

Kronik hastalıkların yönetimi ve korunma

Doç. Dr. Nazan Yardım



1986'da Ankara Atatürk Lisesinden, 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan halk sağlığı uzmanlığını aldı. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü proje ve araştırmalarda sorumlu yönetici/sorumlu araştırmacı görevlerinde bulunan Dr. Yardım, Sağlık Bakanlığı ulusal programlarının ve stratejik planlarının geliştirilmesinde görevler aldı.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), her yıl 41 milyon (tüm ölümlerin %71'i) insanın ölümüne neden olmaktadır. Bunun 15 milyonu erken ölümlerdir (30-69 yaş) ve %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır. Kalp damar hastalıkları (kalp krizi ve inme gibi), BOH ölümlerinin büyük kısmından sorumludur (yılıda 17,1 milyon). Bunu kanserler (9 milyon), KOAH ve astım gibi kronik solunum hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) izlemektedir. Bu dört grup hastalık tüm BOH erken ölümlerinin %80'den fazlasından sorumludur. Tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenme BOH ölüm riskini artırmaktadır. "Kronik hastalıklar" olarak da bilinen BOH'lar uzun hastalık süresine sahiptir ve genetik, psikolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bileşiminin sonucudur. Tüm yaş grupları, bölgeler ve ülkeler etkilenmektedir. Bu hastalıklar nüfusun yaşlanması, sağlıksız yaşam şekillerinin küreselleşmesi ve plansız hızlı şehirleşme ile artmaktadır. Sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite yüksek kan basıncı, artmış kan glukozu, yüksek kan lipitleri ve obeziteye neden olmaktadır. Bunlar metabolik risk faktörleri olup kardiyovasküler hastalıklara neden olarak erken ölümlere neden olmaktadır. (1) Ülkemizde kronik hastalıklar, en önemli ölüm nedenleri ve hastalık yükü arasında yer almaktadır (2, 3). Kronik hastalıklar risk faktörleri açısından ise obezite %32, fazla kiloluluk %35 bulunmuştur (5). İlkokul 2. sınıf çocuklarda obezite %9,9, fazla kiloluluk %14,6 bulunmuştur. Bu değerler Batı'da %16'ya erişmekte, Doğu'da ise azalmaktadır (%4,5). Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerimizde obezitenin tersine bodurluk (kronik bes-

lenme yetersizliği) Türkiye ortalamasının üzerindedir (Türkiye %2,3; kız %5,5 erkek %6) (6). DSÖ tarafından ilk kez 2004 yılında "kronik hastalık" tehlikesine dikkat çekilmiştir. Bakanlığımız tarafından 2006 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi iş birliğinde ülkemiz ev sahipliğinde "Obeziteye Karşı İstanbul Şartı" imzalanmıştır. 2010 yılından itibaren de toplumda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve fiziksel hareketsizliğin önlenmesi için Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (7) her beş yılda bir güncellenerek uygulanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (8) ile Onuncu ve Onbirinci Taslak Kalkınma Planlarında (9) BOH ile mücadeleye değinilmektedir.

Mevcut Çalışmalar

BOH ve risk faktörleri ile mücadele, çok sektörlü yaklaşım ve müdahaleleri gerektirmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 4 başlıkta uygulanmaktadır:

- Kamu farkındalığının artırılması ve eğitimler (kamu spotları, web siteleri, bisiklet desteği, yürüyüş etkinlikleri vb. halk eğitimleri, hizmet içi eğitimler)
- Standart, rehber geliştirme ve mevzuat düzenlemeleri (Okul kantin ve RTÜK reklam düzenlemeleri, Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi, Türkiye Beslenme Rehberi, Aile Hekimleri için Obezite Diyabet Klinik Rehberleri, Ulusal ve Kronik Hastalıklarda Fizik Aktivite Rehberleri)
- Sağlık Hizmetlerinin düzenlenmesi (Birinci basamak obezite tedavi birimleri)
- İzleme-değerlendirme (Sağlık net, araştırmalar)

Kamu farkındalığı görsel ve yazılı basın

yolu ile artırmakta, halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberleri tüm toplum ve hekimlere, hemşirelere ve diyetisyenlere yönelik olmak üzere geliştirilmiş, halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimler düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi çalışmalarımız kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde obezite birimleri ve sağlıklı yaşam merkezleri açılmıştır. Burada aile hekimlerinin yönlendirdiği fazla kilolu ve obez vatandaşlarımıza beslenme tedavisi verilmektedir. 2017 yılında yapılan başvuru sayısı 240 bin olmuştur. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz tarafından da hastanelerde obezite merkezleri çalışmaları başlatılmıştır. Obezite tedavisi ve cerrahisi geri ödeme kapsamındadır. Sağlık net veri tabanı ve araştırmalar ile [Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları (TBSA), Çocukluk Çağı Obezite Araştırmaları (COSI), STEPS] obezite, kronik hastalıklar ve beslenme örüntüsü ülke çapında izlenmektedir.

