

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**2000-2010 YILLARINDA TÜRKİYEDEKİ KANSER
HASTALIĞININ KAMU HARCAMALARINDAKİ YERİ VE
ÇEŞİTLİ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Ahmet AKHOROZ**

İSTANBUL, 2012

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**2000-2010 YILLARINDA TÜRKİYEDEKİ KANSER
HASTALIĞININ KAMU HARCAMALARINDAKİ YERİ VE
ÇEŞİTLİ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Ahmet AKHOROZ

Öğrenci No:

080746157

Danışman:

Yrd. Doç.Dr. Kamil USLU

İSTANBUL, 2012

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum '2000-2010 Yıllarında Türkiye'deki Kanser Hastalığının Kamu Harcamalarındaki Yeri Ve Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması' başlıklı bu çalışmanın ,bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını,yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım...../...../.....(Tarih)

Ahmet AKHOROZ

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

4.10.2012

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **080746157** numaralı **Ahmet AKHOROZ**'un "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**2000 - 2010 Yıllarında Türkiye'deki Kanser Hastalığının Kamu Harcamalarındaki Yeri ve Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 27.04.2012 tarih ve 2012/11 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (4.5) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

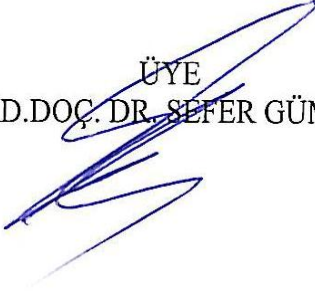
DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. KAMİL USLU



ÜYE
PROF.DR. SUDİ APAK



ÜYE
YRD.DOÇ. DR. SEFER GÜMÜŞ



2000-2010 YILLARINDA TÜRKİYEDEKİ KANSER HASTALIĞININ KAMU HARCAMALARINDAKİ YERİ VE ÇEŞİTLİ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZET

Kanser, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden bir hastalık çeşididir. Kanser ve tümör kelimeleri eş anlamlı olarak bilinmekle beraber gerçekte bu durumun tümör oluşumunu iki oluşum safhası ile anlatılabilir. Bu oluşumlar malign ve benin tümörlerdir. İki tümör çeşidi de hızla büyüyerek çoğalırlar malign tümörler kan yolu ile diğer dokulara yayılım gösterirler, kanserleşme ise normal hücrenin malignite özelliği kazanma sürecidir. Kanser hastalığının birçok sebebi olmakla beraber beslenme bozuklukları, genetik faktörler, çevresel faktörler başlıcalarıdır. Kanser hastalığının tedavisinde çeşitli yöntemler kullanılır. Cerrahi yöntem, radyasyon tedavisi, kemoterapi ve immünoterapi sık başvurulan metotlardır.

Hastalığın karşılaşıldığı ilk andan itibaren kanser tedavisi ve bakımı oldukça masraflı ve pek çok açıdan mali güçlükleri beraberinde getiren, bireyi sosyo-ekonomik ve psikolojik yönden olumsuz etkileyen bir hastalık sürecidir. Hasta ve yakınlarının ekonomik kaygılardan dolayı medikal tedaviyi yarım bıraktıkları gözlemlenmiştir. Hastalarda en sık görülen tepki ise, kanserin yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybetmelerine neden olduğu ölüm beklentisidir.

Kanser hastalığı gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkelerinde ve ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmış olup dünyada her yıl 12 milyon kişiye kanser tanısı konulmakta ve 7,6 milyon kişi kanserden ölmektedir. Kanser hastalığı ile ilgili gerekli önlemler alınmazsa, dünya genelinde kanser yükünün artarak 2030 yılında 26 milyon yeni tanı kanser vakasına ve 17 milyon ölüme ulaşacağı beklenmektedir. Kanser vakalarında beklenen en hızlı artış ise ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olacaktır. Sağlık bakanlığının 2000-2006 yılı verilerine göre Türkiye'de 396 bin kanser vakası bulunmakta ve her yıl 140 bin kişi kanserden yaşamını kaybetmekte ve bu rakamın önümüzdeki 20 yılda 500 bine çıkacağı tahmin edilmektedir. Her yıl ortalama 150 bin yeni kanser tanısı konurken, yine 20 yıl içinde hasta sayısının 1,5 milyona ulaşacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Teşhis, Tedavi, Risk

2000-2010 BETWEEN TURKEY AND THE VARIOUS COUNTRIES OF CANCER DISEASE COMPARISON PUBLIC SPENDING

ABSTRACT

Cancer, the uncontrolled growth and spread of abnormal cells presenting the features of human biological, psychological, social, and economic-threatening disease with a variety of sizes. Though it is known as a synonym for the words cancer and tumor formation of tumors in two of formation of this situation really be explained by phase. These facilities are malignant and benign tumors. Two types of tumor grew rapidly and spread to other tissues via the blood indicate malignant tumors proliferate, canceration feature win in the normal process of cell malignancy. Although many causes of cancer eating disorders, genetic factors, environmental factors are major. There are various methods of cancer treatment. Surgical procedure, radiation therapy, chemotherapy and immunotherapy frequently referenced methods.

From the first moment of the disease are faced with many aspects of cancer treatment and care is very costly and brought financial difficulties, which affects the individual socio-economic and psychological aspects of disease process. Due to economic concerns, the medical treatment of patients and observed a half left. The most frequent response, the expectation of death caused by cancer, to lose control over their lives.

Cancer diseases in developed and developing countries of the world and in our country the rate of 22% after the second leading cause of death and cardiovascular diseases. The global cancer burden has increased more than two times during the past 30 years, 12 million people worldwide each year and 7.6 million people die of cancer diagnosed in cancer. Necessary measures are not taken with the type of cancer, increased cancer burden worldwide in 2030 and 17 million deaths, 26 million new cases of cancer are expected to reach the diagnosis. With the rapid increase of cancer cases expected in the low-and middle-income countries, including our country would be located. According to health ministry data for the year 2000-2006 there are 396 thousand cases of cancer each year and 140 thousand people lose their lives from cancer and 500 thousand in the next 20 years this figure is forecasted to rise. Each year an average of 150 thousand new cancer laboratory investigations, it is expected to reach 1.5 million within 20 years the number of patients.

Keywords: Cancer, Diagnosis, Treatment, Risk

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TABLolar LİSTESİ	ix
GRAFİKLER LİSTESİ	x
HARİTA LİSTESİ	xii
ŞEMA LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM	3
KANSER HASTALIĞININ TANIMI, ÇEŞİTLERİ, TEDAVİ BİÇİMLERİ, ERKEN TEŞHİSİ VE TÜRKİYEDEKİ KANSER KAYIT SİSTEMİ.....	3
1.KANSER HASTALIĞININ TANIMI NEDENLERİ VE ÇEŞİTLERİ	3
1.1. Kanser Hastalığının Tanımı.....	3
1.1.2.Kanser Hastalığının Nedenleri	4
1.2.Kanser Hastalığının Başlangıcı	5
1.3. Kanser Hastalığının Çeşitleri.....	5
1.3.1.Kolorektal (Kalın Bağırsak Ve Rektum) Kanseri	6
1.3.2 Akciğer Kanseri	7
1.3.3. Testis Kanseri.....	9
1.3.4. Meme Kanseri	9
1.3.5. Servikal (Rahim Boynu) Ve Endometrium (Rahim İç Zarı) Kanseri	12
1.3.6. İdrar Yolu, Prostat Kanseri Ve Mesane Kanseri	12
1.3.7. Cilt Kanseri	13

1.3.8. Mide Kanseri	14
2.KANSERLİ HASTALARIN TEDAVİ BİÇİMİ VE SOSYAL BOYUTU	15
2.1.Kanserli Hastanın Tanısı	15
2.2.Kanserli Hastanın Tedavi Yöntemleri	16
2.2.1.Kemoterapi Yöntemi	17
2.2.2 Radyasyon tedavisi.....	18
2.2.3. Cerrahi Yöntem	18
2.2.4.İmmünoterapi Yöntemi	19
2.3.Kanser Tedavisinin Sosyal Boyutları	19
2.4.Kanser Tedavisinin Önemi	21
3.KANSER KAYIT SİSTEMLERİ	22
3.1.Kanserin Kayıtlanması	22
3.2. Kanser Verileri Toplama Yöntemleri	22
3.3. Kanser Kayıt Merkezleri	23
3.4. Türkiye’de Kanser Kayıt Sistemleri	24
4.TÜRKİYE’DE KANSERDEN KORUNMAK İÇİN YAPILAN ÇALIŞMALAR	25
4.1.Birinci Risk Faktörü Tütün kullanımı;	25
4.2.İkinci Risk Faktörü Enfeksiyon	25
4.3.Üçüncü Risk Faktörü Mesleksi ve Çevresel Etkenler;	26
4.4.Dördüncü Risk Faktörü Obezite, Diyet, İnaktivite;.....	26
2. BÖLÜM	27
TÜRKİYEDDE KANSER HASTALIĞININ COĞRAFİ DAĞILIMI, HASTALIK MALİYETLERİ VE SEÇİLMİŞ ÇEŞİTLİ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	27
1. TÜRKİYE’DE KANSERLE MÜCADELENİN GEÇMİŞİ VE KANSERİN COĞRAFİ DAĞILIMI	27
1.1.Türkiye’de Kanserle Mücadelenin Tarihi Seyri;	27
1.2.Kanser Hastalığının Coğrafi Dağılımı	29
1.3.Dünyada ve Türkiye’de Kanser Yüğü ve insidansı	36

1.3.1 Küresel Kanser Yüğü ve insidansı	36
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE KANSER HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARINDAKİ YERİ	50
2.1.Türkiye’de Kanser Harcamaları	57
2.2 Türkiye’de Kanser Harcamalarının Kamu Harcamaları İçindeki Yeri	58
3.TÜRKİYE’DE TEDAVİ MALİYETLERİNİN YILLARA GÖRE DAĞILIMI.....	61
4.TÜRKİYE İLE SEÇİLMİŞ ÜLKELERDEKİ KANSER HASTALIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI	63
4.1.Türkiye - İngiltere Karşılaştırması	65
4.2.Türkiye -Fransa Karşılaştırması	67
4.3.Türkiye-Almanya Karşılaştırılması	69
4.4.Türkiye -Amerika Karşılaştırılması.....	71
4.5.Türkiye –Japonya karşılaştırılması	72
5.SEÇİLMİŞ ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ KANSERDEN KORUNMA POLİTİKALARI	75
5.1. Avrupa Bölgesi Seçilmiş Ülke Uygulamaları	75
5.2.İngiltere’de Sağlık Politikaları;	77
5.2.1.İngiltere’de Kanserle ilgili Temel Politikalar	80
5.2.2.Hizmet Sonuçlarını iyileştirmek için Yapılması Gerekenler	83
5.2.3.Hizmet Sunumu için Yapılması Gerekenler	84
5.3.Amerika Birleşik Devletleri.....	85
5.3.1.Sağlık Hizmeti Sunumu ve Temel Göstergeler.....	85
5.3.2.ABD’de Kanserle ilgili Temel Politikalar.....	88
5.3.3.A.B.D Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI)	92
5.4.Japonya	99
5.4.1.Sağlık Hizmeti Sunumu ve Temel Göstergeler.....	99
5.4.2.Japonya’da Kanserle İlgili Temel Politikalar.....	100
5.4.3.Kapsamlı Kanser Kontrolü Strateji Planlarının Taslağı Genel Şekilleri.....	103
5.4.4.Kanser Bilgi Ağı Projesi	103

5.4.5. Araştırma Enstitüsü:	106
6.TÜRKİYEDE KANSERDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ İLE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER	107
6.1.Kanserden Korunma Yöntemleri	107
6.1.1.Birincil Korunma	107
6.1.2.İkincil Korunma	108
6.2.Ülkemizde Kanserle Mücadele Programı	109
6.2.1.Kanser Kayıtçılığı	109
6.2.2 Önleme	110
6.2.3. Tarama ve Erken Teşhis	110
6.2.4. Tedavi Programı	111
6.2.5. Palyatif Bakım	111
6.3.ULUSAL KANSER TARAMA STANDARTLARIMIZ	111
6.3.1.Meme Kanseri	112
6.3.2.Serviks Kanseri	112
6.3.3.Kolorektal Kanserler	113
6.4.Ulusal Kanser Danışma Kurulu	113
6.4.1.Kurulun görevleri şunlardır:	113
6.4.2.Kanser Alt Danışma Kurulları	114
SONUÇ VE ÖNERİLER	115
KAYNAKLAR	117

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1: Erkek Ve Kadınlarda Akciğer Kanseri İnsidans İlişkisi	8
Tablo 2: DSÖ bölgesi veya gelişmişlik düzeyine göre, her iki cinsiyet için tahmini (2008 itibariyle) ve öngörülen tüm kanser vaka ve ölüm sayısı (milyon cinsinden)	42
Tablo 3:Dünya Ve Avrupa'da Cilt Hariç Tüm Kanserlerin Yoğunluğu	43
Tablo 4: Erkeklerde-Dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de En Sık Görülen Kanserler	44
Yüz binde	44
Tablo 5: Kadınlarda-Dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de En Sık Görülen Kanserler	44
Yüz binde	44
Tablo 6: Bazı Ülkelerde Kanser Tedavi Maliyetleri ve Kanser Harcamaları 2004	51
Tablo 7: Kanser Harcamalarının Hastane, Ayakta Tedavi, ilaç Olarak % Dağılımı.....	54
Tablo 8: AB'de Kanser İnsidansları	64
Tablo 9:İngiltere ile İlgili Temel Göstergeler.	77
Tablo 10: ABD ile ilgili Temel Sağlık Göstergeleri	89
Tablo 11: Japonya İle İlgili Göstergeler.....	100

GRAFİKLER LİSTESİ

Sayfa No:

Grafik 1: Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde kadın ve erkeklerde en yaygın kanser türlerinin yoğunluk ve ölüm rakamları.	37
Grafik 2: 6 Dünya Sağlık Örgütü Bölgesi'nde insidans ve Ölüm Rakamları	38
Grafik 3: 20 kayıt merkezinin Erkeklerde/Kadınlarda Cilt Kanseri Hariç Tüm Kanserler için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar	39
Grafik 4: 20 kayıt merkezinin Erkeklerde /Kadınlarda Akciğer kanseri için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar	40
Grafik 5: 20 kayıt merkezinin Kadınlarda meme ve servikal kanser için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar	41
Grafik 6: Türkiye'de Kanser İnsidansı (yüz binde)	45
Grafik 7: Kanser İnsidansının Yıllar İçindeki Dağılımı	45
Grafik 8: Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Erkek, Türkiye *Yüz binde,	46
Grafik 9:Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Kadın, Türkiye * Yüz binde,	46
Grafik 10 : Erkeklerde yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler (Türkiye, 2004-2006)	47
Grafik 11: Kadınlarda yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler (Türkiye, 2004-2006)	47
Grafik 12: En sık görülen kanserler, yaşa standardize insidans hızları* (Türkiye, 2004-2006) * Yüz binde, Dünya Standart Nüfusu.....	48
Grafik 13:Kişi başı gelir düzeyi (\$) ve kanser tedavi harcamaları arasındaki ilişki	52
Grafik 14: Kişi başı kanser araştırma harcamaları (\$) ve kanser alanındaki ortalama etki değeri arasındaki ilişki	53
Grafik 15: Dünyada Ölüm, Yeni Vaka ve Kanserle Yaşayan Kişi Sayısındaki Değişim ve 2030 yılı Tahmini	56
Grafik 16: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı.....	58

Grafik 17: Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Payı %	59
Grafik 18: Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Payı	60
Grafik 19: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi (2000-2010).....	61
Grafik 20: Ülkeler Arası insidans Oranı Karşılaştırması.....	63
Grafik 21: İngiltere-Türkiye, Kadın Kanseri Vaka Sayısı Karşılaştırması	65
Grafik 22: İngiltere-Türkiye, Erkek Kanseri Vaka Sayısı Karşılaştırması.....	66
Grafik 23: Fransa-Türkiye, Kadınlarda Vakası Kanseri Karşılaştırması	67
Grafik 24: Fransa-Türkiye Erkeklerde, Kanseri vakalarının Karşılaştırması.....	68
Grafik 25: Almanya-Türkiye, Kadınlarda Kanseri Vakalarının Karşılaştırması.....	69
Grafik 26: Almanya-Türkiye, Erkeklerde Kanseri Karşılaştırması.....	70
Grafik 27: ABD-Türkiye Kanseri Vakalarının Karşılaştırması	71
Grafik 28: ABD-Türkiye Kanseri Vakalarının Karşılaştırması	71
Grafik 29: Japonya-Türkiye, Kadınlar Kanseri vakalarının Karşılaştırması.....	72
Grafik 30: Japonya-Türkiye , Erkekler Kanseri Vakalarının Karşılaştırması	73
Grafik 31: Seçilmiş Ülkelerde Standardize Edilmiş Kanseri insidans Hızları	75
Grafik 32: Seçilmiş Ülkelere Standardize Edilmiş Kanseri Mortalite Hızları	76
Grafik 33: NCI Harcamalarının Dağılımı, %, 2006	96
Grafik 34: Japonya’ da Kanseri Kontrolü için Ayrılan Bütçe Eğilimi.....	102

HARİTA LİSTESİ

Sayfa No:

Harita 1: Tüm Bölgeler ve Ayrı Bölgelere Göre Önemli Kanser Türleri, 2006	31
Harita 2: Akdeniz Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006	32
Harita 8: Karadeniz Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006.....	35
Harita 4: Ege Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006	33
Harita 5: Güneydoğu Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın,.....	33
Harita 6: İç Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006.....	34
Harita 7: Marmara Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006.....	34
Harita 3:Doğu Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri	32

ŞEMA LİSTESİ

Sayfa No:

Şema 1: İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın Organizasyon şeması	79
Şema 2: ABD Sağlık Bakanlığı Organizasyon şeması.....	87
Şema3: Kanser Önleme ve Kontrol Birimi Organizasyon şeması	98

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
a.g.k	:Adı Geçen Kaynak
CBS	: Coğrafi Bilgi Sistemi
CRCHD	: Reduction of Cancer Health Center Disparity
CRR	: Cancer Research Center
DCB	: Department of Cancer Biology
DNA	: Deoksiribonükleik asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DCCPS	: Division of Cancer Control and Personnel
DCTD	: Department of Cancer Diagnosis and Treatment
GSS	:Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Merkezi
NBCCEDP	: National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
NCCP	: The National Comprehensive Cancer Control Program
NCI	: The National Cancer Institute
NCPR	: The National Cancer Registry Programmers
OCA	: Office of Communication And Education
OSPA	: Scientific Planning And Evaluation Office
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu

GİRİŞ

Dünyadaki ülkelerin nüfuslarının artmasının yanında nüfus ile paralel olarak çeşitli hastalıklarda artmaktadır. Sınırlı olan insan ömrünün kendisine ayrılan hayat sahası içerisinde sağlıklı ve hastaliksız yaşamayı arzu eder. İnsanların bu arzusunun her zaman yerine geldiğini söylemek mümkün değildir. İnsan hayatı doğumdan ölene kadar çeşitli riskler altındadır. Bu risklerin insan için en önemlisi hastalıklara yakalanma ve sağlığını yitirme riskidir. Kansere hastalığı da bütün dünya ülke vatandaşları için ortak sağlık riskidir. Kansere hastalığı insan vücudunda hücrelerin içerisine girerek yapısını bozar ve anormal şekilde asi hücreler şeklinde çoğalır. Böylece organizmayı kaçınılmaz sona doğru götürür. Kansere hastalığı ile ilgili gerek dünya sağlık örgütünün gerekse gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından kanserle mücadelede değişik metotlar geliştirilse de bu yöntemler ileri teknoloji gerektiren pahalı yöntemlerdir.

Türkiye’de kansere hastalığı ile mücadelede yapılan teşhis, tedavi, ve rehabilitasyon uygulamaları pahalı olmasına rağmen daha çok kamunun desteği ile yürütülmektedir. Çeşitli ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kansere hastalığına yakalanan insanların sayısı gittikçe artmaktadır. Kansere erken teşhisinde uygulanan tedavi yöntemleri ile hastalar genellikle eski sıhhatlerine kavuşsalar bile vücuttaki kanser virüsü zamanla başka yerlerde görülebilmektedir. Bundan dolayı kansere hastalığı geçirmiş kişilerin devamlı risk altında olduğunu söyleyebiliriz. Tedavi sürecinde vücutta hızla yayılan kanser virüsü ile mücadele bir noktadan sonra tedavi rehabilitasyon şekline dönüşebilir.

Çalışmamızda 2000 ve 2010 yılları arasında Türkiye’deki kansere hastalığının kamu harcamalarında ki yerini çeşitli ülkeler ile karşılaştırılarak bir senteze ulaşılması amaçlanmıştır. Kansere hastalığı ile ilgili gerek ülkemizde gerekse seçilmiş çeşitli ülkelerde veriler sıklıkla takip edilmektedir. Tedavi maliyetleri oldukça pahalı olan bu hastalığa karşı geliştirilen pahalı yöntemlerden biriside hastalıklı genin bulunup tedavi edilmesi ile ilgili gen tedavisidir.

Yukarıdaki anlatımlara göre çalışma iki ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde kansere hastalığının tanımı, çeşitleri, tedavi biçimleri, erken teşhisi ve Türkiye’deki kansere kayıt sistemleri incelenmiştir. Bu bölümde kansere hastalığının tanımı ve çeşitlerine değinilirken yaygın olan kansere tiplerine yer verilmiştir. Bu kansere çeşitleri; kolon

ve bağırsak, akciğer, testis, meme, rahim içi ve rahim boynu kanseri, idrar yolu, prostat ve mesane kanserleri ile cilt ve mide kanserlerine yer verilmiştir, Kanser hastalığının tedavi yöntemlerine bakıldığında radyoterapi, kemoterapi, cerrahi yöntem ve immünoterapi başlıca kullanılan tedavi yöntemleri olarak görülmüştür. Kanser hastalığından korunma yöntemlerine de çalışmada yer verilmiştir. Çalışmada kanser hastalarına uygulanan teşhis, tedavi ve takip sürecinde kanser kayıt sistemlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda bu veriler dünya sağlık örgütü ile paylaşılıp kanserle mücadelede ortak protokol oluşturulması sağlanmaktadır.

Çalışmanın ileri ve son bölümünde ise Türkiye'deki kanser hastalığının coğrafi dağılımı ile hastalık maliyetlerinin seçilmiş çeşitli ülkelerle karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bölüm içinde Türkiye'de kanserle mücadelenin geçmişi ve kanser haritalarının coğrafi dağılımına da yer verilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin sağlık harcamalarındaki kanser hastalığının yeri incelenmiş ve kanserle mücadelede ilerleme göstermiş ülkeler olan Amerika birleşik devletleri, İngiltere, Fransa, Almanya ve Japonya ile yapılan karşılaştırmalara yer verilmiştir. Yine çeşitli ülkelerdeki bölge düzeyinde kanserden korunma politikaları incelenerek ülkemiz için bir yöntem belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye'de kanserden korunma yöntemleri ve alınması gereken önlemlere de son olarak yer verilmiştir.

Çalışmada kullanılan araştırma yöntemleri; kanser hastalığı ile ilgili literatür taraması şeklindedir. literatür taramasında kanser hastalığı ile ilgili kitaplar, akademik dergiler, raporlar, seçilen ülkelerin verileri, makaleler ve yayımlanmamış tezlerdir. Ayrıca çalışmada TBMM'nin 2010 yılı kanser araştırma raporundan da sıkça faydalanılmıştır. Bunun sebebi raporda yer alan verilerin ve yapılan bu araştırmanın günümüzde en kapsamlı çalışma olmasının yanında istatistikî verilerin en güncel olmasıdır. Böylece seçilmiş ülkeler de uygulanan kanserle mücadele ve tedavi yöntemleri ve Türkiye'nin uyguladığı kanser politikaları ilişkisel olarak incelenmiştir.

1. BÖLÜM

KANSER HASTALIĞININ TANIMI, ÇEŞİTLERİ, TEDAVİ BİÇİMLERİ, ERKEN TEŞHİSİ VE TÜRKİYEDEKİ KANSER KAYIT SİSTEMİ

İnsanlar hayatları boyunca çeşitli hastalıklara yakalanmaktadır. Bu hastalıkların bir kısmı tedavi edilebilir nitelikte iken bir kısım'da uzun süre tedavi gerektiren hastalıklardır. Bu hastalıklardan bazıları insan hayatını kısa sürede olumsuz yönde etkilerken yine bu hastalıkların tedavileri de ağır mali yük getirebilmektedir. Bu hastalıklardan biride dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan kanser hastalığıdır.

1.KANSER HASTALIĞININ TANIMI NEDENLERİ VE ÇEŞİTLERİ

1.1. Kanser Hastalığının Tanımı

Kanser, kontrolden çıkan

Hücrelerin sürekli çoğalmaları olarak tanımlanır. Kanserler, malign (kötü huylu) tümörlerdir; benign (iyi huylu) tümörlerin aksine başka dokulara yayılma (metastaz) eğilimi gösterir. ¹Yüzlerce farklı dokunun değişik moleküler mekanizmalarla ortaya çıkmış proliferatif, invazif ve agresif yapıya sahip hastalıklarına topluca kanser denilse de, kanserlerde farklı klinik seyir ve tedaviye cevap farklılıkları görülebilmektedir. ² Bir başka tanıma göre. Kanser, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir³.

¹ National Cancer Institute , <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer002E> , (23.02.2012)

² A.Murat Tuncer, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Kanserın Ülkemiz Ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü Ve Kanser Kontrol Politikaları,2007, s.5, <http://ukdk.org/kitap.php>, (02.02.2012)

³Kevser Yeter, Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.

(Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir, 2006,S.8

Tümör ile kanser kelimeleri genellikle eş anlamlı kullanılmaktadır. Ancak bunlar eş anlamlı kelimeler değildir. Tümörler benign (iyi huylu) ya da malign (kötü huylu) oluşumlardır. İyi ve kötü huylu tümörlerin her ikisi de anormal hücre büyümesi sonucu oluşur. Benign tümörler, sınırlı bir büyüme yapısında olup, buldukları bölgede büyüyerek genişler ve en önemlisi metastaz yapmazlar. Malign tümörler hızla çoğalıp, çevre dokulara yayılım özelliği gösterirler. Uzak organlara kan ve lenf yoluyla metastaz yaparlar. Kanserleşme, normal hücrelerin malignite özelliğini kazanma sürecidir. Hücre DNA'sında bir değişim ya da genetik bir zedelenmenin ardından gelen değişimler, kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluştururlar.⁴

Yukarıdaki tanımlar kanserin farklı bulgulara göre yapılmış tanımlarıdır. Bu tanımların hepsini kapsayacak tanımları şöyle yapabiliriz; Kanser insan vücudunun en küçük yapıtaşı olan hücrenin iç ve dış olumsuz etkenler nedeniyle normal formdaki yapısının bozması sonucu biyolojik ve fizyolojik işlevini yitirmesidir.

1.1.2.Kanser Hastalığının Nedenleri

İnsan vücudunda Kanser hastalığının oluşumunun nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber kanser oluşumuna sebep olabilecek iç ve dış etkenleri şöyle sıralayabiliriz;

- Genetik yatkınlık
- Sigara ve alkol kullanımı,
- Radyasyona maruz kalma,
- Bazı virüsler ve bakteriler,
- Kötü beslenme alışkanlığı,
- Gıdalardaki katkı maddeleri,
- Uzun süre güneş ışığına maruz kalma,
- Aşırı dozda röntgen ışınına maruz kalma,
- Bazı kimyasal maddeler (katran, benzin, boya maddeleri, asbest v.b.),
- Hava kirliliği.

⁴ Seda Kurt Sadırlı, Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün değerlendirilmesi.(Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2008,S.8

1.2.Kanser Hastalığının Başlangıcı

Bütün kanser türlerinin hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı büyümesi nedeniyle başlar. Kanser hücreleri, normal hücrelerin aksine diğer dokulara sirayet (doku içinde sinsice büyüme) edebilir. Böylelikle kontrol dışı büyüme ve diğer dokuları sirayet etme, bir hücreyi kanser hücresi yapar. Hücrelerin merkezinde bulunan çekirdek, hücrenin ve organizmanın genetik bilgisinin saklandığı Deoksiribonükleik asit (DNA) olarak adlandırılan mikroskobik iplikçikler bulunur. DNA her hücrede vardır ve hücrenin tüm eylemlerini yönlendirir. Kanserli hücreler de DNA iplikçikindeki hasardan dolayı oluşabilir. Hücrenin normal hayat döngüsünde DNA hasara uğradığında hücre ya hasarı onarır ya da hücre ölür. Kanserli hücrelerde hasarlanmış DNA onarılamaz, fakat olması gerektiği gibi de hücre ölmez ve kontrolsüz çoğalma başlar. Bu hücre vücudun ihtiyacı olmadığı yeni hücrelerin yapımına devam eder. Yeni hücrelerin hepsi, ilk hücrede olduğu gibi aynı hasarlı DNA yapısını devam ettirir. Böylelikle asi hücreler organizmayı tehdit etmeye başlar.⁵ Buda organizmada kanserin hücre bazında ilk başlangıcıdır.

Kanser hastalığına yakalanma sürecinin çeşitli şekillerde geliştiğini söyleyebiliriz. Bazı insanlar hastalığın gelişiminin pek farkında olmadan hastalığı üzerinde taşıırken bazıları da hastalığın seyrini ve olumsuz etkilerini görünür bir şekilde hissetmektedirler. Bunlar daha çok hastalığın seyri ile ilgili tetkiklerin neticesinde ortaya çıktığı görülmüştür. Kanser insan vücudundaki gelişimi vücuttaki hücre yapısı ile ilgili olduğundan, bozulabilir nitelikteki hücre yapısı kanserin insan vücudu için önemli bir hastalık olduğunu ortaya koyar. İnsan vücudundaki normal hücreler herhangi bir olumsuzlukta fizyolojik olarak yenilenir ya da ölürlür. Oysa kanserli hücreler kendilerini yok etmeyip anormal şekilde büyüyerek çoğalırlar.

1.3. Kanser Hastalığının Çeşitleri

İnsan vücudunda kanser hücrelerinin oluşması ile beraber. Bu oluşumların buldukları doku organ ve bölgeye göre adlandırılabilirler. Kanser aynı zamanda kan yolu ile diğer doku ve organlara ulaşma bildiğinden. Farklı doku ve organlarda da değişik kanser

⁵TBMM, Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan,10/348,551,666,667,668-Esas numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2010, s.22, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>, (02.03.2012)

tipleri görülebilir. Kanser hastalığı erken dönemde fark edildiğinde hastaların kötü seyrinin önüne geçilmesinde etkili olabilmektedir. Kanser hastalığının çok çeşitleri vardır bu çalışmada ülkemizde yaygın olarak görülen kanser tiplerine yer verilecektir. Bunun nedeni her bir kanser türünün alınıp araştırılması yerine sık görünen kanser tiplerine çalışmada önem verilmesidir.

1.3.1.Kolorektal (Kalın Bağırsak Ve Rektum) Kanseri

Kalın barsak insanda sindirim sisteminin önemli bir parçasıdır. Fonksiyonel özelliklerine bakıldığında daha çok mide tarafından öğütülen besinlerin emiliminin sağlandığı ve artık olarak posanın dışkı halinde dışarıya atılmasından sorumludur. Bağırsakta oluşan sindirim hareketlerindeki bozukluklar çoğu zaman az ya da yanlış beslenme ile oluşurken bezende insanın genetik yapısı ile de ilgili olabilmektedir.

- Kalın barsak ve rektal kanserlerin uyarıcı belirtileri: Herhangi bir rektal kanama veya dışkılama alışkanlıklarında uzun dönemli değişiklikler olarak sıralanır.⁶
- Risk Faktörleri: Aile üyelerinden birinde geçmişte kolorektal polip (iyi huylu tümoral oluşum) veya kolorektal kanser veya kronik ülserleşmiş kolit olmasıdır.⁷

Kırk yaşın üzerinde olan kadın ve erkeklerin her yıl dijital (parmakla) rektal muayeneden geçmesi gerekmektedir. Elli yaşın üzerinde olan erkek ve kadınların en azından iki yılda bir sigmoidoskopik muayeneden geçmesi (sigmoidoskop ile kolon içinin muayenesi) ve her yıl dışkıda kan bulunup, bulunmadığının kontrolü için feces (dışkı) testini yaptırması hastalığın erken teşhisi açısından önemlidir.⁸

⁶ H.Canan Korkut Güngör, Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla Kanser Haritaları Üretimi Ve Konya Örneği, (Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2006, ss.18-35.

⁷ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

⁸ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

1.3.2 Akciğer Kanseri

Akciğer insan vücudunun en önemli organlarından birisidir. Fonksiyonları çok çeşitli olup en önemlisi refleks yolu ile aldığımız atmosferdeki oksijeni kan dolaşımına nakletmek ve dolaşımdaki karbondioksiti atmosfere çıkartmaktır. Bu vesile ile kalbe ve tüm vücuda temiz (oksijence zengin) kanın gönderilmesine sebep olur. Bu görevi nedeni ile solunum ve dolaşım sisteminin önemli bir parçasıdır. Solunan havanın kalitesi akciğerin iyi çalışmasına ya da erken yorulmasına neden olur. Akciğerle ilgili çeşitli hastalıklar olup bunlardan en bilinenleri bronşit, zatürree ve akciğer embolisidir. Kanser hastalığı akciğerler için önemli hastalıkların en başında yer alır. Akciğer kanseri daha çok insan vücuduna dışarıdan giren olumsuz atıklardan olan sigara ile maden, asbest gibi endüstri atıklarıyla temas halinde olanlarda, kanın yeterince temizlenememesi yani akciğerlerin görevini yerine getirememesi durumunda oluşur

- Akciğer Kanserinin Uyarıcı Belirtileri: Öksürük, balgam, kanlı balgam, göğüs ağrısı, akciğer İltihabı, göğüs kafesi içine sıvı birikmesi, ses kısıklığı, tümörün damar basıncı nedeniyle göğüs üst bölümünde, boyunda ve basta ortaya çıkan ödem (sislik), iştahsızlık, zayıflama, kemiğe yayılım sonrası kemik ağrıları. Kanda kalsiyum artışı ve buna bağlı belirtiler, karaciğere yayılım sonrası, karaciğer büyüklüğü, ağrı ve ateş, beyne yayılım sonrası, bazı nörolojik belirtiler ve nöbetler, bazı hormonların tümör tarafından anormal salgılanması nedeniyle çeşitli hormonsal bozukluklar olarak sıralanır. Akciğeri kanseri sıklığı, son yıllarda giderek artmaktadır. Daha önceleri sıklıkla 60 yaşın üzerindeki erkeklerde görülmesine rağmen, günümüzde kadınlar arasında da sıklığı artmıştır. Erkeklerde görülme yaşı da 60 yaşın altına inmeye başlamıştır.⁹

- Akciğer Kanserinde sıkça görünen kanser oluşumunu hızlandıran Risk Faktörleri; Çok sigara içmek ve özellikle asbest olmak üzere çevre kirletici maddelere maruz kalmak en önemli risk faktörleridir. Sigara içimi ile akciğer kanseri arasında direkt bir ilişki mevcuttur. Kişinin sigara içmesi yanı sıra, başkalarının içtikleri sigaranın dumanına maruz kalması yani pasif içicilikte önemsenmelidir. Sigaranın yapısında çok çeşitli kanserojen maddeler bulunur. Bunlardan Berilyum, Radon ve Asbestiz gibi maddeler akciğer kanseri riskini arttıırırlar. Ailede akciğer kanserine yakalanmış brelerin olması diğer bireylerinde

⁹ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

akciğer kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır. Sigara içme süresi, içilen sigara sayısı, içilen sigara tipi ve sigaraya başlama yaşı kanser gelişimini etkiler. Ayrıca sigaranın filtresiz olması ve yoğun katran içermesi de ek olumsuz faktörlerdir. Gelişmiş ülkelerde erkeklerde sigara prevalansı %40-60, kadınlarda %20-40 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar %40-60 ve %2-10'dur. Türkiye' deki oranlar 1988 yılında erkeklerde %63, kadınlarda %24 olarak saptanmıştır. Türkiye'deki hastaların %88,7'sinin sigara hikâyesi mevcuttur. ¹⁰

Tablo 1: Erkek Ve Kadınlarda Akciğer Kanseri İnsidans İlişkisi

Yaş	100000' de insidans	
	Erkek	Kadın
0-4	0.0	0.0
5-9	0.0	0.0
10-14	0.1	0.1
15-19	0.1	0.1
20-24	0.3	0.2
25-29	0.5	0.4
30-34	1.5	1.0
35-39	4.0	3.0
40-44	12.1	7.8
45-49	31.4	17.3
50-54	72.0	29.0
55-59	137.5	46.8
60-64	218.9	64.5
65-69	296.2	82.3
70-74	354.4	89.2
75-79	356.3	84.4
80-84	317.7	80.7

Kaynak:<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/58/5809.pdf>,(03.03.2012)

Ülkemizdeki insidans oranları konusunda Sağlık Bakanlığına bildirilen vakaların sonucuna göre insidans 100000'de 11,5, erkeklerde 100000'de 9,9, kadınlarda 1,0'dır. Erkeklerdeki kanserlerin %30, kadınlardaki kanserlerin %5'i akciğer kanseridir. Tablo 1 dede görüldüğü gibi akciğer kanseri görülme sıklığı yaşla doğru orantılıdır. Hastaların çoğu 50-70 yaş grubunda olduğu söylenebilir. Ortalama tanı yaşı 60 civarındadır. Ancak %3'ü 40 yaşın altında genç hastalardır. Türkiye'deki kanserli olguların yaş ortalaması 58,4'tür. ¹¹

¹⁰ Benan Müsellim, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar, (İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri), 2007, s.114, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/58/5809.pdf>, 03.03.2012

¹¹ Benan Müsellim, a.g.k. ,2007, s.114, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/58/5809.pdf>, (03.03.2012)

1.3.3. Testis Kanseri

Testis Kanseri erkeklerde görülen bir kanser türüdür. Testisler erkek üreme organının bir parçasıdır. Vücuttaki işlevi sperm hücrelerini üretmek ve testosteron denilen erkeklik hormonunun salgılayan vücudumuzun bir parçalarıdır. Neslin çoğalması için üslendiği fonksiyon nedeni ile testislerde gelişecek kanser genlerin doğru aktarılamamasına sebep olabilir.

Testis Kanserinin Uyarıcı Belirtileri: Testislerde herhangi bir kitle veya boyutlarında değişiklik olarak sıralanır. Kendi kendini muayene ile tümör veya başka bir oluşumun varlığı fark edilebilir. Risk Faktörleri: Yaşlı erkeklerden daha çok genç erkeklerde ortaya çıkar Kırk yaşından sonra fazla görülmemektedir. Testis kanseri genç erkeklerde, özellikle 15 -35 yaşlarında ki erkekler arasında daha çok görülür. Eğer testislerin biri veya her ikisi doğumda inmemişse (batın içinde kalıp keseye inmemişse) , ileride her iki testis için de kanser riski daha büyüktür. Erken tespit edilerek tedavi edilirse, kanser genellikle iyileşebilmektedir¹²

1.3.4. Meme Kanseri

Meme kanseri, çoğunlukla kadınlarda görülen bir kanser çeşididir. bu hastalık daha çok genetik yatkınlıkla beraber kadın hormonal dengesindeki bozukluklar sonucu ortaya çıkabilmektedir. Bunun nedenlerinden biriside çocuk doğuran kadınların süt bezlerinde oluşan sütün kanallarında birikerek keseciklerin oluşmasına neden olmasıdır. Evli kadınlar ile evlenmemiş bayanlar arasında ki araştırmalara göre evli bayanlarda bu hastalık daha sıklıkla görülmektedir. İleri yaşta evlilik ve doğum yapmak, doğurganlığın ve emzirmenin azlığı, kontrolsüz ve uzun süreli hormon kullanımı, dengesiz beslenme, obezite, alkol tüketimi hastalığın daha sık görülmesine neden olan diğer etmenlerdendir.¹³

Meme Kanserinin Uyarıcı Belirtileri: Memede herhangi bir sertlik veya kitle veya meme uçlarından gelen akıntı veya kan belirtiler olarak sıralanır. Her kadının hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riski vardır. Kadın yaslandıkça, riski daha da artar. Meme

¹² H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

¹³ Adnan Aydın, Meme Kanseri Tanı -Tedavi -Takip,İstanbul Konsensüsü, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2006, S.1, http://www.adnanaydiner.com/pdf/meme_kanseri, (03.03.2012)

kanseri, yayılmadan önce, erken tespit edilirse, hasta %96 yaşam sansına sahiptir. Her yıl Türkiye’de 44000’de bir kadın meme kanserinden ölmektedir. Meme kanserine karşı en iyi koruyucu yöntem erken teşhistir. Meme kanserinin birçok tipi vardır. Gerçekte meme kanseri olan kadınların çoğunda, risk faktörleri belirsizdir. Risk faktörleri aşağıda sıralanmaktadır; ¹⁴

- Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede kansere gelişme olasılığı normal kadınlara göre 3-4 kat daha fazladır.

- Aile yakınları arasında meme kanserine yakalanmış kadınların, meme kanserine yakalanma olasılığı, diğer kadınlara göre daha fazladır. Örneğin, kız kardeşi veya annesi meme kanserine yakalanan bir kadının, meme kanserine yakalanma riski, diğer kadınlardan 2-5 kat daha fazladır.

- Memede bir kitle nedeni ile biyopsi yapılmış ve iyi huylu bir tümör saptanmış olabilir. Bazı kanser olmayan iyi huylu tümörlerin bulunması, kanser gelişme riskini değişik oranlarda artırabilmektedir.

- Kişinin adet görmeye erken başlanması, menopoza geç girilmesi, doğurgan çağı uzatmaktadır. Bu sırada kadın daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kalmakta, meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Erken menopoza giren kadınlarda hormon tedavisi yapılmıyor ise, meme kanseri riski önemli ölçüde azalmaktadır. Elli yaşından sonra adet görmeye devam eden kadınlarda, meme kanserine yakalanma riski az da olsa artmaktadır.

- İlk çocuğu doğurma yaşı önemlidir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat fazladır. Hiç çocuk doğurmayan kadınlarda risk hafif yükselmektedir.

- Varlıklı, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda, meme kanseri görülme oranı daha fazladır. Bu ailelerin kızları daha iyi beslendikleri için daha erken gelişmekte ve erken yasta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca bu çocuklar büyüdükleri zaman eğitim ve iş nedeni ile daha geç evlenmekte ve daha geç çocuk sahibi olmaktadır. Bu nedenlere bağlı olarak doğurgan çağın erken başlaması, geç doğurma gibi nedenler sebep olarak sayılabilir.

¹⁴ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

- Menopoz nedeni ile uzun süre östrojen tedavisi (10 yıldan fazla) gören kadınlarda, meme kanseri oranı artmaktadır. Fakat hormon tedavisi almayan kadınlarda da, kalp hastalıklarında ve osteoporoz gibi sorunlarda artış ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, menopoz yakınmalarının azaltılması amacı ile östrojen verilmesi önerilebilir fakat mutlaka bir hekim kontrolü altında yapılmalıdır.

- Doğum kontrol hapı kullanılması ile ilgili farklı görüşler olmakla birlikte hafif bir risk artışı olduğu ileri sürülmektedir. On yıl önce doğum kontrol hapını bırakmış olan kadınlarda ise, bu risk tamamen ortadan kalkmaktadır.

- Alkol kullanan kadınlarda, kullanmayan kadınlara göre risk nispeten artmaktadır. Günde 3 bardak yüksek dereceli alkol içen bir kadının meme kanserine yakalanma riski, hiç içmeyen kadına göre 2 kat daha fazladır.

