
Kronik Hastalıklar (III)

Dr. ÖZEN ARAT

BAZI ÜLKELERDE KRONİK HASTALIKLARIN DURUMU VE ÖRGÜTLENMESİ, TÜRKİYE'DE DURUM

Sağlık alanındaki gelişmeler ve birçok başka nedenle, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlılık sorunları ve hastalıkları ile kronik hastalıklar büyük önem kazanmıştır. İleri ülkeler sorunu tüm boyutlarıyla araştırıp incelemeye, bu hastalıklarla ilgili koruma, tanı, iyileştirme, esenlendirme, izlemeye ilişkin örgütlenmeye özel önem vermektedirler. Fakat konuyla ilgili yeterli veriler ya da yeterli örgütlenme konusunda kesinleşmiş bir görüş yoktur. Çalışmaların en çok yapıldığı iki ileri ülke örnek olarak gözden geçirilecektir.

Amerika Birleşik Devletleri :

A.B.D.'de kronik hastalıklara ait veriler yüzyılımızın başından beri büyük değişikliğe uğramıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ölüm nedeni olarak kronik hastalıkların ilk sıralara geçmesine neden olmuştur. A.B.D.'de 1900 yılı verileri 1970 yılı ile karşılaştırıldığında ilk 12 ölüm nedeninde büyük farklar görülmektedir. A.B.D.'de 1900'de yüzde 194 olan tüberküloz ölüm hızı 1970'de yüzde 2.7'ye düşmüştür. 1900'e göre kurtarılan yaşam sayısı 388.440'dir. Tifo ölüm hızı yüzde 31.3'ten sıfıra düşmüştür. Kurtarılan yaşam sayısı 63.500'dür.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü yanında kronik hastalıkların önem kazanmasında önemli bir etken de nüfus yapısındaki değişikliktir. (Bunun nedenlerinden birisi de şüphesiz bulaşıcı hastalıkların kontrolüdür.) Özellikle 40 yaş ve üstü nüfusta kronik hastalıkların öneminin artmasının bir nedeni de bu yaş gruplarının oranlarının artmasıdır. A.B.D.'de 1860'da 45 yaş ve üstü nüfus grubu toplam nüfusun % 13'ünü oluştururken, 2000 yılında bu oran % 40 olması beklenmektedir. 1900'de 65 yaş ve üstü nüfus toplam nüfusun % 4.1'i iken 1974'de bu oran % 10'a ulaşmıştır.

Kronik hastalıkların artması ve önem kazanmasında rolü olan diğer bazı etkenler tanı yöntemlerinin gelişmesi, sağlık alanındaki bilimsel gelişmeler sonucu daha uzun süre yaşayan kronik hasta sayı-

sının artması, sosyo-ekonomik gelişme düzeyiyle ilgili etkenler gibi etkenlerdir. Tüm bu etkenler sonucu ABD.'nde ortaya çıkan değişiklikleri en önemli ölüm nedenleri listesinde gözlemek olanağı vardır.

ABD'nde ilk 12 nedene göre 1900 ve 1970 yıllarında ölüm nedenleri :

Yübinde ölüm hızı (1900)		Yüzbinde ölüm hızı (1970)	
1. İnfluenza, Pnömoni	202.2	Kalp hastalıkları (1900'de 137.4)	360.3
2. Tüberküloz	194.4	Malign Uurlar (1900'de 64)	162.0
3. Diare ve enterit	139.9	Serebral kanama	101.7
		Diabetes Mellitus	18.5
		Ateroskleroz	15.9
		Bronşit, Anfişem, Astma	14.9

1900'de enfeksiyöz hastalıklardan ölümlerin tüm ölümlere oranı % 61 iken 1970'de kronik ve metabolik hastalıklardan ölümlerin tüm ölümler oranı % 80'dir. 1966'da örnekleme ile yapılan bir araştırmada nüfusun % 49'unda bir ya da birden fazla kronik hastalık saptanmış. Bunların % 2'sinden çoğunda hastalık kişinin normal işini engellemiştir.

