

TÜRKİYE’DE KANSER DURUMU ve ULUSLARARASI GÖSTERGELER İLE UYUMUNUN DEĞERLENDİRMESİ

Dr. Nazan YARDIM

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı,
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen 100’den fazla sayıda hastalığın yer aldığı grup için kullanılan jenerik bir isimdir. Kullanılan diğer terimler ise malin tümörler ve neoplazmlardır. Kanserin betimleyici bir özelliği, kendi sınırları dışına doğru büyüyen ve “metastaz” olarak adlandırılan vücudun birleşme noktalarına ve diğer organlara da yayılma ihtimali bulunan anormal hücrelerin sayısında artış meydana gelmesidir. Metastaz, kanserden kaynaklanan ölümler arasında en sık görülen nedendir. Tüm kanser türlerinden kaynaklanan 2005 yılına ait ölümlerin % 70’den fazlası düşük ve orta gelir grubuna dahil ülkelerde meydana gelmiştir. Kanser, hücrelerin, vücudun herhangi bir dokusunun etkileyebileceği şekilde kontrol edilemez büyümesi ve çoğalmasdır. Tüm dünyada kadımlar ve erkekler arasında en sık görülen kanser türleri ise akciğer, kolorektal ve mide kanseridir. Erkekler açısından en yaygın türler akciğer ve mide kanseri iken kadınlar açısından bu meme ve serviks kanseridir. Her yıl 11 milyondan fazla insana kanser tanısı konmaktadır. 2020 yılına dek her yıl 16 milyon yeni vakanın ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir. Kanser her yıl 7 milyon kişinin ölümüne - diğer bir ifade ile, tüm dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık olarak % 12,5’ine – neden olmaktadır. (1) Kanserin nedenleri ve türleri coğrafi bölgeler arasında değişiklik göstermektedir ancak çoğu ülkede bir fertlerini kanserden dolayı kaybetmiş ailelere rastlamak zor değildir. Kanserden kaynaklanan hastalık yükü oldukça fazladır ve sadece bireyleri değil bu bireylerin akrabalarını ve arkadaşlarını da etkilemektedir. Toplum düzeyinde ise kanser hem yoksul hem de varlıklı ülkelerin sağlık hizmetlerinde benzer sorunlara yol açmaktadır (2).

Kanser, hücre çoğalması (artışı) ve onarımından sorumlu genlerde bir takım değişimler meydana gelmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu değişimler genetik konakçı faktörler ile aşağıdaki gibi

gruplandırabileceğimiz yabancı (dış) ajanlar arasında meydana gelen etkileşimin bir sonucudur:

- Ultraviyole (UV) ve ion radyasyonu gibi fiziksel karsinojenler
- Asbest ve sigara gibi kimyasal karsinojenler
- Biyolojik karsinojenler:
 - Virüs enfeksiyonları (Hepatitis B Virüsü ve karaciğer kanseri, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve serviks kanseri) ve bakteri enfeksiyonları (Helicobacter pylori ve gastric kanser) ile parazitler (schistosomiasis ve mesane kanseri)
 - Gıdaların, karaciğer kanserine yol açan aflatoksinler gibi (Aspergillus fungi ürünleri) mykotoksinlerle kirlenmesi.

Sigara kullanımı ise kanserin en önemli risk faktörü olup akciğer, larinks, ezofagus, mide, mesane, ağız boşluğu kanseri ile diğer kanser türlerine yol açmaktadır. Hala yanıtlanmamış sorular olmakla birlikte, diyet faktörlerinin de kansere neden olmada önemli bir rol oynadığına ilişkin yeterince kanıt mevcuttur. Bu durum, yeterli miktarda sebze ve meyvenin tüketilmediği ve yüksek miktarda tuz alındığı diyetlerle birlikte bileşik bir risk faktörü olarak obezite için de geçerlidir. Yetersiz fiziksel aktivite de kanser için önemli bir risk faktörüdür. Alkolün de ozofagus, farinks, larinks, karaciğer, meme kanseri ile diğer kanser türlerine yol açtığına ilişkin kanıtlar mevcuttur (1)

Çalışmada Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi 2000-2001 ve 2002 yılı verileri; Karadeniz Bölgesi Risk Faktörleri Araştırması ve Hastalık Yükü Çalışması sonuçları irdelenerek ülkemizde kanser ile ilgili mevcut güncel bilgiler derlenmiştir. WHO, OECD ve EUROSTAT tarafından istenen göstergeler ve ülkemizdeki mevcut bildirim sistemi ve Minimum Veri Seti (MVS) uyumu değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kanser insidansı 2000 yılı için yüzbinde 49.29, 2001 yılında yüzbinde 60.49 ve 2002 yılında yüzbinde 70.24'dur (Şekil 1).

Cinsiyete göre kanser insidans hızı 2000 yılında kadın için yüzbinde 40.16, erkek için 58.18 olan insidans hızı, 2002 yılında sırası ile 59.57 ve 80.43 olmuştur (Şekil 2).

2002 yılı içinde en sık görülen beş kanser türüne bakıldığında yüzbinde 11.26 insidans hızı ile en sık akciğer kanserinin olduğu görülmektedir. İkinci sırada meme (%7.79), üçüncü sırada mide (4.92), dördüncü sırada deri (% 4.55) ve beşinci sırada mesane (% 3.66) kanserleri gelmektedir (Tablo 1).

