

4 ŞUBAT DÜNYA KANSER GÜNÜ

2022' İN TEMASI: "BAKIM FARKINI KAPATIN" (CLOSE THE CAREGAP)

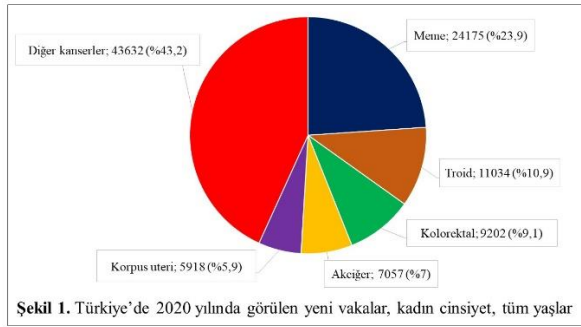
I. Türkiye'de Kanserle İlgili Bazı İstatistiklerde Mevcut Durum

Kansere bağlı ölümler

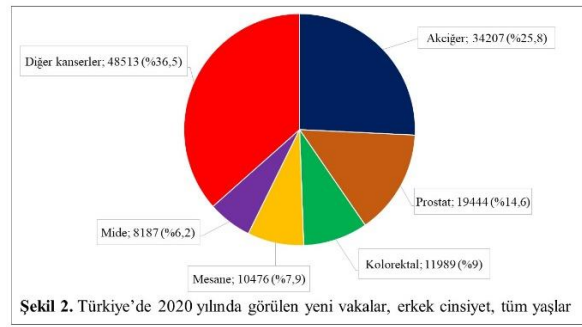
2019 yılı verilerine göre ölümlerin %18,39'u kanserler nedeniyle gerçekleşmiştir.¹

En sık görülen kanserler

Türkiye'de 2020 yılında en sık görülen ilk 5 kanser grubu Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) verilerine göre aşağıdaki gibidir (Şekil 1 ve Şekil 2).²



Şekil 1. Türkiye'de 2020 yılında görülen yeni vakalar, kadın cinsiyet, tüm yaşlar



Şekil 2. Türkiye'de 2020 yılında görülen yeni vakalar, erkek cinsiyet, tüm yaşlar

Kadınlarda:

- Meme kanseri (%23,9)
- Troid kanseri (%10,9)
- Kolorektal kanser (%9,1)
- Akciğer kanseri (%7)
- Korpus uteri (%5,9)

Erkeklerde:

- Akciğer kanseri (%25,8)
- Prostat kanseri (%14,6)
- Kolorektal kanser (%9)
- Mesane kanseri (%7,9)
- Mide kanseri (%6,2)

Kanser risk faktörleri

Tanımlanmış risk faktörleri yaşam tarzı, iş ile ilişkili, çevresel ve kalıtsal nedenlerdir. Aşağıda tütün ve alkol kullanımı, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile obezite ile ilgili güncel bilgiler sıralanmıştır. Diğer risk faktörleri konusunda ulusal çapta veri ve dolayısıyla bilgi eksikliği mevcuttur.

1. Tütün kullanımı

Erkeklerin %43,4'ü, kadınların %19,7'si halen tütün ürünü kullandığını bildirmiştir.³ 15 yaş ve üzeri sigara kullanan bireylerde kişi başına düşen ortalama günlük sigara adedi Türkiye'de 17,1 ile Yunanistan'dan sonra OECD ülkeleri arasında en yüksek değere sahip 2. ülke konumundadır.¹

2. Sağlıksız beslenme

Erkeklerin %87,8'i, kadınların %87,9'u ve toplamda kişilerin %87,8'i günde 5 porsiyondan az meyve ve/veya sebze tüketmiştir.³ 15 yaş ve üzeri bireylerde günde bir kere veya daha

fazla meyve tüketme sıklığı erkeklerde %43, kadınlarda %48'dir ve OECD ülkeleri ortalamasının altındadır.¹

3. Fiziksel inaktivite

Her 10 yetişkinden 4'ü yetersiz fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir (haftada <150 dakika, orta derecede fiziksel aktivite).³

4. Obezite

STEPS 2017 Araştırması'na göre erkeklerin %62,8'i, kadınların %66,0'ı ve toplamda kişilerin %64,4'ü fazla kiloludur [Beden Kitle İndeksi (BKİ) ≥ 25 kg/m²]. Ayrıca erkeklerin %21,6'sı, kadınların %35,9'u ve toplamda kişilerin %28,8'i obezdir (şişman) (BKİ ≥ 30 kg/m²).³ 2019 yılında ise kadınların %30,4'ünün ve erkeklerin %39,7'sinin fazla kilolu, kadınların %24,8'inin ve erkeklerin %17,3'ünün obez olduğu saptanmıştır.⁴

