

Dr. Sema Uçak¹, Dr. Rıdvan Sivritepe², Dr. Ayşe Nilüfer Özyayın³, Dr. Damla Ortaboz²,
Dr. Ecem Sevim Çalık², Dr. Arzu Çalışgan⁴

Geliş/Received : 19.09.2016
Kabul/Accepted : 08.05.2017

Öz

Türkiye nüfusu yüksek doğurganlık oranları nedeniyle genç bir nüfusa sahiptir. Ancak tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus popülasyonu toplam nüfusun %8,6'sını oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun genel nüfus içerisinde böyle anlamlı bir yüzdeye ulaşması kronik hastalıkların çok sık görüldüğü bu nüfusun hekimlere başvuru sayısını, sağlık hizmeti kullanım oranlarını ve maliyetini de artırmaktadır. Çalışmamızda hastanemiz iç hastalıkları kliniğinde herhangi bir nedenden dolayı interne edilip izlem ve tedavileri sırasında eksitus olan hastaların mortalite nedenlerini irdeledik. Eksitus olan 381 hastanın 201'i erkek iken, 180'i kadın idi. Yaş ortalamaları $73,83 \pm 13,73$ idi. Hastalık tanıları incelendiğinde en sık hastalık %20,5 ile kalp ve damar sistemi hastalıklarıydı. Enfeksiyon hastalıkları en sık ikinci tanı grubu (%10,9) iken solunum sistemi hastalıkları tüm hastaların %10,4'ünde 3. sırada saptandı. Ölümün yıllara göre dağılımına baktığımızda cinsiyet açısından bir farklılığın olmadığı ve yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında ölümlerin en çok %59,6 oranla 75 yaş üstü grupta gerçekleştiği görüldü. Sonuç olarak, genel dahiliye kliniğimizde son on yıl içinde yaşamını hastaların mortalite nedenlerinin incelendiği çalışmamızda genel olarak ülkemizden bildirilen nedenlere benzer sonuçlar saptadık.

Anahtar sözcükler: mortalite nedenleri, iç hastalıkları kliniği, yatan hasta

Abstract

Turkey has a young population due to high fertility rates. However, as in the entire world, there is a rapid increase in the proportion of elderly population in our country. The share of older people in the total population is 8,6% in our country. As the percentage of elderly population reaches such a significant level, it increases the referrals to the hospitals and the healthcare usage rates and costs of this population with too many chronic diseases. In our study, we examined the causes of mortality among the patients in our internal medicine clinic that have died for any reason during their follow-up. Of the 381 patients died, 201 were men and 180 were women. The mean age was 73.83 ± 13.73 years. The most common diagnoses were related to the cardiovascular system diseases with the rate of 20.5%. The infectious diseases were the second most common diagnosis group (10.9%), while the third was respiratory diseases found in 10.4% of total patients. There was no significant difference among gender groups with respect to the annual distribution of the deaths. When we classified deaths according to age, we have found that the most of the deaths have occurred in patients who were older than 75 years of age, with a ratio of 59,6%. As a result, diagnostic distribution of mortality among the patients who have died during the last decade in our internal medicine clinic was similar to the findings reported in our country.

Key words: Causes of mortality, Internal medicine clinic, Inpatient

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniğindeki son 10 yıllık Mortalite Nedenlerinin İrdelenmesi' başlıklı çalışmamız 9. International Congress of Internal Medicine / 9-11 March 2017/ Athens/Greece kongresinde sözlü sunum ve 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12 - 16 Ekim 2016 - Antalya/Türkiye kongresinde poster olarak sunulmuştur.

