

Yaşa özel kanser insidans hızları ileri yaşlarda neden düşüyor? Kohort etkisi mi, sağkalım yanılması mı, yoksa yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşmasındaki sorunun göstergesi mi?

Sultan Eser^a, Hülya Karakılınç^b, Raziye Ozdemir^a

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı Türkiye’de yaşlı nüfusta gözlenen kanser insidans hızlarındaki düşüşü irdelemektir. **Yöntem:** Bu çalışmada Beş Kıtada Kanser Görülüşü, IX (Cancer Incidence in Five Continents, IX)’da yayımlanmış olan İzmir ve Antalya illerinde 1998-2002 yıllarında saptanan yaşa özel kanser insidans hızları değerlendirildi. **Bulgular:** İzmir ve Antalya illerinde tüm kanserler için ve hemen her kanser için 64 yaş üzerindeki gruplarda her iki cinsiyette de yaşa özel insidans hızlarında belirgin düşüş eğimi görülmektedir. **Sonuç:** Türkiye’de yaşlı grupların insidans hızlarında, pek çok kanser için belirgin düşüşler söz konusudur. Oysa gerçekte pek çok epitelyal kanserde insidans hızı yaşla birlikte artar. İzmir ve Antalya’da gelişmekte olan diğer ülkelere benzer şekilde gözlenen bu örüntüyü açıklamak için üç varsayımdan sözedebiliriz: 1. Yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki eksiklik (tanı konmasındaki azlık), 2. Kohort etkisi, 3. Sağkalım yanılması. Türkiye’de kanser kayıtçılığındaki gelişmeler bu soruyu ileride daha açık yanıtlayabilecek olanakları sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser insidansı, yaşlılık, Türkiye

Decline in the age specific cancer incidence rates among the elderly in Turkey (Izmir and Antalya): Is it a cohort effect, survival bias or an indicator of lack of accesibility to health care for older adults?

Abstract

Aim: Our purpose was to evaluate the decline in cancer incidence rates-in the elderly in Turkey. **Methods:** Age specific cancer incidence rates for Izmir and Antalya in 1998-2002, which have been published in Cancer Incidence in Five Continents, IX were evaluated. **Results:** In both Izmir and Antalya, for both sexes, age specific incidence rates are decreasing with age significantly after the age of 64. **Conclusion:** Despite the fact that the incidences of most of the epithelial cancers increase with age, there are obvious decreases in cancer incidence rates in the oldest age groups in most sites in Turkey. Three main reasons may be suggested for these decreases: 1, Underdiagnosis due to a lack of access to appropriate health services for the elderly; 2, A Cohort Effect and 3, Survival bias. The recent developments in cancer registration in Turkey are promising to provide more clear answers to these questions as well as to many others.

Key Words: Cancer incidence, elderly, Turkey

^a İzmir Kanser Kayıt Merkezi

^b Antalya Kanser Kayıt Merkezi

Sorumlu Yazar: Sultan Eser, İzmir Kanser Kayıt Merkezi. KIDEM, Zubeyde Hanım cad. No 100 Karşıyaka/İzmir . Tlf: 0 (232) 3830085, E-posta: sultan.eser@gmail.com

Giriş

Sosyal yaşam ve tıptaki gelişmelerle dünyada ortalama yaşam beklentisi ve nüfus içindeki yaşlı sayısı gittikçe artmaktadır. Bunun sonucunda yaşlanan nüfusun gereksinimleri değişmekte, toplumsal ve sağlık sorunları artmaktadır. Yaşlılıkta önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerinden biri kanserlerdir ve yaş ilerledikçe kanser riskinde artış meydana gelmektedir.

Kanser etiyolojisinde ortaya atılan iki temel hipotez, risk faktörlerine yığılımlı maruz kalım (bir organizmanın, herhangi bir risk faktörüne zaman içindeki toplam maruz kaldığı miktar) ve başlıbaşına yaşlanmanın organlardaki etkisidir.^{1,2} Etiyoloji hangisi olursa olsun kanser bir yaşlılık dönemi sorunu olarak tanımlanır. Bu gerçekler ışığında kanserin insidansı her toplumda yaşla artar³ ve toplum yaşlandıkça kanserden etkilenen yaşlı nüfus oranının da artması beklenir.^{4,5} Bu beklenti özellikle epitelial kökenli kanserler için söz konusudur.^{6,7}

Yaşa özel kanser insidans eğrileri gerçekte yalnızca yaştan değil, doğum kohordu ve dönem (periyod) etkilerinden de etkilenir.⁷ Pek çok kanserin epidemiyolojisindeki en dikkat çekici özellik, insidans ve mortalitenin yaşla birlikte hızlı artışı ve genellikle aynı toplum içinde yaş grupları arasındaki insidans farklılıklarının toplumlar arası insidans farklılıklarından daha büyük olmasıdır.^{8,9}

Ancak toplumların gelişmişlik düzeyine göre ileri yaş gruplarında kanser insidansları farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş toplumlarda yaşlılardaki kanser insidansları gelişmekte olan toplumlarda görülenden çok daha yüksektir.¹⁰ Kanser insidanslarında gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda gözlenen farklılık genel olarak her yaş grubunda beklenir ve yaşla birlikte paralel gelişim gösterirken, 65 yaş üstündeki yaş gruplarında bu eğilim bozulur. Gelişmekte olan toplumlarda yaşla birlikte doğrusal bir eğilimle artan kanser sıklığı yaşlılık döneminde birden ters eğim gösterir.¹¹ Kanser sürveyansının son yıllarda batılı gelişmiş ülkeler yanında

