Демографски преглед

Београд Година XVI Број 59/2016

ПУШЕЊЕ КАО ФАКТОР РИЗИКА У СМРТНОСТИ СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ

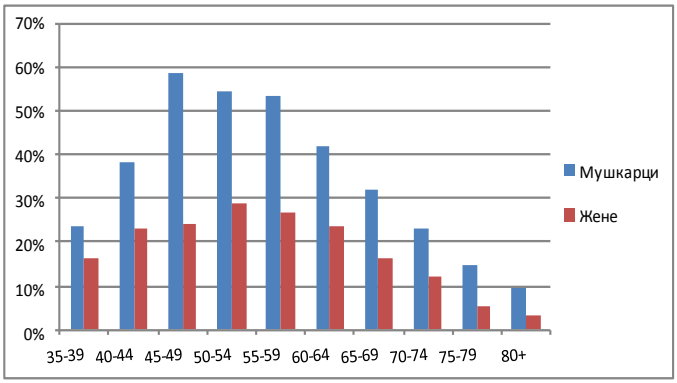
У литератури се често као појединачно најзначајнији узрок смрти издваја употреба дувана. Последице пушења на морбидитет и морталитет становништва добро су документоване на примерима појединих развијених земаља, али на простору Србије није било довољно радова са овом тематиком. Нарочито је изостао покушај да се процени утицај дувана на очекивано трајање живота мушкараца и жена.

У недостатку детаљних података о распрострањености пушења, рак плућа је добар показатељ нагомиланих штетности пушења. У публикацији Peto et al. (1992) истакнуто је да је ниво смртности од рака плућа добар показатељ „зрелости“ епидемије пушења у популацији. У развијеним земљама карцином плућа је изузетно редак међу непушачима. Управо та констатација је основа у Пето-Лопез методу који се најчешће користи у квантификацији последица конзумирања дувана и који је примењен у индиректној процени штетности пушења на здравље становника Србије.

Утицај пушења на смртност мушкараца и жена

Употреба дувана у Србији је дужи низ година један од најзаступљенијих фактора ризика за настанак болести и превремене смртности. Морталитет од болести или узрока смрти који се доводе у везу са пушењем је, на основу трогодишњег просека 2010-2012. година, око 17 хиљада смртних случајева на годишњем нивоу, што је приближно 17% укупне смртности. Код мушкараца око 13 хиљада смрти се годишње повезује са овим фактором или четвртина укупног броја, док је код жена удео знатно мањи и износи 9%. Посматрано по старосним групама, апсолутно највећи број смрти се региструје код мушкараца старих 55-59 година (око 2.200). Релативно, 60% свих смрти у старости 45-49 повезује се са пушењем, а преко половине у узрасту 45-59 (графикон 1). Најмање вредности су код старих 75-79 и 85 или више година.

Графикон 1. ***Удео смртности за коју је одговорно пушење по старости и полу, Србија 2010-2012.***



Извор: Припремљено на основу података РЗС-а.

Код жена су знатно ниже вредности. Највећи број смртних случајева је код старих 70-74 године и износи око 760, што је три пута ниже од највећег броја умрлих код мушкараца. Удео је највиши (29%) у старости 50-54, а преко петине укупне смрти бележи се код старих 40-64 године. Изузетно низак удео је код најстаријих 75-79 и 80 или више, 5% односно 3%.

Већа распрострањеност пушења = већи удео тумора у смртности

Од свих великих група болести, тумори су под највећим утицајем пушења. Паралелно са повећавањем удела пушача у укупној популацији, бележи се и константан пораст стопа морбидитета и морталитета од канцера. Њихов удео у укупној смртности расте од средине 20. века (од 3% до 22%). Учешће смртности за коју је одговоран дуван код тумора је висок и износи 43% код мушкараца и 14% код жена. Мушкарци стари 45-59 година имају удео преко 60%, а чак и код најстаријих (80 или више) петина смрти од карцинома је повезана са пушењем. Код жена највећи удео има група 50-54 године од 24%, док 20% или више имају још и петогодишње групе из интервала 45-64 године.

Утицај пушења на кардиоваскуларне болести је доста мањи и годишње око 6 хиљада смрти се повезује са употребом дувана, односно 11% од

свих болести срца и крвотока. Више код мушкараца (16% наспрам 6% код жена). Посебно су угрожене релативно млађе старосне групе до 60 година, где код мушкараца удели прелазе 50% у старости 45-59, а код жена 30% у истом старосном интервалу. Штетност пушења код мушкараца се манифестује неким обликом канцера у 42% смртних случајева повезаних са пушењем, 33% са васкуларним болестима и око 4% са респираторним обољењима. Жене имају изједначен удео код тумора и болести циркулаторног система (по 36%) и нешто виши удео него што је код мушкараца, у болестима дисајних органа (6%).