Kanser kayıt sıklığı çalışması sonuçlarına göre ise Trabzon ilinde hastane arşivlerinden elde edilen verilere göre sırası ile akciğer (%19.1), mide (9.7), kolon-rektum (6.8), meme (%6.7), prostat (%5.5), kemik iliği

(5.7), mesane (%4.9) olarak tespit edilmiştir; Edirne ilinde ise akciğer (%26), meme (%8.1), Kemik iliği (%5.3), mide (%5.1), primer yer bilinmeyen (%4.5), mesane (%4) olarak tespit edilmiştir. Beyan edilen kanser türlerine bakıldığında % 30.4 ile Akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bunu %8.2 ile prostat, %7.8 ile barsak, %7.6 ile baş-boyun, %7.1 ile mide ve %6.8 ile lösemi izlemektedir (4).

2000 yılında toplam 430.459 ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 205.457'si kardiovasküler hastalıklar, 56.250'si ise kanserlerden meydana gelmiştir (Şekil 3).

Trakea, Bronş ve Akciğer kanserleri tüm ölümler arasında 7. sırada ölüme neden olmaktadır (Şekil 4).

Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında kanserler %13.07 ile 2. sıradadır (Şekil 5).

Ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre dağılımında erkeklerde Trakea, Bronş ve Akciğer kanserleri 5. sırada, mide kanseri 13. sırada, lösemi 14, mesane 15, kolon rektum 17, lenfomalar ve multiple myelom 19. sırada yer almaktadır. Kadınlarda ise meme kanseri 8. sırada, 15. sırada mide, 16. sırada lenfomalar ve multiple myelom,19. sırada over ve 20. sırada kolon rektum kanserleri bulunmaktadır (Tablo 2).

Ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre hastalık yükü (DALY) dağılımlarına göre kanserler (%9) 6. sırada yer almaktadır (Şekil 6).

Bölgesel düzeyde temel hastalık gruplarının DALY dağılımı içerisinde Batı bölgesi için toplam belirlenen 3.449.677 DALY'nin 263.345'i kanserlerin oluşturduğu hastalık yüküdür. Kanser nedeniyle batı bölgesinde oluşan hastalık yükünün cinsiyet dağılımına bakıldığında %8.46'sının erkeklerde ve %6.71'sinin kadınlarda görülen kanserlerden dolayı oluşturduğu görülmektedir. Doğu bölgesi, toplam hastalık yükü açısından bölgeler arası sıralamada ikinci durumda olmasına rağmen kanserler doğu bölgesi için hesaplanan toplam hastalık yükünün %4.47'sini oluşturmaktadır (Kadınlarda %3.79, erkeklerde %5,60) (Tablo3).

Türkiye ulusal düzey erkeklerde ve kadınlarda kanserlere bağlı 2000, 2010, 2020 ve 2030 yılında beklenen ölüm sayılarına göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı erkekler için 2010 yılında 44.616, 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Buna göre kanserlere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı kadınlarda 2010 yılı için 25.307, 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 39.094 olarak tahmin edilmektedir(Şekil 6).

“Sağlık Durumu, Mortalite” başlığı altında yer alan nedene özel mortalite göstergeleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanma durumu değerlendirildiğinde DSÖ tarafından serviks kanseri, malin meme, malign neoplazmlar ve trake/bronş/akciğer kanserileri için 0-64, 64 yaş üstü ve

tüm yaş grupları için 100000'de Standardize ölüm hızları istenmektedir. OECD tarafından ICD 10'e göre Serviks, Kolon ve rektum, Kadında meme, Trake/bronş/akciğerin, Malign prostat neoplazmı ve Malign neoplazmlar başlığında ölüm nedenleri ve Olası kaybedilen yaşam yılları istenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından göstergelerin tanımlarına göre sağlanıp sağlanmadığı değerlendirildiğinde ise mevcut formlardan çıkmadığı anlaşılmaktadır. *Aile Hekimliği MVS'den elde edilebilir* (Tablo 4).

DSÖ, OECD ve EURUSTAT tarafından talep edilen Sağlık Durumu, Morbidite başlığı altında yer alan hastalığa özel göstergeler ve Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanma durumu değerlendirildiğinde DSÖ tarafından; Kanser insidansı, Servix uteri kanseri, Kadın meme kanseri ve Trakea, bronş, AC kanseri insidansı (100000'de); Kanser prevalansı %; Serviks uteri kanseri, Kadın meme kanseri, Trakea, bronş, AC kanseri yeni vakalar ve Yeni kanser vakalarının sayısı ; OECD tarafından Malign neoplazmlar Serviksin malign neoplazmı, Kolonun malign neoplazmı Kadında malign meme neoplazmı AC malign neoplazmı AC malign neoplazmı Prostat malign neoplazmı; EUROSTAT tarafından Kanser-Kesin vaka sayıları ve standardize insidans hızları istenmektedir. Kanser Kayıt Merkezi Bilgi Formundan ilgili göstergeler elde edilebilir. Bu form Kanser Erken Teşhis ve Tedavi Merkezlerinde (KETTMM) düzenli olarak doldurulup Bakanlığa iletilmektedir. *-Aile Hekimliği MVS'den elde edilebilir* (Tablo 5).

2005 yılında dünyada meydana gelen toplam 58 milyon ölümün yaklaşık olarak 7.6 milyonu (ya da % 13'ü) kanserden kaynaklanmıştır (1). Ülkemizde ise 2000 yılındaki toplam 430.459 ölümün 56.250'si (%13) ise kanserlerden meydana gelmiş olup dünya ile benzerlik göstermektedir (Şekil 3).