1 Prof.; Sağlık Bilimleri Ü. Ümraniye Eğt. ve Arş. Hast. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

2 Sağlık Bilimleri Ü. Ümraniye Eğt. ve Arş. Hast. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

3 Doç.; Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. İstanbul

4 Bio İst. Uzm.; Medstats Analiz ve Danışmanlık Limited Şirketi, İstanbul

Giriş

Türkiye nüfusu 2015 yılı itibarı ile 78 milyon 741 bin 53 olarak bildirilmekte ve yüksek doğurganlık ve büyüme oranları nedeniyle genç bir nüfusa sahiptir(1). Ancak geriatrik nüfus tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artan bir profil ile karşımıza çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 verilerine göre ülkemizde yaşlı nüfus toplam nüfusun %8,2' sini oluşturmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılında tüm dünyada yaşlı nüfus sayısının 1,2 milyara ulaşacağını belirtilmektedir (3). Ülkemizde geriatrik nüfusun artması ve değişmekte olan hayat tarzı nedeniyle kronik hastalıklar artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre Türkiye'de ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları yüzde 40,4, maligniteler yüzde 20,7, solunum sistemi hastalıkları yüzde 10,7, endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar yüzde 5,1, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler yüzde 4,3, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları yüzde 4,4 olarak açıklanmıştır(4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ise 2015 yılında dünyadaki 56,4 milyon ölümün yarısından fazlasının (%54) en büyük 10 nedenden kaynaklandığını belirtilmektedir. İskemik kalp hastalığı ve inme 2015 yılında 15 milyon dünyanın en büyük katilleri arasında yer alırken aynı yıl kronik obstrüktif akciğer hastalığı 3,2 milyon kişinin ölümünden sorumlu tutuldu. Bunları 1.7 milyon ile akciğer kanseri 1.6 milyon ile diyabet izledi. 2000'den 2015 yılına kadar demans nedeniyle ölümler iki katına çıkmış ve 2015 yılında küresel ölümlerin önde gelen 7. neden haline gelmiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonları en ölümcül bulaşıcı hastalık olarak kayda geçerken 2015'te dünya çapında 3,2 milyon ölüme neden oldu (5). Geriatrik popülasyonun genel nüfus içerisinde giderek anlamlı bir yüzdeye ulaşması kronik hastalıkların çok sık görüldüğü bu nüfusun hekimlerle daha sık karşılaşacaklarını düşündürmektedir. Yaşlı bireylerin oransal olarak artması sağlık hizmeti kullanım oranlarını ve maliyetini de artırmaktadır. Toplumdaki kronik hastalıkları önlemek için yapılacak girişimlerin planlanması, izlenmesi ve etkinliğinin değerlendirilebilmesi için güncel ve güvenilir epidemiyolojik veriye gereksinim olduğundan biz de bu çalışmamızda kliniğimizdeki son 10 yıl içindeki mortalite nedenlerini irdeledik.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız tanımlayıcı retrospektif bir çalışmadır. Çalışmamızın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel dahiliye kliniğine 01.01.2005-31.12.2015 tarihleri arasında herhangi bir nedenden dolayı interne edilen ve izlemleri sırasında eksitus olan 381 olgu oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup genel dahiliye kliniğimizde eksitus olan tüm hastalar alınmıştır. Yan dal servislerine yatırılmış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Yaşamını yitiren hastaların dosyalarından hastaneye yatış tanıları, komorbid hastalıkları, ölüm yılları, cinsiyet dağılımı, yaş dağılımları, yıllara göre ölüm hızı insidansı, sistolik ve diyastolik kan basıncı gibi vital bulguları ve yapılan yüksek dansiteli lipoprotein(HDL), düşük dansiteli lipoprotein (LDL), total kolesterol, HbA1c, kreatinin, glukoz ve C reaktif protein(CRP) düzeyleri gibi tahlilleri değerlendirildi. İstatistiksel analizde sürekli değişkenleri tanımlamak için ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum gibi deskriptif istatistikler kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlendi. Analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2013) programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular

Eksitus olan 381 hastanın 201'i (%52,8) erkek iken, 180'i (%47,2) kadın idi. Hastaların yaş ortalamaları $73,83 \pm 13,73$ idi. Yıllara göre ölüm hızı insidansı giderek artış göstermekle birlikte en fazla görüldüğü yıl 2015 (%23,9) idi. Yıllara göre ölüm hızına baktığımızda en düşük ölüm hızı yüzdesinin 2005 yılına ait olduğu görülmektedir. Bunun nedeni kliniğimize hasta yatışının Eylül 2005 yılında başlamış olması ve aynı yıl totalde 29 hasta yatışının olmasıdır (Tablo 1).

Hastaların yatış ve kronik hastalık tanıları irdelendiğinde en sık hastalık grubu %20,5 oranı ile kalp ve damar sistemi hastalıkları idi. Tüm hastalarda enfeksiyon hastalıkları en sık ikinci tanı grubu idi (%10,9). Solunum sistemi hastalıkları tüm hastaların %10,4'ünde saptanırken diğer tanı grupları sırası ile malign neoplazmlar %10, renal parankim hastalıkları %10, endokrin sistemi hastalıkları %8,9, gastrointestinal sistem hastalıkları %7,7, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar %7,3, kas-iskelet-nörolojik bozukluklar

| Yıl | Hasta sayısı | % |
|--------|--------------|------|
| 2005 | 1 | 0,3 |
| 2006 | 6 | 1,6 |
| 2007 | 26 | 6,8 |
| 2008 | 14 | 3,7 |
| 2009 | 24 | 6,2 |
| 2010 | 48 | 12,6 |
| 2011 | 53 | 13,9 |
| 2012 | 54 | 14,2 |
| 2013 | 26 | 6,8 |
| 2014 | 38 | 10 |
| 2015 | 91 | 23,9 |
| Toplam | 381 | 100 |

%4,5, hematolojik hastalıklar %4,1, nöropsikiyatrik bozuklukları %3,4, genitoüriner sistem hastalıkları %2,4 ve en az sıklıkla duyu organı bozuklukları %0,1 saptandı (Tablo 2).