- Sigaranın kesin bir etkisi gösterilememiştir. Fakat genel sağlığı etkilediğinden dolayı bırakılması önerilmektedir.

- Bazı çalınmalarda şişmanlığın, özellikle 50 yas üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini artırdığı gözlenmiştir. Özellikle, doymuş yağların fazla bulunduğu yağlı et gibi yemekler ve yağlı süt ürünlerinin fazla alınmasının bu riski artırdığı ileri sürülmüştür.

Ayrıca bayanlarda yaş faktörü incelendiğinde ileri yaşı önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Yeni meme kanseri tanısı konan kadınların % 70'i, 50 yas üzerindedir. Diğer bir deyimle, yası 50 yas üzerinde ki kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, 50 yasın altında olan kadınlardan 4 kat daha fazladır.¹⁵

¹⁵ Sinem Somunoğlu, Meme Kanserinde Risk Faktörleri, (Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:5) , Elazığ, 2007,s5, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayibes/somunoglu5>, (03.03.2012)

1.3.5. Servikal (Rahim Boynu) Ve Endometrium (Rahim İç Zarı) Kanseri

Servikal ve endometrium kanserleri kadın üreme organları ile ilgilidir. Bu organ ve dokularda kanser oluşumunda hormonların ve genetik yapının etkin olduğunu söyleyebiliriz;¹⁶

- Uyarıcı Belirtileri: Anormal vajinal kanama kanserin uyarıcı belirtisidir.¹⁷
- Risk Faktörleri: Genital (Cinsel) bölgelerde kabarcıklar oluşturan deri iltihaplan veya genital siğil enfeksiyonları, ergenlik çağına geldikten kısa bir süre sonra cinsel ilişiye girme veya çok fazla cinsel ilişki partnerinin olmasıdır. Geçmişte kısırlık olması veya yumurtlama olmaması menopozun geç başlaması veya uzun süreli östrojen tedavisi, vücutta aşırı yağlanma; çok fazla sigara içmek olarak sıralanır. Menopoza geldikten sonra geçmişinde kısırlık, aşırı şişmanlık, yumurtlayamama, anormal rahim kanaması veya östrojen tedavisi olan kadınların endo-metriyal biyopsi yapturmaları gerekmektedir.¹⁸

1.3.6.İdrar Yolu, Prostat Kanseri Ve Mesane Kanseri

İdrar yolu insan vücudunun boşaltım sisteminin bir parçası ve sonlandığı yerdir. Erkeklerde daha sık görünen bir hastalıktır. Daha çok ilerlemiş yaşlarda kanser belirtilerine rastlanır. Neden olarak, birçok faktör saymakla beraber hormonsal yapı ve genetik yapıdaki değişiklikler etken olabilmektedir.

Prostat kanseri vakalarının % 80'i 65 yaşın üzerindeki erkeklerdir. Prostat kanserine ilişkin aile geçmişinde (prostat kanseri olan bir baba ya da kardeş) hastalık riskini artırır. Prostat bezi erkeğin üreme sisteminin bir parçasıdır. Asıl işlevi spermi taşıyan semen için sıvı üretmektir. Prostat kanseri çoğunlukla prostat bezinin dış bölümünde ortaya çıkan habis bir tümördür. Zamanla prostat içinde yayılabilir ve vücudun başka bölümlerine metastaz (yayılma) görülebilir.¹⁹

¹⁶ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

¹⁷ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

¹⁸ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

¹⁹ Asıf Yıldırım Ve Ark, Prostat Kanserinde Hormonoterapi, 2003, Turkish Journal Of Geriatrics, http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_124, (06.03.20129)

- Prostat Hastalığının Uyarıcı Belirtileri: İdrarda kan, kilo ve iştah kaybı, sürekli ateş; anemi (kansızlık) kanserin uyarıcı belirtileridir. İdrara çıkmada zorluk; sırtın alt kısmında sürekli bir ağrı, pelvis veya kasıkların üst kısmında sürekli ağrı, olarak sıralanır. ²⁰

- Risk Faktörleri: Elli yaşın üzerinde olan erkeklerde, çok fazla sigara içenlerde, geçmişte kronik idrar yolu enfeksiyonlarından rahatsız olanlarda daha fazla görülür. ²¹

1.3.7. Cilt Kanseri

İnsan vücudunu saran cilt dokusu yapı bakımından üç katmandan oluşur. Vücudu saran bu doku çok hassas olduğundan aşınma, yaralanma ve yıpranmalara kolay maruz kalabilmektedir. Dış ortamla direk ilişkisi bulunmasından dolayı cildimiz her türlü enfeksiyon kaynağına açık haldedir.

- Cilt Kanserinin Uyarıcı Belirtileri: Düzensiz sınırları olan küçük bir lezyon (yara, bere) ve vücutta veya kol ve bacaklarda kırmızı, beyaz, mavi veya mavi-siyah lekeler; cildin herhangi bir yerinde rengi inci beyazından siyaha kadar değişen yumru veya lezyonlar; avuç içi, ayak tabanı, el ve ayak parmaklarının uç kısımlarında koyu renkli lezyonlar; güneşe maruz kalmış cilt üzerinde daha koyu renkli beneklerle birlikte geniş kahverengimsi lekeler; cildin herhangi bir yerinde kırmızimsı mor lekeler; ayak parmakları veya bacakta mor-kahverengi veya koyu mavi nodüller; yüz, kulak veya boyunda inci gibi veya mumlu gibi yumru veya sisler, göğüs veya sırtta düz, ten rengi veya kahverengi yara izine benzer lezyonlar; yüz, kulaklar, boyun, eller veya kollarda pullu veya kabukla kaplı yüzeyi olan düz lezyon veya kırmızı nodul; herhangi bir bende görülen değişiklik veya iyileşmeyen bir yara olarak sıralanır. ²²

- Risk faktörleri: Kadın ve erkeklerde kızıl saç, açık cilt rengi veya gözlerin mavi olması; çocuklukta ciddi güneş yanığı olması; ailenin geçmişinde doğum lekeleri veya benler (displastik nevüs doğumda mevcut ben oluşumu sendromu) risk faktörleridir. Cilt

²⁰ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

²¹ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

²² Tamer İrfan Kaya, Deri Kanseri, (Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi),

http://www.mersinsaglik.gov.tr/HaberDownload%5C449_12_539_Deri%20Kanseri, (06.03.2012)

kanserleri kolayca görülme olanağı olduğu için erken teşhis edilebilir. Cilt kanserlerinin oluşumunda genetik yatkınlık (açık renk cilt, mavi göz, sarı veya kırmızı saç), kimyasal kirlilik ve röntgen ışınları etkisi de rol oynamakla beraber, Çocukluk döneminde ultraviyole ışınlarına maruz kalmak, gelecekte cilt kanserinin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Cilt kanserlerinin yüzde 90'ından fazlası, sürekli olarak güneşin ultraviyole ışınlarına maruz kalan bölgelerde olur. ²³

1.3.8. Mide Kanseri

Mide sindirim sisteminin önemli organlarından biridir. Mide hastalıkları dünyada sıkça rastlanılan hastalık tiplerindedir. Bunun birçok nedenleri olmakla beraber beslenme bozuklukları, ağır katı ve hazmı zor olan yiyecekler, margarinler ile midenin kendi yapısından kaynaklı asidik ortamı bu hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Ağızdan sonra besinlerin sindiriminin büyük kısmı midede olması, midenin direk olarak sinir sistemi ile ilişkili olması insan metabolizmasını sağlıklı çalışabilmesi için etkilidir. Dünya üzerinde de bazı ülkelerde sık görülmesi, bu kanserin genetik faktörlerle ve yeme alışkanlıkları ile ilgisi olduğunu göstermektedir. Özellikle Japonya başta olmak üzere, Çin ve İrlanda da bu hastalık sık görülmektedir. Erkeklerde kadınlardan 2 kat daha sık görülür. Bu hastalık genellikle 60-70 yaş aralığında sık olarak görülmektedir.

- Mide Kanserinin Uyarıcı Belirtileri: Karın üzerinde mide bölgesi ve onun etrafındaki bölgede rahatsızlık hissi ağrı ve ağırlık hissi, kısa sürede kilo kaybı, bulantı ve kusma, yemeklerden sonra rahatsızlık hissi, sindirim sisteminde kanama veya gizli kanama, erken doyma hissi, hastaların 2/3'ünde demir eksikliği anemisi uyarıcı belirtiler olarak sıralanmaktadır,²⁴

²³ Aynur Uysal Ve Ark, Öğrencilerin Cilt Kanseri Ve Risklerinin Ve Güneş Işınlarından Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi, (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ege Tıp Dergisi, İzmir, 2004, s1, [Http://Egetipdergisi.Com.Tr/Pdf/Pdf_Ege_181_\(22.03.2012\)](http://Egetipdergisi.Com.Tr/Pdf/Pdf_Ege_181_(22.03.2012)))

²⁴ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

- Mide Kanserinin Risk faktörleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.²⁵
 - Düşük sosyo-ekonomik düzey
 - Alkol alışkanlığı
 - Çevre şartları
 - Diyet (Nitratlar, dumanlı yiyecekler, yüksek derecede tuzlu gıdalar)
 - Birinci derece akrabalarında mide kanseri hikâyesi olanlar.
 - Atrofik gastriti olanlar
 - Helicobacterpylori enfeksiyonu olanlar
 - Billroth-2 ameliyatı olanlar (Mide ülserlerinde uygulanan bir ameliyattır)
 - Adenomatöz mide polipi hastalığı olanlar
 - Menetrier hastalığı olanlar
 - A kan grubu; olarak sı

2.KANSERLİ HASTALARIN TEDAVİ BİÇİMİ VE SOSYAL BOYUTU

2.1.Kanserli Hastanın Tanısı

Kanserde erken tanı hastalığın tedavi sürecinde hasta ve klinisyenlerin elini güçlendiren çok önemli bir faktördür. Her kanser hastalığı çeşit bakımından kendine göre özellikler taşır. Her bir kanser tipinin kendine göre etyolojisi, risk faktörleri, tanı yöntemleri ve tedavi metotları vardır. Bu nedenle, erken tanı ve tarama programları her kanser tipinde önerilmemektedir. Bunun nedeni bulguları saptanmamış hastalıklar için gereksiz tetkiklerin yapılmasının anlamlı olmamasıdır. Öte yandan gerek kanser yükünün bileşenleri, gerekse kullanılan yöntemler ve teknoloji yıldan yıla farklılaşır, bu yüzden erken tanı ve tarama ile ilgili öneriler de zaman içinde değişebilir. Kanser ile ilgili uluslararası kuruluşların önerileri her ülke için aynı olmayabilir.²⁶

Günümüzde kanser tanı ve tedavisi tek bir hekim veya kliniğin değil içlerinde ışın tedavi uzmanı (radyoterapist), onkolog, patoloji uzmanı asgari olmak üzere multidisipliner

²⁵ H.Canan Korkut Güngör, a.g.k,2006,ss.13-35

²⁶ Caner Fidaner, Kanserde Erken Yakalama Erken Tanı Ve Taramalar, İzmir, 2007, ss 319-331, <http://ukdk.org/pdf/kitap/26.pdf>, (28.02.2012)

(çok branşlı) bir yaklaşımla ele alınması gereken çok yönlü bir konu haline gelmiştir. Kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermektedir. Hastalar genellikle vücutlarında rastladıkları kanser belirtisi sayılan anormal durumları, yaşam lükslerini ilk etapta değiştirmediklerinden hekime başvurma yolunu seçmeyebilmektedirler. Örneğin uzun süren bir öksürük veya meme dokusunda ağrısız şişlik ilk etapta önemsenmeyebilir. Kanser tanısı konulduktan sonra hastalar hastalığı kabullenme döneminde medikal tedaviden kaçına bilmekte, farklı sebeplerden dolayı alternatif tedavi yöntemleri arama yoluna gidebilmektedirler. Bu durumlar kanserin erken teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenledir ki kanser olgusunun görüldüğü tanı aşamasından terminal döneme dek kanser, sadece hastalar için değil, hasta yakınları için de ciddi stres ve kaygılara sebep olan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır.²⁷

2.2.Kanserli Hastanın Tedavi Yöntemleri

Kanserle mücadelede yaygın görüş ilk etapta kansere sebebiyet veren unsurları ortadan kaldırmak ve halk sağlığı anlamında koruyucu yöntemlerin uygulanmasıdır. Bu durum kanser yükünü azaltmada maliyet etkinlik açısından en uygun yöntemdir. İkinci en önemli metot dünya sağlık örgütünün de benimsediği kanser taraması yöntemleri ile toplumların eğitilerek bilinç seviyesinin yükseltilmesidir. Teşhis ve tedavi sürecinde başvuru diğer yöntemlerin başlıcaları ise, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup kanser tanısı konan hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerin biri ya da birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Kanser tedavi yöntemlerinden biride palyatif bakımdır. Palyatif tedaviyi hayati tehlike arz eden hastalıklarla bağlantılı problemlerle karşı karşıya kalan hastaların ve ailelerinin hayat kalitesinin iyileştirilmesi için erken teşhis ve değerlendirme ile ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin tedavisi yoluyla ızdırabın önlenmesi ve giderilmesi olarak tanımlanmaktadır.²⁸

Tedavideki ilerlemelerle birçok hasta iyileşmekte ya da yaşam süresi uzamaktadır. Ancak, özellikle radyoterapi ve kemoterapinin çok önemli yan etkileri vardır. Çünkü bu

²⁷ Aysun Babacan Gümüş, Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, İzmir,2006, cilt.2,s108,http://www.memesagligi.dergisi.org/pdf/pdf_MSD_47.pdf, (02.02.2012)

²⁸ DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü),Uluslararası Kanser Araştırma Kurulu, Dünya Kanser Raporu, 2008, ss1-105, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.., (26.02.2012)

yöntemler kanserli hücreler yanında normal hücelere de zarar vermektedir. Kemik iliginin baskılanması, kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biri olup, bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok önemlidir. Saçlarda dökülme, bulantı, kusma, bitkinlik ve duygusal sorunlar hastalığın tedavi sürecinde kemoterapi uygulamasının diğer yan etkileridir²⁹

2.2.1.Kemoterapi Yöntemi

Cerrahi ve radyoterapi ile kanserin bulunduğu yere müdahale yapılmakta, kanserin kan yolu ile başka doku ve organlara sirayet edebilmesi durumunda ise bu yöntemler eksik kalabilmektedir. bu durumda genellikle cerrahi ve ışın tedavisinden sonra kemoterapi yöntemine geçilir. Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücelere etki eder.³⁰

Kemoterapi ilaçlarının verilmiş amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen malign hücreler ile ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl folüküllerinde bulunan normal hücreler arasında bölünmeyi engelleme açısından da bir ayırımı yapmaz. Bu nedenle kemoterapi ilaçları tedavi etmenin yanı sıra ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ruhsal değişiklikler, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltle ve tırnaklarda değişiklikler, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi yan etkilere de yol açar. Bu durumda hastalar saç dökülmesi gibi psikolojik yönden olumsuz durumlarla karşılaşılabilir³¹

²⁹ Tezer Kutluk ve ark. Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,1992 Ankara, ss. 25-31, http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kanser_konusunda_genel_bilgiler. (02.02.2012)

³⁰ Tezer Kutluk, a.g.k,1992,ss.25-31

³¹ Seda Kurt Sadırlı, Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ):Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,Elazığ, 2009, Cilt:4, Sayı:11, ss 80-92,<http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltdortsayionbir/79-95%20kurtsadirliveark11>,(18.02.2012)

2.2.2 Radyasyon tedavisi

Radyasyon tedavisi kanser tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanılarak yapılan bir tedavi yöntemidir. Bu ışınlar kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler. Ancak bazı kanser cinsleri radyoterapiye duyarlı iken bazıları da dirençli olduğu gözlemlenmiştir. Radyoterapide, cerrahi gibi radikal ve palyatif amaçlarla kullanılmaktadır. Radikal radyoterapiye örnek olarak bazı erken dönem beze kanserleri, beyin tümörlerinde cerrahiden sonra radyoterapi uygulanması, rahim ağzı kanserleri gibi kanserler verilebilir. Palyatif radyoterapi ameliyat şansını yitirmiş hastalarda, ameliyat riski yüksek hastalarda kanama, ağrı, organ tıkanıklıkları gibi durumları düzeltmek amacı ile yapılır. Radyoterapide kullanılan ışınlar geliştirilen özel aletler aracılığı bu konuda eğitim almış bir ekip tarafından uygulanırlar.³²

2.2.3. Cerrahi Yöntem

Eski zamanlardan beri kullanılan temel bir yöntemdir. Bugün kanserden iyileşen hastaların büyük kısmında (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır. Cerrahi, kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahi olarak sıralaya biliriz. Bunlara kısaca değinecek olursak;³³

- Tanısal cerrahide kanserin kesin tanısı için kanserli dokudan örnek alınır. Burada kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden ya sadece biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tümü nün çıkartıldığı yöntemdir.

- Önleyici cerrahi "kansere öncesi lezyonlar" olarak bilinen ve kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği öngörülen dokuların çıkarılmasıdır. Örneğin kalın basaktaki poliplerin kansere dönüşme riski çok yüksek olduğundan mutlaka çıkarılmalıdır.

- Küratif cerrahi ise kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerle beraber çıkarılmasıdır. Kanser cerrahisinde istenen benimsenen metot bu olmakla beraber, birçok kanser türünde kanserli dokular ameliyatla tamamen çıkarıldığı halde mikroskobik yayılımlar sonucu hastalığın tekrarlama söz konusudur. Bu nedenle ilaç

³² Tezer Kutluk, a.g.k,1992,ss.28-29

³³ Tezer Kutluk, a.g.k,1992,ss.26-28

tedavisi ve radyoterapi de çoğu zaman cerrahiye ek olarak uygulanan tamamlayıcı bir metot olmaktadır.

2.2.4.İmmünoterapi Yöntemi

İmmün sistem yani bağışıklık sisteminin olumsuz etkilenmesinde birçok etken vardır. Yaşanılan çevre, solunan ortam genetik faktörlerle beslenme alışkanlıklarını örnek verebiliriz. Vücutta kanser hücrelerine immün sistemin yetersizliği sonucu güçlenmeye başlar. Kanser hastalığı ile mücadelede mücadelede İmmünoterapi kanser aşılarını da içeren alan bir tedavi yöntemidir. İmmün sistem için kanser hücreleri ve normal hücreler aynıdır ve normal hücrelere gösterdiği toleransı kanser hücrelerine de göstermektedir. Bu yüzden organizma kanser hücrelerini yabancı olarak algılayamamakta ona karşı cevap oluşturamamaktadır. Kanser aşısı ile kanserli hastalara, inaktive kanser hücreleri veya kanser hücrelerine spesifik proteinlerin injeksiyonuyla kişinin immün sisteminin aktive edilerek kanser hücrelerini tanıması ve ona karşı savaş açması hedeflenir.³⁴

2.3.Kanser Tedavisinin Sosyal Boyutları

Kronik hastalıklar bireyin yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan doyum almasını engellemekte, fonksiyonel yaşamında zorluklar yaratmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.³⁵ Kanser tedavisi ve bakımı oldukça masraflı ve pek çok açıdan mali güçlükleri beraberinde getiren bireyi sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkileyen bir hastalık sürecidir. Bu durum hastada ve ailesinde sorunlar yaratmakta ve aile gelirinde azalmaya yol açmaktadır. Ekonomik yönden sıkıntı çeken hastalarda en sık görülen tepki ise, kanserin yaşamları üzerindeki kontrollerini kaybetmelerine neden olduğudur. Hastalar ve yakınları işgücü kaybı, maddi birikimleri neşe kilde kullanacaklarını bilemediklerinden yaşamsal öncelikleri

³⁴ Serdar Bedii Omay , Nöro-Onkolojide İmmünoterapi ,(Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı), Türk Nöroşirurji Dergisi, Trabzon, 2006, Cilt: 16, Sayı: 1,ss, 23-24, http://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_57, (16.03.2010)

³⁵ Hicran Aydın Bektaş, Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi, (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yayımlanmamış Doktora Tezi) , 2005, Ankara, ss.3

değişebilmekte. Hatta medikal tedavinin yarım bırakıp alternatif tedavi yöntemlerine başvurulmalarına sebep olabilmektedir. Ekonomik açıdan yüksek seviyede bulunan hastalarda gözlemlenen moral yüksekliğinin hastalığın seyrine olumlu katkısı olmaktadır. Buna rağmen tedavi giderleri orta ve/veya üst seviyedeki birçok ailenin maddi durumunu alt seviyeye indirdiği de göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Bütün bu durumlar hastanın sorunlarının fazlalaşmasına neden olmakta ve tedaviden etkin bir biçimde yararlanmasını engelleyebilmektedir. Kanser teşhisi konulduktan sonra hastalarda; inkâr, öfke düşmanlık, pazarlık ve depresyon durumlarından biri veya birkaçı görülebileceğini de vurgulamak gerekir.³⁶

Ruhsal bozukluk ve sosyal destek önemli bir etkileşim içindedir. Sosyal destek az veya orta ise; yüksek düzeydeki ruhsal bozukluk, yüksek düzeyde semptomların yaşanmasına yol açar³⁷. Diğer bir önemli hususa yaş etmenidir, Hastanın yaşı hastanın hastalığa yönelik tepkileri ve hastalığın hasta üzerindeki etkileri açısından önemli bir değişkendir. Çocuk, genç, yetişkin ve yaşlı olarak gruplandırma yapıldığında her hastanın hastalığa yönelik kaygı ve beklentileri farklı olduğu görülmektedir. Genelde çocuklar, hastalığı sorgulama yetisine sahip olmadıklarından gençlere göre sıkıntılarını, sorunlarını ifade etme düzeyleri daha düşüktür. Bu durum ileride bazı psikolojik durumlarında beraberinde getirir. Diğer yandan gençler, yaşama dair yaşanmamış olayları sorgulama, isteklerini ve planlarını yerine getirmemiş olmalarından dolayı öfke ve yaşama dair özlem duygularını farklı yaşamaktadırlar. Yetişkin hastalarda, çocuklara ve aileye yönelik sorumluluk duyguları öne çıkabileceği gibi, etken bir bireyken edilgen bir konuma düşmeleri nedeni ile hastalığın kabullenme ve hastalıkla mücadele evrelerinde onlar için zorlayıcı bir süreç haline gelir. Kanserle mücadelede tıbbi müdahalelerle yapılan yöntemler ne kadar önemli ise hasta ve yakınlarına yönelik hastalık süreci ve sonrasında yapılacak eğitim faaliyetleri hastanın iyileşmesindeki rolünü yüksektir.³⁸

³⁶ M. Melis Acar, Yetişkin Kanser Hastalarının Kansere Tepkileri,(Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2007. Ankara, ss.1-181,

³⁷ Hyun Lee, Relationships Of Mood Disturbance And Social Support To Symptom Experience In Korean Women With Breast Cancer, Journal Of Pain And Symptom Management, 2004,ss 425 - 433, <http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924%2804%2900065-X/abstract>, (26.02.2012)

³⁸ M. Melis Acar, a.g.k,2007,ss.1-181

2.4.Kanser Tedavisinin Önemi

Bir hastalığın halk sağlığı yönünden önemini belirleyen en büyük unsur, o hastalığın görülme, sakat bırakma sıklığı ve neden olduğu ölümlerin çokluğudur ³⁹ Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir.⁴⁰ Gerek dünya sağlık örgütü gerekse ülkemizde yapılan çalışmalardan edinilen bilgilere göre Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmış olduğu gözlemlenmiştir. Dünyada her yıl 12 milyon kişiye kanser tanısı konulmakta ve 7,6 milyon kişi kanserden ölmektedir. Kanser hastalığı ile ilgili gerekli Önlemler alınmazsa, dünya genelinde kanser yükünün artarak 2030 yılında 26 milyon yeni tanı kanser vakasına ve 17 milyon ölüme ulaşacağı yapılan tahminlerle sabittir. Kanser vakalarında beklenen en hızlı artış ise ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olacaktır. Sağlık Bakanlığınca yayımlanmış 2000-2006 yıllarını kapsayan güncel bir araştırmaya göre, Türkiye'de 396 bin kanser vakası bulunmakta ve her yıl 140 bin kişi kanserden yaşamını kaybetmekte ve bu rakamın önümüzdeki 20 yılda 500 bine çıkacağı tahmin edilmektedir. Her yıl ortalama 150 bin yeni kanser tanısı konurken, yine 20 yıl içinde hasta sayısının 1,5 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Kanser Türkiye'ye yıllık maliyetinin ise 2,5 milyar doları bulduğu öngörülmektedir.⁴¹ Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yansırı duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur.⁴²

³⁹ Hicran Aydın Bektaş, a.g.k,2005,s2

⁴⁰ A. Murat Tuncer,a.g.k, 2009, Ankara, s.5, <http://ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf>, (08.02.2012)

⁴¹ TBMM. Kanser Araştırma Raporu,2010, ss. 27-30,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(03.02.2012)

⁴² Figen Ç. Ateşçi. Ve Diğerleri, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2003,ss.145-152, <http://www.turkpsikiyatri.com/C14S2/kanserHastalarinda>,(02.03.2012)

3.KANSER KAYIT SİSTEMLERİ

3.1.Kanserin Kayıtlanması

Kanser kayıtçılığı, kanser ile mücadelenin en başında yer alan başlangıç noktası olarak görülmektedir. Toplumda kanser olgularına ilişkin bilgi toplamak amacıyla yürütülen çabaların tümü kanser kayıtlanması başlığı altında toplanmak mümkündür. Verilerin toplandığı yerlere kanser kayıt merkezleri denir. Kanser kayıt merkezleri, kanserli kişilere ait verilerin toplanması, saklanması, analizi ve yorumlanması için organize edilmiş sistemler bütünü olarak görev yapmaktadır. Kanser kayıt merkezinin ana hedefi, tanımlanmış bir nüfusta kanser görülüşü ile ilgili istatistikler üretebilmek için bütün kanser olguları hakkında bilgi toplamak, bu bilgiyi sınıflamak ve toplum üzerinde kanserin etkilerini değerlendirip kontrol edebilecek bir çatı oluşturmaktır.⁴³

3.2. Kanser Verileri Toplama Yöntemleri

Kanser verilerinin toplanması yöntemlerini çeşitli şekilde olabilir bunları şöyle sıralayabiliriz,⁴⁴

- **Aktif Yöntemle Veri Toplama:** Kanser kayıt merkezinin kendi personelinin (kanser kayıt elemanlarının) imkânlar dâhilinde her yolu kullanıp sağlık kurumlarıyla koordinasyonu sağlayarak, kanserli olguları saptaması ve bu olgulara ait bilgileri uluslararası kanser kayıtçılığı standartlarına uygun olarak kayıt altına almasıdır.

- **Pasif Yöntemle Veri Toplama:** Kanserli olgulara ait verilerin ilgili kurumda çalışan kanser kayıt personeli tarafından merkezlere kendiliğinden gönderilmesi yöntemine dayanır. Pasif bildirimde nicelik sorununun (gözlenen kanserlerin küçük bir oranının

⁴³ Sultan Yalçın Eser, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Kanser Kayıtçılığı Ve Kanser Kayıt Merkezleri, Ankara, 2009, ss.15-34,

<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.>,(11.03.2012)

⁴⁴ Sultan Yalçın Eser,a.g.k, 2009,

<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.>, (11.03.2012)

bildirilmesi) yanı sıra ciddi bir nitelik sorunu da (standartlar uygulanamayacağından) oluşabileceği göz ardı edilmemelidir.

- Aktarım Yöntemle Veri Toplama: Bir şekilde toplanmış ve bilgisayar sistemine yani elektronik ortama girilmiş verilerin bilgisayar ağı kullanılarak kanser kayıt merkezinin verileri arasına dâhil edilmesidir.

3.3. Kanser Kayıt Merkezleri

Kanser kayıt merkezleri kanserle ilgili bilgilerin toplandığı hastalıkla mücadelede her türlü sağlık politikalarının geliştirildiği ve yönetildiği aynı zamanda yurt dışı merkezlerle karşılaştırmaların yapılabildiği önemli bir bilgi havuzu görevi üslenmiştir. Bu merkezlerin işleyişine değinecek olursak;⁴⁵

- Nüfusa Dayalı Kanser Kayıt Merkezleri; Nüfus tabanlı bir kanser kayıt merkezi, iyi tanımlanmış bir nüfusta (çoğunlukla bir coğrafi bölgede) yaşayan kişiler arasında yeni tanı alan bütün malign tümörleri, epidemiyoloji ve halk sağlığı kavramlarını gözeterek kaydeden bir oluşumdur. Bu anlamda “nüfus tabanlı kanser kayıtçılığı”, belirli bir nüfusta, bir toplumda ortaya çıkan bütün malign neoplazmların görülüşleri ve özellikleri hakkındaki verilerin, toplumda kanserlerin etkisini değerlendirmek ve kanser kontrolüne yardımcı olmak amacıyla yürütülen sürekli ve sistematik olarak toplanması süreci olarak tanımlanabilir.

- Hastane Tabanlı Kanser Kayıt Merkezi: Hastaneye başvuran bütün kanserli vakaların kayıt altına alındığı merkezlerdir, burada hedeflenen ana amaç hastaların klinik bakımı ve hastane yönetimiyle ilgili verilere ulaşılmasıdır. Hastane tabanlı bir kanser kayıt merkezi hastane yönetiminin ihtiyaçlarına, hastane kanser programlarına ve bütün bunların da üstünde bireysel olarak “hastaya” hizmet eder.

- Patoloji Tabanlı Kanser Kayıt Merkezi: Doku ya da hücre düzeyinde, yani patolojik ya da sitolojik yöntemlerle tanı almış bütün kanser olgularının toplandığı

⁴⁵ Sultan Yalçın Eser,a.g.k, 2009,

<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.>(11.03.2012)

merkezlerdir. Bu tür kayıt sistemlerinin amacı, özellikle kanser morfolojisine ilişkin bilimsel klinik çalışmalar için altyapı oluşturmaktır.

3.4. Türkiye’de Kanser Kayıt Sistemleri

Ülkemizde kanser kayıtçılığı seyrine bakıldığında Sağlık Bakanlığının 14.9.1982 tarih ve 5621 sayılı genelgesiyle kanser, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 57. maddesinde yer alan "bildirimi zorunlu hastalıklar kapsamına alındığını görmekteyiz. Bu madde uyarınca kanser tanısı koyan resmi ve özel bütün hekimler bunu en yakın sağlık kuruluşuna bildirmekle yükümlü hale gelmişlerdir. 1983 yılından itibaren bütün ülke genelinde, tanıyı koyan hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının bildirimlerine dayalı pasif yöntemle kanser verilerini toplamaya başlanılmıştır. Ancak kanser kayıt verilerinin toplanması mevcut klasik yöntem itibari ile başarıya ulaşamamış sağlıklı veriler elde edilememiştir. Ülkemizde ilk olarak 1991 yılında sınırları iyi belirlenmiş bir bölge nüfusuna dayalı kayıt merkezi çalışmalarına İzmir’de başlanmıştır. 1992 gelindiğinde ise ülke nüfusunu temsil eder düzeyde, coğrafi sınırları ve nüfusu belirli alanlarda aktif olarak toplanacak verilerle bir kanser kayıt sistemi oluşturulması amacıyla Kanserle Savaş Dairesi “Kanser Kayıt ve İnsidans” projesi başlatılmıştır. 1993 ve 1995 yılları arasında Diyarbakır, Ankara, Trabzon, Edirne, Antalya, Adana, Sivas, Erzurum ve Bursa’da aktif yöntemle veri toplayan nüfus kanser kayıt merkezleri kurulmuştur. 14 Aralık 2000 tarihinde yayımlanan 24260 sayılı “Kanser Kayıt Merkezi Yönetmeliği” ile beraber kanser kayıtçılığı ülkemizde önemli bir ivme kazanmıştır. Antalya, Adana, Trabzon, Samsun, Bursa illerinde bugün kanser kayıtçılığında oldukça iyi bir düzeye gelinmiştir.⁴⁶

⁴⁶ A. Murat Tuncer , a.g.k., 2009 , s.15-34, <http://ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf>,(08.02.2012)

4.TÜRKİYE’DE KANSERDEN KORUNMAK İÇİN YAPILAN ÇALIŞMALAR

Ülkemizde kanserle mücadele 1947 yılında ‘Türk Kanser Araştırma Kulu’nun kurulması ile başlamıştır. O tarihten günümüze kanserle mücadelede önemli safhalar katledilmiştir. Günümüzde kanser hastalığı ile mücadeleye yönelik yapılan faaliyetlere bakacak olursak; tütün kullanımının azaltılmasının, enfeksiyonlarla mücadelenin, kanserojen çevresel ve mesleki etkenlerin azaltılmasının, obezite ile mücadele ve fiziksel aktivite azlığının getirdiği sorunlarla mücadele, ülkemiz için öncelikli risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Kanserden korunmak için bu risk faktörleri göz önüne alınarak şu faaliyetler başlatılmıştır:

4.1.Birinci Risk Faktörü Tütün kullanımı;

Tütün kullanımının kanserler ile direk ispat edilmiş neden-sonuç ilişkisi bulunamaktadır. Sigaranın kullanım yaygınlığı dikkate alınarak, tüketimi azaltılması, yeni başlayacakların önlenmesi ve pasif sigara dumanına maruziyeti ortadan kaldırması amaçlanmıştır. Bu hedefleri gerçekleştirmek için birdizi uygulamalar başlatılmış ve yürütülmektedir. Bunlar ;⁴⁷

- Tütün ürünleri içmenin kapalı ortamlarda yasaklanması
- Tütün ürünlerinin fiyatlarının yükseltilmesi
- Reklâm, tanıtım ve sponsorluk yasaklarının uygulanması
- Tütün ürünlerinin zararları ile ilgili medya kampanyaları
- Paketlerde uyarı yazılarının bulunması ve ürün kontrolü
- Sigara bırakma konusunda tıbbi destek sağlanması faaliyetleridir.

4.2.İkinci Risk Faktörü Enfeksiyon

Enfeksiyon ile ilişkili kanser morbidite ve mortalitesini azaltmaya yönelik önlemler arasında Hepatit B enfeksiyonu, Human Papilloma virus enfeksiyonu korunması ve enjeksiyon güvenliği konuları öncelik olarak belirlenmiş. Kanserden korunmaya yönelik

⁴⁷ T.C, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı, 2009-2015, Ankara, 2009, ss.27-36, http://www.ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Prog_Kitabi, (08.02.2012)

enfeksiyon kaynaklı kanser riskinin azaltılması amaçlı faaliyetler belirlenen programlar çerçevesinde yürütülmektedir.

4.3.Üçüncü Risk Faktörü Mesleksi ve Çevresel Etkenler;

Çevresel ve mesleksi etkenlerle oluşan kanserlerin sıklığının azaltılmasına yönelik; çevresel karsinogenler asbest ve arsenik temasının önlenmesi, çalışma ortamından kaynaklanan ve kansere yol açan mesleki faktörlerden bütün çalışanların korunmaları ve iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitimlerin yaygınlaştırılarak tarafların bilinçlendirilmesi hedeflenmiştir.

4.4.Dördüncü Risk Faktörü Obezite, Diyet, İnaktivite;

Ulusal Obezite ile Mücadele Programı kapsamında yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının topluma kazandırılması, doğru beslenmenin öğretilmesi, anne sütü ile beslenmenin öneminin yaygınlaştırılması ve toplumda fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkıları konusunda farkındalık oluşturulması planlanmış ve yürütülmektedir.

Ülkemizde risk faktörü olarak belirlenen etkenlerle mücadele kapsamında bireylerin eğitilmesinin yanı sıra sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimler verilmektedir. Tüm bu çalışmalar milli eğitim, çevre ve şehircilik, tarım ve köy işleri bakanlıkları başta olmak üzere, medya ve sivil toplum kuruluşlarının ortak desteği ile yürütülerek toplumun tamamına hitap eden bir kanserle mücadele politikası yürütülmektedir.

2. BÖLÜM

TÜRKİYEDDE KANSER HASTALIĞININ COĞRAFİ DAĞILIMI, HASTALIK MALİYETLERİ VE SEÇİLMİŞ ÇEŞİTLİ ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI

1. TÜRKİYE’DE KANSERLE MÜCADELENİN GEÇMİŞİ VE KANSERİN COĞRAFİ DAĞILIMI

1.1.Türkiye’de Kanserle Mücadelenin Tarihi Seyri;

Ülkemizde kanser mücadelesi ilk olarak 1947 yılında sivil bir öncelik olarak ‘Türk kanser araştırma ve savaş Kurumu’nun kurulması ile başlamıştır. Bu giriminin ardından 1962 yılında tamamlanan Ahmet Andiçen onkoloji hastanesin işletilmek üzere bakanlığa devredilmiş olduğunu öğrenmekteyiz. Bu tarihe kadar kanser hastaların tedavisi ise genel tedavi kuruluşlarında yapılmakta ve kanser hastalarına bakımları diğer hastalar arasında verilmiştir.⁴⁸

1967’de bakanlık tarafından Ankara’da Etimesgut onkoloji hastanesi açılmış olduğunu görmekteyiz, İlk resmi kanserle savaş yaklaşımı 1962 yılında temel sağlık hizmetlerinde kanserle mücadele amacıyla şube şefliği kurulması ile yürütülmeye başlanmıştır.⁴⁹

1970 yılına gelindiğinde bakanlık bünyesinde kanserle savaş konusunda koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tanzim etmek, hastanelerle ilgili koordinasyon faaliyetleri olan; tesisleri ve çalışma programlarını yürütmek ve denetlemek amacıyla temel sağlık hizmetleri genel müdürlüğü bünyesindeki şube şefliği, kanser savaş müdürlüğü haline getirilmiştir. 1970 yılından beri 1-7 Nisan kanser haftası olarak kabul edilerek farkındalık oluşturulması

⁴⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,

<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

⁴⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,

<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

amaçlanmıştır. Ülkemizde ilk kez ve resmi olarak 1972-1976 yılları arasında hizmet içi eğitim kursları ile halk eğitimleri verilmeye başlanarak kanserle savaş konseyi oluşturulmuştur.⁵⁰

1982 yılına gelindiğinde ise kanser ihbarı zorunlu hastalıklar sınıfına alınarak öneminin artırılması hedeflenmiş. 1983 yılından itibaren kanserle savaş faaliyetleri, sağlık bakanlığı bünyesinde kurulan, genel müdürlük seviyesinde bağımsız bir daire başkanlığı tarafından yürütölmeye başlanmıştır. 1983 yılında geçmişte yapılan öncü faaliyetlere ilave olarak ayrı ihtisas anlamında ilk kanser cerrahisi ve medikal hizmetler başlatılmıştır. 1988 yılında kanser savaş danışma kurulu oluşturulmuştur, 1989 yılında uluslararası kanser savaş birliği üyeliği gerçekleşmiş olup 1992 yılında ise ülkemizde gerçekçi kanser verileri elde edilmesi amacı ile kanser kayıt ve insidans projesi çalışmaları başlamıştır.⁵¹

Günümüzde önemi büyük olan kanser kayıtçılığı çalışmaları ilk olarak İzmir kanser kayıt merkezinin açılması ile anlam kazanmış, yine kanser taraması amacı ile 1996 yılında kanser erken teşhis ve tarama merkezleri (KETEM) projesi çalışmalarını başlatılmıştır. Kronolojik olarak 1947'ler den devraldığımız kanserle mücadelenin tarihi seyri son beş yıl içinde önemi dünya ve ülkemizdeki kanser vakalarındaki artışla beraber önemi artmaktadır. 2008 yılı sonu itibari ile yurdumuzun 81 ilinde aktif kayıt merkezi sayısı toplam 84 KETEM' ulaşmış olup böylelikle ülkemiz aktif kanser kayıtçılığında bölgesinde ve dünyada önemli bir ülke haline gelmiştir.⁵²

Daire başkanlığı 2010 yılı içerisinde Asya Pasifik Kanser Önleme Derneği başkanlığı, Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü'ne (UICC) üyeliği, Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu ve Karadeniz Ülkeleri Meme ve Servikal Kanser Önleme Koalisyonlarının eş başkanlıklarını da yürüterek misyonunu devam ettirmektedir.⁵³

⁵⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

⁵¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

⁵² TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

⁵³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss 456-457,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>. (02.03.2012)

1.2.Kanser Hastalığının Coğrafi Dağılımı

Kanser hastalığının coğrafi dağılımı denildiğinde ilk olarak Sağlık Coğrafyası akla gelmese de, kanser hastalığının sebep ve sonuç ilişkisi ile tedavi süreci irdelendiğinde önemli veri ve analiz kaynaklarından biri olduğu görülmektedir. Terim olarak bakacak olursak Sağlık Coğrafyası, doğal ortam- insan etkileşimi sonucu coğrafi ortamda meydana gelen hastalıkların, yeryüzündeki coğrafi dağılımlarını, ortaya çıkış nedenlerini, etkiledikleri nüfus miktarını ve yürütülen sağlık hizmetlerini sentezleyerek ele alan sosyal coğrafya dalıdır.⁵⁴

Sağlık coğrafyası iki yaklaşımla dikkati çeker. Birincisi hastalıkların yeryüzündeki dağılımını inceleyen coğrafi epidemiyolojidir. Kincisi ise sağlık planlamasına ve sağlık hizmetlerinin ayrılmasına mekânsal bir bakış açıdır.⁵⁵ Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç, sağlık servislerine ulaşım, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık kuruluşları ve donanımları ile personelleri, verilen hizmetler, sağlık kuruluşlarının hizmet verdikleri alanlar ve bu alanların özellikleri, sağlık hizmetlerinden yararlananların tercih nedenleri ve hizmetlere ilksin memnuniyet algılarının belirlenmesi ve mekânsal analizlerinin yapılması önemlidir.⁵⁶

Türkiye’de Son yıllarda sağlık coğrafyasında özellikle ikinci yaklaşımda önemli gelişmeler olmaktadır. Çünkü sağlık olgusunu inceleyen coğrafya, halk sağlığı hizmetlerinin mekânsal durumunu incelerken bu hizmetlere erişebilme, hizmetlerden yararlanabilme açısından yetersizlik ve eşitsizlik gibi konuları da ortaya çıkarabilmektedir. Hastalıkların dağılımının haritalanmasında da harita çizimlerinde son teknoloji yöntemlerinin içeren Coğrafi Bilgi Sistemi’nden faydalanılmaktadır. Hastalıkların görüldüğü yerler, görülme sıklığı, hastaların takibi yine Coğrafi Bilgi Sistemi ile hızlı ve güvenilir bir şekilde sağlanır. Coğrafi Bilgi Sistemi hastalıkların (örneğin, prevalans ve insidans) ve ilişkili faktörlerin coğrafi dağılımı ve varyasyonunu belirlemede, mekânsal ve boylamsal eğilimleri

⁵⁴ Keziban Merey, Türk İye’de Sağlık Coğrafyası Bakımından Kadınlarda Görülen Beş Kanser Türünün İlçe Bazında Dağılımı Ve Coğrafi Ortam İle İlişkinin Belirlenmesi,(Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya (Türkiye Coğrafyası) , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2008, ss.7-12,(20.03.2012)

⁵⁵ Semra Güney Ergün, İlknur Saraç, Sağlık Coğrafyasında CBS’nin Kullanımı, Samsun Sağlık Ocakları Örneği,(Coğrafi Bilgi Sistemleri Bilişim Günleri, Fatih Üniversitesi),İstanbul, 2006, S1-3, http://dis.fatih.edu.tr/store/docs/ergun_sagcogcbs1q8wvx0Q.pdf, (26.03.2012)

⁵⁶ Semra Güney Ergün,a.g.k,2006, http://dis.fatih.edu.tr/store/docs/ergun_sagcogcbs1q8wvx0Q.pdf,(26.03.2012)

