T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

40-70 YAŞ ARASI PRİMER YA DA SEKONDER KORUMA AMACIYLA STATİN KULLANMASI GEREKEN BİREYLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa HALTAŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

40-70 YAŞ ARASI PRİMER YA DA SEKONDER KORUMA AMACIYLA STATİN KULLANMASI GEREKEN BİREYLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Mustafa HALTAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince maddi, manevi her konuda desteğini arkamda hissettiğim, bilgi ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, çok değerli, çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK'e,

Asistanlığımın ilk yıllarında Klinik Şefi'miz olarak çalışan ve çalışma hayatıma gerek kişiliği, gerek bilgisi ve yüksek ilgi alakası ile yön vermiş olan hocam Prof. Dr. Dilek TOPRAK' a,

Ve yine asistanlığım sırasında Klinik Şefi'miz olan Doç. Dr. Mehmet Taşkın EGİCİ'ye,

Asistanlık sürecinde eğitimime katkı sağlamış olan tüm diğer Aile Hekimliği Kliniği Hocalarına,

Rotasyonlarım sırasında birlikte çalışmaktan ve kendilerinden eğitim almaktan gurur duyduğum sayın klinik şeflerimiz, hocalarımız , uzmanlarımız ve asistan arkadaşlarıma,

Bir aile gibi hissettiren Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Kliniği uzmanları, asistanları, hemşire arkadaşları ve yardımcı sağlık personellerine,

Bugünlere gelmem de çok emeği olan annem ve babama,

Asistanlığımın tamamında, anlayışını, sevgisini, desteğini koşulsuz bana sunan biricik eşim Döne HALTAŞ'a,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa HALTAŞ

İstanbul / 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

İÇİNDEKİLER..... ii

SİMGELER VE KISALTMALAR..... iii

TABLO LİSTESİ iv

GRAFİK LİSTESİ v

ÖZET vi

ABSTRACT viii

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

GEREÇ VE YÖNTEM 11

BULGULAR 13

TARTIŞMA 31

SONUÇLAR ve ÖNERİLER..... 36

KAYNAKLAR 37

ÖZGEÇMİŞ 40

EKLER 41

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAFP: Amerikan Aile Hekimleri Akademisi

AHA: Amerikan Kalp Birliği

ASKVH: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık

ASKVO: Aterosklerotik Kardiyovasküler Olay

CCS: Canadian Cardiovasculer Society

DM: Diyabetes Mellitus

HDL-K: HDL Kolesterol

LDL-K: LDL Kolesterol

NHLBI: National Heart, Lung, and Blood Institute

NICE: National Institutes For Health And Care Excellence

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TEMD: TÜRKİYE ENDOKRİN VE METABOLİZMA DERNEĞİ

TOTAL-K: Total kolesterol

USPSTF: United States of Preventive Task Force

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sürekli ilaç kullanım raporu olan hastaların, ilaç kullanım durumlarının cinsiyet ile karşılaştırılması.....17

Tablo 2: Katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?"sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları..20

Tablo 3: Katılımcıların "Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları.....21

Tablo 4: Katılımcıların "Statin ilacı kullanmıyorsanız sebebi nedir?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları.....22

Tablo 5: Katılımcıların "Neden statin ilacı kullanmak istemediniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları.....23

Tablo 6: Katılımcıların "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları.....23

Tablo 7. Katılımcıların "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları.....24

Tablo 8. Statin kullanma gerekliliği ve "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusunun karşılaştırılması.....24

Tablo 9. "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusu ve "Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" Sorusunun karşılaştırılması.....25

Tablo 10. Sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekli olan, "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna evet yanıtı verenler ile "ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi" sorusunun karşılaştırılması.....26

Tablo 11. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir? Sorusuna "Kullanmaya başladım ama bıraktım" yanıtı verenler ile "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusunun karşılaştırılması.....28

Tablo 12. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?" Sorusuna "Reçete ettirmekte zorluk yaşadım" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması.....29

Tablo 13. "Neden kullanmayı bıraktınız?" Sorusuna "İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması.....30

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Retrospektif olarak taranan bireylerin yaş grupları.....14