Eksitus olan hastaların klinik özelliklerine bakıldığında hastaların %76,1'inde evre 3 ve üzeri renal hasar bulunmaktaydı ve hastaların glomerüler filtrasyon hızı(GFR) ortalaması $41,20 \pm 29,39$ mL/min/1,73 m² saptandı (Tablo 3).

| Tanı Grubu | Olgu sayısı | Yüzdeler dağılımı |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|
| Kalp ve damar sistemi hastalıkları | 243 | 20,471 |
| Enfeksiyon hastalıkları | 129 | 10,867 |
| Solunum sistemi hastalıkları | 124 | 10,446 |
| Renal parankim hastalıkları | 119 | 10,025 |
| Malign neoplazmlar | 118 | 9,941 |
| Endokrin sistemi hastalıkları | 106 | 8,930 |
| Gastrointestinal sistem hastalıkları | 91 | 7,666 |
| Nutrisyonel ve metabolik hastalıklar | 87 | 7,329 |
| Kas-iskelet-nörolojik bozukluklar | 53 | 4,465 |
| Hematolojik hastalıklar | 48 | 4,043 |
| Nöropsikiyatrik bozuklukları | 40 | 3,369 |
| Genitoüriner sistem hastalıkları | 28 | 2,358 |
| Duyu organı bozuklukları | 1 | 0,084 |

*Bazı hastalar birden fazla tanı grubuna dahil olduğundan 381 hastada toplam 1187 tanı grubu bulunmaktadır.

| | N | % |
|--------|------|------|
| 0 | 5 | 1,7 |
| 1 | 21 | 7,0 |
| 2 | 46 | 15,3 |
| 3 | 86 | 28,6 |
| 4 | 91 | 30,2 |
| 5 | 52 | 17,3 |
| Toplam | 301* | 100 |

*80 hasta eksiktir.

Kan basınç ortalamalarına bakıldığında hastaların sistolik kan basıncı (SKB) $120,21 \pm 25,06$ mmHg ve diyastolik kan basıncı(DKB) $65,74 \pm 18,51$ mmHg şeklindeydi. Hastaların laboratuvar parametrelerinde LDL düzeyi $84,60 \pm 40,58$ mg/dl, HDL düzeyi $26,8 \pm 25,2$ mg/dl, total kolesterol düzeyi $139,2 \pm 51,26$ mg/dl, HB1AC $7,214 \pm 3$ ve C-reaktif protein düzeyi $16,79 \pm 13,08$ mg/dl şeklinde saptandı (Tablo 4)

Ölümlerin yıllara göre dağılımına baktığımızda cinsiyet açısından bir farklılığın olmadığı görüldü. Hastalar yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında ölümlerin en çok %59,6 oranla 75 yaş üstü grupta gerçekleştiği ve bunu sırasıyla %19,2 oranla 65-74 yaş arası, %10,8 oranla 55-64 yaş arası, %6,0 oranla 45-54 yaş arası, %3,1 oranla 35-44 yaş arası, %1,0 oranla 25-34 yaş arası ve %0,3 oranla 15-24 yaş arası görüldüğü saptanmıştır (Tablo 5).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında erkek hastalarda en sık tanı grubu %17,9 oranıyla kalp ve damar sistemi hastalıklarıydı. Tüm erkek hastalarda malign neoplazmlar (%11,3) en sık ikinci tanı grubuyken solunum sistemi hastalıkları %11,2 oranıyla 3. sırada yer aldı. Kadın hastalarda ise sırasıyla kalp ve damar sistemi hastalıkları(%23,2), enfeksiyon hastalıkları(%11,9) ve endokrin sistemi hastalıkları(%9,7) en sık görülen tanı gruplarıydı (Tablo 6).

Hastalar yaşlarına göre 65 yaş üstü ve altı şeklinde iki gruba ayrıldığında ise 65 yaş üstü geriatric hastalardaki en sık ölüm nedeni %22,2 oranıyla kalp ve damar sistemi hastalıklarıken bunu %10,9 oranıyla solunum sistemi hastalıkları

Tablo 4. Hastaların sistolik ve diyastolik kan basınçları, HDL, LDL, kolesterol, HbA1c, kreatinin, glukoz ve CRP düzeyleri

| | GFR | LDL | HDL | Koles-Terol | HB1AC | SKB | DKB | Glukoz | CRP |
|-----------|-------|-------|-------|-------------|-------|--------|-------|--------|-------|
| N | 302 | 257 | 258 | 265 | 191 | 380 | 380 | 302 | 256 |
| Ort. | 41,20 | 84,60 | 26,8 | 139,2 | 7,214 | 120,21 | 65,74 | 134,88 | 16,79 |
| Medyan | 32,40 | 80,0 | 22,0 | 132,0 | 6,2 | 120,00 | 70,00 | 108,50 | 11,25 |
| St. Sapma | 29,39 | 40,58 | 25,2 | 51,26 | 9,84 | 25,06 | 18,51 | 98,73 | 23,08 |
| Minimum | 4,7 | 12,0 | 3,0 | 23,0 | 3,7 | 50 | 10 | 5 | 0,4 |
| Maksimum | 131 | 304,0 | 341,0 | 367,0 | 141,0 | 190 | 120 | 682 | 160,0 |

