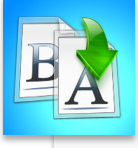


# KRONİK HASTALIKLAR EPİDEMİYOLOJİSİ



- Kronik Hastalıklar
- Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi
- Mortalite
- Morbidite
- Risk Faktörleri
- Bazı Kronik Hastalıklar
- Kronik Hastalıklardan Korunma
- Ülkemizde Kronik Hastalıklarla Mücadele Programları
- 2030 Hedefi

## İÇİNDEKİLER



- Bu üniteyi çalıştıktan sonra;
  - Kronik hastalıkların önemini bilecek,
  - Kronik hastalıkların epidemiyolojisi hakkında bilgi sahibi olacak,
  - Kronik hastalıklarla mücadele etme yollarının neler olduğunu kavrayacaksınız.

## HEDEFLER

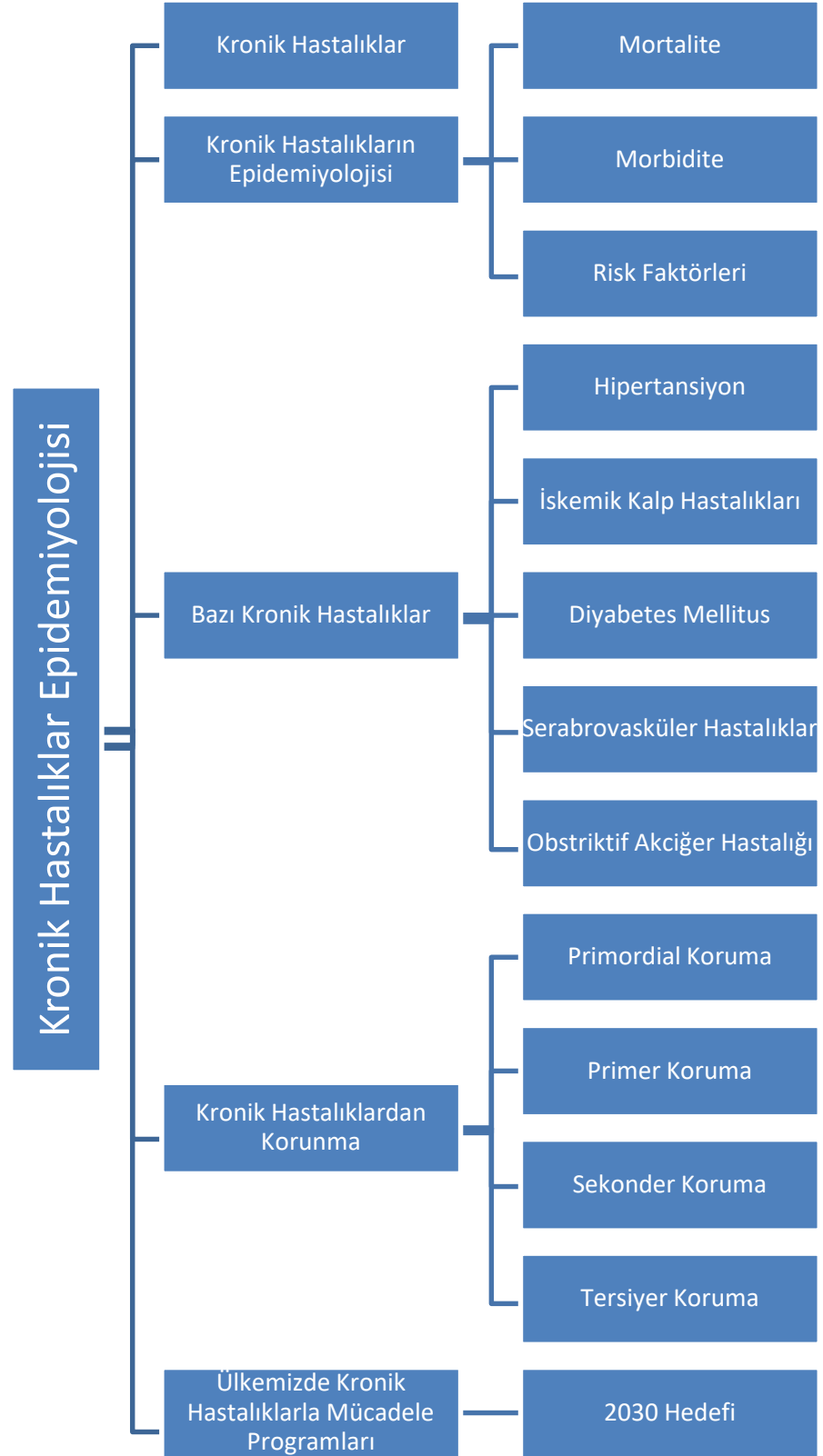


**Atatürk Üniversitesi**  
Açıköğretim Fakültesi

**EPİDEMİYOLOJİ**  
**Doç. Dr. Üyesi Hasret**  
**YALÇINÖZ BAYSAL**

**ÜNİTE**

**8**



## GİRİŞ

Dünya genelinde en önemli ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, solunum sistemi hastalıkları, kanser, felç ve diyabet gibi kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da bilinmekte ve dünyada her geçen gün artmasının yanında ne yazık ki ülkemizde de hızla artmaktadır. Kronik hastalıklar bir epidemi şeklinde artarak insan sağlığını tehdit etmekte ayrıca ülkelerin ekonomisine ek bir yük getirmektedir. Bu hastalıklar genellikle genç yaşlarda oluşmaya başlamakta ancak orta ve ileri yaşlarda kendisini göstermektedir. Kronik hastalıkların risk faktörlerinin çoğu modifiye edilebilir, yani değiştirilebilir risk faktörleridir. Bu risk faktörleri; sigara kullanımı, alkol kullanımı, sağlıklı olmayan beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve yüksek kolesteroldür. Kronik hastalıklar yaşlanma, hızlı plansız kentleşme ve sağlıksız yaşam tarzı gibi küreselleşmeyi içeren güçler tarafından etkilenmektedir. Kronik hastalık tehdidi mevcut bilgi kullanılarak ve önlemler alınarak azaltılabilir.



Kronik hastalıklar bir epidemi şeklinde artarak insan sağlığını tehdit etmekte ayrıca ülkelerin ekonomik gelişmesini de engellemektedir.

Ayrıca bu çözümler son derece uygun maliyetlidir. Risk faktörlerinin azaltılması, hastalıkların erken tanısının sağlanması ve tedaviyle bu hastalıkların büyük oranda azaltılması ve böylece milyonlarca kişinin hayatlarının kurtarılması mümkündür.

Bu bölümde kronik hastalıkların epidemiyolojisini incelerken, kronik hastalıkların mortalite ve morbidite oranları ve risk faktörleri ele alınacak ayrıca bazı kronik hastalıkların tanımı, etiyojisi, risk faktörleri ve epidemiyolojik özellikleri ile ilgili bilgi verilecektir. Kronik hastalıklarla mücadelede bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi ülke düzeyindeki kapsamlı ve entegre uygulamalardan bahsedilecektir.

## KRONİK HASTALIKLAR

Bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da adlandırılan kronik hastalıklar, uzun dönemli, yavaş ilerleyen ve insandan insana bulaşma özelliği olmayan hastalıklardır. Bu hastalıklar genellikle genç yaşlarda oluşmaya başlar, ancak orta ve ileri yaşlarda kendisini gösterir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik solunum sistemi hastalıkları (astım gibi) olmak üzere dört ana türü mevcuttur.

### *Kronik Hastalıkların Özellikleri*

- Kronik hastalıklar çoğunlukla multifaktöriyel hastalıklardır.
- Kronik hastalıkların kuluçka süreleri uzundur.
- Kronik hastalıklarda genellikle tam iyileşme sağlanmaz ve bu hastalıklar hayat boyu devam eder.
- Kronik hastalıklar çoğunlukla bir sekel bırakırlar.
- Kronik hastalıklarda hastalık semptomları zaman zaman düzelir ve arkasından tekrar nüksedebilir.

- Kronik hastalığı olan bireylerin semptomları alevlendiği dönemlerde hastanede yatmaları gerekebilir.
- Kronik hastalıkların süresi uzun olduğu için, hastaların uzun süre denetim ve bakımda tutulmaları gerekebilir.

