara savaşında çocukların ve gençlerin bu alışkanlıktan korunması ve böylece "sigara alışkanlığı kazanmamış yeni kuşakların yetiştirilmesi" başlıca amaç olmalıdır. Bu da bütün yurt düzeyinde koruyucu hekimlik kural ve yöntemlerini uygulamak ve bu konuda hiçbir fedakârlıktan kaçınmamakla gerçekleştirilebilir.

Tütünün farmakolojik ve toksik etkisi kısmen tütünde var olan maddelere, kısmen de sigara, puro ya da piponun yanması sırasında yüksek ısı ile oluşan ürünlere bağlıdır. Farmakolojisi ve toksikolojisi bakımından dumanın en önemli maddelerini nikotin, karbonmonoksit ve partiküler fazdaki maddeler teşkil eder ki, sonuncular katranı oluşturur.

Nikotin, sigara içiminde primer bir uyarıcı olarak ileri sürülmüş ve sigara içme alışkanlığının yerleşmesinde asıl madde olarak kabul edilmiştir. Tek etkileyici ajan olarak kabul edilip edilemeyeceği tartışma konusu olmakla birlikte, nikotinin halâ en kuvvetli farmakolojik etkiye sahip olduğu kuşkusuzdur. Tütünün zevk verici etkisinin nikotine bağlı olduğu, nikotinsiz sigaraların zevk vermeyişinden anlaşılmaktadır. Düşük nikotinli ya da Lettuce (marul yaprağı) gibi nikotinsiz sigaralar, tütün tiryakilerince tutunmamışlardır. Oysaki bu sigaralar yakmak, elde tutmak, duman çıkarmak ve ağız zevki vermek gibi sigara içmenin tüm hareketlerini sağlamaktadır. Bu durum nikotinin esas bir madde olduğunu kanıtlamaktadır.

Nikotin, siyanürle kıyaslanabilecek derecede toksik bir maddedir. İnsanda 1 mg/kg nikotin öldürücü doz olarak kabul edilir. Toksik dozlardaki nikotin çizgili adalelerde kürarizan bir etki gösterir. Nikotin zehirlenmesinde ölüm kısmen solunum adalesinin ve kısmen de solunum merkezlerinin felcinden ileri gelir.

Nikotinden sonra sigara içiminde akut farmakolojik etkilerinden en çok söz edilen madde karbonmonoksittir. Karbonmonoksit, kanın oksijen taşıma kapasitesini bozar ve sinir sistemi fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler. Miyokard infarktüsü riskini artırır. Sigara içme alışkanlığını etkileyebilirse de, tek başına etkileyici rolü olduğuna dair pek az kanıt vardır.

Tütünün karsinojenik etkisinin önemli bir kısmının, yanma sırasında oluşan polisiklik aromatik hidrokarbonlara ait olması çok muhtemeldir. Bu maddelerden benzopiren hem karsinojenik etkisi en fazla olanı, hem de en yüksek konsantrasyonda bulunanıdır. Yanmamış tütünde de karsinojen maddelerin bulunabileceği, tütün çiğneyenlerde çok daha sık olarak görülen ağız boşluğu kanserlerinden anlaşılmaktadır.

Yapılan dikkatli çalışmalar sigara tutsaklığına ilişkin pek çok zararlı biyolojik etkileri kesin olarak ortaya çıkarmasına rağmen, yararlı hiçbir etkisine rastlamak mümkün olmamıştır. Bu konuda son 30 yıl içinde yapılan 8 önemli araştırmaya kısaca değinmek faydalı olur.