gelişmekte olan ülkelerde de evrensel olarak kabul edilen standartlara göre ve "kanser kayıtçılığı" adı altında izlenmeye başlanmasından sonra gelişmekte olan ülkelerdeki veya toplumlardaki bu ters eğim dikkati çekmeye başlamıştır.¹²⁻¹⁵ Böylesi beklenmeyen epidemiyolojik bulgularda doğal olarak ilk akla gelen biyolojik ve çevresel faktörlerden çok, kayıt-bildirim ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik; yani tanı konabilirlik düzeyidir. Yaşlılardaki kanser gelişme sıklıklarındaki değişimin yorumlanabilmesinde bir çok kanserin, özellikle kolon ve beyin kanserleri ile multipl miyelom gibi hastalıkların tanı ve kaydedilmelerindeki farklılıkların güçlük yarattığı bilinmektedir.¹⁶ Yalnız kanserlere değil diğer bazı sağlık sorunlarına da yaşlılarda daha az tanı konduğu bildirilmektedir.¹⁷ Yaşlılarda kanser tanısındaki toplumlar arasındaki farklılıkların nedenlerinin başında toplum tarama programlarında görülen farklılıklar gelir.¹⁸ Bir toplumdaki sağlık sisteminin başarısı burada kilit önemdedir. Kişi başına sağlık hizmet kullanımı sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin en kaba göstergelerinden biridir ve hizmete erişimin düşük olması yukarıda tartışılan tanı biasına yol açıyor olabilir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin ilk ve verileri en eskiye dayanan, uluslararası kanser kayıtçılığı standartlarına uygun veri toplayan ve işleyen İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi ile Antalya Kanser Kayıt Merkezi verileri kullanılarak yaşlılardaki kanser sıklığının nasıl bir eğim gösterdiğinin ortaya konması ve bu eğimin nedenlerinin tartışılmasıdır.

Yöntem

Bu çalışmada Uluslararası Kanser Kayıt Merkezleri Birliği (International Association of Cancer Registries, IARC) tarafından periyodik olarak yayımlanan, yeterli geçerlilik ve güvenilirlikteki kayıt merkezlerinin verilerinin yer aldığı Beş Kıtada Kanser İnsidansı'nın son cildindeki (Cancer Incidence in Five Continents, Vol IX) İzmir ve Antalya kayıt merkezlerinin 1998-2002 yılları arasında erkek ve kadınlarda

bütün kanserler ve sık görülen kanserler için 65 yaş ve üzeri nüfusta yaşa özel insidans hızları incelenmiştir.¹ Yaşa özel kanser insidansları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden bazı örneklerle karşılaştırılarak yaşa göre kanser riski eğimindeki farklılıklar belirlenmiştir.

Bulgular

İzmir ve Antalya'daki 65 yaş ve üzeri erkeklerde sık görülen kanserin yaşa özel

insidans hızları Tablo 1'de görülmektedir. İzmir'de tüm yerleşim yerleri için yaşa özel insidans hızı 65-69 yaş grubunda yüzdede 1230 iken, 75-79 yaş grubunda 1648'e yükselmekte ve bu yaş grubundan sonra düşerek 80-84 yaş grubunda 1277.8'e, 85+ yaş grubunda 1041.8 düzeyine inmektedir. Akciğer, mide, prostat ve mesane kanserlerinde benzer bir eğim izlenirken, kolorektal kanserlerde en yüksek hız 80-84 yaş grubunda görülmektedir.

Tablo1: İzmir ve Antalya'da 65 yaş ve üzerinde yaşa özel kanser insidans hızları (yüzbinde), Erkek, 1998-2002

Yerleşim yeri	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Trakea, bronş ve akciğer	487.4	576.5	514.3	301.2	156.5
Prostat	96.1	171.6	215.3	183.9	145.7
Mesane	116.3	149.5	178.6	149.0	135.0
Kolorektal	75.3	116.1	111.5	117.4	102.6
Mide	62.6	78.2	114.0	50.7	48.6
Tüm yerleşim yerleri	1230.0	1609.0	1648.0	1277.8	1041.8
Deri hariç tüm yerleşim yerleri	1159.5	1498.6	1510.0	1071.7	836.7
Yerleşim yeri	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Trakea, bronş ve akciğer	226.2	240.1	235.8	191.4	81.1
Prostat	154.3	215.4	288.1	264.4	243.4
Mesane	109.6	139.5	157.2	118.5	81.1
Kolorektal	31.8	51.2	54.6	27.3	25.4
Mide	73.0	68.8	96.0	63.8	81.1
Tüm yerleşim yerleri	1046.2	1267.5	1449.5	1139.5	1014.2
Deri hariç tüm yerleşim yerleri	914.2	1105.1	1244.3	1002.7	791.1

Antalya'da yaşa özel kanser insidanslarının İzmir'e göre daha düşük olduğu görülmektedir. Tüm yerleşim yerleri için yaşa özel insidans hızı 65-69 yaş grubunda yüzdede 1046.2, 75-79 yaş grubunda 1449.5 ve 85 yaş ve üzerinde 1014.2'dir. Hızlar İzmir verilerine benzer şekilde 75-79 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmakta ve bu yaş grubundan sonra düşmektedir. Ancak mide kanseri yaşa özel insidansı 85 ve üzeri yaş grubunda bir

miktar yükseliş göstermektedir. Tüm yerleşim yerleri için kadınlardaki yaşa özel kanser hızları İzmir ilinde 65-69 yaş grubunda 488.7, 75-79 yaş grubunda 128.9 ve 85 yaş ve üzerinde 585.4'dür. Aynı yaş grupları için Antalya'daki hızların sırasıyla 534.7, 779.8 ve 528 olduğu görülmektedir. Her iki ilde de en sık görülen kanser türü meme kanseridir ve en yüksek düzeyine 75-79 yaş grubunda ulaşmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2: İzmir ve Antalya'da 65 yaş ve üzerinde yaşa özel kanser insidans hızları (yüzbinde), Kadın, 1998-2002