2000 yılında kanser insidans hızı yüzbinde 49.29, 2001 yılında 60.69 ve 2002 yılında 70.24 olmuştur (Şekil 1)ve her iki cinsiyet için da hızın arttığı görülmektedir.(Şekil 2). Söz konusu duruma bakıldığında düzenli olarak yeni vaka sayısında artış bulunmaktadır. Ülke nüfusu yaşlanmakta olup 2003 yılında 65 yaş üzeri nüfus tüm nüfusun % 6.57'sini oluşturmaktadır (7). Yaşlılıkla birlikte kanser görülme sıklığının arttığı dikkate alındığında bu hızların önümüzdeki yıllarda artacağını tahmin edilebilir. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımına bakıldığında kanserler 2. sırada gelmektedir.(şekil 5)

Genel kanser mortalitesine neden olan temel kanser türleri Akciğer (1.3 milyon ölüm/yıl); Mide (yaklaşık olarak 1 milyon/yıl); Karaciğer (662,000 ölüm/yıl); Kolon (655,000 ölüm/yıl) ve Meme (502,000 ölüm/yıl) olarak sıralanmaktadır (1). Ülkemizde ise en sık akciğer kanseri görülmektedir . İkinci sırada meme (%7.79), üçüncü sırada mide (4.29), dördüncü sırada deri ve beşinci sırada mesane kanserleri gelmektedir

(Tablo 1). Kanser kayıt sıklığı çalışması sonuçlarına göre ise Trabzon ilinde hastane arşivlerinden elde edilen verilere göre sırası ile akciğer (%19.1), mide (9.7), kolon-rektum (6.8), meme (%6.7), prostat (%5.5), kemik iliği (5.7), mesane (%4.9) olarak tespit edilmiştir; Edirne ilinde ise akciğer (%26), meme (%8.1), Kemik iliği (%5.3), mide (%5.1), primer yer bilinmeyen (%4.5), mesane (%4) olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada beyan edilen kanser türlerine bakıldığında ise % 30.4 ile Akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bunu %8.2 ile prostat, %7.8 ile barsak, %7.6 ile baş-boyun, %7.1 ile mide ve %6.8 ile lösemi izlemektedir (4). Hastalık Yüğü Çalışmasında ise toplam ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri birinci sırada, mide kanseri ikinci, lösemiler üçüncü, meme kanseri dördüncü ve lenfoma ve multiple myeloma beşinci sırada yer almaktadır (5). Dünya ile birebir kanser türlerinin benzemesi beklenen bir durum değildir; dünyanın çeşitli yerlerinde çeşitli etken farklılıkları buna neden olabilir. Ancak ülke içerisinde sunulan sonuçların benzer olması beklenmekle birlikte KSDB, Karadeniz Kanser Risk Faktörleri Araştırması ve Hastalık Yüğü çalışması kanser sıralamaları farklıdır. Söz konusu farklılığın kayıtlardaki yetersizliklerden ve yöntem farklılıklarından kaynaklanması muhtemeldir.

Dünyada meydana gelen ölümlerin sıralamasına göre erkeklerde en sık rastlanan kanser türleri: *akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, ozağus ve prostat*; kadınlarda *meme, akciğer, mide, kolorektal ve servikal* (1). Ülkemizdeki sıralama ise erkeklerde Trakea, Braonş ve Akciğer kanserleri, mide kanseri, lösemi, mesane, kolon rektum, lenfomalar ve multiple myelom yer almaktadır. Kadınlarda ise meme, mide, lenfomalar ve multiple myelom, over ve kolon rektum kanserleri bulunmaktadır (5). Akciğer kanseri ve kadınlarda meme kanseri ilk sırada yer alarak benzerlik göstermektedir. Erkeklerde mide kanseri benzerken kadınlarda ikinci sırada yer alan akciğer kanseri ülkemizde kadınlarda sigara kullanımının göreceli az olmasına bağlı olarak benzerlik göstermemektedir. Yapılan 2003 yılı hane halkı araştırmasında 18 yaş üzeri sigara kullanımı erkeklerde %51 kadınlarda %17; 2006 yılında yapılan aile yapısı araştırmasında ise erkeklerde %50.6 ve kadınlarda %16.6. olarak bulunmuştur (7, 8).

Hastalık yüğü açısından değerlendirildiğinde Türkiye ulusal düzeyde toplam hastalık yüğü 10.802.494 DALY, erkekler için saptanan hastalık yüğü toplam 5,663,597 DALY ve kadınlarda toplam hastalık yüğü 5,138,897 DALY olarak hesap edilmiştir. Erkeklerde meydana gelen toplam DALY'lerin %7,6'sı kanserlere aittir. Kadınlarda ise toplam DALY'lerin %5,8'ini kanserler oluşturmaktadır. Kentsel alanda saptanan hastalık yükünün %6.8'i, kırsal alanda belirlenen hastalık yükünün ise %7.1'i kanserler nedeniyle meydana gelmektedir (5). Ulusal düzey temel

hastalık gruplarına göre DALY nedenlerinin dağılımına bakıldığında %6.8 ile altıncı sırada gelmektedir.(şekil 6)

Kanser nedeniyle ölecek insan sayısının 2015 yılında 9 milyonu ve 2030 yılında da 11.4 milyonu bulacağına dair tahminler doğrultusunda bütün dünyada kanserden kaynaklı ölümlerin sayısının artacağı düşünülmektedir (1) Ülkemizde de 2000 yılında erkeklerde kanserlere bağlı 35.026 olan ölüm sayısı 2030 yılında 89.137'ye; kadınlarda ise 21.174 olan ölüm sayısı 2030 yılında 39.094'e ulaşmaktadır (5). Hastalık yükü çalışmaları sağlık yatırımlarında ve planlamalarında önceliklerin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Söz konusu yükün azaltılması için gerekli önlemlerin alınması önem taşımaktadır.