Bu araştırmalarda kontrol altına alınan insan sayısı 1.990.000, kontrol süresi içinde saptanan ölüm sayısı 290.272'dir. Kontrol süresi, projesine göre 4-20 yıl arasında değişmektedir. Araştırmaların bir kısmı emekliler ve işçiler gibi seçilmiş gruplarda yürütülmekle birlikte, diğer bir kısmı toplumun bütün kesimini kapsamaktadır. Elde edilen sonuçlar özetlenirse;

1. Sigara ve mortalite: Araştırma projelerinin 7'sinde, sigara içenlerde mortalite içmeyenlere göre % 54-83 oranında daha yüksek bulunmuştur. Japonya'da bu oran % 25 olup, oldukça düşüktür. Bu düşüklüğün nedeni, Japonya'da tüketilen günlük sigara sayısının az olması, ileri yaşlarda sigaraya başlanması ve sigara dumanının inhale edilmemesiyle açıklanmak istenmiştir.

2. Sigara sayısı ve mortalite:

a) Sigara içmeyenlere göre, günde 1-9 adet sigara içenlerde mortalite oranı % 20-45 iken, 40 ve daha fazla sigara içenlerde bu oran % 83-123 olarak tesbit edilmiştir.

b) A.B.D. asker emeklilerinde, günlük sigara sayısı dikkate alınmaksızın, sigara içenlerde içmeyenlere göre mortalite oranı % 32-95 daha fazladır. Günlük sigara sayısı dikkate alındığında, günde 40'dan fazla sigara içenlerde, 10'dan az içenlere göre mortalite oranı 2-3 kat fazla bir artış göstermektedir (Tablo 1).

Tabloda 55 yaşından sonra mortalite oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu düşüklük 55 ve daha yukarı yaş gruplarında sigaranın etkisinin azaldığı anlamında değildir. Bu yaş gruplarında sigaraya bağlı ölüm oranı artmakla birlikte, genel ölüm sayısında da artma olduğundan, oran düşüktür.

Tablo 1: Sigara İçen Erkeklerde Yaş ve Günde İçilen Sigara Sayısına Göre Mortalite Oranları

Günde İçilen Sigara Sayısı	Yaş 30-34	35-44	45-54	55-65	65-74
İçmeyenler	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10 dan az	1.94	1.44	1.44	1.20	1.15
10-20	1.27	1.79	1.64	1.49	1.30
21-39	1.76	2.23	2.10	1.67	1.42
40 +	2.23	2.79	2.13	1.86	1.65
Tüm içerenler	1.52	1.95	1.83	1.53	1.32

3. Sigara içme süresi ve mortalite: 5 yıldan daha az sürede sigara içenlerde mortalite oranının içmeyenlere göre % 5 artışına karşın, 40 yıldan fazla sigara içenlerde oran % 66'ya yükselmektedir (Tablo 2).

Tablo: 2- Sigara İçen Erkeklerde Yaşa Göre Düzenlenmiş Sigara İçme Süresi ile İlişkili Mortalite Oranları

İçme Süresi "Yıl"	Mortalite Oranı
5 Yıldan az	1.05
5-14	1.30
15—29	1.33
30—39	1.53
40 +	1.66
Tüm İçenler	1.52

4. Sigaraya başlama yaşı ve mortalite:

a) Sigaraya başlama yaşı ile genel mortalite arasında tersine orantı vardır. Sigaraya 25 yaşından sonra başlayanlarda ölüm oranı içmeyenlere göre % 67 daha fazla olmasına karşın, 15 yaşından küçük yaşlarda başlayanlarda bu oran % 125'e yükselmektedir (Tablo 3).

Tablo: 3- Sigara İçen Erkeklerde Yaşa Göre Düzenlenmiş, Sigaraya Başlama Yaşı ve Araştırmanın Başladığı Tarihteki Yaşla İlişkili Mortalite Oranları

Sigaraya Başlama Yaşı	Araştırmanın Başladığı Tarihteki Yaş				
	30—34	35—44	45—54	55—64	65—74
İçmeyenler	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
25 +	1.40	1.48	1.67	1.36	1.20
20—24	1.41	1.87	1.72	1.56	1.39
15—19	1.44	2.00	2.17	1.70	1.45
15'den küçük	2.00	2.18	2.25	2.02	1.42

b) Ayrıca, sigaraya başlama yaşı yanında, içilen sigara sayısı ile ilişkisi de açıkça görülmektedir. Şöyleki, heriki grupta günde 20'den fazla sigara içenlerde, 20'den daha az içenlere göre mortalite % 23-26 oranında yüksektir (Tablo 4).