Tablo 5. Yaşa göre 7 gruba ayrılan hastaların tanı gruplarının dağılımı

| | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ | Toplam |
|--------------------------------------|------------|-------------|-------------|--------------|--------------|---------------|---------------|-----------------|
| Enfeksiyon hastalıkları | 0 (0,0) | 2 (1,5) | 6 (4,6) | 8 (6,2) | 13 (10,1) | 24 (18,6) | 76 (58,9) | 129 (100,0) |
| Duyu organı bozuklukları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (100,0) | 1 (100,0) |
| Endokrin sistemi hastalıkları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (1,9) | 4 (3,8) | 15 (14,2) | 26 (24,5) | 59 (55,7) | 106 (100,0) |
| Gastrointestinal sistem hastalıkları | 0 (0,0) | 1 (1,09) | 2 (2,19) | 5 (5,49) | 14 (15,3) | 18 (19,7) | 51 (56,0) | 91 (100,0) |
| Genitoüriner sistem hastalıkları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (3,6) | 2 (7,1) | 5 (17,9) | 20 (71,4) | 28 (100,0) |
| Hematolojik hastalıklar | 1 (2,1) | 1 (2,1) | 4 (8,3) | 3 (6,2) | 4 (8,3) | 11 (22,9) | 24 (50,0) | 48 (100,0) |
| Kalp ve damar sistemi hastalıkları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 3 (1,2) | 3 (1,2) | 17 (7,0) | 49 (20,2) | 171 (70,4) | 243 (100,0) |
| Kas-iskelet-nörolojik bozukluklar | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (3,8) | 1 (1,9) | 12 (22,6) | 38 (71,7) | 53 (100,0) |
| Maling neoplazmlar | 0 (0,0) | 3 (2,5) | 10 (8,5) | 16 (13,5) | 22 (18,6) | 25 (21,2) | 42 (35,6) | 118 (100,0) |
| Nöropsikiyatrik bozuklukları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 1 (2,5) | 0 (0,0) | 5 (12,5) | 34 (85,0) | 40 (100,0) |
| Nutrisyonel ve metabolik hastalıklar | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (2,3) | 3 (3,4) | 1 (1,1) | 11 (12,6) | 70 (80,5) | 87 (100,0) |
| Renal parankim hastalıkları | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 5 (4,2) | 8 (6,7) | 18 (15,1) | 88 (73,9) | 119 (100,0) |
| Solunum sistemi hastalıkları | 0 (0,0) | 1 (0,8) | 2 (1,6) | 2 (1,6) | 10 (8,1) | 22 (17,7) | 87 (70,2) | 124 (100,0) |
| Toplam | 1 (0,1) | 8 (0,7) | 31 (2,6) | 53 (4,5) | 107 (9,0) | 226 (19,0) | 761 (64,1) | 1187 (100,0) |

Tablo 6. Cinsiyete göre tanı gruplarının dağılımı

| | Erkek | Kadın | Toplam |
|--------------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Enfeksiyon Hastalıkları | 62 (48,06) | 67 (51,94) | 129 (100,0) |
| Duyu Organı Bozuklukları | 0 (0,0) | 1 (100,0) | 1 (100,0) |
| Endokrin Sistemi Hastalıkları | 51 (48,1) | 55 (51,9) | 106 (100,0) |
| Gastrointestinal Sistem Hastalıkları | 51 (56) | 40 (44) | 91 (100,0) |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | 24 (85,7) | 4 (14,3) | 28 (100,0) |
| Hematolojik Hastalıklar | 24 (50,0) | 24 (50,0) | 48 (100,0) |
| Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları | 112 (46,1) | 131 (53,9) | 243 (100,0) |
| Kas-İskelet-Nörolojik Bozukluklar | 33 (62,3) | 20 (37,7) | 53 (100,0) |
| Malign Neoplazmlar | 71 (60,2) | 47 (59,8) | 118 (100,0) |
| Nöropsikiyatrik Bozuklukları | 16 (40,0) | 24 (60,0) | 40 (100,0) |
| Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar | 42 (48,3) | 45 (51,7) | 87 (100,0) |
| Renal Parankim Hastalıkları | 68 (57,1) | 51 (42,9) | 119 (100,0) |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | 70 (56,5) | 54 (43,5) | 124 (100,0) |
| Toplam | 624 (52,6) | 563 (47,4) | 1187 (100,0) |

ve %10,8 ile renal parankim hastalıkları izledi. 65 yaş altı hastalardaki ölüm nedenlerine baktığımızda en sık neden malign neoplazmlar(%23,3) iken 2. sıklıkla enfeksiyon hastalıkları(%14,2) ve 3. sıklıkla kalp ve damar sistemi hastalıkları(%12,9) olduğu saptandı. Hem erkek hem kadın hem de 65 yaş üstü hastalarda en sık mortalite nedeni olan kalp ve damar hastalıkları grubuna giren hastalar değerlendirildiğinde bu gruptaki hastaların GFR düzeyi $35,4 \pm 24,3$ mL/min/1,73 m², LDL düzeyi $83,1 \pm 79,5$ mg/dl, HDL düzeyi $29,3 \pm 25,0$ mg/dl, total kolesterol düzeyi $137,5 \pm 43,3$ mg/dl, HbA1c

düzeni $6,6 \pm 1,3$ ve CRP düzeyi $15,6 \pm 5,4$ mg/dl idi. (Tablo 7).