Taramalar ve erken tanı :

ABD'nde kronik hastalıklarla ilgili çalışmalara son yıllarda hız verilmiştir. Özel hastalıklar için gönüllü sağlık kuruluşları kurulmuştur. Resmî olarak sorunun ele alınışı ve toplum sağlığı programında yer alması kanser programları ile başlamıştır. Şu anda ABD'nde ana odak kanserdir. Araştırma erken tanı ve tedavi izleme programları kanser merkezlerince sürdürülmektedir. Toplum sağlığı programı içinde konunun ele alınışı sınırlıdır. Kanser taramaları için daha çok ilk basamak hekimlerinin periyodik muayene yapmaları istenmektedir. Kanser vakalarının % 60'ını deri, meme, rektum, serviks kanserleri oluşturduğundan bunlar basit ve ucuz yöntemlerle ortaya çıkarılabilir. 6-12 ayda bir periyodik muayene gerekir. 1950 yılına kadar her eyalet ayrı bir kanser programı geliştirmiştir. Bu programların çoğu bugün de Amerikan Kanser Birliği ve eyalet tıp birliklerince yürütülmektedir.

Diğer kronik hastalıklarla ilgili gelişmeler son derece yavaştır. Her hastalık için ayrı merkez kurmak pahalı bir yöntemdir. Çok amaçlı (multifazik) tarama programları geliştirilmektedir, fakat bunların sa-

yısı çok az ve sınırlıdır. Yerel sağlık örgütleri genel hizmet içinde kronik hastalarda hizmet vermekte ise de, bunlar kronik hastalık programı olarak nitelendirilebilecek düzeyden uzaktır. Yalnızca kronik hastalıklarla ilgili örgütlenmiş birimleri olanlar çok azdır.

Yataklı Kuruluşlarda Tedavi, Bakım ve İzleme :

Kronik hastalık tanısı alanların kesin tanı ve tedavi için hastanede yatmaları gerekebilir. Yeterli sağlık kuruluşu ve masrafları sorunu ortaya çıkar. Bu hizmeti kamu kuruluşlarının sağlaması gerekir. Bu nedenle bulaşıcı hastalık yataklarının bulaşıcı olmayan kronik hastalık yataklarına dönüştürülmesi düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların kontrolü için iki tür yaklaşım vardır :

I — Total toplumsal yaklaşım

II — Bireysel yaklaşım yetkililer total toplumsal yaklaşımın ABD'nde olanaksız olduğunu belirtmektedirler. Bireysel yaklaşım ise kişiye çok pahalıya mal olmaktadır. Yaşlı kişilerin çoğu ancak birinci başvuru masrafını karşılayabilmektedirler. Çünkü A.B.D.'nde yaşlılar için sağlık hizmeti masrafı gençlere göre çok daha pahalıdır. 65 yaş ve üstü nüfusun geliri, 65 yaş altı nüfus grubunun gelirinin yarısı olduğu halde, sağlık hizmeti için iki kattan daha çok harcama yapmak zorundadırlar (Medicare ve Medicaid ile bile).

den biridir. A.B.D.'nde hastane bakım ücretlerinin sürekli arttığı en yetkili kişilerce belirtilmektedir. A.B.D. Başkan Yardımcısı çok yakın bir geçmişte yaptığı bir konuşmada 1950 yılından beri hastane bakım ücretlerinin % 1000 arttığını, yıllık artışların % 15 olduğunu söylemiştir. Buna karşılık hastaneye yatırılan hastaların % 70'inin, yeterli sağlık hizmeti ve örgütlenmesi olursa evde bakılabileceği saptanmıştır. Yani özellikle kronik hastalıkla ilgili olarak hastaneye yatırılan bir çok hasta gereksiz yere para harcamak zorunda bırakılmaktadır.

Bu nedenle toplum sağlığı yetkilileri ayaktan tedavi, bakım ve izleme programlarına önem verilmesini önermektedirler. İzleme konusunda en başarılı çalışma kanser alanında yapılmış, Amerikan Kanser Birliği bir milyondan fazla kişi üzerinden ölümleri ve yaşam sürelerini araştırmıştır. A.B.D.'nde evde bakım ve izleme için gezici hemşire birlikleri vardır. Bunların toplum sağlığı programları ile birleştirilmesi için çalışılmaktadır. Şimdiki uygulamada izleme ve ayaktan bakımda özel hemşire ile özel hekim görevi yapmaktadır. Ayrıca hastanede yatıp da tam iyileşmeden çıkanlar için nekahat evleri vardır, bunların işleyişi de hemşirelere bırakılmıştır.