Bölgesel düzeyde Karadeniz bölgesinde olası artmış kanser yükü açısından bakıldığında ise tüm bölgelerde erkek ve kadınlarda 5 sırada yer almakta olup kuzey bölgesinin artmış bir kanser yükü bulunmamaktadır (Tablo 3). Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması sonuçlarına göre Karadeniz bölgesinde diğer bölgelerden farklı bir artış ve dağılım görülmemiştir. Aynı Çalışma kapsamında yapılan hanehalkı çalışması, tiroid kanserindeki hücresel düzeyde yapılan çalışmalar ve biyolojik doz çalışması sonuçlarına göre Karadeniz bölgesinde Çernobil etkisi ile kanser arasında bir ilişki bulunmamıştır (4). Diğer yandan Kuzey bölgesinde kanser ölüm hızı yüzbinde 101 olup Türkiye (yüzbinde 83) geneline göre yüksektir. Ancak Türkiye nüfusu yaş gruplarına göre standardize edilince yüzbinde 81'e düşmektedir (9).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanserin artan önemi ve maliyeti erken teşhis ve tanıyı ön plana çıkartmaktadır. Buna yönelik olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde tarama programları uygulayacak, eğitim yoluyla halkın bilinçlenmesini sağlayarak kanser vakalarının erken evrelerde yakalanmasını sağlayacak merkezler oluşturulmaktadır. Bu kapsamda Kanser Savaş Daire Başkanlığı tarafından 36 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) kurulmuş, ayrıca Bakanlığımız ve Avrupa Birliği ile ortak yürütülen projeler kapsamında 11 ilde Kanser Tarama ve Eğitim merkezi kurulmuş olup toplam 47 ilde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi faaliyet göstermektedir. Önümüzdeki yıl 9 merkez daha açılarak toplam 56 il 2007 yılında faaliyet gösteren Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerine kavuşacaktır. Ayrıca 2005 yılından itibaren Kanser Erken Teşhis Tarama Merkezi bulunmayan illerde de bu merkezlerin kurulmasına karar verilmiştir. Böylelikle her ilimiz, kanser kontrolü ile ilgili bir merkeze sahip olacaktır (6).

Kanser kontrolü, teorik bilgilerimizi pratiğe dökerek kanserin nedenlerini ve sonuçlarını azaltmayı amaçlayan bir halk sağlığı yaklaşımıdır. DSÖ kendisine bağlı bir kanser araştırma kurumu olan

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Birleşmiş Milletler sistemi içinde yer alan diğer örgütlerle birlikte kanserin önlenmesi ve kontrolü hedefine yönelik olarak aşağıda belirtilen eylemleri gerçekleştirecektir:

- Kanser önlenmesi ve kontrolü için siyasi irade, taahhüt ve destek sağlanması

- Kanser kontrolüne ilişkin kanıta dayalı yaklaşımların geliştirilmesi ve uygulanması amacıyla yeni bilgilerin elde edilmesi ve var olan bilgilerin yayılması ve paylaşılması

- Önleme, erken teşhis, tedavi ve rahatlatıcı bakıma yönelik kanıta dayalı müdahalelerin etkin kanser kontrolü kapsamında planlanması ve uygulanması için standartlar oluşturulması ve rehber araçlar geliştirilmesi

- Kanser kontrolü örüntülerine ilişkin olarak küresel, bölgesel ve ulusal düzeyde çok-sektörlü ağların oluşturulması

- Etkin politikalar ve programlar geliştirmek ve uygulamak için kapasite oluşturulması ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi

- Kanıta dayalı kanser kontrolü müdahalelerinin doğru, hızlı ve etkili bir şekilde halka anlatılması için teknik destek sağlanması

Şu anda tüm kanserlerin en azından üçte birini önlemenin yollarına ilişkin bilgiye sahip bulunmaktayız. Kanser, büyük ölçüde, önlenbilir bir hastalıktır: sigarayı bırakmak, sağlıklı besinler tüketmek ve karsinojenlere maruziyetten sakınmak yoluyla. Ayrıca, vakaların üçte birinin erken teşhisine ve etkili tedavisine yardımcı olacak bilgiler de mevcuttur. En sık görülen bazı kanser türleri cerrahi müdahale, kemoterapi ya da radyoterapi ile iyileştirilebilmektedir. Erken teşhis durumunda ise tedavi şansı çok daha fazladır. Kaynakların yetersiz olduğu durumlarda dahi hastalara ve hasta ailelerine yönelik bir takım etkin rahatlatıcı bakım stratejileri söz konusudur.

- Kapsamlı ulusal kanser kontrolü programlarının iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi;

- Kanser kontrolü için uluslararası ağlar ve ortaklıklar kurulması;

- Serviks ve göğüs kanserinin erken teşhisine yönelik organize ve kanıta dayalı müdahalelerin iyileştirilmesi;

- Hastalık ve program yönetimi konusunda rehber geliştirilmesi;

- Tedavi edilebilir tümörler için etkin tedavilere ilişkin akılcı yaklaşımların desteklenmesi;

- Tüm dünyada sorundan kaynaklı sıkıntıların azaltılması ve rahatlatıcı bakım hizmetlerine duyulan ihtiyacı karşılamaya yönelik düşük maliyetli yaklaşımların desteklenmesi (1)

Kanser kontrol programlarının yeterince yapılabilmesinde de izleme-değerlendirme kapsamında kayıt ve bildirim sistemi tartışmasız öneme sahiptir. Ancak ülkemiz açısından uluslararası bazı kuruluşlar tarafından

