

**KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARI BİLGİ NOTU**

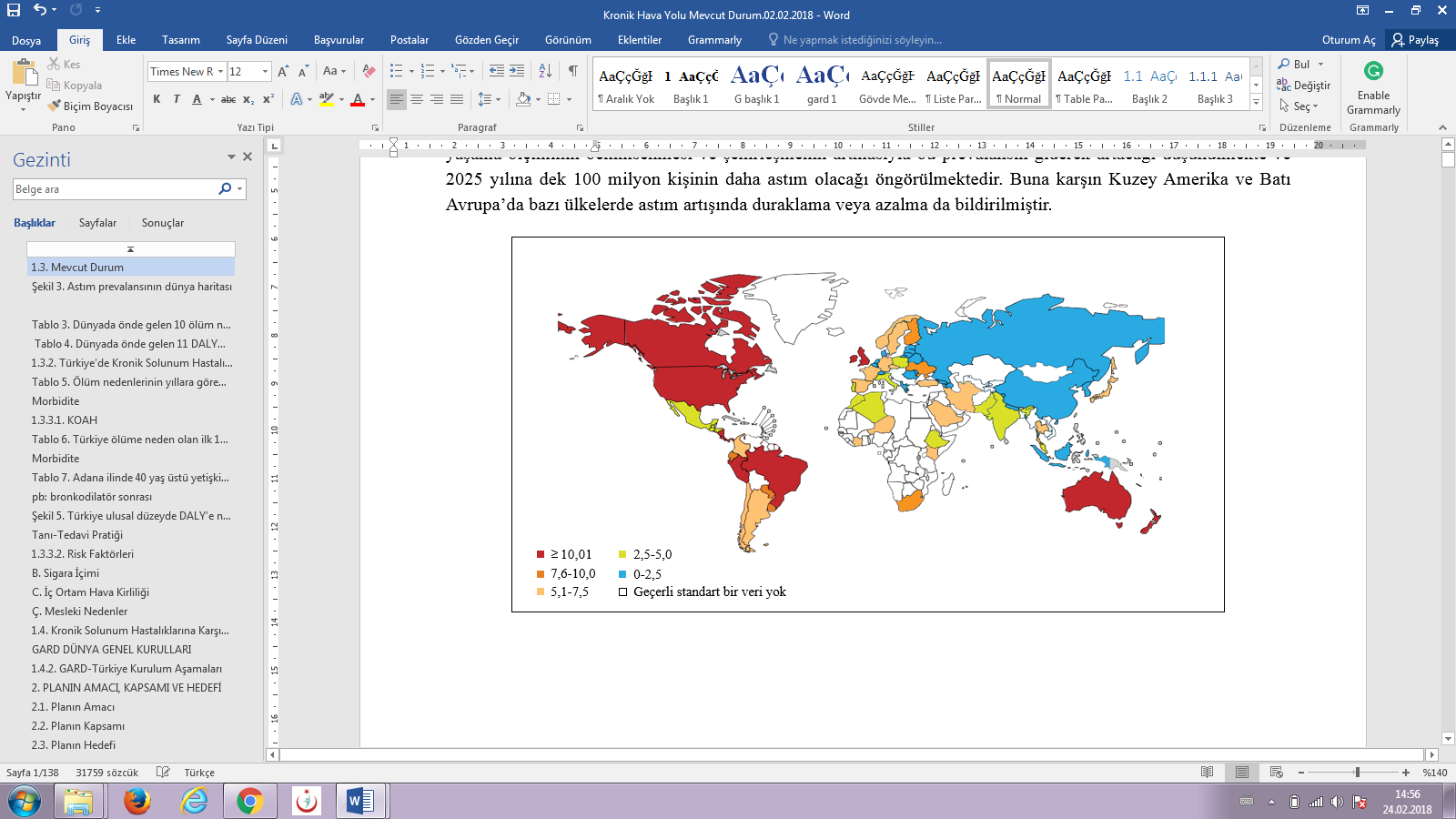
17.06.2019

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

**DÜNYADA KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARI**

Çocuklar ve erişkinlerde uygulanan standartlaştırılmış yöntemlere dayanarak astımın küresel prevalansının dünyanın farklı ülkelerinde yaşayan toplumlarda değiştiği düşünülmekle birlikte tüm dünyada Dünya Sağlık Örgütü Kasım 2013 verilerine göre 235 milyon astım hastası olduğu tahmin edilmektedir.

Çok uluslu iki büyük çalışma (European Community Respiratory Health Survey, ECRHS ve International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC) ile dünyada astım prevalans haritası çıkarılmıştır. Ülkeler arasında farklılıklar gösterse de son 40 yıl içinde tüm ülkelerde astım ve alerji prevalansı artmıştır (Şekil 1). Modern yaşama biçiminin benimsenmesi ve şehirleşmenin artmasıyla bu prevalansın giderek artacağı düşünülmekte ve 2025 yılına dek 100 milyon kişinin daha astım olacağı öngörülmektedir. Buna karşın Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’da bazı ülkelerde astım artışında duraklama veya azalma da bildirilmiştir.



**Şekil 1. Astım prevalansının dünya haritası**

***Kaynak:*** *Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases, A comprehensive approach, WHO 2007*

Dünya genelinde DSÖ verilerine göre 2005 yılında astıma bağlı ölüm sayısı yılda 255.000 olarak saptanmıştır. Ülkeler arasında belirgin farklılıklar mevcut olup ölüm oranları hastalık prevalansı ile paralel değildir. Ölümlerin çoğunluğu önlenebilir ölümlerdir ve uzun dönem medikal tedavinin yetersizliği ile son atakta tedavide gecikilmesinden kaynaklanırlar. Dünyanın birçok yerinde astımlı hastalar astım ilaçlarına ve sağlık merkezlerine ulaşmada zorlanırlar. Kontrol edici ilaçların bulunamadığı ülkelerde ölüm oranları yüksektir. Astım tedavisinde sağlanan gelişmeler ile astımdan ölüm oranları birçok gelişmiş ülkede azalmıştır.

Astım hem doğrudan (hastaneye yatış ve ilaçlar) hem de dolaylı olarak (işe gidememe ve erken ölüm) ekonomik yükü arttırır. Avrupa’da iş, okul günü kaybı astım olgularının yüzde 14’ünde bildirilmektedir. Ağır ve iyi kontrol edilmemiş astımın ekonomik yükü yüksektir. Gelişmiş ülkelerde astım tanı-tedavi programları ölüm ve hastaneye yatış oranlarını azaltmaktadır. ABD’de 3748 düşük gelirli çocuğa uygulanan eğitim programıyla hastaneye yatışta yüzde 35, astım nedeniyle acile yatışta yüzde 27 ve poliklinik başvurularında yüzde 19 azalma sağlanmıştır.

KOAH’ın yükü birçok yolla değerlendirilebilir. Bunlar; mortalite, morbidite (prevalans ve DALY) maliyet ve yaşam kalitesidir. Bu bölümde sadece mortalite, morbidite ve maliyet üzerine odaklanılacaktır.

Gelişmiş ülkelerde KOAH ikincil ölüm sayısının ise yılda yaklaşık 300 bin civarında (tüm ölümlerin yaklaşık yüzde 10’u) olduğu bildirilmiştir. DSÖ tahminlerine göre KOAH 2030 yılında en yaygın 4. ölüm nedeni haline gelecektir (Şekil 2).

**2030**

**2015**

**Şekil 2. Dünyada önde gelen 10 ölüm nedeninin 2015-2030 yılları arasında ölüm nedeni sıralamasındaki yerlerinin değişimi**

***Kaynak:*** *Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. WHO.* *(Son erişim 3 Mart 2018)* *http://www.who.int/healthinfo/global\_burden\_disease/projections/en/*

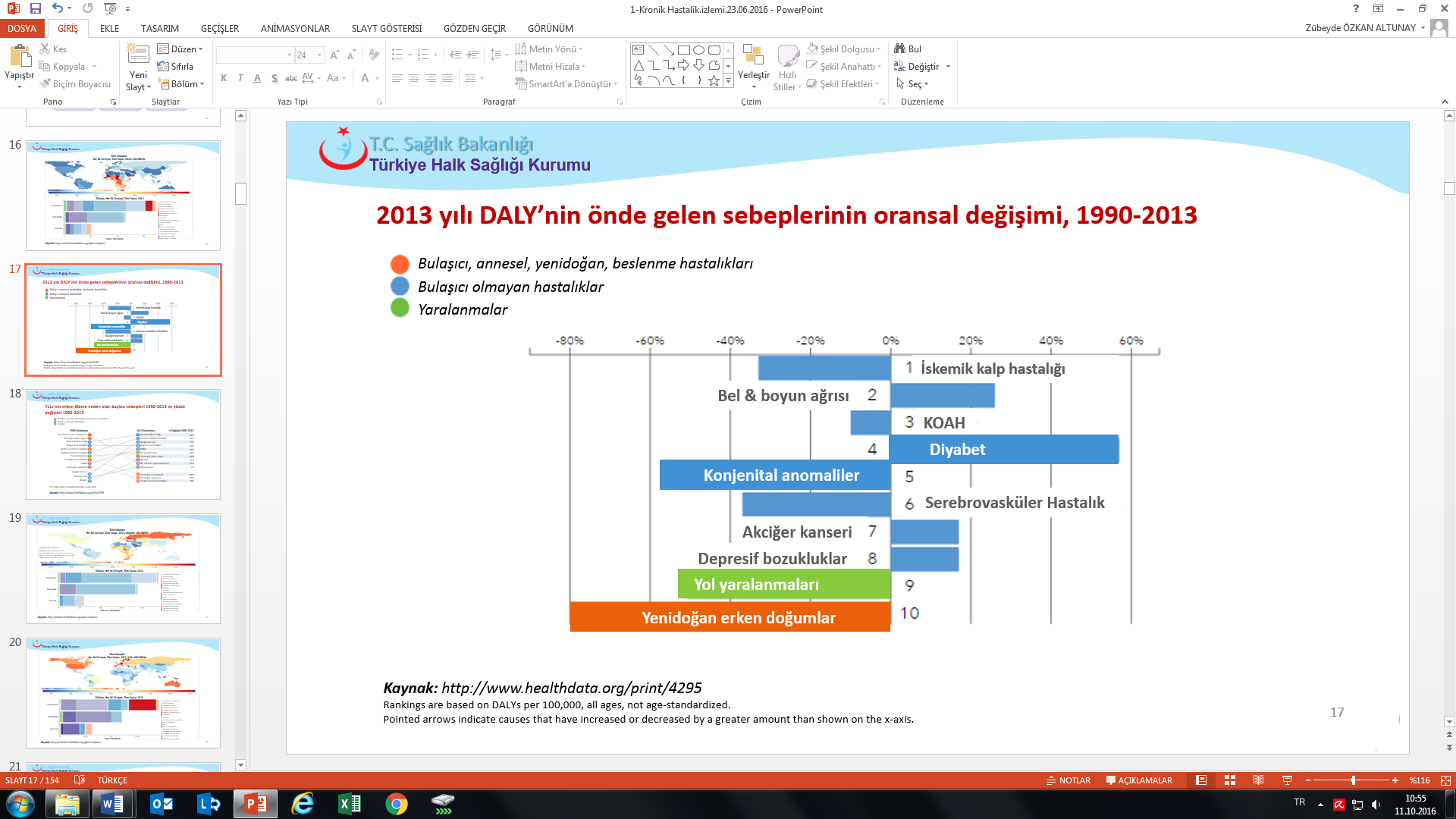
Son 30-40 yılda KOAH’dan ölümler giderek artmaktadır. 1965-1998 yılları arasında ABD’de erkeklerde koroner arter hastalığından ölümler yüzde 59, inmeden ölümler yüzde 64 ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan ölümler yüzde 35 azalmasına karşın, aynı dönemde KOAH’dan ölümler yüzde 163 artmıştır. Kanada’da da benzer artışlar izlenmektedir. Buna karşın bazı Avrupa ülkelerinde mortalitede azalmalar başlamıştır. KOAH’a ilişkin ölümlerdeki artışta tütün ürünü kullanma salgınındaki artış ve toplumun, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaş yapısındaki değişiminin büyük katkısı bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler’in 2012 verilerine göre 60 yaş üzeri kişilerin sayısının 2100 senesinde 3 katından fazla olacağı beklenmekte; 2013’te 841 milyondan 2050’de 2 milyara ve 2100’de de yaklaşık 3 milyara çıkacağı beklenmektedir.