çözümlemede, risk altındaki popülasyonları haritalandırmada ve risk faktörlerini katmanlaştırmakta önemli bir veri kaynağıdır.⁵⁷

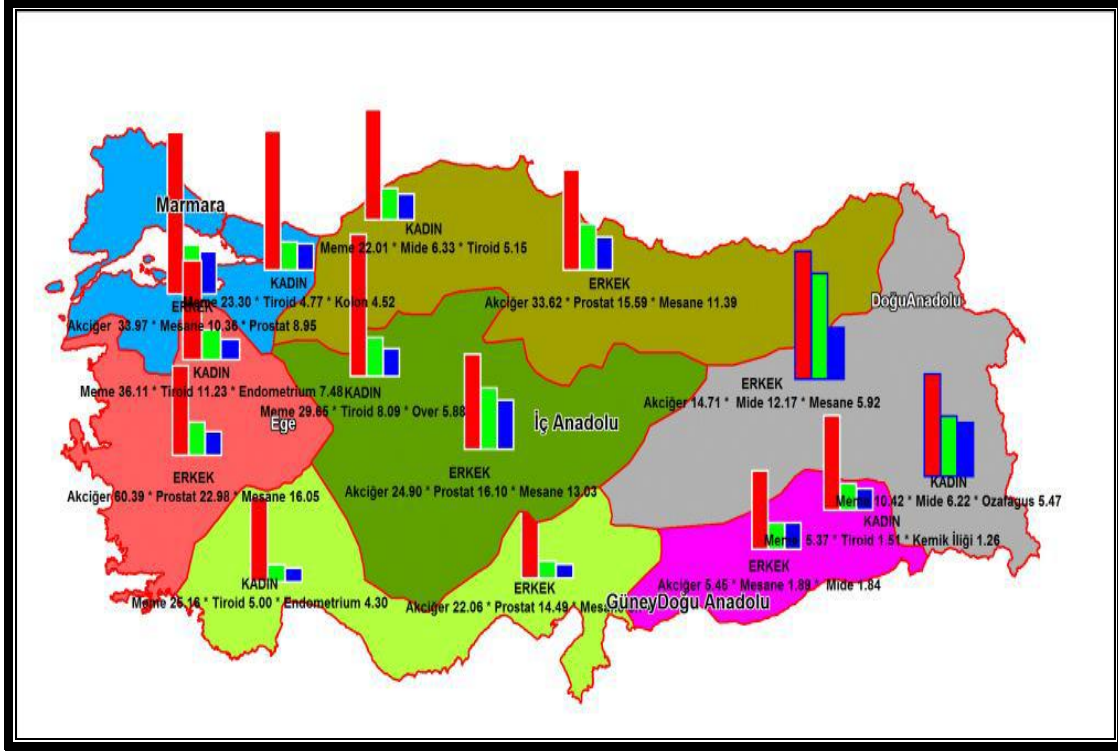
Ülkemiz coğrafi konum itibari ile bir yandan Avrupa, bir yandan Asya, bir yandan da orta doğu ile etkileşim içerisinde. Kanser çok yönlü bir hastalık olduğu için, ülkemizin diğer dünya ülkeler ile kıyaslanması pek çok farklı açıdan yapılabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında ülkemizin coğrafi bölgeleri ile iller bazında verilerin karşılaştırılması oldukça önemli epidemiyolojik sonuçlar gözlemlenmektedir. Ayrıca ülke genelinde yapılacak bölgesel çalışmalar kanser vakaların yaş cinsiyet, sosyo ekonomik durum, iklim ve yer şekilleri gibi pek çok değişkenler karşısında bilgi vererek kanser araştırmaları, teşhis ve tedavi yöntemleri, koruyucu hekimlik ve kanser kayıtçılığı vb. konulara ışık tutması beklenmektedir. Bu nedenle eğer varsa etken olan coğrafi faktörlerin belirlenmesi ve de bu nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar sağlık coğrafyası ve coğrafi bilgi sistemleri kapsamında yapılması anlamlı olacaktır.⁵⁸

Harita:1-8 de yer alan Kanser vakalarının dağılımı incelendiğinde; coğrafik olarak sanayide öncü bölgelerde (Harita:4,6,7) akciğer, serviks, over gibi genital kanserler daha sık iken, Doğu Anadolu bölgemizde ise İran ve Kafkas toplumlarına benzer olarak mide kanseri daha siktir (Harita:3). İç Anadolu bölgesinde özellikle Nevşehir ve yöresinde erionit maruziyetine bağlı endemik mezotelyoma görülebilmektedir (Harita:6). Bu nedenle, bir yandan dünya çapında kanser önleyici tedbirleri alması gerekirken diğer yandan da ulusal ve kendi şartlarımıza uygun olarak bölgesel tedbirler almamız gerekmektedir. Kanser vakalarının coğrafi bölgelere göre dağılımı aşağıda verilmiştir. Bölgeler arasında bazı farklar olsa da akciğer kanseri erkeklerde tüm bölgelerde ilk sırayı alırken, Kadınlarda ise meme kanserinin yaygınlığı dikkati çekmektedir.⁵⁹

⁵⁷ Semra Güney Ergün, a.g.k, 2006, http://dis.fatih.edu.tr/store/docs/ergun_sagcogcbs1q8wvx0Q.pdf(26.03.2012)

⁵⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s 301,304,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

⁵⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s 301,304,
<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

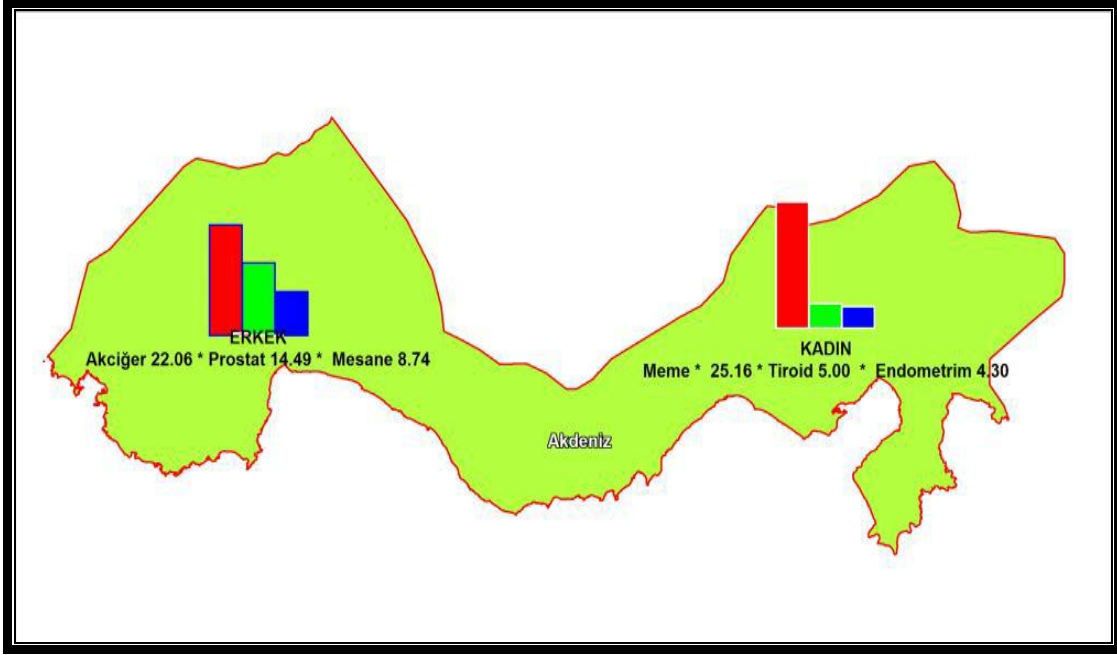


Harita 1: Tüm Bölgeler ve Ayrı Bölgelere Göre Önemli Kanseri Türleri, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

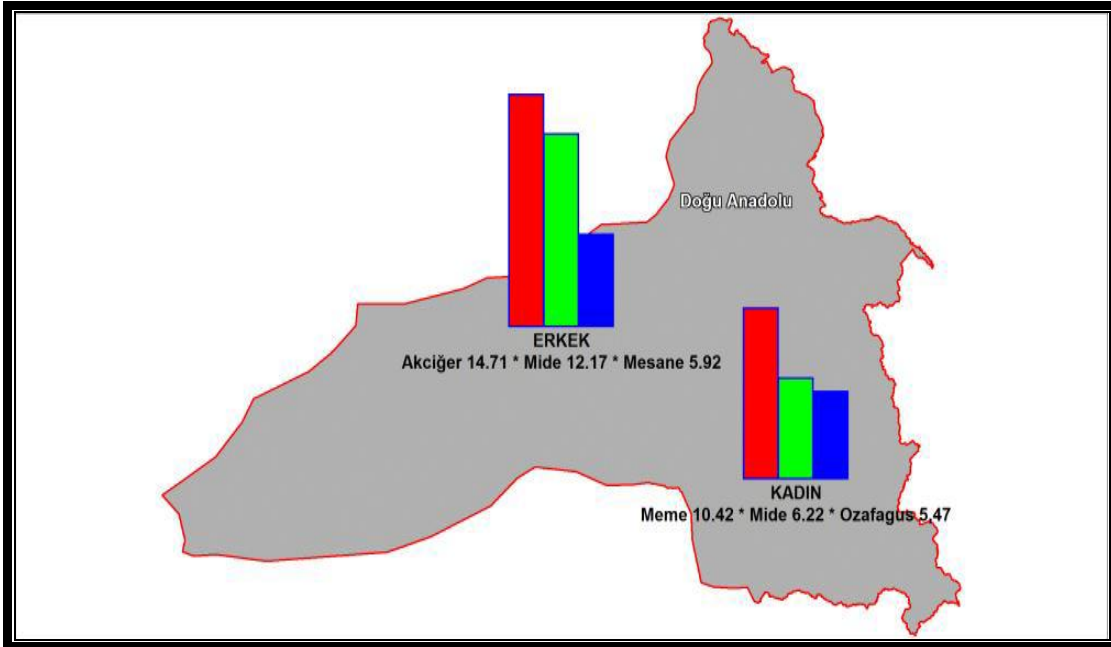
Harita 1'e genel bakış;

- Tüm bölgelerde erkeklerde akciğer kanseri yaygın,
- Tüm bölgelerde kadınlarda meme kanseri yaygın,
- Sanayi bölgelerinde akciğer ve genital kanserler belirgin,
- Doğu ve güneydoğu bölgelerinde mide kanseri dikkat çekmektedir.



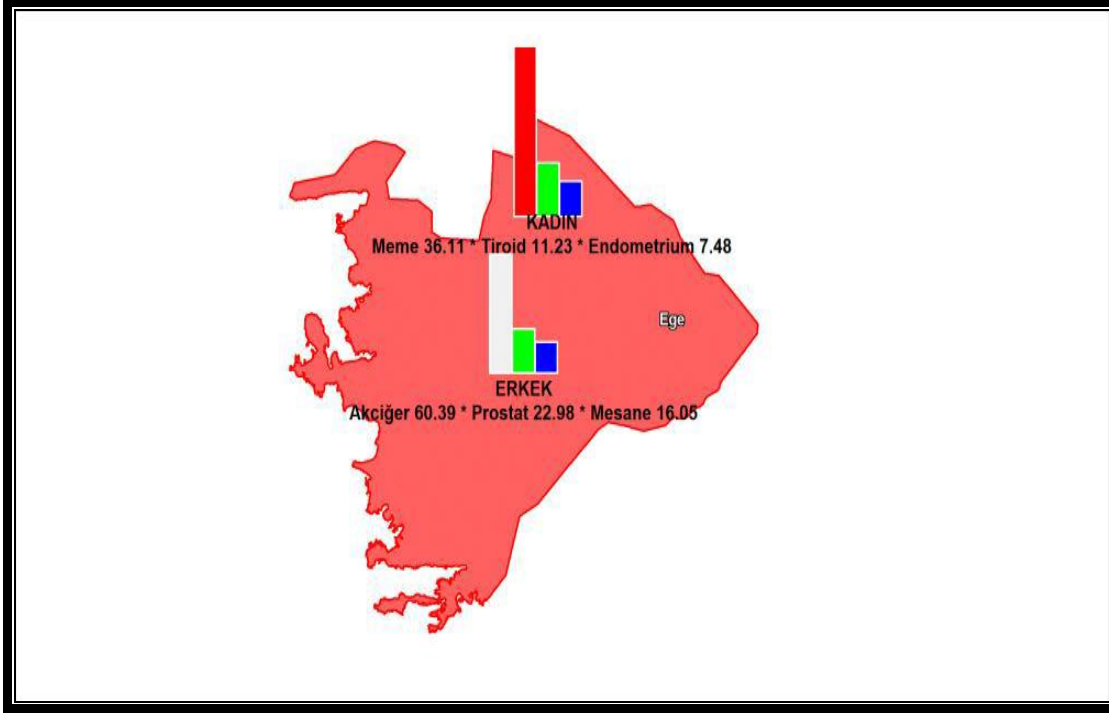
Harita 2: Akdeniz Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)



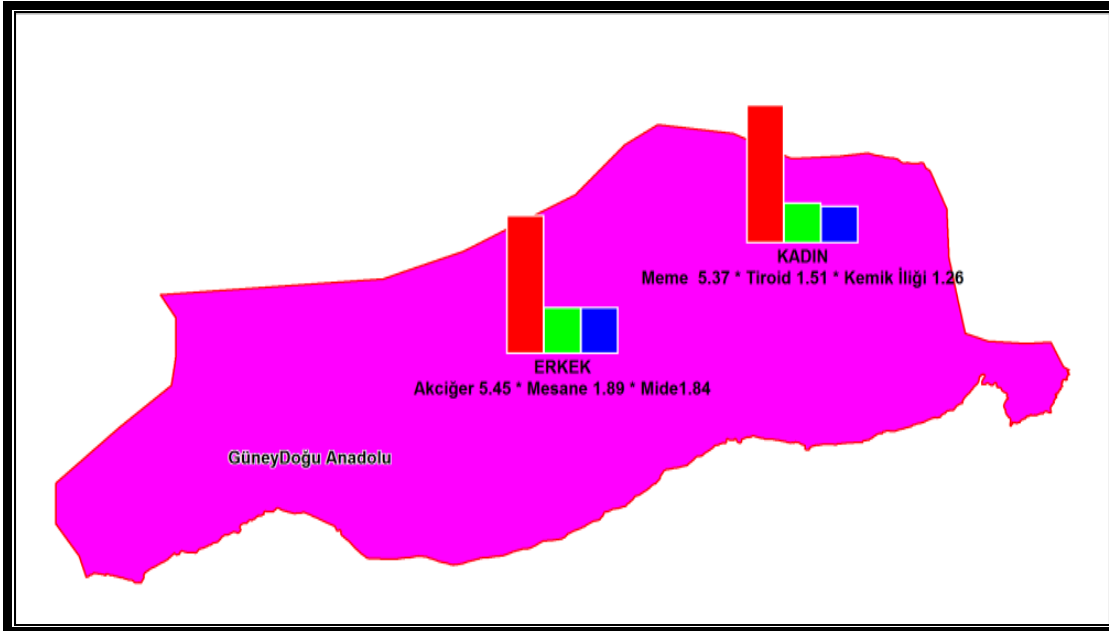
Harita 3: Doğu Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)



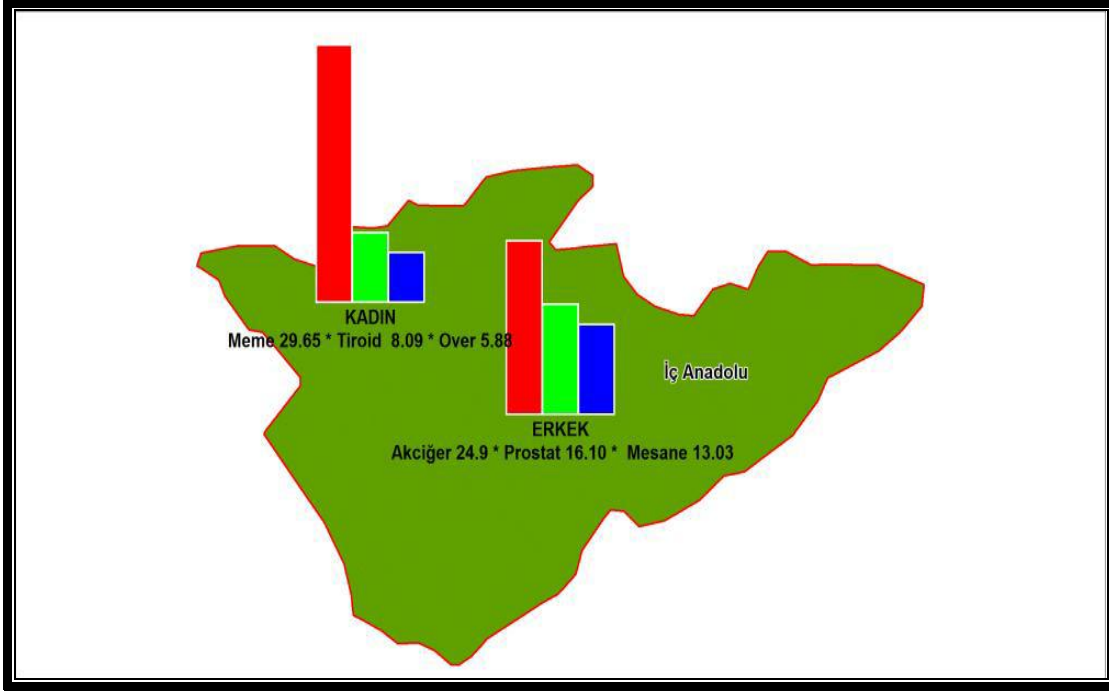
Harita 4: Ege Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)



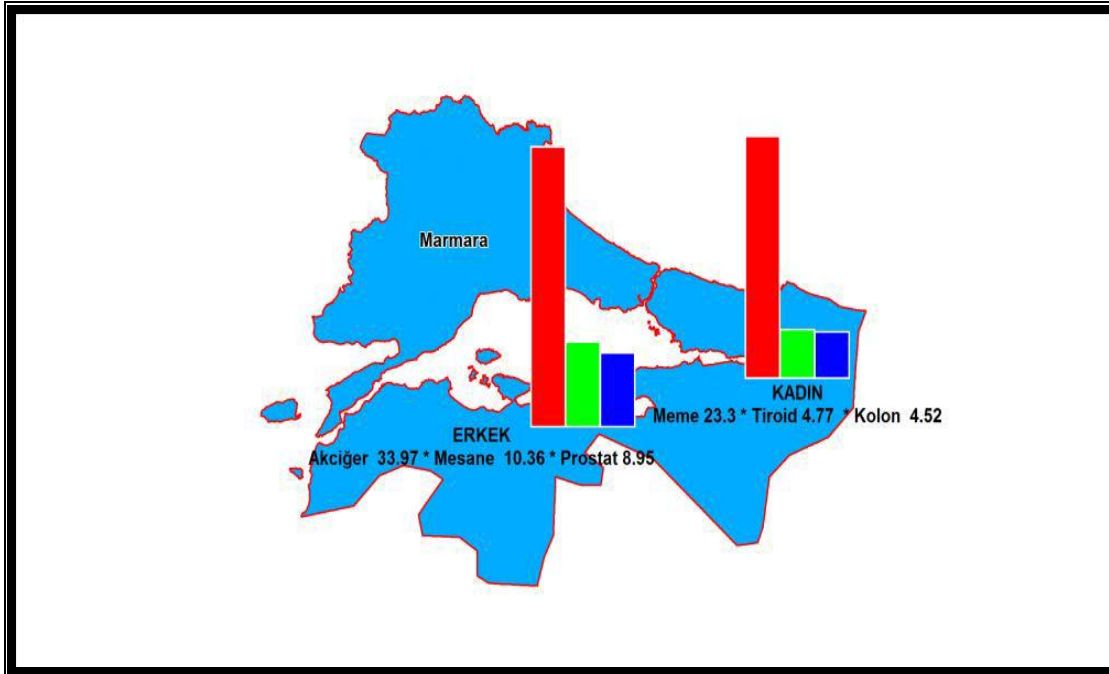
Harita 5: Güneydoğu Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın,

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)



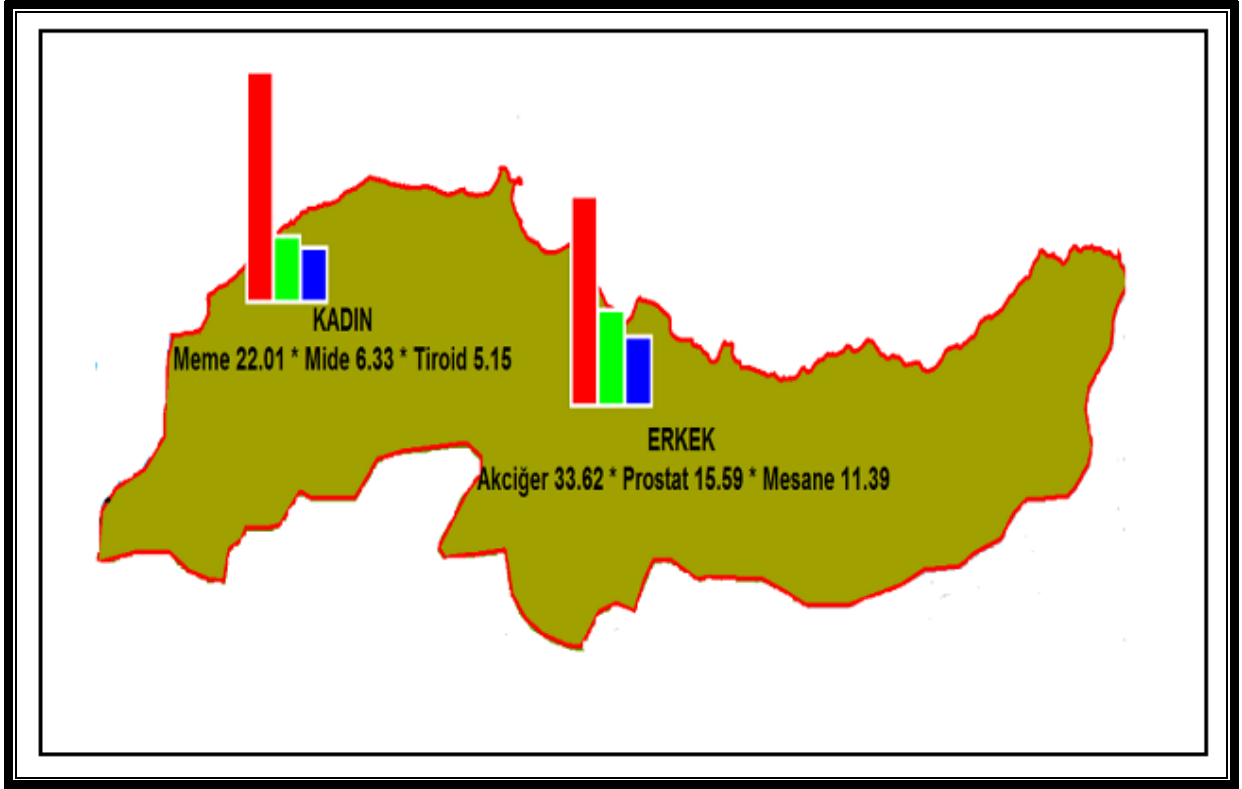
Harita 6: İç Anadolu Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)



Harita 7: Marmara Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.20



Harita 8: Karadeniz Bölgesi Başta Gelen Kanser Türleri, Erkek, Kadın, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

Türkiye'deki kanser vakalarının bölgelere göre genel yorumu incelendiğinde Türkiye'de kanser insidansı açısından bölgeler arasında önemli bir fark olmadığı. Ülkemizde cinsiyet bakımından kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanser tipleri açısından da bölgeler arasında belirgin bir farklar görülmemiştir (Harita:1), Ülkemizde sadece bazı kanser tipleri göreceli olarak bazı bölgelerde daha yoğun görülmektedir, ancak genel kanser sıklığı açısından farklılık yoktur. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi özelinde genel kanser insidansları Türkiye geneli ile benzerlik göstermekle birlikte. Diğer bölgelere göre artış gözlemlenmemiştir (Harita:5). Sadece Kafkas kuşağı boyunca, bu bölgede komşu ülkelerde de görüldüğü gibi (İran gibi), mide ve yemek borusu kanserleri göreceli olarak diğer kanserlere göre daha öne çıktığı. Bu durumunda hem bu bölgedeki beslenme alışkanlıklarına hem de Kafkas genetik özelliklerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Karadeniz Bölgesi özeline bakıldığında ise (Harita: 8), genel kanser insidansları, en sık görülen kanser tipleri Türkiye

genelinden ve diğer bölgelerden farklı özellik göstermemektedir. Bu nedenle Çernobil kazasına atfedilen yüksek bir kanser oranı beklentisi anlamlı görülmemektedir.

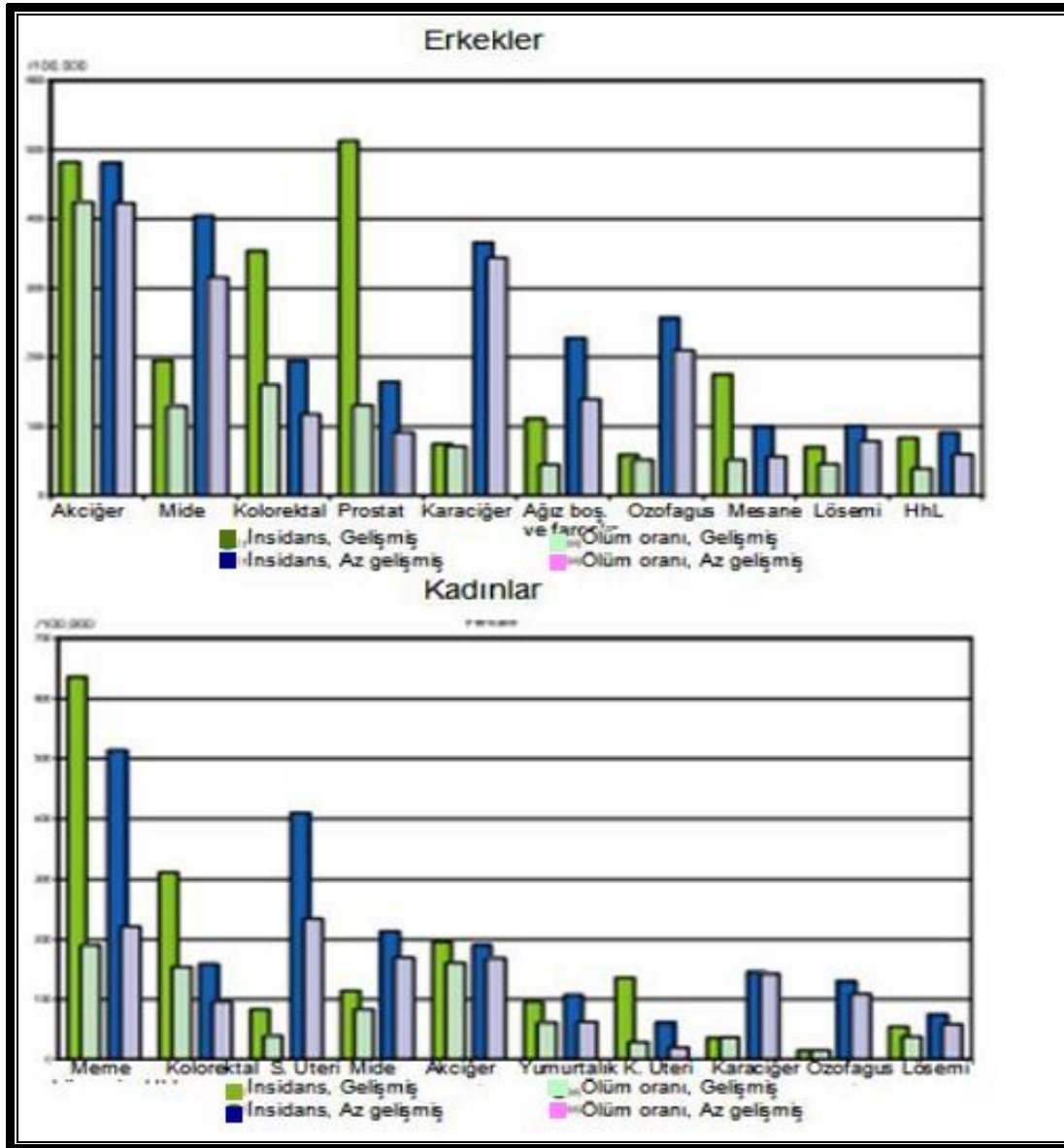
1.3.Dünyada ve Türkiye’de Kanser Yükü ve insidansı

1.3.1 Küresel Kanser Yükü ve insidansı

Kanserin kontrol altına alınması hususunda önceliklerin belirlenebilmesi için kanser yükünün insidans (ortaya çıkan yeni vakalar) ve ölüm sayısı cinsinden tahmin edilmesi gerekmektedir. Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmıştır. 2008’de 12 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiği, kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün gerçekleştiği ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaslanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. 2030’a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir. Kanser yükünün hızlı artışı dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Birçok ülke için, hatta kaynakları bol olan ülkeler için dahi önemli bir sorun da gelecek yıllarda tanısı konacak çok sayıda kanser vakalarının tümünü bir şekilde tedavi etmek ve palyatif, destekleyici ve ölüm aşamasındaki bakımları için mali kaynak temin etmek olacaktır.⁶⁰ Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerinkadın ve erkeklerinde görülen kanser vakalarının insidansına grafiksel olarak bakacak olursak;

⁶⁰ DSÖ, Dünya Kanser Raporu, 2008, ss1-105,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104., (26.02.2012)



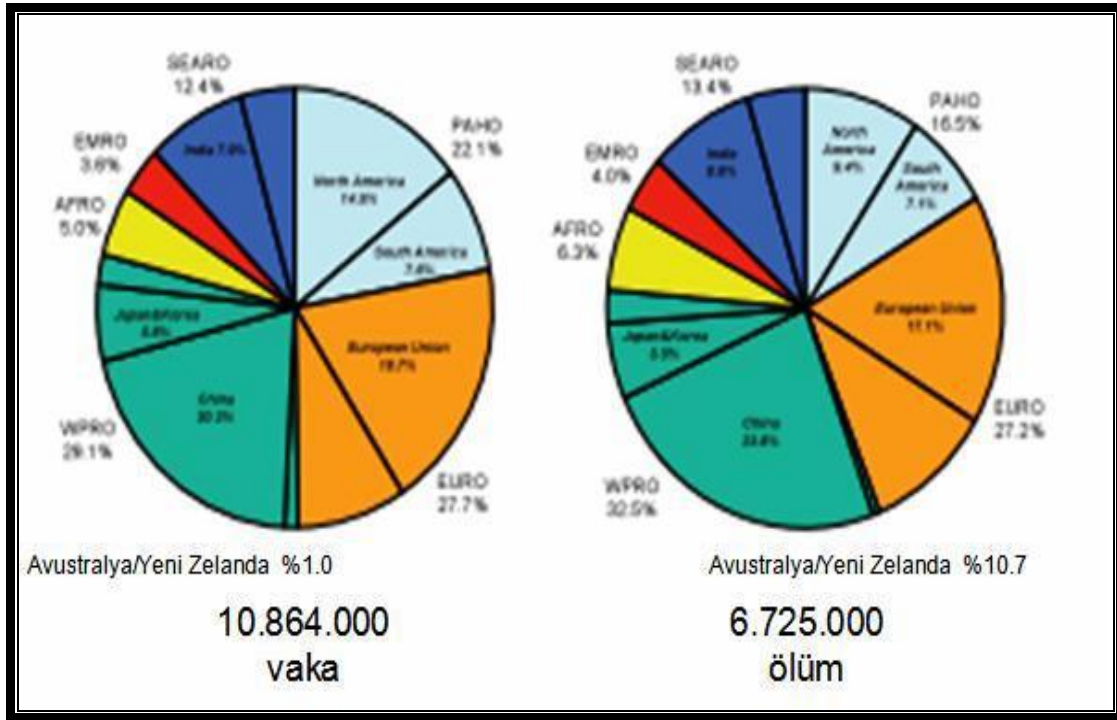
Grafik 1: Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde kadın ve erkeklerde en yaygın kanser türlerinin yoğunluk ve ölüm rakamları.

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

Grafik 1’de da en yaygın kanser türlerinin gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde, kadın ve erkeklerin teşkil ettiği insidans ve ölüm oranları gösterilmektedir. İnsidans yönünden dünyada en yaygın kanserler akciğer (1,52 milyon), meme (1,29 milyon), ve kolorektal (1,15 milyon) kanserleri olduğu görülmektedir. Kötü prognoz nedeniyle akciğer kanseri aynı zamanda en

fazla ölüme (1,31 milyon) neden olan kanser iken onu mide kanseri (780.000 ölüm) ve karaciğer kanseri (699.000 ölüm) izlemektedir. ⁶¹

Toplamda yeni kanser vakalarının % 53'ü ve ölümlerin % 60'ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Erkeklerde prostat kanseri, gelişmiş bölgelerde en fazla teşhis edilen kanser türüken (643.000 vaka, yeni vakaların toplamının % 20,2'si), az gelişmiş ülkelerde birinci sıradaki akciğer kanserinin (538.000 vaka, % 15,3) oldukça gerisinde, altıncı sıradadır (197.000 vaka, % 5,6). Kadınlarda meme kanseri gelişmiş bölgelerde 715.000 (toplamın % 26,5'i) ve az gelişmiş ülkelerde 577.000 yeni vaka ile (% 18,8) büyük farkla dünya genelindeki en yaygın kanser türüdür. Grafik 2, bu sonuçları özetlemekte ve DSÖ sınıflandırmasına göre bölgeler arasında kanser vakaları ile ilgili çarpıcı istatistiksel farklılıkları gözler önüne sermektedir. ⁶²



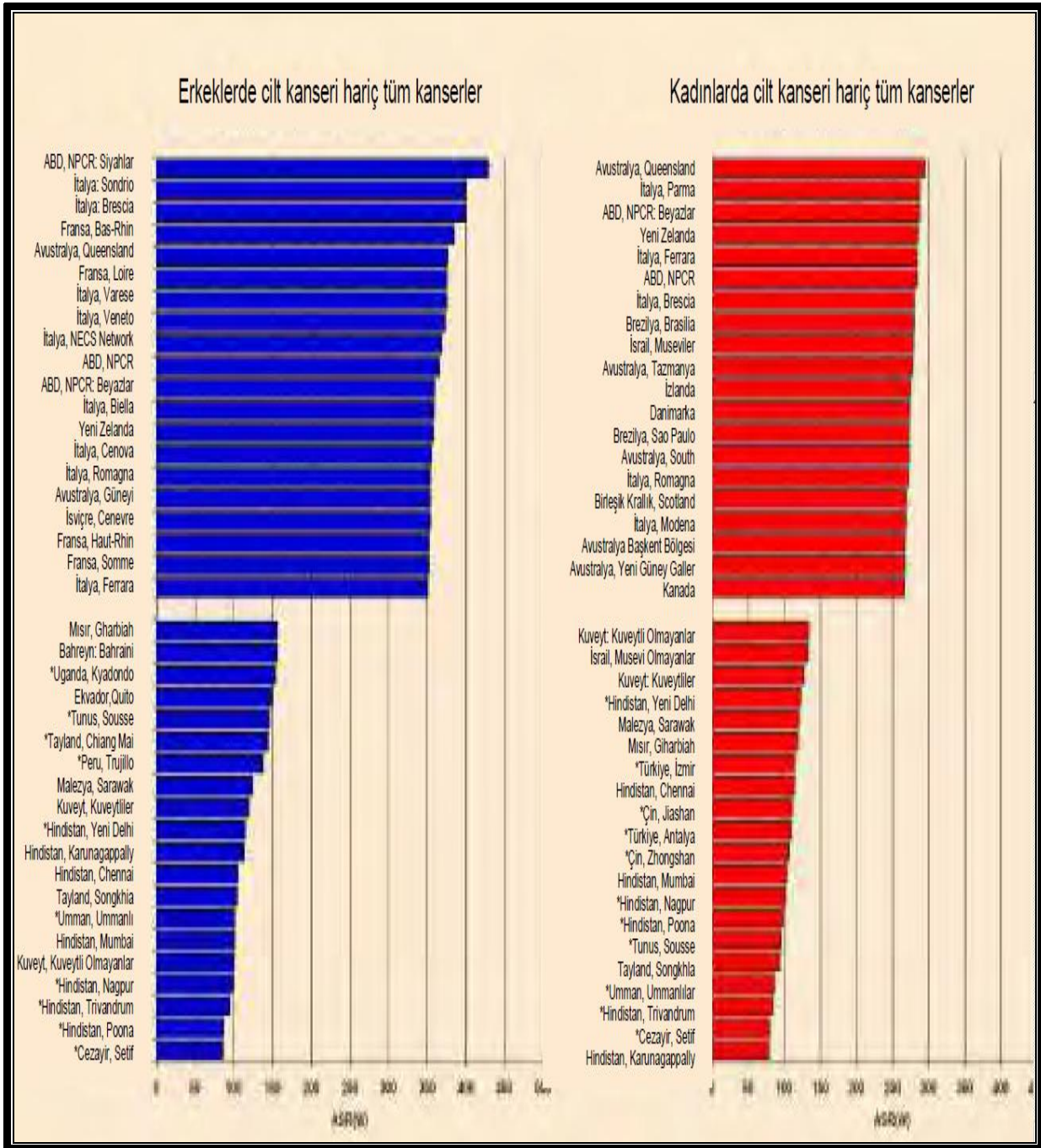
Grafik 2: 6 Dünya Sağlık Örgütü Bölgesi'nde insidans ve Ölüm Rakamları

Kaynak: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104, (26.02.2012)

⁶¹ DSÖ, Dünya Kanser Raporu,2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104, (26.02.2012)

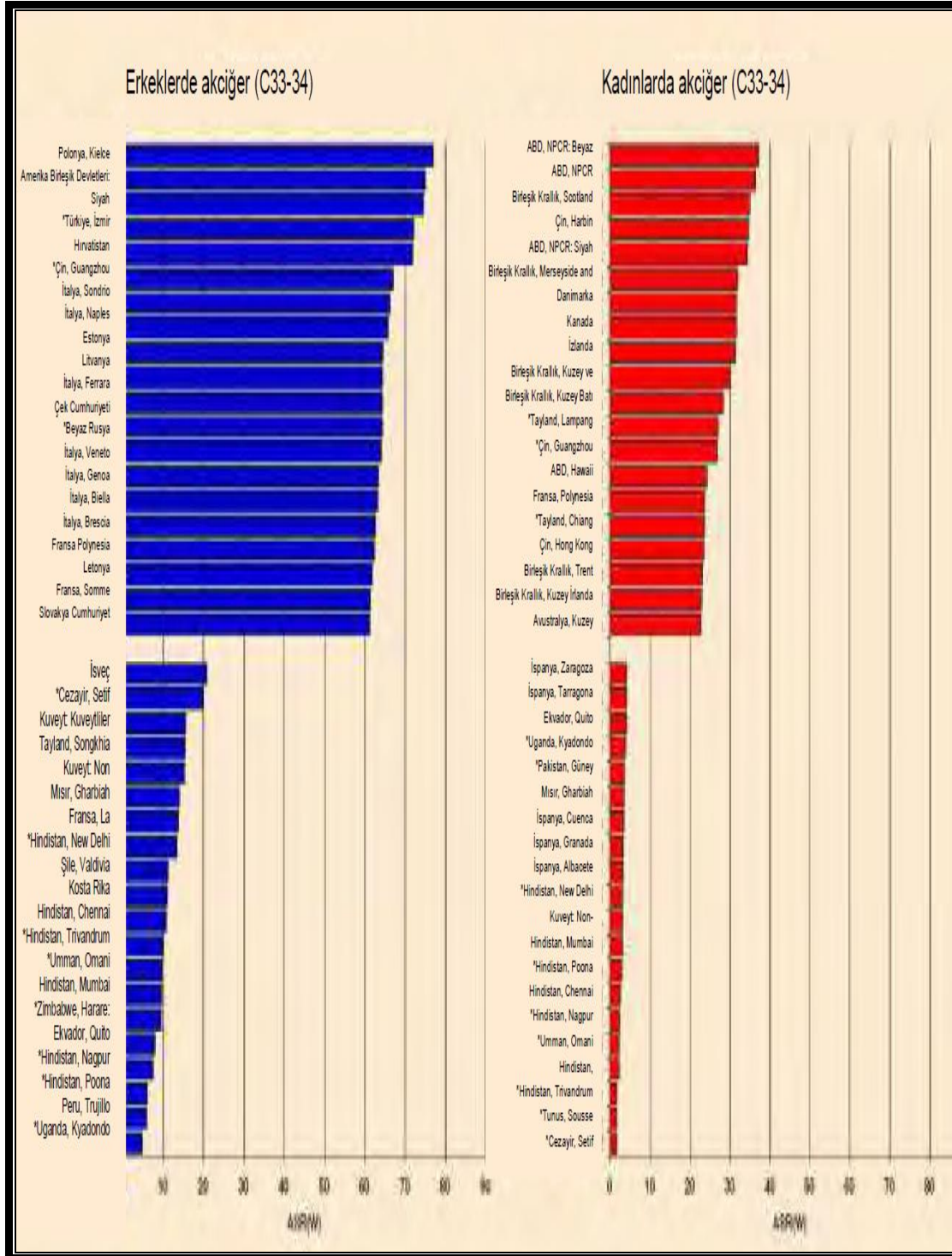
⁶² DSÖ, Dünya Kanser Raporu,2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104, (26.02.2012)

AFRO: Afrika; EMRO: Doğu Akdeniz; AVRO: Avrupa; PAHO: Pan-Amerikan; SEARO: Güney-Doğu Asya; Batı Pasifik



Grafik 3: 20 kayıt merkezinin Erkeklerde/Kadınlarda Cilt Kanseri Hariç Tüm Kanserler için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar

Kaynak: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104. (26.02.2012)

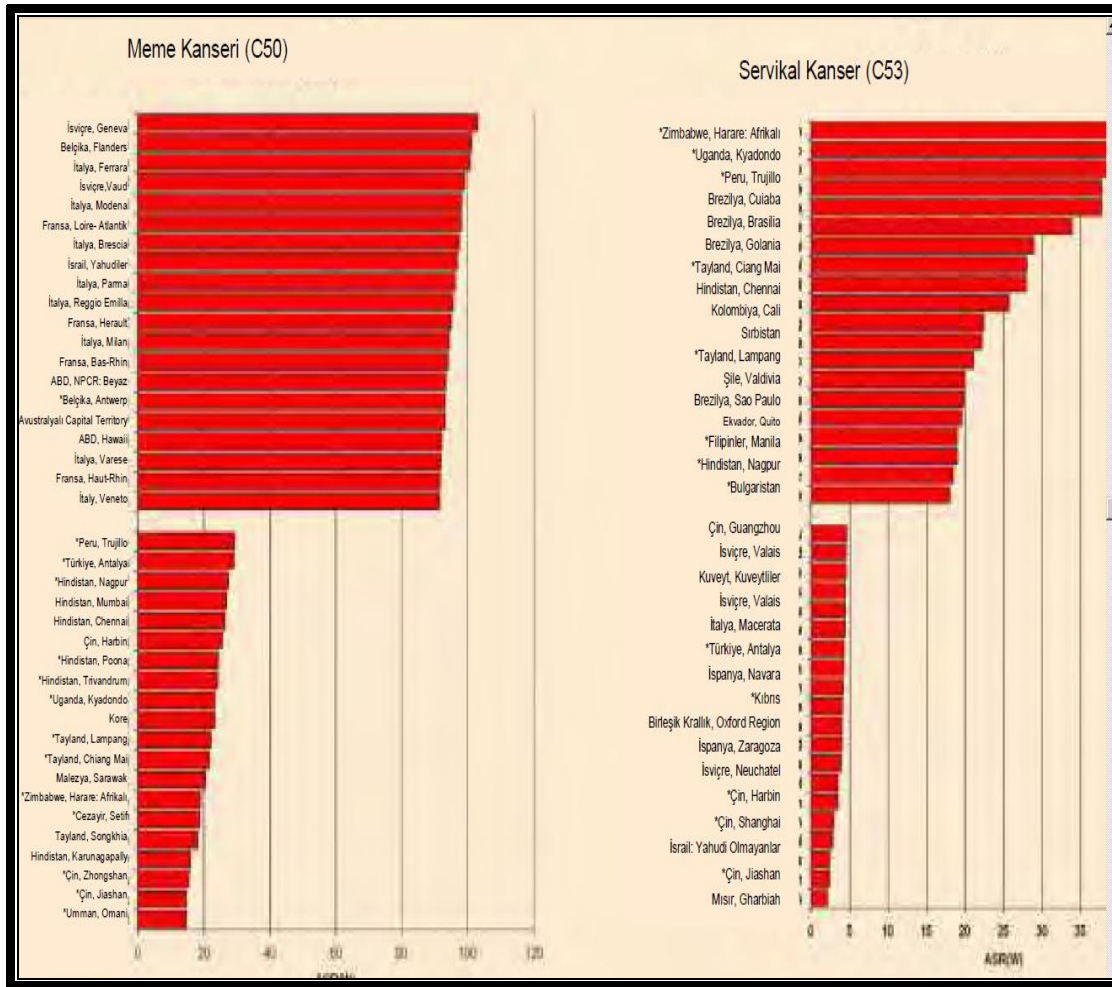


Grafik 4: 20 kayıt merkezinin Erkeklerde /Kadınlarda Akciğer kanseri için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar

Kaynak: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf, (26.02.2012)

Grafik 3’de dünya genelinde beş kıtada kanser istatistik verilerine göre kanser insidansını en yüksek ve en düşük olduğu 20 bölge görünmektedir. Gelişmiş ülkelerin kanser insidans verilerinin gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdeki kanser insidanslarından farklılık göstermesi dikkat çekmektedir.