Tartışma ve Sonuç

Bu retrospektif çalışmamızda, hastanemiz genel dahiliye kliniğinde herhangi bir nedenden dolayı yatarak tedavi gördüğü sırada eksitus olan hastalarda en sık tanı grupları sırasıyla kalp ve damar sistemi hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve solunum sistemi hastalıkları olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar, önceden tanı almış ya da acil servisten doğrudan yan dal servislerine yatırılan hastaların dışlanmış olduğu ve yalnızca genel dahiliye kliniğimizde yatarak tedavi

gördüğü sırada eksitus olan hastaların sonuçlarını bildirmesi bakımından önemli veriler ortaya koymaktadır. Son yıllarda enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, toplumun kazanç, bilinç ve eğitim düzeylerinin yükselmesi ve değişen yaşam tarzları beklenen yaşam süresinin artmasına sebep olmuştur. Geriatrik nüfusun genç nüfusa oranla artış içinde olması, karşılaşılan sağlık problemlerinin çocukluk dönemi hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara doğru kaymasına neden olmuştur (6). Daha uzun yaşamak için verilen mücadeleler sonrasında ortalama yaşam süresi artmış olup bu durum Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları (BOH) da beraberinde getirmiştir. DSÖ verilerine göre ise 2012 yılında tüm dünyada 56 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin yaklaşık %70' i kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyledir. Aynı yıl meydana gelen ölümlerin yaklaşık %33' ü düşük ve orta gelirli ülkelerde olmuştur. BOH' lar tedavi süreci, getirdiği masraflar, neden olduğu komplikasyonlar ve son yıllarda artan prevalans ile hem ülkemizde hem de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir finansal sorun teşkil etmekteyken bu durum düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ise daha büyük bir yük oluşturup sağlık harcamalarına ayrılan pay ekonomik krizin eşliğinde olan bu ülkelerde gidişatı hızlandırmaktadır.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020) verilerine göre tüm ölüm nedenleri arasında BOH' lar içerisinde birinci sırada kalp ve damar sistemi hastalıkları yer almaktadır (7). Bizim çalışmamızda da olduğu gibi kalp ve damar hastalıkları uzun bir süre daha ölüm nedenleri arasında ilk sırada kalmaya devam edeceğini düşünmekteyiz. Kan basıncı, kolesterol, hiperglisemi, obezite, fiziksel aktivite, alkol ve sigara içiminin kontrolü ile önlenilebilir bir hastalık grubu olan kalp ve damar hastalıkları sıklığının erken tanı, planlı takip ve tedavi ile azaltılabileceği ön görülmektedir (7).

Kalp ve damar hastalıkları; periferik arter hastalığı, koroner kalp hastalığı, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, kardiyomiyopatiler ve romatizmal kalp hastalıkları gibi alt gruplara

ayrılabilir (7). Bizim çalışmamızda kalp ve damar hastalıkları subtiplerine baktığımızda en sık karşılaştığımız tanılar sırasıyla konjestif kalp yetmezliği (%12,4), hipertansiyon(%10,3) ve iskemik kalp hastalığı (%10,3) idi. Çalışmamızda ölüm nedenleri yaş grupları itibarıyla incelendiğinde kalp ve damar sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin en fazla 75 yaş üstü grupta olduğu görülmüştür. Serebrovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı çalışmamızda %4,5 ile Türkiye ortalamasının üzerinde saptandı. Türkiye hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre serebrovasküler hastalık sıklığı erkeklerde yüzde 1,8; kadınlarda yüzde 2,2 saptanmış(7) iken bizim çalışmamızda bu oran erkeklerde %5,28; kadınlarda ise %3,55 saptandı. Hiperglisemi kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız risk faktörüdür. Bununla birlikte bozulmuş açlık glukozunun kardiyovasküler risk faktörlerinden olan hipertansiyon, hiperlipidemi ve artmış bel çevresi ile de yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir(8). Bizim çalışmamızda da kalp ve damar hastalıkları tanı grubunda olan hastaların kan glukoz düzeyleri $135,4 \pm 98,9$ mg/dl iken LDL düzeyleri $83,1 \pm 34,8$ idi.

Dünya genelinde 2012 yılında 1,5 milyon ölümden sorumlu tutulan diyabetes mellitusun 2014 yılındaki prevalansının %9 olduğu belirlenmiştir. Tip 2 diyabet Türkiye' de giderek artmaktadır. CREDIT çalışması diyabet prevalansının toplumumuzda %12,7 olduğunu ortaya koymuştur (7). Bizim çalışmamızdaki eksitus olan hastalarda bu oran ülke prevalansının altında %7,9 idi. Çalışmamızdaki oranın düşük olması teşhis konulmamış diyabetli hasta oranının hala ülkemizde yüksek olması ile ilişkili olduğu kanaatindeyiz.