Kronik hastalıklar sanılanın aksine sadece gelişmiş ülkelerin problemi değildir. Dünyadaki kronik hastalık nedeni gerçekleşen 28 milyon ölümün ortalama dörtte üçü düşük ve orta gelirli ülkeleri etkilemektedir. Aslında tüm yaş grupları ve ülkeler bu hastalıklar açısından risk altında bulunmaktadır. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sıklıkla yaşlı bireyleri etkilemekle birlikte kronik hastalık nedeni tüm ölümlerin 16 milyonu 70 yaşından önce olmaktadır. Kronik hastalıklar aynı zamanda erken ölümlere de yol açmaktadır. Bu "erken yaş" ölümlerin % 82'si düşük ve orta sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerde gerçekleşmektedir.

*Çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün dumanına maruz kalma ve alkolün zararlı kullanımının etkileri olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklara katkıda bulunan risk faktörlerine daha açıktırlar.*

Kronik hastalıklar yaşlanma, hızlı plansız kentleşme ve sağlıksız yaşam tarzı gibi küreselleşmeyi içeren güçler tarafından etkilenmektedir.



### Örnek

- Örneğin; sağlıksız beslenme gibi sağlıksız yaşam tarzlarının küreselleşmesi sonucunda bireylerde kan basıncının yükselmesi, kan glikoz düzeyinin artması, kan lipitlerinin yükselmesi ve obezite gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlar aynı zamanda kronik hastalıklardan biri olan kardiyovasküler hastalıklara da yol açabilmektedir.

Günümüzde kronik hastalıkları önlenmek amacıyla yapılan girişimler daha çok gelişmiş ülkelerde ağırlıklı olarak yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler ise kronik hastalıklardan çok, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmeye çalışmaktadır. Bu hastalıkların hem bireylere hem ülkeye maddi açıdan ve sosyal anlamda yükü fazla olduğu için kronik hastalıkların kontrolü ile ilgili olarak sağlık politikaları ve etkili müdahaleler gereklidir. Kronik hastalıklar ve bu hastalıklara neden olan risk faktörleri ile ilgili elde edilen bilgi ve tecrübeler, devletin imkanlarıyla bir araya getirilerek uygulamaya dökülürse hastalıkların ülkeler üzerindeki yükü büyük oranda azaltılabilir.

Ülkemizin nüfusu ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlanmaya başlamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre toplam nüfus içindeki 65 yaş üzerindeki bireylerin oranı 2000 yılında % 5.7 iken, 2018'de bu oran % 8.8'e yükselmiştir. 2023 yılında bu oranın %10.2'ye yükselmesi, 2040'ta ise %16.3'e yükseleceği tahmin edilmektedir. Ülkemiz yaşlı nüfusun artmasının yanı sıra yaşam şeklinin de değişmesiyle bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele etmeye hazırlıklı olmalıdır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) mortalite verileri, kalp hastalıklarının tüm ölümler içindeki oranının gittikçe arttığını göstermektedir.

Kronik hastalıkların dünya ülkelerindeki ve ülkemizdeki durumu hakkında bilgi elde edilmesi ve buna yönelik sağlık planlamalarının yapılabilmesi için bu hastalıkların epidemiyolojisinin bilinmesi ve epidemiyoloji haritasının çıkartılması gerekir.

## KRONİK HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

### Mortalite

Kronik hastalıklar küresel bir sorun olup 2016 yılında 57 milyon ölümün 41 milyonu ya da **%71'i bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan** kaynaklanmıştır.

Mortalite açısından önde gelen bir kronik hastalık olan kardiyovasküler hastalıklardan dolayı 2016 yılında, 17.9 milyon kişi hayatını kaybetmiştir.

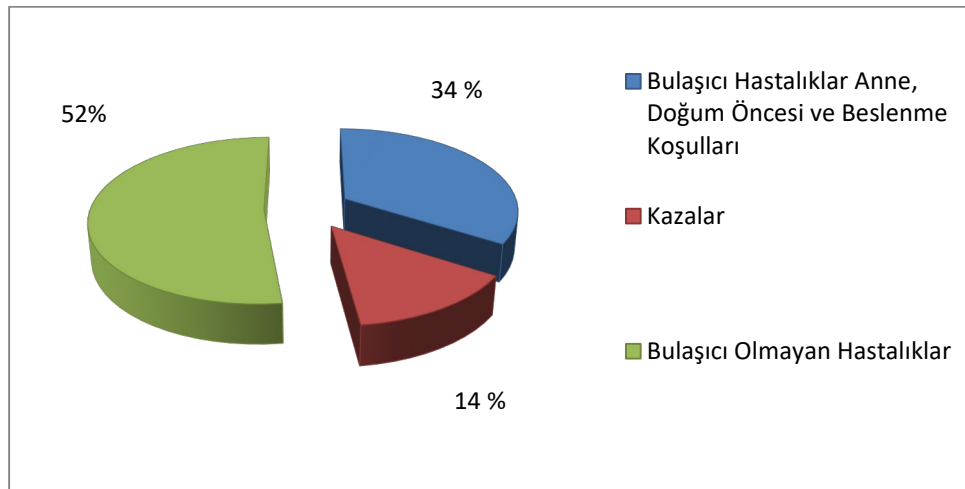
Kanserler, kardiyovasküler hastalıkların neden olduğu ölümlerin yarısı kadar (9 milyon), kronik solunum sistemi hastalıkları 3.8 milyon, diyabet ise 1.6 milyon kişinin ölümüne sebebiyet vermiştir. Diyabet aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık %10'u kan şekerinin yüksek olmasından kaynaklanmıştır.

Genel olarak düşük sosyo ekonomik statüye sahip bireylerde kronik hastalık mortalitesi daha yüksektir. Birçok ülkede kronik hastalıklardaki eşitsizlikler toplam mortalite ve yaşam beklentisindeki eşitsizliklerin en önemli kaynağıdır.

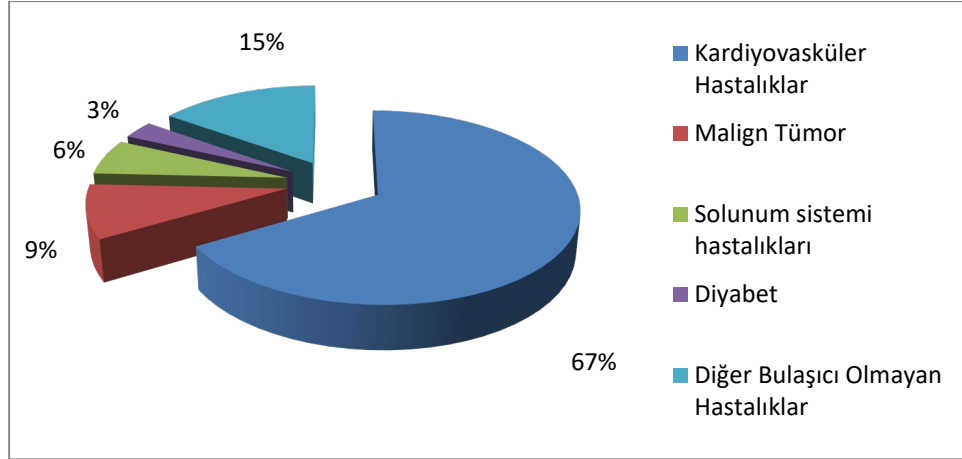
Gelecekte kronik hastalıkların sıklığının ve mortalite sayısının, insan ömrünün uzamasından dolayı ayrıca küreselleşmenin etkisi ile birlikte bireylerin yaşam şeklindeki değişimle, başta düşük ve orta sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerde olmak üzere büyük oranda artacağı düşünülmektedir.

Kronik hastalık nedeni mortalitenin %78'i ve erken yaş yetişkin ölümlerinin %85'i düşük gelirli ve orta gelir düzeyli ülkelerde gerçekleşmiştir.