5. Alkol kullanımı

15 yaş ve üzeri bireylerde kişi başına düşen mutlak alkol tüketimi 1,3 litredir, bu rakam ile Türkiye OECD ülkeleri içinde son sırada yer almaktadır. 2019 yılında erkeklerin %23,3'ü, kadınların %6,6'sı toplamda kişilerin %14,9'u halen alkol tüketicisi olduklarını bildirmişlerdir.¹

Kanser taramaları

Ülkemizde serviks (rahim ağzı) kanseri, meme kanseri ve kolon kanseri için tarama programı uygulanmaktadır.⁵

Kadınlarda meme kanseri tarama programı kapsamında;

Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi,

Yılda bir klinik meme muayenesi,

40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mammografi çekimi,

Kadınlarda serviks kanseri tarama programı kapsamında;

30-65 yaş aralığındaki kadınlardan 5 yılda bir smear ve HPV -DNA testi yapılması,

Kolorektal kanser tarama programı kapsamında;

50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması,

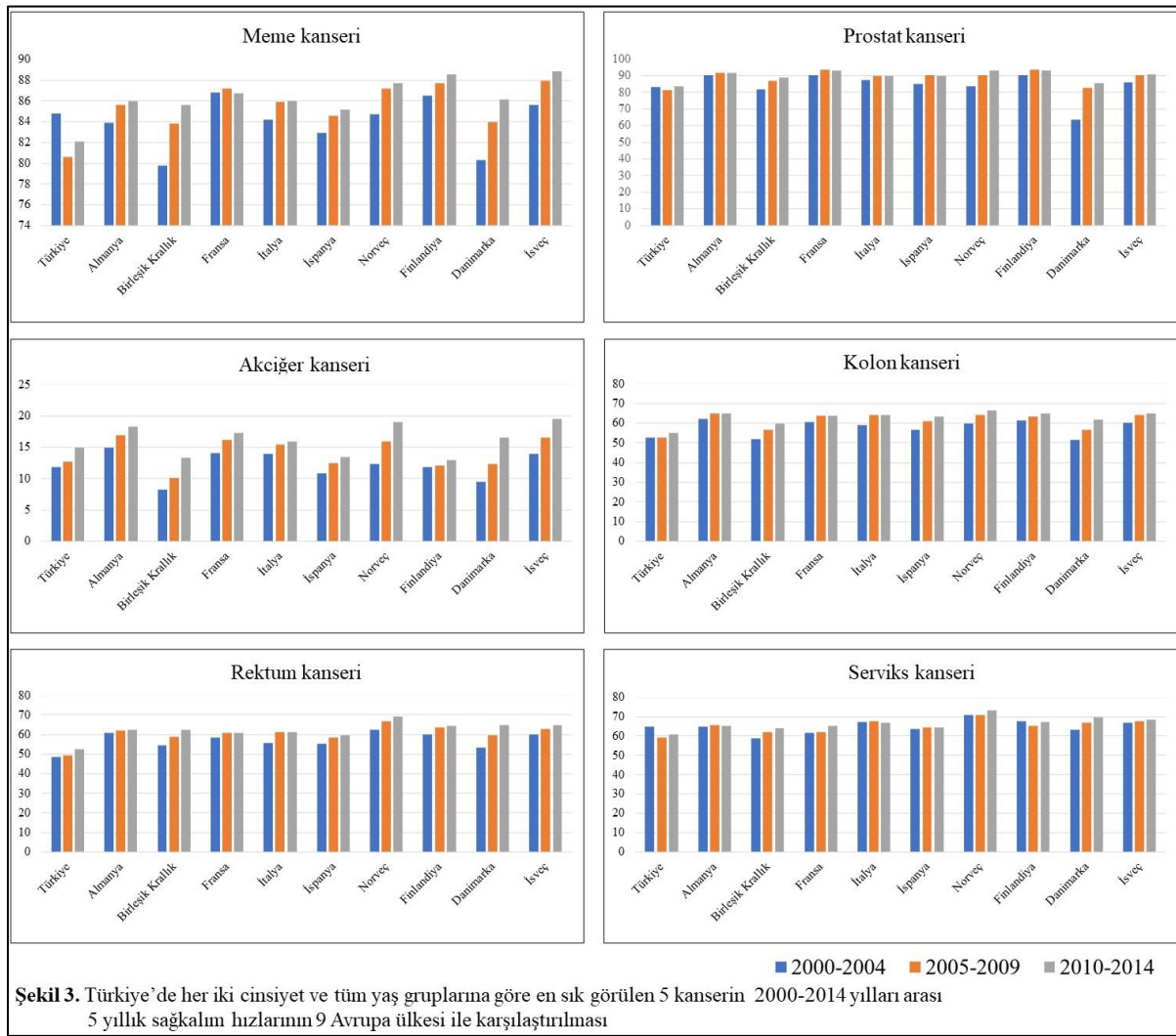
50-70 yaş arasında 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir.