talep edilen bazı göstergelerin sağlanması ne yazık ki mümkün olmamaktadır. DSÖ tarafından serviks kanseri, malin meme, malign neoplazmlar ve trake/bronş/akciğer kanserileri için 0-64, 64 yaş üstü ve tüm yaş grupları için 100000'de Standardize ölüm hızları istenmektedir. OECD tarafından ICD 10'e göre Serviks, Kolon ve rektum, Kadında meme, Trake/bronş/akciğerin, Malign prostat neoplazmı ve Malign neoplazmlar başlığında ölüm nedenleri ve Olası kaybedilen yaşam yılları istenmektedir. (Tablo 4). Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından ise göstergelerin tanımlarına göre sağlanıp sağlanamadığı değerlendirildiğinde ise mevcut formlardan çıkmadığı anlaşılmaktadır. Öncelikle ölüm nedenleri sadece il ve ilçe merkezlerinden toplanabilmektedir. Diğer bir husus bu nedenler ICD 8'e göre alınmakta alınan nedenlerin de Zira ölüm nedenleri doktorlar tarafından doğru yazılmamaktadır. Diğer bir husus ölüm nedenleri ICD 8'e kodlanmaktadır. Ayrıca üniversite hastanelerinden onkoloji hastaları ile ilgili verilerin Sağlık Bakanlığına düzenli olarak iletilmemektedir ve kronik hastalıklar/bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin spesifik bir form bulunmamaktadır. Form 018'de sadece bazı kanserler, diyabet, guatr, bazı hemoglobinopatiler vb hastalıkların vaka sayısı alınmaktadır. İlgili hızların alınabilmesi için formların her bir göstergenin tanımlanmasına göre düzenlenmesi gerekmektedir.

Halen TÜİK ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile oluşturulan komisyonda uluslararası kuruluşlar DSÖ ve EUROSTAT tarafından önerilen "ölüm formu" kabul edilmiş ve 1-31 Ekim 2006 tarihleri arasında belirlenen hekimler tarafından Ankara ve Kırıkkale illerinde pilot çalışma yapılmıştır. Söz konusu ölüm formları ICD 10 olarak doğru ölüm nedenlerinin alınmasını hedeflemektedir. Bu durumun işlerlik kazanması halinde il ve ilçe merkezleri için Nedene spesifik mortalite başlığı altındaki göstergeler sağlanabilecektir. Kırsal ölüm sayı ve nedenlerinin alınabilmesi için ise sözel otopsi çalışması planlanmakta olup oluşturulan anketin pilot çalışması yine 1-31 Ekim 2006 tarihleri arasında Kırıkkale ili hekim olmayan bölgesinde yapılmıştır. Kırsal ölüm nedenlerinin aile hekimliği sisteminin yerleşmesi halinde alınabileceği planlanmaktadır. Sorumlu kurum Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı'dır. *Aile Hekimliği kapsamında oluşturulan MVS doğru olarak işletildiği ve hastaneler ile gerekli bağlantılar kurulduğu takdirde göstergeler elde edilebilir.*

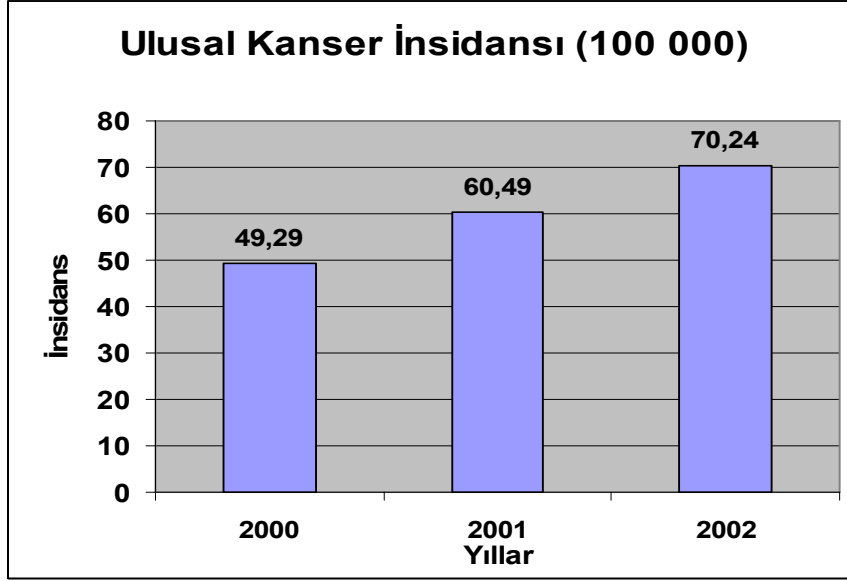
Sağlık Durumu, Morbidite hastalığa özel göstergeler başlığında ise DSÖ tarafından Kanseri insidansı, Servix uteri kanseri, Kadın meme kanseri ve Trakea, bronş, AC kanseri insidansı (100000'de); Kanseri prevalansı %; Serviks uteri kanseri, Kadın meme kanseri, Trakea, bronş, AC kanseri yeni vakalar ve Yeni kanser vakalarının sayısı ; OECD tarafından Malign neoplazmlar Serviks'in malign neoplazmı, Kolonun malign neoplazmı Kadında malign meme neoplazmı AC malign

neoplazmi AC malign neoplazmi Prostat malign neoplazmi; EUROSTAT tarafından Kanser- Kesin vaka sayıları ve standardize insidans hızları istenmektedir (Tablo 4). Bu göstergeler Kanser Kayıt Merkezi Bilgi Formundan ilgili göstergeler elde edilebilir. Bu form Kanser Erken Teşhis ve Tedavi Merkezlerinde (KETEM) düzenli olarak doldurulup Bakanlığa iletilmektedir. *-Aile Hekimliği MVS'den elde edilebilir.*