Şekil 8.1'de gösterildiği gibi dünyada 70 yaş altındaki bireylerde ölümlerin %52'sinin kronik hastalık nedeniyle gerçekleştiği belirtilmektedir. Gerçekleşen bu ölümler arasında Şekil 8.2'de gösterildiği gibi kardiyovasküler hastalıklar %67'lik bir oranla ilk sırada yer almaktadır.



Şekil 8.1. Küresel 70 Yaş Altı Ölümlerinin Dağılımı, 2012 (Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2014).



Şekil 8.2. Küresel 70 Yaş Altı Kronik Hastalık Nedenli Ölümlerin Dağılımı, 2012 (Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2014).

Nüfusun yaşlanmasına ek olarak yaşam şeklinin de değişmesiyle birlikte ülkemizde kronik hastalık sıklığı giderek artmaktadır. Tablo 8.1’de görüldüğü gibi 2018 yılı TÜİK mortalite nedeni istatistiklerine göre ülkemizde mortaliteye neden olan hastalıklar; % 38.4 dolaşım sistemi hastalıkları, % 19.7 iyi huylu ve kötü huylu tümörler, % 12.5 solunum yolu hastalıkları, % 4.8 endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar, % 4.4 dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, % 4.9 sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları olarak açıklanmıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları içinde ise ilk olarak iskemik kalp hastalığı (%39.7) gelmekte, ikinci sırada ise serebro-vasküler hastalıklar (%22.4) yer almaktadır.

Tablo 8.1. Türkiye’de Yıllara Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (TÜİK, 2018)

|                                                                                                                                             | 2010<br>Yüzde | 2014<br>Yüzde | 2018<br>Yüzde |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Toplam</b>                                                                                                                               | 100           | 100.0         | 100.0         |
| <b>Dolaşım Sistemi Hastalıkları</b>                                                                                                         | 39.6          | 40.4          | 38.4          |
| <b>İyi huylu ve kötü huylu tümörler</b>                                                                                                     | 21.3          | 20.7          | 19.7          |
| <b>Solunum sistemi hastalıkları</b>                                                                                                         | 8.3           | 10.7          | 12.5          |
| <b>Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar</b>                                                              | 6.4           | 5.1           | 4.8           |
| <b>Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler</b>                                                                                          | 4.4           | 4.3           | 4.4           |
| <b>Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları</b>                                                                                         | 3.7           | 4.4           | 4.9           |
| <b>Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)</b> | 16.3          | 14.4          | 15.2          |

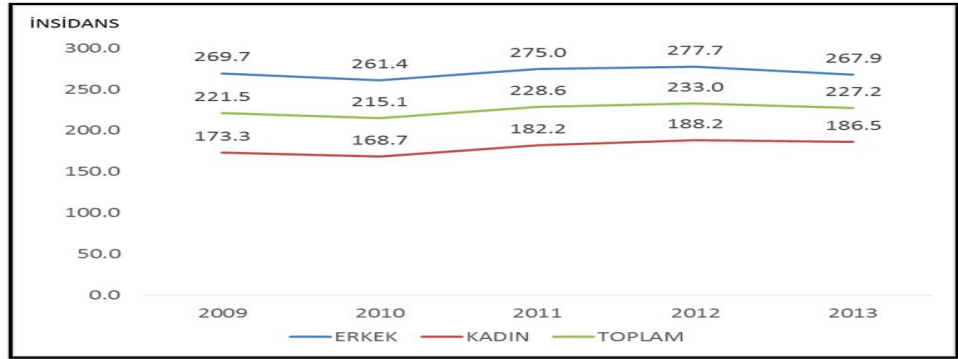


Türkiye’de yıllara göre ölüm nedenleri incelendiğinde dolaşım sistemi hastalıklarının ilk sırada yer aldığı görülmektedir.

## Morbidite

*Kronik hastalıkların sıklıkları insidans ve prevalans hızları ile belirlenir.*

Hastalıklarla ilgili morbidite verileri aynı zamanda bir ülkenin sağlık uygulamalarının yönetilmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde önemli verilerdir. Ancak çoğu ülkede kronik hastalıklara bağlı morbidite ile ilgili doğru bilgiye ulaşmak mümkün değildir. Bu konuda daha kapsamlı morbidite verileri kansere aittir.



**Şekil 8.3.** Türkiye’de Cinsiyete Göre Kanser Hızı, 2009-2013  
(Türkiye Kanser İstatistikleri, 2013).

Türkiye’de kanser prevalansı dünya geneli ile ve daha çok gelişmekte olan ülkelerin oranları ile benzerdir. Şekil 8.3’de belirtildiği gibi erkeklerde kanser insidansı kadınlardan daha yüksektir. Erkeklerde en sık görülen kanser akciğer kanseridir.

Ülkemizde mortalite nedenleri içinde kanserler ikinci sırada gelmekte olup, kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser türüdür.

Bazı ülkelerde diyabet, hipertansiyon ve böbrek yetmezliği ile ilgili hastalık kayıtları mevcut olmasına rağmen bu bilgiler tüm nüfusu kapsamamaktadır. Ülkemizde kronik hastalık sıklığı ile ilgili veriler, yapılan geniş çaplı araştırmalar sonucunda elde edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” (TKrHRF) yapılmıştır. Tablo 8.2’de gösterilen bu araştırma sonuçlarına göre ülkemizdeki bazı kronik hastalıklar yaş ve cinsiyete göre özetlenmiştir.

**Tablo 8.2.** Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansının Cinsiyete Göre Dağılımı (TKrHRF,2013).

| HASTALIKLAR             | Yaş             | Erkek | Kadın | Toplam |
|-------------------------|-----------------|-------|-------|--------|
| Diyabet                 | 15 yaş ve üzeri | 9.3   | 10.5  | 9.8    |
| Kalp ve Damar Hastalığı | 15 yaş ve üzeri | 11.8  | 13.5  | 12.7   |
| Hipertansiyon           | 15 yaş ve üzeri | 21.1  | 26.1  | 23.7   |
| KOAH                    |                 | 5.6   | 5.1   | 5.3    |
| SFT’ ye göre            | 15 yaş ve üzeri | 3.8   | 4.1   | 4.0    |
| Hekim tanısına göre     |                 | 4.9   | 5.1   | 5.0    |
| SFT/Hekim tanısına göre |                 |       |       |        |



Türkiye’ de en sık görülen kanser türü kadınlarda meme kanseri, erkeklerde ise akciğer kanseridir.

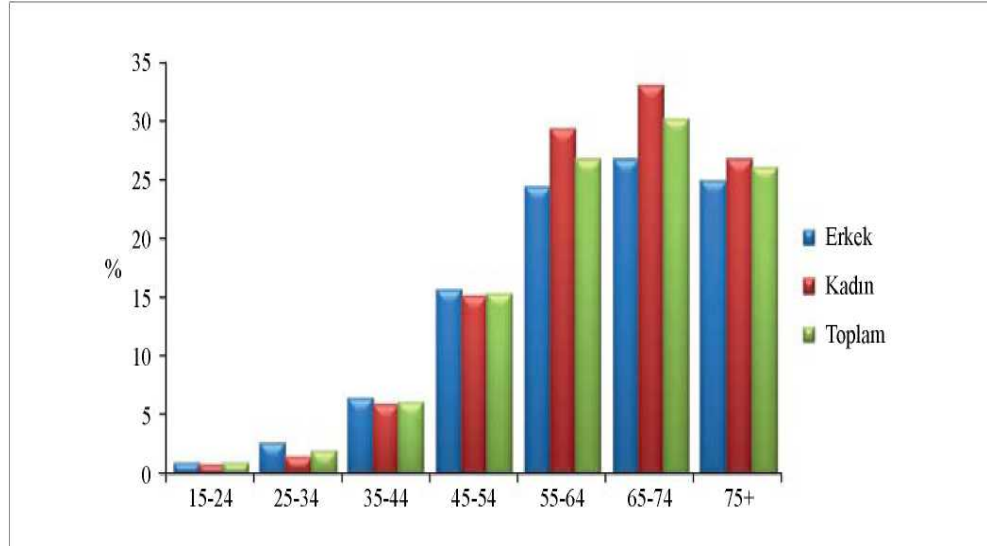
Diyabet prevalansı %9.8 olup erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülmektedir (E'de %9.3, K'de %10.5) (Tablo 8.2). Şekil 8.4'de belirtildiği gibi Diyabet prevalansı her iki cinsiyette de yaşın artmasıyla birlikte yükselmektedir. Genel olarak düşük sosyo ekonomik düzeydeki ülkelerde diyabet prevalansı düşük iken; sosyo-ekonomik düzeyi orta ve yüksek olan ülkelerde prevalans yüksektir. *Ülkemizde diyabet prevalansı gittikçe yükselmektedir.* TURDEP-II'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı %13.7'dir. 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de diyabet 12 yılda diyabet sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır.