KOAH genellikle yaşlıların ve tütün ürünü kullanan erkeklerin hastalığı olarak algılanır. Oysa ABD’de 2000 yılında ilk kez KOAH’dan ölen kadın sayısı, erkeklerin sayısını geçmiştir. Bu durum, ABD’de kadınların tütün ürünü kullanma oranlarındaki artışa, daha uzun yaşamalarına ve sonuçta KOAH gelişme riskine daha fazla sahip olmalarına bağlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise KOAH’dan ölümler hala erkekler arasında daha fazladır. Çünkü KOAH mortalite eğilimi, tütün ürünü kullanma epidemisini 20-30 yıl ara ile izlemektedir.

KOAH prevalansını değerlendirmede birçok yaklaşım kullanılmaktadır: Örneğin; kişilerin verdiği bilgiye dayalı doktor tanılı KOAH prevalansı, anketlerle sorgulanan solunumsal semptomların prevalansı ve spirometri ile hava akımı kısıtlanmasının varlığına dayalı prevalans (bronkodilatör testi ile birlikte veya değil). Kullanılan yönteme bağlı olarak farklı prevalans değerleri elde edilmekte, doktor tanılı KOAH’da en düşük, solunumsal semptomlarda en yüksek, spirometriye dayalı yöntemde ise bu ikisinin arasında bir değer elde edilmektedir. GOLD rehberinin yayımlandığı 2003 yılından beri KOAH tanısında spirometriye gereksinim bulunduğu yaygın kabul görmüş ve günümüzde en azından epidemiyolojik çalışmalarda bu yaklaşım altın standart haline gelmiştir.

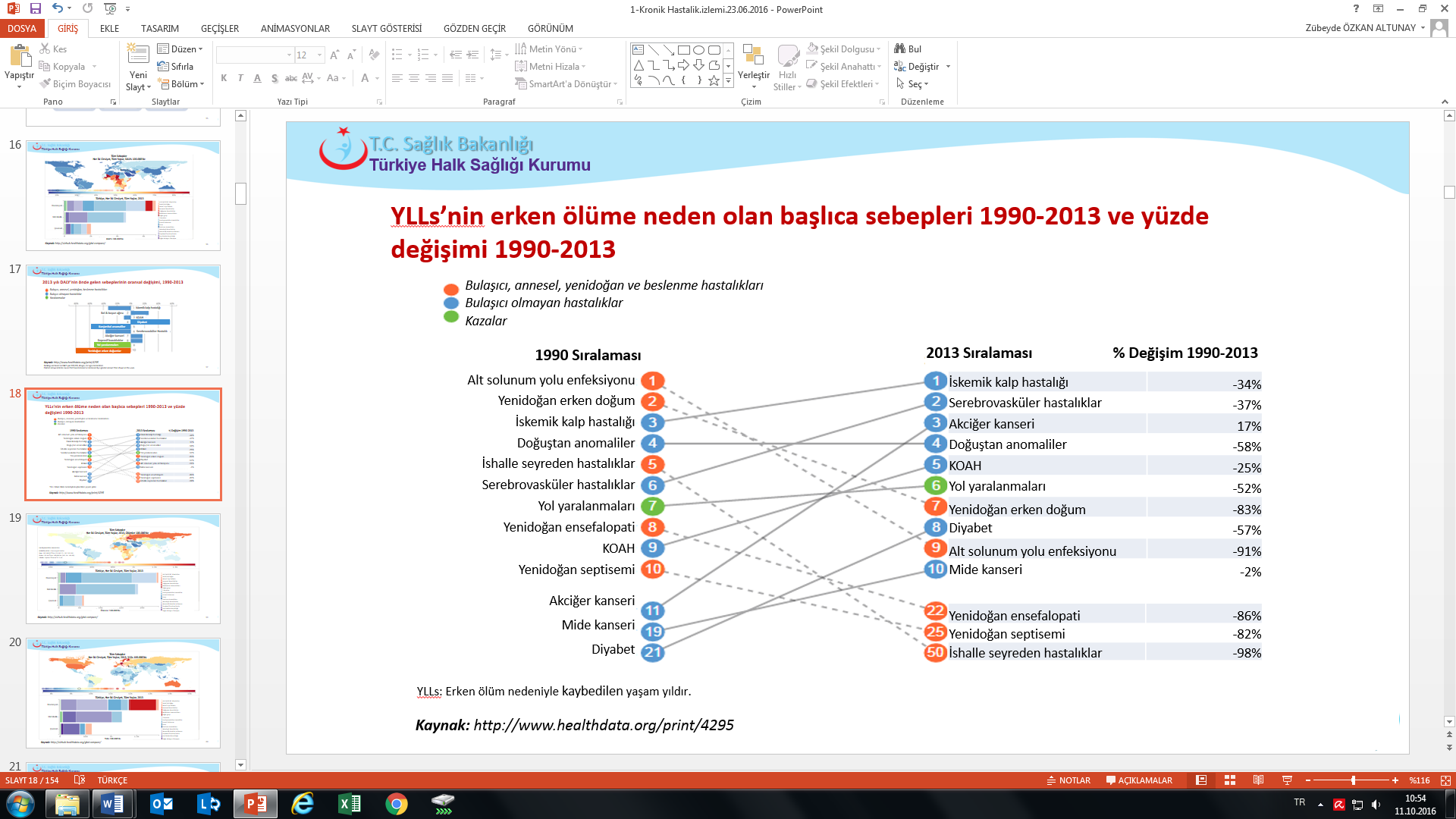
1990-2001 yılları arasında yayımlanan toplum tabanlı 32 prevalans çalışmasının meta-analizinde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansının yüzde 9-10 olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda yapılan iki uluslararası çalışma bu konuda daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki, Güney Amerika’nın beş kentinde yapılan PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) (Latin Amerika Ülkelerinde KOAH Çalışma Projesi) çalışmasıdır. Diğeri ise BOLD girişimi tarafından şimdiye kadar 18 ülkede yapılan çalışmalardır. KOAH prevalansını ve hastalığın sosyal ve ekonomik yükünü ölçmek amacıyla standart metotların kullanıldığı bu çalışmalarda, sabit oran ölçütü (FEVı/FVC<yüzde 70) kullanıldığında KOAH prevalansının yüzde 20’ler düzeyinde olduğu, hastalığın yaşla ve tütün ürünü kullanma yoğunluğu ile ilişkili olarak arttığı, gelişmiş ülkelerde tütün ürünü kullanma yaygınlığı ile ilişkili olarak erkek ve kadınlarda benzer prevalans değerlerinin elde edildiği, fakat gelişmekte olan ülkelerde hastalığın erkeklerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir.

Son yıllarda DSÖ tarafından morbiditeyi veya hastalık yükünü değerlendirmede YLD (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı) ve DALY ölçütü kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve önümüzdeki yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH’a ikincil YLD ve DALY’nin artması beklenmektedir.



**Şekil 3. Dünya’da DALY (Engelliliğe Atfedilen Kaybedilen Yıllar)’nin önde gelen sebeplerinin oransal değişimi, 1990-2013**

***Kaynak:*** *Rankings are based on DALYs per 100,000, all ages, not age-standardized. Pointed arrows indicate causes that have increased or decreased by a greater amount than shown on the x-axis.* [*http://www.healthdata.org/print/4295*](http://www.healthdata.org/print/4295)



**Şekil 4. Dünya’da YLLs’nin (Erken Ölüm Nedeniyle Kaybedilen Yaşam Yılı) erken ölüme neden olan başlıca sebepleri 1990-2013 ve yüzde değişimi 1990-2013**

***Kaynak:*** *YLLs; Erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yıldır.* [*http://www.healthdata.org/print/4295*](http://www.healthdata.org/print/4295)

**TÜRKİYE’DE KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARI**

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de 2016 yılında toplam 408.782 ölüm gerçekleşmiştir. Solunum sistemi hastalıklarından ölüm sayısı ise 48.532 olup kalp-damar hastalıkları ve kanserlerden sonra 3. sıradadır. Türkiye’de ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıkların yüzde dağılımı, AB, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’de birinci grup hastalıklar (bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı hastalıklar) AB ve gelişmiş ülkelerden yüksektir. Ancak kronik hastalıkların yer aldığı ikinci grup (bulaşıcı olmayan hastalıklar, kalp-damar sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, endokrin, nutrisyonel hastalıklar, duyu organ bozuklukları, genitoüriner sistem hastalıkları, malign neoplazmlar, kas-iskelet sistemi ve nörolojik bozukluklar, nöropsikiyatrik bozukluklar ve ağız ve diş sağlığı bozuklukları) açısından bakıldığında tablo gelişmekte olan ülkelere benzemektedir ki bu durum yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıkların yükselmekte olduğunu ifade etmektedir.