Hiperlipidemi miyokard enfarktüsü ve stroke için bağımsız risk faktörüdür. Kronik iskemik kalp hastalığı olan hastaların yaklaşık %30'unda hiperlipidemi bulunmaktadır. Hiperlipidemi tüm dünyadaki ölümlerin yaklaşık %4,5'inden sorumlu tutulmaktadır. Yapılan çalışmalarda antihiperlipidemik tedavi ile kalp ve damar hastalıklarına yakalanma riskinin azaldığı gösterilmiştir (7). LDL kolesterol prevalansı Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışma verilerine göre kadınlarda %14 ve erkeklerde %11 olup bu oran totalde %12,5

olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada her iki cinsiyette bu oranın yaş ilerledikçe arttığı belirtilmiştir (9). Bizim çalışmamızda yaşamını yitiren hastaların total kolesterol düzeyi $139,2 \pm 51,26$ mg/dl iken bu oran kalp ve damar hastalıkları grubunda olan hastalarda $137 \pm 43,3$ mg/dl ile diğer hastalarınki ile benzer idi. Geriatrik popülasyonda sıklığı giderek artan bir hastalık olan kalp yetmezliği 65 yaş üstü hastaneye yatışların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda kalp yetersizliğine bağlı ölümlerin 4/5'i geriatrik popülasyonda meydana gelmektedir (10). Kliniğimizde yaşamını yitiren hastalardaki kalp yetersizliği oranını %12,4 olarak saptadık.

Hem toplum hem de hastane kökenli enfeksiyonların kontrolünde tüm dünyada olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de önemli gelişmeler meydana gelmiştir. Ancak çocukluk çağı aşılama programında ulaşılamamıştır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığının eğitimli ve sertifikalı enfeksiyon kontrol hemşiresi ve hekimi sayısının giderek artırması bu sayede sürveyans çalışmalarının daha etkin ve başarılı bir biçimde yapılması ve enfeksiyon kontrol komitelerinin kurumsallaşmış hastaneler arası işbirliğinin artması hastane kökenli enfeksiyonların kontrolü konusunda önemli ilerlemelere neden olmuştur (12). Verilen tüm bu çabalara karşın enfeksiyon hastalıkları nedeniyle yaşamını yitiren hasta sayısının %10,9 ile tüm ölüm nedenleri arasında ikinci sırada olan çalışmamızda da görüldüğü gibi bu konuda çok daha fazla efor sarf etmemiz gerektiği kanaatindeyiz.

Ulusal Hastalık Yüklü Çalışması sonucunda ülkemizde meydana gelen ölümlerin yaklaşık 10'da 1'inden akciğer hastalıklarına sorumlu tutulmuştur. Bu rakam solunum sistemi hastalıklarını en sık ölüm nedenleri sıralamasında iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklardan sonra 3. sıraya yükseltmiştir. Yine aynı çalışmanın alt analizinde ülkemizde ölüme neden olan subgruplar içerisinde alt solunum yolu enfeksiyonları %4,2 oranı ile en ölümcül 5. hastalık olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Türkiye hastalık yükü çalışması verilerinde 223.462 hasta pnömoni- akut solunum enfeksiyonu- viral pnömoni; 211.545 hasta amfizem-bronşit-astım; 52.865 hasta akciğer maligniteleri; 13,890 hasta ampiyem; 27.521 hasta tüberküloz; 18.271 hasta

venöz tromboemboli ve 218.373 hasta diğer solunum sistemi hastalıkları nedeniyle hastaneye interne edildiği saptanmıştır(13). Çalışmamızda da solunum sistemi hastalıklarından dolayı eksitus olan hastaların sayısı %10,4 ile tüm ölüm nedenleri arasında 3. sıradaydı. Cinsiyet dağılımına baktığımızda erkeklerde %56,5 ile kadınlardan daha sık görüldüğü bu farkın da ülkemizde sigara içiciliğinin erkeklerde daha sık olmasına bağladık. Yaş dağılımına bakımızda solunum sistemi hastalıklarını %70,2' sinin 75 yaş üzeri hasta grubunda olduğunu saptadık.