Tablo: 4- Sigara İçen Erkeklerde Yaşa Göre Düzenlenmiş, İçilen Sigara Sayısı ve Sigaraya Başlama Yaşı ile İlişkili Mortalite Oranları

Sigaraya Başlama Yaşı	Günde İçilen Sigara Sayısı	
	İçmeyenler	1—20 21 +
20'den büyük	1.00	1.36
20'den küçük	1.00	1.56

5. Sigara dumanının inhalasyonu ve mortalite: Sigaraya bağlı ölümlerden çoğu, sigaranın kapsadığı toksik maddelerin target organa ulaşması ve özellikle inhalasyonla ilgili görülmektedir. Nitekim orta veya derin inhalasyon yapanlarda (Dumanı içeri çekme), hiç inhalasyon yapmayanlara (Dudak tiryakisi) göre ve günde içilen sigara sayısına bağlı olarak mortalite oranında % 25-50 artış bulunmaktadır (Tablo 5).

Tablo: 5- Sigara İçen Erkeklerde Yaşa Göre Düzenlenmiş, Dumanın İnhalasyon Derecesi ve Günde İçilen Sigara Sayısıyla İlişkili Mortalite Oranları

İnhalasyon Derecesi	Günde İçilen Sigara Sayısı			
	1—9	10—19	20—29	40 +
Hiç-Hafif	1.70	1.99	2.34	2.33
Orta-Derin	1.95	2.35	2.42	2.80

6. Sigaranın katran ve nikotin içeriği ve mortalite: Sigara içmeyenlere göre, sigara içen erkek ve kadınlarda, sigaranın içerdiği katran ve nikotin düzeyleriyle ilişkili olarak mortalite oranı yüksektir. Erkeklerde bu yükseklik, katran/nikotin düzeyine göre % 66-96, kadınlarda % 37-65 arasında değişmektedir (Tablo 6).

Tablo: 6- Sigara İçenlerle İçmeyenlerde Cinsiyet ve İçilen Sigaranın Katran ve Nikotin İçeriği İle İlişkili Genel Mortalite

Cinsiyet	İçmeyen	Düşük K/N	Orta K/N	Yüksek K/N
Erkekler	1.00	1.66	1.85	1.96
Kadımlar	1.00	1.37	1.45	1.65
Tüm	1.00	1.52	1.64	1.80

(Düşük K/N: 17.6 mg/1.2 mg. dan az

Orta K/N: 15.6-25.7/1.2-1.9 mg.

Yüksek K/N: 25.8-35.7 mg/2.0-2.7 mg)

7. Sigaranın bırakılması ve mortalite: 1951-1972 yılları arasında İngiltere'de 34.400 doktoru kapsayan bir araştırmada, sigara içenlerde ölüm oranı içmeyenlere göre % 80 yüksek bulunmuştur.

15 yıldan fazla sigarayı bırakmış olanlarda ise ölüm oranının hemen hemen hiç içmeyenlerle aynı düzeye düşmüş olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo: 7- Sigarayı Bırakanlarda ve Hiç İçmeyenlerde, Yaşa ve Bırakılan Yıllara Göre Mortalite Oranlarının Karşılaştırılması

Bırakılan Yıllar	Mortalite Oranları		
	Yaş 30—64:	Yaş 65 +	Tüm Yaşlar
İçmeyi sürdürenler	2.0	1.6	1.8
1—4	1.7	1.4	1.5
5—9	1.6	1.4	1.5
10—14	1.4	1.2	1.3
15 +	1.1	1.1	1.1
İçmeyenler	1.0	1.0	1.0

