

## **Birinci Basamakta Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarının Tedavisinde Ne Durumdayız?**

Ayşegül Kabanlı<sup>1</sup>, Tolga Günvar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 3 No'lu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi

<sup>2</sup> Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Bulaşıcı olmayan hastalıklar küresel ölümlerin yarısından fazlasından sorumludur. Kalp ve damar sistemi hastalıklarının başı çektiği bu grup hastalıklar nedeni ile meydana gelen 60 yaş altı “erken” ölümlerin sekiz milyonu “önlenebilir” ölümlerdir. DSÖ verilerine göre her yıl yaklaşık 20 milyon insanın kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıkları nedeni ile öldüğü ve bu ölümlerin tüm küresel ölümlerin üçte birini oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkeler için çok daha önemli bir sorundur. Tedavi masraflarına ek olarak bunun dört katına yaklaşan işgücü kaybı maliyeti ile birlikte bu ülkelerin ekonomilerine oldukça ağır bir yük getirmektedir. KVS hastalıklarına bağlı ölümlerin de %80'inin de düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geliyor olması bu açıdan çarpıcıdır.

### **Neden Birinci Basamak?**

20. yüzyıl akut ve bulaşıcı hastalıkların görece kontrol altına alındığı ancak buna paralel olarak kronik hastalıkların artış gösterdiği bir dönem olmuştur. Mortalite ve morbiditedeki bu değişim aile hekimliği disiplinin doğuşundaki en önemli etkenlerden biridir. Kronik hastalıklar yaşama yeniden uyum gerektiren hastalıklardır. bu yeniden uyum sürecine yardımcı olmak isteyen hekim hem hastasını hem de onun içinde yaşadığı çevreyi anlamalıdır. Buna ek olarak koruyucu hekimlikte de önemli değişimler olmuştur. Toplum sağlığı artık topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine olduğu kadar kişilerin sigara, aile planlaması, egzersiz, beslenme ve bağışıklama gibi konulardaki kişisel karar ve tutumlarına da bağlıdır.

Aile Hekimliği, birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayırım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir disiplindir.

İlk temas noktası, kolay ulaşılabilir olması nedeniyle danışmanlık hizmetini veren, bir üst basamakla iletişimini sağlayan, sevk etse bile bakımının eşgüdüm ve sürekliliğini sağlamaktadır. Kişi ile her karşılaşmayı, sağlıkta iyilik halinin geliştirilmesi ve hastalıktan korunmak için, bir fırsat olarak değerlendirip başvuran kadar başvurmayanları da dikkate alıp çalışan, koruyucu ve tedavi edici hekimlik yapan aile hekimleri kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde önemli roller üstlenmektedir.

### **Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ile Mücadelede Hedefler ve Ülkemizdeki Durum**

Bu soruların yanıtları açısından Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan iki doküman yol gösterici olabilir. Bunlardan ilki “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı”

çerçevesinde açıklanan 2010 – 2014 stratejik plan ve eylem planı olup ikincisi de yine Bakanlık bünyesinde yapılan ve 2013 yılında yayınlanan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu – Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”dır.

Bu bağlamda, tütün bağımlılığı ile mücadele kapsamında belirlenen hedefler arasında

- Toplumun %90’ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak,
- Ulusal sigara bırakma oranı %40’ın üzerine çıkarmak,
- Sağlık çalışanları, öğretmenler, yöneticiler ve din adamları gibi toplum liderlerinde bırakma oranını %50’nin üzerine çıkarmak,
- Pasif içiciliği engellenmesi,
- 15 yaş altında kullanımın %0’a, 15-24 yaş arasında ise mevcut durumun yarısına geriletilmesi sayılabilir.

“Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”na bakıldığında ise ülkemizde erkeklerin %37’si kadınların ise %12’si düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Bu oranlar 15 – 24 yaş için sırası ile %29,7 ve %6,9’dur. Araştırmada bu yaş grubunda sigara içme oranlarının 2008 yılında yayınlanan “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu” ile benzerlik gösterdiği bu durumda sigaraya başlamayı engellemede çok etkin olunmadığını düşündürdüğü ifade edilmiştir. Bununla birlikte çalışmadaki bulgular pasif içiciliğin önemli oranda azaldığını ve bırakma denemelerinde önemli artış olduğunu ortaya koymaktadır.

Stratejik plan ve eylem planında fiziksel hareketlilik ve sağlıklı beslenme alanlarındaki başlıca hedefler

- Bu iki alanda toplumun bilinçlendirilmesi,
- Çocuk, ergen ve erişkinlerde sağlıklı beslenme ve fiziksel hareketliliğin sağlanması ve
- Beslenme bozuklukları ile ilgili hastalıkların önüne geçilmesi olarak sıralanmıştır.

“Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması”nda beslenme alışkanlığı tahıllı ekmek, tuz, yağ ve meyve – sebze tüketimi boyutlarında ele alınmıştır. Tahıllı ekmek tüketimi oldukça düşük olup %13 civarındadır. Çalışmaya katılanların beşte biri yemeğe tadına bakmadan tuz atıklarını ifade etmişlerdir. Yemeklerde ağırlıklı olarak sıvı yağ tüketilmekte, margarin kullanımının düşük olduğu gözlenmektedir. Çalışmaya katılanların %13.3’ü günde beş veya daha fazla porsiyon meyve – sebze tükettiklerini söylemişlerdir. Günlük ortalama porsiyon sayısı  $2,7 \pm 0,01$ ’dir. Ancak tüm bu tutumlar arasında önemli bölgesel farklılıklar vardır.

Çalışmanın fiziksel aktivite ile ilgili verilerine bakıldığında ise boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite açısından erkeklerin %23’ünün yeterli, %22’sinin orta ve %55’inin düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu; bu oranların kadınlarda sırası ile % 13, %18 ve %69 olduğu görülmektedir. Erkek ve kadınlarda yeterli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranının yaş arttıkça azalması dikkat çekicidir. Erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısı televizyon başında günde dört saatten fazla zaman geçirdiklerini ifade etmişlerdir. İş yerindeki fiziksel aktivite düzeyi düşüktür. Araştırmaya katılanları arasında yakın zamanda fiziksel aktivite düzeylerini arttırmayı düşündüklerini ifade edenlerin oranı %40 iken bunu başardığını söyleyenlerin oranı %8’dir.

Hatalı beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliğinin en önemli sonuçlarından bir obezitedir. Çalışmanın verilerine göre obezite ( $BK \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) sıklığı erkeklerde % 15, kadınlarda %29’dur. Erkeklerin %37’si kadınların ise %29’u fazla kiloludur ( $29.9 > BK \geq 25.0$  kg/m<sup>2</sup>). Her iki cinste de 55 – 64 yaş grubunda obezite görülme sıklığı en fazladır. Kadınlarda obezite hem BKİ hem de bel çevresi ölçümleri bazında erkeklere göre iki kat daha fazladır.

Dişabet, kan kolesterol düzeyleri ve metabolik sendrom da bağlı oldukları diğer faktörlerin yanı sıra beslenme ve fiziksel aktivite ile yakından ilişkilidirler. “Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” verilerine göre öykü, ilaç kullanma durumu ve açlık kan şekeri ölçümleri temelinde dişabet sıklığını %11 olarak saptanmıştır. Yine öykü ve ölçümle elde edilen yüksek LDL kolesterol sıklığı %12.5 olarak saptanmıştır. Bu sıklık hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşla birlikte artmakta ve 45 – 54 yaş grubundan itibaren kadınlar erkekleri geride bırakmaktadır. Metabolik sendrom sıklığı ise %23 olarak saptanmıştır. Burada da kadınlardaki sıklık erkeklerdekinin iki katı civarındadır.

“Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı”nın ikincil ve üçüncül koruma açısından koyduğu hedeflere bakıldığında temelde etkin tedavi, tedaviye ulaşım önündeki engellerin kaldırılması, tedavi uyumunun artırılması acil durumların ve komplikasyonların daha etkin bir şekilde yönetilmesi alanlarına vurgu yapıldığı görülmektedir.

“Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” ise özellikle tedavi uyumu ve farkındalık ile ilgili olarak bize yol gösterici veriler sunmaktadır.

Ölçümle yüksek tansiyon saptanan kişilerin %48’i aynı zamandan hekim tanısına dayalı hipertansiyon bildirmiştir. Bu oran erkeklerde %36 kadınlarda %58’dir. Hipertansiyonu olan ve ilaç kullanan bireylerin %30’unun kan basıncı kontrol altındadır; %42’si ise tedavi almamaktadır. Yüksek kan basıncı saptanan erkeklerin yarısından fazlası (%53) tedavi almamaktadır. Kadınlarda kontrolde olmama, erkeklerde farkında olmama önemli bir sorun olarak görülmektedir.

Akut MI geçirmiş erkeklerin % 68’i, kadınların ise %51’i rapora sahiptir ve düzenli tedavi almaktadır. Bu grupta herhangi bir tedavi almayanları oranı erkeklerde%16, kadınlarda ise %30’dur. İnme tanısı olan erkeklerin %42’si, kadınların ise %26’sı rapora sahiptir ve düzenli ilaç kullanmaktadır. İnme tanısı almış olanların yaklaşık yarısı tedavi almamaktadır.