Grafik 2: Retrospektif olarak taranan bireylerin cinsiyet dağılımları.....15

Grafik 3: Retrospektif taranan bireylerin statin tedavisi gerekliliği 15

Garfik 4: Statin tedavisi gerekliliği olan bireylerin karşılaştırılması.....16

Grafik 5: Primer korunma amacıyla statin kullanması gereken bireylerin cinsiyet dağılımı.....16

Grafik 6: Primer korunma amacıyla statin kullanması gereken bireylerin yaş dağılımı.....17

Grafik 7: Statin kullanmasına gerek olmayan katılımcıların cinsiyet dağılımıları.....18

Grafik 8: Statin kullanmasına gerek olmayan katılımcıların yaş dağılımıları.....18

Grafik 9: Katılımcıların yaş ve cinsiyet dağılımları.....19

Grafik 10: Statin kullanım amacı karşılaştırması.....20

Grafik 11: Primer koruma amacıyla Statin kullanım önerisinin hekim branşına göre karşılaştırılması.....21

Grafik 12: Statin tedavsini kabul etmeme sebepleri.....27

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Aile hekimliği disiplininin temelinde koruyucu hekimlik yatmaktadır. Bu amaçla Primer Koruma ve Sekonder Koruma temelde aile hekiminin ilgi alanı olup, kronik hastalık takiplerinden biri olan kardiyovasküler hastalıklardan korunmada "Statin" tedavisi alması gereken hastaların durumu çalışmamızda incelenecek olup, bireylerin tedavi alıp almadıkları, almıyorlarsa nedenleri analiz edilecektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamız 21 Eylül 2020- 20 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul Sarıyer Merkez Aile Sağlığı Merkezi 34.30.060 nolu birimde yapılmıştır. Birime kayıtlı 40-70 yaş arası nüfusun retrospektif olarak gerekli sağlık kayıtlarına ulaşılabilenlere SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) Türkiye risk skorlaması yapılarak Türkiye Endokrin ve Metabozlima Derneği (TEMD) Dislipidemi Tanı ve Tedavi Klavuzu'na göre primer koruma amacıyla statin kullanması gerekenler ile, yine aynı klavuza göre sekonder koruma amacıyla statin tedavisi alması gereken bireyler belirlenerek; kullanmayan bireylerden ulaşılabilenlere yüzyüze ya da telefonla anket uygulanmıştır. Anket sonuçları ve retrospektif tarama sonuçları Spss 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Aile sağlığı merkezine kayıtlı 40-70 yaş arası 1478 kişiden 501 tanesine retrospektif tarama yapılmıştır. 501 kişinin yaş grupları incelendiğinde, %68,5'i (n=343) 65 yaş ve altı grupta olduğu, %31,5'inin (n=158) ise 65 yaş üstü grupta olduğu, cinsiyet durumları incelendiğinde, %61,5'i (n=308) kadınlardan ve %38,5'inin (n=193) erkeklerden oluştuğu görülmüştür. 501 kişi statin ilacı kullanma gereklilikleri açısından incelendiğinde, %39,9'unun (n=200) statin ilacı kullanmasına gerek olmadığı, %60,1'inin (n=301) statin ilacı kullanması gerektiği belirlenmiştir. Statin ilacı kullanması gereken 301 kişiden 84 kişinin ilaç tedavisi aldığı, 217 kişinin ilaç tedavisi almadığı belirlenerek bu gruptan 146 kişiye anket uygulanmıştır. 146 kişinin cinsiyet durumları incelendiğinde, %63,0'ının (n=92) kadın olduğu, %37,0'ının (n=54) erkek olduğu, eğitim durumları incelendiğinde, %30,1'inin (n=44) okuryazar düzeyinde olduğu, %61,0'ının (n=89) ilkokul ve lise düzeyinde olduğu, %8,9'unun (n=13) lisans ve üstü düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların statin ilacı kullanma gereklilikleri incelendiğinde, %34,2'sinin (n=50) primer koruma amacıyla, %65,8'inin (n=96) sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların (n=146) %68,5'ine daha önce statin tedavisi önerildiği, %31,5'ine (n=46) daha