1983 yılından bu yana bütün Sağlık Ocaklarında, hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan personel ile özel doktorların yeni ve belirlenmiş her kanser vakasını bildirmeleri yasa ile zorunlu tutulmuştur. "Pasif sistem" olarak tanımlanan sistemde İl Sağlık Müdürlüklerine gelen bilgiler kayıt için Sağlık Bakanlığı'na iletilmektedir. Bu "pasif sistem" iyi işlememektedir; çünkü bugün cevaplılık oranları % 30 ile 60 arasında değişmektedir. Sonuçta 14 il merkezinde Kanser Kayıt Merkezleri oluşturulması yoluna gidilmiştir ("aktif sistem"). Bu merkezlerde görev yapan özel eğitim görmüş personel hastaneleri ziyaret ederek kanser vakalarını gösterebilecek önemli belgeleri incelemektedir. Bugün uygulanan "aktif sistemin" giderilmesi gereken başlıca sorunu veri kalitesi ile ilgilidir. Ayrıca hastanelerde dosya ve arşiv sistemlerinin yeterli olmaması, otomasyon sistemlerinin yeterli olmaması, kanser kayıt elemanlarının meslek olarak tarif edilmemesi, il ve hastane yönetimlerinin kayıtçılığa yeterli önemi vermemesi, eğitilmiş kanser kayıt elemanlarının başka işlerde çalıştırılması ve sık yer değiştirmeleri, istatistik ve İngilizce bilen eleman yetersizliği nedeniyle kayıtlarda ve bildirimlerde sorunlar yaşanmaktadır (6).

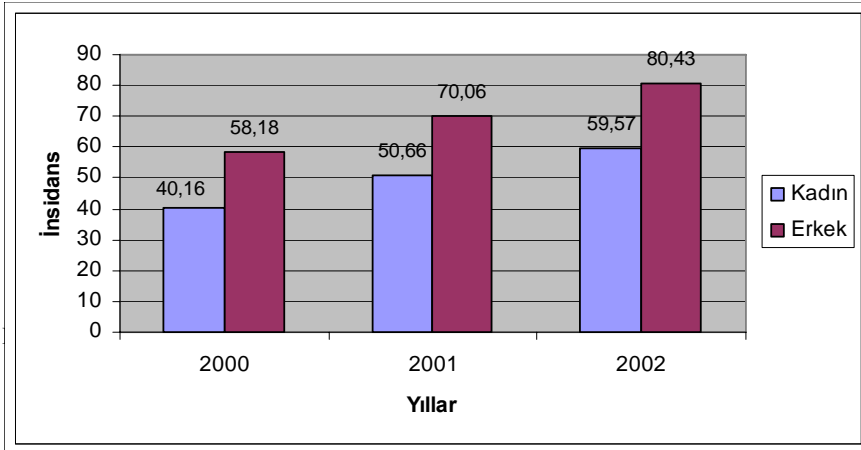
Halen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından Sağlık Bilgi Sistemleri konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmalar Kanser savaş Daire başkanlığı ile eş güdümlü olmasının sağlanmasında için işbirliği gerekliliği bulunmaktadır. Unutulmaması gereken husus kanser teşhis ve takipleri 2 ve 3 basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle hastane yazılım sistemlerinin düzenlemelerinde anılan göstergelerin dikkate alınmasının önemli olduğu düşünülmelidir.

Şekil 1: Ulusal 2000, 2001, 2002 Yılları Kanser İnsidansı

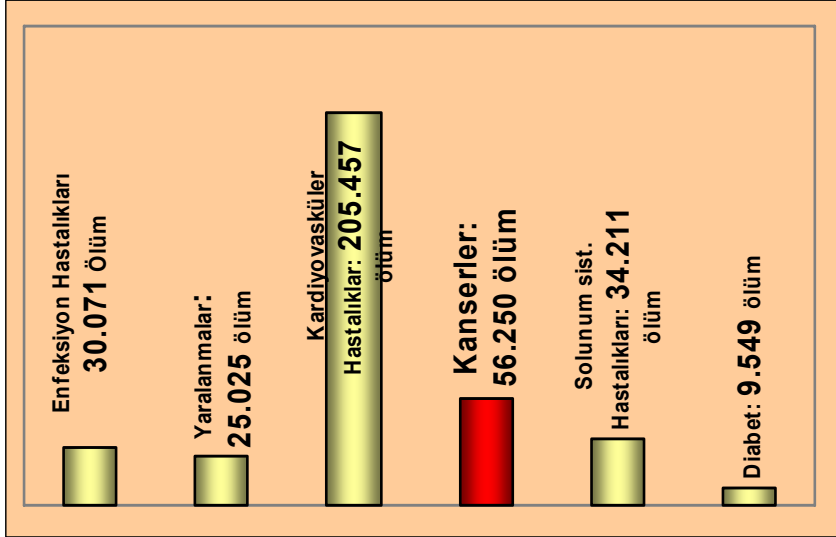


Kaynak: Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

Şekil 2: Cinsiyete göre 2000-2002 yılları kanser insidans hızları (yüzbinde)