Пушење знатно скраћује животни век, нарочито код мушкараца

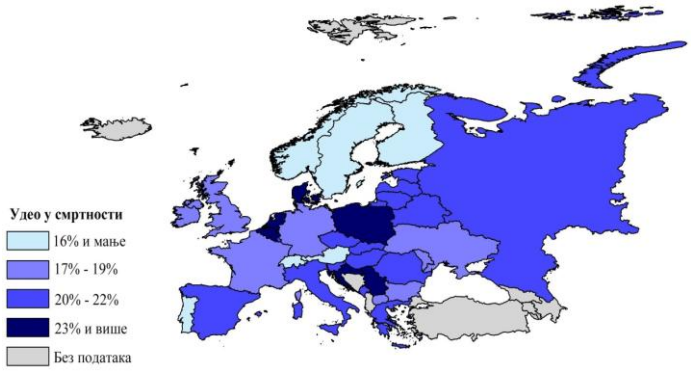
Пушење је појединачно најчешћи узрок превентабилне смрти и код мушкараца и код жена у Србији. Када би се елиминисала смртност под утицајем пушења, мушкарци би имали дуже очекивано трајање живота при живорођењу за око 3 године. Добитак од око 3 године односио би се на очекивано трајање живота свих старосних група до 55 година старости. Код старијих група становништва значај се губи, па код старих 80-84 и 85 или више нема доприноса очекиваном трајању живота. Утицај пушења на очекивано трајање живота код жена је значајно мањи и добици у годинама су скромнији. Да није последица пушења, жене би живеле за 0,7 година дуже. Код жена старих 60 или више година, пушење нема утицаја на очекивано трајање живота.

У Европи, Мађари и Данкиње највише умиру од пушења

Разлике међу земљама постоје, како у времену настанка, тако и у обиму тзв. пушачке епидемије (енг. *smoking epidemic*) и она је нарочито наглашена од друге половине 20. века.

Најмањи удео смртности за коју је одговорно пушење је, према проценама за период око 2010. године, код мушкараца у скандинавским земљама, као и Аустрији, Швајцарској и Португалији (карта 1). Нарочито се издваја Шведска где тај удео износи 10% (чак пет процентних поена мање од следеће земље у низу). На другој страни, државе које су највише оптерећене смртношћу која се доводи у везу са пушењем су Мађарска, Пољска, Белгија, Хрватска и Србија. Као и у претходној групи, од

Карта 1. ***Удео смртности у мушкој популацији за коју је одговорно пушење, европске земље око 2010. године***



Извор: Приређено на основу података из Peto et al. (2012) и ауторових израчунавања.

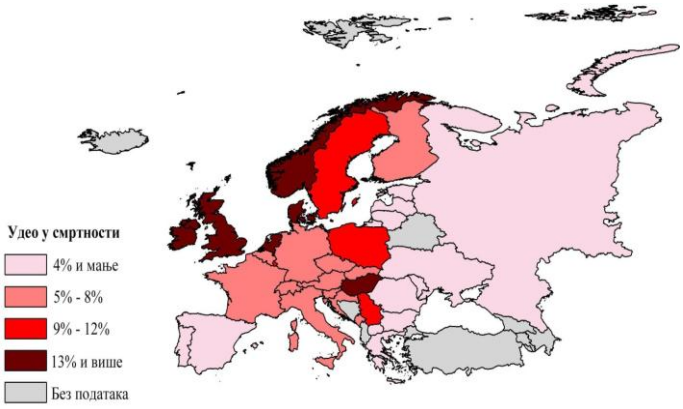
осталих значајније одскаче Мађарска чији је удео 31% (пет процентних поена више од следеће земље у низу). Највећи број држава (15) има удео 20-22% и то су махом земље централног и источног дела Европе. Са изузетком Данске, Белгије и Холандије, просечно ниже вредности су остварене у Северној и Западној Европи.

У анализи смртности под утицајем дуванског дима, нарочито је значајна веза између тумора и пушења (Fenelon & Preston, 2012), јер указује на чињеницу да просечно млађе становништво умногоме доприноси укупној смртности за коју је одговорно пушење. Подаци за период око 2010. показују да се са уделом од 20% у смртности за коју је одговорно пушење, када се посматрају искључиво канцери, мушкарци у Шведској налазе у повољнијем положају у односу на друге европске земље. Као и код укупне смртности, разлика у односу на остале је значајна и износи седам процентних поена. Најнеповољнији положај има поново Мађарска, али и Црна Гора, где се чак половина укупне смртности од тумора повезује са употребом дувана. Србија је високо рангирана са 43%.