8. İçilen sigaranın sayısı ve yaşam beklentisi: 290.000 Amerikan asker emeklisini kapsayan 10-13 yıl süren bir araştırmada, 35 yaşında 1-9 adet sigara içenlerin içmeyenlere göre 4.6 yıl, 40 ve daha fazla sigara içenlerin ise 8.1 yıl yaşamlarından kaybettikleri ortaya çıkmıştır. Bunun bir başka anlamı, sigara içmeyi sürdürenler, her bir sigara karşılığında yaşamlarından 15 dakika baybetmektedirler (Tabo 8).

9. Kadınlarda sigara içimi ve mortalite: Kadınlarda yaşa ve günde içilen sigara sayısına göre mortalite oranları tablo 9'da gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi, kadınlarda erkekler kadar olmasa bile, yine de mortalite oranı yüksektir. Erkeklerle karşılaştırıldığında beliren küçük fark, kadınların daha az inhalasyon yapmalarına bağlıdır. Nitekim günde 2 paketten fazla sigara içen ve derin inhalasyon yapan kadınlarda mortalite oranı, içmeyenlere göre % 110 artış göstermektedir.

Tablo: 8- Erkeklerde İçilen Sigara Sayısına Göre Yaşam Beklentisi Tahmini

Günde içilen Sigara sayısı	Yaş							
	30		40		50		60	
	YB	KY	YB	KY	YB	KY	YB	KY
İçmeyenler	43.9	0	34.5	0	25.6	0	17.6	0
1—9	39.3	4.6	30.2	4.2	21.8	3.8	14.5	3.1
10—19	38.4	5.5	29.3	5.2	21.0	4.6	14.1	3.5
20—39	37.8	6.1	28.7	5.8	20.5	5.1	13.7	3.9
40 +	35.8	8.1	26.9	7.6	19.3	6.3	13.2	4.4

YB: Yaşam Beklentisi

KY: Kaybolan Yıllar

Tablo: 9- Sigara İçen Kadınlarda Yaşa ve Günde İçilen Sigara Sayısına Göre Mortalite Oranları

Günde İçilen Sigara Sayısı	Yaş				
	35—54	45—44	55—64	65—74	75—84
İçmeyenler	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
1—9	0.90	0.95	0.99	1.09	1.07
10—19	0.97	1.22	1.31	1.18	1.21
20—39	1.35	1.54	1.46	1.51	1.23

Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar kısaca özetlenirse:

A. Gerek erkek ve gerekse kadınlarda sigara genel mortalite oranını artırmaktadır. Bu artış;

1. Günde içilen sigara sayısı,
2. Sigara içme süresi (yıl olarak),
3. Sigaraya küçük yaşlarda başlanması,
4. Sigara dumanının inhale edilmesi,
5. Sigara dumanının kapsadığı katran ve nikotin miktarı ile doğru orantılıdır.
6. Sigara bırakılırsa, zamanla mortalite oranı düşmekte ve sigara bırakıldıktan 10-15 yıl sonra oran, hemen hemen sigara içmeyenlerle eşit düzeyi bulmaktadır.

B. Sigara içenlerde genel mortalite oranındaki yükseklik, sigaraya bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu hastalıklardan belli başlıları ile sigarayla ilişkili bazı sosyal sorunlara burada kısaca değinilecektir.