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre Türkiye'de hipertansiyon sıklığı 15 yaş ve üzeri nüfusta % 23.7 olup, kadınlarda hipertansiyon daha yüksek bulunmuştur.

Türkiye'de kalp damar hastalığı sıklığı 15 yaş üzeri nüfusta %12.7 olup, sıklık kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir.



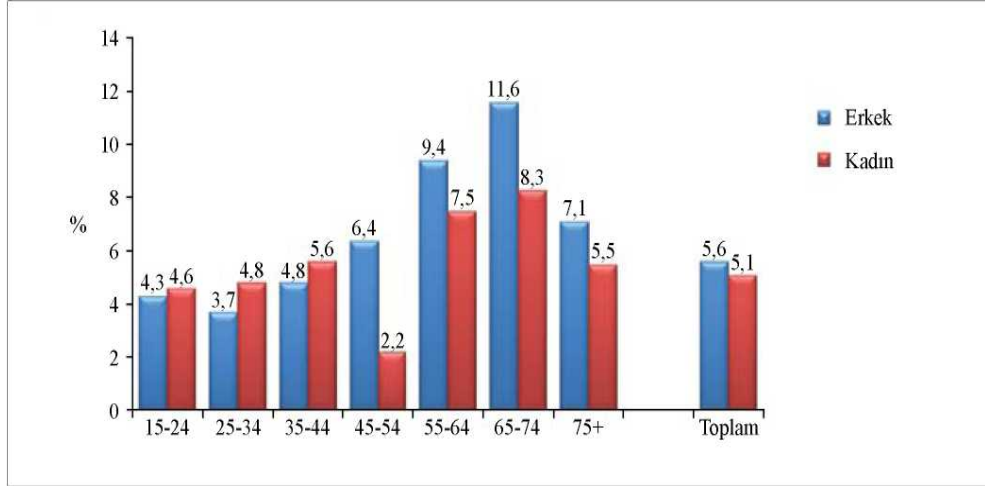
KOAH prevalansı erkeklerde özellikle 45 yaş ve sonrasında kadınlara göre, daha yüksek prevalansa sahiptir.



Şekil 8.4. Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Diyabet Prevalansı, Türkiye 2011. (TKrHRF, 2013).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre Şekil 8.5'de gösterildiği gibi KOAH prevalansı SFT sonucuna göre %5.3 olup erkeklerde özellikle 45 yaş ve sonrasında daha yüksek prevalansa sahiptir.





Şekil 8.5. Yaşa ve Cinsiyete Göre SFT Sonuçlarına Dayalı KOAH Prevalansı, Türkiye 2011. (TKrHRF, 2013).

### Risk Faktörleri

Kronik hastalıkların altında önlenabilir risk faktörleri yatmaktadır. Kronik hastalıkların büyük bir kısmı, dört belirli davranışla yakından ilişkilidir. *Bu davranışlar tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsizlik ve alkol kullanımıdır.* Sağlık açısından bu olumsuz davranışlar bireylerde hipertansiyon, obezite, yüksek kan şekeri ve hiperlipidemiye neden olmaktadır. Dünyadaki başlıca kronik hastalık risk faktörü hipertansiyondur, ardından tütün kullanımı, hiperglisemi, fiziksel inaktivite ve fazla kilo ile obezite gelmektedir.



Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve zararlı alkol kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşma riskini artırmaktadır.

Tablo 8.3. Türkiye’de Kronik Hastalık Risk Faktörlerinin Cinsiyete göre Dağılımı (Noncommunicable Diseases, Country Profiles, 2014).

| Risk Faktörleri           | Erkek | Kadın | Toplam |
|---------------------------|-------|-------|--------|
| <b>Sigara Kullanımı</b>   | %42   | %13   | %27    |
| <b>Alkol kullanımı</b>    | %4.4  | %0.5  | %2.0   |
| <b>Yüksek Kan Basıncı</b> | %21.2 | %22.8 | %22.0  |
| <b>Obezite</b>            | %21.7 | %34.0 | %27.8  |

Tablo 8.3’te belirtildiği gibi ülkemizde kronik hastalık risk faktörleri obezite, sigara kullanımı, yüksek kan basıncı ve alkoldür. Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve zararlı alkol kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşma riskini artırmaktadır. Tütün kullanımının her yıl 6 milyon ölümden sorumlu olduğu ve 2030 yılında bu ölümlerin artarak 8 milyonu bulacağı tahmin edilmektedir. Yetersiz fiziksel aktivitenin yılda yaklaşık 3.2 milyon ölüme katkıda bulunduğu ve aşırı tuz kullanımının 2010 yılındaki 1.7 milyon kardiyovasküler sistem kaynaklı ölümlere neden olduğu belirtilmektedir.

## Sigara

Sigara, tüm dünyada önlenebilir mortalite nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. DSÖ'ye göre sigara nedeniyle dünyada yılda 5 milyon mortalite olmakta, 2030 yılına kadar ise bu sayının 8 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de sigara kullanımı yüksek olup, en fazla tütün kullanılan ülkeler içinde dünyada onuncu sırada yer almaktadır.

Sigara kardiyovasküler hastalık, KOAH, inme, kanser gibi kronik hastalıkların gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür.

## Yetersiz fiziksel aktivite

*Yetişkinlerin haftada en az 5 gün ve günde en az 30 dakika olmak üzere orta şiddette fiziksel aktivite yapması veya haftada en az 3 gün ve günde en az 20 dakika şiddetli aktivite yapması önerilmektedir.* Yetersiz fiziksel aktivite ise önerilen düzeyden daha az fiziksel aktivite yapılması anlamına gelmektedir.

Hareketsiz bireylerin, önerilen düzeyde fiziksel aktivite yapan bireylere kıyasla ölüm riskinin %20-30 oranında yükseldiği belirtilmektedir. Fiziksel hareketsizlik kronik hastalıklarda önemli risk faktörlerinden birisi olup, tüm dünyada ölüme sebep olan risk faktörleri arasında dördüncü sırada gelmektedir. Ülkemizde yapılan geniş çaplı bir araştırma olan "Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" sonuçlarına göre erkeklerin %23'ü yeterli düzeyde, %22'si orta ve %55'i düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığını belirtmiş olup, kadınlarda ise bu oranların sırasıyla %13, %18 ve %69 olduğu belirlenmiştir.

Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması hipertansiyon ve obezitenin önlenmesinde etkilidir. Düzenli fiziksel aktivite; kardiyovasküler hastalık, meme kanseri, diyabet, kolon kanseri ve depresyon riskini düşürmektedir. Hareketsizlik sorunu en fazla yüksek sosyo-ekonomik düzeyli ülkelerde yaşanmaktadır.

## Sağlıksız beslenme

Sağlıksız beslenme obezite başta olmak üzere daha birçok sağlık sorunuyla ilişkili bulunmuştur. Dünya genelinde sindirim sistemi kanserlerinin yaklaşık % 19'u, iskemik kalp hastalıklarının yaklaşık % 31'i, inme vakalarının %11'inin sebze ve meyvenin yetersiz düzeyde tüketilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Dünyada her yıl gerçekleşen ölümlerin 2.7 milyonu (% 4.9) sebze ve meyvenin yetersiz miktarda tüketilmesinden dolayı gerçekleşmektedir.

Yüksek kalorili yiyeceklerin, yağ ve şeker oranı yüksek olan gıdaların fazla tüketilmesi obeziteye yol açmaktadır. Yine gıdalarla alınan tuz miktarının fazla olması kan basıncı seviyesini yükselterek tüm kalp ve damar hastalıkları açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. DSÖ kalp ve damar hastalıklarından korunmak için günlük tüketilen tuz miktarının kişi başına 5 gr'dan daha az olmasını tavsiye etmektedir. Tuz tüketimindeki azalma kan basıncını düşürücü etki yapmaktadır.