Grafik: 4 ‘de İnsidans ve ölümlerle sonuçlanma açısından, akciğer kanseri dünyada en üst sıralarda yer almaktadır. Kanser vakalarının yarıdan fazlası ve ölümlerin %60’ı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Kanser vakalarının istatistiksel karakteri bölgeden bölgeye çarpıcı farklılıklar arz eder. Gelecekteki kanser yükü, az ve çok gelişmiş bölgelerdeki yaşlı nüfusun göstereceği eğilimlerden etkilenmesi beklenmektedir



Grafik 5: 20 kayıt merkezinin Kadınlarda meme ve servikal kanser için, kanser insidans verileri en düşük ve en yüksek insidanslar

Kaynak: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104_ (26.02.2012)

Grafik: 4 ve5 'de Dünya sağlık örgütünün gelecekteki, kanserle savaş programlarının kanserin önlemesi kapsamındaki rolü göz önüne alındığında, bu seçilmiş bölgelerdeki erkek ve kadınlarda görülen akciğer kanseri insidansı ile kadınlarda meme ve servikal kanser insidanslarının diğer kanser tiplerine nazaran önemli rol oynayacağı düşünölmektedir.

Tablo 2: DSÖ bölgesi veya gelişmişlik düzeyine göre, her iki cinsiyet için tahmini (2008 itibariyle) ve öngörölen tüm kanser vaka ve ölüm sayısı (milyon cinsinden)

Bölge	2008		2030 ¹		2030 ²	
	Vakalar	Ölümler	Vakalar	Ölümler	Vakalar	Ölümler
Dünya	12,4	7,6	20,0	12,9	26,4	17,0
Afrika (AFRO)	0,7	0,5	1,2	0,9	1,6	1,3
Avrupa (ERO)	3,4	1,8	4,1	2,6	5,5	3,4
Doğu Akdeniz (EMRO)	0,5	0,3	0,9	0,6	1,2	0,9
Pan-Amerika (PAHO)	2,6	1,3	4,8	2,3	6,4	3,1
Güney-Doğu Asya (SEARO)	1,6	1,1	2,8	1,9	3,7	2,6
Batı Pasifik (WPRO)	3,7	2,6	6,1	4,4	8,1	5,9

¹ su andaki oranlarda bir değişime olmazsa

² yıllık %1'lik oran artışı olursa

Kaynak: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104., (26.02.2012)

Tablo 2'de demografik değişikliklere ve zaman içerisindeki eğilimlere dayanarak öngörölen yeni vaka ve ölüm sayılarını yer almaktadır. Oranlarda bir değişiklik olmadığı takdirde 2030 yılında kanserden 13 milyondan fazla kişi ölebilir; eğer bu oranda yıllık %1'lik bir artış meydana geldiği düşünölrse bu rakam 17 milyondan fazla olacağı öngörölmektedir. Kanserle mücadelede tütün kullanımının kontrolü, insan papillomavirüse (HPV) ve hepatit B virüsüne (HBV) karşı aşılama yapılması, meme ile kolorektal kanserlere ve az gelişmiş ölkelerde serviks kanserine yönelik taramalar uygulanmasında halen zorluklar yaşanmaktadır.

Eğer yaygın olarak uygulanırlarsa bu tedbirler küresel kanser yükünün hafifletilmesine büyük katkıda bulunabilirler.⁶³

Türkiye’de toplam ölümlerin içinde kanserden kaynaklanan ölümlerin oranı 2000 yılı için hastalık yükü çalışmasında % 13,1 oranında hesaplanmıştır (2000 Hastalık Yükü Araştırması). 2000 yılında yapılan çalışmada DSÖ tarafından yapılan hesaplamalarda çıkan oran ile Türkiye oranı aynı olduğu görülmüştür. TÜĞK verilerine göre’de kansere bağlı ölüm % 12-16 arasındadır.⁶⁴

Bu çerçevede toplam nüfus içinde mortalite hızı 2000 yılında yüz binde 6,3 olarak hesaplanırken (2000 HYA), bu oran kanser mortalitesinde yüz binde 0,8’e çıkmaktadır. 2006 yılında TÜĞK ölüm istatistikleri çerçevesinde mortalite hızının yükselmesiyle birlikte genel mortalite hızının yüz binde 7,1 oranına, kanser mortalite hızının ise 10/1000’e çıktığı tahmin edilmektedir. Buna göre 2006 yılı itibarıyla yılda 70 bin civarında kişi kanserden hayatını kaybetmektedir. Bu ise dünyada kanserden dolayı toplam yaşanan ölümlerin binde 1,2’sinin Türkiye’de olduğu anlamına gelmektedir.⁶⁵

Tablo 3:Dünya Ve Avrupa’da Cilt Hariç Tüm Kanserlerin Yoğunluğu

	DÜNYA	AVRUPA	TÜRKİYE
ERKEK	203	292	230
KADIN	165	215-220	140

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

Türkiye’de cilt kanserleri hariç tüm kanser insidansı, sekiz il verilerinden hareketle 2006 sonu itibarıyla yüz binde erkeklerde yaklaşık 230, kadınlarda ise yaklaşık 140 olarak hesaplanmaktadır. Bu oran tüm dünyada erkeklerde 203’lerde, kadınlarda ise 165’lerde dir.

⁶³ DSÖ, Dünya Kanseri Raporu,2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104. (26.02.2012)

⁶⁴ TBMM, Kanseri Araştırma Raporu,2010,ss.3-727, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>

⁶⁵ TBMM, Kanseri Araştırma Raporu,2010,ss.3-727, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>

Avrupa ortalamasına bakıldığında erkeklerde 292'lerde iken, kadınlarda ise 215-220 seviyelerindedir (Tablo 3). Burada dünya nüfusunun çok azının aktif kanser kayıt merkezleri ile takip edildiğinden mevcut insidansların beklentileri tam yansıtamamaktadır.⁶⁶

Tablo 4: Erkeklerde-Dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de En Sık Görülen Kanserler
Yüz binde

	DÜNYA	AVRUPA	TÜRKİYE
AKCİĞER	30-35	48	65
PROSTAT	28	60	29-30
KOLOREKTAL	20	37	18
MESANE	10	16-17	20

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

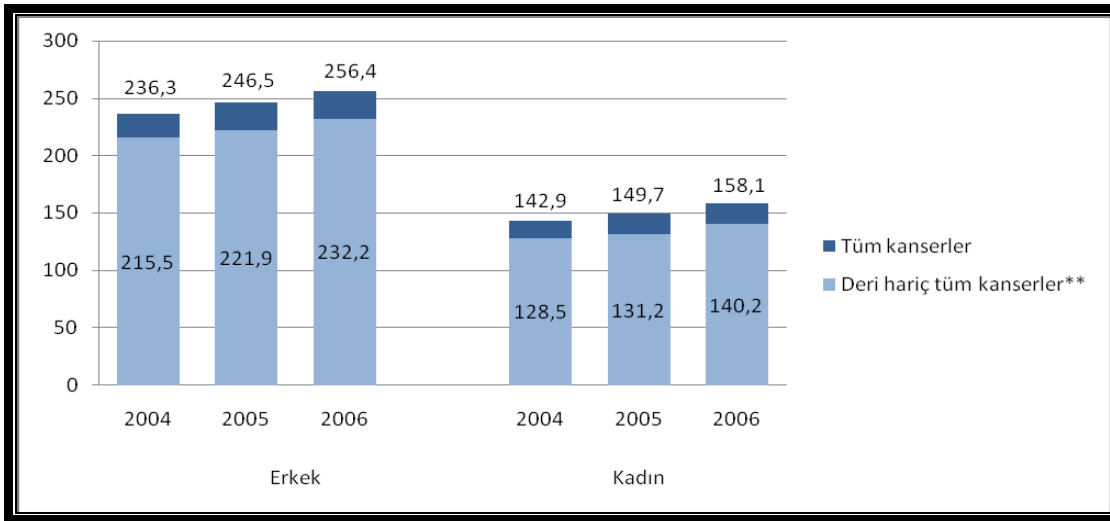
Tablo 5: Kadınlarda-Dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de En Sık Görülen Kanserler
Yüz binde

	DÜNYA	AVRUPA	TÜRKİYE
AKCİĞER	13-14	13-14	7-8
MEME	38-40	66-67	37
KOLOREKTAL	14-15	23-25	12
TİROİD	4-5	7-8	9-11

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

⁶⁶ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss.3-727, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>

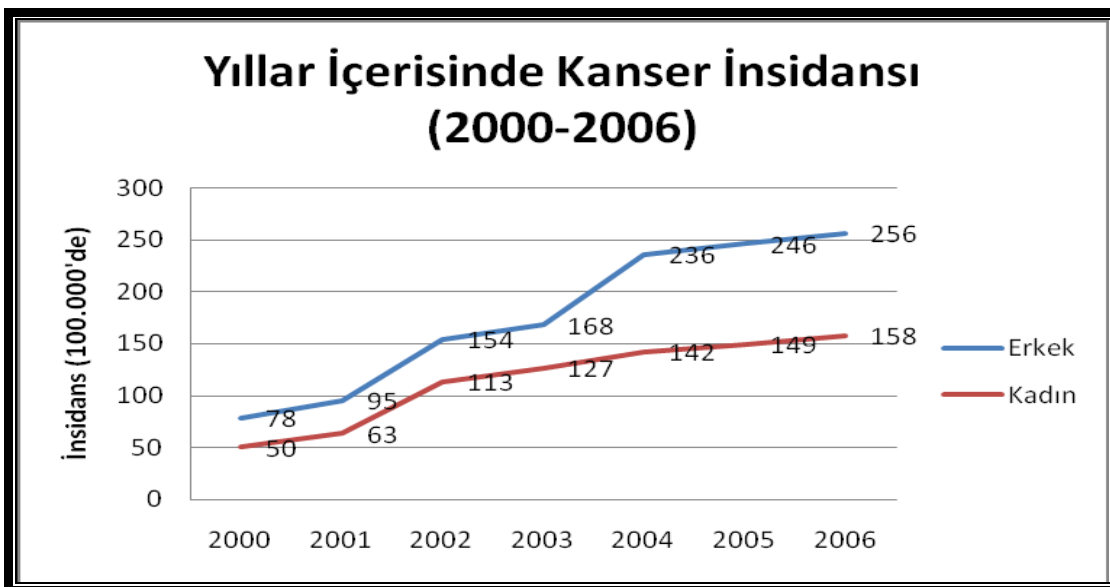
- Türkiye'de 2004-2006 yılları arasında tüm kanser vakaları ile deri haricinde kalan kanserlerin insidans değerleri;



Grafik 6: Türkiye'de Kanser İnsidansı (yüz binde)

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

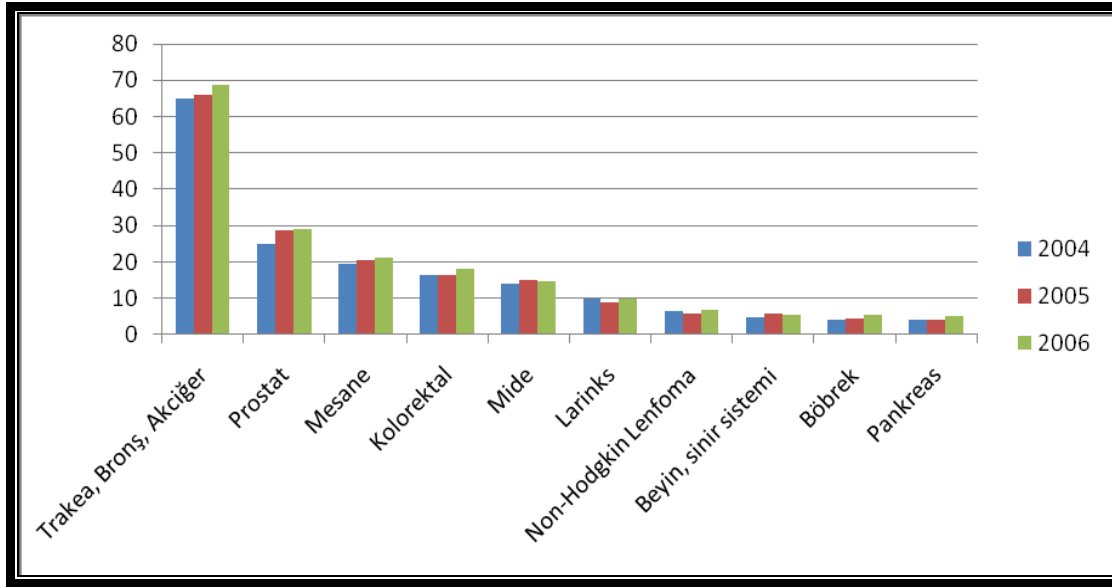
- Türkiye'de 2000-2006 yılları arasında kanser insidansının erkek ve kadınlarda görülen değerleri;



Grafik 7: Kanser İnsidansının Yıllar İçindeki Dağılımı

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

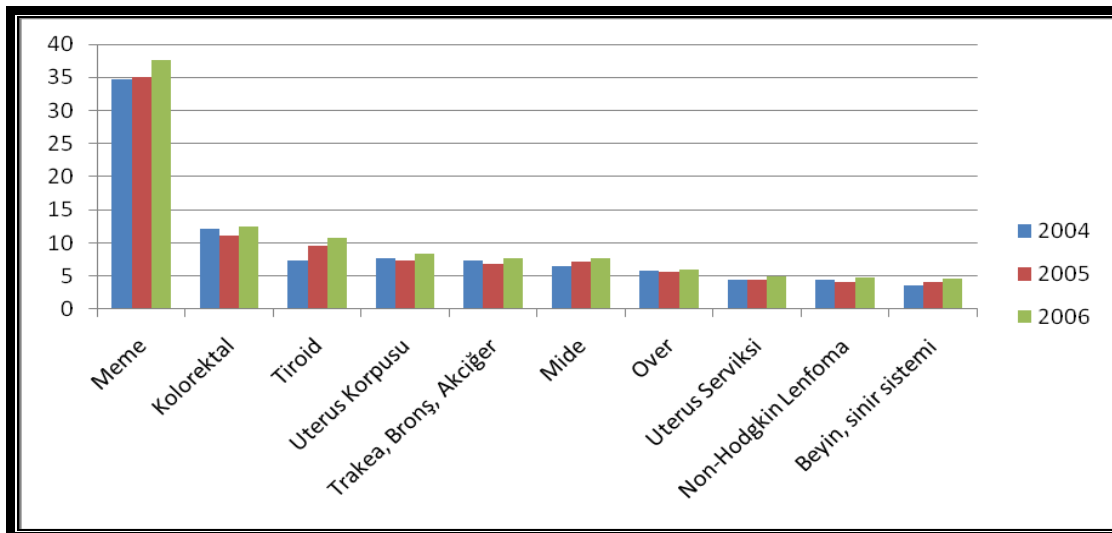
- Türkiye’de 204-2006 yılları arasında en sık görülen kanser vakalarının grafiksel anlatımı;



Grafik 8: Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Erkek, Türkiye *Yüz binde,

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

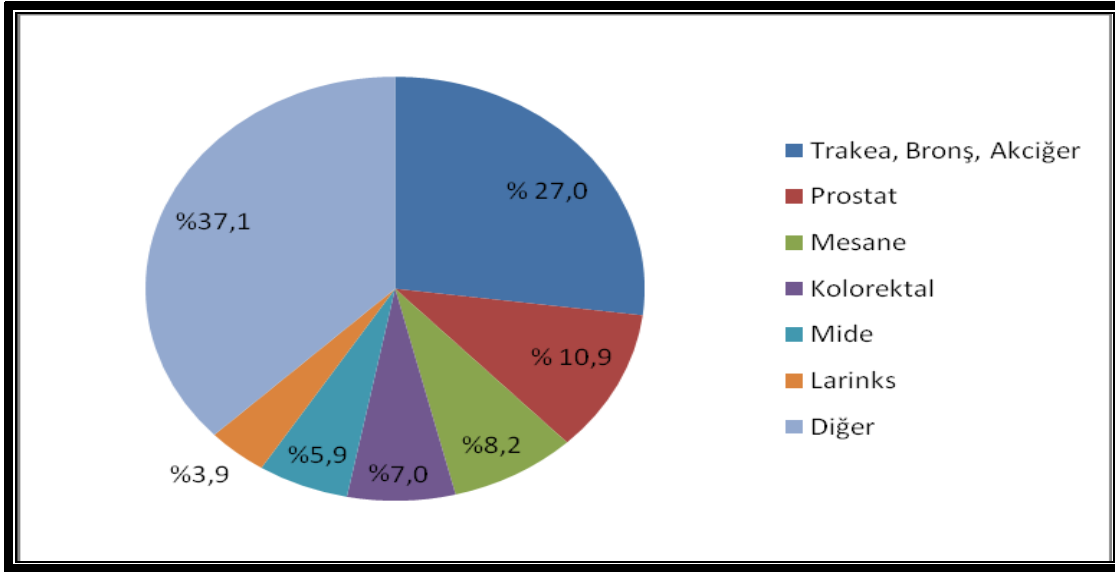
- Türkiye’de 204-2006 yılları arasında en sık görülen kanser vakalarının grafiksel anlatımı;



Grafik 9: Yıllara göre en sık görülen kanserler YSH*, Kadın, Türkiye * Yüz binde,

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

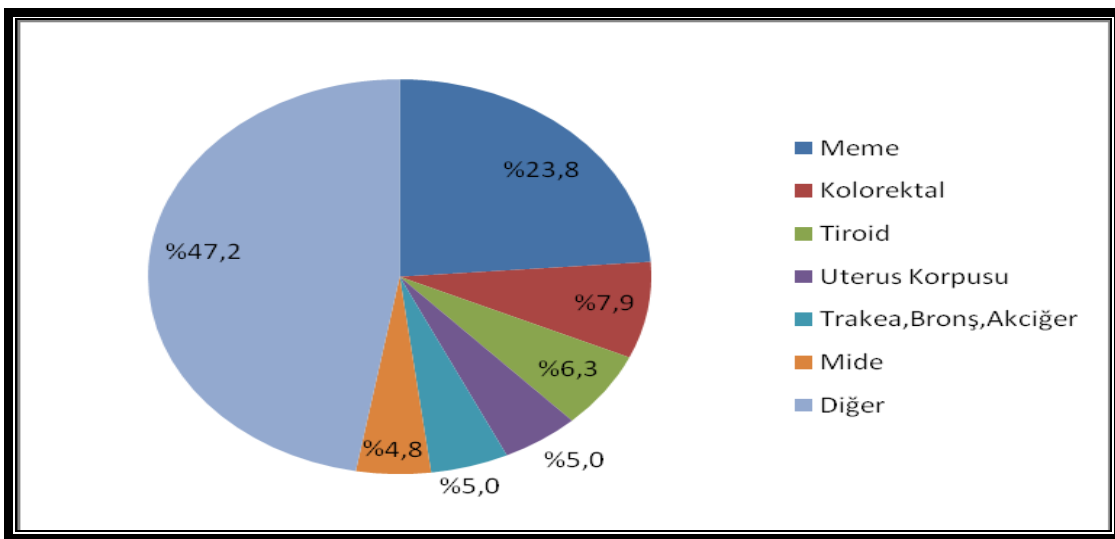
- Türkiye'deki erkeklerde 2004-2006 yılları arasında vücutta yerleşim yerlerine göre kanser yüzdeleri;



Grafik 10 : Erkeklerde yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler (Türkiye, 2004-2006)

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

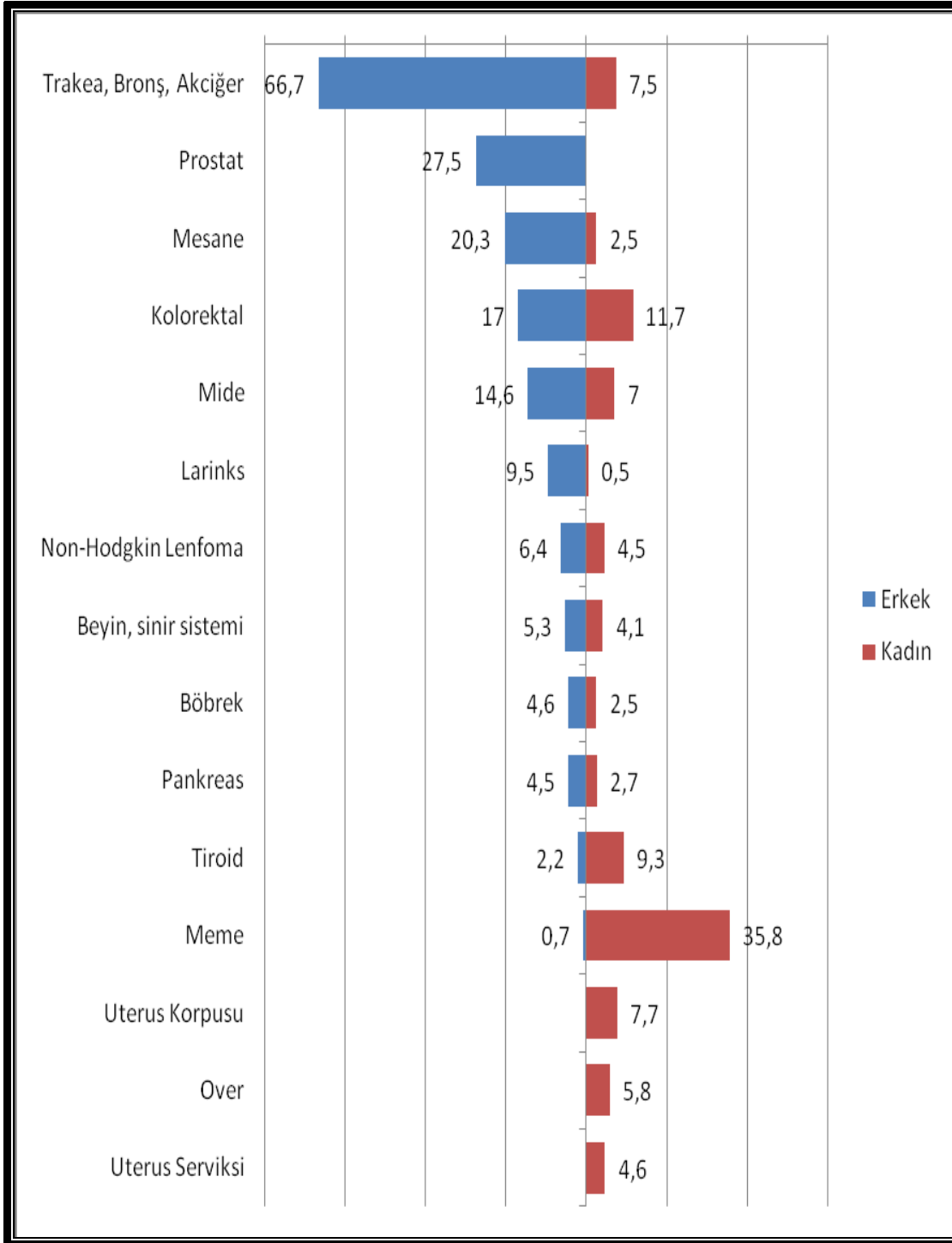
- Türkiye'deki kadınlarda 2004-2006 yılları arasında vücutta yerleşim yerlerine göre kanser yüzdeleri;



Grafik 11: Kadınlarda yerleşim yerlerine göre en sık görülen kanserler (Türkiye, 2004-2006)

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

- Türkiye’de 2004-2006 yılları arasında kadın ve erkeklerde görülen kanserlerin yaşa standardize insidans hızları;



Grafik 12: En sık görülen kanserler, yaşa standardize insidans hızları* (Türkiye, 2004-2006)

* Yüz binde, Dünya Standart Nüfusu

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)

Yukarıda yer alan 5-12 arası grafikler genel olarak değerlendirildiğinde; 2006 kanser kayıt verileri ile Türkiye’de insidans değerleri ışığında yıllık 120-150 bin yeni vakanın teşhis edildiği gözlenmektedir. prevalans tahmini kanserli hasta teşhisi almış ve yaşamını sürdüren toplam nüfus 350-400 bin kişi beklenmektedir. Türkiye’nin sahip olduğu kanser türlerinin insidans hızlarına erkek ve kadın olarak bakıldığında ve Sağlık Bakanlığı verilerini dünya verileri ile kıyasladığımızda şu sonuçlar çıkmaktadır;^{67 68}

- Erkeklerde ilk üç sıra, dünyada akciğer, prostat, mide olarak sıralanırken Türkiye’de bu sıralama akciğer, prostat ve mesane şeklinde görülmektedir. (Grafik:4,5)
- Prostat kanseri insidansı, dünya ortalaması yüz binde 28’lerde iken, Avrupa ortalaması yüz binde 60’larda ve ülkemizde ise yüz binde 29-30’lardadır (Grafik:8)
- Erkeklerde akciğer kanseri insidansı Türkiye’de yüz binde yaklaşık 65’lerde görülmekle birlikte dünya ortalaması ise yüz binde 30-35’lerde, Avrupa Birliği Ortalaması ise 100.000’de 48’lerdedir (Grafik:4)
- Kolon kanseri dünyada görülme sıklığı kadınlarda yüz binde 14-15 iken, Avrupa’da 23-25, ülkemizde ise yüz binde 12’lerdedir. (Grafik:5)
- Akciğer kanseri ise hem dünyada hem de Avrupa’da kadınlarda görülme insidansı yüz binde 13-14 iken ülkemizde bu oran yüz binde 7-8 civarındadır. (Grafik:5)
- Tiroit kanserleri ülkemizde kadınlarda yüz binde 9-11 oranında iken, dünyada bu oran yüz binde 4-5, Avrupa’da ise 7-8 oranındadır. (Grafik:5)
- Dünyada erkeklerde görülen kolorektal kanser yüz binde 20’lerde iken, Avrupa Ortalaması yüz binde 37, Türkiye’de ise yüz binde 18’lerdedir. (Grafik:4)

⁶⁷ Globocan verileri, 2008, <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>, (26.02.2012)

⁶⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu,2010,ss.3-727, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

- Mesane kanserleri için ise, dünya ortalaması yüz binde 10'larda iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 16-17, ülkemizde ise yüz binde 20'lerdedir. (Grafik:4)
- Kadınlarda ilk üç kanser türü dünya da meme, kolon ve akciğer kanseriyken Türkiye'de sıralama meme, kolon ve tiroit Şeklinde olmaktadır. (Grafik:4,5)
- Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüz binde 37 civarındadır (Grafik:5)
- Türkiye'de kanser insidansının kadın ve erkeklerde 2000-2006 verilerine göre artış eğiliminde olduğu görülmektedir.(Grafik: 6,7)
- Grafik 8 ve 9 un incelemesinde Türkiye'de 2004-2006 yılları arasında erkeklerdeki kanser insidansı en yüksek kanser tipinin akciğer kanseri ve bunu takip eden prostat kanseri olduğu, kadınlarda ise bu durumun meme ve kolon kanseri şeklinde gözlemlenmiştir. Grafik 10-11 de bu durumun yüzdeleri verilmiştir.
- Grafik 12 de vurgulamak istenen kanser insidansının yaş ile ilişkisidir. Grafikte görüldüğü gibi akciğer ve prostat kanseri ile kadınlarda meme ve kolon kanseri yaş ile ilişkili çıkmıştır.

Bu verilerin sağlıklı, güncel ve etik kurallar çerçevesinde bilimsel metotlar ışığında toplanabilirliğinin sağlanması ve sürdürülmesi. Ülkemizde bu anlamda yapılacak kanserle mücadele çalışmalarının sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceği aşikârdır.

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE KANSER HARCAMALARININ KAMU HARCAMALARINDAKİ YERİ

Türkiye'de sağlık harcamaları Nuray Yazıhan ve Hakkı Hakan Yılmaz'ın çalışmalarında belirttikleri gibi hem ülkemiz hem de dünyada giderek artmaktadır. Bu artış özellikle son 10 yıllık dönemde gözlemlenmiştir. Ülkemizde 1999 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya (GSYH) oran olarak % 6,1 düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, 2006 yılı sonunda önemli bir artışla % 7,5'e çıkmıştır. Bu gelişme, Türkiye'nin sağlık harcamalarında

OECD ortalamasına oldukça yaklaşmasına (% 8,6) ve birçok ülkeden daha fazla sağlığa kaynak ayıran ülke konumuna gelmesine yol açmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı esas olarak kamu sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklandığı tahmin edilmektedir.⁶⁹

Tablo 6: Bazı Ülkelerde Kanser Tedavi Maliyetleri ve Kanser Harcamaları 2004

	Doğrudan Kanser Maliyetleri (€ milyon)	Kişi Başına Düşen Doğrudan Kanser Maliyetleri (€)	Toplam Sağlık Maliyetleri İçinde Kanserin Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcamaları (Tedavi) (€ milyon)	Nüfus 2004
Avusturya	1.247	153	6,6	18.897	8.175.000
Belçika	1.543	148	6,6	23.375	10.399.000
Çek Cumhuriyeti	514	50	5,0	10.287	10.211.000
Danimarka	760	141	6,6	11.516	5.401.000
Finlandiya	571	109	6,6	8.648	5.228.000
Fransa	7.458	124	5,3	140.714	60.200.000
Almanya	12.108	147	6,6	183.455	82.491.000
Yunanistan	1.168	106	6,6	17.698	11.060.000
Macaristan	495	49	5,0	9.897	10.107.000
İrlanda	513	127	6,6	7.769	4.044.000
İtalya	6.725	117	6,6	101.888	57.553.000
Hollanda	1.502	92	4,1	36.643	16.275.000
Norveç	890	194	6,6	13.478	4.592.000
Polonya	1.138	30	5,0	22.758	38.180.000
Portekiz	930	89	6,6	14.098	10.509.000
İspanya	4.367	102	6,6	66.169	42.692.000
İsveç	1.316	146	7,0	18.802	8.994.000
İsviçre	1.471	199	6,6	22.294	7.391.000
İngiltere	5.634	94	5,0	112.719	59.778.000
Avrupa	56.664	125	6,4	841.105	453.280.000
ABD	62.321	212	4,7	1.325.988	293.655.000
Kanada	5.013	157	6,7	74.818	31.946.000
Japonya	19.750	155	9,3	212.370	127.687.000
Avustralya	2.199	109	5,2	42.298	20.111.000
Yeni Zelanda	413	102	6,6	6.261	4.061.000
Güney Afrika	ND	ND	ND	12.586	42.769.000

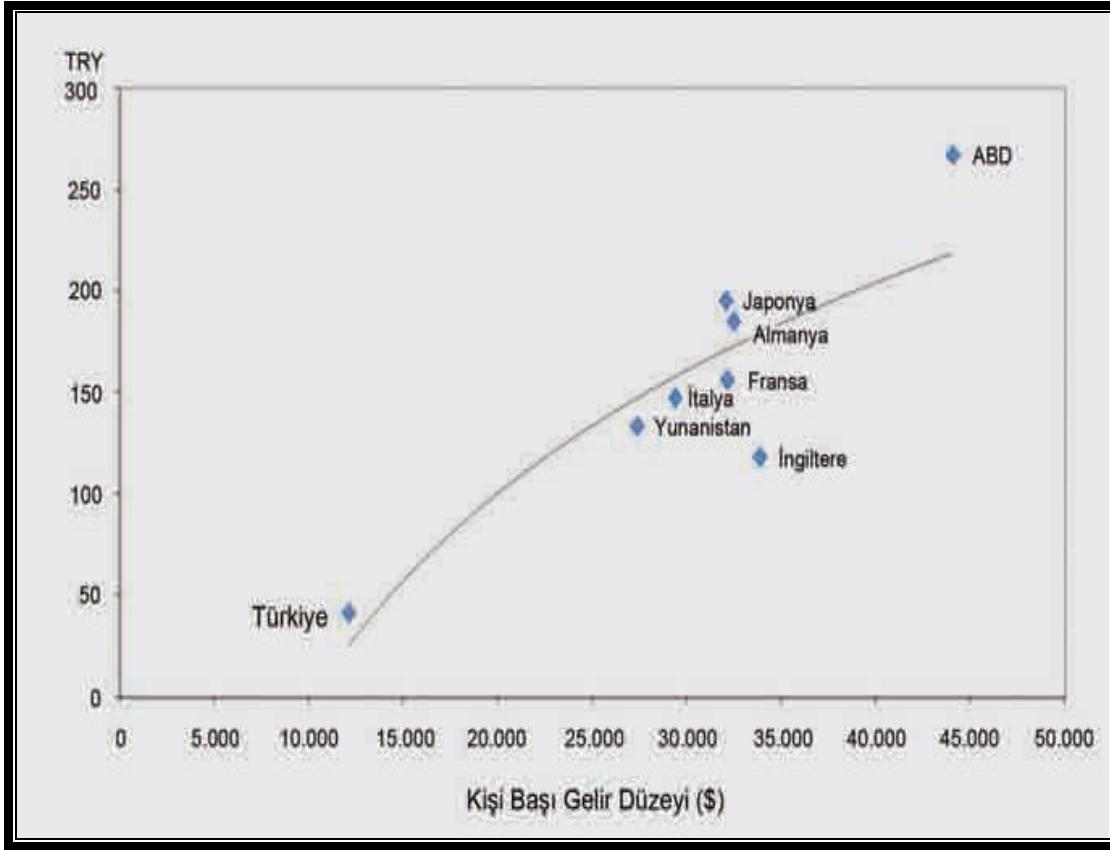
Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (02.03.2012)

Tablo:6’da AB ortalamasında toplam sağlık harcamalarının % 6,4’ünün kanser tedavisine gittiğini gözlemlemekteyiz. Avrupa Birliği ülkeleri içinde İsveç % 7 ile ortalamanın üstünde görünürken, Polonya, Hollanda, Çek Cumhuriyet gibi ülkelerde % 4-5’lere düşmektedir. Kanser tedavi maliyetlerinin toplam maliyetler içindeki oranı AB dışı ülkeler grubunda yer alan Amerika’da % 4,7 olurken Japonya’da % 9,3’e çıkmaktadır.⁷⁰

⁶⁹ Nuray Yazıhan, Türkiye’de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik Ve Maliyet Etkililik, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara, 2007, [Http://Ukd.org/Pdf/Kitap/32.Pdf](http://Ukd.org/Pdf/Kitap/32.Pdf), (15.03.2012)

⁷⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s 543 <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

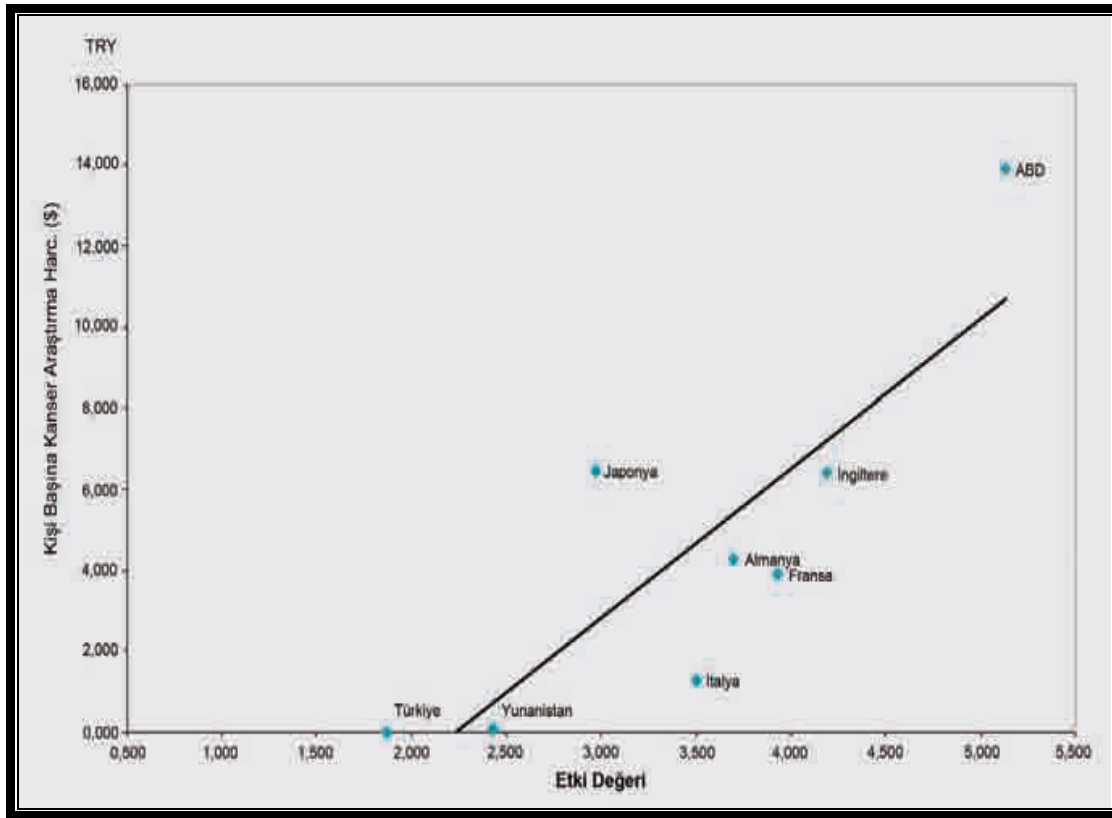
- Dünyada ki bazı ülkelerinin Kişi başı gelir düzeyi (\$) ve kanser tedavi harcamaları arasındaki ilişki gösteren grafik;



Grafik 13:Kişi başı gelir düzeyi (\$) ve kanser tedavi harcamaları arasındaki ilişki

Kaynak:<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.>,
(15.03.2012)

- Bazı dünya ülkelerinin kişi başı kanser harcamaları ve kanser alanındaki etki değeri arasındaki ilişkiyi gösteren grafik;



Grafik 14: Kişi başı kanser araştırma harcamaları (\$) ve kanser alanındaki ortalama etki değeri arasındaki ilişki

Kaynak: <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC>.
(15.03.2012)

Kişi başına gelir ile kanser alanındaki ortalama etki değeri arasında oldukça yüksek bir anlam ilişkisi gözlemlenmektedir. Ülkelerin gelir düzeyinin artması kanser alanındaki ortalama etki değerinin de yüksek çıkmasına neden olmaktadır. Bu anlamda dünya genelinde Amerika öncü olmak üzere Japonya, İngiltere ve Almanya ve diğer AB üye ülkelerin durumu grafik 13 ve 14 de gözlemlenmektedir.