En az bir kere servikal smear yaptıran 30-65 yaş arası kadınların yüzdesi %54,2'dir. En az bir kere mamografi yaptıran 40-69 yaş kadınların yüzdesi %57,4'tür. En az bir kere gaitada gizli kan testi yaptıran 50-70 yaş arası nüfus yüzdesi erkeklerde %23,5, kadınlarda ise %27,6'dır. Son 10 yılda kolonoskopi yaptıran 50-70 yaş arası nüfus yüzdesi erkeklerde %11,1 ve kadınlarda %13,2'dir.³

Sağkalım:

Türkiye’de en sık görülen kanserlerin ve ayrıca tarama programında olduğu için serviks kanserinin Türkiye ve seçilmiş 9 DSÖ Avrupa Bölgesi üye ülkesindeki 2000-2014 yılları arasında 5 yıllık sağkalım hızları karşılaştırması:

CONCORD-3 çalışmasının sonuçlarından⁶ faydalanılarak Türkiye, Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, İtalya, İspanya, Norveç, Finlandiya, Danimarka ve İsveç için 2000-2014 yılları arasında Türkiye’de kadın ve erkeklerde en sık görülen kanserler ayrıca serviks kanseri için de 5 yıllık sağkalım hızları karşılaştırılmıştır. Buna göre Türkiye akciğer kanseri hariç 2010-2014 yılları arasında meme, prostat, kolon, rektum ve serviks kanserinde en kötü sağkalım hızlarına sahip ülkedir. İncelenen kanserlerde Türkiye (akciğer ve rektum kanseri hariç) dışında hemen tüm ülkelerin sağkalım hızlarında istikrarlı artış göze çarpmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Türkiye’de her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarına göre en sık görülen 5 kanserin 2000-2014 yılları arası 5 yıllık sağkalım hızlarının 9 Avrupa ülkesi ile karşılaştırılması

II. Kanser Günü'nün Tarihçesi ve 2022 Yılı'nın Teması "Bakım Farkını Kapatın" (Close the CareGap)

2000 yılından beri 4 Şubat, kanser konusundaki farkındalığı artırmak amacıyla Dünya Kanser Günü olarak belirlenmiştir. 2022 yılı'nın teması Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) tarafından "Bakım Farkını Kapatın" (Close the CareGap) olarak belirlenmiş olup, yüksek, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser bakımındaki farkın kapanması gerektiği vurgulanmaktadır.⁷

"Kanser Bakımı" ve Bakımda Fark ve Eşitsizlik Neyi İfade Eder?

Kanser bakımı; kanserden koruma, erken teşhis ve tarama, yeni kanser vakalarının teşhisi ve tedavisi, hayatta kalanların bakımı, palyatif bakım ve ileri evre hastalar ile aileleri için desteği kapsamaktadır.⁸ Bakımdaki farkı etkileyen faktörlerden bazıları; gelir düzeyi, eğitim durumu, coğrafi konum ve etnik köken, ırk, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, engellilik ve yaşam tarzına dayalı ayrımcılık şeklinde sıralanabilir. Dezavantajlı grupların ayrıca tütün, sağlıksız beslenme veya çevresel tehlikeler gibi bir dizi başka risk faktörüne daha fazla maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olmakla birlikte, iyi kaynaklara sahip ülkelerde de çarpıcı farklılıklar görülmektedir.⁹ Türkiye, Dünya Bankası'nın sınıflamasına göre yüksek-orta düzeyde gelirli ülkeler arasındadır.¹⁰ Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın, her bir amacına yönelik hazırlanmış hedef ve göstergeler dikkate alındığında birçok gelişme kaydedilmiş olsa da halen daha birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de hemen her alanda eşitsizliklerin devam ettiği açıktır.¹¹ TÜİK verilerine göre 2011'den 2020'ye gelindiğinde gelir eşitsizliğinde değişim olmadığı görülmekte, üstelik 2019 yılı hariç 2014-2020 arası gelir eşitsizliğinde kademeli artış olduğu izlenmektedir. Güncel olarak, Türkiye'de en zengin %20'lik gelir grubu toplam gelirin %47,5'ini elde ediyor, buna karşılık, en yoksul %20'lik gelir grubunun toplam gelirden aldığı pay sadece %5,9'dur.¹² Gelir dağılımındaki bu uçurum ülkemizi, gelir eşitsizliğinde Dünya Bankası verilerine göre Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırıldığında bu anlamda en kötü (adaletsiz) 2. ülke konumuna getirmiştir.¹³ Özellikle bazı göstergeler kullanılarak bölgelere ve illere göre sağlıkla ilgili eşitsizlikler, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları'nda incelenebilmekle birlikte kanser ve kanser bakımı özelindeki eşitsizliklerle ilgili yeterince bilgi bulunmamaktadır.¹⁴