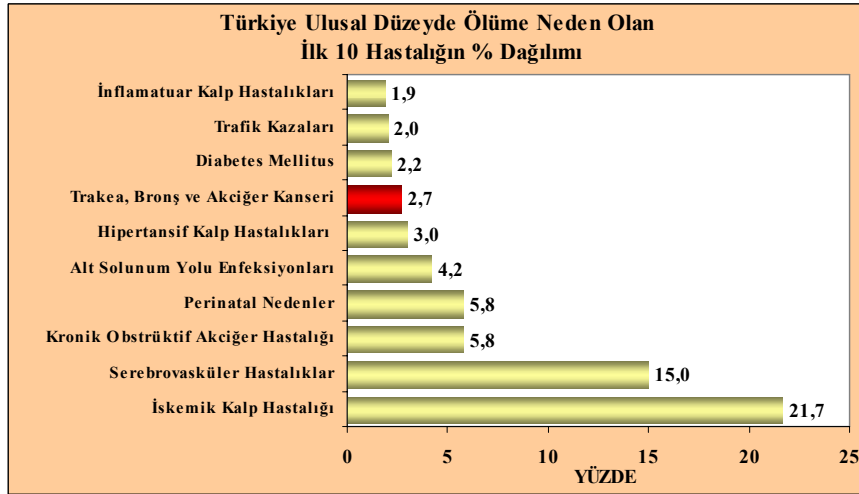


Şekil 3: Hastalıklara göre 2000 yılı ölüm sayıları



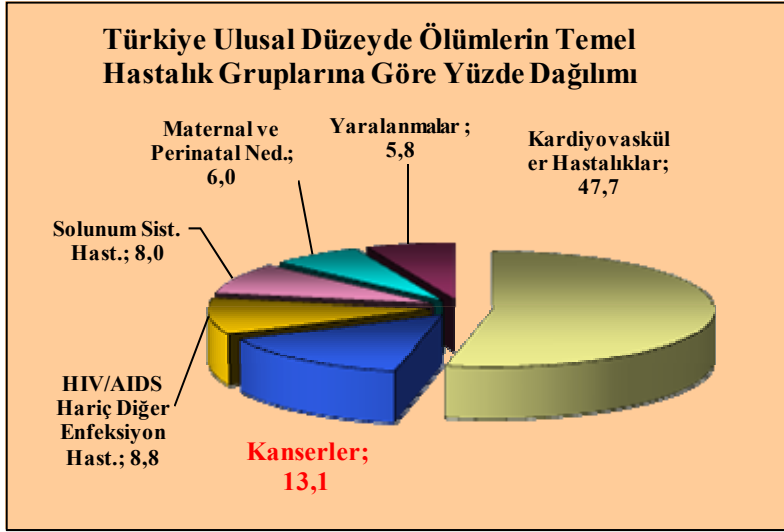
Kaynak: UHY-ME Çalışması

Şekil 4: Ulusal Düzey İlk 10 Ölüm Nedeni % Dağılımı

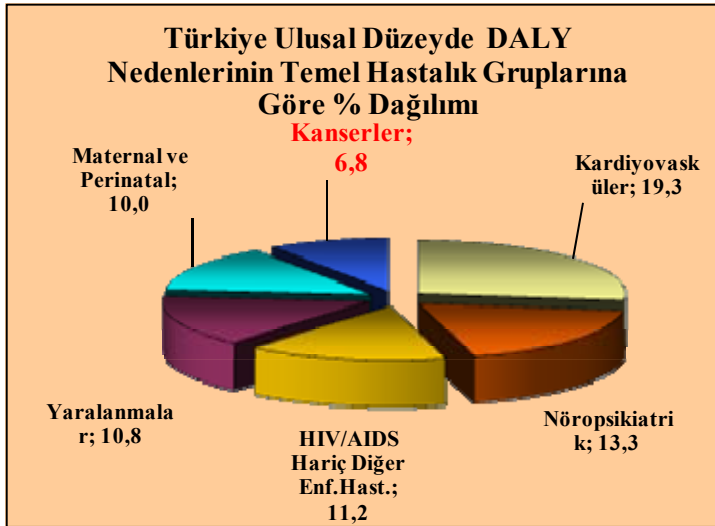


Kaynak: UHY-ME Çalışması

Şekil 5: Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre yüzde dağılımı

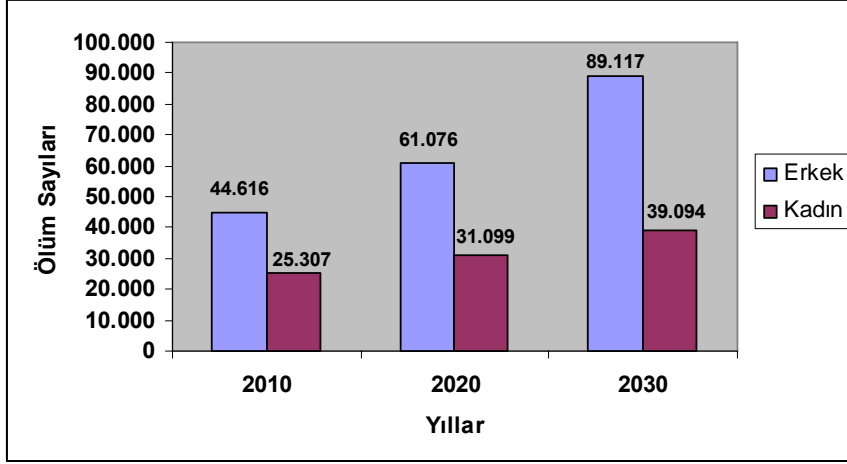


Şekil 6: Ulusal Düzey DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Yüzde Göre Dağılımı



Kaynak: UHY-ME Çalışması

Şekil 7: Yıllara Göre Kansellere Bağlı Ölüml Sayıları



Kaynak: UHY-ME Çalışması

Tablo 1: Türkiye'de En Sık Görülen Beş Kanser Türü (2002)

ORGANLAR	OLGU SAYISI	YÜZDE %	İNSİDANS* (100.000)
Akciğer	7802	15,75	11,26
Meme	5400	10,90	7,79
Mide	3407	6,88	4,92
Deri	3150	6,36	4,55
Mesane	2535	5,12	3,66
Diğer	27253	55,00	39,32
Toplam	49547	100,00	71,49