- Bazı dünya ülkelerinde kanser harcamalarının, ayakta tedavi, hastane, ilaç olarak % dağılımı

Tablo 7: Kanser Harcamalarının Hastane, Ayakta Tedavi, ilaç Olarak % Dağılımı

	Hastanede hasta bakımı	Ayakta Hasta Bakımı	İlaçlar
Almanya (2002)	%67 + %9 diğer	16%	8%
İsveç (2002)	%75 (hastane)	%15 (evde bakımı kapsayan)	10%
Fransa (1998)	83%	%7 + %6 ulaşım maliyetleri	4%
Hollanda (1994)	%60 + %11 (hastane dışında kurum)	18%	11%
Kanada (1998)	75%	%17 (doktor ve ek maliyetler)	9%
ABD (1990)	65%	31%	4%
Avustralya (1993/1994)	%71 (Bakım evini kapsayan)	26%	3%
İspanya (1998, tek bölge)	77%	7%	16%

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)

İlaç hesaplamalarındaki farklılıklar, kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçların özellikle antikorların ve hematopoitik ilaçların oldukça yaygın başka hastalıkların tedavisinde de kullanılıyor olmaları (hepatit, artrit, böbrek hastaları vs), bu ilaçların fiyatlarının oldukça yüksek olması ve bu nedenle kodlamayla yapılan hesaplarda ilaç üzerinden gidildiğinde endikasyon farklılıklarının olmasından kaynaklanmaktadır. Bazen de medikal tedaviler doğrudan hastanenin bünyesindeki ilaç rezervinden uygulanmakta bu da ilaç fiyatlandırmasında farklılık oluşturabilmektedir. AB ülkelerinde kanser tedavisinde kullanılan ilaç harcamaları kişi başına düşen sağlık harcamalarının % 13' ünü oluşturmakta ve bu yaklaşık 7,3 milyar avro' ya karşılık gelmektedir (aynı yıl verileri ABD de 11 milyar Avro). Kemoterapötik ilaçlar referans alındığında ise kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar tüm

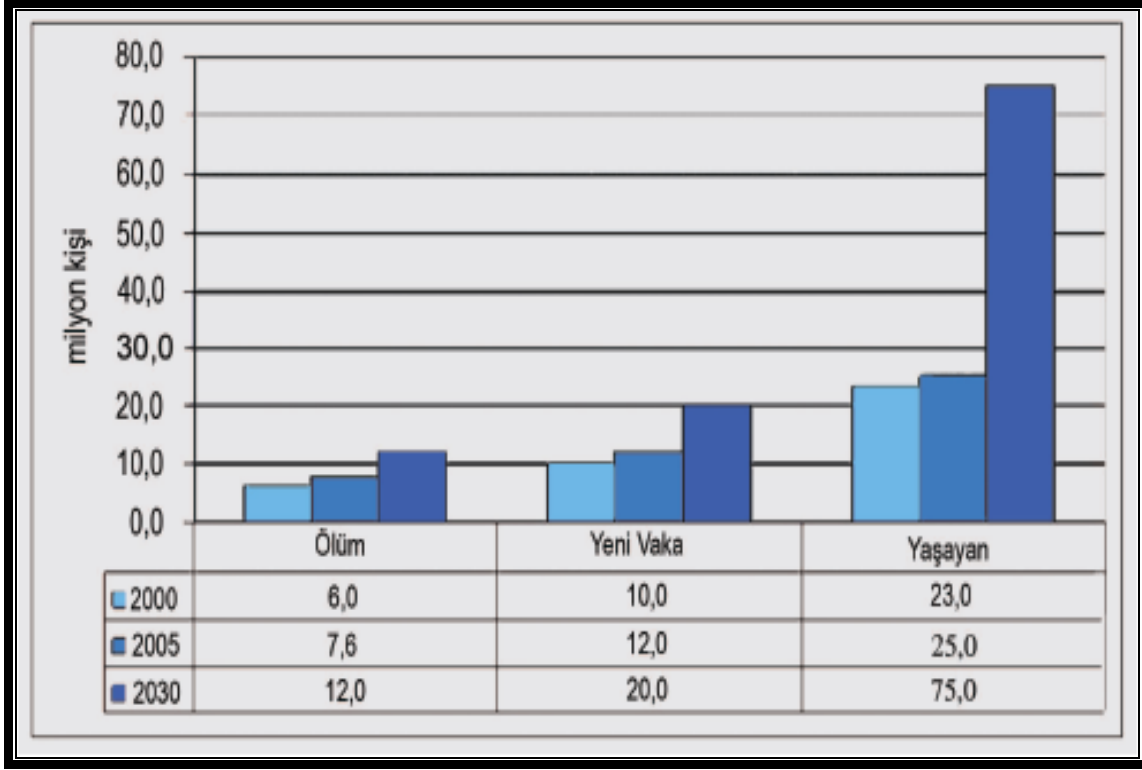
ilaç maliyetlerinin % 4,2 sini oluşturmaktadır (% 2-7,5). Kansere tedavilerinin doğrudan maliyeti göz önünde bulundurulduğunda ise ilaç maliyeti toplam maliyetin % 12' sidir. Bu oran Norveç, İngiltere, Danimarka, Kanada ve İsviçre' de % 5-9, İsveç, Almanya, Avusturya, Belçika, Finlandiya' da % 9-14, Japonya, ABD, İspanya ve Fransa' da % 14-20 arasında değişmekte ve Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Polonya da bu oran % 20' den fazla çıkmaktadır.⁷¹

Kanserin teşhis ve tedavisi için toplam sağlık kaynaklarından ne kadarının ayrıldığı sorusu cevaplanması çok kolay olmayan bir sorudur. Belirli bir hastalık için yapılan harcamaların belirlenmesi her ülke için detaylı analizleri gerektiren bir titiz bir çalışmadır. Herhangi bir hastalığa ilişkin harcamaların belirlenmesinde, harcamaların maliyeti yansıtmasının ve harcamalara ilişkin doğru bilgilerin olmasının yanı sıra hastalığın toplumda görülme sıklığına ilişkin verilerin de doğru olması gerekmektedir. Türkiye' de harcamalara ilişkin verilerin gerçek maliyetleri dolayısıyla gerçek harcamaları yansıtmadığı ifade edilmiştir. Benzer şekilde kanserin insidans, prevalans ve mortalite verilerine ilişkin de doğru ve güvenilir bilgiler konusunda soru işaretleri bulunmaktadır. DSÖ istatistiklerine göre 2002 yılında Türkiye' de yaşa göre standardize edilmiş kanser mortalite hızı 100.000' de 95 olarak gerçekleşmiştir. 2000 yılı için yapılan Ulusal Hastalık Yüku çalışmasında kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedeni olarak ortaya çıkmıştır. Yine aynı çalışmada yapılan öngörülere göre kanserden ölümlerin önümüzdeki yıllarda da artmaya devam edeceği beklenmektedir. DSÖ göstergelerine göre dünyada ölüm, yeni vaka ve kanserle yaşayan kişi sayısındaki değişme aşağıdaki şekilde verilmektedir.⁷²

⁷¹ TBMM, Kansere Araştırma Raporu, 2010, s 543 <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.
(02.03.2012)

⁷² TBMM, Kansere Araştırma Raporu, 2010, s 543 <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.
(02.03.2012)

- Dünyada 2000-2030 yılları arasında tahmin edilen kanserden ölüm, yeni kanser vakaları ve kanserli bireylerin değişim grafiği;



Grafik 15: Dünyada Ölüm, Yeni Vaka ve Kanserle Yaşayan Kişi Sayısındaki Değişim ve 2030 yılı Tahmini

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>,(02.03.2012)

Dünyada az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere ülkemizde de toplam sağlık harcamaları içinde kanser hastalığı ile mücadelenin mali külfeti giderek artmaktadır. Mali yükün sebeplerine bakıldığında daha çok kanser hastalığının ilerlemiş evrelerde teşhis edilmesinin en önemli sebep olduğu belirgindir. Kanserle mücadelenin mali külfeti sosyolojik olarak toplumları sağlıklı ve kaliteli yaşamdan mahrum bırakmakta, Hane halkı geçim maliyetlerinde beklenmedik ve uzun süreli artışlara sebep olabilmektedir. Teşhis ve tedavi sürecinde karşılaşılan psiko-sosyal sıkıntılarla beraber hastalığın mali külfeti bezende hastanın tedaviden vazgeçmesine sebep olmaktadır. Kanserle mücadeleye kurumsal açıdan bakıldığında; kanser hastalığının önlenmesi amacıyla yapılan bilimsel araştırmalar, hastalığın sağlık kuruluşlarında teşhis ve tedavi işlemlerinin yürütülmesi sırasında çoğunlukla

ileri teknoloji ürün ve cihazlarının kullanılması, teşhis ve tedavi süresince kullanılan ilaç ve sarf malzemenin çoğunlukla ithal ürün olması, kanser önleyici politikaların yürütülmesin de yapılan eğitim faaliyetleri ve istihdam edilen sağlık çalışanları için kaynak tahsisi, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kamu bütçesine ek bir maliyet getirdiği söylenebilir.⁷³

2.1.Türkiye’de Kanser Harcamaları

Tüm dünyada kanser insidansında (yeni vaka) ve mortalite hızlarındaki (ölüm) artış, kansere ayrılan kaynaklarda da artışları beraberinde getirmiştir. Türkiye’nin toplam harcama düzeyi açısından AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında, doğrudan kanser tedavisine yönelik en fazla harcama yapan ilk altı ülke içinde yer aldığı görülmektedir.⁷⁴ Türkiye dâhil birçok ülkede sağlık harcamaları kamu harcamaları içinde sosyal güvenlik ve sosyal korumadan sonra ikinci büyük harcama alanı haline getirmiştir.⁷⁵

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye 2006 yılında sağlığa 2,5 milyar dolar harcamıştır buna göre 2006 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 11’i kanser için yapılmıştır. Ancak mevcut kayıt sistemi göz önüne alındığında bu tahminin iyimser bir tahmin olduğu söylenebilir. Hem tanı konulan kanser vakalarında ortaya çıkması beklenen artış hem de genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkacak iyileşmeler orta ve uzun dönemde kanserin sağlık bütçesi üzerindeki baskısını giderek artıracakı düşünülmektedir. Ayrıca son yıllarda hızlı bir şekilde yaygınlaşan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri’nin (KETEM) faaliyetleri aracılığı ile daha çok sayıda kanser vakası daha erken aşamada teşhis edilebilecektir. Bu durumda hem hane halkı hem’de devlet açısından toplamda daha az mali kaynak kullanımına neden olacağı düşünülmektedir.⁷⁶

⁷³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁷⁴ A. Murat Tuncer .a.g.k., 2009, s,71 <http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=51>, (02.03.2012)

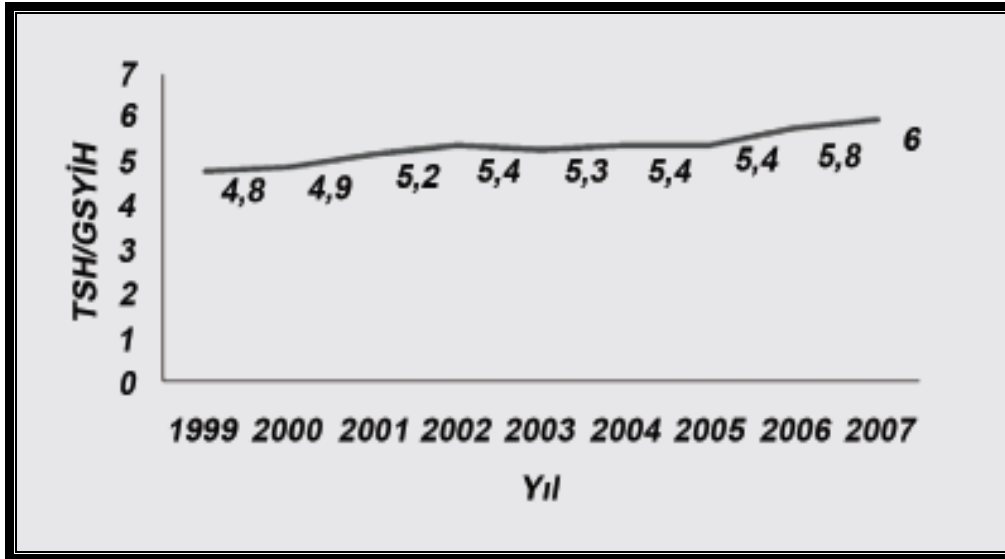
⁷⁵ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁷⁶ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

2.2 Türkiye’de Kanser Harcamalarının Kamu Harcamaları İçindeki Yeri

TÜİK’in yayınladığı rakamlara göre Türkiye’de 2007 yılında gayrisafi Yurtiçi Hâsılanın (GSYİH) % 6’sı sağlığa ayrılmıştır. Grafik:16’ da görüldüğü üzere ulusal sağlık harcama hesaplamalarının yapıldığı 1999 yılından bu yana sağlığın ülke ekonomisi içindeki payı önemli ölçüde artmıştır. Bu artışın temel nedeni sağlık sektöründe birçok alanda gerçekleştirilen reformlar olmuştur. Türkiye’nin gelişmişlik düzeyi ve ortalama geliri açısından bakıldığında mevcut durumda sağlık sektörüne ilave kaynakların ayrılmasından çok mevcut kaynakların doğru zamanda ve yerde kullanılması önem kazanmaktadır. Kişi başına sağlık harcaması açısından bakıldığında ise sağlık harcamaları OECD ülkeleri içinde en düşük orana sahiptir. Türkiye 2006 yılında sağlığa 2,5 milyar dolar harcamıştır buna göre 2006 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 11’i kanser için yapılmıştır.⁷⁷

- Türkiye’de 1999-2007 yılları arasındaki toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki yeri.



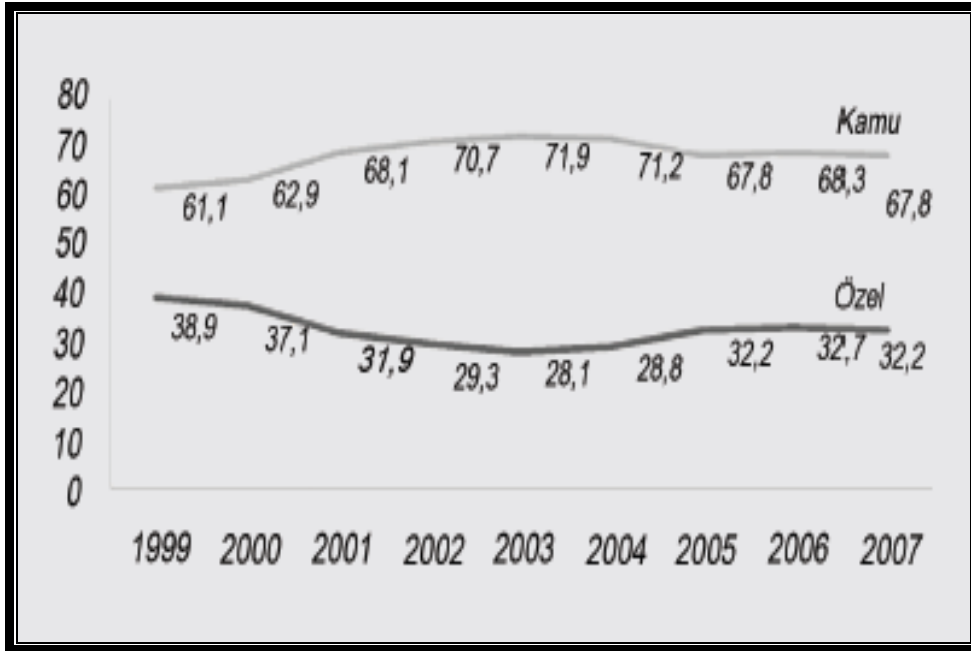
Grafik 16: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki Payı

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> .(02.03.2012)

⁷⁷ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> .(02.03.2012)

Bir sağlık sisteminin finansal risk koruma açısından ne durumda olduğunun en önemli belirleyicisi toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamaları ve özel harcamaların payı olarak öngörölmektedir. Katkı payları dışında cepten yapılan harcamaların finansal risk koruma açısından olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bu nedenle özel harcamaların, özellikle cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının azalmasına olumlu bir gelişme olacağı söylenebilir. Aşağıdaki grafiklerde (Grafik17-18) toplam sağlık harcaması içindeki kamu/özel payı ve cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki yeri incelenmiştir.⁷⁸

- Türkiye’de 1999-2007 yılları arasındaki kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki yeri



Grafik 17:Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Payı %

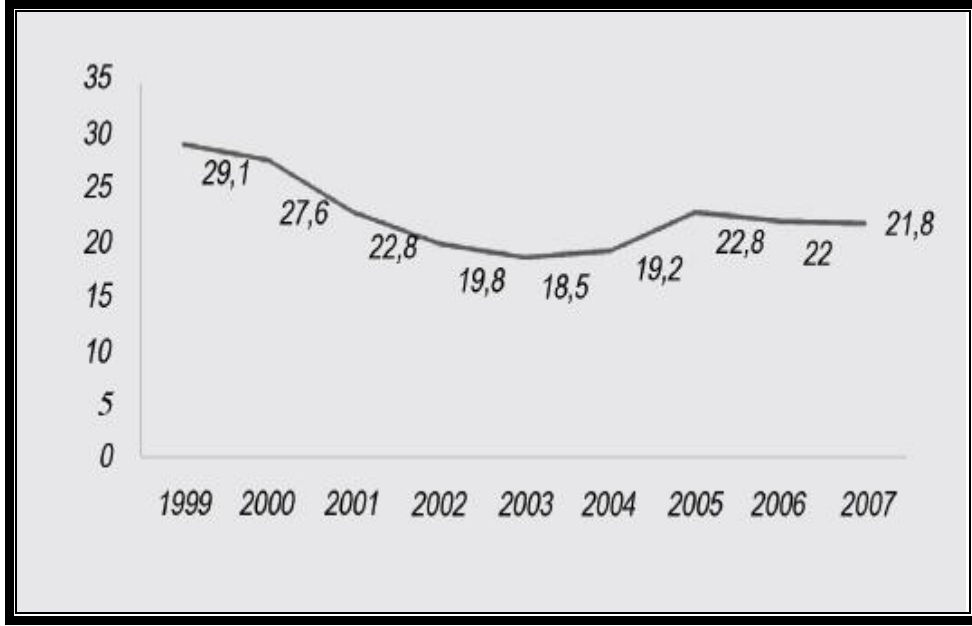
Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> , (02.03.2012)

⁷⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

Grafik 17 de de görüldüğü üzere 1999 yılı ile karşılaştırıldığında yıllara göre göreceli olarak her iki oranda da düşüş yönünde bir eğilim dikkati çekmektedir. Bu durum özellikle finansal risk koruma açısından sistemin geçmişe göre daha iyi olduğunu göstermektedir.

- Türkiye’de 1999-2007 yılları arasındaki Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları içindeki yeri



Grafik 18: Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Payı

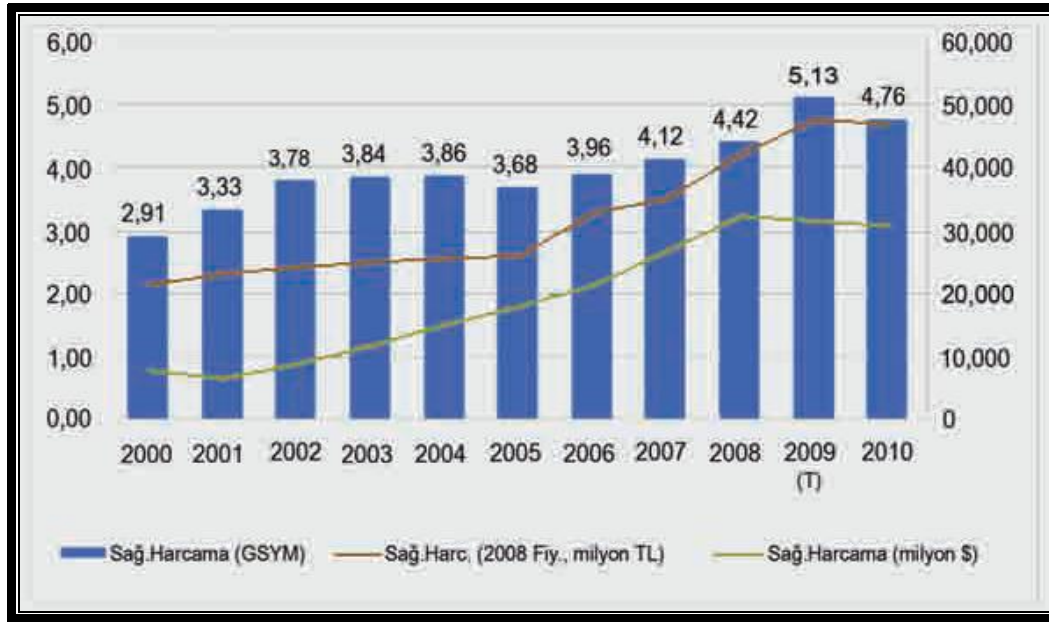
Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> , (02.03.2012)

Daha öncede belirtildiği gibi her ne kadar TÜİK tarafından yayınlanan rakamların OECD sistemi ile uyumlu olduğu belirtilse de şu ana kadar yayınlanan rakamlar, kapsamlı politika analizleri yapılacak ayrıntıda değildir. Türkiye’de sağlıklı olarak sağlık politikaları belirleyebilmek ve politikaların uygulama sonuçlarını değerlendirebilmek için bu analizlerin bir an önce tamamlanarak kullanıma sunulması gerekir. Bu noktada Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından kullanılan MEDULA sisteminden de söz etmek gerekmektedir. Şu anda herhangi bir hastalık ile ilgili harcamalara ilişkin en kapsamlı ve güvenilir bilgi akışını bu

sistemden elde etmek mümkündür. SGK'de politika belirleyicilerinin bu sistemden gelen verileri önemli ölçüde kullandıkları bilinmektedir. Ancak bu verilerin sadece kurum içinde kalması ve yayınlanmaması ve hastaların gizlilik hakkını gözeterek akademik çevrelerin kullanımına açılmaması bu çok önemli kaynağın gerçekte sağlayabileceği faydalardan daha az fayda ile kullanılması anlamına gelmektedir. Bu anlamda yapılacak akademik çalışmalar için güncel veri elde etme sıkıntısı yaratmaktadır. Bu çalışmamız da son yıllara ait veriler kısıtlı olarak elde edilmiştir.⁷⁹

3.TÜRKİYE'DE TEDAVİ MALİYETLERİNİN YILLARA GÖRE DAĞILIMI

Dünyada ve Türkiye'de sağlık harcamaları dünya nüfus artışı ve hastalıklarla mücadele kapsamında doğru orantılı olarak artmaktadır. Bu artış kalemi bireylere ve ülkelere mali açıdan ilk öncelikli harcama kalemleri içerisine girmiştir.



Grafik 19: Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi (2000-2010)

Kaynak:<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.1> (6.03.2012)

⁷⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s. 543 <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

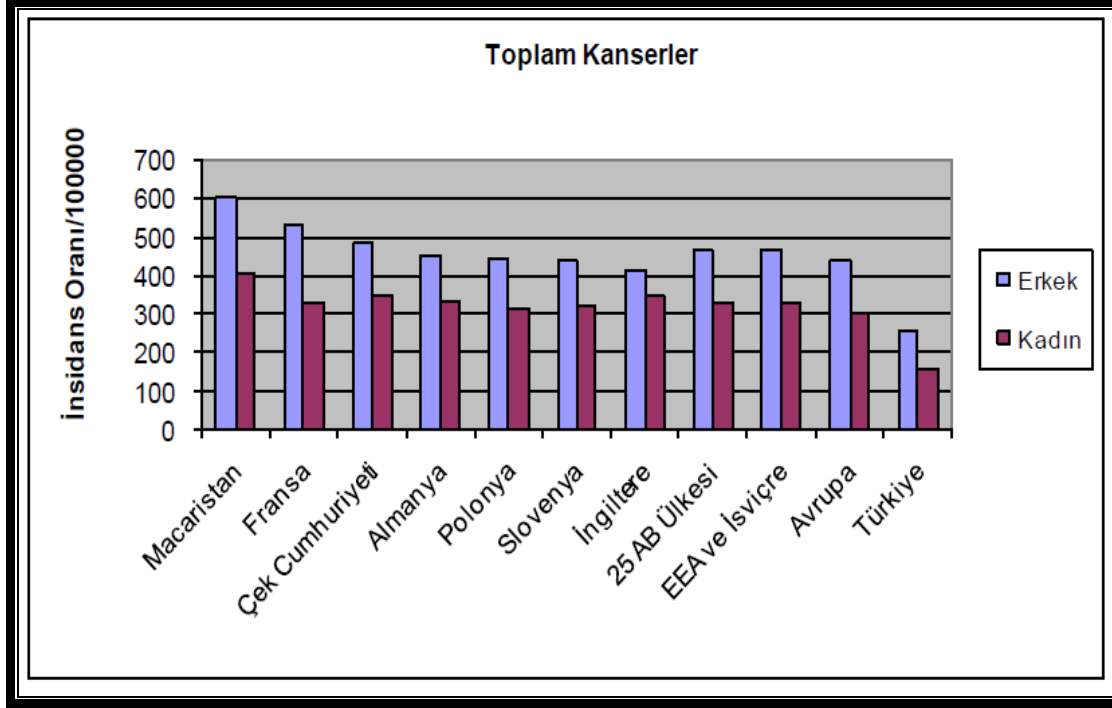
OECD(2009) verileri taban alındığında ülkelerin kişi başı sağlık harcamalarının son 10 yıllık dönemde ortalama %4,1 oranında arttığı görülmektedir. Bu artış aynı dönemde; Türkiye’de %9 ile daha yüksek oranda çıkmaktadır. Kişi başı kamu sağlık harcamaları açısından bakıldığında bu oranlar sırasıyla %4,3 ve %11 oranlarında çıkmaktadır. Bu artış sağlık harcamalarının Türkiye dâhil birçok ülkede kamu harcamaları içinde sosyal güvenlik ve sosyal korumadan sonra ikinci büyük harcama alanı haline getirmiştir.

Bu çerçevede 2000' lerin başında. Türkiye’de GSYİH’ ya oran olarak %3'ler düzeyinde olan kamu sağlık harcamaları 2009 yılında %5'ler düzeyine çıktığını görmekteyiz. Satın alma gücü paritesine göre ABD doları cinsinden düzeltilmiş kişi başına kamu sağlık harcamalarındaki artış ise bu dönemde %60'ın üzerindedir⁸⁰

⁸⁰ A. Murat Tuncer .a.g.k., 2009, ss,71-72 <http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=51>,
<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.pdf>, (6.03.2012)

4.TÜRKİYE İLE SEÇİLMİŞ ÜLKELERDEKİ KANSER HASTALIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Türkiye’ de cilt kanserleri dâhil tüm kanserlerin insidansı erkeklerde 100.000’ de 245’ lerde, kadınlarda ise 100.000’ de 150’ lerde dir ⁸¹



Grafik 20: Ülkeler Arası insidans Oranı Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> (06.03.2012)

Grafik 20’de Türkiye ile bazı Avrupa birliği ülkelerindeki erkek ve kadın insidans oranlarının karşılaştırılmasını görmekteyiz. Ülkemizdeki kanser insidansı ile AB ülkeleri ve yine AB ülkelerinin ortalama kanser insidansları karşılaştırıldığında; ülkemizin kanser insidansı göstergelerin altındadır. Bu durum olumlu olarak kabul görsede ülkemizdeki kanser insidansındaki artışın özellikle akciğer ve meme kanseri üzerinde yoğunlaştığı, bu durumunda

⁸¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s 543<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

ülkemizi diğer ülkelerdeki kanser insidanslarına yakınladığını daha önce bahsi geçen bilgiler ışığında söyleyebiliriz.

- 2006 yılına göre Türkiye ile AB ülkeleri arasında kadın ve erkeklerde en yaygın görülen kanser insidanslarının karşılaştırılması

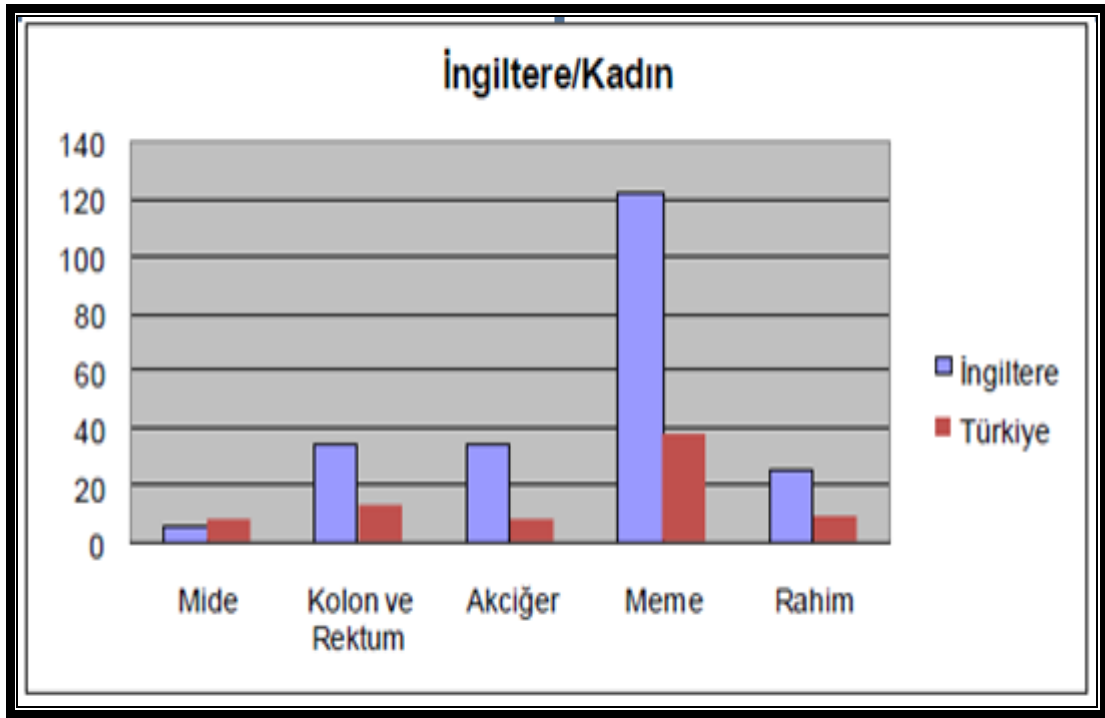
Tablo 8: AB’de Kanser İnsidansları

	Mide		Kolon ve Kolorektal		Akciğer		Meme	Rahim	Prostat	Tüm Kanserler	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Kadın	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın
Avusturya	14,3	8,8	57,6	30,9	54	22,3	91,5	29,1	134,6	444,6	294,6
Belçika	10,3	3,8	53,3	34,3	93	22,9	137,8	32,7	160,3	543,3	343,1
Kıbrıs	16,2	5,7	41,2	29	66,1	9,5	88,4	23,3	74,6	373,3	269,6
Çek Cum.	17	8,2	94,4	46	78,9	22,9	84,8	44,8	76,1	484	346
Danimarka	9,1	4,5	61	48	65	48,7	122,6	28,7	80,3	442	413,6
Estonya	33,4	17,5	50	33,9	50,3	13,2	71,1	40,5	65,3	411,1	298,5
Finlandiya	11,8	6,5	39,2	29,4	45,8	14,7	119,5	25,4	149,7	406	314
Fransa	12	4,5	59,8	36,8	75,5	15	127,4	22,2	133,5	527,5	329
Almanya	17,6	5,5	70,2	45,1	61,2	20,5	121,2	26,4	113	451,4	333,7
Yunanistan	18,9	8,9	31	21,3	88,7	12,7	81,8	21,3	81	423,9	259,5
Macaristan	26,6	10,9	106	50,6	119,3	42,4	115	51,6	85,6	598,8	408,7
İrlanda	14,7	7,6	65,2	36,9	60,2	34,1	131,4	28,8	182	513,6	382,2
İtalya	22,1	11,1	52	30,3	84,7	15,6	105,3	25,1	108,4	499,7	323,6
Letonya	28,6	14,6	47	28,7	82,5	10,2	64,8	39,7	85,7	419,4	265,2
Litvanya	36,8	17,9	53,1	32,5	91,9	9,9	68,7	63,4	109,7	500,1	320,5
Lüksemburg	14,8	5,4	61,9	36,1	69,8	16,3	116,9	20	93,6	440	312,5
Malta	13,7	7,7	51,5	36,2	43,9	6,5	94,5	25,7	68,8	322,8	279,5
Hollanda	13,4	6,3	61,2	43,9	63,4	32,5	128	22,1	98,4	435	355,4
Polonya	34,8	8,8	43,1	27,7	103	28,6	74,1	37,9	51	443,2	311,9
Portekiz	28,9	15,4	58,9	30,9	44,5	11,7	103,5	33,1	101,2	427,5	289,4
Slovakya	25,2	10,3	87,1	42,6	71,7	11,6	69,7	40	51,2	434,-	283,^
Slovenya	27,5	11	69	36,3	75,6	22,9	87,5	42,8	70,2	348,5	319
İspanya	15,9	8,4	54,4	25,4	68,3	13,8	93,6	24,5	77,2	416,9	283,4
İsvç	9,2	4,9	49,2	4	28,6	23,8	125,i	31,7	157,2	418,2	263,4
İngiltere	14,3	5,7	54,9	34,8	57,1	34,6	126,5	25,2	107,3	410,5	348,9
AB25	18,2	3,1	59	35,6	71,8	21,7	110,3	28,3	106,2	463	235,5
İzlanda	14,1	6,4	50,2	36,8	40,6	45,6	121,6	27,3	140,5	429,2	383,6
Norveç	11,2	5,4	66,4	51,2	53,8	33,7	109,1	34,1	133,2	358,7	381,5
İsviçre	16,4	3,9	79,1	55,6	52,7	26,2	126,5	29,2	137	493,6	369
AEA ve İsviçre	13,11	3	59,4	36,1	71,3	21,9	110,5	23,3	106,1	463,4	326/
Bulgaristan	25,5	13,6	49,6	31,3	67,3	11,5	74	53	36	336,6	269
Romanya	30,6	13	40,7	25,1	81	15,4	61,2	64,1	32,2	371,8	279
Arnavutluk	59,4	21,5	13,6	21,4	95	26,2	82,4	22,2	62,1	444,7	312,1
Beyaz Rusya	45,1	20,4	42,5	29	56,5	6,7	55,5	39,3	38	380,7	251,4
Bosna Hersek	37,8	14,4	34,6	27,3	76	17,5	79	43,8	42	369,4	287
Hırvatistan	27,5	8,6	57	36,9	69,3	13,9	79,4	25,9	67,8	421,3	244,4
Makedonya	37,3	16	49,4	30	71,8	8,9	85,4	49,1	31,9	363	280,2
Moldova	25,3	14,4	38,7	26,7	63,7	12,5	51,6	45	18,7	331,2	238,3
Rusya	47,8	21,1	46,5	33,9	92,7	11,2	67,3	39,2	30,1	339	261,9
Sırbistan	16,9	5,9	41	30,4	61,5	17,3	69,2	60	32,3	300,1	268,5
Ukrayna	37,1	15,4	41,7	27	74,6	9,5	53,3	40,9	26,7	333,6	227,4
Avrupa	24,8	11,6	55,4	34,6	75,3	13,3	94,3	33,5	86,7	439,7	303
Türkiye	14,8	7,6	18,2	12,5	68,9	7,7	57,6	8,4	28,9	256,4	158,1

Kaynak: [http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=51,\(06.03.2012\)](http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=51,(06.03.2012))

Tablo 8'e genel olarak bakıldığında: Avrupa birliği ülkelerinin kanser insidansları ortalaması ile ülkemizdeki kanser insidansları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerdeki tüm kanserlere göre toplam insidansa bakıldığında, Türkiye insidansı 256,4 iken Avrupa ortalaması 439,7 dir, bayanlarda ise durum Türkiye'de toplam insidans; 158,1 iken Avrupa toplamında 303 olduğunu görmekteyiz. Bu durumu iyimser olarak yorumlamakla beraber, ülkemizde Erkeklerde görülen akciğer kanseri insidansının 68,9 ile Avrupa ortalamasına yani 75,3 'e yakın olduğunu ve Türkiye verilerinin birçok AB ülkesinden ülke bazında yüksek olduğunu söyleye biliriz. Aynı durum kadınlarda meme kanseri insidansı ülkemizde 57,6 iken AB ortalaması ise 94,3 tür.

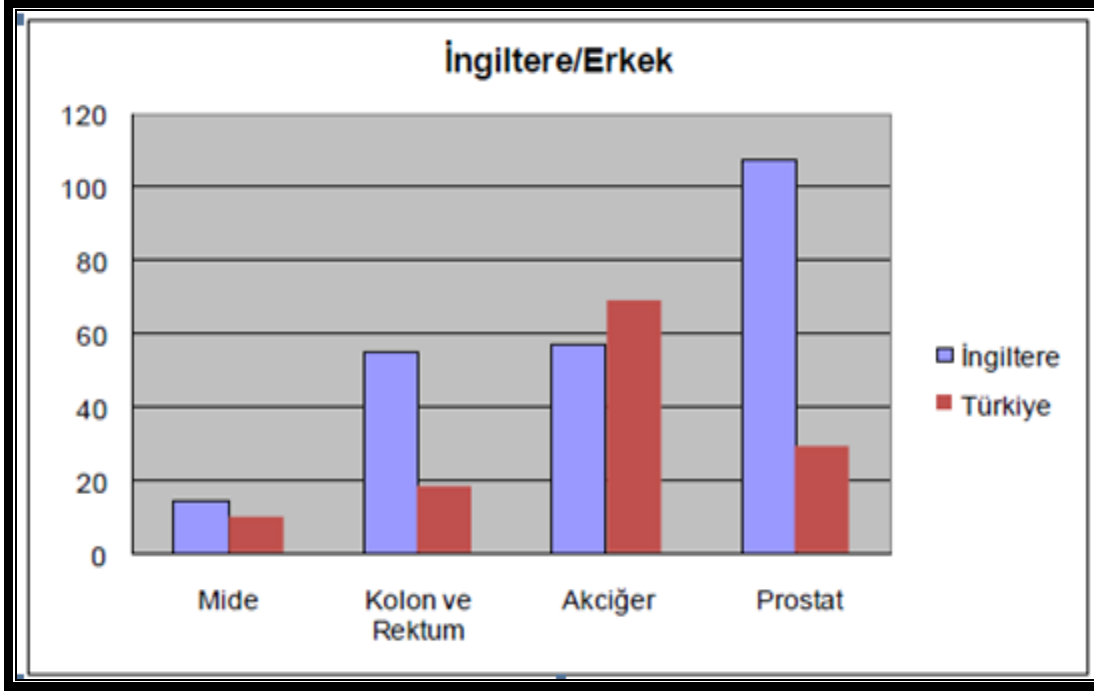
4.1.Türkiye - İngiltere Karşılaştırması



Grafik 21:İngiltere-Türkiye, Kadın Kanser Vaka Sayısı Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> , (06.03.2012)

Grafik 21’de İngiltere kadınlarda görülen meme kanseri vakalarının Türkiye’den yüksek olduğu, Türkiye’de ise mide kanserinin İngiltere verilerinin üzerinde olduğu görülmektedir.

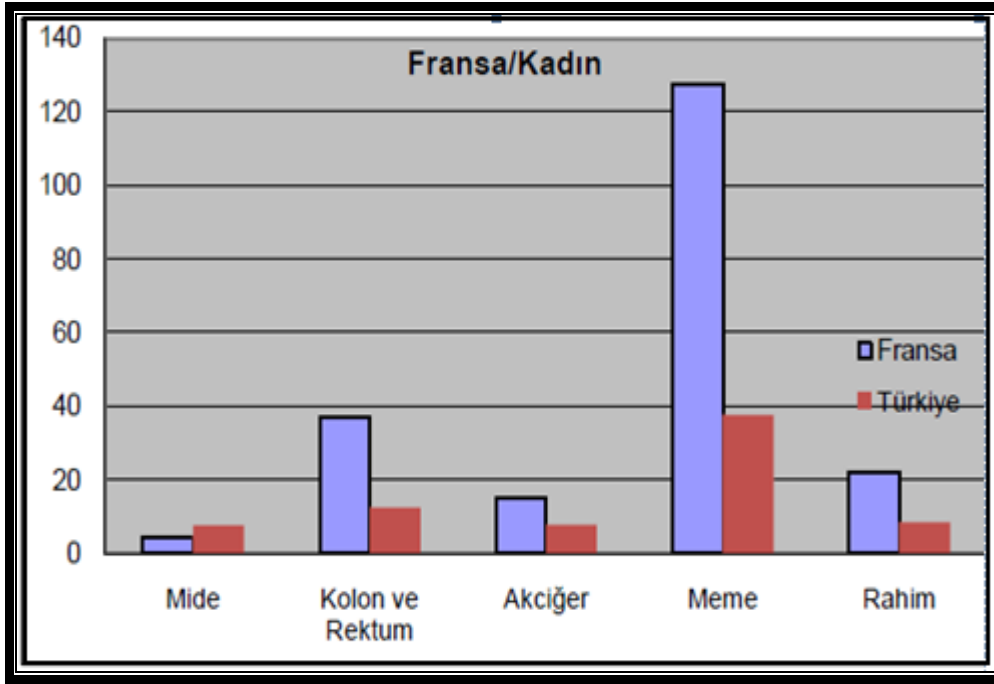


Grafik 22: İngiltere-Türkiye, Erkek Kanser Vaka Sayısı Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 22’de İngiltere de prostat kanseri vakalarının Türkiye den yüksek olduğu Türkiye’de ise akciğer kanserinin İngiltere verilerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Türkiye’de ki akciğer kanserindeki artışın sigara bağımlılığı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

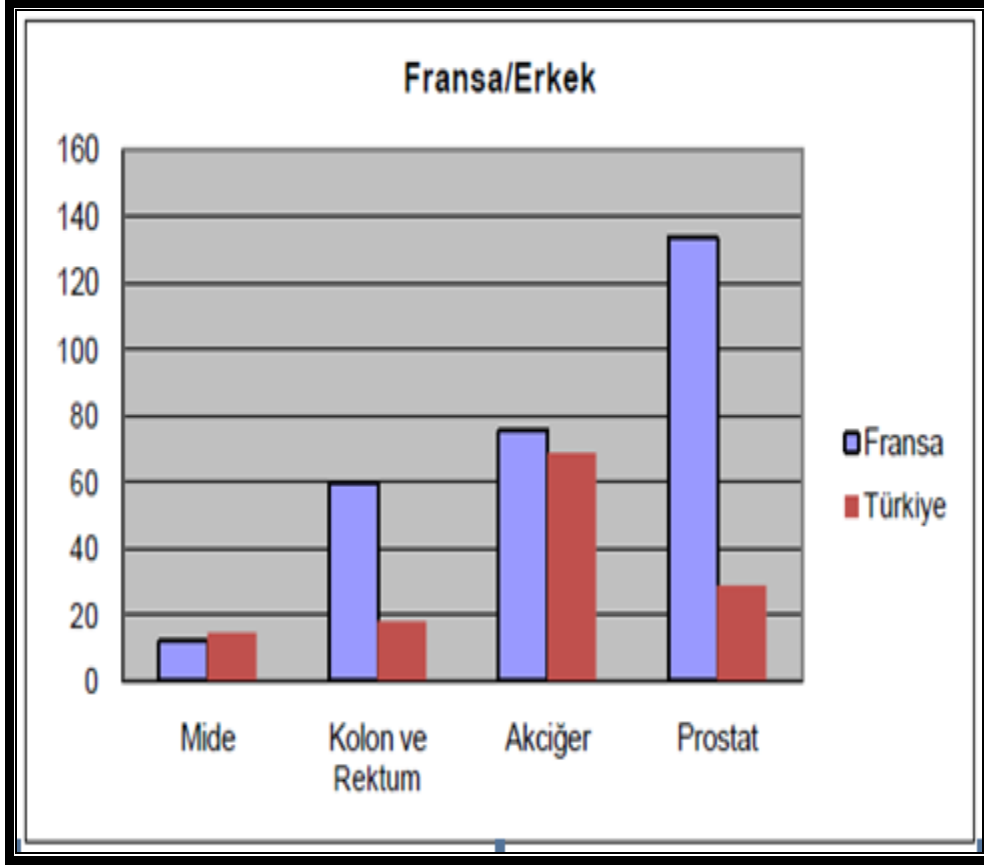
4.2.Türkiye -Fransa Karşılaştırması



Grafik 23: Fransa-Türkiye, Kadınlarda Vakası Kanser Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 23 incelendiğinde; Fransa’da ki bayanlarda görülen kanser vakalarının meme kanserinde görünür bir şekilde Türkiye verilerinden yüksek olduğu, Türkiye’de ise mide kanseri vakalarının Fransa verilerinin üzerinde olduğunu söyleyebiliriz.

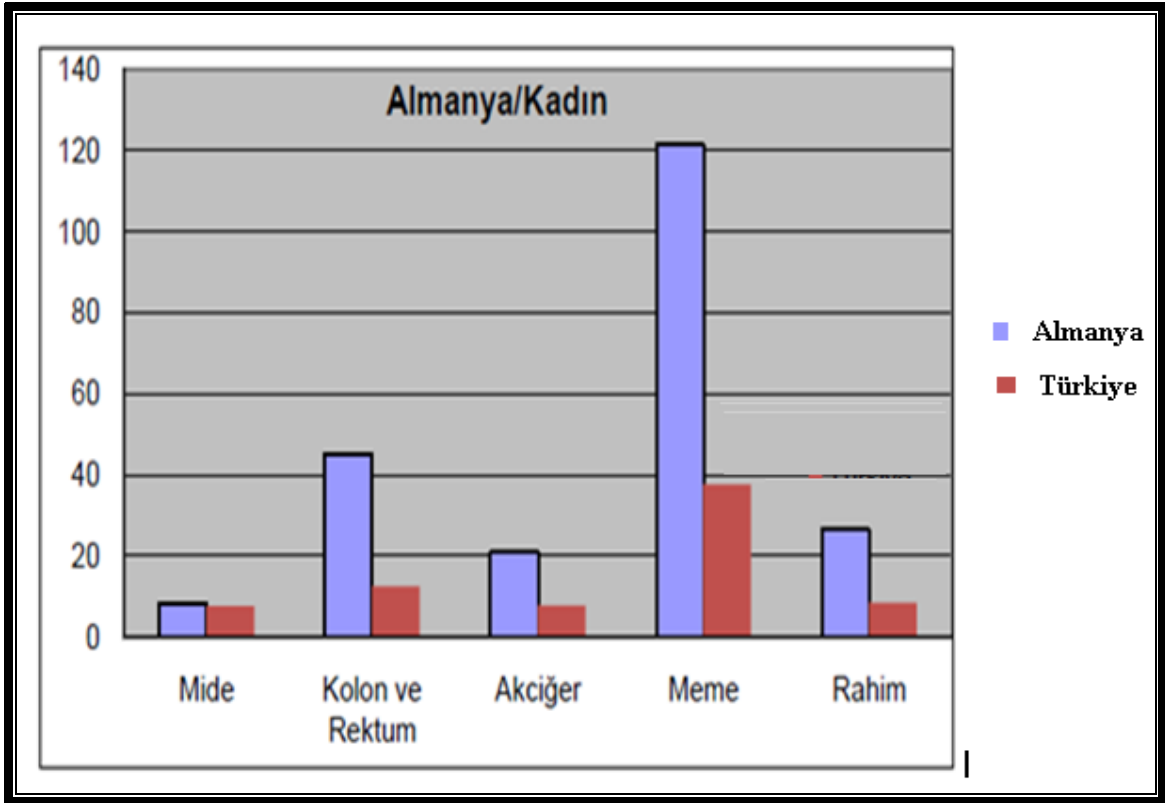


Grafik 24: Fransa-Türkiye Erkeklerde, Kanseri vakalarının Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 24 incelendiğinde; Fransa’da ki prostat kanseri vakalarının Türkiye verilerinin oldukça üzerinde olduğu, Türkiye’deki akciğer kanseri vakalarının oranı ise Fransa verilerine yakın olduğunu söyleyebiliriz.