Жене имају знатно ниже уделе смртности за коју је одговорно пушење од мушкараца, а интервал јављања вредности је значајно краћи 1-22% (карта 2). Може се приметити да је рангирање земаља, према уделу смртности за коју је одговорно пушење, доста другачије него што је то код мушкараца. Источни део континента има просечно најниже уделе, док северни предњачи (изузетак је Мађарска). Данска има највише вредности од 22% и готову исту изложеност жена дуванском диму као што је то код мушкараца, где је удео 23%. Уз дупло ниже вредности него што су у Данској, Шведска је

једина европска земља где жене предњаче у односу на мушкарце, када је у питању употреба дувана (удео је 11% наспрам 10% код мушкараца). Најниже вредности су у бившим републикама СССР, али и у Грчкој, Шпанији и Португалији (удео је 1-2%).

Карта 2. ***Удео смртности у женској популацији за коју је одговорно пушење, европске земље око 2010. године***



Извор: Приређено на основу података из Peto et al. (2012) и ауторових израчунавања.

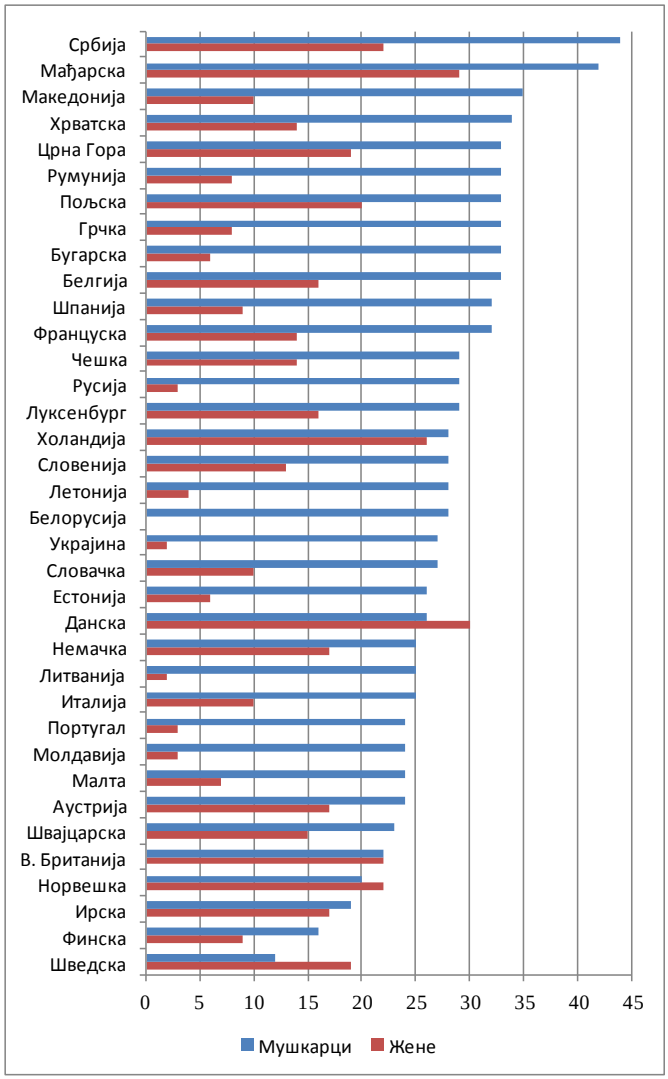
Француска и медитеранске европске земље су касније, у односу на скандинавске државе, имале широку распрострањеност пушења међу женама, у периоду када су постојале јаке акције опште превенције, тако да никада жене (процентуално) у тим земљама нису биле изложене дуванском диму као што су то становнице северног дела Европе (Staetsky, 2009). Жене у Србији имају умерено висок удео од 9% и налазе се међу десет најугроженијих земаља у Европи. У Данској 27% свих смрти од неког облика рака код жена повезано је са конзумацијом дувана, док су у Литванији и Украјини удели 1%. Србија је са 14% на десетом месту са Црном Гором, која као и код мушкараца има знатно више вредности када се посматра искључиво смртност од канцера.

Србија и Мађарска неславни лидери у пушењу у популацији 35-69 година

Утицај пушења на морталитет становништва се пре свега види у категорији становништва 35 година или старији, јер је потребно одређено време да дође до критичне акумулације штетних дејстава дуванског дима. Старији од 69 година, рођени до почетка Другог светског рата, не представљају вулнерабилну групу становништва када је у питању овај фактор смртности.

Мушкарци у Србији, стари 35-69 година, највише су оптерећени смртношћу услед дуванског

Графикон 2. ***Удео смртности (%) у старости 35-69 год. за коју је одговорно пушење, европске земље око 2010. године***



Извор: Приређено на основу података из Peto et al. (2012) и ауторових израчунавања.