Esenlendirme (Rehabilitasyon) ve Sürekli Bakım Hizmetleri :

A.B.D.'nde kronik hastalıkların esenlendirme yönünün yeterince ele alınmadığı vurgulanmakta, bu hizmetin de tüm programın önemli ve tamamlayıcı bir parçası olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Sürekli bakım gereken kişiler için kamu kuruluşları yetersizdir. Kronik hastalıklar programının son bölümünü oluşturan huzur evleri gibi kuruluşların az sayıda ve yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Sonuç :

Son yıllarda A.B.D.'nde yaşlılık sorunları ve kronik hastalıklar konularına özel ilgi gösterilmekte, sorun ulusal düzeyde ele alınmakta, konunun araştırma, inceleme, programlaması için yasalar onaylanmaktadır. Sorunun yeterli ve etkili bir düzeye ulaşabilmesi için bir çok değişik kuruluşun işbirliği önerilmektedir (Kamu, özel, gönüllü kuruluşları, yerel kuruluşlar gibi).

Yapılan bir araştırmada kronik hastalıklar ile gelir durumunun ilişkisi araştırılmış ve aile geliri 4.000 \$ altında olanlarda kronik hastalıkların neden olduğu işgücü kaybının, geliri 4.000 \$ üstünde olanlara göre belirgin derecede daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Bu kronik hastalıklara eğilimin ve yarattığı kötü sonuçların sosyo-ekonomik düzeyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle kronik hastalık sorununun bir kamu görevi olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (S.S.C.B.) :

S.S.C.B.'nde kronik hastalıklar sorunu diğer sağlık hizmetleri gibi bir kamu görevi olarak eel alınmakta ve yürütülmektedir. Özellikle kardiovasküler hastalıkların ölüm ve işgörmezlik nedenleri arasında birinci sırayı alması nedeniyle 1960 yılında 12 ve 13. parti kongreleri tıp bilimlerine en önemli görevler arasında kardiovasküler hastalıkların kontrolünü görev olarak vermiştir.

S.S.C.B. kaynaklı yayınlarda kronik hastalıklarla ilgili morbidite hızlarının değişik nedenlerle güvenilir olmadığı ve gerçek durumu yansıtmayabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, hastalıkların kontrolünün etkinliğine karar verebilmek için morbidite hızları ile birlikte başka ölçütler geliştirilmelidir. Daha güvenilir olduğu belirtilen ölçütler şunlardır :

1 — Mortalite hızları : S.S.C.B.'nde standardize mortalite indeksleri 1939 ile 1958 arasında dolaşım sistemi hastalıkları ile ilgili ola-

KRONİK HASTALIKLAR III.

rak % 12 düşmüştür. 1958'de bu hastalıklarla ilgili mortalite hızları, A.B.D. ve İngiltere'ye göre daha düşüktür.

2 — Hastalıkların en tehlikeli biçimlerinin mortalitesinde azalma : Örneğin, özel ilk yardım örgütlenmesi ve antikoagülan tedavi sonucu son yıllarda Leningrad'da myokart infarktüsünden ölümler üç kat azalmıştır.

3 — Geçici işgörmezlik morbiditesinin düşmesi, eksazerbasyon insidansının düşmesi, sürekli işgöremezlik ve sakatlık olaylarının azlması.

1940-1960 yılları arasında S.S.C.B.'nde kardioloji, onkoloji, gastroenteroloji uzmanlıkları gelişmiştir. Yakın zamanlarda da romatizma, influenza, poliomyelit, kardioloji araştırma enstitüleri kurulmuş, gene her konuyla ilgili olarak yaygın bir dispanser ağı gerçekleştirilmiştir. Ayrıca yerel örgüt ve hekimlerin bu kuruluşlarla ilişkileri ve işbirliği sağlanmıştır.

Kronik hastalıkların insidansının düşürülmesi planlanırken yeni vakalarda düşme hızı ile hasta kişilerin sayısındaki düşme hızını ayırtmak gerekir. Toplumun nüfus yapısındaki değişmeler morbiditedeki düşmeyi maskeleyebilir. Bu nedenle özel yaş gruplarındaki düşme hızlarını saptamak gerekir. Bu tür veriler SSSCB'inde kronik hastalıklar ile ilgili hizmet ve örgütlenmenin başarılı olduğunu göstermektedir.