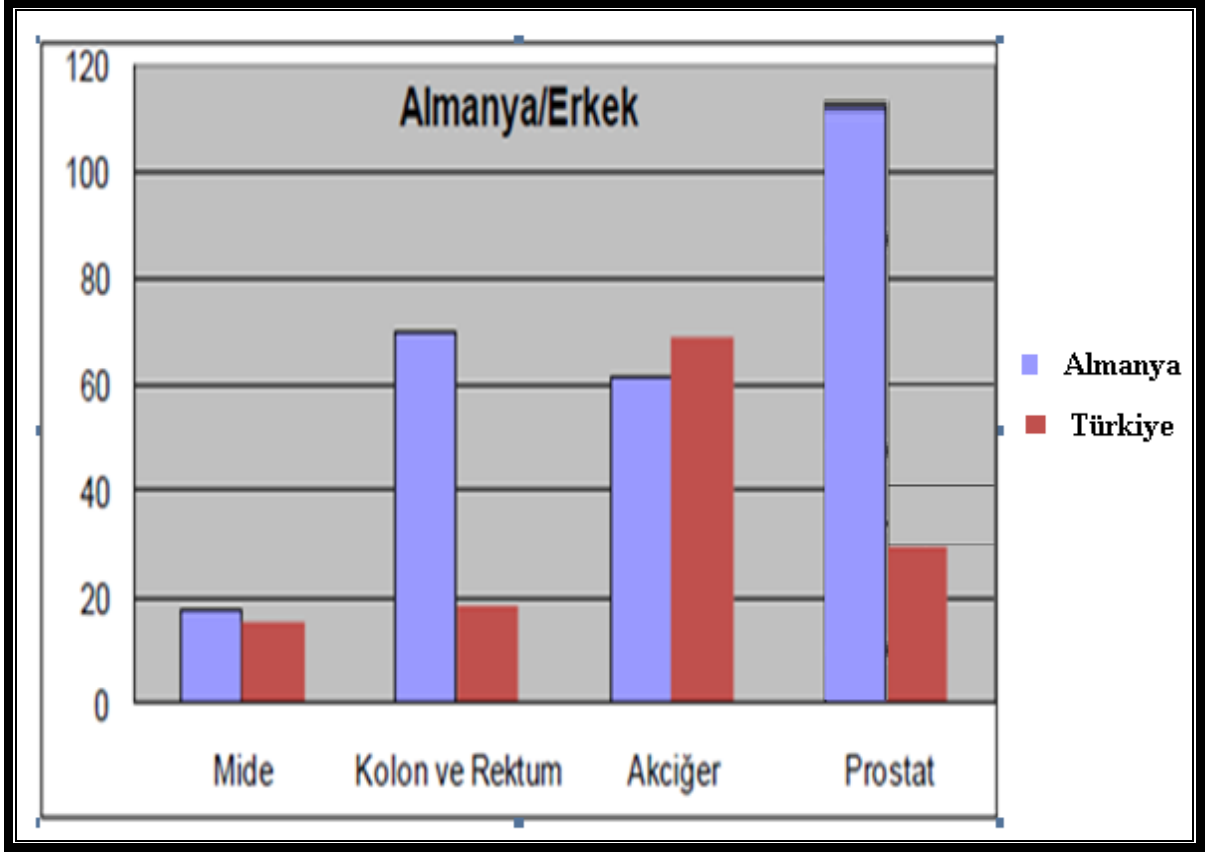
4.3.Türkiye-Almanya Karşılaştırılması



Grafik 25: Almanya-Türkiye, Kadınlarda Kansere Vakalarının Karşılaştırılması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 25 incelendiğinde; Almanya'daki kadınlarda görülen meme kanseri vakalarının Türkiye'deki meme kanseri vaka sayılarına göre oldukça yüksek, Yine Türkiye'de görülen meme kanseri vaka sayılarının Almanya verilerine yakın olduğunu söyleyebiliriz.

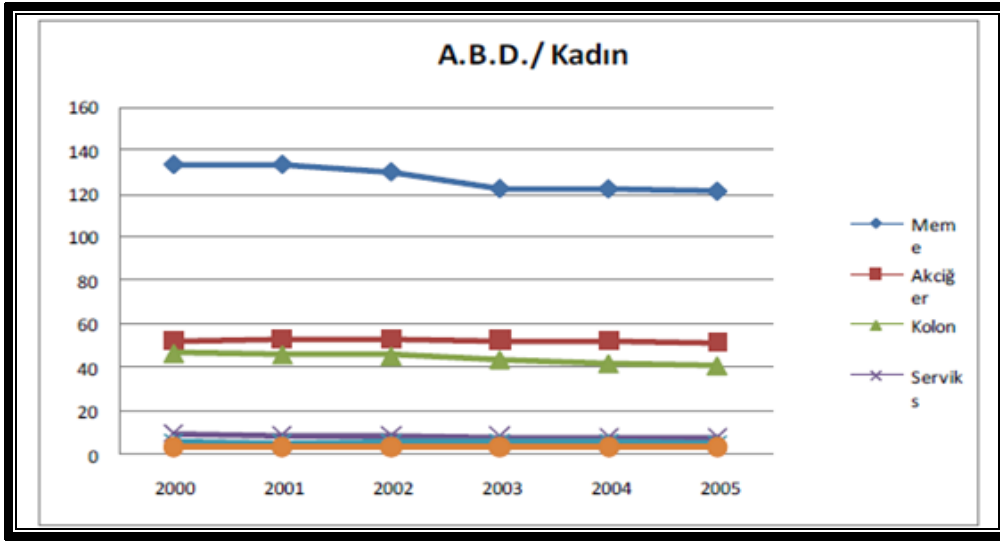


Grafik 26:. Almanya-Türkiye, Erkeklerde Kanser Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

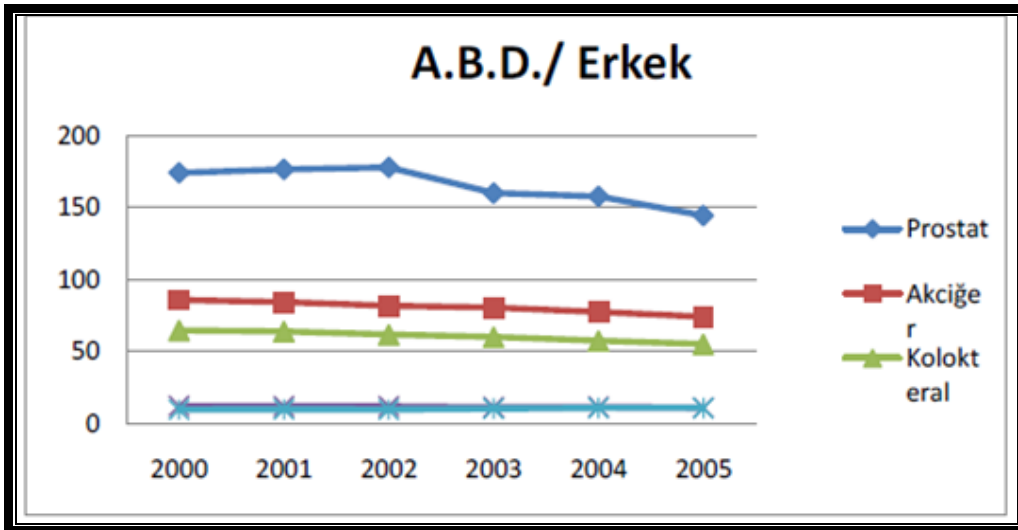
Grafik 26 incelendiğinde; Almanya’da ki erkeklerde görülen prostat kanseri vakalarının Türkiye’deki prostat kanseri vakalarından oldukça çok yüksek değerlerde olduğu, kolon ve rektum kanserlerindeki oranlara bakıldığında Almanya’daki kanser vakalarının belirgin olarak yüksek olduğu, Akciğer ve mide kanserlerinde ki vaka sayılarının ise biri birine yakın olduklarını söyleyebiliriz.

4.4.Türkiye -Amerika Karşılaştırılması



Grafik 27: ABD-Türkiye Kanser Vakalarının Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

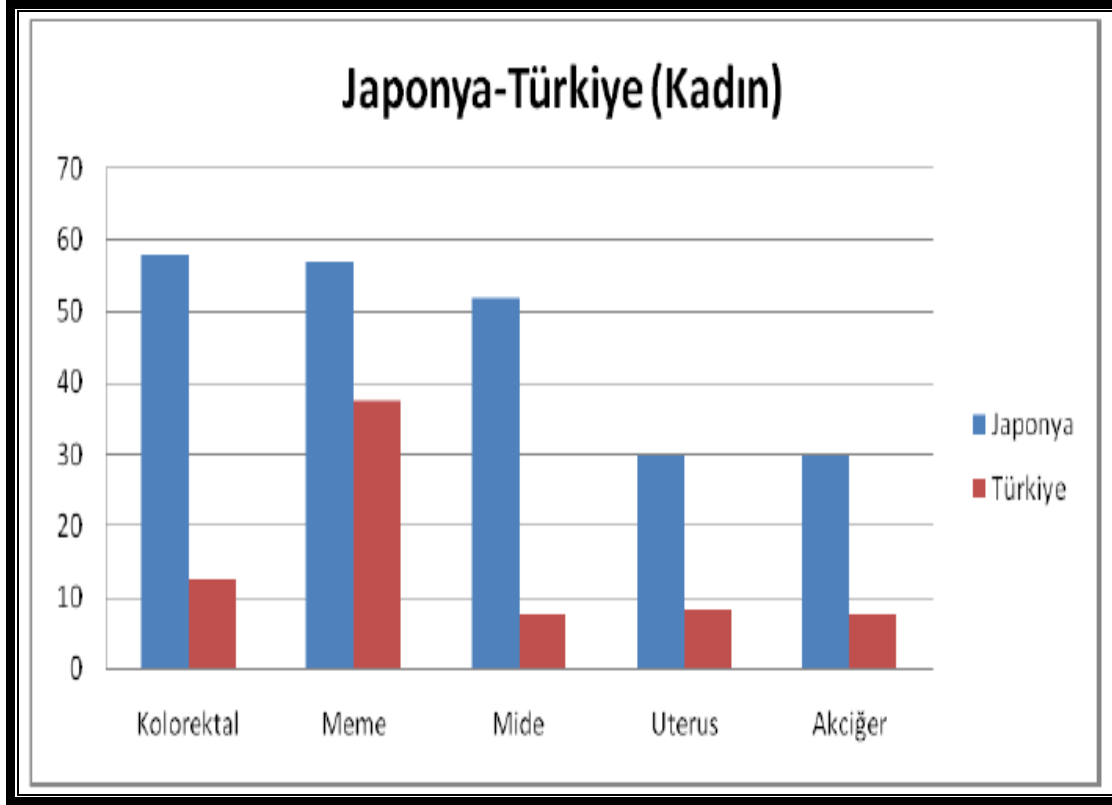


Grafik 28:ABD-Türkiye Kanser Vakalarının Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 28 ve 28 incelendiğinde A.B.D 'de kanser insidansları kadın ve erkeklerde kanser insidansının düşüş eğiliminde olduğunu bu oranın erkeklerde prostat kanseri bayanlarda ise meme kanseri şeklinde belirgin olduğunu söyleyebiliriz.

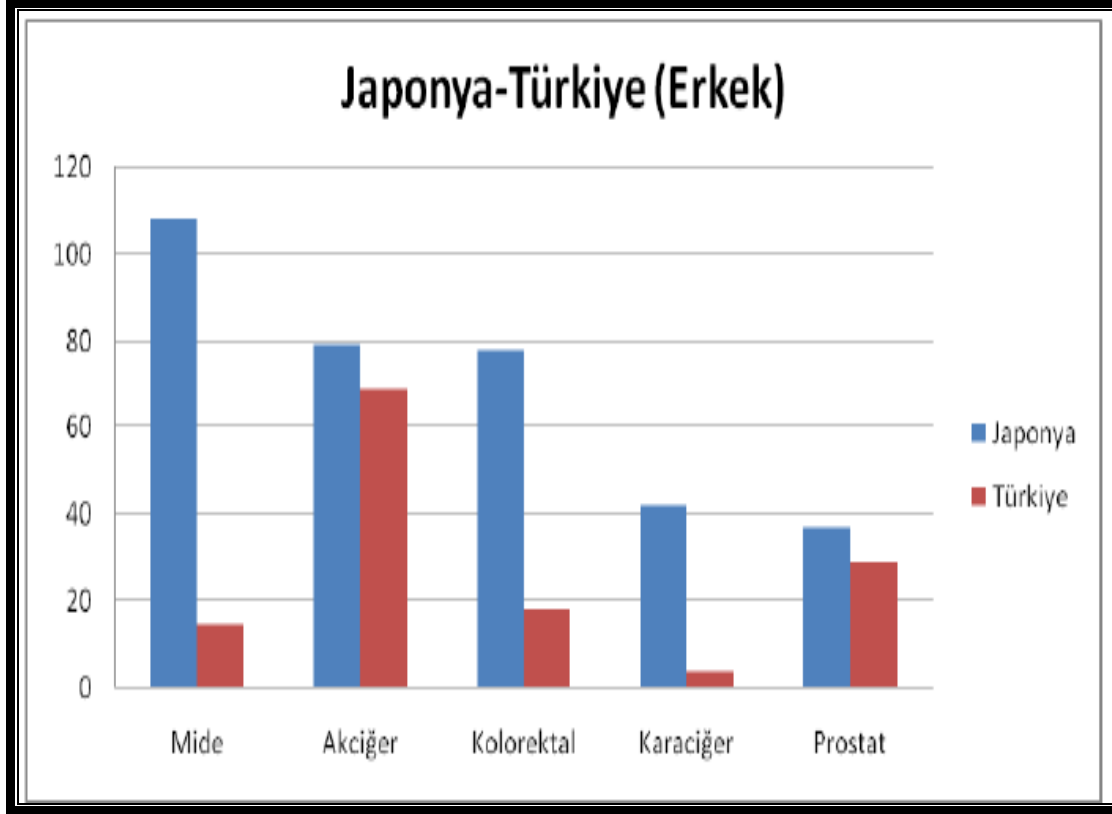
4.5.Türkiye –Japonya karşılaştırılması



Grafik 29: Japonya-Türkiye, Kadınlar Kanseri vakalarının Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 29'un incelenmesinde Japonyadaki kadınlarda görülen vakaların kolorektal, meme ve mide kanserinde yoğunlaştığını, uterus ve akciğer kanserlerinin oranının ise önemsenecek derecede belirgin, Türkiye'deki meme kanseri vaka oranını ise Japonya verilerine yaklaşımakta olduğunu söyleyebiliriz



Grafik 30: Japonya-Türkiye , Erkekler Kanser Vakalarının Karşılaştırması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>, (06.03.2012)

Grafik 30 incelendiğinde Japonya’da ki erkeklerde görülen kanser vakalarının en çok mide kanseri şeklinde olduğu, akciğer ve kolon kanserlerinde de belirgin artış, Türkiye ile karşılaştırıldığında Türkiye’de ki akciğer kanseri vaka oranının Japonya verilerine yakın olduğunu söyleyebiliriz.

Dünyada kanser sıklığı ülkeden ülkeye değişmekte olup, insidansı 100-350/100.000 arasında bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri için genel kanser insidansı erkekler için 100.000’de 621,4, kadınlar için ise 100.000’de 408.0 olarak bildirilmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde ise kanser insidansları 100.000’de 350-400 arasında değişmektedir.⁸² (Grafik 20) Yukarıda sıralanan tüm grafiklere genel olarak bakıldığında; ülkemizde ise, son verilere göre tüm kanserler için erkeklerde insidans 100.000’de 255’lerde, kadınlar için ise 100.000’de

⁸² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.272-273,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

150'lerde dir (Grafik 6-7). Erkeklerde ilk üç sıra, dünyada akciğer, prostat, mide olarak sıralanırken Türkiye'de bu sıralama akciğer, prostat ve mesane olmaktadır. Kadınlarda ilk üç kanser türü dünya da meme, kolon ve akciğer kanseriyken Türkiye'de sıralama meme, kolon ve tiroit şeklinde olmaktadır. (Grafik 8-9), Buna göre, Türkiye'deki kanser insidansı gelişmiş ülkelerdekini 1/2'si hatta 1/3'ü civarındadır. Türkiye ile Avrupa arasındaki bu insidans farkının en önemli nedenlerinden biri nüfus yaş dağılımıdır. Kanser bilindiği üzere orta-ileri yaş hastalığıdır ve yeni tanı alan olguların % 90'ı 45 yaş üzeri hastalardır.⁸³

Türkiye'nin kanser profili Batılı ülkelere benzerdir. Erkeklerde görülen en sık kanser akciğer kanseridir, kadınlarda ise meme kanseridir. (Grafik 8-9) Ancak genel insidans pek çok ülkeye göre düşüktür. Özellikle meme ve prostat kanserleri için bu geçerlidir. Ancak, pek çok Avrupa ülkesi ile kıyaslandığında önemli oranda yüksek bir akciğer kanseri ile karşılaşmaktadır. Bu muhtemelen sigara kullanım alışkanlığı ile ilgilidir.⁸⁴

Servikal kanser sıklığı, ülkemizde Batılı ülkelere nazaran çok gerilerdedir. Bunda muhtemel etken olarak HPV virüsüne karşı koruyucu olan sünnet uygulaması ve ayrıca gelenek görenek ve inançsal olarak Batılı ülkelerden daha farklı yaşam biçimlerini tercih etmemiz gösterilebilir. Öte yandan servikal kanser ulusal tarama standartlarımızı ve toplum tabanlı tarama programımızı kıyasladığımızda, henüz pek çok gelişmiş ülkeye göre gerilerden gelmekte olduğumuz görülmektedir. Ancak, toplum tabanlı tarama programları ülkemizde daha çok yeni başlamıştır. Tarama programlarını başarı ile tamamlamış ülkelerde de yaşanan tecrübeler göstermiştir ki, yeni başlanan bir tarama programının tüm ülkeyi kapsayabilmesi 20-25 yıl gibi çok uzun süreler alabilmektedir.⁸⁵

Amerika Birleşik Devletleri (Grafik 27-28), İngiltere gibi ülkelerde kanser insidansı artık düşüşe geçmiştir. Ancak ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser insidansı yılda % 1-2 oranında yükselmeye devam etmektedir ve şimdi alınacak önlemler en erken etkilerini 15-20 yıl sonra gösterecektir.

⁸³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.272-273, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

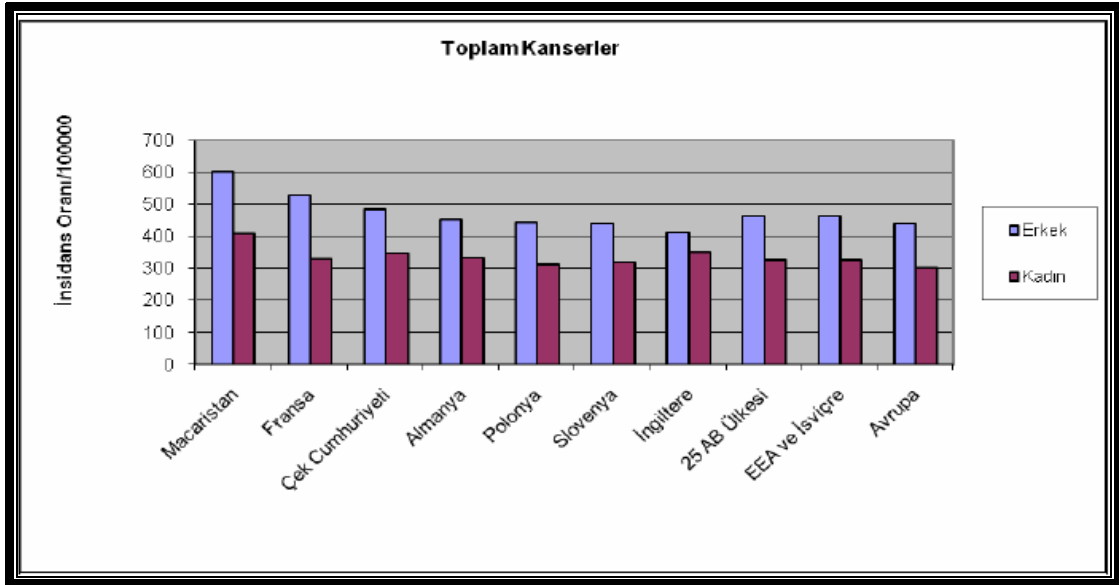
⁸⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.272-273, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁸⁵ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.272-273, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

5. SEÇİLMİŞ ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEKİ KANSERDEN KORUNMA POLİTİKALARI

5.1. Avrupa Bölgesi Seçilmiş Ülke Uygulamaları

Avrupa ülkelerinde kanserle ilgili geniş kapsamlı ülke bazında insidans, mortalite hızları gibi veriler IARC kapsamında GLOBOCAN 2002 projesinin verilerinden temin edilebilmektedir. Fakat kapsamdaki veri edesinde bölgesel kapsam farklılıkları olması nedeniyle farklı yıllara ait veriler karşılaştırılabilir değildir. Bu nedenle çalışmamızın bu bölümünde kullanılan verilerde tutarlılık ve karşılaştırılabilirliğin sağlanabilmesi için; GLOBOCAN projesi verilerinin de yer aldığı AB raporlarında da kullanılmış olan Ferlay'in çalışmalarının sonuçları, ülkelerin kanser türlerine ve cinsiyete göre insidans ve mortalite hızlarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bu çalışma kapsamında seçtiğimiz ülkelerde ve AB üyesi 25 ülke ve tüm Avrupa'da insidans ve mortalite hızlarının cinsiyete göre dağılımları grafik 33 ve 34'de yer almaktadır.⁸⁶

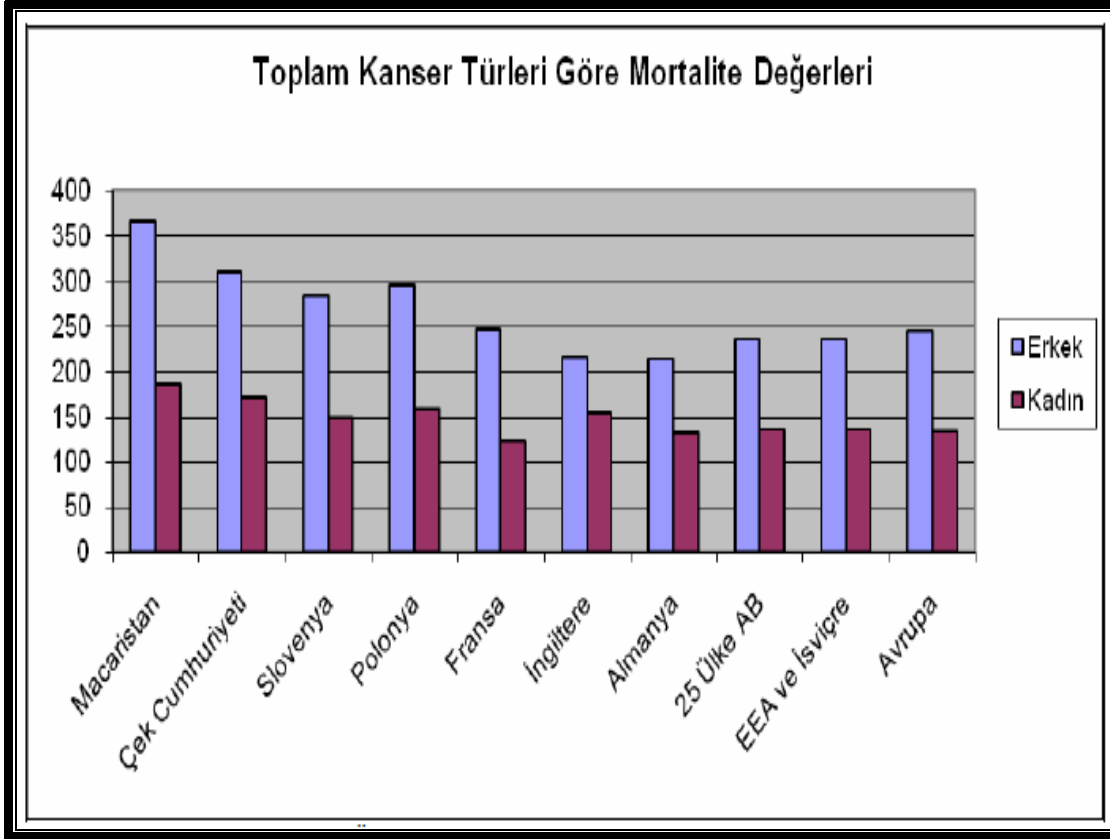


Grafik 31: Seçilmiş Ülkelerde Standardize Edilmiş Kanser insidans Hızları

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> (02.03.2012)

⁸⁶ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s. 364, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> (02.03.2012)

Grafik 31 'de, toplam kanser insidanslarının erkeklerde; İngiltere haricindeki ülkelerin Avrupa ortalamasından yüksek olduğu, kadınlarda ise seçili ülkelere Polonya, slovenyanın değerlerinin Avrupa ortalamasına eşit diğer ülkelerin ise ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.



Grafik 32: Seçilmiş Ülkelere Standardize Edilmiş Kanser Mortalite Hızları

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> (02.03.2012)

Her iki grafiğin birlikte değerlendirilmesini yapacak olursak; Veriler kaynaklardan farklı yıllara ait verilerin derlenmesine dayanan 2006 yılı tahminleridir. Grafik 33ve34' e baktığımızda her iki cins için de en yüksek kanser insidansının Macaristan' da olduğu görülmektedir. Erkeklerde kanser insidansının en düşük olduğu ülke İngiltere, kadınlarda Polonya olduğu gözlemlenmiştir.(Grafik 33) AB üyesi 25 ülkede kadınlarda insidans 325,5/100.000, erkeklerde 463 dür. Bu oranlar tüm Avrupa' da ise yüz binde 303 ve 439,7'dir. insidansında olduğu gibi her iki cinsiyet için de en yüksek kanser mortalite hızının

Macaristan' da olduğu görülmektedir. Erkeklerde kanser mortalite hızının en düşük olduğu ülke Almanya, kadınlarda Fransa' dır. AB üyesi 25 ülkede kadınlarda insidans yüz binde 136,2 erkeklerde ise 236,4'tür.⁸⁷

5.2.İngiltere'de Sağlık Politikaları;

İngiltere'de Sağlık Hizmeti Sunumu ve Temel Göstergeler; sağlık hizmetlerinden sorumlu siyasi yapı Sağlık Bakanlığı' dır. Sağlık Bakanlığı merkezi düzeyde sağlık politikalarından ve sağlık hizmetlerinin sunum düzeyi ve kalitesinden sorumlu temel kurumdur.

Tablo 9:İngiltere ile İlgili Temel Göstergeler.

Temel Göstergeler	Değer	Yıl
Nüfus (1000 kişi) toplam	60512	2006
Kişi başı gelir (SAP uluslar arası Dolar)	33650	2006
Hastane yatak sayısı (her 10.000 kişiye düşen)	39	2004
Diş hekimi yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	10	1997
Hemşire ve hastabakıcı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	128	1997
Eczacı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	5	1997
Tıp doktoru yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	23	1997
Toplam sağlık harcamaları içinde genel kamu kesimi sağlık harcamalarının payı %	87.1	2005
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı %	12.9	2005
Toplam kamu kesimi sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumu harcamalarının payı %	0	2005
Kişi başı toplam sağlık harcaması (SAP uluslar arası Dolar)	2598	2005
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %	8.2	2005
Yetişkin ölüm oranı (15-60 yaş arası nüfusta her 1000 kişinin ölme olasılığı) Erkek/Kadın	98/61	2006
Bebek ölüm hızı (canlı doğan her 1 000 bebek için) Erkek/Kadın	5/4	2006
Anne ölüm hızı (her 100.000 canlı doğumda)	8	2005
5 yaş altı ölüm hızı (her 1000 canlı doğum sonrası 5 yaşın altında ölüm olasılığı)	6	2006
Kanser nedeniyle ölüm hızı, yaş gruplarına göre standardize edilmiş (her 100.000 kişi için)	143	2002
Doğuşta sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	69/72	2003
Doğuşta yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	77/81	2006
Kişi başı alkol tüketimi (saf alkol, litre) yetişkinlerde (>=15 yaş), prevelans	11.75	2003
Yetişkinlerde (>=15 yaş) obezite görülme olasılığı, prevelans, Erkek/Kadın	22.3/23	2002
Yetişkinlerde (>=15 yaş) tütün kullanma oranı, prevelans, Erkek/Kadın	36.7/34.7	2005

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>

⁸⁷ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.363-364,4,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

Tablo 9’da ingillere ile ilgili temel bilgiler yer almaktadır. İngiltere nüfusu 61 milyon civarındadır. Bu nüfus büyüklüğü ile AB ülkeleri içinde Türkiye’ ye nüfusu en yakın olan ülkeler grubu içinde yer almaktadır. SGP (satın alma gücü paritesi) ile standardize edilmiş kişi başına gelir düzeyi ise 2006 yılı itibarıyla 33,7 bin dolardır. Toplam sağlık harcamaları GSYİH’ ye (Gayri Safi Yurt içi Hâsıla) oran olarak % 8,2’ ye ulaşırken, özel sağlık harcamalarının toplam içindeki payı yaklaşık % 13’ dür. Ortalama yaşam beklentisi kadınlarda 81,5, erkeklerde ise 77,2 yıldır. Yaşam beklentisi erkeklerde son beş yılda 1,2 yıl artarken, kadınlarda bu artış 0,9 yıl olmuştur.⁸⁸

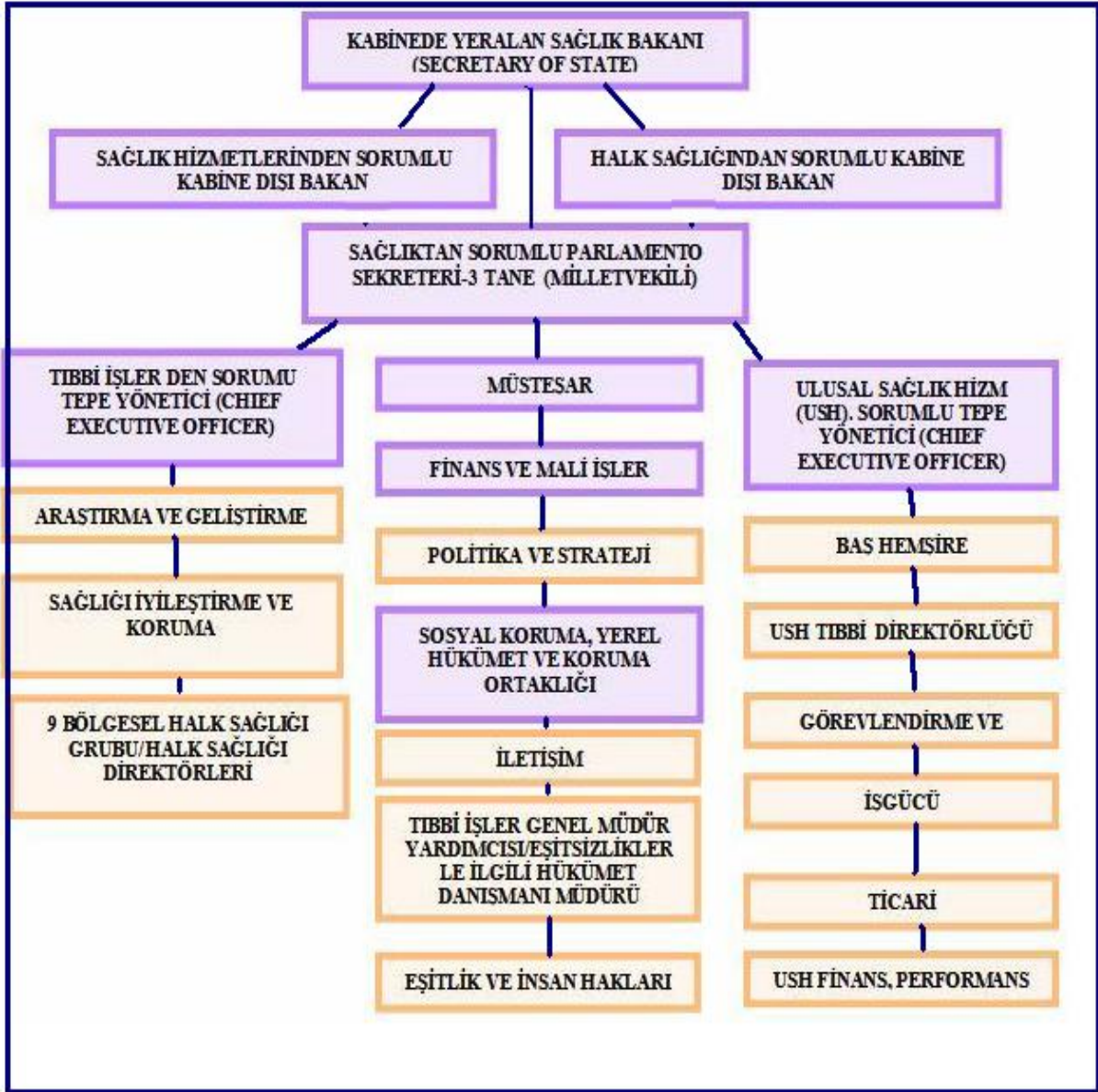
İngiltere yönetim sistemi içinde siyasi sorumlulukla yönetsel sorumluluk geleneklerin de belirlediği şekilde birbirinden iyi bir şekilde ayrılmıştır (Şema:1). Politika yapma sorumluluğu sorumlu siyasi yapıya ait olurken hizmeti yerine getirme yönetsel sorumluluk kapsamındaki kurumlara aittir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığında toplam altı bakan yer almaktadır. Bunların başında kabinede yer alan Sağlık Bakanı bulunmaktadır. Bu bakanın altında kabinede yer almayan ama başbakanın parlamento içinden atadığı farklı hizmetlerde sorumlu iki bakan daha bulunmaktadır. Bu yapının altında ise yine milletvekili olan ve siyasi müsteşar olarak da tanımlanabilecek 3 Parlamento sekreteri daha bulunduğunu görmekteyiz.⁸⁹

Şema 1’de de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı bakanların sorumluluğunun altında üç temel müsteşarlık altında organize olmuştur. Bu müsteşarlardan biri bakanlık müsteşarı olarak adlandırılırken diğer ikisi ise özellikle hizmetin yerine getirilmesinde sorumlu iki tepe yöneticidir. Bakanlığın sağlık hizmetleri bu üst yöneticilerin sorumluluğu altındadır⁹⁰

⁸⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁸⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)



Şema 1: İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın Organizasyon şeması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>.(02.03.2012)

İngiltere'de 2005 yılında ölüm sebepleri arasında kanser % 38 ile birinci sırada yer almaktadır. Kanseri % 28 ile dolaşım ile ilgili hastalıklar izlemektedir. Her yıl 75 yaş altı yaklaşık 230 bin kişi kansere yakalanmakta ve 125 bin kişi de ölmektedir. İngiltere'de kanser toplumda en fazla kaygı ve korku duyulan bir hastalık haline gelmiştir. İngiltere'de kadınlarda en yüksek kanser insidansı çok yüksek farkla memeye aittir. Meme kanserini kolon ve akciğer kanseri izlemektedir. Rahim kanseri ise insidansı en yüksek olan dördüncü

kanserdir. Erkeklerde ise prostat kanseri insidansı belirgin bir şekilde diğer kanser türlerinden çok daha yüksektir. Prostatı birbirine yakın hızlarla çıkan akciğer ve kolorektal kanserleri takip etmektedir. Erkeklerde dördüncü sırada mide kanseri çıkmaktadır. Kolorektal kanseri İngiltere’de AB 25 üye ülke ortalamasından farklı olarak akciğer kanserine oldukça yakın çıkmıştır.⁹¹

İngiltere’de kadınlarda en yüksek kansere bağlı mortalite nedenleri akciğer ve meme kanserleridir. Akciğer kanseri kadınlarda ölüm nedenleri içinde meme kanserinin üstünde çıkmaktadır. Kadınlarda kanserden dolayı ölümlerde üçüncü sırayı kolorektal kanser almaktadır. İngiltere AB 25 ülke ortalamasından farklı olarak kadınlarda akciğer kanseri birinci sırada ölüm nedeni arasında çıkmaktadır. Kadınlar akciğer kanseri nedeniyle meme kanserinden yüksek hızda yaşamını kaybetmektedir.

Erkeklerde ise akciğer kanserinde kaynaklanan ölümleri diğer kanserlerden belirgin bir şekilde yüksek çıkmıştır. Akciğer kanserini prostat ve kolorektal kanseri izlemiştir. insidans ve mortalite hızları kadınlarda AB 25 ortalamasının üzerinde çıkarken, erkeklerde ise ortalamanın altında kaldığını görmekteyiz.⁹²

5.2.1.İngiltere’de Kanserle ilgili Temel Politikalar

İngiltere geleneklerin yoğun olduğu bir ülke olmakla birlikte kamu yönetiminde planlama, stratejik yönetim ve performans esaslı bütçe sisteminin en etkin işlediği ülkelerin başında gelmekte olduğunu görmekteyiz. Bugün dünyada birçok ülke uygulaması uzun yılların birikimi olan stratejik yönetim ve performans dayalı bütçe sistemini İngiltere deneyimine dayandırmaktadır.⁹³

İngiltere sistemi hem siyasi hem de yönetsel anlamda karmaşık görünen bir yönetim yapısına sahiptir. Burada yönetsel başarıyı sağlayan ilk nokta karar alma süreçlerini belirleyen amaç ve hedeflerin iyi bir şekilde ortaya konulmasıdır. İkinci önemli görünen nokta ise planlara yansıyan politika önceliklerinin kurumlar tarafından hizmet programlarına ve

⁹¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

kaynak tahsis süreçlerine yansıtılmasıdır. Başka bir ifadeyle, politik süreç içinde iyi tasarlanmış olan temel politika ve öncelikler uygulamacı birimler tarafından birer niyet beyanı olarak değil sundukları hizmet programlarına yansıtılacak, amaç ve hedeflerine performans kriteri alınacak belgelerdir. Yönetimsel modelin rol ve sorumluluklarının iyi tanımlanmış olmasıyla bu süreç etkin bir şekilde işleyebilmektedir.⁹⁴

İngiltere’de kanser, bakanlığın Ulusal Sağlık Çerçevesi (USÇ) önceliği içinde yer almaktadır. USÇ içinde yer alması demek bakanlığın kansere yönelik diğer konulardan farklı olarak ortaya konmuş orta ve uzun vadeli plan ve stratejileri olması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bakanlık içinde özellikle sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesine ilişkin olan birimler birincil veya ikincil düzeyde hizmet programlarını, performans programlarını oluştururken var olan plan ve strateji dokümanlarına uygun davranmak durumundadırlar. Ayrıca bakanlık içinde yönetimsel süreçte önem taşıyan Ulusal Klinik Direktörleri bulunmaktadır. Bu ulusal klinik direktörlerinden bir tanesi de sadece kanserden sorumludur. Politika geliştiren ve çeşitli aşamalarda danışmanlık ve izleme hizmeti üreten ve bakanlık birimleriyle birlikte çalışan klinik direktörü USÇ’nin etkin bir şekilde uygulamaya konmasından da sorumludur.⁹⁵

İngiltere’de her bir birimin kanserle ilgili sorumluluğunu belirleyen politika dokümanı 2000 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH-National Health Service) tarafından açıklanan ve hükümetin önceliklerini politikaları ortaya koyan Kanser Planıdır. USH tarafından sunulan plan ile İngiltere’de yaygın bir hastalık haline gelen kanser karşı etkin kontrol programları oluşturulmaya çalışılmıştır. Kapsamlı bir şekilde hazırlanan plan metninde kansere yönelik yatırım stratejisi ve USH içinde kanser hizmetlerinde reform çerçevesi belirlenmiştir. Önleyici hizmetlerin geliştirilmesi, erken teşhisin teşvik edilmesi, etkin tarama programlarının uygulama konması ve yüksek kaliteli tedavi hizmetleri ile hizmete erişimde eşitsizlikleri azaltarak ölüm hızlarının düşürülmesi, yaşam sürelerinin artırılması ve hastaların daha kaliteli bir yaşam sürmesi planın temel amaçları olmuştur. Bu amaçlara ulaşmak için plan ulusal ve

⁹⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹⁵ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

yerel düzeyde hedefler belirlemiş ve kanser hizmetlerine yönelik ulusal standartları oluşturmuştur.⁹⁶

Kanser planı farklı dönemlerde olmakla birlikte 2010 yılına kadar olan dönemde birçok alanda somut politikalar ve bu politikaların izlenmesi ve performanslarının değerlendirilmesine yönelik hedefler ortaya koymuştur. 2007 yılına geldiğinde planın birçok noktada uygulamaya konması ve artan kaynak tahsisi ile kanserden dolayı yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızları düşmüş, bazı kanserler için hayatta kalma oranı artmış, hastaların bakımı konusunda yeterli olmasa da bir ilerleme sağlanmış, sigara içme oranının azaltılması, röntgen çektirmek, bekleme saatleri, multidisipliner takım çalışmaları, hizmet için yeniden düzenleme, tedavi etmeden önce yatıştırıcı ve rahatlatıcı tedavi uygulama, işgücü ve araçlar konusunda ilerlemeler kaydedilmiştir.