Kanser Bakımında Hakkaniyetli Hizmet Sunumu Önündeki 7 Engel

Kanser özelinde incelendiğinde hakkaniyetli hizmetin önünde 7 temel engel tanımlanmıştır ve çoğunun temelinde ayrımcılık yatmaktadır:⁹

1. Toplumsal cinsiyet normları ve ayrımcılık:

Pek çok kadın, toplumun biçtiği roller nedeniyle ayrımcılığa maruz kalabilir. Bu durum kendini, kanser taramalarına daha az katılım, kanser şüphesinde geç başvuru, tedaviye erişim gibi alanlarda kendini göstermektedir.

Yine erkekler için de toplumsal cinsiyet normlarının getirdiği bazı sonuçlar vardır. Örneğin; prostat kanserinin erken aşamada cerrahi tedavisinde ereksiyon kusuru ve idrar kaçırma gibi olası komplikasyonlar, erken başvuruya daha az istek gösterme gibi sorunlara neden olabilmektedir.

2. Azınlık nüfusları için engeller:

Genel olarak ırk, kültürel ve dini bağlamda azınlık nüfuslar sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlığın sosyal belirleyicileri özelinde dezavantajlı gruplardır.

3. Yoksulluk ve sosyoekonomik durum:

Yoksullar sadece dünyanın yoksul ülkelerinde değil, her yerdedirler. Örneğin Türkiye gibi yüksek-orta gelirli bir ülkede yoksul sayısı Afrika ülkelerindeki kadar değildir, ancak yoksul olanların sorunları ortaktır ve yoksulluk-sağlıksızlık kısır döngüsü ile karşı karşıya kalmaktadır. Yoksullar, risk faktörlerinden korunmada, tarama programlarına katılmakta, standart ve zamanında tedaviye erişimde, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon ile palyatif tedavi hizmetlerine erişimde oldukça dezavantajlı durumdadırlar.

4. Kır-kent ayrımı:

Kırsal alana sunulan sağlık hizmetlerinin pek çok açıdan sınırlı olması, bu bölgelerde yaşayan kişiler için kanser ile ilişkili bakımın her aşamasında “geride kalma” olarak kendini göstermektedir.

5. Yaş ayrımcılığı:

Kanser görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır, olguların neredeyse yarısı 65 yaş üzerindeki kişilerdir. Yaşa bağlı ek kronik hastalıklardan kaynaklanan semptomlar nedeniyle kanserle ilişkili semptomlar geç fark edilebilir. Ayrıca sosyal destek sağlanması ve yaşlılara yönelik hizmet sunumu gibi konulardaki eksiklikler nedeniyle de yaşlılar dezavantajlı konumdadır.

6. Mülteci olma durumu ve zorla yerinden edilen gruplar:

Geçici sığınmacı statüsünde ülkemizde bulunan Suriyeliler ve özellikle de belgesiz olan göçmenler örneğinde görülebileceği gibi, göç sancılı bir süreçtir. Bu süreçte göç edilen yere gitme ve uyum süreci, kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetlerden faydalanma konusunda hizmetlerin planlanmış olması gerektiği gibi sorunlarla karşılaşılır.

7. Homofobi, transfobi ve ilgili ayrımcılık:

Ayrımcılığın her türüsü kötü olsa da LGBTQI kişiler bu durumdan en çok etkilenen gruplardan biridir. Sağlık hizmetlerinde de ayrımcılığa maruz kalabilirler.

Çözüm: Eşitsizlikler ancak hakkaniyetli hizmetler aracılığı ile azaltılabilir.