## Alkol kullanımı

Alkol kullanımı sağlık açısından önemli sorunlara neden olmaktadır. Alkol kullanımı özefagus, meme ve karaciğer kanseri için bir risk faktörüdür. Kalp damar



Sağlıksız beslenme obezite başta olmak üzere daha birçok sağlık sorunuyla ilişkili bulunmuştur.

hastalıklarına neden olmakta, kardiyovasküler hastalıklardan inme ve hipertansiyona neden olmaktadır. Ayrıca alkolün özellikle kaza, şiddet ve yaralanmalar gibi toplumsal etkilerinin olması halk sağlığı açısından önemini arttırmaktadır. Alkol kullanımı nedeniyle gerçekleşen ölümler, tüm ölümlerin

%4'ünü (2,5 milyon) oluşturmaktadır. Bu oran HIV/AIDS, tüberküloz ve şiddet nedeniyle gerçekleşen mortalite oranlarından daha yüksektir.

## BAZI KRONİK HASTALIKLAR

### Hipertansiyon

Hipertansiyon, arteryel kan basıncının sürekli olarak yüksek olması durumudur. Geçmişte sistolik kan basıncının 160 mm Hg'nin, diyastolik kan basıncının ise 95 mm Hg'nin üzerinde olması yüksek kan basıncı olarak kabul edilirken, günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve Amerika Ulusal Hipertansiyon Birleşik Komitesi ve Avrupa Hipertansiyon Derneğince 140/90 mm Hg ve üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmektedir.

### Etiyoloji ve risk faktörleri

Hipertansiyon vakalarının %90 ile %95'inde kan basıncı yüksekliğini açıklayacak bir patoloji bulunmamaktadır. Bu hipertansiyon tipine "esansiyel" ya da "primer hipertansiyon" adı verilmektedir. Hipertansiyon vakalarının %5-10'unda ise altta yatan başka bir patolojiye bağlı olarak hipertansiyon gelişmektedir. Bu hipertansiyon tipine ise "sekonder hipertansiyon" adı verilmektedir.

#### *Sekonder hipertansiyonun nedenleri*

- Eksojen maddeler ya da ilaçlar: Hormonal kontraseptifler kortikosteroidler, kokain vb.
- Renal bozukluklarla ilgili nedenler
- Endokrin bozukluklar
- Aort koarktasyonu
- Gebelik
- Nörolojik bozukluklar

#### *Esansiyel hipertansiyonun nedenleri*

- Genetik faktörler
- Fazla tuz alımı
- Obezite
- Alkol
- Sigara
- Fiziksel inaktivite
- Psikososyal faktörler
- Diyabetes mellitus
- Oral kontraseptifler
- Polisitemi



Esansiyel hipertansiyonun nedenleri arasında genetik faktörler, fazla tuz alımı, obezite, fiziksel inaktivite gibi faktörler yer almaktadır.

- Uyku apnesi
- Diğer faktörler; kalsiyumun ve potasyumun az alınması, gürültü vb.

## Epidemiyolojik özellikler

### Kişi özellikleri

**Yaş:** Hipertansiyon genellikle orta ve ileri yaş bireylerde sık görülen bir hastalıktır. Hem kan basıncı ortalamaları yaşın ilerlemesiyle birlikte yükselmektedir hem de yaşlanma ile beraber damar düz kas hücrelerinin sodyum ve kalsiyum konsantrasyonları artarak hipertansiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır.

**Cinsiyet:** Genç erişkinlerde ve erken dönem orta yaş grubunda erkeklerde daha sık görülürken, ileri yaş gruplarında kadınlarda daha büyük oranda hipertansiyon görülmektedir. Tüm yaşlarda ise kadınlarda daha fazla görülmekte, erkeklere göre daha fazla ölüme sebep olmaktadır.

**Sosyo-ekonomik durum:** Gelişmiş ülkelerde alt sosyo-ekonomik gruplarda kan basıncı yüksekliği daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise üst sosyo-ekonomik gruplarda hipertansiyon prevalansı biraz daha yüksektir.

**İrk ve etnik gruplar:** Etnik kökenin alışkanlıklar, sosyo-ekonomik durum çevresel faktörlerden bağımsız olarak rol oynadığına dair çalışmalar yapılmaktadır. ABD’de siyah ırktakilerin kan basıncı beyazlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Ayrıca hastalığın daha ağır tipleri ve hipertansiyona bağlı ölümler siyah ırkta daha fazladır.

### Yer özellikleri

Hipertansiyon sanayileşmiş ve yaşam standardı yüksek olan ülkelerde daha sıktır. Dünya genelinde yapılan değerlendirmelere göre gelişmekte olan ülkelerde %22.9 olan hipertansiyon prevalansı, gelişmiş ülkelerde %37.3’e yükselmektedir.

### Zaman özellikleri

Hastalığın zamanla doğrudan bir ilişkisi olmamasına rağmen ölümler kış aylarında biraz daha fazla görülmektedir.

## İskemik Kalp Hastalıkları

Koroner arterlerin daralması ve tıkanması sonucu miyokardın kanla beslenmesinin yetersiz olması durumudur. Koroner arter hastalığı ve aterosklerotik kalp hastalığı olarak da adlandırılmaktadır.

### Etiyoloji ve risk faktörleri

İskemik kalp hastalığı oluşmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar:

- Hipertansiyon
- Hiperkolesterolemi
- Sigara
- Obezite
- Diyabet



İskemik kalp hastalıkları erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir.

- Fiziksel inaktivite
- Aile öyküsü ve genetik faktörler
- Stres ve kişilik yapısı
- Alkol kullanımı
- Diğer risk faktörleri; hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif kullanımı vb.

## Epidemiyolojik özellikler

### Kişi özellikleri

**Yaş:** İskemik kalp hastalıkları genellikle 30'lu yaşlarda ortaya çıkmaya başlar ve ileri yaşlara doğru giderek artar.

**Cinsiyet:** Hastalık erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir.

**Sosyo-ekonomik durum:** Geçmişte gelişmiş toplumların yüksek sosyo-ekonomik düzeydeki bireylerinde daha sık görülmekteyken, günümüzde bu ülkelerdeki düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanlarda daha fazla görülür hâle gelmiştir.

**İrk ve etnik gruplar:** Beyaz ırkta diğer ırklara göre daha fazla görülmektedir. Ancak son yıllarda Afrika kökenli Amerikalılarda da beyazlara yakın oranlarda görülmeye ve daha yüksek oranlarda ölüme neden olmaya başlamıştır.

### Yer özellikleri

İskemik kalp hastalığı genel olarak gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere, kentsel bölgelerde de kırsal bölgelere daha sık görülmektedir.

### Zaman özellikleri

Hastalığın gelişmesinde mevsimsel bir etki yoktur. Ancak çok sıcak ya da çok soğuk havalarda akut atakları uyarabilmektedir.

## Diyabetes Mellitus

İnsülin salınmasında veya etkisinde görülen yetersizlik sonucu karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasındaki bozukluklar ve hiperglisemi ile karakterize bir hastalıktır. *Gerek doğrudan gerekse komplikasyonları nedeniyle ölümlere ve sakatlıklara yol açan son yıllarda sıklığı hızla artan bir hastalıktır.*

### Etiyoloji ve risk faktörleri

- Genetik faktörler
- İmmünolojik faktörler
- Virüsler
- Obezite
- Beslenmeyle ilgili faktörler
- Fiziksel inaktivite
- Ağır ya da uzamış stres
- Diğer faktörler



İnsüline bağımlı diyabetin başlangıcı 30 yaşın altında olmasına rağmen diyabet ileri yaş hastalığıdır, yaş ilerledikçe diyabetin görülme sıklığı da artmaktadır.

## Epidemiyolojik özellikler

### Kişi özellikleri

**Yaş:** İnsüline bağımlı diyabetin başlangıcı 30 yaşın altında olmasına rağmen diyabet bir ileri yaş hastalığıdır ve yaş ilerledikçe diyabetin görülme sıklığı da artmaktadır.