TÜİK 2009 yılından itibaren meydana gelen tüm ölüm vakalarının nedenlerini DSÖ kurallarına uygun olarak Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10’a (ICD-10) göre kodlamaktadır. 2017 yılı verilerine göre nedeni tespit edilen 416.881 ölümün 226.166’sını erkekler, 190.657’sini ise kadınlar oluşturmuştur. 2017 yılında ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; yüzde 39,7 ile dolaşım sistemi hastalıkları, yüzde 19,6 ile iyi ve kötü huylu tümörler, yüzde 12 ile solunum sistemi hastalıkları, yüzde 4,8 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, yüzde 4,9 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları ve yüzde 4,5 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler olarak görülmektedir. Solunum sistemi hastalıkları ölüm nedenleri içerisinde 3. sırada yer almaktadır.

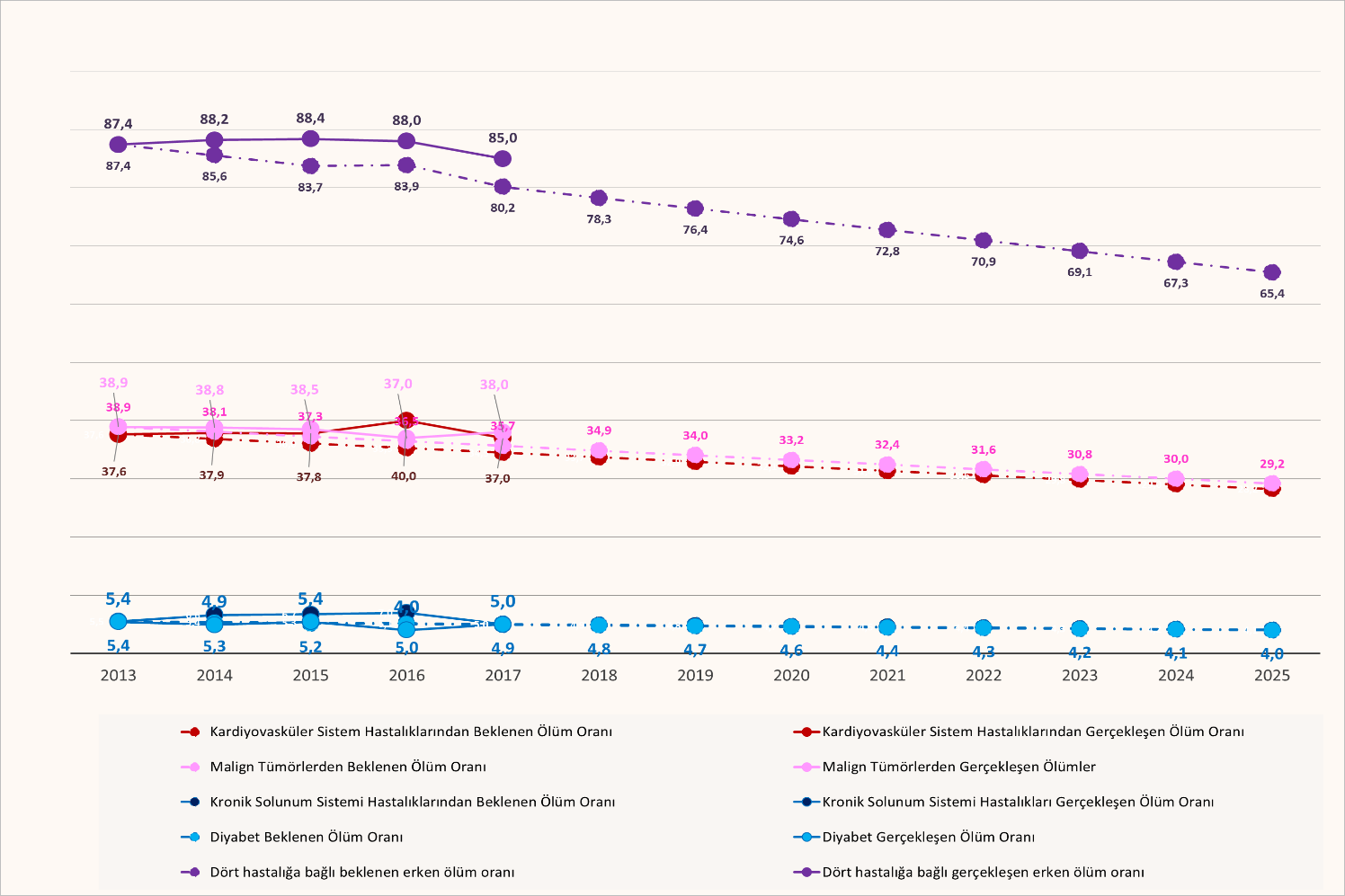
**Tablo 1. Ölüm nedenlerinin yıllara göre dağılımı, tüm yaş grupları, her iki cinsiyet, (%), 2010-2017**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ölüm Nedenleri** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** |
| Dolaşım sistemi hastalıkları | 39,6 | 38,8 | 37,9 | 39,6 | 40,0 | 40,1 | 39,5 | 39,7 |
| İyi ve kötü huylu tümörler | 21,3 | 21,1 | 21,1 | 21,2 | 20,4 | 19,9 | 19,4 | 19,6 |
| Solunum sistemi hastalıkları | 8,3 | 10,1 | 9,7 | 9,8 | 10,6 | 11,0 | 11,7 | 12 |
| Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar | 6,4 | 6,3 | 6,0 | 5,6 | 5,1 | 5,0 | 4,9 | 4,8 |
| Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları | 3,7 | 3,7 | 4,3 | 5,7 | 5,3 | 4,8 | 4,8 | 4,9 |
| Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler | 4,4 | 4,1 | 4,1 | 4,1 | 4,3 | 4,8 | 5,1 | 4,5 |
| Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.) | 16,3 | 15,9 | 16,9 | 14,0 | 14,4 | 14,4 | 14,3 | 14,5 |
| **Toplam** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** |

***Kaynak:*** *TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2010-2017*

**Tablo 2. Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıklardan beklenen/gerçekleşen ölüm oranları, 30-69 yaş, %, 2013-2017**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Kardiyovasküler sistem hastalıklarından beklenen ölümler | 37,6 | 36,8 | 36,0 | 35,3 | 34,5 |
| Kardiyovasküler sistem hastalıklarından gerçekleşen ölümler | 37,6 | 37,9 | 37,8 | 33,8 | 37,0 |
| Malign tümörlerden beklenen ölümler | 38,9 | 38,1 | 37,3 | 36,5 | 35,7 |
| Malign tümörlerden gerçekleşen ölümler | 38,9 | 38,8 | 38,5 | 37,0 | 38,0 |
| Kronik solunum sistemi hastalıklarından beklenen ölümler | 5,5 | 5,4 | 5,3 | 5,1 | 5,0 |
| Kronik solunum sistemi hastalıklarından gerçekleşen ölümler | 5,5 | 6,6 | 6,7 | 7,0 | 5,0 |
| Diyabetten beklenen ölümler | 5,4 | 5,3 | 5,2 | 5,0 | 4,9 |
| Diyabetten gerçekleşen ölümler | 5,4 | 4,9 | 5,4 | 4,0 | 5,0 |

***Kaynak:*** *TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013-2017*

**Şekil 5.** **Yıllara göre bulaşıcı olmayan hastalıklardan beklenen/gerçekleşen ölüm oranları ve tahminleri, 30-69 yaş,** **%, 2013-2025**

***Kaynak:*** *TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013-2017*

UHY-ME çalışmasına göre; astım, ulusal düzey yaş grubu dağılımında 0-14 yaş grubu içerisinde sadece erkeklerde yüzde 0,2 oranı ile ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaktadır. Kentsel alan 0-14 yaş grubunda on yedinci sırada ölüm nedeni olan astım, aynı yaş grubunda kırsal alanda ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde yer almamaktadır. 15-59 yaş grubu ulusal düzey ölüm nedenleri sıralamasında astım yüzde 1,3 oranı ile on sekizinci sıradadır. Kentsel alan 15-59 yaş grubunda yüzde 1,3 oranı ile yirminci sırada bulunmaktadır. Kırsal alan 15-59 yaş grubunda ise astım erkeklerde yüzde 1,1 ile yirminci, kadınlarda yüzde 1,5 oranı ile on yedinci sırada ölüm nedeni olmasına rağmen toplamda ilk 20 hastalık içerisinde yer almamaktadır.

TÜİK verilerine göre ülkemizdeki 2017 yılı ölümlerinin yüzde 0.4’ü astım nedeniyle gerçekleşmiştir. TÜİK 2017 ölüm nedeni istatistiklerine göre KOAH ve bronşektazi ülkemizde 4. ölüm nedenidir.

**Şekil 6. Türkiye ölüme neden olan ilk on hastalığın yüzde değişimi, (%), 2004-2017**

***Kaynak:*** *2004 yılı verisi UHY-M 2004, 2013-2017 verileri TÜİK Ölüm Nedenleri İstatistikleri*

Astım, ülkemizde hem çocukluk döneminde hem de yetişkin yaş grubunda sık rastlanılan kronik hastalıklardan birisidir. Türkiye’de yaklaşık 3-4 milyon astımlı olduğu tahmin edilmektedir. Astım ile ilgili bilgiler çeşitli araştırmalardan sağlanmaktadır. Bu çalışmaların çoğu ülkenin farklı bölgelerinde çocuk ve erişkin astım prevalansı üzerinde yoğunlaşmıştır. Türkiye’de çocukluk astımı konusunda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda genelde 3 farklı metodoloji kullanılmıştır. Bunlar; ISAAC anketi, Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği (AİD) tarafından adapte edilen ATS anketi ve Aberg anketidir. Erişkin çalışmaları için ise çalışmaların büyük çoğunluğunda ECRHS anketi kullanılmıştır. Dünyada değişik bölgelerdeki gözlemlere benzer olarak, Türkiye’de de astım prevalansı farklı şehir ve bölgelerde büyük değişkenlik göstermektedir. Çalışmalarda coğrafi bölgelere bağlı olarak astım prevalansının çocuklukta yüzde 5-10, erişkinde yüzde 2-6 arasında değiştiği görülmektedir. Genel olarak prevalans sahil bölgelerinde, büyük şehirlerde ve düşük sosyoekonomik düzeyde daha yüksektir. Çocukluk enfeksiyonları, tütün dumanına pasif etkilenim, ailede astım, atopi öyküsü, prematüre doğum, düşük rakım ve yüksek atmosferik basınçta yaşamak astım riskini arttırabilir. Türkiye’de veriler astımın çocuklukta erkeklerde, adolesan dönemden sonra kızlarda daha sık olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda 2011 verilerine göre doktor tarafından tanı konmuş yaşa ve cinsiyete standardize astım prevalansı yüzde 4,5’tir. Kırda kente göre NUTS1 bölgelerinden Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz ve Batı Anadolu’da diğer bölgelere göre tanı almış astım sıklığı daha yüksektir.