Sonuç

BOH'un sosyoekonomik etkileri vardır. BOH 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşılmasını tehdit etmektedir. Yoksulluk BOH ile yakından ilişkilidir. BOH'daki hızlı yükseliş düşük gelirli ülkelerde özellikle sağlık hizmetleri ile ilişkili hane halkı harcamalarını artırarak yoksulluğu azaltma çabalarını engellemektedir. BOH'un uzun süren ve pahalı tedavi maliyetleri ve hane geçimini sağlayan kişinin kaybını içeren aşırı maliyetleri, milyonlarca kişiyi yoksulluğa mahkûm etmekte ve kalkınmayı güçleştirmektedir. BOH'ın kontrolünde en önemli yol, risk faktörlerinin azaltılmasına odaklanılmasıdır. Yaygın modifiye edilebilir

risk faktörlerinin azaltılması için düşük maliyetli çözümler mevcuttur. BOH ve risk faktörlerinin gidişatı ve ilerlemelerin izlenmesi politikalar ve öncelikler için önemlidir. BOH'un bireysel ve toplumsal etkilerini azaltmak için sağlıklı birlikte maliye, ulaşım, eğitim, tarım, planlama gibi çok sektörlü yaklaşım gerekmektedir. BOH'ın iyi yönetilmesi kritik önemdedir. BOH'ın yönetimi tarama, erken tanı ve tedavileri ile ihtiyacı olanların pallatif bakıma erişebilmelerini kapsamaktadır. Erken tanı ve zamanında tedaviyi sağlayabilmek için birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi BOH müdahaleleri içerisinde en yüksek etkiye sahiptir. BOH doğru yönetimi, "2025 yılına kadar BOH'a bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması" ve 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nden bir tanesi olan "BOH'dan erken ölümlerin 1/3 oranında azaltılması" hedeflerinin başarılmasında temel teşkil etmektedir. (1) Ülkemizde Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu Programı (10) ile uyumlu olarak uygulanan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'na devam edilmesi, sağlık hizmetlerinde kronik hastalık yönetiminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde güçlendirilmesi gerekmektedir. Bilimsel kanıtlar daha pahalı tedavilere ihtiyacı azaltılması nedeni ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde BOH yönetiminin sağlanmasının mükemmel ekonomik yatırım olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte şu tespitler yapılacak çalışmalar için önemlidir:

- Aile hekimleri tarafından kronik hastalıkların erken tanı ve uygun tedavisi için "zorunlu" tarama programlarına yönelik mevzuat düzenlemeleri ve uygulamada yapılan çalışmalar yetersizdir.
- Aile hekimlerinin diyabet ilaçlarını reçeteleme yetkisi kapsamı dardır.
- Obez nüfusunu azaltan, diyabetli hastalarda düzenli HbA1c seviyesini yakalayan, sigara içen nüfusu azalan, hipertansiyon hastalarında kan basıncı seviyesi normal olarak ölçülen hasta yüzdesine göre ilave ücretlendirme (pozitif performans) bulunmamaktadır.
- Hastanelerde dahiliye/endokrinoloji poliklinikleri kapsamında "Diyabet ve Obezite" polikliniklerinin açılması yeterli düzeyde değildir.
- Sağlık kurumlarında kronik hastalık yönetim ekibi (hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist) eksiklikleri vardır.
- Sağlıklı beslenme ile ilgili konularda bilimsel tavsiye ve görüş hazırlayacak bir ulusal konsey bulunmamaktadır.
- Sağlıklı kiloda olan, diyabet ve veya

hipertansiyon hastası olmamayı teşvik eden bir geri ödeme (prim) sistemi bulunmamaktadır.

- Üniversitelerde lisans ve lisansüstü eğitimlerde (tıp, hemşirelik, beslenme ve diyetetik, gıda ve ziraat mühendislikleri, spor bilimleri, eğitim fakülteleri) sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi konusunda müfredat eksiklikleri bulunmaktadır.

- Trans yağlar kalp damar hastalıklarına neden olmaktadır. ABD'de 30 Haziran 2018 tarihinden itibaren trans yağların öncüsü niteliğindeki hidrojenize yağlar, gıdalarda toplam 100 gr yağda 2 gr altında olacak şekilde kısıtlanmıştır. AB'de ise trans yağlar 100 gr toplam yağda 1 gr'ın altına firmalar tarafından gönüllü indirilmiştir. Ülkemizde ise trans yağların 100 gr toplam yağda 2 gramın altında olması için yapılmış bir düzenleme yoktur.