Planlama özel bilimsel araştırmalara dayandırılarak yapılmaktadır. Planlayıcı, araştırıcı ve uygulayıcılar işbirliği içinde çalışmaktadırlar. Ancak bu işbirliği sonucu etkili ve yaygın bir örgütlenme sağlanabilmiştir.

Örgütlenme :

Örgütlenmede temel yerel sağlık birimine ve poliklinik hekimine dayanmaktadır. Taramalarda ya da polikliniğe başvuran hastalar arasından saptanan hastaları hekimler ilgili özel dispanserlere bildirirler. SSSCB'inde kardiovasküler, mental ve onkolojik hastalıkları bildirme zorunluluğu vardır. İç hastalıkları uzmanları ve pediatristler kendi nüfuslarını en az yılda bir kez muayene ederler, üç yıla kadar çocuklar daha sık periyodik muayeneden geçirilir.

Poliklinik muayeneleri, periyodik muayeneler ya da taramalar sonucu ortaya çıkarılan kronik hastalıklar özel bakım ve izleme için polikliniklerde kayda geçirilir. Bunlar düzenli olarak kontrole çağrılır ve

gerekirse tedavi edilir. İzleme programının önemli bir bölümü ev gezileridir. Ev gezilerini poliklinik hekimi yapar. Bu geziler hastalık saptanmış evlere olduğu kadar koruyucu hizmetler amacıyla diğer evlere de yapılır. SSCB'nde kentsel bölgede başvuran her poliklinik hastasına 2,7 ev gezisi düşmektedir.

Poliklinik hekimleri bu hizmetleri ilgili dispanser ve uzman hekimle yakın işbirliği içinde gerçekleştirmektedir. Hasta aynı zamanda dispanserde de kayıtlıdır. Dispanserler önemli olan her hastalık için ayrı kurulmuş ve ülke çapında yaygın bir dispanser ağı gerçekleştirilmiştir. Örneğin kardioloji, kardiyoromatolojik, onkoloji, nöropsikiatri dispanserleri ve bunların bağlı bulunduğu araştırma enstitüleri vardır. Hastalar belirli aralıklarla poliklinik kontrolünden geçmekte, ayrıca dispanser kontrolünden geçmekte ve dispanser uzmanları da ev gezileri yapmaktadırlar. Dispanserler, o dala ya da hastalıkla ilgili araştırma, tarama çalışmaları yapmaktadırlar. Sorunun koruyucu yönüne ağırlık verilerek sağlam kişilere yönelik erken tanı için çalışmalar, sağlık eğitimi yapılmaktadır. Zamanla dispanser hizmetinin ve gezilerinin artırılması düşünülmektedir.

Dispanser hizmetine örnek olarak kardiyoromatoloji ve onkoloji dispanserlerinin çalışmaları gözden geçirilecektir.

Kardiyoromatoloji dispanserleri :

SSCB'nde romatizmal kalp hastalıklarının kontrolü toplum sağlığının önemli görevlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu amaçla planlı olarak kardiyoromatolojik kuruluşlar yaygınlaştırılmıştır. Bunun sonucu romatizmal kalp hastalıkları insidans ve mortalitesi azalmıştır. Fakat sonuçların yeterli olmadığı belirtilmektedir. Bu hastalığın etioloji ve patogenezi bilindiğine göre insidansın daha çok düşürülmesi gerekmektedir. Kitle taramaları sonucu ortaya çıkarılan hastaların, kendileri başvuranlara göre 2-5-4 kat daha çok olduğu saptanmıştır. Bunun için erken tanı için taramalar yaygınlaştırılmıştır.

Tıp biliminin bugünkü aşamasında streptokok enfeksiyonlarının kesin eradikasyonu olanağı yoktur. Fakat romatizmal ve romatizmal kalp hastalıkları insidansının düşürülmesine ilişkin önlemler geliştirilmiş, bu yönde yapılan planlı, sistematik ve sürekli çalışmalarla bu hastalıkların kontrolünde başarılı sonuçlar elde edilmiştir .

Insidansın düşürülmesine ilişkin çalışmalar ve önlemler şöyle saptanmıştır.