Sigara ve Kanser: Sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki birçok klinik ve deneysel gözlemler sonucu kesinlik kazanmıştır. Gerçekten sigara içenlerde, içmeyenlere oranla akciğer kanserinin en az 10 kat daha fazla görülmüş olması ve tütün katranının hayvanlarda gösterilen karsinojenik etkisi bugün iyi bir şekilde bilinmektedir. Öte yandan akciğer kanserinin tüm kanser ölümleri arasında aldığı yer, konunun önemini daha belirgin kılmaktadır. 1970 yılında ABD'nde yapılan bir araştırmada, 68.000 akciğer kanserli hasta tesbit edilmiş, bu hastaların 62.000'inin aynı yıl içinde öldüğü saptanmıştır. Bir yıl içindeki ölüm oranı % 90'dır. Bu hastalarda sigaranın en büyük etken olarak belirlendiği özellikle vurgulanmıştır. Lombard sigara içen 1040 erkek ve 141 kadının içmeyenlerle karşılaştırılmasında, sigara içenlerde akciğer kanserinin 30 defa daha fazla meydana geldiğini saptamıştır. Cutler ve Loveland günde 1 paket sigaradan fazla içen 1000 erkeğin 60 yaşına geldiklerinde 53'ünün, 80 yaşına geldiklerinde 80'inin akciğer kanserine yakalanacağını belirtmişlerdir.

Yine sigara ile üst solunum yolları, özellikle larenks kanseri, üst gastrointestinal sistem, özellikle özofagus ve mide kanserleri ile üriner sistem, özellikle mesane kanseri arasındaki ilişkiler iyi bilinmektedir.

Sigara ve Koroner Kalb Hastalıkları: Sigaranın kardiyovasküler sistem üzerine olan kronik etkileri pekçok epidemiyolojik çalışmalara konu olmuştur. 1930'lardan beri, önce Avrupa'da ve daha sonra Amerika'da birçok araştırmacı tarafından, tütünün koroner arterlerde spazma ve atherosklerozise sebep olduğuna ilişkin yayınlar yapılmıştır. Levine ve White 1937 yılında aterosklerotik kalb hastalığına tutulmuş 40 yaşın altında 100, 80 yaşın üstünde 300 hastayı incelemişler, yaşlı grupta sigara içenlerin % 58.8, içmeyenlerin % 44.2; genç grupta sigara içenlerin % 93.3, içmeyenlerin % 6.7 oranında olduğunu saptamışlardır. Bu araştırmaya göre genç grupta sigaranın koroner kalb hastalığındaki rolü belirgindir.

Sigaranın genç kadınlarda ise sigara miktarına paralel olarak, miyokard infarktüsü insidansına etki ettiği gösterilmiştir. 55 yaşın altında günde 1 paket sigara içen kadınlarda, miyokard infarktüsü insidansı % 89, içmeyenlerde % 55'dir. 50 yaşın altındaki kadınlarda günde 35 veya daha fazla sigara içenlerde, içmeyenlere göre miyokard infarktüsü 20 kat daha fazladır.

Sigara ve Periferik Tıkayıcı Damar Hastalıkları:

- a) Tromboangitis Obliterans (Buerger Hastalığı): Nikotinin küçük arter ve arteriollerde, dolaşım üzerine reversibl vazokonstriktör etkisi vardır. Buerger hastalarında sigaraya (nikotine) karşı aşırı bir duyarlılığın olduğu kabul edilmektedir. Nikotine karşı bu aşırı duyarlılığın % 96 oranında erkeklerde ve 16-35 yaşları arasında olduğu saptanmıştır.
- b) Aterosklerozis Obliterans: Tıkayıcı arter hastalıklarının büyük bir bölümünü oluşturan arteriosklerozis obliteranslı hastalar, Buerger'li hastalar kadar nikotinden etkilenmeseler bile, yine de büyük ölçüde etkisi altında kalırlar.
- c) Fonksiyonel Arter Hastalıkları: Bu hastalar da sigaradan etkilenmektedirler. Soğuk etkisi gibi sigara da nöbetleri davet eder. Raynaud hastalarında sigaranın (nikotinin) vazospazm nöbetlerine neden olduğu gösterilmiştir.