дима у Европи (графикон 2). Чак 44% укупне смрти у том узрасту је директно повезано за пушењем. Осим Мађарске, где је смртност код мушкараца, такође, релативно висока (42%), остале земље имају значајно ниже уделе. Ипак, посматрано на нивоу читавог континента, државе Балканског полуострва (и њихови непосредни суседи) имају највише уделе смрти за коју је одговорно пушење. Удео у Шведској (12%) је 3,5 пута нижи од оног у Србији. Поред Шведске, Финска, Ирска и Норвешка имају учешће мање од 20%. Последице пушења, у старости 35-69, су највеће када се посматрају тумори, код мушкараца у Мађарској (60%), Црној Гори (57%) и Србији (55%). Више од половине смртних случајева је и код Пољака и Румуна, док су са уделом од 49% јако близу и Хрватска, Македонија, Бугарска и Белгија. Поново су

најнижи удели на северу континента, па тако Швођани имају три пута мањи ризик од Мађара.

Код женске популације, када се посматрају стари 35-69 година, предњаче становнице Данске (30%) и Мађарске (29%). Удели су високи на северу Европе, али и у Србији (22%). Међу десет најугроженијих земаља, налази се и Црна Гора са 19%. Државе источног и јужног дела Европе имају најмање вредности и удели не прелазе 10%. Код тумора, Мађарска и Данска су процентуално само замениле места, а вредности су готово идентичне онима за све узроке. Србија и Црна Гора су поново међу десет најугроженијих, с тим што су у Црној Гори нешто више вредности.

Пушачка епидемија и толерантност према пушењу у Србији

На основу истраживања здравља у Републици Србији за 2013. годину (ИЗЈЗС-Батут, 2014), више од половине становништва је пушило некада током живота (52%). Већина од њих су били свакодневни пушачи (82%). На основу процена за 2013. годину чак 35% становништва Србије пуши. Свакодневних пушача је 29%, а јаку зависност (пуше више од 20 цигарета дневно) има 17%.

Код лица старих 15 или више година, 38% је пушача код мушкараца и 32% код жена. Забрињава што петина младих 15-19 пуши, а девојчице имају нешто виши удео од дечака. То је једина старосна група где женска популација у Србији има већи удео пушача. На овај начин се наговештава да се у наредном периоду може очекивати смањење разлике по полу у морбидитету и морталитету за који је одговорно пушење и да се скандинавски модел понашања постепено усваја.

У Србији је 2010. године донет Закон о заштити становништва од изложености дуванском диму којим се ограничава употреба дуванских производа. На основу анкете о ефектима и ставовима у вези са Законом о заштити становништва од изложености дуванском диму (ИЗЈЗС-Батут, 2015), половина пушача нема жељу да престане да пуши. Основни разлози су лично задовољство конзумирања дувана (46%) и јака навика (43%). Одговори на питање „Да ли је у вашој кући дозвољено пушење?“ показују да је у 75% домаћинства пушење дозвољено свуда или у неким просторијама. Толерантан став према пушењу у већини домаћинстава произилази између осталог и из података да је више испитаника којима изложеност дуванском диму у кући уопште не смета (37%) или не смета много (40%), него оних којима много смета (14%). Становништво Србије је изложено дуванском диму и у другим затвореним просторима, при чему је више од две трећине становника изложено дуванском диму у кафићима и ресторанима. Подаци потврђују велику толерантност друштва према дуванском диму и указују да је неопходно интензивирати мере за промену социјалних норми у вези са пушењем у Србији.

Литература

Fenelon, A., & Preston, S. H. (2012). “Estimating Smoking-Attributable Mortality in the United States”. *Demography*, 49, 797–818. doi:10.1007/s13524-012-0108-x.

ИЗЈЗС-Батут (2014). *Резултати истраживања здравља становништва Србије: 2013. година*. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

ИЗЈЗС-Батут (2015). *Резултати Истраживања о ефектима и ставовима у вези са Законом о заштити становништва од изложености дуванском диму*. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (1992). “Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics”. *Lancet*, 339, 1268–1278. doi:10.1016/0140-6736(92)91600-D

Peto, R., Lopez, A. D., Pan, H., Boreham, J., & Thun, M. (2012). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2020*. http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/

РЗС (2010-2012) *Демографска статистика*. Београд: Републички завод за статистику.

РЗС (2012). „Старост и пол“. *Попис становништва, домаћинстава и станова 2011. у Републици Србији, Књига 2*. Београд: Републички завод за статистику.

Staetsky, L. (2009). “Diverging trends in female old-age mortality: A reappraisal”. *Demographic Research*, 21, 885–914. doi:10.4054/DemRes.2009.21.30.

Мр Иван Маринковић

Издавач: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања у сарадњи са Центром за демографска истраживања Института друштвених наука
Уредник: др Мирјана Рашевић