Yerleşim yeri	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Meme	99.8	129.8	128.9	91.1	75.8
Kolorektal	41.8	74.6	76.5	65.4	65.4
Mide	22.4	37.3	46.1	35.0	27.5
Diğer deri	51.9	97.3	115.3	114.4	141.2
Tüm yerleşim yerleri	488.7	691.5	752.5	569.7	585.4
Deri hariç tüm yerleşim yerleri	436.8	594.2	637.2	455.3	444.2
Yerleşim yeri	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Meme	86.5	90.9	110.3	69.9	48.0
Kolorektal	42.6	69.1	82.7	35.0	64.0
Mide	28.0	30.3	39.4	55.9	32.0
Diğer deri	80.4	128.0	153.6	125.8	184.0
Tüm yerleşim yerleri	534.7	673.7	779.8	573.0	528.0
Deri hariç tüm yerleşim yerleri	454.3	545.7	626.2	447.2	344.0

Tablo 3: Bazı ülkelerde 65 yaş ve üzerinde tüm kanserler* için yaşa özel kanser insidans hızı**, Erkek, 1998-2002*** (Kaynak no 10)

Toplum	65-69	70-74	75-79****	80-84	85+
İsviçre, Cenevre	2240.1	2660.5	2784.7	3501.4	3543.7
Almanya, Saarland	1941.2	2530.8	2976.7	3250.4	3420.2
ABD, SEER-14	2301.7	2894.1	3252.5	3310.3	3247.9
Japonya, Aichi	1467.3	2002.5	2439.5	2813.4	3025.7
Çin, Wuhan	1138.9	1468.0	1670.0	1389.4	833.8
Çin, Guangzhou	1384.3	1980.3	2251.8	4037.6	2629.1
Pakistan, GüneyKaraçi	1024.5	860.2	696.0		

*Malign melanom dışı deri kanserleri hariç **Yüzbinde ***Pakistan için 1993-1997
****Pakistan için 75+ yaş grubu

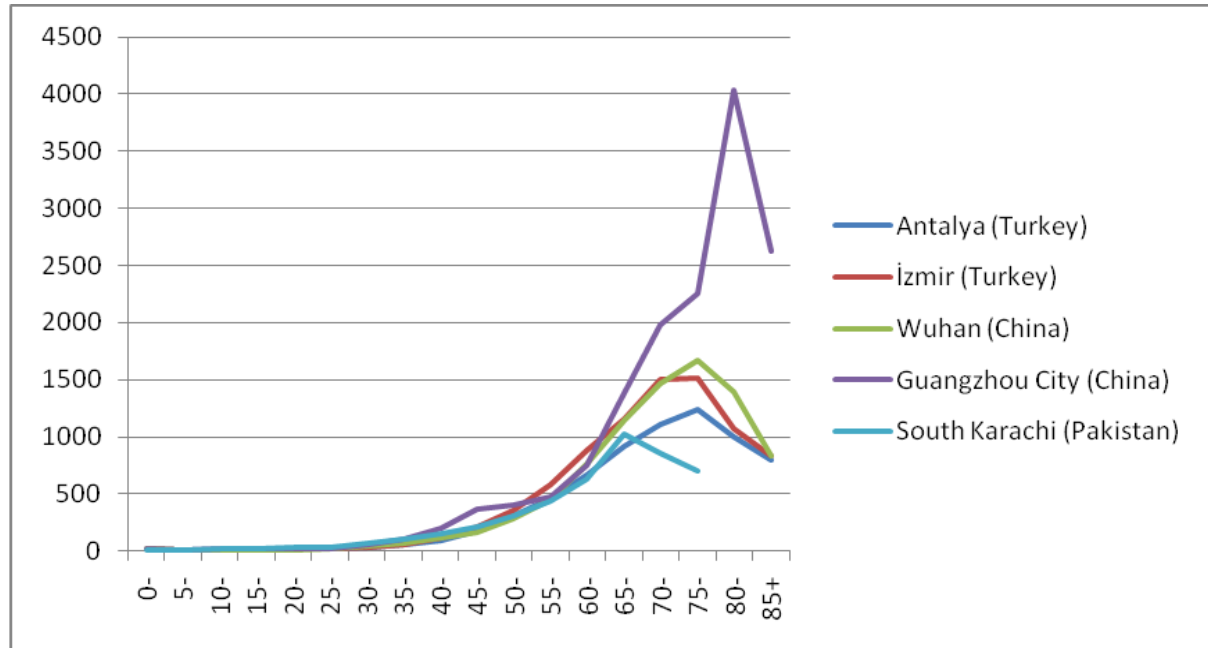
Gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında, hem erkek hem de kadınlarda ülkemizdeki 65 yaş sonrası yaşa özel kanser hızlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte insidans

hızlarında sürekli bir artış görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise hem erkekler hem de kadınlarda İzmir ve Antalya'dakine benzer olarak ileri yaşlarda kanser insidans hızlarında düşüş görülmektedir (Tablo 3, 4)