Sigara ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları: Sigaranın insan sağlığı üzerindeki en ciddi olumsuz etkilerinden biri, kuşkusuz kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (kronik bronşit, amfizem) üzerine olan etkisidir. Sigara içenlerde kronik bronşit, amfizem prevalansı ve mortalitesi, içmeyenlere göre çok büyük oranda yüksektir. Bu hastalarda hiçbir respiratuvar belirti ve bulgu olmasa bile, fonksiyonel incelemelerde, küçük hava yollarında disfonksiyonların olduğu saptanmıştır.

Sigara ve Peptik Ülser: Sigara, ülser morbiditesini arttırmaktadır. Bu ilişki gastrik ülserlerde, duodonal ülserlerden daha belirgindir. Ülserli hastalar arasında sigara içme oranı içmeyenlere göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. Ülserli hastaların sigarayı bırakmaları iyileşmeyi olumlu yönde etkiler. Deneysel çalışmalar sigaranın (Nikotinin) ulserojenik etkiyi arttırdığını ortaya koymuştur.

Sigara, Gebelik ve Süt Çocukluğu: Simpson, sigara içen annelerde (günde 1 paket) erken doğumun 3 kat daha fazla olduğunu, Jarvinnen ise sigara içen annelerin çocuklarının, içmeyenlere oranla 120 gr. daha az ağırlıkla doğduklarını saptamışlardır. Lenz bu ağırlık kaybını 170 gr. olarak vermekte, Meberg ise 270 gr. olarak bildirmektedir. Birçok araştırmacı, annenin içtiği sigara sayısı ile doğan çocuk ağırlığı arasındaki ilişkiyi saptamış, devamlı içilen sigaranın tekinin çocuk gelişmesine, doğumdaki ağırlık olarak, 10-20 gr. negatif etki etmekte olduğunu göstermişlerdir. Öyleyse sigara içen annenin bebeği 200-400 gr'lık ağırlık kaybı ile doğacaktır. Ayrıca sigara içen annelerde düşük ve ölü doğum da sık olarak görülmektedir.

Anne sütü ile beslenen çocuklarda nikotinin akut ve kronik belirtileri, içilen sigara sayısına bağlı olarak, hafif ve ağır bir şekilde görülmektedir. Genellikle kusma, dalgınlık, uyuklama, taşikardi ve gastrointestinal belirtiler şeklinde ortaya çıkabilir. Çoğu zaman bu belirtiler yanlış değerlendirilmekte, bebek çaprazık problemlere itilmektedir.

Sigara ve Tütün Kullanmayanlar: Goethe sigara içimi için "tütün içme can sıkıcı bir nezaketsizliğe, başkalarına karşı küstahça davranışlara, saygısızlığa sebep olur. Tütün içenler, etraflarındaki havayı kirleterek, tütün kullanmadıkları halde savunmasız kalmış zavallı kişileri "zehirlerler" demektedir.

Gerçekten bu anlayışsızlık bugün o hale gelmiştir ki, hiç kimse tütün dumanını zorunlu olarak solumaktan, yani pasif biçimde tütün içmekten kendini kurtaramamaktadır.

Harmsen ve Effenberger, çok dumanlı tren kompartmanlarında, otobüslerde, restoran, kahvehane ve konferans salonlarında 1 m³ hava içinde 3-5.2 mg. nikotin olduğunu saptamışlardır. Bu atmosfer içinde bulunan, fakat tütün içmeyen kimse 1 saatte 1 sigaraya eşdeğer tütün dumanı solumak zorunda kalmaktadır.

Görüldüğü gibi, sigara bireysel sorumluluk olmaktan çıkmış, toplumsal sorun haline almıştır. Bu durum tüm dünya uluslarını dumsansız bir atmosfer sağlamak için önlem almaya zorlar hale gelmiştir.

Sigara ve Sosyo-ekonomik Sorunlar: Solunum sistemi sigaradan öncelikle etkilenen bir sistemdir. Akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları etyolojisinde sigaranın etkinliği istatistiksel verilere dayanmaktadır. Akciğer kanseri % 75-90 oranında erkeklerde ve % 75 oranında da 50-60 yaşları arasında görülmektedir.