Planla kansere yönelik finansal kaynaklar sürekli artmış ve mücadeleye yönelik ortak payda da buluşan kurum ve insan sayısı artmıştır. Kanser planının açıklanmasıyla hem çalışan sayısı hem de kansere yönelik hizmetler için ayrılan kaynak sürekli artırılmıştır. 2000 planı sonrasında sadece ilave istihdam edilecek personel için 570 milyon pound tutarında ilave bir bütçe oluşturulmuştur. İzleyen dönem boyunca ise tedavi giderlerine yönelik ilave fon kaynakları aktarılmıştır. 1997 yılı ile karşılaştırıldığında çalıştırılan uzman kişi sayısı % 49 oranında artırılmıştır. Son üç yıllık finansman kaynağı artışı ise % 27 oranında artırılarak hizmet programlarında en fazla kaynak ayrılan üçüncü hastalık sırasına yükselmiştir.⁹⁷

2006 yılı verilerine göre İngiltere'de kanser tedavisine yönelik programlar için 4,35 milyar pound harcanmıştır. Bu kaynağın kansere yönelik tedavilerde kullanım yerlerine göre dağılımı; hastanede kalan hasta (% 27), ameliyat (% 22), ilaçlar (% 18), ayakta gösteren hasta (% 8), tarama (% 5), ışın tedavisi (% 5), diğer (% 15) şeklindedir. USH 2007 yılında Kanser Planı'nın devamında beş yıllık bir çerçeveyi kapsayan Kanser Reform Stratejisini|| açıklamıştır. Açıklanan stratejiyle kanser hizmetlerine yönelik olarak gelecek beş yıl için hedef ve amaçlar ile varılması gereken yol açık bir şekilde ortaya konmuştur. Stratejinin temel

⁹⁶ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹⁷ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

amacı 2012 yılında kanser hizmetlerinde dünyanın en iyisi olmaktır. Kanser Reform Stratejisi 10 alanda bir aksiyon programı ortaya koymaktadır. Bu 10 aksiyonun 6 alanı kanser çıktılarını iyileştirmek, dört alanı ise hizmet sunumunu sağlamaya yöneliktir.⁹⁸

5.2.2.Hizmet Sonuçlarını iyileştirmek için Yapılması Gerekenler

İngiltere’de uygulamaların verimliliğini artırmak ve vaka öncesi bazı koruyucu tedbirleri şöyle sıralayabiliriz;⁹⁹

- **Kanseri Engellemek:** Kanseri engellemek için yapılması gereken en önemli hareket yaşamış biçimini değiştirmek ve farkında lığı artırmaktır. Kanser riskini artıran durumların en başında sigara tüketimi, obezite, alkol alımı gelmektedir. Kanser Reformu Stratejisi bu durumları iyileştirmeye yönelik önlemler ortaya koymaktadır. Örneğin; sigara tüketimi için 2008’deki sigara üretimi düzenlemeleri için danışmanlık yapmak ve zararını azaltmak için teşebbüslerde bulunmak, kanseri engellemek için farkında lığı artıracak kampanyalar düzenlemek.

- **Erken Teşhis:** Erken teşhis hayat kurtarır. İngiltere’de kanserden dolayı hayatta kalma oranlarının düşük olmasındaki asıl sebep geç tanıdır. Röntgen çekilmesi ise erken teşhis için en önemli evredir. Bunun için de Kanser Reformu Stratejisi çerçevesinde göğüs, bağırsak ve boyun röntgenlerinde verimliliği artırmak için çalışmalar yapılmaktadır. Örneğin; farkında lığı artırmak için yeni girişimlerde bulunmak.

- **Daha iyi tedavi yöntemleri sağlamak:** Başarılı olmak için hastayı en kısa sürede ve yüksek kalitede tedavi etmek gerekmektedir. Cerrahi, ışın tedavisi ve kimyasal tedavi kanserin tedavisi için en önemli tedavi yöntemidir. Strateji çerçevesinde yapılması gereken olguların başında hastalar için 14, 31, 62 gün hedefleri kapsamı genişletilmektedir. Cerrahi

⁹⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

⁹⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

müdahale kanserin yenilmesindeki en uygun tedavi biçimidir. Işın tedavisinde dünyada bir yer edinmek için işgücü ve alet bakımından kapasiteyi artırmak gerekmektedir. Işın tedavilerinde tedavi süreci 31 gündür. Kimyasal tedavi yönteminde ise yeni tedavi yöntemleri ortaya çıkmıştır.

- **Kanserle ve kanserden sonra yaşamak:** Hastaların hastalıklarıyla ilgili deneyimleri son yıllarda artmakla birlikte yeterli değildir. O yüzden hastalara destek vermeye devam etmek gerekmektedir. Hastalara hastalıklarıyla ilgili bilgi verilmelidir, kanseri yenmek için izlenen yol anlatılmalıdır. Hastalara ve hastaların ailelerine gerekirse psikolojik destek verilmelidir.

- **Kanser eşitsizliklerini azaltmak:** Kanser vakalarında önemli eşitsizlikler mevcuttur. Eşitsizliklere örnek vermek gerekirse; fakirlikten dolayı, ırk, yaş, din, cinsiyet, sakatlık ve cinsel tercihtir. Bu eşitsizliklerden kurtulmak için hükümet yeni bir girişim -Yeni Ulusal Kanser Eşitliği Girişimi- kurdu. Girişim; eşitsizliklerden oluşan veri toplamını optimize etme, eşitsizlikleri anlamayı sağlama, araştırmaların devam etmesi, iyi alıştırmaları yayma gibi görevler üstlenmiştir.

- **En uygun tedaviyi uygulamak:** Hastanın iyi şartlarda tedavi edilebilmesi için yeni modeller geliştirilmesi gerekmektedir. Bunlardan biri yerel hizmetler vermek, diğeri ise sonuçları geliştirmek için merkezi yapı oluşturmaktadır. Bütün vakalarda tedavi süreci sadece ulusal standartları sağlayanlar tarafından yürütülmelidir. Tedavi çeşitleri kanser ağında toplanmalıdır.

5.2.3.Hizmet Sunumu için Yapılması Gerekenler

Kaliteyi ve seçenekleri geliştirmek için bilgiyi kullanmak: Kanser hizmetleri ve sonuçları hakkında daha çok bilgiye sahip olmak ve bunun sayesinde de kaliteyi, görevlendirmeyi ve seçim şansını yükseltmek gerekmektedir. Strateji kapsamında; farkında lığı artırmak, risk faktörlerine ve belirtilerine karşı halk ve hastalarda bilinç oluşturmak için ulusal araştırmalar yapılmaktadır. Aktiviteleri koordine etmesi için, Ulusal Kanser Bilgilendirme Ağı kurulmuştur.¹⁰⁰

¹⁰⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

Güçlü görevlendirme: Stratejinin dünya standartlarında hizmet verebilmesi için görevlendirme konusunda herkese rol düşüyor. Güçlü görevlendirme hem kaliteyi artıracak hem de paranın değer kazanmasını sağlayacaktır. Stratejinin görevlendirmeyi artıracak çalışmalarından bazıları kanserle ilgili dünya sınıflarında görevlendirme yapmak, kanser ağını kurmak, Kanser Görevlendirme Rehberi ve elektronik araç takımı hazırlamaktır. Dünya sınıflarındaki kanser tedavisi için finansman sağlamak: Stratejiye göre finansmanı hükümet sağlamalı ve Sağlık Bakanlığı'nın parayı maliyet etkin harcaması beklenmelidir. Bu kapsamda yeni finansmanlar bulup kanser vakalarındaki yaşam oranlarını artırmak ve NICE tarafından uygun maliyetli yenilikler yapmak Bakanlığın görevleri arasında yer almaktadır.¹⁰¹

Geleceği inşa etme: Kanseri yenmek için yeni fırsatlar ve meydan okumalar devamlı artacaktır ve bu sayede sürekli olarak programlar yenilenmeye çalışılacaktır. Gelecekte daha iyi hizmetler verebilmek için işgücü planlaması ve kalkınma, yatay taramada bilirkşi haline gelme, araştırma için destek sağlamayı artırma, paydaşlarda ilişkileri sıkı tutma, ulusal liderlik ve destek konularında her yıl rapor çıkarma konularında çalışmaya devam edileceği vurgulanmıştır.¹⁰²

5.3.Amerika Birleşik Devletleri

5.3.1.Sağlık Hizmeti Sunumu ve Temel Göstergeler

ABD özelinde temel olarak sağlık hizmeti sunumu açısından sorumlu siyasi yapı 'Department of Health and Human Services 'tir. Bu teşkilat aşağıdaki (Şema 2) organizasyon yapısına sahiptir.

Bu teşkilat başkan tarafından atanan sağlıktan sorumlu genel sekretere (bakana) bağlıdır. Tüm bölümler temel olarak birbirleriyle ilişkilidir ve bakanın altında kalan departmanlar arasında hiyerarşik bir yapı görünmemektedir. Bu birimler içinde kanserle ilgili iki birim ön

(02.03.2012)

¹⁰¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

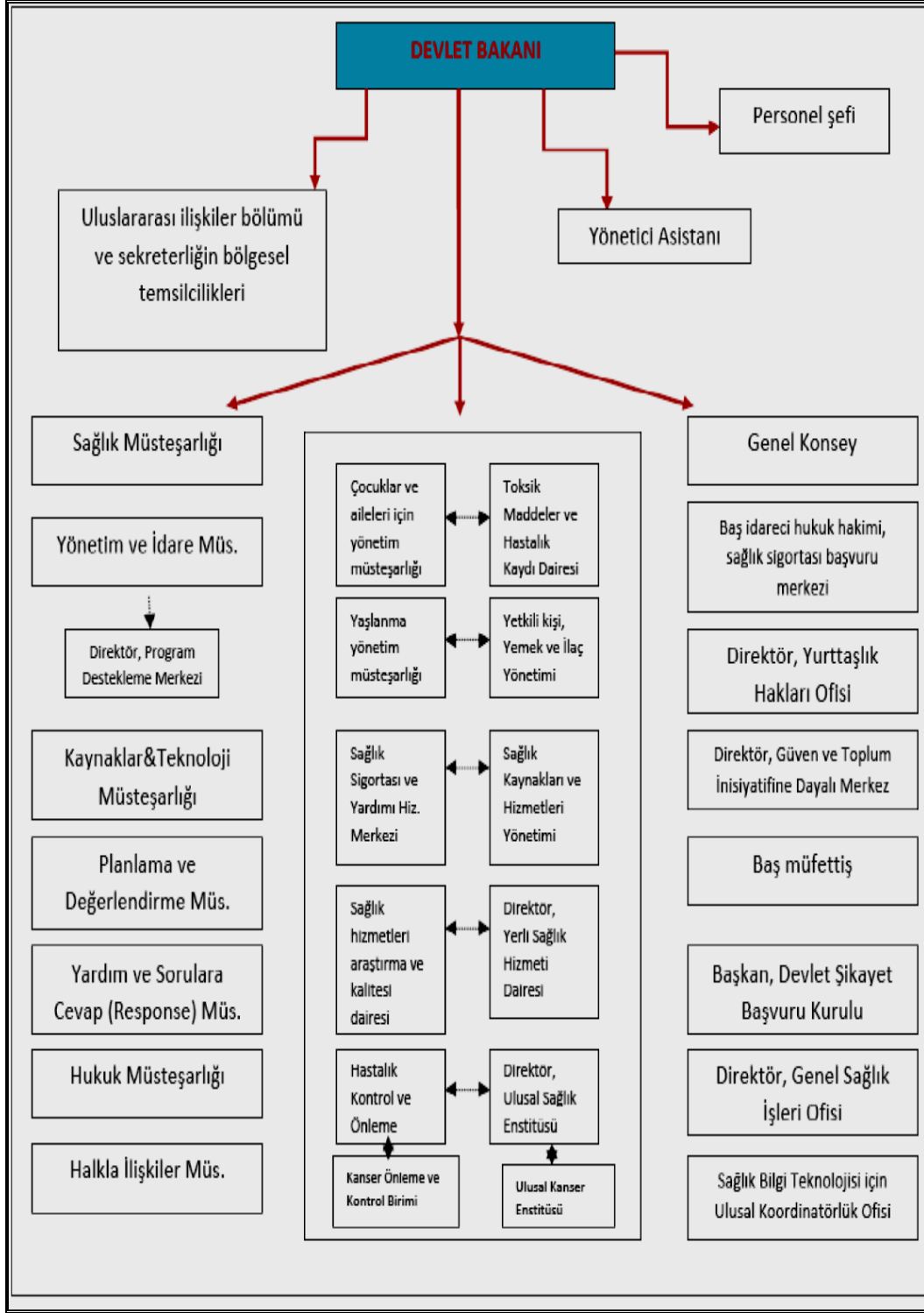
¹⁰² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.364-370,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

plana çıkmaktadır. Bunlar ilgili bakanlığın araştırma birimleri için bir çatı kuruluş olan Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne (National Institute of Health) bağlı olan Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute) ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi altında bulunan Kansere Önleme ve Kontrol Bölümüdür. Ulusal Kanser Enstitüsü ülke genelinde kansere yönelik araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde ve politikaların geliştirilmesinde görev alırken diğer bölüm ise Ulusal Kapsamlı Kansere Kontrol Programını uygulamaktadır. Öte yandan şu da belirtilmelidir ki kanserle ilgili fonksiyonlar Birleşik Devletler eyalet sistemi ile yönetildiğinden kanserle ilgili birincil ve ikincil koruma, tedavi, palyatif bakım hizmetlerinde yerel yönetimler aktif olarak rol almaktadır. Buna ek olarak federal hükümet yukarıdaki iki yapı ile çeşitli ulusal programlar da yönetmektedir.¹⁰³

¹⁰³ TBMM, Kansere Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)



Şema 2: ABD Sağlık Bakanlığı Organizasyon şeması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> 802.03.2012)

ABD' nin genel sağlık göstergeleri bazı yapısal özellikleri işaret etmektedir. Öncelikle belirtilmelidir ki ülkede kişi başi gelirin yaklaşık altıda biri sağlık harcamalarına gitmektedir ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı % 15 gibi oldukça yüksek bir seviyededir. Bu harcamaların kaynaklarına bakıldığında ise özel sağlık harcamalarının % 54,9' luk oran ile oldukça yüksek olduğu, sosyal güvenlik kurumunun ise ülke geneli içinde payının % 28,8 ile oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu da ülke sağlık sisteminin temel olarak özel sektör ağırlıklı olarak ekimlendiğini, kamu kesimi harcamaları içinde sosyal güvenlik harcaması payının oldukça az olduğunu bize göstermektedir. Bu da temel olarak kamunun tedavi hizmetlerine yoğunlaşmaktan çok diğer hizmet türlerinde aktif olarak rol aldığını, özel kesimin tedavi ve bakım hizmetleri ile ilgilendiğini ortaya çıkarmaktadır. Ölüm hızlarına bakıldığında ise anne ve bebek ölüm hızlarının düşük olduğu ancak kanser nedeniyle yüz bin kişiden 134' ünün öldüğü görülmektedir.¹⁰⁴

5.3.2.ABD'de Kanserle ilgili Temel Politikalar

ABD' temel politikalara baktığımız zaman ¹⁰⁵:Günümüzde ABD sağlık sistemi personel, ekipman kalitesi ve sağlık harcamalarının düzeyi bakımından üst düzeyde bulunsa da özellikle hizmet kalitesine erişim ve görece yüksek maliyetler açısından sorunlar taşımaktadır. Amerikan sağlık sisteminde özellikle nüfusun artan şekilde önemli bir kısmının sağlık sigortasına erişimi olmaması ciddi bir tehdit yaratmaktadır. Öte yandan sağlık harcamaları son yıllarda önemli dzeyelelere erişmiştir. Sağlık primlerinin çalışanlar üzerine getirdiği yk her geçen gün artmaktadır. Bu konuda özellikle sağlık sisteminin şeffaflığı konusunda bazı sorunlar bulunmakta ve hizmet alanların hangi hizmetlere ne ölçüde prim ödediği konusunda şeffaflık problemleri tartışılmaktadır. Tüm bunlara ek olarak yaşlanan nüfus sağlık sistemi üzerinde baskı oluşturmakta ve harcamaları daha da arttırmaktadır. Yine sağlık sistemi önleyici sağlık hizmetleri ve kontroller bakımından eksiklikler taşımakta ve tedavi maliyetleri bu nedenle artmaktadır.¹⁰⁶

¹⁰⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹⁰⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

Tablo 10: ABD ile ilgili Temel Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Değer	Yıl
Nüfus (1000 kişi) toplam	302841	2006
Kişi başı gelir (SAP uluslararası Dolar)	44070	2006
Hastane yatak sayısı (her 10.000 kişiye düşen)	32	2005
Diş hekimi yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	16	2000
Hemşire ve hastabakıcı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	94	2000
Eczacı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	9	2000
Tıp doktoru yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	26	2000
Toplam sağlık harcamaları içinde genel kamu kesimi sağlık harcamalarının payı %	45.1	2005
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı %	54.9	2005
Toplam kamu kesimi sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumu harcamalarının payı %	28.8	2005
Kişi başı toplam sağlık harcaması (SAP uluslararası Dolar)	6347	2005
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %	15.2	2005
Yetişkin ölüm hızı (15-60 yaş arası nüfusta her 1000 kişinin ölme olasılığı) Erkek/Kadın	137/80	2006
Bebek ölüm hızı (canlı doğan her 1000 bebek için) Erkek/Kadın	7/6	2006
Anne ölüm hızı (her 100.000 canlı doğumda)	11	2005
5 yaş altı ölüm hızı (her 1000 canlı doğum sonrası 5 yaşın altında ölüm olasılığı)	8	2006
Kanser nedeniyle ölüm hızı, yaş gruplarına göre standardize edilmiş (her 100.000 kişi için)	134	2002
Doğuşta sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	67/71	2003
Doğuşta yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	75/80	2006
Kişi başı alkol tüketimi (saf alkol, litre) yetişkinlerde (>=15 yaş), prevalans	8.61	2003
Yetişkinlerde (>=15 yaş) obezite görülme olasılığı, prevalans, Erkek/Kadın	31.1/33.2	2004
Yetişkinlerde (>=15 yaş) tütün kullanma oranı, prevalans, Erkek/Kadın	26.3/21.5	2005

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>

Kanser ABD'deki en çok ölüme sebep olan ikinci hastalık nedenidir. 2004 yılı rakamlarına göre yaklaşık 553 bin kişi kanser nedeniyle hayatını kaybederken 1.34 milyon kişide kanser vakası tespit edilmiştir. Kanserın toplam maliyeti 2007 yılı için yaklaşık olarak 219 milyar dolar olarak hesaplanmış, bunun 130 milyar doları ekonomik verimlilik kaybı, 89 milyar doları ise tedavi maliyetlerden kaynaklanmıştır. ABD'de kanserden etkilenen toplum kesimlerine bakıldığında ise özellikle hastalığın tüm etnik kesimleri ve ırkları aynı düzeyde etkilemediği görülmektedir. Hastalık en çok Afro-Amerikalıları etkilerken daha sonra beyazlar etkilenmektedir. Kızılderililer, Hispanikler ve Asya/Pasifik Amerikalılarda görece kanser nedeniyle ölüm hızları önceki gruba göre görece daha az bulunmaktaydı (CDC (2008) At a Glance, Preventing and Controlling Cancer: The Nation's Second Leading Cause of Death) Bu da özellikle sağlık sistemine erişim ve önleyici sağlık hizmetleri konusu ile paralellik göstermektedir.¹⁰⁷

Kanser insidans ve mortalite rakamlarına bakıldığında ise kadınlarda en yüksek insidansı meme kanserinde ve erkeklerde ise prostat kanserinde görülmektedir. Her iki insidans rakamında da 2000 yılından 2005 yılına kadar gelinirken azalma görülmüştür. Kanser türlerine göre mortalite rakamları ise kadınlarda ve erkeklerde en yüksek oranların akciğerden kaynaklandığını ancak erkeklerdeki akciğer mortalitelerinde önemli düzeyde düşüş gerçekleştiğini göstermektedir. Erkeklerde akciğer kanserine ek olarak prostat kanserinde düşüş yaşanırken, kadınlarda ise özellikle meme ve kolorektal kanserlerinde azalışlar görülmektedir.¹⁰⁸

Yukarıda belirtilen sorunların çözümüne yönelik olarak hem ulusal hem de yerel düzeyde birçok program uygulanmaktadır. Özellikle 2006 yılında yayınlanan

'Reforming Health Care for the 21st Century' adlı politika beyanında özellikle önlenebilir kronik hastalıklardan kansere yönelik önleme, tarama faaliyetlerinin destekleneceği belirtilmiştir. Kanserle mücadele bu programlar çerçevesinde yürütülmüştür ve hali hazırda yürütülmektedir. Bu programların olumlu sonuçları ise anlaşıldığı üzere çeşitli kanser türlerindeki insidans ve mortalite rakamlarındaki azalış ile ilişkilidir. Yerel olarak eyalet ve

¹⁰⁷ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹⁰⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

bazı diğ er yerel yönetimler düzeyinde uygulanan kanser kontrol programları bu açıdan büyük önem taşımaktadır. Kanserle mücadelenin tüm fonksiyonlarını taşıyan 50'nin üzerinde program şu anda yerel yönetimler koordinatörlüğünde uygulanmaktadır. Ancak bu programların detayına bu çalışmada girilmeyecektir. Ulusal düzeyde uygulanan programlar ve içerikleri ş unlardır: ¹⁰⁹

- Ulusal Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Programı (NBCCEDP): 1991'den bu yana uygulanan program ile düşük gelir seviyesine sahip, sağlık sigortası düşük veya sağlık sigortası olmayan kadınlara yönelik ilgili kanser türleri için tanı ve tarama hizmeti verilmektedir. Program tüm eyaletleri kapsamaktadır. Ayrıca programın başarısını arttırmak ve tarama oranlarını yükseltmek için eğitim, vaka analizleri ve araştırmalar da program kapsamında yapılmaktadır.

- Ulusal Kapsamlı Kanser Kontrol Programı (NCCCP): Program kapsamında 1998 yılından bu yana eyaletlere ve çeş itli topluluklara ortaklıklar kurma, kanserin getirdiğ i yükleri değerlendirme ve kapsamlı kanser kontrol programları tasarlama konusunda teknik ve mali destek verilmektedir.

- Ulusal Kanser Kayıtçılığı Programı (NCPR): Bu program kanser vakası gözleendiğ i anda kanser türüne, yerine ve tedavi yöntemine ilişkin verilerin eyaletlerden toplanmasını iç ermektedir. Elde edilen veriler Ulusal Kanser Enstitüsü ile birlikte değerlendirilerek daha sonra insidans ve mortalite raporları hazırlanması için kullanılmaktadır.

- Ulusal Kanser Enstitüsü Stratejik Planı ve Programı: Ulusal Kanser Enstitüsü 2007 yılında ulusal kanser araştırmalarını yönlendirmek amacıyla 2015 yılına kadar geçerli olacak stratejik planı hazırlamış ve kanser araştırmalarının hangi alanlarda destekleneceğ ini belirlemiştir. Bunlara ek olarak kolon, akciğ er ve hematolojik kanserlerinden korunma ve bunların kontrolü konusunda yeni girişimler başlatılmış tır.

¹⁰⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

- Ulusal Kanser Enstitüsünün stratejik planı hariç tüm bu plan ve programları bakanlığın Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi altında bulunan Kanser Önleme ve Kontrol Bölümü koordine etmektedir.

5.3.3.A.B.D Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI)

Çalışmaları ile Tüm dünyada örnek teşkil eden ulusal kanser enstitüsü yapısı, işleyişi ve çalışmalarına detaylı olarak bakacak olursak; Kurum 1937 yılında Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute) Kanunu ile Ulusal Sağlık Enstitüsü içinde kanser araştırmalarını yapmak ve yönlendirmek amacıyla kurulmuştur. Enstitünün o dönem kurulmasındaki temel neden artan kanser vakaları nedeniyle artan kanser araştırmaları gereksinimidir Daha sonra 1971 yılında bu Kanun yenilenmiş ve ülkedeki kanser araştırmalarının koordinasyonu için Ulusal Kanser Programı hazırlanması planlanmıştır. NCI'nın bu programın hazırlayıcısı ve yürütücüsü olduğu yasa ile belirtilmiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü organizasyon yapısını üçayak oluşturmaktadır. Bunlar; Başkanın Kanser Paneli (President's Cancer Panel), Office of the Director (Direktörün Ofisi) ve National Cancer Advisory Board (Ulusal Kanser Danışma Kurulu). Direktörün ofisine bağlı çok sayıda ofis ve merkez vardır. Bu merkez ve ofislerin bazılarının görev ve işleyişleri ise şu şekildedir: ¹¹⁰

- İletişim ve Eğitim Ofisi: Bu ofis, kanserden etkilenenlerin yaşamlarını iyileştirmek için araştırma sonuçlarını halka yaymak yoluyla NCI'nın görevlerinden birini üstlenmektedir. OCE, bilim adamları ve partnerlerle birlikte çalışarak daha geniş bir kitleye ulaşım onların ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına etkili yöntemler kullanmaktadır.

- Bilimsel Planlama ve Değerlendirme Ofisi (OSPA): OSPA, NCI'nın direktörünün bir parçası olarak, NCI'nın bilimsel planlamasının ve bazı aktivitelerin değerlendirilmesinin gelişiminden ve koordinasyonundan birinci derecede sorumludur.

¹¹⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

- Kanser Sağlık Disparitelerini (Farklılaşmalarını/Ayrışmasını) Azaltma Merkezi (CRCHD): CRCHD, ülkedeki kanser vakalarının eşit olmayan yükünü azaltmak ve bir sonraki rekabetçi araştırmacı neslini, kanser ve kanser sağlık farklılıklarını araştırmak için eğiten ve NCI çalışmalarının merkezini oluşturan bir yapıdır. Buna ek olarak, CRCHD ayrıca, basit anlamda, NCI'nın kanser araştırma portföyünü koordine etmekte ve güçlendirmektedir. Ayrıca, kanser sağlık ayrışmasını (cancer Health Disparities) adanan en gelişmiş bölgesel ağları / merkezleri oluşturma ve coğrafik program yönetimiyle buraları yönlendirmekle görevlidir.

- Kanser Önleme Bölümü: Bölümün görevi kanser erken tanı tarama, kanser riski ve destekleyici hizmetlere ilişkin olarak plan yapma, yönlendirme, uygulama konularında araştırma yapmak ve eğitim vermektir.

- Kanser Araştırmaları Merkezi (CCR): CCR 250'den fazla bilim adamı ve klinisyeniyle, NCI'da kurum içi araştırma alanında çalışan ana merkezdir. CCR, 50'nin üzerinde bölüm ve laboratuara sahip olacak şekilde organize edilmiştir. CCR araştırmacıları, 20'den fazla sağlıkla ilgili ulusal enstitü ve kurumlarla, akademik hayatta ve çeşitli endüstrilerde çalışan kurum dışı bilim adamları ile iş birliği yaparak çalışmalarına devam etmektedir.

- Kanser Teşhis ve Tedavisi Bölümü (DCTD) : DCTD klinik kanser araştırmalarında dünyanın en büyük sponsoru olarak, NCI'nın diğer bilenleriyle iş birliği yapmaktadır. Bu bölüm, olası teşhisler ve tedavilere yol göstermekte, klinik başvurularını kolaylaştırmakta, yeni ajanların büyük ölçekli test yapmalarına yardımcı olmakta ve hastalara müdahale etmektedir.

- Kanser Biyolojisi Bölümü: DCB kanser biyolojisinde, kurum dışı araştırmalar federal programlarından sorumludur. Direktörü yönetimle ilgili konularda ilişki kurar ve NCI'yla ve onun dışındaki kurumlarla da, bilimsel alanda karar alma görüşmeleri yapar.

- Kanser Kontrolü ve Popülasyon Bilimleri Bölümü (DCCPS) : DCCPS kanser riskini, oluşma olasılığını ve ölüm hızını azaltmayı ve kanser hastaları için yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Bu bölüm, yüksek kalitede genetik, epidemiyolojik, davranışsal ve

sosyal kanser araştırma gözetiminin entegre edilmiş (tümleşik) bir programını yürütmekte ve desteklemektedir. Bu kurum temel olarak ülkedeki araştırma faaliyetlerini yönetmekle görevlidir Bu faaliyetler şunları kapsamaktadır:

- ❖ Üniversiteler, hastaneler, araştırma kuruluşları ve iş dünyası tarafından gerçekleştirilen araştırmaların araştırma projeleri ve ortaklık anlaşmaları ile desteklenmesi ve koordinasyonu
- ❖ Enstitüdeki klinik ve laboratuvarlarda araştırma yapılması.
- ❖ Temel bilimler ve klinik disiplini konularında eğitimin desteklenmesi
- ❖ Kansere kontrolü konusunda araştırma projelerinin desteklenmesi kanser merkezleri arasındaki ulusal ağların desteklenmesi
- ❖ Diğer organizasyon ve yerli ve yabancı kurumlar ile araştırma ve eğitim konusunda iş birliği
- ❖ Sanayiye yönelik program tabanlı araştırmaların desteklenmesi ve koordinasyonu
- ❖ Kansere ilişkin bilginin toplanması ve dağıtılması kanser araştırmaları için gerekli kliniklerin, laboratuvarların ve diğer birimlerin yapımı için fon sağlanması Kansere enstitüsü politika oluşturma süreçlerinde de rol almaktadır. Kurum temel olarak politika oluşturmada ve kanser programları hazırlamada federal hükümete ve yerel yönetimlere destek sağlamakta, danışmanlık hizmeti vermektedir.

Kurum araştırmaya ilişkin politikalarını ve hedeflerini National Cancer Institute Act ile belirlenen hedefe uygun olmak kaydıyla program hazırlayarak kendisi belirlemektedir. Enstitüye öncelikle ülkedeki araştırmaları koordine edecek Ulusal Kansere Programını (National Cancer Program) hazırlama, uygulama ve koordine etme görevleri verilmiştir. Sağlık Bakanlığının stratejisinde de bu programdaki hedefler yer almaktadır. Kurum buradaki hedeflerini stratejilerini ve politikalarını belirlerken Ulusal Kansere Danışma Kurulunun (National Cancer Advisory Board) tavsiyelerini dikkate almaktadır. Bu kurul Başkan tarafından atanan on sekiz kişilik uzman kadro ve ofis dışı altı doğal üyeden oluşmakta ve doğal üyeleri dışında enstitü başkanı gibi başkan tarafından atanmaktadır. Kurul temel olarak Sağlık Bakanına ve Ulusal Kansere Enstitüsü Direktörüne uzman olduğu konularda, sağlık politikalarında, araştırma projelerinin belirlenmesi ve finansmanında danışmanlık hizmeti verir.¹¹¹

¹¹¹ TBMM, Kansere Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

Tüm bunların sonucunda Kurum yasada belirtildiği gibi kanser araştırmaları sonucunda kanser ile savaşta başarı kaydetmek zorundadır. Ancak bu politikaları ve hedefleri kendisi danışma kurulu yardımı ile belirlemektedir. Tüm politika, hedefler, stratejilere ilişkin olarak kongreye ve başkana karşı sorumlu durumdadır. Bu yapı temel olarak Başkana ve Kongreye karşı sorumluluk taşımaktadır. Yukarıda bahsi geçen Cancer Act ile Başkanın Kanser Paneli Kurumu denetlemek amacıyla kurulmuştur. Bu kurulun 3 uzman üyesi de başkan tarafından atanmaktadır. Üç uzmandan oluşan bu kurul NCI'nın hazırladığı kanser programı ve uygulama performansı hakkındaki görüşlerini başkana iletmektedir. Böylece Kurum Ulusal Kanser Programına ilişkin hazırladığı raporları başkana vermekte o da bunları senatoya taşımaktadır. Panelde bu süreçte başkana danışmanlık yapmaktadır.¹¹²

Kurum kaynaklarını bütçe kanalı ile federal hükümetten almaktadır ve bu nedenle temel olarak kurumu vergi ödeyenler finanse etmektedir. Enstitü kanser araştırmaları için yüksek miktarda bütçe kullanmaktadır. 2006, 2007 ve 2008 yıllarında kurumun bütçesi sırasıyla 4,7 ve 4,9 ve 4,8 milyon Dolar olarak gerçekleşmiştir. Kurum 2009 yılı için ise 6 milyon Dolar yeni bütçe talebinde bulunmuştur. 2006 yılında Kurumun harcamalarının dağılımı aşağıdaki harcama türlerine göre şu şekilde dağılmaktadır.¹¹³

❖ Araştırma projeleri fonları: Her yıl 5000 kadar kurum dışı araştırma fonu, yine yaklaşık olarak ABD'de 600 kuruluşa bağlı başına 400.000 Dolar ortalama kaynak sağlamaktadır.

❖ Kurum içi araştırmalar: NCI kurum içi araştırma programı, basit laboratuvar ve uzun dönemli epidemiyolojik genetik çalışmaları ve bu çalışmaların hızlı dönüşümleri ile gelişme ve klinik testleri için etkileşimli ve disiplinler arası bir ortam sağlamaktadır

❖ Kanser ve uzmanlık merkezleri: NCI, kanser merkezleri servisini kanser tedavisi kalitesini gerçekleştirecek ve yoksul topluluklara tıbbi yardımı sağlayacak şekilde dizayn

(02.03.2012)

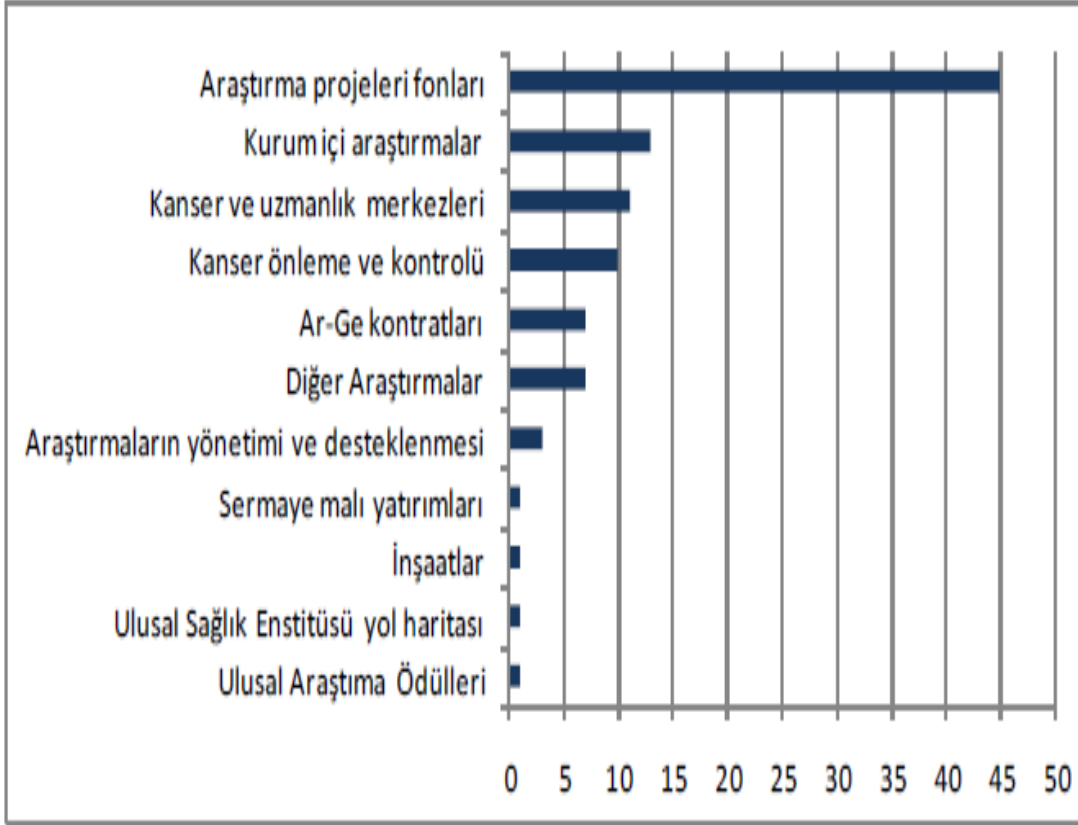
¹¹² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

¹¹³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

etmiştir. SPOREs gibi Uzmanlık Merkezleri (Centers of Excellence), odaklanacak spesifik alanlar araştırmak ve araştırmaları da bir an önce laboratuardan hastaya taşımak için esnek fonlama tercihi yapmaktadırlar.



Grafik 33:NCI Harcamalarının Dağılımı, %, 2006

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> .(02.03.2012)

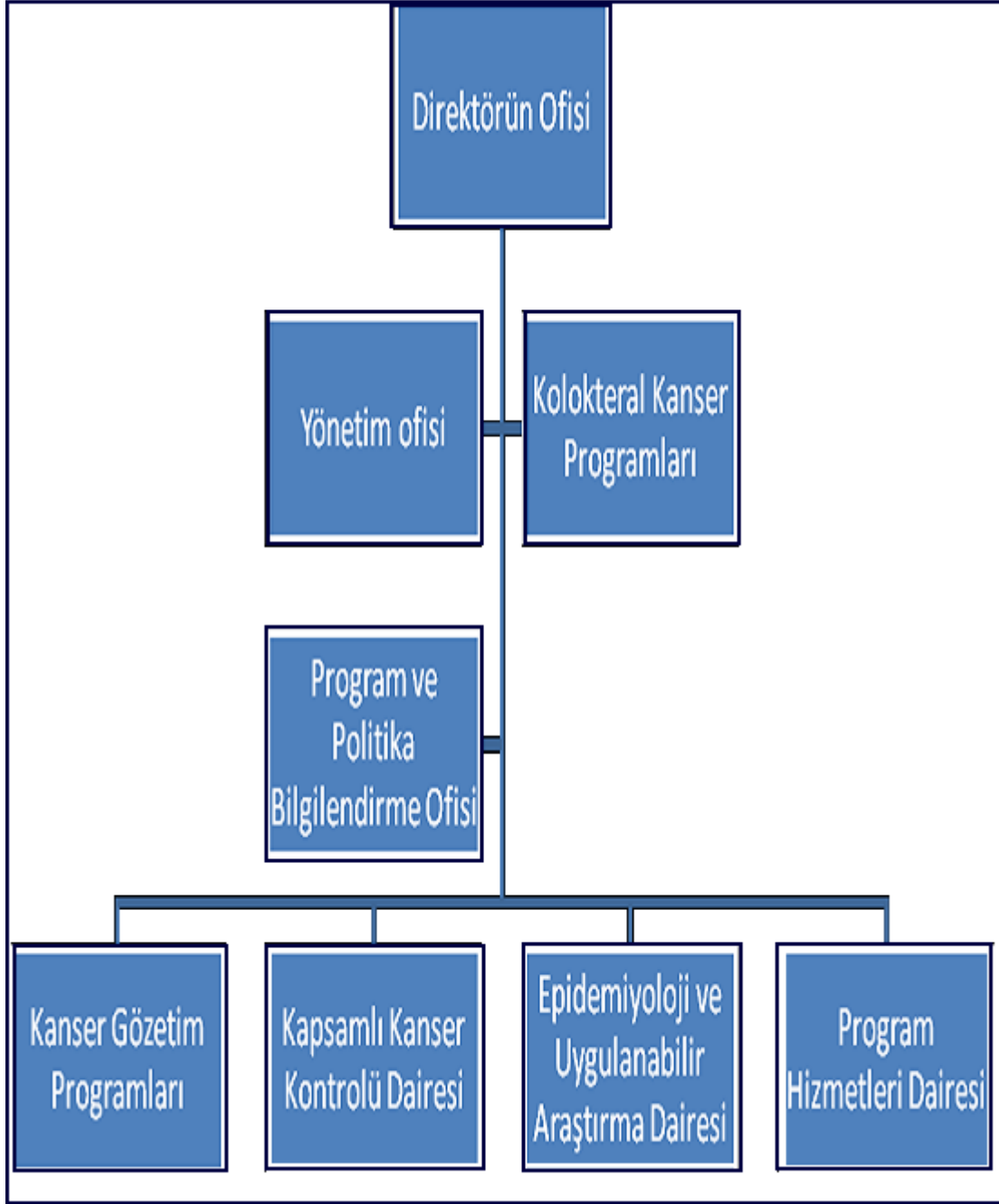
❖ Kanser önleme ve kontrolü: Kanser önleme ve kontrol fonları, kanser riskini, oluşumunu, morbidite ve mortalite hızlarını azaltmak ve kanser hastaları için söz konusu yaşam kalitesini arttırmak için araştırmaları, iletişimi ve diğer aktiviteleri desteklemek için kullanılmaktadır.

❖ Diğer Araştırmalar: Diğer fonlama mekanizmaları ile kanser araştırmacılarının eğitimi ve yetiştirilmesini, büyük ölçekteki bağışlar için klinik ortak araştırmaları, büyük kurumsal klinik deneyleri ve kaynak odaklı araştırma projeleri bağışlarını temsil etmektedir.