Hem maddi hem de manevi yönleri ile mücadelesinin çok zor olduğu bir hastalık olan kanser hem ülkemizde hem de dünya genelinde her geçen gün artış göstermektedir. Kanser yalnızca önemli bir sağlık sorunu değil aynı zamanda ülkelerin ekonomilerinde de büyük bir yük haline geliyor. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında tüm dünya genelinde 12 milyon yeni kanser olgusunun olduğunu bildirip bu rakamının 2030 yılında 26 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir. Tüm dünyayı etkileyecek olan bu artışın büyük bir bölümü maalesef ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde meydana gelecektir. Bu artış yalnızca görülme sıklığındaki artış ile kalmayıp kansere bağlı ölümlerde artışa da neden olup gelişmekte olan bu ülkelerde hem ülke ekonomisi hem de toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyecektir (14). Geriatrik popülasyondaki hızlı artış, sigara içimi ve obezite DSÖ' ye göre kanser sıklığındaki artışta suçlanan 3 temel nedendir. Bu sıklık dünya genelinde %1 ile 2 arasında olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bazı gelişmiş ülkeler kanser ile mücadele programları sayesinde bu artışı kontrol altına alınabilmiştir. Bu başarı özellikle yaşam tarzı değişiklikleri, sigara ve obezite ile mücadele, meme, serviks ve kolon kanserleri için yapılan toplum tabanlı tarama programlarının yaygınlaşması ile olduğu aşikardır. Tüm bu mücadeleler sonrasında kanserdeki artışın önüne geçilmesi hiç şüphesiz uzun yıllar almaktadır. Bu yüzden kanser ile mücadele programlarındaki başarının önemli bir unsuru da devamlılık arzetmesidir. Maalesef ülkemizde kanser epidemiyolojisine yönelik veriler uzun yıllar yeterli doğruluk ve kalitede değildi. Ancak son yıllarda ülkemizde başarılı sağlık politikaları sayesinde kanser tarama, tedavi ve takibinde yapılan kayıtlar neticesinde uluslararası kabul gören güvenli kanser istatistiklerine

ulaşılabilmiştir. Ülkemizde son yıllarda yapılan araştırmalarda kanser sıklığında bir artış göze çarpmaktadır ancak bu artışın büyük bir bölümü güvenilir kanser veri istatistiklerindeki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle son yıllarda ülkemizde yapılan kanser araştırmalarına bakıldığında kanser artış oranının diğer ülkelerdeki ile benzer biçimde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte kanserin ülke ekonomisine getirdiği masraflar kıyaslandığında bir çok ülkenin gerisinde kalmaktayız. Sigaraya bağlı kanserler diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında ülkemiz için esas problem kaynağıdır. Her yıl yeni tanı konulan 150 000 kanser olgusunun en az %65'inden doğrudan sigara kullanımı sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle kanser ile mücadelede ülkemiz için en büyük pay sigara ile mücadeleye verilmektedir. Bu sayede ülkemizde görülen kanserlerin 2/3'ünün kontrol altına alınması planlanmaktadır (15). Çalışmamızda da kanserden yaşamını yitiren hastaların sıklığı tüm ölüm nedenleri arasında %10,0 oranıyla 5. sırada yer almaktaydı. Malignitelerin görülme sıklığının yaş arttıkça attığını saptadık. Cinsiyet ayrımında kanserden yaşamını yitiren hastaların %60,2'si erkek iken %39,8'i kadın idi. Tüm ölüm nedenleri incelendiğinde maligniteden yaşamını yitiren hastalarda en sık karaciğer ve intrahepatik safra yolları malign neoplazmi (%3,2), ikinci sıklıkla %1,7 ile kolon malign neoplazmi ve 3. sıklıkla da %1,6 oranı ile bronş ve akciğer malign neoplazmi olduğunu saptadık.

Yine dünyada olduğu gibi ülkemizde çok yaygın olan önemli bir halk sorunu da Kronik Böbrek Hastalığı' dır(KBH). Erken tanı ve tedavi ile önlenabilir ve progresyonu durdurulabilir olmasına karşın bir çok olguda erken teşhis ve bilincin düşük olması buna olanak vermemektedir(16). Farkındalığın az olması nedeniyle bir çok olgu son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresine gelmektedir. Bu durum oluşturduğu yaşam kalitesi düşüklüğü, morbidite, komplikasyon ve yüksek mortalite oranları ülke ekonomisine ciddi zarar vermektedir. Türk Nefroloji Derneği verilerine göre ülkemizde SDBY prevalansı hızlı bir biçimde artmaktadır (17). 2013 yılında Süleymanlar G. ve ark. yaptığı bir çalışmada ülkemizde diyaliz programında olan ve böbrek transplantasyonu yapılmış olan yaklaşık 62000 hastanın olduğu ve bu hastaların ülke sağlık bütçesinin %5'inden fazlasını tükettikleri

belirtilmiştir (18). Yine uluslararası yapılan bir çalışmada erişkin popülasyonda %10 oranında farklı evrelerde böbrek yetmezliği olduğu bildirilmiştir (19). Çalışmamızda da eksitus olan hastalara baktığımızda hastaların %28,6'sında evre 3, %30,2'sinde evre 4 ve %17,3'ünde evre 5 böbrek yetmezliği tanısı olduğunu saptadık. Böbrek yetmezliğinin evresi arttıkça buna bağlı meydana gelen kardiyovasküler nedenli mortalite ve morbidite risklerinde artış olmaktadır. Amerika' da yapılan toplum kökenli bir çalışmada kronik böbrek hastalığı olan hastaların ölme olasılığının son dönem böbrek yetmezliğine ilerleme olasılığından 16 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (20). KBH başlı başına önemli bir problem olmakla birlikte bu hastalığa eşlik eden komorbid durumların fazla olması durumu daha da önemli duruma getirmektedir. CREDIT çalışma verilerine göre kronik böbrek yetmezliği hastalarında %32,7 ile hipertansiyon, %12,5 ile diyabetes mellitus, %20,1 ile obezite ve %31,3 ile hiperlipidemi saptanmış.