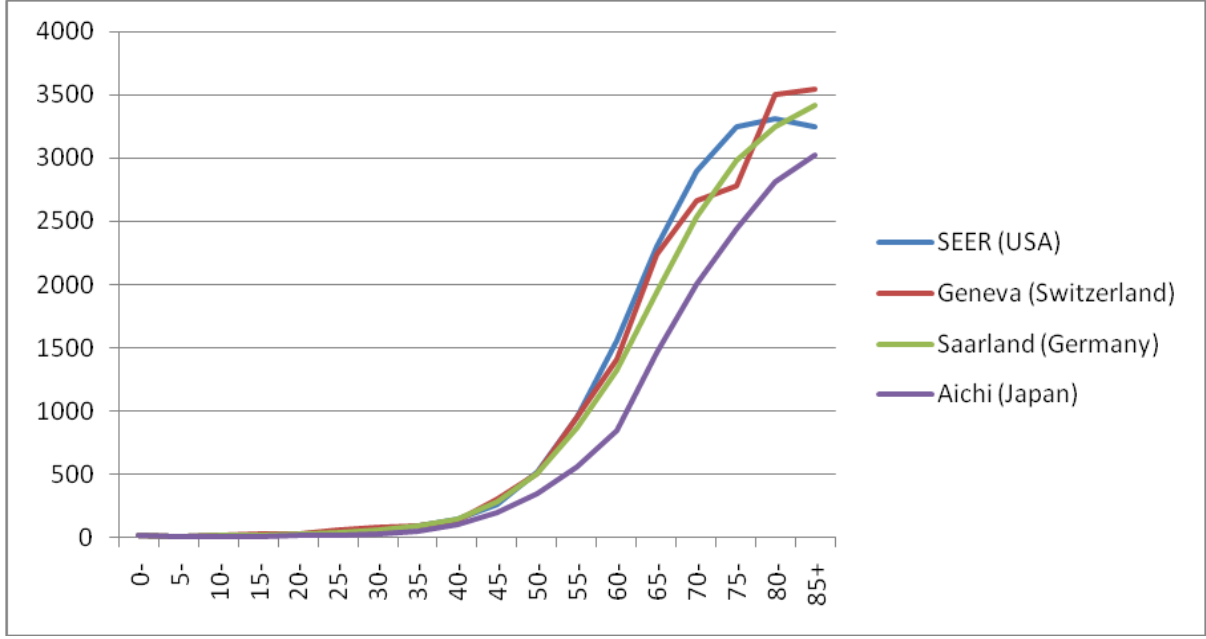
Tablo 4: Bazı ülkelerde 65 yaş ve üzerinde tüm kanserler* için yaşa özel kanser insidans hızı**, Kadın, 1998-2002*** (Kaynak no 10)

Toplum	65-69	70-74	75-79****	80-84	85+
İsviçre, Cenevre	1121.9	1283.4	1601.3	1698.3	1887.9
Almanya, Saarland	1060.4	1284.8	1545.5	1814.3	1922.8
ABD, SEER-14	1364.1	1620.8	1856.8	1968.5	1884.8
Japonya, Aichi	722.7	916.9	1111.2	1256.8	1447.4
Çin, Wuhan	563.6	673.9	672.9	558.8	380.4
Çin, Guangzhou	710.6	815.3	783.1	1399.0	850.1
Pakistan, GüneyKarachi	870.1	446.3	397.8		

*Malign melanom dışı deri kanserleri hariç **Yüzbinde ***Pakistan için 1993-1997
****Pakistan için 75+ yaş grubu

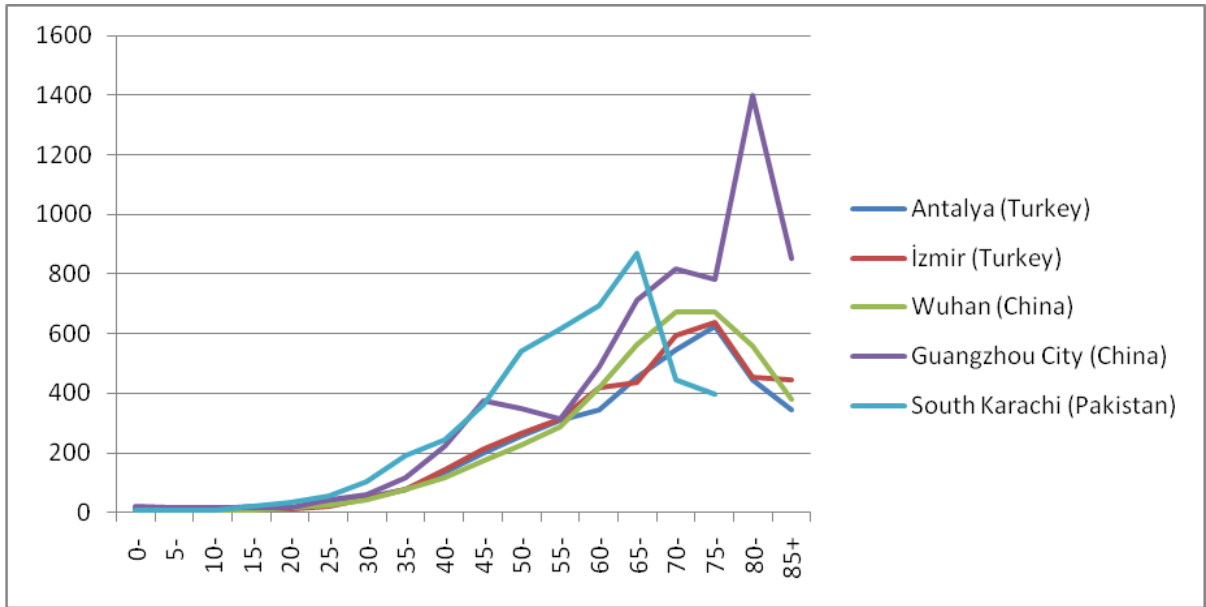
**Şekil 1:** Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde yaşa özel kanser insidans hızları*, bütün kanserler** (Kaynak no 10)

*Yüzbinde, Pakistan için 1993-97, 75+yaş grubu, diğerleri 1998-2002, **Malign melanom dışında deri kanseri hariç