### **Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ile Mücadelede Aile Hekimliğinin Katkısı**

Bu iki çalışmanın ülkemizde kardiyovasküler hastalıklar ile mücadele açısından yol gösterici oldukları söylenebilir. Disiplinin yukarıda da vurgulanan özellikleri nedeni ile aile hekimliği, tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi KVS hastalıkları ile mücadelede de kilit bir öneme sahiptir. Bu kilit rol Dünya Sağlık Örgütü Avrup Bölge Ofisi’nin 2014 yılında yayınlanan “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Türkiye Raporu” isimli belgesinde de vurgulanmıştır. Raporda Türkiye’de kardiyovasküler hastalıklar ile mücadelede birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir rol üstlenmesi gerektiğine vurgu yapılmakta; bu bağlamda tarama, tedavi ve sevk sürecine ilişkin klinik uygulama yönergeleri ve karar vermeye yardımcı görseller bulunması ve kapsamlı kardiyometabolik risk değerlendirmesinin aile hekimliği sistemine entegrasyonunun böylesi hastalıkların karmaşıklığını gidermede yardımcı olabileceği ifade edilmektedir.

KVS hastalıkları açısından bakıldığında aile hekimleri hasta ile olan “süreklili” ilişkileri sayesinde sigara, tuz tüketimi, meyve ve sebze tüketimi ve fiziksel aktivite açısından hastanın durumunu değerlendirerek eğitim fırsatlarını kullanabilmek açısından çok avantajlı bir konumdadırlar.

Bireylerin % 40’ının yakın zamanda fiziksel aktivite düzeyini arttırmayı hedeflediği ancak bu sadece %8’inin başarabildiği düşünüldüğünde burada önemli bir fırsat yattığı görülmektedir. Aile hekimleri bu alanda 5A yaklaşımı [Assess (Değerlendir) – Advise (Öner) – Agree (Görüş birliği sağla) – Assist (Yardımcı ol) – Arrange (Düzenle)] çerçevesinde bireye özgü katkı sunabilirler.

Çalışma verilerine göre kadınlar fiziksel hareketlilik azlığı ve obezite açısından daha fazla risk altında gibi görünmektedirler. Aile hekimleri çocukların hastalığı, reçete yazdırma veya muayene gibi farkı nedenlerle kadınlar ile çok daha fazla karşılaşmaktadır. Bu karşılaşmalar bu iki risk alanının değerlendirilmesi ve müdahalesi açısından fırsat olabilir.

Diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi kronik hastalıklarda farkındalığın daha da artırılması gerektiği açıktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında periyodik sağlık bakımı ve taramalar ile bu farkındalığın artırılmasına ciddi katkı sağlayabilirler.

Tedavi uyumu da önemli bir sorun gibi görünmektedir. Aile hekimleri hastalarını eğiterek, doğru yönlendirerek ve sağlık sistemi içinde savunmanlıklarını yaparak tedavi uyumu önündeki hem hasta hem de sistem kaynaklı engellerin aşılmasına yardımcı olabilirler.

DSÖ raporunda da vurgulandığı gibi kılavuzlar son derece yol göstericidir. Bu açıdan bütüncül yaklaşımın temel unsurlarından biri de kardiyovasküler hastalıkların tanı tedavi ve izlemleri konusunda geliştirilen uluslar arası kılavuzlar ve uzman ortak görüş belgelerinin Türkiye koşullarını göz önüne alarak Türkçeleştirilmesi ve daha da önemlisi tüm alanlarda kendi ulusal kılavuzlarımızı geliştirmektir.

**Sonuç:**

Kardiyovasküler sistem hastalıkları ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu sorun ile mücadelede birinci basamak sağlık hizmetleri kilit bir öneme sahiptir. Aile hekimliği bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunan bir tıp disiplindir. Bu anlamda aile hekimlerinin yerine getirecekleri görevler disiplinin hem kökeni hem de temel ilkeleri ile tutarlı olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve aile hekimlerinin bu alan özgü görevleri yerine getirilebilmeleri açısından desteklenmeleri ve motive edilmeleri gerekir.

**Kaynaklar**

- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010 – 2014). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, SB Yayın No: 812, Ankara, 2010
- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, SB Yayın No: 909, Ankara, 2013
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi İçin Zorluklar ve Fırsatlar No:2 Türkiye Ülke Raporu 2014.
- McWhinney I, Freeman T “Aile Hekimliği” Ed. Dilek Güldal, Medikal Akademi Yayıncılık, İstanbul, 2012