Çalışmamızda vurgulanması gereken bulgulardan birisi de %7,3 gibi azımsanmayacak bir oranda saptanan beslenme bozukluğudur. Yaşlı bireylerde beslenme bozuklukları sık karşılaşılan bir geriatrik sendromdur. Yaşlanmayla yağ dokusu artar, yağsız vücut kitlesi azalır, vücudun total su miktarı ile bazal metabolik hız azalır. Geriatrik popülasyonda hareket kısıtlılığı, çene-diş problemleri, beslenmeyi unutma ve sindirim sistemi problemleri bu grupta malnütrisyon gelişimine neden olmaktadır. Patogeneğinde multiple mekanizmaların olduğu malnütrisyon yaşam kalitesini azaltan bir durum olup tedavi süreci, getirdiği masraflar ile hem ülkemizde hem de dünyada önemli bir toplumsal sorun teşkil etmektedir (10). Yapılan bir çalışmada geriatrik popülasyondaki malnütrisyon oranı %5,8 iken bu oran huzurevlerinde yaşayanlarda %13,8, hastanede yatanlarda %38,7 bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda ise nutrisyonel ve metabolik hastalıklar nedeniyle interne edilip yaşamını yitiren hasta oranı %7,32 ile 8. sırada yer aldı.

Sonuç olarak, 2005 Türkiye hastalık yükü çalışması verilerine göre tüm ölüm nedenleri arasında 1. sırada 205.457 ölüm ile kardiyovasküler hastalıklar yer alırken, bunu 56.250 ölüm ile kanserler ve 38.046 ölüm ile enfeksiyon hastalıkları izlemektedir. Cinsiyet

ayrımı yapıldığında hem kadın hem de erkeklerde kardiyovasküler ölüm oranının benzer olduğu görülürken, enfeksiyon hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerin erkek hastalarda daha sık olduğu saptanmış (11). Genel dâhiliye kliniğimizde son on yıl içinde interne edilen ve yaşamını yitiren hastalarının mortalite nedenlerinin tanısız dağılımları genel olarak ülkemizden bildirilen sonuçlara benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Farklı olarak bizim çalışmamızda 2. sıradaki ölüm nedeni enfeksiyonlar, 3. Sırada solunum sistemi hastalıkları ve 4. sırada renal parankim hastalıkları

İletişim: Dr. Rıdvan Sivritepe

E-posta: dr.ridvansivritepe@gmail.com

olarak bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 21507, 28 Ocak 2016, at. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>.
2. İstatistiklerle Yaşlılar 2015, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 21520, 17 Mart 2016, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>.
3. World Health Organization. (10). Facts on ageing and the life course. World Health Organization, Geneva, Switzerland Retrieved from (<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>).
4. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 18855, 30 Mart 2015, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
6. Bakanlığı, S., & Müdürlüğü, T. S. H. G. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları.
7. Planı ve. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları.
8. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü- 2017 http://www.antalyahsm.gov.tr/dokuman/upload/Kalp_damar_hastal%C4%B1klar%C4%B1nda_risk_fakt%C3%B6rlerinin_azalt%C4%B1lmas%C4%B1.pptx.
9. T.C Sağlık Bakanlığı - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü-2017 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>.
10. Nalbant, A., Varım, C., Kaya, T., & Tamer, A. (2013). İç Hastalıkları Kliniğinde Yatarak İzlenen 65 Yaş ve Üzeri Genel Dahiliye Hastalarında Tanısal Dağılımın Araştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 3(4), 181-185.
11. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1734-1738.
12. Öztürk, R. (2011). Türkiye'de Enfeksiyon Kontrolü ile ilgili son gelişmeler. *Ankem Derg*, 25, 9-16.
13. Bakanlığı, S., & Müdürlüğü, R. H. M. (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html>.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü <http://tokat.hsm.saglik.gov.tr/index.php/haberler-duyurular-2/96-duyuru-ve-tuerkiye-de-kanser>.
16. Plantinga LC, Boulware LE, Coresh J, et al. Patient awareness of chronic kidney disease. *Trends and Predictors. Arch Intern Med* 2008; 168: 2268-75.
17. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry. <http://www.tsn.org.tr/registry>.
18. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon – Registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2013.
19. Hallan SI, Coresh J, Astor BC, et al. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 2275-84.
20. Go AS, Chertow GM, Fan D, et al. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med* 2004; 351: 1296-305.