- Ülkemizde yapılan çalışmalarda demir ve vitamin D yetmezliği önemli boyutlardadır. ABD'de tüm sütler vitamin D ile zorunlu olarak zenginleştirilmiştir. Unun demir ve folik asit ile zenginleştirilmesi yaklaşık 84 ülkede yapılmaktadır. Bakanlığımız bilimsel kurul tarafından belirlenen miktarlarda unun demir ve folik asit ile sütün (vitamin D) zenginleştirilmesi ve referans alım düzeylerinin ön yüz etikette bildirimini gönüllü firmalarca renkli olarak yapılması için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılmamıştır. Halen mevcut mevzuata göre istese de bir firmanın renkli etiket kullanımı yasaktır.

- Tam tahıllı ekmekek ve glutensiz ürünler pahalıdır.

- Sağlıklı gıdalarda (besin değeri yüksek) üreticinin desteklenmesi ve sağlıksız gıdalarda (besin değeri düşük) ise tüketimi azaltacak bir vergi düzenlemesi önemlidir.

- Halen ABD, İngiltere, Japonya, İsveç, Almanya, İtalya başta olmak üzere birçok ülkede uygulanan Okul Yemeği Programı ülkemizde yoktur. Obezite ve bodurluğun önlenmesi için acilen başlatılmalıdır.

- Okul kantin düzenlemelerine uyum yetersizdir.

- Fizik aktivite uygulamaları için okullarda altyapı yetersizlikleri mevcuttur. 2016 ikinci döneminden itibaren uygulanan "fiziksel aktivite uygunluk kartesi" veri girişleri yetersizdir.

- Marketlerde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen besin içeriği düşük gıdaların promosyonunu azaltacak ve çocuk boylarının üzerinde olacak şekilde reyondüzenlemeleri (sağlıksız gıdaların daha az görünür yerlerde olması, kasa çıkışlarında olmaması gibi) bulunmamaktadır.

- Sağlıklı ürün (et, süt, sebze, meyve ve

bakliyat ürünlerinde) alışverişlerinin desteklenmesi için sağlıksız ürünlerde yapılan promosyon desteği (bir alana bir bedava veya aynı ücrete daha fazla ürün gibi) geliştirilmesi çalışmaları yaygın değildir.

- Hazır menü sunan fast food lokantalarında menü içerisinde gazlı içecekler yerine "ayran veya süt" patates kızartması yerine salata tercihi sıklıkla sunulmamaktadır.

- Gıda sektörü tarafından yapılacak reformülasyon Ar-Ge çalışmaları ve sağlıklı ürün üreticilerinin desteklenmesi gerekmektedir.

- Televizyonlar dışında çocuklara yönelik aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalar yönelik pazarlama baskısının azaltılması için internet başta olmak üzere diğer medya için bir düzenleme ihtiyacı vardır.

- Obeziteyi artıran çevrenin azaltılması için şehirlerde ağaçlıklı yaya yolları, ulaşımında bisiklet yolları ve yeterli yeşil alanlara imkân verecek Çevre ve Şehircilik Bakanlığına ait mekansal planlamalar başta olmak üzere mevzuat düzenlemeleri yetersizdir. Buna bağlı olarak Belediyelerce ücretsiz spor imkânlarının yaygınlaştırılması (basketbol, voleybol, tenis sahaları ve yüzme havuzları), rekreasyon alanları ve kişi başı yeşil alan, toplumda fiziksel aktivitenin geliştirilmesi için ulaşımında bisiklet kullanımı yaygınlaştırılması, cadde ve sokak ağaçlandırması ve geniş yaya yollarının sağlanması istenilen düzeyde değildir.

- Diğer yandan ülkemiz demografik değişimi sonucu yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların nedenlerinden olan yaşlılık sonucu gelişen sağlık sorunlarına yönelik hizmetler ve "sağlıklı yaşlanma" çalışmaları önem taşımaktadır (11).

Kaynaklar

1) <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)

2) Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020

3) Sağlık Bakanlığı Hastalık Yükü Çalışmaları (2003, 2015)

4) Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Araştırması, 2016 ve Ölüm İstatistikleri

5) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması (STEPS) 2017

6) Çocukluk Çağı Obezite Araştırmaları (COSI) 2013, 2016

7) Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010, 2014, 2018

8) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2014

9) Kalkınma Bakanlığı 10. Kalkınma Planı

10) Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Programı

11) M. G. Halil, Türkiye'deki hızlı demografik değişim, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2017, Sayı 44. Sf. 16-17