önce statin tedavisi önerilmediği, önerilmeyen grubun %43.5'inin primer koruma amacıyla statin kullanması gerektiği, %56.5'inin sekonder koruyma amacıyla statin kullanması gerektiği tespit edilmiştir. Daha önce statin tedavisi önerilen 100 kişi incelendiğinde %50,8'inin reçete ettirmekte zorluk yaşaması sebebiyle tedavi almadığı, %34.1' inin ilacını kullanmayı başlayıp bıraktığını, bırakma sebebi olarak da %58.7 en sık sebebin reçete edlimesinde zorluk olduğu belirlenmiştir. Diğer kullanmama sebepleri %11.4 kişinin istememesi, %3 hekim tarafından sonlandırılma olarak bulunmuştur. Reçete etirmekte zorluk yaşayan gruba aile hekimi reçete edebileydi devam edermiydiniz sorusuna %100 oranında evet cevabı verilmiştir. Çalışmamızda statin kullanmama sebebi olarak en sık sebep reçete edilme zorluğu (%37.6), ikinci en sık sebep tedavi önerilmemesi (%25.8) olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ: Sonuç olarak çalışmamızda dislipideminin bağlı nüfusta yaygın gözüktüğü, primer ya da sekonder koruma amacıyla statin tedavisi alması gereken bireylerin büyük oranda tedavi almadığı görülmüştür. Bunun önündeki en büyük iki sebep hekimlerin tedavi önermemesi ve hastaların ilacı reçete ettirememesi olarak tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Primer Korunma, Sekonder Korunma, Tersiyer Korunma, Dislipidemi, Statin, Koruyucu Hekimlik, Kardiyovasküler Hastalık

ABSTRACT

AIM: Preventive medicine underlies the family medicine discipline. For this purpose, Primary Protection and Secondary Protection is basically the area of interest of the family physician, and the status of patients who need "Statin" treatment for protection from cardiovascular diseases, which is one of the chronic diseases follow-up, will be examined in our study, and solutions will be presented by analyzing whether the individuals received treatment, and if not, the reasons**.**

METHOD: Our study was conducted between September 21, 2020 and October 20, 2020 at the unit number 34.30.060 in İstanbul Sarıyer Central Family Health Center. We determine the patients who should take statin threatment for primary protection according to Turkey Endocrine and Metabolizm Association (TEMD) Dyslipidemia Diagnosis and Treatment Guideline by applying SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) Turkey risk scoring to patients whom can reached necessary medical records in the 40-70 aged population registered to unit, and also should take statin treatment for the purpose of secondary protection according to the same guideline. Than a face-to-face or telephone questionnaire was applied to those who could be reached among non-users. Survey results and retrospective screening results were analyzed using the Spss 25.0 program and the results were evaluated.

RESULTS: Retrospective screening was performed on 501 of 1478 individuals between the ages of 40-70 registered in the family health center. When the age groups of 501 people were examined, 68.5% (n = 343) were in the age group 65 and below, 31.5% (n = 158) were in the group above 65 years old, and when their gender was examined, 61.5% (n = 308) were women and 38.5% (n = 193) were men. When 501 people were examined in terms of the requirements for using statin drugs, it was determined that 39.9% (n = 200) did not need to use statin drugs, and 60.1% (n = 301) should use statin drugs. It was determined that 84 people out of 301 people who should use a statin drug received drug treatment and 217 people did not receive drug treatment, and 146 people from this group were surveyed. Examining the gender status of 146 people, 63.0% (n = 92) were female, 37.0% (n = 54) were male, and when their educational status was examined, 30.1% (n = 44) were reading 61.0% (n = 89) of them were at primary and high school level, and 8.9% (n = 13) were at the undergraduate and graduate level. When the requirements of the participants to use statin drugs were examined, it was found that 34.2% (n = 50) of them had to use statins for primary protection and 65.8%

(n = 96) for secondary protection. 68.5% of the participants (n = 146) had previously been recommended statin treatment, 31.5% (n = 46) had not been recommended statin treatment before, 43.5% of the not recommended group should use statins for primary prevention, 56.5% When 100 people who were recommended statin treatment were examined, 50.8% did not receive treatment due to difficulty in prescribing, 34.1% started and stopped using their medication, and 58.7% was the most frequent reason for discontinuation. The reason was determined to be difficult in prescribing. Other reasons for not using it were found as 11.4% unwillingness of the person and 3% termination by the physician. The answer to the question of whether you could continue if the family physician could prescribe to the group who had difficulty in prescribing was answered yes at a rate of 100%. In our study, the most common reason for not using statins was found to be difficulty in prescribing (37.6%), and the second most common reason for not recommending treatment (25.8%).