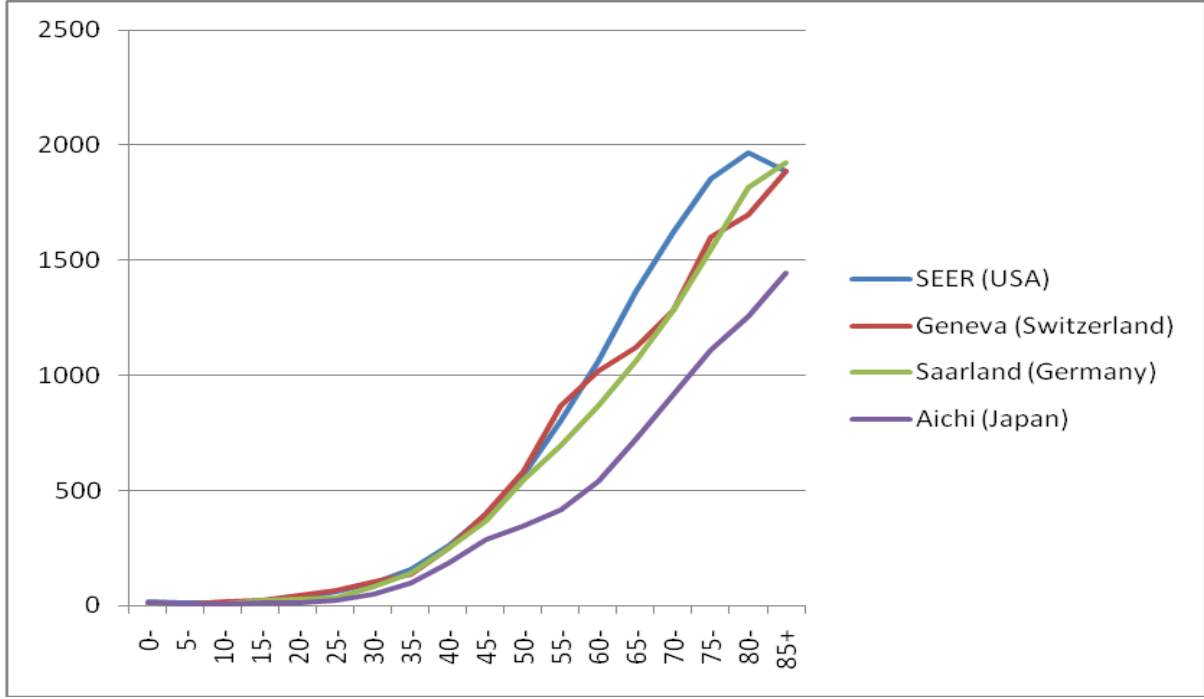
Şekil 2: Gelişmiş ülkelerde erkeklerde yaşa özel kanser insidans hızları*, bütün kanserler** (Kaynak no 10)

*Yüzbinde , **Malign melanom dışında deri kanseri hariç



Şekil 3: Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda yaşa özel kanser insidans hızları*, bütün kanserler** (Kaynak no 10)

*Yüzbinde, Pakistan için 1993-97, 75+yaş grubu, diğerleri 1998-2002, **Malign melanom dışında deri kanseri hariç



Şekil 2: Gelişmiş ülkelerde kadınlarda yaşa özel kanser insidans hızları*, bütün kanserler** (Kaynak no 10)

*Yüzbinde , **Malign melanom dışında deri kanseri hariç

Tablo 5: Bazı ülkelerde tüm yerleşim yerleri için 0-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında saptanan kanser* olgu sayısı** ve yüzdeleri, 1998-2002*** (Kaynak no 10)

Toplum	<65		≥65		Toplam Olgu Sayısı*
	Olgu Sayısı	%	Olgu Sayısı	%	
İsviçre, Cenevre	4633	44.4	5770	55.3	10433
Almanya, Saarland	11643	39.4	17917	60.6	29560
ABD, SEER-14	695600	46.3	920352	53.7	1615952
Japonya, Aichi	7180	43.0	9094	55.9	16274
Çin, Wuhan	18337	58.9	12812	41.1	31149
Çin, Guangzhou City	13413	54.8	11082	45.2	24495
Pakistan, GüneyKarachi	6803	79.7	1736	20.3	8539
Türkiye, İzmir	15951	61.9	9817	38.1	25768
Türkiye, Antalya	5341	65.3	2838	34.6	8179

* Malign melanom dışında deri kanseri hariç bütün kanserler

**Yaşı bilinmeyen olgular dahil edilmemiştir

***Pakistan için 1993-97

Tablo 5'de izlendiği gibi gelişmiş ülkelerde olguların yarısından fazlası 65 yaş ve üzerinde ortaya çıkarken, ülkemizde bu yaş grubunda kanserlerin yaklaşık üçte biri meydana gelmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada elde edilen bulgular İzmir ve Antalya illerinde özellikle 80 yaş üzerinde kanser insidanslarındaki artış eğiminin durduğu, hatta bir düşüş eğiminin başladığını göstermektedir. Bu durumun salt birkaç kanser türü ile sınırlı kalmadığı, her iki cinsiyette de görülen tüm kanser türleri için de geçerli olduğu saptanmıştır. İnsidans artışındaki azalmanın her iki kanser kayıt merkezi verilerinde, her iki cinsiyette ve tüm kanser tiplerinde görülmesi bu düşüşün rastlantısal olmadığını önemli bir göstergesi olarak sayılabilir. Veri güvenilirliği bir sorun olsaydı bu eğimin yaygın ve tutarlı bir seyir izlemesi beklenmezdi.