1 — Gelişen neslin genel fizik durumunu yükselterek doğal bağımsızlığını artırmak,

- 2 — Streptokok insidansını düşürmek,
- 3 — Erken dönemde hastalığı saptamak, hemen ve sürekli tedavi ve izleme, rekürrens ve komplikasyonları önlemek, yeterli hastane bakımı sağlamak,
- 4 — Romatizma ve kontrolü hakkında yaygın sağlık eğitimi.

Onkoloji Dispanserleri :

SSCB'nde en yaygın ve örgütlü olarak çalışan dispanserlerdir. 20 den çok onkolojik ve röntgenolojik bilimsel araştırma enstitüsü kanser kontrolü alanında planlı bilimsel araştırmalar yapmaktadır. Hepsinin merkezi Moskova'daki Deneysel ve Klinik Onkoloji Enstitüsü'dür.

En yeni tarama yöntemlerinin kullanılmasıyla kanser hakkındaki bilgiler genişletilmiştir. Kitle taramaları ve daha iyi toplum standartları sonucu, prekanseröz durumlar ve kanserin erken biçimlerinin sayısında artma olmuştur. Yani hastalar tedavinin daha etkili olduğu bir dönemde yakalanabilmektedirler. İleri devre kanserlerin primer olarak saptanması daha az gözlenmektedir. Hemen cerrahî girişim uygulanan hastalar onkoloji dispanserlerinde izlenmektedir. Böyle kişilerin % 60'ında üç yıllık izlemede metastaz ya da rekürren görülmemektedir.

Tüm çalışmalara karşın kanser insidansının yüksek olduğu belirtilmektedir. Primer tanı alanlar her yıl artmaktadır. Bu artışın nedenleri onkolojistlerce şöyle sıralanmaktadır :

- 1 — Yaygın kitle taramaları,
- 2 — Tanı yöntemlerinin gelişmesi,
- 3 — Toplumun yaş yapısının değişmesi, yaşam umudunun artması,
- 4 — Çevresel etkenler nedeniyle kanser insidansında gerçek artış.

Timofeyevskiy adlı araştırmacının verilerine göre bir endüstride meslekî kanser gelişimi için 17 yıl geçmesi gereklidir. Bu nedenle yeni maddelerin karsinojenliği hemen anlaşılacaktır.

Kanser dispanserleri kentsel bölgelerde kırsal kesimlerden daha iyi örgütlenmiştir.

TÜRKİYE'DE DURUM :

Ülkemizde ve diğer az gelişmiş ülkelerde tüm verilerde ve hizmetlerde görülen eksiklik ve aksamalar kronik hastalıklar alanında da görülmektedir. Türkiye'de kronik hastalıkların durumu hakkında veri hemen yok gibidir.

Oysa sorun az gelişmiş ülkelerde de gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Yaşlılık ve kronik hastalık konularının önemle ele alınması Dünya Sağlık Örgütüncü önerilmektedir. Çünkü şu anda sorun önemli değil gibi görünüyorsa da çok yakın bir gelecekte büyük boyutlara ulaşacak ve çözümü son derece güçleşecektir. W.H.O. önerilerine göre bu hizmetleri sağlamanın temel birimi ilk basamak hekimi ve toplum sağlığı hemşiresi olmalıdır.

Ülkemizde kronik hastalıklarla ilgili araştırma çok sınırlı ve örnek niteliğinde değildir. Ülke çapında geçerli veri olarak ancak hastaneye varan hastaların dağılımı ve il, ilçe merkezlerindeki ölüm nedenleri verilebilir. Bunlar da yanlış ya da eksik olabilir. Ayrıca ülke için geçerli veriler oldukları söylenemez. Çünkü yalnız hastaneler yatan hastalar ya da il ve ilçe merkezlerine dayanan verilerdir.

Bir örnek vermek amacıyla bazı kronik hastalıkların dağılımı gözden geçirilecektir. 1974 yılında hastanelere toplam 1.252.084 hasta yatırılmıştır. Bu hastaların arasında bazı kronik hastaların sayıları şöyledir :

Habis ular (Yaklaşık)	30.000
Diabetüs mel :	10.350
Anemiler :	10.322
Romatizmal kalp hastalıkları	9.452
Aterosklerotik kalp hastalıkları	14.089
Hipertansiyon :	19.261
Kronik Akciğer Hastalıkları :	21.689

1974 yılında il ve ilçe merkezlerinde ölüm nedenleri arasında bazı kronik hastalıkların yeri ise şöyledir.