CONCLUSİON: In conclusion, in our study, it was observed that dyslipidemia was common in the connected population, and individuals who needed statin therapy for primary or secondary prevention did not receive treatment to a large extent. The two main reasons for this were identified as physicians not recommending treatment and inability of patients to prescribe the drug.

Keywords: Primary Protection, Secondary Protection, Tertiary Protection, Dyslipidemia, Statin, Preventive Medicine, Cardiovasculer Disease

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir[1].” şeklinde aile hekimliği kanunu madde 2’de tanımlanmıştır.

Ayrıca WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü) tanımında belirtildiği üzere aile hekimliği; “ kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Bu disiplinin özellikleri;

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar

Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.”[2] denilerek aile hekiminin görevini detaylıca tanımlamış; kendisine başvuran hastanın hem sağlığını, hem toplum adına sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını, gerektiğinde hastası adına diğer branşlarla kordinasyon kurduğunu ve bu esnada hasta adına savunmanlık görevi üstlenebileceğini, hem de hastanın gündemi ne olursa olsun hastanın akut ve kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetmesi gerektiğini belirtmiştir. Buradan anlaşılacağı üzere diğer uzmanlık alanlardan farklı olarak bireyi tepeden tırnağa, biyo-psiko-sosyal olarak ele alıp, kişinin bütüncül sağlığını tesis edebilecek yegane kişi aile hekimidir.

Sağlık kaynaklarını verimli kullanmanın ilk adımı koruyucu hekimlikten geçmekte, aile hekimi de premordial korunmadan tersiyer korumaya kadar tüm basamaklarda ilk planda rol almaktadır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklar mortalite ve morbidite sebepleri arasında ilk sıralarda bulunmakta, kardiyovasküler hastalıklarla mücadele politikası sağlık bakanlığının öncelikli olarak ilgilendiği sağlık politikaları arasında yer almaktadır. Bu amaçla aile hekimlerine belirli sıklıklarda kronik hastalık takibi eğitimleri başlığı altında yoğunluğu kardiyovasküler hastalıklardan korunma, teşhis, tedavi ve takibi ile alakalı eğitimler düzenlenmiş ve düzenlenmeye devam edecektir. Aile hekimliği disiplininin özellikleri, ülkemiz aile hekimliği poliklinik sayıları ve bu başvurulardaki kardiyovasküler hastalık nedenli olanların sıklığı göz önünde bulundurulduğunda kardiyovasküler hastalıklardan korunma politikasının ilk ayağı aile hekimliği olması gerektiği aşikardır. Nitekim her ne sebeple olursa olsun aile hekimine başvuran hastanın gerekli sağlık kayıtlarını alması ve geçmiş kayıtlarına kolay ulaşması, ayrıca aile hekiminin hastayı tanıması bu görevi daha kolay ve doğru yönetebilmesini sağlamaktadır.

Çalışmamızda da kardiyovasküler hastalıklardan korunmada koruyucu hekimlik basamaklarından bir tanesini oluşturan primer ve sekonder korunma amacıyla statin kullanması gereken hastalar incelenerek, hastaların durumu ile sürecin yönetiminde aile hekiminin rolü, etkisi ve gerekli hedefe ulaşmakta karşılaşılan zorluklar incelenecektir. Günlük polikliniğimizde sıklıkla karşılaştığımız, gerekli tedaviyi bir sebeple almayan hastalara istatistiki bir bakış açısıyla sebepleri ortaya koyarak çözüm yollarını tartışmayı çalışmamızda hedeflemekteyiz.

2.GENEL BİLGİLER

2.A KORUYUCU HEKİMLİK KORUMA BASAMAKLARI

Koruma aile hekimliğinin geniş bir parçasıdır. Aile hekimleri, günlük uygulamalarında, koruyucu sağlık hizmeti sunar. Hastalar da sıklıkla aile hekimlerine, sağlıklı kalma ve hastalıklardan korunma konusunda danışırlar. Aile hekimleri ayrıca halk sağlığı açısından önemli hastalıkları olan hastalar için ilk temas, hastalık prevelansı için sürveyans kaynağı ve halkın sağlığını koruyabilen bilginin yayılması için bir kaynak olarak ulusal halk sağlığı sisteminin temel bir parçasıdır.