Kronik bronşit, anfizem 40-59 yaşları arasındaki erkeklerde % 17-21 olarak bulunmuştur. Bunların çoğu sigara içen, ekonomik düzeyi düşük olan bireylerdir. Mortalite istatistiklerinde, solunum sisteminin bu kronik hastalıkları ön sırayı almaktadır.

40-60 yaşları arası erkekler ekonomik faal nüfusu oluşturmaktadır. Bu yaşlardaki bireyleri etkileyen hastalıklar ve ölümler ülke için ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Akciğer kanserinden ölüm, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarından iş gücü ve iş günü kayıpları, hastaların sık sık işi bırakıp başlamaları ile işe uyumsuzlukları, özellikle endüstri kesimi açısından büyük ekonomik kayıplar oluşturmaktadır. Sakatlıklar ve iş görememezlik nedeniyle ödenen sigorta primleri, emeklilik aylıkları genel bütçelere büyük yükler getirmekte, ulusal geliri olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık kuruluşlarının pahalı kanser tedavilerine yönelmeleri, uzun süre tıbbi bakım gerektiren kronik obstrüktif akciğer hastalarına, hastane yataklarının ayrılması da gelişmiş ülkelerde bile büyük ekonomik sorun haline gelmiştir. ABD'nde her yıl 15.000 milyon doların kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına ayrıldığı, İngiltere'de tütün ve mamullerinden alınan verginin, tütünün yol açtığı hastalıkların tıbbi bakımını karşılayamadığı anlaşılmıştır.

Sigara içiminde caydırıcı eğitim çalışmalarına ve sigaranın sebep olduğu hastalıkları araştırmak için kullanılan eğitim-araştırma merkezlerine, batı ülkelerinde büyük parasal harcamalar yapılmaktadır.

Sigara içenlerin sebep olduğu yangınlar da büyük ekonomik zararlara mal olmaktadır. ABD'nde yangınların % 25'ine dikkatsiz sigara tiryakilerinin sebep olduğu bildirilmektedir. Orman yangınlarının çok olduğu ülkemizde de bu durum büyük bir etken olmaktadır. Tütün yetiştirici geri kalmış ülkelerde tütün ekim alanı açmak için orman alanlarının tahrip edildiği, ülkelerin verimli topraklarının çöllerleştirildiği de bir gerçektir.

Böylece gerek tıbbi ve gerekse sosyo-ekonomik zararlarından ancak bir kısmına değinebildiğimiz bu korkunç salgın ve afetten korunma ve kurtulmanın çareleri var mıdır, varsa nelerdir? Kısaca değinmenin yararlı olacağı kuşkusuzdur.

Bireysel olarak kişiyi tütün tutsaklığından kurtarmak için akupunktur, hipnoz, kısa sürede hızlı ve fazla sigara içmek gibi çeşitli yöntemler denenmiş ise de, beklenen sonuçlar alınamamıştır. Uygulanan yöntemler içinde en geçerli olanı, kişinin yönlendirilmesi, tedaviyi kabul eder hale getirilmesi, psikolojik yaklaşımlar ve bu alışkanlığı bıraktığı takdirde karşılaşıacağı belirtileri azaltmaya yönelik önlemlerdir.

Tütünü bırakmaya aday kişiye en iyi yaklaşım ikna ve inandırma yoluyla olur. Gençler, sigara içmenin ergenlik devresinin bir simgesi olduğunu kabul ederler. Bunun doğru olmadığı kendilerine anlatılmalıdır.

Ayrıca ilk ve ortaokul öğrencileri eğitildiği takdirde, sigara içen anne ve babalarına baskı yapabilirler. "Baba uzun ömürlü olmanı, düğünümde bulunmanı, torunlarını görmeni istiyorum" şeklindeki çağrılarla sigara içen aile bireylerine etkili olduğu gözlenmiştir.