KRONİK HASTALIKLAR III.

<i>Hastalık</i>	<i>Mortalite Hızı (yüzbinde)</i>	<i>Letalite Hızı (binde)</i>
Solumum aygıcı tbc	11,30	15,88
Midenin habis urları	7,67	10,78
Trakea, bronş, akc. habis urları	13,39	18,81
Diabetüs mellit	4,64	6,53
Anemiler	3,52	4,95
MSS. damar lezyonları	48,83	68,60
Kalp hast. diğer	203,55	285,95
Karaciğer sirozu	4,96	6,98
TOPLAM :	711,85	1.000,00

Burada, pnömoni, lobar pnömoni ve gastroenterit ölüm hızlarını belirtmekte, karşılaştırma yönünden yarar vardır.

<i>Hastalık</i>	<i>Mortalite Hızı (yüzbinde)</i>	<i>Letalite Hızı (binde)</i>
Lobar pnömoni	27,94	39,25
Bronkopnömoni	56,67	79,61
Gastroenterit ve kolit	49,48	69,51

Ölüm nedeni olarak senilite yüzbinde 28,88 olarak belirtilmektedir. Bu hastaların çoğu büyük olasılıkla bir veya daha çok kronik hastalığı olan kişilerdi. Ölüm nedeni olarak birinci sırayı diğer kalp hastalıkları almaktadır. Bunun içine kronik yada kronik olmayan pek çok hastalık girdiği için kronik hastaların payını söylemek olasılığı yoktur.

Etimesut Eğitim ve Araştırma bölgesinde 1974 yılı verilerine göre, kronik hastalıklardan hipertansiyonun görülüş sıklığı 45-64 yaş grubunda üçüncü 65 ve üstü yaş grubunda 1. sırayı almaktadır. 65 yaş ve üstü yaş grubunda 3. sırayı kronik Akciğer hastalığı almaktadır.

Etimesut bölgesinde en önemli 10 ölüm nedeni arasına giren kronik hastalıklar ise şöyledir. (Tüm yaş gruplarında)

Kronik Akciğer hast.	2. sırada	yüzbinde	49,9
Habis urlar	3. sırada	yüzbinde	66,1
Hipertansiyon	6. sırada	yüzbinde	36,7

Birinci sırada olan pnömoni mortalite hızı ise yüzbinde 110,2'dir.

Etimesut bölgesinde yaş gruplarına göre en önemli beş ölüm nedeni arasında kronik hastalıkların yeri şöyledir :

25—39	3. sırada	peptik ülser
	4. sırada	romatizmal kalp hastalığı
	5. sırada	Hipertansiyon
40—49	1. sırada	Habis ularlar
	3. sırada	İskemik kalp hast.
	4. sırada	Kronik akciğer hastalığı
50—64	1. sırada	Habis ularlar
	2. sırada	Kronik Akciğer hastalığı
	3. sırada	İskemik kalp hastalığı
	4. sırada	Hipertansiyon
65	1. sırada	Kronik Akciğer hastalığı
	3. sırada	Hipertansiyon
	4. sırada	Habis ularlar

Özetlemek gerekirse ülkemizde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar konusunda ülke çapında geçerli bir tarama yapılmamıştır. Bu konuda özel bir örgütlenme yoktur. Ve ülkemizde bu hastalıkların gerçek durumunun bilinmediği söylenebilir.

Kronik hastalıklarla ilgili özel bir örgütlenme yoktur. Yalnız son yıllarda kansere karşı bir ilgi başlamıştır. Bu çalışmaların da toplumsal bir yaklaşımla ele alındığı söylenemez. Bu alanda Kanser Savaş ve Araştırma Kurumu çalışmaktadır. 1947'den beri çalışmakta olan bu kurum 1963'de Kanser Hastanesini kurdu muştur. Kurumun çalışmaları daha çok eğitimle ilgilidir. Halk eğitimi amacıyla yayınlar (broşür, afiş, kitle haberleşme araçları) yapmaktadır. Ayrıca hekimlerin eğitimi için yayınları vardır.