❖ National Cancer Institute NCI büyük bir çoğunlukla, Kanser Kontrolü ve Popülasyon Bilimleri Bölümüne (DCCPS) bağış ve sözleşmelerden oluşan geniş portföyü ile katkıda bulunmaktadır. Bu portföy, şu anda 900' ün üzerinde ve yaklaşık olarak da 400 milyon Dolar civarında bir değere sahiptir. DCCPS tarafından desteklenen araştırmaların içerisinde gözetim, epidemiyoloji, sağlık hizmetleri, davranışsal bilim ve kanserden kurtulma yer almaktadır. Bölüm aynı zamanda, uzman kaynak olarak federal hükümetle birlikte önemli bir rol oynamakta; buna ek olarak da kanser bakımının kalitesi, kanser hastalığının ekonomik açıdan yükü, coğrafik bilgi sistemleri, istatistiksel metotlar, iletişim bilimi, tütün kontrolü konularında fon bulunmasına yardımcı olarak araştırmaların karşılıklarının hayata geçirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Kanser Önleme ve Kontrol Birimi: Kanser araştırmaları dışında kalan konulardaki programları ise bakanlık altındaki Kanser Önleme ve Kontrol Birimi yürütmektedir. Bu birimin genel yönetim yapısı aşağıdaki gibidir. Bu birim diğer kurumlarla iş birliği içinde federal ve eyalet kurumlarındaki, akademik kurumlardaki, özel sektör kuruluşlarındaki kanser kontrol girişimlerini yönetir ve destek verir. Ayrıca yasal olarak ulusal serviks ve meme kanseri önleme yasası ile kanser kayıtçılığı yasasındaki görevleri yerine getirmek yasal sorumluluğudur ve bu konudaki programları bu kurum yönetmektedir. Bunlara ek olarak epidemiyolojik araştırmalar yapmakta ve diğer kurumlara buradan ürettiği bilgi ile danışmanlık yapmaktadır. Ayrıca risk faktörleri hakkında bilgilendirme çalışmalarında bulunmakta ve yerel ağların oluşmasını desteklemektedir.¹¹⁴

¹¹⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.364-370, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)



Şema3: Kanser Önleme ve Kontrol Birimi Organizasyon şeması

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> .(02.03.2012)

5.4.Japonya

5.4.1.Sağlık Hizmeti Sunumu ve Temel Göstergeler

Sağlık hizmeti sunumu açısından sorumlu siyasi yapı Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığıdır. Bakanlığının yönetim yapılanması aşağıdaki organizasyon şemasında gösterildiği şekildedir. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Sağlık Hizmetleri Dairesi hastalıklarla mücadele etmeyi ve sağlık hizmetleri sunumunu geliştirmeyi amaçlar. Bölgesel sağlık merkezlerinin geliştirilmesi ve bulaşıcı hastalıklar, AIDS, tüberküloz ile diyabet ve kanser gibi yaşam şekline bağlı hastalıklara karşı önlem almak için çalışmaktadır. Bu daire aynı zamanda kanser kontrol politikalarının oluşturulmasından sorumludur ve bütçesi Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. Bu organizasyon yapısı içinde kansere özelleşmiş iki alt kurumsal yapı bulunmaktadır. Birincisi kanserle ilişkili olarak organizasyon şeması içinde yer alan Sağlık Hizmetleri Dairesi altında 2006 yılında faaliyete geçen Kanser Kontrol Ofisidir. Diğeri ise yine Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlardan Ulusal Hastaneleri altında faaliyet gösteren Ulusal Kanser Merkezidir.¹¹⁵

Japonya'nın demografik özelliklerine bakıldığında; Japonya kalabalık bir nüfus yapısına ve yüksek kişi başı gelir seviyesine sahiptir. Japonya'da toplam nüfus 2006 verilerine göre 127,9 milyon kişidir ve ülke toplam GSYİH' sinin % 8,2'sini sağlık harcamalarına aktarmaktadır. Kişi başına düşen gelir miktarı ve toplam sağlık harcaması sırasıyla 32.840 ve 2.474 Amerikan dolarıdır. 2005 verilerine göre toplam sağlık harcamaları içinde genel yönetim sağlık harcamalarının payı % 82,7'dir ve bunun % 78,9'u sosyal güvenlik sistemi kanalıyla harcanmaktadır. Bu da kapsamlı bir genel sağlık sigortası sisteminin varlığını görebilmekteyiz..Özel sağlık harcamalarının payı ise toplamda % 17,3'tür. 2005'te toplam sağlık harcaması 371,5 milyar ABD dolarına ulaşmıştır. Yaş gruplarına göre standardize edilmiş 2002 verilerinde, kanser nedeniyle ölüm hızı her 100.000 kişi için 119'dur.¹¹⁶

¹¹⁵ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹¹⁶ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

Tablo 11: Japonya İle İlgili Göstergeler

Temel Göstergeler	Değer	Yıl
Nüfus (1000 kişi) toplam	127953	2006
Kişi başı gelir (SAP uluslar arası Dolar)	32840	2006
Hastane yatak sayısı (her 10.000 kişiye düşen)	141	2005
Diş hekimi yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	7	2004
Hemşire ve hastabakıcı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	95	2004
Eczacı yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	19	2004
Tıp doktoru yoğunluğu (her 10.000 kişiye düşen)	21	2004
Toplam sağlık harcamaları içinde genel kamu kesimi sağlık harcamalarının payı %	82.7	2005
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının payı %	17.3	2005
Toplam kamu kesimi sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumu harcamalarının payı %	78.9	2005
Kişi başı toplam sağlık harcaması (SAP uluslar arası Dolar)	2474	2005
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %	8.2	2005
Yetişkin ölüm hızı (15-60 yaş arası nüfusta her 1000 kişinin ölme olasılığı) Erkek/Kadın	89/44	2006
Bebek ölüm hızı (canlı doğan her 1000 bebek için) Erkek/Kadın	3/3	2006
Anne ölüm hızı (her 100.000 canlı doğumda)	6	2005
5 yaş altı ölüm hızı (her 1000 canlı doğum sonrası 5 yaşın altında ölüm olasılığı)	4	2006
Kanser nedeniyle ölüm hızı, yaş gruplarına göre standardize edilmiş (her 100.000 kişi için)	119	2002
Doğuşta sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	72/78	2003
Doğuşta yaşam beklentisi (yıl) Erkek/Kadın	79/86	2006
Kişi başı alkol tüketimi (saf alkol, litre) yetişkinlerde (>=15 yaş), prevalans	7.59	2003
Yetişkinlerde (>=15 yaş) obezite görülme olasılığı, prevalans, Erkek/Kadın	2.9/3.3	2001
Yetişkinlerde (>=15 yaş) tütün kullanma oranı, prevalans, Erkek/Kadın	44.3/14.3	2005

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf> .(02.03.2012)

5.4.2.Japonya’da Kanserle İlgili Temel Politikalar

Kanser Japonya için öncelikli sağlık politikası haline gelmiştir. Japonya’daki başlıca ölüm nedenleri arasında tüm dünyada olduğu gibi kardiyovasküler hastalıklardan sonra kanser ikinci sırada gelmektedir. Japonya’da kanser hastalığının yaygınlığına bakıldığında kanser insidans hızlarında 1970-2002 döneminde kadınlarda % 72’lik, erkeklerde ise % 37’lik bir

artış görülmektedir. Japonya‘ da kanser insidansı ve mortalitesi tüm yaşlardaki dağılım göz önüne alındığında erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerde insidanslardaki bu eğilime mide kanseri en fazla katkı yapmaktadır. ¹¹⁷

Japonya‘daki kanser türlerinin insidansları Avrupa ülkelerinden farklılık göstermektedir. Japonya‘ da mide kanseri yeme alışkanlıklarından dolayı ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Kadınlarda en yüksek kanser insidansı kolorektal ve meme bunları takiben mide iken erkeklerde ilk sırada mide takiben kolorektal kanser bulunmaktadır. Akciğer ve karaciğer takip eden diğer kanserlerdir. Japonya‘da erkeklerde ve kadınlarda en yüksek mortalite nedeni akciğer kanseridir. Bunu mide kanseri takip etmektedir. Hızla artan kanser vakaları etkisini kanser harcamaları üzerinde de göstermiştir ve kansere yönelik harcamalar her geçen yıl hızlı bir şekilde artmıştır. 1984-2007 döneminde kanser harcamaları yılda ortalama % 22 düzeyinde büyümüştür. Bu büyümeye bağlı olarak ile 1984 yılında yaklaşık 1,5 milyar yen seviyesinde olan kamu kesimi kanser harcamaları 20 milyar yeni geçmiştir. ¹¹⁸

Kanser kontrolü için ayrılan bütçe öncelikli olarak tanımlanan araştırma projelerine (Kanser tanısı, yeni tedavi yöntemleri, palyatif bakım, kanserin moleküler mekanizmaları konulu araştırmalar) Ulusal Kanser Merkezi‘ nin Araştırma Enstitüsü‘ ne, Üniversitelerin araştırma enstitülerine, araştırmacıların eğitimine, uluslararası koordinasyon desteği konulu çalışmalara ve kanser tedavisi için destek sistemlerin oluşturulması faaliyetlerine harcanmaktadır. Japonya kanserin yukarıda belirtildiği gibi ülke üzerine getirdiği yükü azaltmak için çok erken dönemlerden itibaren kansere yönelik politika tasarımına başlamış ve kanser kontrol programları tasarlamıştır. Bu sürecin 1963-2007 dönemi için tarihsel gelişimi aşağıdaki gibidir: ¹¹⁹

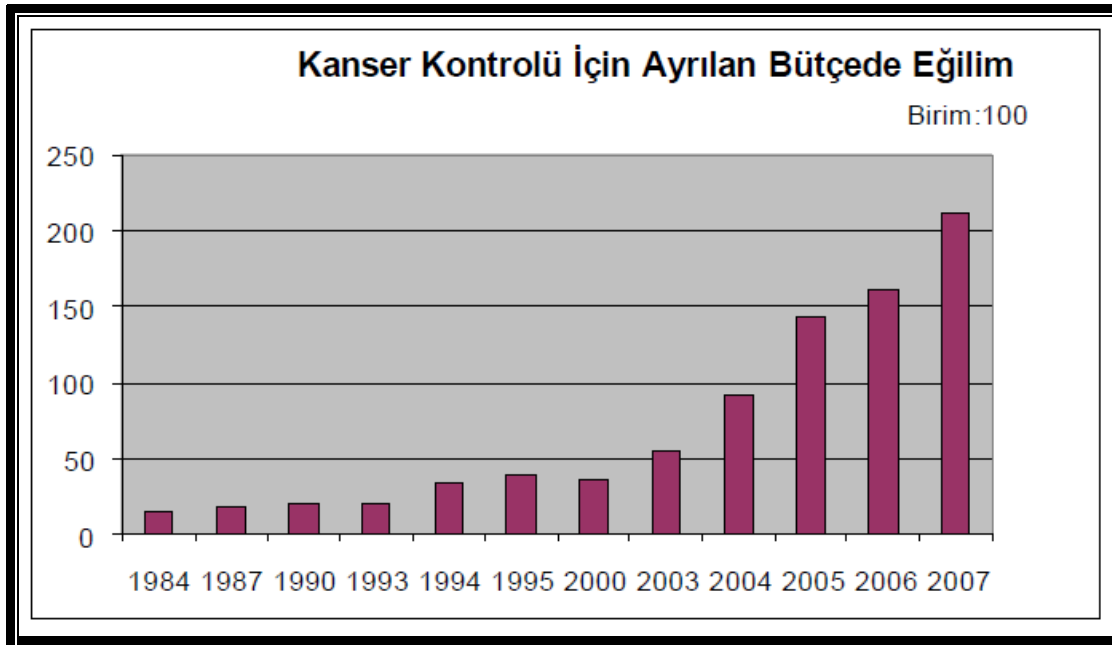
- 1963, Sağlık Bakanlığı tarafından kanser araştırmaları için yatırım yapılmaya başlanması.

¹¹⁷ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹¹⁸ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹¹⁹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

- 1981, Kanserin ölümlerin önde gelen nedenlerinden olması
- 1984, Kapsamlı 10 Yıllık Kanser Kontrolü Strateji Planı (-1993)
- 1994, Yeni Kapsamlı 10 Yıllık Kanser Kontrolü Strateji Planı (-2003)
- 2004, 3.Dönem Kapsamlı 10 Yıllık Kanser Kontrolü Strateji Planı (-2013)
- 2005 Mayıs, Sağlık Bakanlığında kanser bürosunun açılması
- 2005 Ağustos, Kanser Kontrol Planı hazırlanması
- 2006 Nisan, Sağlık Hizmetleri Bürosu altında Kanser Kontrol Ofisinin açılması
- 2006 Haziran, Kanser Kontrol Yasası' nın onayı
- 2007 Nisan, Kanser Kontrol Yasası' nın gerçekleştirilmesi
- 2007 Haziran, Kanser Kontrol Programlarının teşviki için temel plan onayı



Grafik 34: Japonya' da Kanser Kontrolü için Ayrılan Bütçe Eğilimi

Kaynak: <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf>.(02.03.2012)

Kanser Kontrol Ofisi, Sağlık Hizmetleri Dairesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı 10 yıl ara ile kansere yönelik 3 farklı plan (1978-1988-000 yıllarında) yayınlamıştır. Kapsamlı 10 yıllık Kanser Kontrolü Strateji Planı' nı takiben ikinci ve Üçüncü Dönem Kapsamlı 10 yıllık

Kanser Kontrolü Strateji Planı¹²⁰ hazırlanmıştır. Bu planlarda yaşam şekline bağlı çeşitli hastalıklara odaklanılmış ve çeşitli hedefler belirtilmiştir. ¹²⁰

5.4.3.Kapsamlı Kanser Kontrolü Strateji Planlarının Taslağı Genel Şekilleri

- Proje Araştırması
- Destek Sistem Araştırması
- Kanser Tanı ve Tedavisi için Destek Sistem

5.4.4.Kanser Bilgi Ağı Projesi

Kanser kontrolü programlarında temel olarak 5 farklı konuya odaklanılmıştır:

- Halk sağlığı eğitimleri
- Tüm yurt genelinde devlet desteği ile yerel yönetimler tarafından kanser tarama programlarının gerçekleştirilmesi,
- Uzmanlaşmış medikal kurumların gelişimi ve desteği,
- Halk sağlığı, kanser tanı ve tedavi konusunda uzmanların eğitimi,
- Temel ve klinik kanser araştırmalarına destek.

Yukarıdaki eğitime ilişkin faaliyetleri, merkez ve yerel yönetimler, halk sağlığı merkezleri, hastaneler, klinikler, çeşitli özel kurumlar, gazeteler, televizyon programları gibi farklı birçok yoldan yürütülmektedir. Aktiviteleri genel olarak kanseri ve sigara tüketimini önleme yönünde yoğunlaşmıştır. Halk sağlığı eğitimine bir araç olarak Ulusal Kanser Merkezi Kanserden korunma için 12 önlem¹²⁰ yayınlamıştır. Bunlar yaşam şekli, sigara ve yeme-içme alışkanlıklarıyla ilgilidir. Japonya'da kanser araştırmaları genel olarak merkez yönetim özellikle Sağlık Bakanlığı ve Bilim, Eğitim, Kültür Bakanlığı tarafından desteklenir. 1997'de kanser araştırmaları için ayrılan bütçe toplam 6.200 milyon yen'dir. Hükümet ve National Cancer Center ile birlikte çalışan The Foundation for the Promotion of Cancer Research¹²⁰

¹²⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.406-410, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

1968'de Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuştur. Devletten aldığı yardım ile ve halktan ve özel kuruluşlardan bağışlarla desteklenir. Bu Kuruma bağlı programlar genel olarak eğitim programları, kanser sempozyumları, halk sağlık eğitimleridir.¹²¹

1993'te Sağlık Bakanlığı, National Cancer Center'a bağlı olarak yerel klinik kanser merkezlerinin katılımıyla bir Kanser Bilgi Sistemi oluşturulmasına karar vermiştir. Bu online sistem 2000 yılından itibaren patoloji ve radyoloji verilerinin elektronik ortamda transferini sağlayarak başka merkezlerde hızlıca ve topluca değerlendirilmesine imkan vermiş ve böylelikle telepatoloji ve teleradyolojiye olanak sağlamıştır. Japon Kanser Derneği, Japonya'da kanser tarama programlarında önemli bir rol oynamaktadır. Bu topluluk kar amacı gütmeyen, devlete bağlı olmayan, 1958'de Japon Tıbbi Birliği ve Sağlık Bakanlığı desteği ile kurulmuş bir yapıdır. Japon Kanser Derneği de kanser erken tanısı hakkında çeşitli kanser türleri ile ilgili uyarılar yayınlamıştır. Japonya'da kanser hastalarının tedavisi için yaklaşık olarak 30 klinik kanser merkezi ve 100 hastane bulunmaktadır. Kanser merkezlerinin kanser problemleri üzerine tartışmaları sonucunda 1973'te Japon Kanser Klinik Merkezleri Birliği kurulmuştur.¹²²

1999 yılına kadar bütün klinik kanser merkezleri bu birliğe üye olmuşlardır. Bu merkezler bütçe kaynaklarına göre 2 tiptir: Merkez ve yerel yönetimler tarafından desteklenenler ve özel kuruluşlar tarafından desteklenenler. Kanser merkezlerinin bu topluluğa üye olmadan önce bazı temel özellikleri incelenmektedir. Japon Kanser Klinik Merkezleri Birliğinin izlediği temel hedefler arasında; klinik araştırma bilgilerinin kanser merkezlerinin bilgi ağı tarafından paylaşılması, ülkenin her yerindeki kanser uzmanlarının eğitilmesi, sağlık politikalarının oluşturulması ya da geliştirilmesi için fikirlerin hükümete sunulacağı ortak bir takvim belirlenmesi, onkolojik uygulamalar için belirli standartlar oluşturulması ve bunların Japonya'da uygulanması yer almaktadır. Bu hedeflere yönelik olarak 2 önemli aktivite yapılmaktadır. Birincisi, Clinical Cancer Research Forum'dur, buna

¹²¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹²² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

her yıl bütün üyeler katılır. ikincisi ise üyelerin katılımıyla onkoloji problemlerinin tartışıldığı haftalık telekonferanslardır. ¹²³

5.4.5.Japonya Ulusal Kanser Merkezi (NCC)

Japonya ulusal kanser merkezi ve çalışmalarına bakacak olursak, Ulusal Kanser Merkezi (NCC), Tokyo'da 1962'de, kansere karşı ulusal politikanın gerçekleştirilmesi için kurulmuştur. Bu merkezin aktivitelerinin yayılması ve gelişmesi ile birlikte Ulusal Kanser Merkezi Hastanesi Kashiwa'da açılmıştır. 1994'te hastaneye araştırma kolu olarak Ulusal Kanser Merkezi Araştırma Enstitüsü kurulmuştur. 2005'te, hastanenin ve araştırma enstitüsünün bir kısmı birleştirilerek Klinik Araştırmalar Merkezi açılmıştır. Ulusal Kanser Hastanesi'ne ek olarak bir hastane binasının da yapımına başlanmıştır. Genel olarak politika oluşturma ve strateji belirleme dışında kanser tanı, tarama, tedavi ve araştırma faaliyetlerini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığının önerisiyle oluşturulan Kanser Bilgi Sistemi'nde merkez kurum rolündedir. ¹²⁴

NCC üç bölüme sahiptir: Hastane, araştırma enstitüsü ve yönetim departmanı. Bu üç bölüm kanserin üstesinden gelmek için birlikte çalışmaktadır. Kurumun geniş organizasyon şeması aşağıda verilmiştir, Yönetimle ilgili çalışmalar yönetim departmanı direktörü, tıbbi çalışmalar hastane direktörleri, kanser önleme ve tarama çalışmaları araştırma merkezi direktörü altında toplanır. Kanser Önleme ve Tarama Araştırma Merkezi (RCCSP), hastane ile iş birliği halinde tarama teknolojilerinin geliştirilmesi, kanserin önlenmesinin hedeflenmesi, erken tanı ve tedaviyi desteklemek için çalışmaktadır. Yönetim departmanı istatistik ve gözlem bölümü, medikal hizmet planı ve politika geliştirme bölümüne sahiptir ve tedavi, araştırma ve eğitimi destekler. ¹²⁵

¹²³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹²⁴ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹²⁵ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

5.4.5. Araştırma Enstitüsü:

NCC'deki Araştırma Enstitüsü'nün misyonu kanserin önlenmesinde, tanısında ve kanser kontrolü için terapide bilgi kapsamını arttırmaktır. Araştırma Enstitüsü bünyesinde 130 bilim adamı, 100 araştırma asistanı ve birçok yabancı misafir araştırmacı bulundurmaktadır. Aktiviteleri arasında kanser nedenleri ve kanseri önleme, kanser gelişim mekanizmaları, kanser tanı ve tedavisi üzerine araştırmalar bulunmaktadır. Enstitü buna ek olarak Tıbbi Genomik Merkezine ve Kanseri Önleme ve Tarama Merkezine (Epidemiyoloji Bölümünün de bulunduğu) sahiptir. Enstitünün temel aktiviteleri kanser hastaları için tedavi hizmetleri sunmak, kanser araştırması yapmak, eğitim vermek ve kanserle ilgili bilgi toplamak-iletmektir.¹²⁶

Bu aktiviteleri NCC, sahip olduğu hastane, araştırma enstitüsü ve klinik araştırmalar merkezi ile yürütmektedir. Bunlar arasından NCC'nin birincil görevi kanser tanı ve tedavisi için hastalara olanak sağlamaktır. Bu hizmet kanser tedavisi ile sınırlı kalmaz, hastalıktan ve tedaviden kaynaklanan fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara da destek olmayı içerir. İkinci önemli görevi ise kanser araştırmasıdır. Kanserojenez mekanizmasının aydınlatılması, yeni modeller geliştirilmesi ve kanseri önleme, tanı ve tedavi için daha iyi prosedürler geliştirilmesine yönelik olarak araştırmalar yapılmaktadır. Bunlara ek olarak NCC dışında yapılan kanser tedavilerinin de aynı kalitede olması için doktorlara, araştırmacılara ve diğer personele eğitimler verilmektedir. Son olarak ise NCC, kanserin önlenmesi, tedavisi ve araştırmasındaki en yeni bilgilerin ilgililere ve halka bilgisayar ağları, kitapçıklar ve açık konferanslarla iletilmesi hizmetini sunmaktadır.¹²⁷

¹²⁶ TBMM, Kanseri Araştırma Raporu, 2010, s.406-410, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹²⁷ TBMM, Kanseri Araştırma Raporu, 2010, s.406-410, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

6.TÜRKİYEDE KANSERDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ İLE ALINMASI GEREKEN ÖNLEMLER

6.1.Kanserden Korunma Yöntemleri

Kanser hastalığının bireyleri sağlık, yaşam kalitesi, mali durum ve psikolojik yönünden olumsuz şekilde etkileyen bir hastalık olduğu çalışmamızda bahsedilmiştir. Kanserden korunma kanser hastalığının insan vücudunda gelişmemesi için riskli olarak görülen bazı iç ve dış etmenlere karşı bireyi korumayı hedef alır. Toplumun tüm bireyleri hasta olsun veya olmasın kanser hastalığı ile ilgili eğitilmesi sonucunda kanserden korunma ile ilgili önemli sonuçlar alınacağını düşünmekteyiz. Bireyler kanserden korunma ile ilgili bilgilenmeyi çeşitli şekillerde yapabilecekleri gibi profesyonel bir sağlık ekibinden de yardım alabilirler. Bu anlamda ülkemizde KETEM'lerin bu misyonu üstlendiğini söylemek mümkündür yine yaygınlaşmakta olan aile hekimliği sistemi ile toplumun kanser hastalığı konusunda farkındalığının artacağı düşünülmektedir.

Korunma yöntemlerine genel olarak bakacak olursak,temel korunma yöntemlerini iki başlıkta sıralıyabiliriz¹²⁸

6.1.1.Birincil Korunma

Temasının önlenmesi ile kanser gelişmesinin azaltılabileceği bilinen başlıca maddeler şunlardır:

1. Tütün ve tütün ürünleri: Tüm kanser ölümlerinin %30-40 kadarı sigara ile ilgili dir, ülkemizde en yaygın görünen kanser hastalığı olan akciğer kanserinin öncelikli nedeni tütün mamullerinin kullanılmasıdır. Bu anlamda sigara içilmesinin önlenmesi, tüm kanserlerin tedavisine yönelik çalışmalardan daha çok yarar sağlayacaktır.

2. Alkol: Uzun süre fazla miktarda alkol alanlarda mide başta olmak üzere ağız, yemek borusu, karaciğer kanserleri daha sık görülmektedir. Fazla alkol alınması tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %5'inden sorumlu tutulmaktadır. Özellikle sigara ile birlikte

¹²⁸ Tezer Kutluk, a.g.k,1992,ss.32-39

kullanıldığında bu etki çok daha belirgin olmaktadır. Bu nedenle alkol kullanımının engellenmesi veya sınırlandırılması alkole bağlı kanserlerin görülme sıklığını azaltacaktır.

3. Güneş ışığı: ülkemizde özellikle Akdeniz bölgesinde göreceli olarak görülen cilt kanseri açık havada çalışan, açık renk derili insanlarda daha belirgin olmak üzere aşırı derecede güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri daha sık görülmektedir. Bu nedenle aşırı güneş ışığından kaçınmak, böyle insanların periyodik kontrollerini yapmak deri kanserlerinin önlenmesi açısından yararlı olacaktır. Belirli saatlerde güneşe çıkıldığında güneşin zararlı etkilerine ve ultraviyole ışınlar maruz kalınmayacaktır.

4. Mesleki temas: kanserojen madde ve kansere sebebiyet veren cihazları kullananlar için, işyerlerinde hangi maddelerin yasaklanacağını bilmesi, korunmaya yönelik önlemlerin alınması, eğitsel ve hukuksal düzenlemeler yapılması gereklidir. Bu işyerlerinde çalışan kişilerin periyodik olarak kontrolleri de çalışan güvenliği açısından yararlı olacaktır. Kanser ölümlerinin %4 kadarının mesleki faktörlerle olduğu tahmin edilmektedir. En iyi bilinenleri katran, asbest, vinil klorür ve boya sanayinde kullanılan bazı maddelerdir. Meslekleri nedeni ile radyasyona maruz kalan röntgen doktorları, radyoterapistler, nükleer tıp uzmanları gibi kişilerinde aldıkları radyasyon dozunu sık sık kontrol ettirmeleri gereklidir.

5. Beslenme: ülkemizde özellikle mide kanseri doğu illerimizde yaygınlaşmıştır, kadınlarda en yaygın görünen kanserlerden meme, kolon,servikal kanserlerden sonra mide kanserinin sık görüldüğünü söyleyebiliriz. Kanserden korunmada şişmanlığın önlenmesi, yağ alımının azaltılması, meyve ve sebze gibi posalı ve bol lifli besinlerin yenilmesi, A ve C vitamininden zengin gıdaların alınması, tuzlu, nitritli ve salamura yiyeceklerin azaltılması tavsiye edilmektedir. Bu anlamda ülkemizde uzun zamandan beri obezite ile mücadele verilmektedir.

6.1.2.İkincil Korunma

Herhangi bir şikâyeti olmayan insanlarda kanserin belirtileri olmadığı halde bazı testler yapılarak belirtilerin çıkmasından 2 yıl kadar daha erken kanser tanısı koymak mümkün olmaktadır. Bu durumda hastalara sağlık hizmeti sunan klinisyenlerin elini güçlendirmekte ve hastalığın seyrinin olumlu gitmesine neden olmaktadır. Son yıllarda kitle

tarama ve erken tanı yöntemlerinde önemli gelişmeler olmuştur. Meme kanserinde kadınların kendi memelerini periyodik olarak kontrolleri, mammografi denilen radyolojik metotla kontrol edilmeleri, kadınlarda rahim kan serlerinde rahim ağzından alınan sürüntü örneklerinin incelenmesi ile rahim kanserinin erken tanısı mümkün olmakta, erken tanı arttıkça tedavi şansıda artmaktadır. Muayene ve mammografi yöntemleri ile meme kanserine bağlı ölümler % 30 kadar azaltılabilmektedir.¹²⁹

Çocuklarda az miktarda idrar incelemesi ile nöroblastom denilen kanserin tanısı erkenden konmakta, böylece geç tanı konduğu zaman tedavisi çok güç olan bu hastalığa karşı önemli başarılar elde edilmektedir. Bunlardan başka karaciğer kanserlerinin Hepatit-B denilen mikrobik sarılık ile ilişkisi olduğundan yüksek risk altındaki kişilere hepatit aşısı da tavsiye edilmektedir. Kanserinin çok iyi anlaşılmadığı bir gerçektir. Bu nedenle özellikle sebebe ilişkin hiçbir faktörün bilinmediği durumlarda sebepten korunma olamayacağından erken tanı daha da önem kazanmakta, "Erken tanı hayat kurtarır" sloganları yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle kanser tedavisi imkânsız olan bir hastalık olarak görülmemeli, şüphelenilen durumlarda derhal hekime başvurulmalıdır.¹³⁰

6.2.Ülkemizde Kanserle Mücadele Programı

Ulusal Kanser Kontrol Programı 5 ana başlıktan oluşmaktadır;¹³¹

6.2.1.Kanser Kayıtlılığı

Kanser verileri her türlü ulusal programın planlanmasında son derece önemlidir. Ülkemizde hangi kanserlerin hangi sıklıkta görülmekte olduğu sorusunun cevabına sadece doğru ve güvenilir kanser verileri ile ulaşılabilir. Bu anlamda kanser kayıtlılığı ve kayıt merkezleri çok önemlidir. Ulusal programda bu kapsamda önümüzdeki 5 yıl içerisinde Aile Hekimliği Sistemi ile entegrasyonu takiben pasif kayıtlılığın geliştirilmesi, esas olarak ülke

¹²⁹ Tezer Kutluk, a.g.k,1992,ss.32-39

¹³⁰ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

¹³¹ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010,s s.406-410,,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>. (02.03.2012)

kanser verilerinin toplandığı aktif kayıt merkezlerinin artırılması, mevcut merkezlerin veri kalitesinin artırılması ve tüm merkezlerin uluslararası kurumlarca afileye olmasının sağlanması öne çıkan hedefler olarak görülmektedir.

6.2.2 Önleme

- Sigara ve tütün tüketimine yönelik önlemler: Kapalı yerlerde sigara kullanım yasağı ile beraber, reklam yasakları, satış yasakları, vergilendirme gibi bir seri tedbir planını içermektedir.
- Enfeksiyon hastalıkları ile mücadele: Kanserojenizde çok önemli bir yeri olan Hepatit B, Helicobakter Pylori ve insan Papilloma Virus ile mücadele ve aşılama programları ile enjeksiyon güvenliğini artırıcı bazı önlemleri içermektedir.
- Çevresel etkenler ve mesleğe bağlı kanserler ile mücadele: Bu başlık endemik mezotelyoma görülen bölgelerimizde alınacak bir seri önlem ile beraber, elektromanyetik dalgalar ve cep telefonlarına yönelik bir takım planlar, işçi güvenliği, asbest ve silikosis gibi mesleki maruziyete bağlı olarak kanser riski taşıyan işyerlerine yönelik bazı önlemleri içermektedir.
- Obezite ve beslenme ile ilişkili önlemler: Kanser açısından önemli bir diğer risk faktörü de obezitedir. Ne yazık ki ülkemiz Avrupa'nın en obez ülkelerindedir. Bu anlamda dengeli, yeterli ve doğru beslenmeye yönelik halk eğitimleri, vatandaşların obezite yönünden taranması ve riskli görülenlerin danışman diyetisyenlere yönlendirilmesi gibi bir takım faaliyetler içermektedir.

6.2.3. Tarama ve Erken Teşhis

Kanser sadece tedavilerin karşılanması ile çözümlenecek bir durum değildir. Günümüzde tüm dünya ülkelerinin uğraşmak zorunda kaldıkları sosyoekonomik bir sorundur. Tarama programları ile yapılacak çalışmalar toplumların sağlığını aynı zamanda devlet ve toplum bütçe maliyetlerini ileriki dönemlerde olumlu etkileyecektir. Bu nedenle gelişmiş toplumlarda toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yürütülmektedir. Ülkemizde de bu hizmetleri yürütmek ve kanser hakkında halk eğitimleri ve farkındalık faaliyetleri yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Şu an her ilde en az bir tane olan KETEM'lerin 2015 yılı sonuna kadar 280'e

ulaşması planlanmaktadır. Öte yandan başarılı ve etkin bir tarama programı için ülkemizin ihtiyacı olan ara meslek gruplarının yetiştirilmesi de bu program çerçevesinde planlanmıştır.

6.2.4. Tedavi Programı

Ülkemizdeki mevcut tedavi merkezleri sayısal ve niteliksel olarak yeterli gelmemektedir. Mevcut merkezler özellikle büyük şehirlerde toplanmıştır ve bunlarda hizmete ulaşımında hasta ve yakınları açısından mali ve sosyal olarak zorluklar doğurmaktadır. Bakanlığın 2015 yılına kadar orta vadede bölgesel planlamaya paralel olarak 17 kapsamlı kanser tanı ve tedavi merkezi, 54 kanser merkezi ve 14 kanser tedavi merkezi açılması planlanmaktadır. Böylelikle kanserli her vatandaşımızın tedaviye zorlanmadan ulaşabilmesi sağlanmış olacaktır.

6.2.5. Palyatif Bakım

Ülkemizin kanser kontrol faaliyetlerindeki en zayıf noktadır. Ne yazık ki yıllar içerisinde ihmal edilmiş bir konudur. Ülkemiz sınırları içerisinde palyatif bakım merkezleri ve ağrı ünitelerinin sayısı oldukça azdır. Tüm dünyada marketlerde evrensel olarak kullanılan pek çok morfin çeşidi ülkemizde halen yoktur. Tüm dünyada kullanılan morfinin hammaddesinin % 95'i ülkemiz topraklarında üretilmesine rağmen, ne yazık ki, kişi başına morfin kullanımı oranları açısından ülkemiz son sıralardadır. Ulusal Kanser Kontrol Programı, bu başlık altında tüm ülkede yaygın bir palyatif bakım sisteminin kurulması, aile hekimleri aracılığı ile topluma yayılmış bir evde bakım hizmeti kurulması, hekimlerin morfin kullanımı açısından eğitilmesi, ülkemizdeki morfin çeşitliliğinin ve kullanımının artırılması, morfine ulaşımın kolaylaşmasına yönelik bir seri faaliyet planını içermektedir.

6.3.ULUSAL KANSER TARAMA STANDARTLARIMIZ

Ülkemiz de bakanlığımız bağlı resmi kurumlarda yürütülen tarama standartlarına bakacak olursak bunlar;¹³²

¹³² TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.406-410.,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.

(02.03.2012)

6.3.1.Meme Kanseri

- 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilir.

- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir.

- Asıl tarama metodu mamografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadın hekim tarafından da muayene edilir.

6.3.2.Serviks Kanseri

- 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır.

- Smearler beş yıllık intervallerle tekrarlanmalı

- Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmelidir.

- Benign jinekolojik nedenler ile total histerektomi yapılan olguların sitolojik takibi gereksizdir.

- CIN II/III nedeniyle histerektomize olmuş olgularda üç dökümente edilebilen, teknik yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda tarama kesilmelidir.

- HIV enfeksiyonu olanlar/ immunosupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez alınmalıdır.

6.3.3.Kolorektal Kanserler

- 50-70 yaş arası tüm erkek ve kadınlarda her yıl gaitada Gizli Kan Testi
- Her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmalıdır.
- Gaitada gizli kan poliklonal veya monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobinin varlığını kantitatif olarak gösterebilmeli ve testlerde kullanılacak antijenler

6.4.Ulusal Kanser Danışma Kurulu

Kanserle ilgili ulusal politikaların oluşturulmasında, kanserden korunma önlemlerinin alınmasında, kanserli hastaların tanı, tedavi ve izlemlerinde karşılaşılan sorunlara çözüm aranmasında, kanserle ilgili çalışmaların ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmesi ve koordinasyonunun sağlanmasında, kanserle ilgili konularda toplumun bilgilendirilmesi ve eylem planları hazırlanmasında, tavsiye niteliğinde görüş bildirmek üzere Ulusal Kanser Danışma Kurulu oluşturulmuştur.¹³³

6.4.1.Kurulun görevleri şunlardır:

- Ulusal Kanser Politikasının belirlenmesi ve eylem planları geliştirilmesinde danışmanlık yapmak,
- Kanserli hastaların tanı, tedavi ve izlemlerinde karşılaşılan sorunlarla ilgili çözüm önerilerinde bulunmak,
- Bakanlığa ihtiyaç duyulan diğer konularda bilimsel danışmanlık hizmetinde bulunmak,
- Ülke genelinde kanserle ilgili bilimsel çalışmalara yön verecek önerilerde bulunmak,

¹³³ TBMM, Kanser Araştırma Raporu, 2010, s.406-410.,<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>.
(02.03.2012)

- Kanser konusunda çalışan, kamu, özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin Koordinasyonuna yönelik çalışmalar yapmak,
- Toplumun kanser konusunda doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için önerilerde bulunmak,
- İhtiyaç duyulan konularda Alt Kurulları kurmak ve çalışma alanlarını belirlemek,
- Alt Kurul raporlarını görüşerek karara bağlamak. Kanserle ilgili konularda çalışmalar yapmak üzere Danışma Kurulu bünyesinde alt danışma kurulları oluşturulmuştur.

6.4.2.Kanser Alt Danışma Kurulları

- Epidemiyoloji ve Kanser Kayıt
- Medikal Jeoloji
- Preventif Onkoloji
- Klinik Araştırmalar
- Kanserde Tedavi ve Tıbbi Etik

- İnsan Kaynakları
- Sosyal ve Psikososyal Destek
- Erken Tanı ve Tarama
- Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tıp
- Radyasyon Güvenliği

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserle mücadelenin maliyet etkin bir yaklaşım olduğu, ekonomik faktörlerle beraber sosyal faktörlerin de hastalık ve hastalıkla mücadelede önemli bir etken olduğu gözlemlenmiştir. Dünyada ve ülkemizde kanserle mücadele, bireylere ve kamu bütçesine olan yükü her geçen gün artmaktadır. Ülkemiz ve seçili ülkeler ile yapılan karşılaştırmalarda kanser hastalığı insidansının toplamda daha düşük olduğu gözlemlenmiş bu olumlu durumun ise kanser türleri içinde değerlendirildiğinde akciğer kanseri ve meme kanserinde gerek dünya gerekse seçili ülkeler ortalamasına yaklaştığımız gözlemlenmiştir. Akciğer kanseri insidansının yüksek çıkması tütün ve ürünlerinin kullanımı ile yakından ilgili olduğu düşünülmektedir

Tütün ürünleri ile mücadelenin son yıllarda devlet politikası haline getirilmiş olması ileriki yıllarda akciğer kanseri insidansını ve dolaylı olarak bu anlamda yapılan tedavi harcamalarını düşüreceği; meme kanseri için de yine son yıllarda önemi artan kanser erken teşhis merkezleri (KETEM) ile, kanserden korunma konusunda yapılacak toplum tabanlı eğitimlerle bu alanda farkındalık oluşturulacağı beklenen bir sonuçtur.

Kanser ve kanser hastalığıyla, mücadelede bireyi etkileyen sosyal faktörlerin hastalığın erken dönemde olumlu sonuçlanması için büyük etken olduğunu. Hastaların ve yakınlarının hastalıkla ilk karşılaşmasında kabullenme evrelerinde pozitif destek almaları hastalığı ve tedavi sürecini doğru tanımlamalarının hasta ve yakınlarında gereksiz kaygıları azaltacağı, böylelikle hastalığın olumlu sonuçlanması için psiko-sosyal faktörlerin oldukça etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Sosyal faktörlerin ekonomik faktörlerle iç içe olmasından dolayı hasta ve yakınlarının medikal tedaviden vazgeçme veya devam etme yönündeki eğilimlerinin oldukça yüksek olduğuna varılarak kanserle mücadelede aşağıdaki uygulamaların yapılması önerilir;

- Kanser tedavi merkezlerinin genellikle büyük illerde yoğunlaşmış olması dışarıdan gelen hasta ve yakınları için büyük sorun oluşturduğundan bölgesel bazda kanser teşhis tedavi hastanelerinin yaygınlaştırılması, Kanserle mücadelede toplum tabanlı yürütülen KETEM faaliyetlerinin sadece il bazında kalmayıp hastaneler bazında da başlatılması ve bu çalışmaların branşlaşmış personellerle yürütülmesi,

- Hastalık süreci boyunca hastanelerde bulundurulacak sosyal hizmet uzmanları, psikolog, fizyoterapistler ve din adamları ile hasta ve yakınlarına tüm hastalık süreci boyunca hastalığı tanıma ve geri kalan hayatlarını kolaylaştırmak gibi birçok alanda destek olunması,
- Hastalıkla mücadelede yoğun olarak yürütülen tütünle mücadele politikasının yanı sıra doğru beslenme ile ilgili politikaların yaygınlaştırılarak farkındalık oluşturulması,
- Sağlık çalışanlarının teşhis ve tedavi sürecinde hasta ve yakınları ile empati kurma ve iletişim becerilerinin artırılarak özellikle tıp fakültelerinde bu konulu bir dersin müfredata konulması.
- Teşhis ve tedavi sürecinde invaziv Radyolojik tetkiklerin kontrol altına alınıp, gereksiz tetkiklerden kaçınılması,
- Kansere mücadelede başarılı olmuş ülkelerdeki gibi daha etkin bir kanserle mücadele organizasyonu oluşturulması için Ulusal Kanser Enstitüsünün kurulması.

KAYNAKLAR

1. Acar M M, Yetişkin Kanser Hastalarının Kansere Tepkileri,(Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), 2007. Ankara, ss.1-181,
2. Ateşçi Ç F, Ve Diğerleri, Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler,
3. Aydın A, Meme Kanseri Tanı -Tedavi -Takip,İstanbul Konsensüsü, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2006, S.1, http://www.adnanaydiner.com/pdf/meme_kanseri, (03.03.2012)
4. Bektaş H A, Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi, (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yayımlanmamış Doktora Tezi) , 2005, Ankara, ss.3
5. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü),Uluslar Arası Kanser Araştırma Kurulu, Dünya Kanser Raporu, 2008, ss1-105,
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.,
(26.02.2012)
6. Ergün G S, Sağlık Coğrafyasında CBS'nin Kullanımı, Samsun Sağlık Ocakları Örneği,(Coğrafi Bilgi Sistemleri Bilişim Günleri, Fatih Üniversitesi),İstanbul, 2006, S1-3, http://dis.fatih.edu.tr/store/docs/ergun_sagcogcbs1q8wvx0Q.pdf, (26.03.2012)
7. Eser Y S, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Kanser Kayıtçılığı Ve Kanser Kayıt Merkezleri, Ankara, 2009, ss.15-34,
<http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.>,(11.03.2012)
8. Fidaner C, Kanserde Erken Yakalama Erken Tanı Ve Taramalar, İzmir, 2007, ss 319-331, <http://ukdk.org/pdf/kitap/26.pdf>, (28.02.2012)

9. Gümüş B A, Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, İzmir,2006, cilt.2,s108,http://www.memesagligi.dergisi.org/pdf/pdf_MSD_47.pdf , (02. 02.2012)
10. Güngör K C H, Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla Kanser Haritaları Üretimi Ve Konya Örneği, (Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2006, ss.18-35.
11. Institute N.C , <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer002E> , (23.02.2012)
12. Kaya İ T, Deri Kanseri, (Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi),., http://www.mersinsaglik.gov.tr/HaberDownload%5C449_12_539_Deri%20Kanseri, (06.03.2012)
13. Kutluk T ve ark. Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,1992 Ankara, ss. 25-31, http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kanser_konusunda_genel_bilgiler. (02.02.2012)
14. Lee H, Relationships Of Mood Disturbance And Social Support To Symptom Experience İn Korean Women With Breast Cancer, Journal Of Pain And Symptom Management, 2004,ss 425 - 433, <http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924%2804%2900065-X/abstract>, (26.02.2012)
15. Mery K, Türk İye’de Sağlık Coğrafyası Bakımından Kadınlarda Görülen Beş Kanser Türünün İlçe Bazında Dağılımı Ve Coğrafi Ortam İle İlişkisinin Belirlenmesi,(Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya (Türkiye Coğrafyası) , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2008, ss.7-12
16. Müsellim B ,Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar, (İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri), 2007, s.114, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/58/5809.pdf>, 03.03.2012

17. Omay B S, Nöro-Onkolojide İmmunoterapi ,(Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı), Türk Nöroşirurji Dergisi, Trabzon, 2006, Cilt: 16, Sayı: 1,ss, 23-24, http://norosirurji.dergisi.org/pdf/pdf_TND_57, (16.03.2010)
18. Sadırlı S K, Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ):Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,Elazığ, 2009, Cilt:4, Sayı:11, ss 80-92,<http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/cilt4dortsayionbir/79-95%20kurtsadirliveark11>,(18.02.2012)
19. Seda Kurt Sadırlı, Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün değerlendirilmesi.(Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Edirne, 2008,S.8
20. Somunoğlu S, Meme Kanserinde Risk Faktörleri, (Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:5) ,Elazığ, 2007,s5, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayibes/somunoglu5>, (03.03.2012)
21. TBMM, Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan,10/348,551,666,667,668-Esas numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2010, s.22, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>, (02.03.2012)
22. T.C, Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı,Ulusal Kanser Programı,2009-2015, Ankara,2009, ss.27-36, http://www.ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Prog_Kitabi, (08.02.2012)
23. Tuncer T A,Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Türkiye’de Kanser Kontrolü, 2009, Ankara, s.5, <http://ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf>, (08.02.2012)
24. Tuncer M.A, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Kanserın Ülkemiz Ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü Ve Kanser Kontrol Politikaları,2007, s.5, <http://ukdk.org/kitap.php>, (02.02.2012)

25. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003,ss.145-152,
<http://www.turkpsikiyatri.com/C14S2/kanserHastalarinda>.
26. Uysal A Ve Ark, Öğrencilerin Cilt Kanseri Ve Risklerinin Ve Güneş Işınlardan Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi, (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ege Tıp Dergisi, İzmir, 2004,s1,
Http://Egetipdergisi.Com.Tr/Pdf/Pdf_Ege_181, (22.03.2012)
27. Yazıhan N, Türkiye’ de Meme Kanseri: Ekonomik Etkinlik Ve Maliyet Etkililik, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara,2007,
<Http://Ukd.org/Pdf/Kitap/32.Pdf>,(15.03.2012)
28. Yeter K, Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) , Eskişehir, 2006,S.8

ÖZGEÇMİŞ

1976 Elazığ doğumluyum. İlk orta ve liseyi Elazığ'da tamamladım 1998 tarihinde Fırat üniversitesi sağlık meslek yüksek okulu Radyoloji biriminden mezun oldum. 1997 ile 2001 yılı arasında Fırat Üni. Tıp fak. Eğt. Arş. Hastanesi Radyoloji biriminde çalıştım, 2001 yılında şimdiki adı İstanbul kartal yavuz selim devlet hastanesi olan kartal SSK hastanesi Radyoloji biriminde göreve başladım. 2007 yılında Eskişehir Anadolu Üni. İşletme Lisans programını bitirdim 2008 yılından itibaren Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi bilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. iş hayatıma Yavuz Selim Devlet hastanesinde müdür yardımcısı olarak devam etmekteyim.

İlgi alanlarım işletme yönetimi, yönetim organizasyon, medikal cihaz teknolojileri, kişisel gelişim ,fotoğrafçılık.

Yabancı dilim İngilizce olup evli ve iki çocuk sahibiyim.

Ahmet AKHOROZ