UHY-ME çalışmasına göre astım, ulusal düzeyde DALY’e neden olan ilk 20 hastalık içerisinde yüzde 1,2’lik bir orana sahiptir. Kentsel alanda DALY’e neden olan ilk 20 hastalık sıralamasında astım yüzde 1,3 ile on dördüncü, kırsal alanda ise yüzde 1,1 ile on dokuzuncu sırada yer almaktadır. Türkiye’de bölgesel düzeyde DALY’e neden olan hastalıklar arasında astım batı, güney ve orta bölgemizde yüzde 1,2, kuzey bölgemizde yüzde 1,1 ve doğu bölgemizde ise yüzde 1,3 oranı ile ilk 20 hastalık içerisinde bulunmaktadır. Astım 0-14 yaş grubunda, en yüksek toplamda yüzde 1,8, erkeklerde yüzde 1,6 ve kadınlarda yüzde 2,0’lık oranı ile kentsel alanda ve toplamda yüzde 1,7, erkeklerde yüzde 1,6 ve kadınlarda yüzde 1,9’luk oranı ile batı bölgesinde hastalık yükü oluşturmaktadır.

Ülkemizde yapılan üç çalışma KOAH’ın yüküne yönelik önemli verilerin elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan ilki, Bakanlığımızca 2004 yılı Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, ikincisi Adana ilinde yapılan BOLD-Türkiye çalışması ve üçüncüsüde Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi işbirliğiyle gerçekleştirilmiş olan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 (UHYÇ-2013)’dır. 2004 yılında Adana ilinde yapılan BOLD çalışması 40 yaş üstü yetişkinlerin yüzde 19,1’inde (erkeklerde yüzde 28,5 ve kadınlarda yüzde 10,3) KOAH bulunduğunu göstermiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Adana ilinde 40 yaş üstü yetişkinlerde KOAH prevalansı (yüzde)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ölçüt | Erkek | Kadın | Toplam |
| Sabit oran (pbFEVı/FVC<% 70) | 28,5 | 10,3 | 19,1 |
| GOLD Evre II+ (pbFEVı/FVC<% 70 ve FEVı<% 80 (beklenenin) | 15,4 | 6,0 | 10,5 |
| LLN (pbFEVı/FVC< LLN FEVı/FVC) | 19,8 | 9,1 | 14,3 |

pb: bronkodilatatör sonrası,

***Kaynak:*** *BOLD-Adana Çalışması, 2004*

**Tablo 4. Türkiye’de 2000 yılı sonrası yapılan KOAH prevalans çalışmaları**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Çalışmanın Adı | Erkek | Kadın | Toplam |
| SB Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2004 | 8.4 | 11.9 | 10.2 |
| BOLD-Adana Çalışması (40+ yaş), 2014 | 28.5 | 10.3 | 19.1 |
| Malatya KOAH Prevalans Çalışması (18+ yaş) |  |  | 6.9 |
| Elazığ KOAH Prevalans Çalışması (45+ yaş) | 15.1 | 5.9 | 11.5 |
| Kocaeli KOAH Prevalans Çalışması (40+ yaş) | 16.5 | 8.7 | 13.3 |
| Zonguldak KOAH Prevalans Çalışması (40+ yaş) | 19.3 | 9.8 | 14.1 |
| Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması (2011) (15 + yaş grubu), 2013 | 5.6 | 5.1 | 5.3 |

Ülkemizde KOAH prealansını tespit etmeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Spirometre standardizasyonunun ülke düzeyinde yaygınlaştırılması amacıyla mevzuat çalışması devam etmektedir. Standardizasyon çalışmalarının tamamlanmasını takiben ülkeyi temsil edecek boyutta (NUTS 1) prevalans tespitine yönelik çalışmaların yapılması planlanmaktadır. Ülkemizin coğrafi alanı ve nüfus büyüklüğü düşünüldüğünde uluslaraarası karşılaştırılabilir prevalans tespit yönteminin ülke geneline uygulanmasının zorluğu çalışmanın dezavantajıdır.

2004 yılı Hastalık Yükü Çalışmasında yapılan tahminlere göre de KOAH insidansı toplamda yüz binde 72,7; erkeklerde yüz binde 76,8 ve kadınlarda yüz binde 68,5 bulunmuştur. Prevalanslar ise toplamda binde 10,2, erkeklerde binde 8,4 ve kadınlarda binde 11,9’dur. Uusal hastalık yükü (DALY) açısından bakıldığında KOAH, ilk on hastalık yükü sıralamasında yüzde 2,8 ile sekizinci sırada yer almaktadır.

Bakanlığımız ve Hacettepe Üniversitesi işbirliğiyle gerçekleştirilmiş olan Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 (UHYÇ-2013) kapsamında, Küresel Hastalık Yükü 2010 ve Küresel Hastalık Yükü 2013’te kullanılan yöntem ve standartlara uygun olarak Türkiye’de hastalıkların ve yaralanmaların getirdiği yükler hesaplanmıştır; 2000 yılı ile 2013 yılı hastalık yükler karşılaştırılmıştır ve uluslararası karşılaştırmaya olanak verebilecek şekilde sağlık konusunda gelinen aşamanın değerlendirilmesine katkıda bulunulmuştur. Genel olarak, Türkiye’nin toplam hastalık yükü yüzde 4 azalarak 2000’de 19,2 milyon olan engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY), 2013’te 18,4 milyona gerilemiştir. Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeyle ilgili hastalıkların yükü azalmaktadır (2000-2013 arasında 4,3 milyondan 2,2 milyona). Bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü artmaktadır (2000- 2013 arasında 13 milyondan 14,8 milyona). 2013 yılı için yapılan hesaplara göre Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar, ölümlerin yüzde 88’ine ve toplam hastalık yükünün yüzde 81’ine sebep olmaktadır.

**Tablo 5. İlk 10 DALY nedeni, 2004-2013**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sıra | DALY Nedeni, 2004 | Toplam DALY içindeki yüzdesi, 2004 | Sıra | DALY Nedeni, 2013 | Toplam DALY içindeki yüzdesi, 2013 |
| 1 | Perinatal nedenler | 8.9 | **1** | İskemik kalp hastalığı | 8,1  (7,0-9,9) |
| 2 | İskemik kalp hastalığı | 8 | **2** | Bel ve boyun ağrısı | 7,7  (6,0-9,6) |
| 3 | Serebrovasküler hastalık | 5.9 | **3** | Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | 4,3  (3,6-4,9) |
| 4 | Depresif bozukluklar | 3.9 | **4** | Diyabet | 4,2  (3,6-4,8) |
| 5 | Alt solunum yolu enfeksiyonları | 3.8 | **5** | Konjenital anomaliler | 4,0  (3,1-4,9) |
| 6 | Konjenital anomaliler | 3.0 | **6** | Serebrovasküler hastalık | 3,8  (3,2-4,4) |
| 7 | Osteoartirtler | 2.9 | **7** | Trakea, bronş ve akciğer kanserleri | 3,6  (3,0-4,3) |
| 8 | Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | 2.8 | **8** | Depresif bozukluklar | 3,1  (2,4-4,0) |
| 9 | Trafik kazaları | 2.4 | **9** | Trafik kazaları | 2,7  (2,3-3,1) |
| 10 | Demir eksikliği anemisi | 2.1 | **10** | Erken doğum komplikasyonları | 2,7  (2,1-3,4) |

**Kaynak:** *UHY-ME Çalışması, Türkiye, 2004*- *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü & Hacettepe Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013*

Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında, en büyük yüke sebep olan hastalıklar iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve konjenital anomaliler olarak belirlenmiştir. 2000-2013 yılları arasında iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalığın yükü yüzde 10 azalmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasından bel ve boyun hastalıklarının yükü yüzde 37, KOAH yüzde 11 ve diyabetin yükü yüzde 66 artmıştır.

İlk 25 hastalık DALY (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) nedenlerinin listesinde kronik obstrüktif akciğer hastalığının 3., trakea ve bronş ve akciğer kanserlerinin 7., alt solunum yolu enfeksiyonlarının 18. sırada yer aldığı görülmektedir. (Tablo 6)

**Tablo 6. Türkiye'de ilk 25 DALY nedeni, 2000-2013 değişimi, toplam DALY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2013 Yılı Sıra No | 2000 Yılı Sıra No | Hastalığın Adı | Değişim Oranı (%) |
| 1 | 1 | İskemik kalp hastalığı | -12,7 |
| 2 | 4 | Bel ve boyun ağrısı | 37,2 |
| 3 | 7 | KOAH | 10,9 |
| 4 | 10 | Diyabet | 65,8 |
| 5 | 2 | Konjenital anomaliler | -37,6 |
| 6 | 5 | Serebrovasküler hastalıklar | -10,5 |
| 7 | 9 | Trakea, bronş ve akciğer kanseri | 32,1 |
| 8 | 11 | Depresif bozukluklar | 28,8 |
| 9 | 8 | Trafik kazası | -14,3 |
| 10 | 3 | Erken doğum komplikasyonu | -55,6 |
| 11 | 14 | Migren | 22,5 |
| 12 | 16 | Deri ve subkutanöz hastalıklar | 23,5 |
| 13 | 13 | Demir eksikliği anemisi | -0,1 |
| 14 | 19 | Duyu organı hastalıkları | 36,7 |
| 15 | 23 | Alzheimer ve diğer demans hastalıkları | 52,4 |
| 16 | 21 | Madde kullanım bozuklukları | 38,6 |
| 17 | 25 | Kronik böbrek yetmezliği | 33,2 |
| 18 | 6 | Alt solunum yolu enfeksiyonları | -65 |
| 19 | 29 | Diğer iskelet-kas sistemi hastalıkları | 48,3 |
| 20 | 22 | Diğer dolaşım ve kardiyovasküler hastalıklar | 17,1 |
| 21 | 26 | Anksiyete bozuklukları | 19,1 |
| 22 | 27 | Diğer neonatal hastalıklar | 17,9 |
| 23 | 30 | Mide kanseri | 29,7 |
| 24 | 28 | Epilepsi | 18 |
| 25 | 32 | Oral hastalıklar | 29,6 |

**Kaynak:** *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü & Hacettepe Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013*

Gerek kamuoyunda gerekse sağlık personeli arasında KOAH konusunda yeterli bilincin bulunmaması ve spirometri cihazının tüm sağlık kuruluşlarında kullanılamaması bu hastalığın tanısını güçleştirmektedir. Gelişmiş ülkelerde KOAH’lı hastaların sadece yüzde 25-40’ına tanı konulabilmektedir. Adana ilinde yapılan BOLD çalışmasında hastaların sadece yüzde 8,4’üne bir doktor tarafından KOAH tanısı konulduğu saptanmıştır. Bir diğer ifade ile ülkemizde bulunan 5 milyona yakın KOAH’lı hastanın sadece 500 bini kendisinde hastalık bulunduğunu bilmektedir. Oysa hastalık erken dönemde saptanabilse, risk faktörlerinden kaçınmak ve böylece hastalığın ilerlemesini durdurmak mümkün olabilecektir.