Takdik yaklaşımında, hekim eğitici ve yönlendirici rol oynamalıdır. Yumuşak, fakat etkili olmalı, asla korkutucu olmamalıdır. Adaya "kendi iradeni kullan" gibi sözler söylenmemelidir. Tütünü bıraktıktan sonra görülecek olan yoksunluk belirtilerinin önemli olmadığı, kendiliğinden geçeceği ve sağlığı için bunların hiçbir zaman tehlike yaratmadığı kendisine iyice anlatılmalıdır.

Aday sigarayı bırakmakla sevgilisini bırakmış duruma düşeceğini sanabilir. Bu inancın yok edilmesi gerekir. Aksine bu alışkanlıktan kurtulduktan sonra yaşamında yenilik olacağına inandırılmalıdır.

Görüldüğü gibi, tütün tutsaklığından kurtulmanın esası, kişinin eğitilmesi esasına dayanır. Avrupa ve Amerika gibi ülkelerde, sigarayı kesinlikle bırakması gereken kişiler için, örneğin gebe kadınlar, koroner damar hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıkları olanlar için, eğitilmiş personeli ve diğer olanakları bulunan "Sigarayı Bırakma Klinikleri" vardır. Bu kliniklerin yararlı oldukları kesinlikle ortaya çıkmıştır.

SUMMARY

SMOKING HABITS AND HEALTH PROBLEMS

Smoking habits have been a great contemporary problem. This great epidemical habit, as time goes by, has been extended and toxicated the young generations by its enforced addictin. There of, in this brief study we have endeavoured to indicate the latest developments both in our country and in the world and to offer some preventive measures regarding this very problem.

KAYNAKLAR

1. Akkaynak, S., Akyol, T., Tatlıoğlu, T.: Sigaraya bağlı erken solunum fonksiyonları değişiklikleri. Ankara Tıp Bülteni, 3: 1-8, 1981.
2. Tütün ve İnsan Sağlığı Sempozyumu, Tüberküloz ve Toraks Derneği Yayınları, Ankara, 1980.
3. Kaymakçalan, Ş.: Tütünün farmakolojisi ve toksikolojisi. Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası, 33: 497-506, 1980.
4. Cigeroğlu, O., Timuralp, B.: Sigara içenlerde Master testi ile elde edilen neticeler, Anadolu Tıp Dergisi, 2: 199-217, 1980.

5. Hammond, E. C.: "Tar" and nicotine content of cigarette smoking in relation to death rates, Environmental research, 12 (3): 263-274, 1976.
6. Dall, R., Peto, R.: Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male British Doctors, British Medical Journal, 2 (6051): 1525-1536, 1976.
7. Maugh, T. H.: Chemical carcinogenesis: A long-neglected field blossom, Scienence, 183: 940-944, 1974.
8. Rogot, E.: Smoking and Mortality Among U. S. Veterans, Journal of Chronic Diseases, 27: 189-203, 1974.
9. Levin, W., Conney, A. H., Alvares, A. P.: Induction of benzo (a) pyrene hydroxylase in human skin, Science, 176: 419-420, 1972.
10. Hammond, E. C.: Life expectancy of American men in relation to their smoking habits, Journal of National Cancer Institute, 43 (4): 951-962, 1969.
11. Lombard, H. L.: Epidemiological Study in Lung Cancer, Cancer, 18: 1301, 1965.
12. Best, E. W. R.: A candian study of mortality in relation to smoking habits: A premiliminary Report, Canadian Journal of Public Health, 52: 99-106, 1961.
13. Simpson, W. J.: Preliminary report on cigarettes smoking and the incidence of prematurity, Amer. J. Obst. Gyneec., 73: 808-815, 1957.
14. Cutler, S. J., Loveland, D.B.: The risk of developing lung Cancer and its relationship to smoking, J. Nat. Cancer Inst., 15: 201, 1954.

(*) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(***) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim görevlisi