**Cinsiyet:** Kadınlarda erkeklere göre biraz daha fazla görülmekle birlikte, son yıllarda erkeklerin hastalığa yakalanma oranları kadınlara yaklaşmaktadır.

**Sosyal sınıf:** Diyabet, beslenme olanakları fazla fiziksel çalışması az olan üst sosyal sınıflarda daha fazla görülmektedir.

**İrk ve etnik gruplar:** Bazı etnik gruplarda 40-60 kat daha yüksek sıklıkta görülmektedir. Örneğin ABD'de Pima Kızılderililerinde 30-64 yaş grubunda Tip 2 diyabet prevalansı %50'ye, Mikronezyalılarda %42'ye ulaşmaktadır.

### Yer özellikleri

Diyabet gelişmiş ülkelerde kentsel bölgelerde daha sık görülmektedir, ancak son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de hızla artmaktadır.

### Zaman özellikleri

Tip 2 diyabetin zamanla doğrudan bir ilişkisi yoktur. Ancak tip 1 diyabet kış aylarında diğer aylara göre daha yüksek insidans göstermektedir.

## Serebrovasküler Hastalıklar

Beyni besleyen damarların, özellikle arterlerin tromboz, emboli ile tıkanması, kanaması veya vasküler yetersizlik ya da kan viskozitesinin artması nedeniyle beyin dokusunun yıkılması ya da bozulması durumu ile kendini gösteren hastalıklardır.

Subaraknoid kanama, intraserebral kanama ve serebral arter tıkanması olmak üzere 3 grupta sınıflandırılmaktadırlar.

### Etiyoloji ve risk faktörleri

*Etiyolojide birçok faktör etkili olmasına rağmen hipertansiyon, sigara ve yanlış beslenme gibi değiştirilebilir ve kontrol edilebilir 3 temel faktör, inmeden kaynaklı ölümlerinin %60'ından fazlasından sorumlu tutulmaktadır.* Belli başlı risk faktörleri şunlardır:

- Hipertansiyon
- Sigara
- Diyabetes Mellitus
- Obezite
- Kan lipidleri
- Oral kontraseptifler
- Hormon replasman tedavisi
- Fiziksel inaktivite
- Alkol tüketimi



Serebrovasküler hastalıklarda hipertansiyon, sigara ve yanlış beslenme değiştirilebilir ve kontrol edilebilir 3 temel faktördür.

- İskemik kalp hastalığı
- Atrial Fibrilasyon
- Hematokrit düzeyi

## Epidemiyolojik özellikler

### Kişi özellikleri

**Yaş:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte sıklığı artmaktadır. Ülkemizde serebrovasküler hastalık ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi 65 yaş üzerinde iken, bu oran bazı gelişmiş ülkelerde %90 'lara varmaktadır.

**Cinsiyet:** Serebrovasküler hastalıklar ile cinsiyet arasında önceleri önemli bir ilişki bulunmazken, son yıllarda yapılan çalışmalarda erkeklerin biraz daha fazla risk altında oldukları ortaya konulmaktadır.

**Sosyal sınıflar:** Hastalık sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük olan alt sosyal sınıfları daha çok etkilemektedir. Bu durum sigara içme, kötü beslenme ve koruyucu tıbbi bakımdan daha az yararlanma gibi nedenlere bağlanmaktadır.

**İrk ve etnik gruplar:** ABD, Brezilya ve İngiltere'de yapılan çalışmalar hastalığın siyah ırkta, beyaz ırka göre daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.

### Yer özellikleri

Hastalık her ülkede ve bölgede görülmektedir. Ancak özellikle Sovyetler Birliği ülkeleri ile Doğu Avrupa ülkelerinde en fazladır.

### Zaman özellikleri

Serebrovasküler hastalıkların zamanla dorudan bir ilişkisi yoktur, ancak aşırı sıcak ya da soğuk dolaylı olarak etkileyebilir.

## Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

KOAH, kronik bronşit veya amfizeme bağlı olarak hava akımında ilerleyici ve tamamen geri dönüşü olmayan bir kısıtlamayla karakterize olan ve son yıllarda giderek artan bir hastalıktır. KOAH önlenemez ve tedavi edilebilir bir hastalıktır ve akciğer dışı organlardaki bazı önemli etkileri hastalığın daha ağır seyretmesine katkıda bulunabilir. Hastalığın akciğerdeki etkisi hava akımı kısıtlılığıyla karakterizedir ve tam olarak geri dönüşümlü değildir.

### Etiyoloji ve risk faktörleri

- Sigara: KOAH'ın gelişmesinde en önemli risk faktörüdür.
- Dış ortam hava kirliliği
- Ev içi hava kirliliği
- İşyeri hava kirliliği
- Enfeksiyonlar
- Genetik faktörler
- Diğer risk faktörleri, beslenme, astım, diyabet vb.



KOAH'ın gelişmesinde en önemli risk faktörü sigaradır.

## Epidemiyolojik özellikler

### Kişi özellikleri

**Yaş:** Genellikle 50 yaş üstünde görülmekte ve daha ileri yaşlarda ölüme yol açmaktadır.

**Cinsiyet:** Hastalık erkeklerde kadınlara göre biraz daha fazla görülmektedir ancak aradaki farklılık giderek kapanmaktadır.

**Sosyo-ekonomik durum:** KOAH sıklığı ile sosyo-ekonomik durum arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik durum nedeniyle ev şartlarının olumsuz olması, kötü beslenme, kalabalık yaşam gibi durumlar KOAH'ın bu gruplarda daha fazla görülmesine neden olmaktadır.

**İrk ve etnik grup:** ABD verileri hastalığın beyaz ırkta daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olduğunu göstermektedir.

### Yer özellikleri

KOAH sıklığı en önemli risk faktörü olan sigara içme ile doğrudan ilişkili olduğundan, sigara içme oranının yüksek olduğu ülkelerde daha fazla görülmektedir.

### Zaman özellikleri

Semptomların artmış olmasından dolayı kış aylarında hem KOAH tanısı daha fazla konulmakta, hem de ölümleri daha çok görülmektedir. Öte yandan hastalık yıllara göre giderek artan bir seyir göstermektedir.

## KRONİK HASTALIKLARDAN KORUNMA

**Primordiyal, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) koruma olmak üzere dört temel koruma düzeyi mevcuttur.** Korunmayla ilgili bu yaklaşımlar birbiriyle örtüşmekte ve birbirini tamamlamaktadır. Primordiyal ve primer koruma genellikle toplumun tümünün sağlık düzeyine katkıda bulunurken, sekonder ve tersiyer koruma çoğunlukla hastalık belirtilerini taşıyan bireylere odaklanmaktadır.


### Primordial (Temel) Koruma

Kronik hastalıklara yönelik risk faktörlerinin ortaya çıkmasını önlemek ve ortadan kaldırmak amaçlanır.



Örnek

- Sağlıklı su ve olumlu çevre oluşturulması,
- Tarım ve gıda endüstrisine yönelik ulusal politika ve programların oluşturulması Primordial korumaya örnek olarak verilebilir.

  
Kronik hastalıklarda; Primordiyal, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) koruma olmak üzere dört temel koruma düzeyi mevcuttur.



## Primer (Birincil) Koruma

Primer korumada amaç hastalık etkenlerinin ortaya çıkarılarak bunlardan uzak durmanın sağlanmasıdır. Genellikle toplum ve bazı seçilmiş gruplar hedef alınarak uygulanır.



Örnek

- Toplumun beslenme düzeyinin iyileştirilmesi, bağışıklama yapılması ve çevresel risklerin (radyasyon ve kimyasal maddelere maruziyet) yok edilmesi gibi kişisel ve toplumsal girişimlerle sağlığın korunması.

## Sekonder (İkincil) Koruma

Sekonder korumada kronik hastalığın erken tanısının yapılarak ilerlemesinin durdurulması, tanı ve tedavisinin sağlanması amaçlanmaktadır. *Erken tanı bir hastalığın herhangi bir belirti vermeden erken dönemde yakalanmasıdır.* Kronik hastalıklar genellikle latent dönemi uzun olan hastalıklar oldukları için şikayetlerin ortaya çıktığı dönemde hastalık genellikle ilerlemiş ve zararlara neden olmuş şekilde teşhis edilmektedir.