Beşli koruma stratejisi yaklaşımı ile hakkaniyetli hizmetlerin uygulanması daha kolay olabilir.

Temel koruma: Toplumun her kesimi için nitelikli eğitim ve çalışma olanakları ile genel refah düzeyinin artırılması, hava, su ve toprak kirliliği vb. çevresel risk faktörlerinin kontrolü, kanser tanı ve tedavi hizmetlerinin sunumu için uygun yasal düzenleme ve planlama yapılması.

Birincil koruma: Kanserle ilişkili risk faktörleri özel gruplarda iyi bir şekilde tanımlanmalıdır. Çevresel, iş ve yaşam tarzı ilişkili risk faktörlerini ortadan kaldırmak için çok sektörlü bir yaklaşım benimsenmelidir.

İkincil koruma: Kanser taramaları Türkiye’de başvuruya dayalı yapılmaktadır. Bu uygulamanın toplum tabanlı, sistematik hale getirilmesi bir ihtiyaçtır. Erken tanı, özellikle bazı nadir görülen kanserlerde alanında oldukça uzmanlaşmış patoloğları gerektirdiğinden uygun ulusal-bölgesel ağlar kurulmalı, bu konudaki eşitsizlik giderilmelidir.

Üçüncül koruma: Medikal, cerrahi ve palyatif tedavi ile sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin sunumundaki aksaklıklar tespit edilip giderilmelidir. Örneğin, yurtdışından getirilen kemoterapi ve immunoterapi ilaçlarına erişimin kesintisiz ve ücretsiz sunulması oldukça önemlidir. Aynı şekilde kök hücre nakli için geniş kampanyalar düzenlenmeli, halihazırda kurulmuş ve iyi işleyen düzen daha da geliştirilmelidir. Palyatif tedavi olanaklarında dezavantajlı grupların erişim problemi çözülmelidir.

Dördüncül koruma: Gereksiz medikal ve cerrahi girişimlerin önüne geçebilmek için standart hasta dosyaları oluşturulmalı, bu dosyalar çevrimiçi bilgi sistemlerinde sunulabilir ve izlenebilir hale gelmelidir. Öte yandan, bireysel ya da toplumsal olarak yapılan hiçbir müdahalenin riskten muaf olmadığını gözeterek, toplumu, koruma programlarının yol açacağı risklerden koruyabilmek için, herhangi bir program başlatılmadan önce programın prediktif (kestirim) değerleri de gözetilerek uygunluğu araştırılmalı ve değerlendirme yöntemleri dahil olmak üzere gereken bütün yapılar hazırlandıktan sonra programlar başlatılmalıdır.

"Bakım Farkını Kapatın" (Close the CareGap), UICC2022



Kaynaklar

1. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 [İnternet]. Ankara; 2021. Erişim: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>
2. International Agency for Research on Cancer (IARC). Population Fact Sheets. Turkey [İnternet]. 2021. Erişim: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
3. Üner S, Balcılar M, Ergüder T, editors. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS) [İnternet]. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi; 2018. Erişim: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19_06.2018.pdf
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 [İnternet]. Haber Bülteni 33661. 2020 [Erişim Tarihi: 31 Ocak 2022]. Erişim:

- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Taramaları [İnternet]. [Erişim Tarihi: 31 Ocak 2022]. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
 6. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* [İnternet]. 2018 Mar;391(10125):1023–75. Erişim: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617333263>
 7. Union for International Cancer Control (UICC). World Cancer Day [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://www.worldcancerday.org/about-us>
 8. Hewitt M, Simone J V., editors. The Cancer Care “System.” In: Ensuring Quality Cancer Care. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999. p. 22.
 9. Union for International Cancer Control (UICC). Closing the gap in cancer care [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://www.worldcancerday.org/close-care-gap>
 10. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
 11. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Statistics Divison. Statistics. SDG Indicators Database. SDG Country Profile. Turkey [İnternet]. [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://unstats.un.org/sdgs/UNSDG/countryprofiles/TUR#>
 12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2020 [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Income-and-Living-Conditions-Survey-2020-37404>
 13. The World Bank. Gini index (World Bank estimate) [İnternet]. Erişim: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>
 14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları [İnternet]. 2021 [Erişim Tarihi: 29 Ocak 2022]. Erişim: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73387/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>

HASUDER Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) Çalışma Grubu adına

Prof. Dr. Sultan Eser ve Arş. Gör. Dr. Hüseyin Örün tarafından hazırlanmıştır.