Olgu sayılarına bakıldığında, İzmir'de olguların % 38.1'i, Antalya'da % 34.6'sı 65 yaş ve üzerinde ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise olguların yarısından fazlası bu yaş grubunda görülmektedir. 65 yaş ve üzeri kanserlerin en yüksek yüzdeye sahip olduğu ülke Almanyadır (% 60.6). Gelişmekte olan ülkelerde aynı oran %50'nin oldukça altındadır ve en düşük oran % 20 ile Pakistan Güney Karacı'de gözlenmektedir (Tablo 5). 65 yaş ve sonrası kanser olgularının bütün kanserler içindeki oranının gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere oranla belirgin şekilde yüksek oluşu, öncelikle bu toplumlardaki yaşlı nüfus oranının fazlalığıyla açıklanabilir. Ancak bu yaş grubundaki erkek ve kadınlardaki kanser riskinin daha genç yaştakilere göre 11 kat kadar daha yüksek olduğu da bilinmektedir¹⁹.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre İzmir ve Antalya'da yaşa özel kanser insidansında 79 yaşından sonra keskin bir düşüş görülmektedir. Malign melanom dışı deri kanserleri dışında tüm kanserler için erkeklerde yaşa özel insidans hızı İzmir'de 65-69 yaş grubunda yüzbinde 1159.5 iken,

75-79 yaş grubunda 1510'a yükselmekte ve daha sonra 80-84 yaş grubunda 1071.7, 85+ yaş grubunda ise 836.7 düzeyine inmektedir. Antalya'da ise aynı yaş grupları için yaşa özel insidans hızları sırasıyla 914.2, 1244.3, 1002.7 ve 791.1'dir. Kadınlarda da benzer bir eğim izlenmektedir. Malign melanom dışı deri kanserleri dışındaki tüm kanserler için yaşa özel insidans hızı 75-79 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmış (İzmir'de 637.2, Antalyada 626.2) bu yaş grubundan sonra düşüş görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşlı gruplardaki kanser insidans hızları her iki cinsiyet için de İzmir ve Antalya'da olduğu gibi yaşla birlikte düşme eğilimi gösterirken, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki yaşa özel kanser insidansı çalışmamızda elde edilen bulgularla farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde malign melanom dışı deri kanserleri dışındaki tüm kanserler için yaşa özel hızlar yaşla birlikte sürekli bir artış göstermektedir (Tablo 3 ve 4, Şekil 1, 2, 3, 4)

İzmir ve Antalya illerinde ileri yaşlarda kanser insidans hızlarındaki düşüş genellikle gelişmekte olan ülkelerde görülen örüntüyle örtüşmektedir.^{1,13,14,20} Bu düşüş eğiliminin olası nedenleri arasında, yaşlı kanserleri ile ilgili kanser kayıt verilerindeki yetersizlik, kohort etkisi, sağkalım yanığı ve bu illerde yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşamaması sayılabilir.

Kayıt merkezlerindeki veri toplama eksikliklerinin salt yaşlılarla sınırlı olması beklenemez ve "kanser kayıt verilerinin kalitesindeki yetersizlik olasılığı" tezi bu örüntüyü açıklayamaz. "Kohort etkisi" de düşüş eğilimini açıklamaları olası bir nedendir. Kanser bir süregen çevresel maruz kalım sonucu gelişen bir hastalık olarak kabul edildiğinde araştırmanın yapıldığı tarihte 80'li yaş kohordunda (1920-1925 doğumlu) olan yaşlı bireylerin halen daha genç yaş kohortlarında olan bireylere göre olasılıkla daha farklı ve hatta daha kırsal bir yaşam sürdürdükleri düşünülebilir. 1927 nüfus sayımında %24.2 olarak saptanan kentsel nüfus oranı²¹, 2009 yılı sayım sonuçlarında %75.4 olarak saptanmıştır.²² Bu değişim, yaşam biçimi ve

çevresel olumsuz etkenlerle karşılaşmada hızlı artış nedeniyle kanser görülüşünde olası bir kohort etkisine işaret edebilir. İzmir ve Antalya illerinde ileri yaşlarda görülen kanser insidans hızlarındaki düşüşün bir miktarının kohort etkisi ile açıklanması olasıdır. Bu konuda daha iyi fikir sahibi olmak için tek tek kanser türlerini incelemek gerekir. Örneğin erkeklerde akciğer kanseri insidans hızında ileri yaşlarda çok keskin bir düşüş gözlenmektedir.¹ Sigara ve tütünle karşılaşmanın yirmili yıllarını doldurmasıyla akciğer kanserine yakalanma riskinin büyük ölçüde artırdığı bilinmektedir. 20-30 yıl öncesinde de ülkemizde erkeklerdeki sigara içme prevalanslarının yüksek olduğunu göz önüne aldığımızda, akciğer kanseri insidansında 65 yaş ve üzeri grupta görülen düşüşü kohort etkisi ile açıklayamayız.

Öte yandan yine bu düşüşün olası diğer önemli bir epidemiyolojik açıklayıcı nedeni de “sağkalım yanılıgısı (bias)” olabilir. Sağkalım yanılıgısı, özellikle birincil ve ikincil (erken tanıya dayalı) koruma ile ilgili sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici davranışların kurumsallaşmadığı toplumlarda genetik avantajı olmayan bireylerin dışındaki kişilerin erken ölümü nedeniyle sağ kalan yaşlı toplumunda beklenenden daha düşük insidansın gözlenmesidir. Sağkalım yanılıgısının, 70’li yaşlardan başlayarak gözlenen bu düşüş eğilimini açıklamakta en akla yakın neden olduğu düşünülebilir.