Gerek dünyada, gerekse Türkiye’de yapılan çalışmalar hastalığın yeterince bilinmediğini, yeterince tanı konmadığını ve yeterince tedavi edilmediğini göstermektedir. Hastaların ise tütün ürünü kullanma veya diğer risk faktörleri ile maruziyeti sürdürmeleri veya tedaviye yeterli uyumu göstermemeleri tedavi başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Adana ilinde yapılan BOLD çalışmasında KOAH’lı hastaların sadece yüzde 12,3’ünün hastalıkları ile ilgili ilaç kullandıkları, yüzde 48,1’inin tütün kullanmayı sürdürdükleri görülmüştür.

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında görüldüğü üzere doktor tarafından tanı konmuş KOAH hastalarından yüzde 29,0’u raporlu, yüzde 17,1’i raporu olmaksızın düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir, yani tanı almış olan hastaların yüzde 46,1’i düzenli ilaç kullanmaktadır. Düzenli ilaç kullanımı ileri yaş gruplarında, kırda ve bazı NUTS1 bölgelerinde (Batı Anadolu, Orta Anadolu, Akdeniz, Batı Karadeniz ve Batı Marmara) daha yüksektir (Tablo 7).

**Tablo 7. Doktor tarafından tanı konmuş KOAH hastalarında ilaç kullanımı, Türkiye, 2011**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | KOAH hastalarında ilaç kullanımı % | | | | |
|  | **Düzenli, raporu var** | **Düzenli, raporu yok** | **İlaç kullanmıyor** | **Sayı** | **Toplam** |
| Yaş |  |  |  |  |  |
| 15-24 | 3,2 | 29,0 | 67,7 | 31 | 100.0 |
| 25-34 | 8,9 | 15,6 | 75,6 | 45 | 100.0 |
| 35-44 | 21,9 | 16,2 | 61,9 | 105 | 100.0 |
| 45-54 | 25,4 | 11,3 | 63,4 | 142 | 100.0 |
| 55-64 | 30,8 | 18,2 | 50, | 159 | 100.0 |
| 65-74 | 41,6 | 19,2 | 39,2 | 125 | 100.0 |
| 75+ | 39,3 | 17,8 | 43,0 | 107 | 100.0 |
| Cinsiyet |  |  |  |  |  |
| Erkek | 32,4 | 14,6 | 53,0 | 336 | 100.0 |
| Kadın | 25,9 | 19,0 | 55,1 | 379 | 100.0 |
| NUTS1 Bölgeleri | | | | | |
| İstanbul | 20,8 | 15,2 | 64,0 | 125 | 100.0 |
| Batı Marmara | 27,8 | 25,0 | 47,2 | 36 | 100.0 |
| Eg | 31,7 | 15,8 | 52,5 | 120 | 100.0 |
| Doğu Marmara | 25,8 | 16,7 | 57,6 | 66 | 100.0 |
| Batı Anadolu | 36,9 | 20,0 | 43,1 | 65 | 100.0 |
| Akdeniz | 37,7 | 16,4 | 45,9 | 61 | 100.0 |
| Orta Anadolu | 35,0 | 25,0 | 40,0 | 40 | 100.0 |
| Batı Karadeniz | 39,3 | 12,5 | 48,2 | 56 | 100.0 |
| Doğu Karadeniz | 32,4 | 14,7 | 52,9 | 34 | 100.0 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 14,8 | 22,2 | 63,0 | 27 | 100.0 |
| Ortadoğu Anadolu | 12,5 | 31,3 | 56,3 | 32 | 100.0 |
| Güneydoğu Anadolu | 26,8 | 7,1 | 66,1 | 56 | 100.0 |
| Yerleşim Yeri |  |  |  |  |  |
| Kır | 30,5 | 19,2 | 50,2 | 239 | 100.0 |
| Kent | 28,9 | 16,3 | 54,9 | 461 | 100.0 |
| Toplam | **29,0** | **17,1** | **53,9** | **714** | **100.0** |

***Kaynak:*** *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013*

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasında görüldüğü üzere doktor tarafından tanı konmuş astım hastalarından yüzde 40,8’i raporlu, yüzde 21,4’ü raporu olmaksızın düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir, yani tanı almış olan hastaların yüzde 62,2’si düzenli ilaç kullanmaktadır. Düzenli ilaç kullanımı ileri yaş gruplarında, NUTS1 bölgelerinden Akdeniz ve Kuzeydoğu Anadolu’da daha yüksektir (Tablo 8).

**Tablo 8. Doktor tarafından tanı konmuş astım hastalarında ilaç kullanımı, Türkiye, 2011**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Astım hastalarında ilaç kullanımı % | | | | |
|  | **Düzenli, raporu var** | **Düzenli, raporu yok** | **İlaç kullanmıyor** | **Sayı** | **Toplam** |
| Yaş |  |  |  |  |  |
| 15-24 | 23,2 | 26,1 | 50,7 | 69 | 100.0 |
| 25-34 | 25,5 | 25,5 | 49,0 | 98 | 100.0 |
| 35-44 | 36,6 | 17,1 | 46,3 | 175 | 100.0 |
| 45-54 | 43,5 | 22,8 | 33,7 | 193 | 100.0 |
| 55-64 | 41,1 | 24,7 | 34,2 | 146 | 100.0 |
| 65-74 | 64,6 | 16,5 | 19,0 | 79 | 100.0 |
| 75+ | 57,4 | 14,8 | 27,9 | 61 | 100.0 |
| Cinsiyet |  |  |  |  |  |
| Erkek | 40,7 | 22,0 | 37,4 | 246 | 100.0 |
| Kadın | 40,9 | 21,2 | 37,9 | 575 | 100.0 |
| Yerleşim Yeri |  |  |  |  |  |
| Kır | 41,6 | 20,4 | 38,0 | 255 | 100.0 |
| Kent | 41,3 | 22,1 | 36,5 | 542 | 100.0 |
| NUTS1 Bölgeleri |  |  |  |  |  |
| İstanbul | 30,6 | 27,4 | 42,0 | 157 | 100.0 |
| Batı Marmara | 44,4 | 19,4 | 36,1 | 36 | 100.0 |
| Ege | 40,2 | 20,6 | 39,3 | 107 | 100.0 |
| Doğu Marmara | 34,3 | 25,7 | 40,0 | 70 | 100.0 |
| Batı Anadolu | 48,3 | 13,8 | 37,9 | 87 | 100.0 |
| Akdeniz | 52,0 | 21,0 | 27,0 | 100 | 100.0 |
| Orta Anadolu | 35,8 | 24,5 | 39,6 | 53 | 100.0 |
| Batı Karadeniz | 50,0 | 11,3 | 38,7 | 62 | 100.0 |
| Doğu Karadeniz | 41,2 | 23,5 | 35,3 | 34 | 100.0 |
| Kuzeydoğu Anadolu | 44,4 | 27,8 | 27,8 | 18 | 100.0 |
| Ortadoğu Anadolu | 48,4 | 6,5 | 45,2 | 31 | 100.0 |
| Güneydoğu Anadolu | 34,9 | 27,0 | 38,1 | 63 | 100.0 |
| Toplam | **40,8** | **21,4** | **37,8** | **818** | **100.0** |