Erken tanı toplumun tamamına ya da toplumda o hastalık açısından risk taşıyan gruplara yönelik yapılan taramalar yoluyla sağlanır.



Örnek

- 30 yaş üstü bireylere hipertansiyon taraması yapılarak bu bireylerin tespit edilip erken tanı ve tedavisinin sağlanması,
- 40 yaş üstü kadınlara mamografi taraması ile meme kanserinin erken dönemde tanı ve tedavisinin sağlanması amaçlanmaktadır.

## Tersiyer (Üçüncül) Koruma

Üçüncül koruma ile kronik hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının azaltılması hedeflenmektedir. Sakatlık ve engelliliği azaltma, kötü sağlık durumunun neden olduğu acıyı azaltma ve hastanın tedavi edilemeyen durumlara uyumunu sağlama amacını taşıyan önlemlerden oluşmaktadır.

Kronik hastalıklar öldürücülüğü yüksek olan ciddi komplikasyonlara neden olabilen ve tekrarlayıcı olan hastalıklar olduğu için tersiyer korunma önlemlerinin alınması önemlidir.



Örnek

- Hipertansiyon hastalarına hastalıklarının sürekli olduğu, ilaç yada tuzsuz diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerine düzenli olarak devam edilmesi gerekliliğinin anlatılarak hastalığın komplikasyonlarının önlenmeye çalışılması.

## ÜLKEMİZDE KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELE PROGRAMLARI

Kronik hastalıklarla mücadele koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler açısından ortak yaklaşım ve birliktelik gerektiren bir çalışma gerektirir. Ulusal düzeyde hastalık kontrol programları hazırlanarak topluma verilecek sağlık hizmetinin nasıl olacağı kararlaştırılmalıdır.

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklarla ilgili bazı programlar hazırlanarak yürütülmektedir. Bu programlar:

- “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” (2015-2020)
- “Türkiye Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2015-2018)”
- “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” (2014 - 2017)
- “Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı” (2011- 2015)
- “Türkiye Diyabet Programı” (2015-2020)
- “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” (2014-2017)
- “Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” (2014-2017)
- “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı” (2015-2020)
- “Ulusal Kanser Kontrol Programı” (2013-2018)

Kronik hastalıklardan kaynaklanan mortalite ve morbidite durumlarını azaltmak için dünya ülkelerinden hastalık oranları ile ilgili doğru bilgi elde edilmesi, büyük öneme sahiptir. Ancak çoğu ülkede kullanılabilir mortalite verisi yeterli değildir ve sürveyans sistemleri güçsüzdür. Bu hastalıklara ait veriler genel olarak ulusal sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmemiştir. *Ülke düzeyindeki sürveyans sisteminin düzeltilmesi, kronik hastalıklarla mücadelede en önemli öncelik olmalıdır.* Sınırlı kapasiteye sahip sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde bile uygulanabilir ve sürdürülebilir sistemler oluşturulursa, bu hastalıklara yönelik önemli veriler elde edilebilir.

*Kronik hastalıkların sürveyansı ve izlenmesindeki önemli boyuttaki eksikliklere yönelik atılması gerekli adımlar şunlardır:*

- Kronik hastalık sürveyans sistemleri, güçlendirilmeli ve var olan ulusal sağlık bilgi sistemleriyle bütünleştirilmelidir.



Ülke düzeyindeki sürveyans sisteminin düzeltilmesi, kronik hastalıklarla mücadelede en önemli öncelik olmalıdır.



Kronik hastalık sürveyans sistemleri, güçlendirilmeli ve var olan ulusal sağlık bilgi sistemleriyle bütünleştirilmelidir

- Kronik hastalık sürveyans çerçevesinin üç bileşeni olan risk faktörlerinin izlenmesi, ölüm ve hastalık hızlarının izlenmesi ve sağlık sisteminin yanıtları ile ilişki kurulmalı ve güçlendirilmelidir.
- Davranışsal ve metabolik risk etkenlerinin takibi ve sürveyansı özellikle düşük gelirli ülkelerde, en temel öncelik olmalıdır.
- Etkene özel ölümlerin kaydedilmesi ve ilgili yerlere bildirilmesi sağlanmalıdır.
- Yetişkin ölümlerinin bildirilmesi, ulusal ve uluslararası kronik hastalıkların izlenmesi açısından elzem bir gerekliliktir.
- Kronik hastalıklarda sürveyansın bileşenlerinden sağlık sistemi yanıtına yönelik ülke kapasitesinin izlenmesi zorunludur.
- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta düzeyde olan ülkelerde sağlık bilgi sisteminin iyileşmesi için mali ve teknik destekte büyük yapılanmanın olması gerekmektedir.

*Kronik hastalıklarda sürveyans sisteminin güçlendirilmesi, dünyada ve ulusal düzeyde bir önceliktir.* Ölüm oranı ile ilgili verilerinin kapsamını ve kalitesini iyileştirmek, ulusal düzeyde düzenli aralıklarla risk faktörü çalışmaları yapmak ve kronik hastalıklarla mücadele için ulusal kapasiteyi düzenli olarak değerlendirmek için sürveyans sisteminin geliştirilmesi önemlidir.

## 2030 Hedefi

Küresel olarak, 2000 ile 2012 yılları arasında prematür ölümler %15 oranında azalma göstermiştir. Ölüm oranındaki bu azalma, 2030 yılı kronik hastalık hedefine ulaşmada yeterli bir oran değildir. Kronik hastalıklar için hedefe ulaşmada yaşlanan nüfus, hızlı plansız kentleşme ve küresel piyasaların teşviki ile tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme gibi durumları gözönünde bulunduran önemli müdahaleler gerekecektir.

Bu konuda yapılacak çalışmalar, kronik hastalıklarda önlemenin ve tedavinin temel rol oynadığı yönündeki görüşü açısıyla güçlü ulusal planların uygulanması şeklinde olmalıdır.

DSÖ Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Küresel Eylem Planı, 2013- 2020 yılları arasında ülkelere kronik hastalıklar açısından uygulamalarına rehberlik sağlamaktadır. Küresel eylem planının içerdiği hedefler sigara kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği, aşırı tuz kullanımı, obezite, diyabet ve hipertansiyon gibi risk faktörlerinin yanı sıra kronik hastalıkların temel ilaç tedavisi ve teknolojisine de odaklanmalıdır.

Kronik hastalık mortalitesini azaltmadaki başlıca engeller arasında şunlar yer almaktadır:

- Planlama eksikliği
- Sigara gibi zararlı ürünlerin pazarlama olanakları
- Hızlı ve plansız kentleşme
- Yaşlı nüfusun giderek artması

**Bireysel Etkinlik**



- Günümüzde kronik hastalıkların artmasının nedenleri neler olabilir ? Araştırınız.



## Özet

### •KRONİK HASTALIKLAR

•Kronik hastalıklar bir epidemi şeklinde artarak insan sağlığını tehdit etmekte ayrıca ülkelerin ekonomik gelişmesini de engellemektedir.

### •KRONİK HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

#### •Mortalite

•Kronik hastalıklar küresel bir sorun olup, 2012 yılında 56 milyon ölümün 38 milyonu ya da %68'i bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır. 2014 yılı TÜİK mortalite nedeni istatistiklerine göre ülkemizde mortaliteye neden olan hastalıkların başında dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir.

#### •Morbidite

•Ülkemizde kronik hastalık sıklığı ile ilgili veriler, yapılan geniş çaplı araştırmalar sonucunda elde edilmektedir.

#### •Risk Faktörleri

•Kronik hastalıkların büyük bir kısmı, dört belirli davranışla yakından ilişkilidir. Bu davranışlar tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsizlik ve alkol kullanımındır.

### •BAZI KRONİK HASTALIKLAR

#### •Hipertansiyon

•Hipertansiyon genellikle orta ve ileri yaş bireylerde sık görülen bir hastalıktır. Tüm yaşlarda kadınlarda daha fazla görülmekte erkekler göre daha fazla ölüme sebep olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde alt sosyo-ekonomik gruplarda kan basıncı yüksekliği daha sık görülmektedir.