Düşüş eğilimi nedenselliğindeki olası diğer seçenek ve bu araştırmanın en önemli hipotezi olan “yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşamaması” irdelenmeye değer bir argümandır. Fallah ve arkadaşları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşlılarda kanser insidansının azalmasını inceleyen yayınlarında yaşlılarda tanı koymanın eksik olduğu ve ileri yaşlardaki insidans hızlarındaki düşüşün gerçek olmadığı kabulüne dayanarak, bu hatanın genel kanser insidans hızlarında da eksik tahmine neden olacağını ileri sürmüşler ve tahminleri düzeltmek için yöntemler önermişlerdir.^{15,23}

Ülkemizde 1935 yılından 2000 yılına kadar % 3.3-4.7 arasında seyreden 65 yaş ve üzerindeki kişilerin oranı 2000 yılında % 5.7’ye,²⁴ 2009 yılında ise % 7’ye yükselmiştir.²² 2050’de ise bu grubun nüfus içindeki yüzdesinin 20’ye ulaşacağı öngörülmektedir.²⁴ Yaşlı nüfusun artması ile bu grubun sağlık ve sosyal sorunları daha fazla önem kazanmaktadır. Ancak ülkemizde yaşlı sağlığına yönelik bir örgütlenme olmadığından sorunların çözümü daha da güçleşmektedir. Yaşlılarda birçok hastalığın erken tanınması mümkün olmamaktadır. Yaşlıların tıbbi sorunlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan taramalar sonucunda bu yaş gruplarında bildirim yapılmamış hastalık sayısının çok yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlılardaki birçok hastalığın tanısının konulmadığı ve tedavi edilmediği bilinmektedir. Yaşlılar normal yaşlanma ile hastalığı karıştırmakta, sorunlarının yaşlılık için normal bir durum olduğunu varsaymakta ve yapılacak bir şey olmadığına inanarak çoğu zaman hastalık bildiriminde bulunmamaktadırlar.²⁵

Günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere toplumsal ve sosyal yapıda hızlı değişimler yaşanmaktadır. Kentleşme, göç, geleneksel aile yapısının terk edilmesi, değer sistemlerinin farklılaşması gibi pek çok faktörün, yaşlı insanları diğer gruplardan daha fazla etkilemesi beklenir. Yaşlıların yalnızlığı ve bağımlılıkları arttıkça, temel gereksinimlerini karşılayabilmeleri önündeki fiziksel, sosyal ve ekonomik engeller de çoğalmaktadır. Ülkemizde ileri yaşlarda kanser insidansında görülen düşüşün nedenlerinden biri hizmet kullanımından kaynaklanan nedenlerle olguların saptanma oranının düşük olmasına bağlanabilir. Bir çok gelişmekte olan ülke gibi Türkiye’de de sağlık sektörü örgütlenme, finansman, yönetim, enformasyon, insan kaynakları ve hizmet sunumu ile ilgili pek çok sorunla karşı karşıyadır. Türkiye kişi başına sağlık harcaması bakımından tüm OECD ülkeleri içinde en son sırada yer almaktadır (kişi başına 580 dolar). OECD ortalaması kişi başına 2550 dolar iken bu değer ABD’de 6102 dolar, Lüksemburg’da 5089 dolar ve

İsviçre’de 4077 dolardır.²⁶ Ülkemizde sağlık sistemini iyileştirme gerekçesiyle uygulanan yeniden yapılandırma çalışmaları ise, temelde hizmet sunumu ve finansmanında özel sektörün payını artırmaya yönelik düzenlemeleri içermekte, bunun sonucunda dezavantajlı gruplar başta olmak üzere hizmete erişimin daha da kısıtlanacağı beklenmektedir.

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler sosyal belirleyiciler, sağlık sistemleri ve bireysel belirleyiciler olarak üç grupta incelenmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireysel belirleyiciler değiştirilemezken, kişilerin hizmetlere erişimini engelleyen sosyal sorunlar ve sağlık sisteminin özelliğinden kaynaklanan faktörler kontrol edilebilir. İzmir ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan araştırmada koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını kişinin yüksek statülü bir işinin olması 2.91 kat, gelirin yüksek olması 1.91 kat ve sosyal güvencesinin olması 2.0 kat; tedavi edici hizmetlerin kullanımını ise yüksek statülü işin 0.51 kat ve sosyal güvencesinin olmasının 2.31 kat artırdığı tespit edilmiştir²⁷. Ankara’da yapılan bir çalışmada ise 65 yaş ve üzerindeki kişilerin son hastalandıkları zaman sadece % 48’inin bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvuru yüzdesinin 65-74 yaş grubunda % 53.6 iken, 75 yaş ve üzerinde ise %33.9’a düştüğü tespit edilmiştir. Sosyal güvenceye sahip olan kişilerin % 52.4’ünün, sosyal güvencesi olmayan kişilerin ise %25’inin sağlık kuruluşuna başvurduğu bulunmuştur. Kişilerin yarısının (% 50) sağlık ocağına başvurduğu, bunun nedenlerinin başında ise, sağlık ocağının ücretsiz ve evlerine yakın olmasının geldiği bulunmuştur.²⁸

Gelişmiş ülkelerde, ülkemizdeki durumun tersine, yaşlı nüfusun değişen gereksinimlerine paralel olarak sağlık hizmeti kullanımları yaşla birlikte artış göstermektedir. ABD’de Medicare harcamaları 1966’da Gayri Safi Yurtiçi

Hasılanın %0.6’si iken 1999’da %2.5’e yükselmiştir. 2025 yılında ise %4’e ulaşması beklenmektedir. 1965-1998 yılları arasında yaşlıların sağlık hizmeti kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta Medicare tarafından yapılan ortalama kişi başı sağlık harcamalarının 1967’de 217 dolardan 1998 yılında 5439 dolara yükseldiği saptanmıştır. En büyük artış ise 85 yaş ve üzerindeki grupta gerçekleşmiştir. Bu kişilerin sağlık harcaması 65-74 yaş grubundaki kişilerle karşılaştırıldığında 1966 yılında 1.67 kat, 1997 yılında ise 1.98 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu artış Medicare kapsamındaki hizmetlerden evde bakım, vasıflı hemşire bakımı ve palyatif bakım merkezlerinin kullanımının artmasına atfedilmiştir.²⁹

Gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında, gelişmiş ülkelerde yaşam standardı yüksek ve sağlık hizmetlerine ulaşım oldukça iyi olmasına karşın, bu ülkelerde yaşayan dezavantajlı gruplar için de bazı eşitsizlikler söz konusudur. ABD’de yaşlılarda mammografi, pap test ve kolorektal kanser tarama testlerinin kullanımının belli bir ırka ve etnik azınlığa mensup kişilerde, düşük eğitimlilerde, yoksulluk seviyesinin altındaki kişilerde ve kırsal kesimde daha az sıklıkla kullanıldığı tespit edilmiştir. Örneğin 75 yaş ve üzerindeki Meksika kökenli Amerikalı kadınların % 40’ının hiç mamografi çekmediği, yaklaşık yarısının ise hiç pap test yaptırmadığı tespit edilmiştir.³⁰

Sonuç olarak yaşlılarda kanser sıklığındaki düşüşün önemli ölçüde sağkalm yanılıgısına bağlanabileceği düşünölmekle birlikte diğler olası nedenler olan yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşımındaki sınırlılıklar, yaşlıların örgütlü ve nitelikli sağlık hizmetinden yararlandırılmasındaki kültürel engeller ve kohort etkisi de dikkate alınmalıdır. Bu konuda düzenlenecek ileri araştırmalarda bu faktörlerin irdelenmesi gereklidir.

Kaynaklar

1. Douglas D, The role of aging in cancer incidence: An epidemiological study. *Journals of Gerontology* 1989; 44 (6): 10-18.
2. Cutler RG, Semsei I, Development, cancer and aging: Possible common mechanisms of action and regulation. *Journals of Gerontology* 1989; 44 (6): 25-34.
3. de Souza Fêde AB, da Costa Miranda V, Pecoroni PG et al, Importance of cancer among the Brazilian elderly population from 2000 to 2005. *Einstein*. 2009; 7(2 Pt 1):141-6.
4. Monfardini S, Yancik R , Cancer in the elderly: Meeting the challenge of an aging population. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85 (7): 532-8.
5. Yancik R, Population aging and cancer: a cross-national concern. *Cancer J*. 2005; 11(6):437-41.
6. Day NE, Brown CC, Multistage models in primary prevention of cancer. *J Natl Cancer Inst* 1980; 64:977-89.
7. Kaldor JM, Day NE, Mathematical models in cancer epidemiology. In: Schottenfeld D, Clayton D, Schifflers E, editors. *Models for temporal variation in cancer rates. II: Age-period-cohort models*. *Stat Med* 1987; 6:469-8.
8. Mezzanotte G, Cislighi C, Decarli A, La Vecchia C, Cancer mortality in broad Italian geographical areas, 1975-1977. *Tumori* 1986; 72:145-52.
9. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J, Cancer incidence in five continents. Vol. VII. IARC Scientific Publications No. 143. Lyon: IARC; 1997.
10. Curado M P, Edwards B, Shin HR et al, *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX* IARC Scientific Publications No. 160, Lyon: IARC; 2007.
11. Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York: Oxford University Press; 1996:127-37.
12. Freedman LS, Barchana M, Al-Kayed S, et al. A comparison of population-based cancer incidence rates in Israel and Jordan. *Eur . J. Cancer Prev*. 2003; 12 (5): 359-65.
13. Fallah M, Kharazmi E, Global cancer incidences are substantially underestimated due to under-ascertainment in elderly cancer cases. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10: 223-6.
14. Fallah M, Kharazmi E. Substantial underestimation in cancer incidence estimates for developing countries due to under-ascertainment in elderly cancer cases. *Cancer Letters* 2008; 264: 250-5.
15. Fallah M, Kharazmi E. Iran cancer incidence should be corrected for under-ascertainment in cancer cases in the elderly (aged 65+). *Asian Pac J Cancer Prev* 2007 Jul-Sep;8(3):348-52.
16. Franceschi S. Cancer epidemiology in the elderly. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2001; 39(3): 219-26.
17. Vincent A, Clover L, Buckley C, Grimley Evans J, Rothwell P. Evidence of underdiagnosis of myasthenia gravis in older people. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2003;74:1105-8.
18. Lambert R, Sauvaget C, Sankaranarayanan R. Mass screening for colorectal cancer is not justified in most developing countries. *Int J Cancer*. 2009 15;125(2):253-6.
19. Ershler WB. Cancer: A disease of the elderly. *The Journal of Supportive Oncology* 2003;1(suppl 2):5-10.
20. Parkin DM, Chen W, Ferlay J, Galceran J, Whelan SL. *Comparability and quality control in cancer registration*. Lyon: IARC Press: 1994. S 38-39

21. Nüfus istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu.
www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11. Erişim Haziran 15, 2010.
22. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2009. Türkiye İstatistik Kurumu.
www.turkstat.gov.tr/jsp/duyuru/upload/vt_en/vt.htm. Erişim Haziran 15, 2010.
23. Fallah M, Kharazmi E. Correction for under-ascertainment in cancer cases in the very elderly (aged 75+): external reference method. *Cancer Causes Control* 2008; 19:739-49.
24. Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı, Yayın No DPT: 2741, 2007.
25. Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık. *Kriz Dergisi* 1997; 5 (2): 95-101. S 6-7
26. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi* 2008; (2): 95-104.
27. Aydoğdu NG. Sağlık Hizmeti Kullanımına etki eden faktörlerin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans tezi, İzmir; 2007. S 1
28. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, et al. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesiinde 65 yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 6 (1): 22-6.
29. Lubitz J, Greenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D, Three decades of health care use by the elderly 1965–1998, *Health Affairs* 2001; 20(2): 19-32.
30. Intercultural cancer council (ICC). Elderly and cancer. Available at: <http://iccnetwork.org/cancerfacts/ICC-CFS10.pdf>. Accessed June 20.