Kaynak: Kanselle Savaş Dairesi Başkanlığı

Tablo 2: Ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre yüzde dağılımı

<i>Sıra</i>	<i>Erkekler</i>	<i>%</i>	<i>Kadınlar</i>	<i>%</i>
1	İskemik Kalp hastalığı	20.7	İskemik Kalp hastalığı	22.9
2	Serobrovasküler Hastalıklar	14.5	Serobrovasküler Hastalıklar	15.7
3	KOAH	7.8	Perinatal nedenler	5.9
4	Perinatal nedenler	5.6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4.5
5	Trakea Bronş Akciğer Kanseri	4.4	KOAH	3.5
6	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	4.0	Hipertansif Kalp Hastalığı	3.3
7	Hipertansif Kalp Hastalığı	2.7	Diabetes Mellitus	2.9
8	Trafik Kazaları	2.6	Meme Kanseri	2.1
9	İnflamatuar kalp hastalığı	1.8	İnflamatuar kalp hastalığı	2.0
10	Konjenital anomaliler	1.6	İshalle seyreden hastalıklar	1.6
11	Diabetes Mellitus	1.6	Konjenital anomaliler	1.5
12	İshalle seyreden hastalıklar	1.4	Nefrit ve nefrozlar	1.4
13	Mide kanseri	1.4	Romatizmal kalp hastalıkları	1.3
14	Lösemi	1.2	Trafik Kazaları	1.2
15	Mesane kanseri	1.1	Mide kanseri	1.2
16	Tuberküloz	1.0	Lenfomalar Multiple myeloma	0.9
17	Kolon ve rektum kanseri	1.0	Düşmeler	0.9
18	Peptik ülser	1.0	Peptik ülser	0.9
19	Lenfomalar Multiple myeloma	1.0	Over kanseri	0.8
20	Düşmeler	0.9	Kolon ve rektum kanseri	0.8

Kaynak: UHY-ME Çalışması

Tablo 3: Bölgesel Düzey Kanser DALY Dağılımı

	Bölge Toplam (DALY)	Kanser Toplam (DALY)	%	Kanser Erkek (DALY)	%	Kanser Kadın (DALY)	%
Batı	3.449.677	263.345	7,63	153.763	8,46	109.583	6,71
Güney	1.408.727	102.696	7,29	60.406	8,12	42.290	6,36
Orta	2.385.340	173.791	7,29	102.047	8,15	71.744	6,33
Kuzey	958.088	68.141	7,11	39.005	7,93	29.136	6,25
Doğu	2.600.662	123.247	4,47	76.169	5,60	47.079	3,79

Kaynak: UHY-ME Çalışması

Tablo 4: Uluslararası kuruluşlar tarafından talep edilen kanser ile ilişkili mortalite göstergeleri ve sağlanması durumu

	<i>NEDENE SPESİFİK MORTALİTE</i>	<i>Sağlık Bakanlığı mevcut bildirim sistemi</i>	<i>Diğer</i>
		<i>Aile hekimliği Minimum Veri Seti</i>	
D S Ö	SDR, serviks kanseri, 0-64, 100000'de SDR, serviks kanseri, 65+, 100000'de	Mevcut formlardan alınamıyor.	Ar aş t ı r m a l a r (U H Y- M E)
	SDR, serviks kanseri, tüm yaş grupları, 100000'de SDR, kadın malign meme kanseri, 0-64 100000'de SDR, kadın malign meme kanseri, 65+ 100000'de SDR, kadın malign meme kanseri, tüm yaş grupları 100000'de SDR, malign neoplazmlar, 0-64 yaş, 100000'de SDR, malign neoplazmlar, 65+ yaş 100000'de SDR, malign neoplazmlar, tüm yaş grupları 100000'de SDR, trake/bronş/akciğer kanseri, 0-64 100000'de SDR, trake/bronş/akciğer kanseri, 65+ 100000'de SDR, trake/bronş/akciğer kanseri, tüm yaş grupları, 100000'de	şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.	
O E C D	Mortalite nedenleri, Serviksin malign neoplazmı; ICD-10: C53.	-Aile Hekimliği MVS'den elde edilebilir.	
	Mortalite nedenleri, Serviksin malign neoplazmı; ICD-10: C53.	Mevcut formlardan alınamıyor.	Ar aş t ı r m a l a r (U H Y M E)
	Mortalite nedenleri, Kolon ve rektumun malign neoplazmı; ICD-10: C18-C21.	Ölüm nedenleri ICD 8'e göre alınmaktadır.	
	Mortalite nedenleri, Kolon ve rektumun malign neoplazmı; ICD-10: C18-C21.	-Aile Hekimliği MVS'den elde edilebilir.	

Mortalite nedenleri, Kadında memenin malign neoplazmı;

ICD-10: C50. Mortalite nedenleri, Trake/bronş/akciğerin malign neoplazmı; ICD-10: C33-C34. Mortalite nedenleri, Malign prostat neoplazmı; ICD-10: C61. Mortalite nedenleri, Malign neoplazmlar; ICD-10: C00-C97. Olası kaybedilen yaşam yılları, Serviksin malign neoplazmı Olası kaybedilen yaşam yılları, Kolonun malign neoplazmı Olası kaybedilen yaşam yılları, Kadında memenin malign neoplazmı Olası kaybedilen yaşam yılları, Akciğerin malign neoplazmı Olası kaybedilen yaşam yılları, Malign prostat neoplazmı Olası kaybedilen yaşam yılları, Malign neoplazmlar

Kaynak: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Çalışma ve Değerlendirme Raporu

Kaynaklar :

1. www.who.int/entity/cancer/en/
2. World Cancer Report , IARC Non serial Publication, Stewart, B.W., Kleihues, P.
3. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı
4. Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, Karadeniz Bölgesi Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Araştırması, 2006
5. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Ocak 2005, Ankara
6. Sağlık Bakanlığı RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Çalışma ve Değerlendirme Raporu, Surveyans Sistemi Mevcut Durumu ve Uluslararası Kuruluşların Talep Ettiği Sağlık Göstergeleri ile Uyumu, 5 Ocak 2007
7. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hane Halkı Araştırması, Ara Rapor, 24 Aralık 2003, Ankara
8. Aile Yapısı Araştırması 2006, T.C Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, T.C Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, ISSN 1307-2056
9. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Kanser Verilerinden Yararlanarak Çernobil Kazasının Karadeniz Bölgesi Etkilerinin Değerlendirilmesi Yayınlanmamış Çalışma ve Değerlendirme Raporu, 13 Temmuz 2005.