***Kaynak:*** *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013*

**Tablo 9. ICD-10 Ana tanı gruplarına ve cinsiyetlere göre hastane yatışlarının dağılımı, (%), Türkiye, 2014, 2015, 2016**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ICD-10 Ana Tanı Kodları | Kod | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
| **Erkek** | **Kadın** | **Toplam** | **Erkek** | **Kadın** | **Toplam** | **Erkek** | **Kadın** | Toplam |
| Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar | A00-B99 | 3,4 | 2,4 | **2,9** | 3,1 | 2,2 | **2,6** | 3,1 | 2,1 | 2,6 |
| Neoplazmlar | C00-D48 | 4,3 | 3,2 | **3,7** | 4,4 | 3,3 | **3,8** | 4,6 | 3,6 | 4,1 |
| Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları | D50-D89 | 1,5 | 2,2 | **1,9** | 1,6 | 2,3 | **1,9** | 1,5 | 2,3 | 1,9 |
| Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları | E00-E90 | 2,1 | 3,1 | **2,7** | 2,2 | 3,2 | **2,8** | 2,5 | 3,6 | 3,1 |
| Mental ve Davranışsal Bozukluklar | F00-F99 | 1,6 | 0,8 | **1,2** | 1,6 | 0,8 | **1,1** | 1,6 | 0,7 | 1,1 |
| Sinir Sistemi Hastalıkları | G00-G99 | 1,9 | 1,7 | **1,8** | 1,9 | 1,6 | **1,7** | 2,0 | 1,6 | 1,8 |
| Göz ve Adneks Hastalıkları | H00-H59 | 4,9 | 4,2 | **4,5** | 4,9 | 4,2 | **4,5** | 5,0 | 4,4 | 4,7 |
| Kulak ve Mastoid Çıkıntı Hastalıkları | H60-H95 | 0,8 | 0,6 | **0,7** | 0,7 | 0,6 | **0,7** | 0,7 | 0,6 | 0,6 |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | I00-I99 | 10,1 | 6,8 | **8,3** | 10,3 | 6,8 | **8,3** | 10,1 | 6,4 | 8,1 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | J00-J99 | 16,5 | 9,6 | **12,7** | 16,5 | 10,0 | **12,9** | 16,1 | 9,9 | 12,7 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | K00-K93 | 11,7 | 9,7 | **10,6** | 12,0 | 10,2 | **11,0** | 12,0 | 10,4 | 11,1 |
| Deri ve Derialtı Dokunun Hastalıkları | L00-L99 | 3,8 | 2,1 | **2,9** | 3,6 | 2,0 | **2,7** | 3,6 | 2,1 | 2,8 |
| Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları | M00-M99 | 3,9 | 5,1 | **4,6** | 3,6 | 4,8 | **4,3** | 3,7 | 4,9 | 4,3 |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | N00-N99 | 7,7 | 8,1 | **7,9** | 7,8 | 7,8 | **7,8** | 7,9 | 7,8 | 7,9 |
| Gebelik, Doğum ve Lohusalık | O00-O99 | - | 22,2 | **12,3** | - | 22,4 | **12,4** | - | 21,6 | 11,9 |
| Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar | P00-P96 | 2,6 | 1,8 | **2,1** | 2,7 | 1,8 | **2,2** | 2,7 | 1,8 | 2,2 |
| Konjental Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri | Q00-Q99 | 1,0 | 0,5 | **0,7** | 1,0 | 0,4 | **0,7** | 0,9 | 0,4 | 0,7 |
| Semptomlar, Beliriler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıﬂanmamış | R00-R99 | 4,1 | 3,4 | **3,7** | 3,7 | 3,3 | **3,5** | 3,3 | 2,9 | 3,1 |
| Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlerin Bazı Diğer Sonuçları | S00-T98 | 6,6 | 3,5 | **4,9** | 6,4 | 3,5 | **4,8** | 6,8 | 3,6 | 5,0 |
| Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler | Z00-Z99 | 11,5 | 8,9 | **10,1** | 12,0 | 8,9 | **10,3** | 12,0 | 9,1 | 10,4 |
| Toplam |  | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

***Kaynak:*** *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016*

**Tablo 10. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü, Tüm Sektörler, Türkiye, 2013 - 2016**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ICD-10 Ana Tanı Kodları | Kod | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar | A00-B99 | 3,5 | 3,5 | 3,6 | 4,0 |
| Neoplazmlar | C00-D48 | 4,9 | 5,4 | 5,4 | 5,3 |
| Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları ve İmmün Sistemin Bazı Hastalıkları | D50-D89 | 3,1 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |
| Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları | E00-E90 | 5,3 | 5,3 | 5,1 | 5,0 |
| Mental ve Davranışsal Bozukluklar | F00-F99 | 18,4 | 20,2 | 20,7 | 21,9 |
| Sinir Sistemi Hastalıkları | G00-G99 | 5,4 | 5,4 | 4,7 | 4,5 |
| Göz ve Adneks Hastalıkları | H00-H59 | 1,3 | 1,5 | 1,2 | 1,2 |
| Kulak ve Mastoid Çıkıntı Hastalıkları | H60-H95 | 3,1 | 2,8 | 2,8 | 3,0 |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | I00-I99 | 5,1 | 5,0 | 5,0 | 5,3 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | J00-J99 | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,6 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | K00-K93 | 2,7 | 2,7 | 2,6 | 2,6 |
| Deri ve Derialı Dokunun Hastalıkları | L00-L99 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,4 |
| Kas, İskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları | M00-M99 | 6,6 | 6,2 | 5,9 | 5,2 |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | N00-N99 | 2,7 | 2,9 | 2,9 | 3,0 |
| Gebelik, Doğum ve Lohusalık | O00-O99 | 2,0 | 2,0 | 1,9 | 2,0 |
| Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar | P00-P96 | 5,0 | 5,2 | 5,4 | 5,7 |
| Konjenital Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri | Q00-Q99 | 4,5 | 4,7 | 4,7 | 4,8 |
| Semptomlar, Belirtiler ve Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Başka Yerde Sınıﬂanmamış | R00-R99 | 2,9 | 3,0 | 2,8 | 2,5 |
| Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlerin Bazı Diğer Sonuçları | S00-T98 | 4,6 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Sağlık Hizmetleriyle Temas ve Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörler | Z00-Z99 | 3,2 | 3,4 | 3,5 | 4,0 |
| Toplam |  | 3,9 | 4,0 | 3,9 | 4,0 |

***Kaynak:*** *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016*

Solunum sistemi hastalıkları nedeniyle hastanelerde ortalama kalış günü 2016 yılında 5,6 gündür.

**Tablo 11. Yıllara ve ATC-1 Gruplarına Göre İlaç Satış Hacmi, Milyon Kutu, Türkiye**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATC-1 Grubu | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Sindirim Sistemi ve Metabolizma | 268,7 | 278,8 | 280,6 | 286,7 | 324,1 | 346,1 |
| Solunum Sistemi | 268,7 | 257,8 | 263,8 | 276,5 | 289,5 | 307,6 |
| Sinir Sistemi | 234,5 | 242,6 | 258,5 | 260,7 | 271,1 | 287,7 |
| Sistemik Antienfektiﬂer | 280,8 | 278,4 | 275,1 | 270,3 | 280,6 | 284,0 |
| Kas ve İskelet Sistemi | 222,8 | 233,4 | 216,8 | 228,0 | 244,4 | 253,9 |
| Kardiyovasküler Sistem | 168,9 | 177,5 | 185,2 | 191,4 | 203,7 | 212,8 |
| Dermatolojikler | 97,6 | 101,6 | 96,5 | 98,8 | 104,0 | 110,1 |
| Kan ve Kan Yapıcı Organlar | 72,6 | 77,8 | 77,1 | 82,7 | 88,7 | 93,2 |
| Hastane Solüsyonları | 59,2 | 61,9 | 72,1 | 75,8 | 91,4 | 90,3 |
| Genito Üriner Sistem ve Seks Hormonları | 63,4 | 64,4 | 64,1 | 66,1 | 69,8 | 71,5 |
| Duyu Organları | 48,9 | 50,6 | 55,2 | 58,2 | 64,0 | 66,1 |
| Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsulinler Hariç) | 36,5 | 37,5 | 37,5 | 41,7 | 45,6 | 48,4 |
| Tanısal Ajanlar | 11,1 | 11,7 | 13,2 | 14,8 | 15,9 | 15,8 |
| Anineoplasik ve İmmunomodülatör Ajanlar | 6,9 | 7,6 | 8,2 | 9,3 | 10,0 | 9,8 |
| Çeşitli/Diğer | 2,6 | 2,9 | 3,4 | 4,0 | 4,4 | 5,2 |
| Antiparazitik Ürünler, İnsektisitler ve Repellentler | 5,0 | 4,7 | 5,1 | 5,0 | 5,5 | 5,1 |
| Toplam İlaç Satış Hacmi | 1.848,3 | 1.889,4 | 1.912,2 | 1.967,0 | 2.112,9 | 2.207,6 |

***Kaynak:*** *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016*

Solunum sistemi hastalıkları için ilaç kullanımı incelendiğinde 2011 yılında 268,7 milyon kutu iken, 2016 yılında 307,6 milyon kutu ilaç kullanıldığı görülmektedir.

**Tablo 12. Yıllara ve Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiye Düşen Günlük İlaç Tüketim**

**Miktarı, DDD, Türkiye**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATC-1 Grubu | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Sindirim Sistemi ve Metabolizma | 170,9 | 185,4 | 199,1 | 224,0 | 286,2 |
| Kardiyovasküler Sistem | 162,8 | 163,3 | 158,9 | 160,8 | 165,4 |
| Kan ve Kan Yapıcı Organlar | 96,5 | 107,2 | 111,3 | 118,0 | 124,4 |
| Solunum Sistemi | 87,3 | 77,8 | 82,7 | 87,3 | 94,3 |
| Sinir Sistemi | 77,1 | 79,1 | 79,3 | 86,6 | 91,2 |
| Kas ve İskelet Sistemi | 59,9 | 63,8 | 56,2 | 59,2 | 61,6 |
| Genito Üriner Sistem ve Seks Hormonları | 49,6 | 50,1 | 50,1 | 53,0 | 56,4 |
| Sistemik Antienfektiﬂer | 43,5 | 43,6 | 42,6 | 41,0 | 41,7 |
| Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsulinler Hariç) | 16,4 | 19,6 | 17,2 | 20,1 | 19,9 |

***Kaynak:*** *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016*

**Şekil 8. Seçilmiş ATC-1 Gruplarına Göre 1.000 Kişiye Düşen Günlük İlaç Tüketim Miktarının Uluslararası Karşılaştırması, DDD, 2015**

***Kaynak:*** *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016*

1000 kişiye düşen günlük ilaç tüketim miktarı incelendiğinde 2011 yılında solunum sistemi için tüketim 87,3 iken 2015 yılında 94,3’e arttığı görülmektedir. İlaca erişimle ilgili olarak sorun yaşanmadığı öngörülebilmektedir.

Astım ve KOAH’ın prenatal ve erken çocukluk çağı temellerine ait en önemli veriler yenidoğan ve erken çocukluk çağında yapılan solunum fonksiyonları ölçülen çocukların izlendiği kohort çalışmalardan elde edilmiştir. Yenidoğan ve erken çocukluk çağında hızlı torako-abdominal kompresyon testleri (RTC), hava yolu direnci testleri (sAWG), akciğer gaz klirens indeksi (LCI) testlerinin yapılabiliyor olması, doğumdan itibaren hava yolu çapı, elastansı ve reaktivitesi hakkında bilgi edinebilmemizi sağlamıştır. Bunların “birth-cohort” ve epidemiyolojik çalışmalara adapte edilmesi ise kronik solunum yolu hastalıklarının çocukluk çağında başladığına ait kanıta dayalı veriler elde edilmesini sağlamıştır.