#### •İskemik Kalp Hastalıkları

•İskemik kalp hastalıkları genellikle 30'lu yaşlarda ortaya çıkmaya başlar ve ileri yaşlara doğru giderek artar. Hastalık erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Beyaz ırkta diğer ırklara göre daha fazla görülmektedir.

#### •Diyabetes Mellitus

•İnsüline bağımlı diyabetin başlangıcı 30 yaşın altında olmasına rağmen diyabet bir ileri yaş hastalığıdır ve yaş ilerledikçe diyabetin görülme sıklığı da artmaktadır. Kadınlarda erkekler göre biraz daha fazla görülmekle birlikte, son yıllarda erkeklerin hastalığa yakalanma oranları kadınlara yaklaşmaktadır.

#### •Serebrovasküler Hastalıklar

•Yaşın ilerlemesiyle birlikte sıklığı artmaktadır. Serebrovasküler hastalıklar ile cinsiyet arasında önceleri önemli bir ilişki bulunmazken, son yıllarda yapılan çalışmalarda erkeklerin biraz daha fazla risk altında oldukları ortaya konulmaktadır. Hastalık sosyo-ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük olan alt sosyal sınıfları daha çok etkilemektedir.

#### •Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

•Genellikle 50 yaş üstünde görülmekte ve daha ileri yaşlarda ölüme yol açmaktadır. Hastalık erkeklerde kadınlara göre biraz daha fazla görülmektedir ancak aradaki farklılık giderek kapanmaktadır. KOAH sıklığı ile sosyo-ekonomik durum arasında ters bir ilişki bulunmaktadır.

### •KRONİK HASTALIKLARDAN KORUNMA

•Primordiyal, primer (birincil), sekonder (ikincil) ve tersiyer (üçüncül) koruma olmak üzere dört temel koruma düzeyi mevcuttur.

### •ÜLKEMİZDE KRONİK HASTALIKLARLA MÜCADELE PROGRAMLARI

•Ülke düzeyindeki sörveyans sisteminin düzeltilmesi, kronik hastalıklarla mücadelede en önemli öncelik olmalıdır. Kronik hastalık sörveyans sistemleri, güçlendirilmeli ve var olan ulusal sağlık bilgi sistemleriyle bütünleştirilmelidir.

## DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi kronik hastalıkların özelliklerinden değildir?
  - a) Kuluçka süreleri daha kısa hastalıklardır.
  - b) Multifaktöriyel hastalıklardır.
  - c) Semptomlar tekrar nüsedebilir.
  - d) Çoğunlukla bir sekel bırakabilirler.
  - e) Zaman zaman hastanede yatmayı gerektirebilir.
  
2. Aşağıda kronik hastalıklarla ilgili verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?
  - a) Kronik hastalıkların altında önlenebilir risk faktörleri yatmaktadır.
  - b) Kronik hastalıklar sadece gelişmiş ülkelerin problemidir.
  - c) Nüfusun yaşlanması ile birlikte kronik hastalık sıklığı artmaktadır.
  - d) Kronik hastalıklarda dört temel koruma düzeyi mevcuttur.
  - e) Kronik hastalıklarda sürveyans sisteminin güçlendirilmesi önemlidir.
  
3. Kronik hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili olarak verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?
  - a) 2016 yılındaki ölümlerin %71'i bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanmıştır.
  - b) Düşük sosyo-ekonomik statüye sahip bireylerde kronik hastalık mortalitesi daha yüksektir.
  - c) 2012 yılında kronik hastalık nedeni mortalitenin % 52'si 70 yaş altında gerçekleşmiştir.
  - d) Türkiye' de en sık görülen kanser türü kadınlarda meme, erkeklerde prostat kanseridir.
  - e) Türkiye'de mortalite nedenleri arasında kanserler ikinci sırada yer almaktadır.
  
4. Aşağıdakilerden hangisi Dünyadaki 70 yaş altında kronik hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %67'sini oluşturmaktadır?
  - a) Maling tümörler
  - b) Solunum sistemi hastalıkları
  - c) Diyabet
  - d) Kardiyovasküler hastalıklar
  - e) Kazalar

5. 30 yaş üstü bireylere hipertansiyon taraması yapılarak bu bireylerin tespit edilip erken tanı ve tedavisinin sağlanması hangi tür korumaya örnek olarak verilebilir?
- Tersiyer koruma
  - Birincil koruma
  - İkincil koruma
  - Primordial koruma
  - Üçüncül koruma
6. Aşağıdakilerden hangisi Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklara yönelik yürütülmüş/yürütülen bir program değildir?
- Türkiye Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı
  - Ulusal Kanser Kontrol Programı
  - Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı
  - Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı
  - Kızamık Eliminasyon Programı
7. Aşağıdakilerden hangisi kronik hastalık mortalitesini azaltmadaki başlıca engeller arasında yer almaz?
- Planlama eksikliği
  - Sigara gibi zararlı ürünlerin pazarlama olanakları
  - Hızlı ve plansız kentleşme
  - Yaşlı nüfusun giderek artması
  - Güçlü sürveyans sistemi
8. Aşağıdakilerden hangisi kronik hastalıklara neden olan sağlık davranışlarından biri değildir?
- Hiperlipidemi
  - Sigara kullanımı
  - Fiziksel inaktivite
  - Alkol kullanımı
  - Sağlıksız beslenme
9. Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı mortalite nedeni istatistiklerine göre Türkiye’de mortaliteye neden olan ilk iki hastalık aşağıdaki seçeneklerden hangisinde doğru olarak verilmiştir?
- Solunum sistemi-Endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar
  - Dolaşım sistemi-İyi huylu ve kötü huylu tümörler
  - Dolaşım sistemi- Endokrin, beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar
  - İyi huylu ve kötü huylu tümörler- Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları
  - Solunum sistemi- İyi huylu ve kötü huylu tümörler

10. Aşağıdakilerden hangisinde Türkiye’de erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen kanser türleri birlikte verilmiştir?
- a) Prostat kanseri ve serviks kanseri
  - b) Prostat kanseri ve akciğer kanseri
  - c) Akciğer kanseri ve meme kanseri
  - d) Akciğer kanseri ve serviks kanseri
  - e) Prostat ve meme kanseri

**Cevap Anahtarı**

1.a, 2.b, 3.d, 4.d, 5.c, 6.e, 7.e,8.a, 9.b, 10.c



## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Akın, S. (2012). Kronik Hastalıklarda Primer ve Sekonder Koruma. (Ed) Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 9-21.
- Aylaz, R. (2016). Kronik Hastalıklar. (Ed.) Erci B. Halk sağlığı Hemşireliği. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 331-348.
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010. 17 Kasım 2016 tarihinde [http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel\\_durum\\_raporu.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf) adresinden erişildi.
- Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011, World Health Organization, World Heart Federation and World Stroke Organization. 1 Kasım 2016 tarihinde [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua=1) adresinden erişildi.
- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO, 10 Kasım 2016 tarihinde [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1) adresinden erişildi.
- Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. 10 Kasım 2016 tarihinde <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> adresinden erişildi.
- Öztürk, A. (2011). Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi. (Ed.) Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Önder Ofset, 965-71.
- Satman, I., Ömer, B., Tütüncü, Y., et al. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 28, 169-180.
- Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., et al. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25, 1551-1556.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Ankara
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2009 Kanser İnsidansları, 12 Kasım 2016 tarihinde <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/922-2009-kanser-insidanslar%C4%B1.html> adresinden erişildi.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. 10 Haziran 2019 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> adresinden erişildi.

Türkiye Kanser İstatistikleri,2013 12 Kasım 2016 tarihinde

[http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf)  
adresinden erişildi.

Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması (CREDIT) 2008, Türk

Nefroloji Derneği, 4 Kasım 2016 tarihinde <http://www.tsn.org.tr/>  
adresinden erişildi.

Türkiye’de Hipertansiyon Görülme Sıklığı, 20 Aralık 2016 tarihinde

<http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/dunyasaglikunu/10.pdf>adresinden erişildi.