Prematürite, çocukluk çağı ve doğal olarak erişkin için de kronik solunum yolu hastalığı için en kesin risk faktörüdür. Bunun yanında prenatal fetomaternal beslenme bozukluğu ya da genetik nedenler ile oluşan düşük doğum ağırlıklı (DDA) doğum da önemli bir çocukluk çağı kronik solunum yolu hastalığı nedenidir. Her iki grup perinatal neden, çocukluk çağında astım için yüksek risk oluşturma yanında 20-50 yıl arası kohort çalışma gruplarındaki bu çocuklarda KOAH ve diğer solunum yolu hastalıklarının morbidite ve mortalitesinin anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir. Çok ilginç ve önemli bir gözlem ise Baker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Londra’da 50 yıllık kişisel kayıt sistemini inceleyen bu çalışma grubu, pnömoni ya da diğer bir solunum yolu hastalığı ile infant mortalitesinin yüksek olduğu dönemlerde 50 yıl sonra KOAH’dan ölümlerin de sık olduğunu göstermiştir. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde erişkin yaşta KOAH’ın daha sık olması kronik solunum yolu hastalığının prenatal dönemde başladığını göstermektedir. Prematürite perinatal faktörlerin, infant solunum yolu enfeksiyonlarının, erken çocukluk çağı solunum yolu sağlığının, erişkin solunum yolu sağlığı ve hastalıkları ile sıkı ilişki içinde olduğunu desteklemektedir. Olasılıkla erken çocukluk çağı, her sistemin olduğu gibi solunum yolu ve akciğerin çevresel uyumu sağlayacak matürasyonunun olduğu en hızlı dönemdir. Geno-fenotipal yatkınlığın çevre ile etkileşimi hava yolunda bir hasara ya da ileride tolere edilemeyecek bir distorsiyona neden olmakta ve bu da KOAH ile sonlanmaktadır.

Vücudumuzun bir parçası olarak akciğerimizin de bir yaşlanma süreci vardır. Bu süreç normal şartlarda sıklıkla 40’lı yaşlarda başlar. Tütün ürünü kullanımı ve pasif etkilenim, hava kirliliği, mesleki etkenler vs. yaşlanma sürecini hızlandırır. Bu tür bir risk faktörü olmayan sağlıklı grupta da çocukluk çağında “wheezing” öyküsü olanlarda akciğer yaşlanmasının ve solunum fonksiyon testlerindeki düşüşün daha hızlı olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak; erişkin çağda görülen kronik solunum yolu hastalığı “antenatal” akciğer gelişimi, infant ve erken çocukluk çağındaki akciğer büyümesi ile ilgilidir. Bu dönemde oluşan zararlanma kendine özgül bir dinamik ile erişkin çağda özellikle akciğer yaşlanma sürecinin başlaması ile geriye hastalık olarak dönmektedir. Akciğer yaşlanma süreci başlamadan klinik bulguların ortaya çıkmama nedeni, çevresel risk faktörleri ve strese karşı tolere edebilecek genç doku ve kas kitlesinin olmasıdır. Bu nedenle çocukluk çağı solunum yolu sağlığı korunmadan erişkin kronik solunum yolu hastalıklarını önlemek mümkün değildir. Erişkin için klasik olarak hastalık nedeni olarak kabullenilen tütün dumanı, biyomas maruziyeti, enfeksiyon ya da stres ancak tetikleyici olabilir. Ayrıca, başlıca kronik solunum zararlısı olan tütün kullanımı da büyük oranda 18 yaş altında salgın olmaktadır ve bu haliyle tütün bağımlılığı da bir pediatrik hastalık olarak kabul edilmektedir. Erişkin astım ve KOAH’ın önlenmesi antenatal dönemden itibaren başlayıp, özellikle erken çocukluk çağına odaklanarak çocukluk çağı solunum yolu sağlığını korumakla mümkün olabilir.

Tütün ürünü kullanımı, halk sağlığı bakımından ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Bütün dünyada sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimi ve tüketimindeki artış, hane halkı ve ulusal sağlık sistemleri üzerine ciddi yükler getirmektedir. Ülkemizde de tütün bağımlılığı yaygın olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tütünle mücadelede sürdürülen programların etkinliğinin ölçülmesi amacıyla 1993’ten itibaren elde edilen veriler Şekil 9’da sıralanmıştır. DSÖ’nün ülkelere yapılmasını önerdiği Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, ülkemizde 2008, 2012 ve 2016 yıllarında yapılmış olup sonuçları karşılaştırıldığında; tütün ve tütün mamulü kullananların oranı; 15 yaş ve üzeri nüfusta 2008’de yüzde 31,2, 2012’de yüzde 27,1, 2016 ‘da ise yüzde 31,6 olarak bulunmuştur. Erkeklerde 2008, 2012 ve 2016 oranları sırası ile yüzde 47,9, yüzde 41,5 ve yüzde 44,1’dir. Bu oran kadınlarda ise yüzde 15,2, yüzde 13,1 ve yüzde 19,2’dir. (Şekil 9).

**Şekil 9. Türkiye’de 1993-2016 Yılları Arasında Sigara Kullanım Sıklığı, 1993-2016**

***Kaynaklar:*** *1993 Sağlık Bakanlığı Araştırması,*

*2004 Sağlık Bakanlığı Ulusal Hastalık Yükü Çalışması,*

*2006 Aile Araştırma Kurumu ve TÜİK Aile Yapısı Araştırması,*

*2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (SB, TÜİK, DSÖ, CDC),*

*2012 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (SB, TÜİK, DSÖ, CDC),*

*2016 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (SB, TÜİK, DSÖ, CDC).*

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması sonuçlarına göre 2008, 2012 ve 2016 yılları karşılaştırıldığında, bütün kamusal kapalı alanlarda tütün dumanından pasif etkilenim sıklığında anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır.

Örnek olarak mevzuat kapsamında evlerde tütün ürünü kullanılmasını önleyen bir hüküm olmamasına rağmen evlerde tütün dumanından pasif etkilenim düzeyinde de ciddi azalma olduğu görülmüştür. Evlerde tütün dumanından pasif etkilenenlerin oranı 2008 yılında yüzde 56,3 iken 2012 yılında bu oran yüzde 38,3 olmuştur. 2016’da bu oran daha da düşerek yüzde 26,7’ye ulaşmıştır.

Türkiye’de iç ortam hava kirliliğinin KOAH gelişimindeki rolü konusunda yayımlanmış çalışmalar oldukça azdır. Kırıkkale’de 2002 yılında yapılan bir çalışmada hiç tütün ürünü kullanmamış 40 yaş üstü kadınlar arasında biyomas yakıt dumanları ile karşılaşanlarda; KOAH prevalansının, (yüzde 28,5) karşılaşmayanlardan (yüzde 13,6) daha yüksek olduğu ve biyomas yakıt dumanı ile karşılaşmanın, KOAH gelişme riskini 2,6 kat arttırdığı ve KOAH gelişiminden yüzde 23,1 oranında sorumlu olduğu bildirilmiştir. Benzer bulgular Kayseri’de yapılan bir çalışmada da elde edilmiştir.

Ülkemizde astımlı olgularda iç ortam allerjenlere duyarlılık oranlarına ilişkin veriler vardır. Ancak allerjen teması ile astım gelişimi arasındaki ilişkiyi gösteren veri bulunmamaktadır. Çevresel risk faktörlerinin incelendiği 2 araştırmada kırsal kesimde yetişen çocuklarda astım sıklığı düşük bulunmuştur.

Kapalı ortam hava kirliliğinin önlenmesi için alınacak önlemlerin başında havalandırma gelir. Havalandırma ile radon, yanma sonucu ortaya çıkan kirleticiler, tütün dumanı, mikroorganizma ve allerjenler ortamdan temizlenir. Uçucu organik bileşikler, asbest ve tütün dumanı için kaynağın ortamdan uzaklaştırılması uygun bir önlemdir. Son yıllarda kapalı ortamlarda tütün ürünü kullanımının yasaklanması, asbestin kullanımın terk edilmesi, yapımı sırasında asbest kullanılan binalardan asbestin temizlenmesi bu önleme güzel birer örnektir. Dış ortam kaynaklı hava kirleticilerin bina içine ulaşmasının engellenmesi de diğer bir korunma yöntemidir. Özellikle çok katlı binalarda kullanılabilecek etkili bir korunma yöntemi, merkezi sistem cihazlar ile iç ortam havasının temizlenmesidir. Davranış eğitimi de önemli bir korunma yöntemidir. Bina içlerinde tütün ürünü kullanımının tamamen önlenmesi, borusuz sobaların ısınma amaçlı kullanılmaması davranış eğitimi ile sağlanabilecek korunma yöntemleridir.

Astım mesleki nedenlerle de olduğundan meslek astımı adı verilmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinde bildirilen 400’ün üzerinde etkenle en sık görülen endüstriyel akciğer hastalığıdır. Türkiye’de 1970’ten bu yana resmi kayıtlara girmiştir ve pek çok farklı işkollarından meslek astımı çalışmaları sunulmuştur. Bunlar arasında oto ve mobilya boyacıları, fırıncılar, poliüretan köpük işçileri, kuaförler, dokuma, orman ürünleri, lateks, toz morfin işçileri, deterjan, cam süsleme, çiçek satıcıları, seramik işçileri, bisiklet işçileri, gül yetiştiricileri, seyisler ve ayçiçeği işçileri sayılabilir.

Türkiye’de tozlu-dumanlı işyerlerinde çalışanlarda KOAH prevalansı ve mesleki nedenlerin KOAH gelişimindeki rolü konusunda yeterli bilgi yoktur.

Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013 (UHYÇ-2013) de tütün ürünü kullanımının hastalık yükünde önemli risk etkenlerinden olduğu görülmektedir. Hastalık yükü çalışmasında öne çıkan KOAH ve trakea ve bronş ve akciğer kanserlerinin etiyolojisinde tütün ürünü kullaınımının payı bilinmektedir. Ayrıca hava kirliliği ve mesleksel etkenlerin erkeklerde ilk 10 risk faktörüne atfedilen DALY ve atfedilen ölüm nedenleri arasında olduğu görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yaşam tarzına bağlı risk faktörleri önemini korumaktadır ve bu açıdan aktif tütün kullanımı, pasif etkilenim ve obezite gibi risk faktörlerini azaltmak için toplumu hedefleyen programların yürütülmesine devam edilmelidir.

**Şekil 10. Risk Faktörlerine Atfedilen Ölüm, (Ölüm/100.000), 2013**

***Kaynak:*** *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü & Hacettepe Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013*

***Not:*** *Tütün kullanımı için aktif kullanım ve pasif etkilenim değerlendirilmiştir.*

**Şekil 11. Risk Faktörlerine Atfedilen DALY, (DALY/100.000), 2013**

***Kaynak:*** *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü & Hacettepe Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013*

***Not:*** *Tütün kullanımı için aktif kullanım ve pasif etkilenim değerlendirilmiştir.***Tablo 13. Risk Faktörlerine Atfedilen DALY, (DALY/100.000), 2013**

İlk 10 İkinci Seviye Risk Faktörü ve Risk Faktörüne Atfedilen DALY, 2013

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sıra | Risk faktörü | Toplam DALY içindeki payı (%) |
| 1 | Tütün kullanımı (aktif kullanım ve pasif etkilenim) | 12,3  (10,4-14,1) |
| 2 | Yüksek vücut kitle indeksi | 11,3  (10,1-12,6) |
| 3 | Beslenmeyle ilgili riskler | 10,6  (8,7-13,0) |
| 4 | Yüksek sistolik kan basıncı | 8,4  (7,1-9,9) |
| 5 | Yüksek açlık kan şekeri | 6,6  (5,8-7,4) |
| 6 | Yüksek total kolesterol | 3,8  (2,8-4,9) |
| 7 | Alkol ve madde kullanımı | 3,6  (2,8-4,5) |
| 8 | Hava kirliliği | 3,4  (2,8-4,1) |
| 9 | Mesleki riskler | 3,1  (2,6-4,0) |
| 10 | Yetersiz fiziksel aktivite | 3,1  (2,6-3,7) |

**Kaynak:** *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü & Hacettepe Üniversitesi, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması, 2013*

**KRONİK SOLUNUM HASTALIKLARINA KARŞI KÜRESEL İŞBİRLİĞİ (GARD)**

Dünyanın tüm bölgelerinde erişkinlerde erken ölümlerin en büyük nedeni olan kronik hastalıklar, uluslararası sağlık gündeminde uzun süreler ihmal edilmiştir. DSÖ kronik hastalıklar konusunda yayımladığı raporunda hastalık yükü konusunda var olan verileri yayımlamış ve kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için acil eylem çağrısında bulunmuştur.

Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases-GARD) ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip **“herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya”** vizyonu çerçevesinde çalıştığı, DSÖ bünyesinde kurulmuş bir birliktir. GARD stratejik planı DSÖ’nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Planı’nın bir parçası niteliğindedir. GARD, ulusal kontrol programının kronik hava yolu hastalıkları parçasının gelişimine teknik destek sağlamak için insan kaynaklarını ve finansal kaynakları bir araya getirir.

DSÖ; GARD ile uluslararası kuruluşların işbirliğini sağlayarak, bu hastalıklarda sürveyansın iyileştirilmesi, korunma ve kontrolde ülke odaklı önceliklerin belirlenmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde tedavi hizmeti kalitesinin arttırılması ve bu alanda çalışan sağlık personelinin eğitiminin iyileştirilmesini hedeflemektedir. Burada amaç, küresel akciğer sağlığını geliştirmek, temel hedef ise kronik solunum hastalıklarıyla savaşta çok kapsamlı bir yaklaşım oluşturmaktır. Gelişmekte olan ülkelerde halen uygulanmakta olan programlarla koordinasyonu sağlamak ve çaba ile kaynak harcamalarında tekrarların önüne geçmek önem kazanmaktadır. DSÖ, KSH için ülkelerin kendi programları ile GARD içinde sürmekte olan programlar arasında işbirliği oluşturmayı hedeflemektedir. GARD üyesi ülkelerde, GARD yapı ve kuralları çerçevesinde, KSH’ye yönelik ülke programları düzenlenmekte ve bu programlar bizzat ülke hükümetleri tarafından yönetilmektedir.

GARD’ın hedefi, kronik solunum yolu hastalıklarının küresel yükünü azaltmaktır. Bu doğrultuda kronik hava yolu hastalıkları nedeniyle hastane başvurularında ve mortalite oranlarında azalmanın gerçekleştirilmesi için planlama ve uygulamalar ortaya konmalıdır. GARD’ın kronik hava yolu hastalıkları ile savaşmak için geniş kapsamlı bir yaklaşım başlatılması amacıyla;

* Tarafların KHH hakkındaki farkındalıklarını ve bilgi paylaşımlarını arttırmak (**İletişim**),
* KHH önleme ile ilgili küresel toplumsal taraftar kazanma ve kaynakların harekete geçirilmesi (**Toplumsal Hareket**),
* KHH’nin saptanması, önlenmesi ve kontrolü için çalışan mevcut sağlık hizmetlerinin ve programlarının güçlendirilmesi (**Hizmetin Genişletilmesi**),
* KHH’nin saptanması, önlenmesi ve kontrolü için yeni araç ve yöntemler geliştirilmesi ve uygulamaya sokulması (**Teknik Gelişme**)

stratejileri belirlenmiştir.

DSÖ’nün kronik hastalıklardaki genel hedefi, bu hastalıklara bağlı yıllık ölüm oranlarını en az yüzde 2 azaltmaktır ve bu yaklaşık 22 milyon ölüme karşılık gelmektedir. KSH bu ölümlerin yüzde 7’sini oluşturduğu için bu hedefe ulaşmak KSH’ye bağlı 2 milyon ölümü önlemek anlamına gelmektedir. Ülkemizde hazırlanan bu programın uygulanmasıyla gelecek yıllarda benzer oranlarda ve sayıda ölümü önlemek mümkün olabilecektir.

2000 yılında ilk adımları atılan bu ittifakta, başlangıçta 17 hükümet veya hükümet dışı kuruluş yer almış, bugün üye kuruluş sayısı yetmiş dokuzu bulmuştur.

**GARD-Türkiye Projesi Kurulum Aşamaları**

2005 yılında GARD üyesi olan TTD’den sonra 2007 yılında Türkiye Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği de Türkiye’nin ikinci GARD üyesi olmuştur. TTD tarafından ülkemizde de GARD uygulamalarının başlatılması girişimleri Bakanlığımızın uygun görüşü ve desteğiyle hayata geçirilmiş ve Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı hazırlıkları, gerekli komitelerin kurulması ve proje taslağı çalışmaları başlatılmıştır. Proje Bakanlığımız tarafından onaylanmış ve Bakanlığımız ve TTD ortak çalışması olarak yapılması kararlaştırılarak 26 Ekim 2007 tarihinde Ankara’da I. GARD Türkiye Genel Kurulu yapılmıştır. Tüm paydaşların görev ve sorumlulukları belirlenmiş, kısa, orta ve uzun dönem için eylem planları oluşturulmuş ve 2009 yılında “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” olarak yürütülmeye başlanmıştır.

GARD Türkiye 2. Genel Kurul Toplantısı 17 Aralık 2010 tarihinde Ankara’da yapılarak eylem planı güncellenmiş, 5 çalışma grubu oluşturulmuş ve faaliyet alanları belirlenmiştir;

1. **Çalışma Grubu:** Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi
2. **Çalışma Grubu:** Oluşturulan Programın ve Hastalıkların Kamuoyuna Benimsetilip, Savunulması
3. **Çalışma Grubu:** Hastalık Gelişimin Önlenmesi
4. **Çalışma Grubu:** Hastalıkların Erken Dönemde Saptanması ve İlerlemesinin Önlenmesi
5. **Çalışma Grubu:** Kronik Hava Yolu Hastalıklarının Yönetiminde İlaç Dışı Tedaviler, Pulmoner Rehabilitasyon ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulması

Her çalışma grubuna ait hedefler, gerçekleşen faaliyetler, etkinlikler izleme ve değerlendirme konu başlığı altında ayrıntılı olarak yer almaktadır.

**TÜRKİYE KRONİK HAVA YOLU HASTALIKLARI ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMININ AMACI, KAPSAMI VE HEDEFİ**

Tüm sağlık sorunlarında olduğu üzere kronik havayolu hastalıklarının gelişiminde önemli bir sorun olan sosyoekonomik eşitsizliklerin giderilmesi ve gelir dağılımı eşitsizliğinin azaltılmasına yönelik olarak yapılması gerekli olan çalışmalar ve stratejilerin ilgili tüm sektörlerce “Tüm Politikalarda Sağlık (Health in All Policies)” başlığı kapsamında yürütülmesi için gerekli planlamalar yapılmaktadır.

Bakanlığımızın planlarında “Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek” hedef olarak yer almakta olup ayrıca “21 Hedefte Türkiye” politikası kapsamında “kronik solunum hastalıkları, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve yaygın kronik durumların morbidite, engellilik ve mortalitesi için sürdürülebilir ve daimi bir azalma sağlanması hedeflenmektedir.

Planın nihai amacı insanların sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır. Kronik havayolu hastalıklarının önleme ve kontrolünde;

* Koruyucu önlemler (kronik hava yolu hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak için çalışmalar yürütmek) geliştirmek suretiyle kronik hava yolu hastalıklarının (astım ve KOAH) gelişimini önlemek,
* Hastalıkların erken dönemde saptanması ve ilerlemesinin önlenmesi,
* Hastalıkların etkin tedavisi, komplikasyonların gelişiminin önlenmesi ve bu hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetleri sunulması,
* Kronik hava yolu hastalıklarını izlemek, kontrol altına almak,
* Kronik hava yolu hastalıklarının morbidite ve mortalite hızını azaltmak, böylece bu hastalıkların oluşturduğu hastalık ve ekonomik yükü azaltmak amaç olarak belirlenmiştir.

Kronik hava yolu hastalıklarına yönelik önleme ve kontrol programının önemli bir bileşeni, kronik hastalıkların önlenmesine dair entegre toplum tabanlı önleme faaliyetlerini (tütün kullanımının azaltılması, iç ve dış ortam hava kirliliğinin azaltılması, mesleksel risk faktörlerinin azaltılması, allerjen temasının azaltılması, çocukluk ve erişkin solunumsal enfeksiyonların önlenmesi), bireye yönelik erken tanı ve ve doğru tedavi edilmesi, düzenli egzersizin yaygınlaştırılması ve sağlıklı beslenmenin sağlanıp obezitenin engellenmesi vb. tüm faaliyetleri kapsar.

Kronik hava yolu hastalıklarına yönelik bir önleme ve kontrol programının çalışma grupları ve faaliyet alanlarına göre hedefleri belirlenmiştir.

“Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı”nın yürütülmesi, İl kurullarının oluşturulması ile çalışma esasları konusundaki 23.10.2018 tarihli ve 2018/25 Sayılı Bakanlığımız Genelgesine aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/1348-kontrol-program%C4%B1-genelgesi-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>