Koruma dört kategoriye ayrılır. Premordial, primer, sekonder ve tersiyer koruma.

A.1 PREMORDİAL KORUMA

Risk faktörleri ortaya çıkmadan onların oluşmasını önlemek amaçlanır. Obezitenin engellenmesi, çocukların sigara kullanmalarını engelleyici okul eğitimleri gibi.

A.2 PRİMER KORUMA

Risk faktörleri mevcut iken koruyucu eylem ile hastalığın oluşmasını önlemek ve derecesini azaltmak amaçlanır. Primer koruma hastalığın ya da durumun ortaya çıkmadan önlenmesiyle sonuçlanır. Obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, bağışıklama, aile planlaması hizmetleri gibi. Primer koruma her zaman olmasa da toplum için maliyet tasarrufu yapabilir. Primer korumada yararlar sıklıkla halk tarafından görülmez ve takdir edilmez[3]. Bu da ne yazıkki zaman içerisinde primer korumada kullanılan yöntemlere inancı azaltır.

A.3 SEKONDER KORUMA

Hastalıkları zamanında yakalamaktır. Erken tanı hizmetleri olarak bilinir. Bir hastalığın erken saptanması ve erken girişimde bulunulması ile, daha geç tarama ve tedaviye kıyasla daha iyi sonuçlar elde etmek amacıyla asemptomatik bireylerin taranmasını içerir. Yaygın inancın aksine, sekonder koruma para tasarrufu sağlamaz, morbidite ve mortaliteyi azaltabilir[3]. Kan basıncı ölçümleri, serviksten sürüntü alınması başlıca örneklerindendir.

A.4 TERSİYER KORUMA

Primer ve sekonder korunma olanaklarından yararlanamamış, tanıda geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımıdır. Bir hastalığın ya da durumun ortaya çıkmasından sonra, etkilenen kişiyi daha sağlıklı hale getirmeye ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik girişimleri içerir. Üçüncül koruma da para tasarrufu sağlamaz. Üçüncül koruma, ikinci kalp krizi gibi tekrar olayını önleyebildiği için sıklıkla; ancak doğru olmayan bir şekilde sekonder koruma olarak adlandırılmaktadır[3].

2.B KARDİYOVASKÜLER RİSK SKORLAMA SİSTEMLERİ

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde morbidite ve mortalite nedenlerinin başında gelmektedir. Bu durum özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır[4]. Erişkin yaşa gelmiş olan kişilerde kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin tahmin edilmesi, gerek koruyucu yaklaşımlar gerekse tedavi açısından çok önemlidir. Çünkü, aterosklerotik kalp hastalığı çoğunlukla birden çok risk faktörünün ortak bileşeni olarak ortaya çıkar.

Bir risk hesaplama sisteminin klinik açıdan yararlı olabilmesi için öncelikle kolay kullanılabilir olması, sağlam ve güncel epidemiyolojik verilere dayanıyor olması gerekir. Risk hesaplama sistemleri risk faktörlerinin değerlendirilmesine dayanan sistemlerdir. Bir risk faktörü, belirli bir hastalığın gelişiminde kendisi ile nedensel ilişki kurulabilen ve değiştirilebildiği taktirde yarar sağlanabilen bir faktördür. Risk hesaplama sistemlerinin çoğu yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen ve sigara kullanımı, kan lipitleri, kan basıncı gibi değiştirilebilen faktörlere dayanır. Yakın zamanlarda aile öyküsü, etnik köken, antihipertansif ilaç kullanımı, sosyal yoksunluk gibi özellikler ve C-reaktif protein, HDL-Kolesterol (HDL-K), HbA1c gibi ölçütlerin de risk hesaplanmasında kullanılmasına ilgi artmıştır. Ancak, yeni parametreler eklendikçe sistemin daha karmaşık ve kullanımı zor hale geleceği ve sağlayacağı ek yararın giderek azalacağı da göz önünde tutulmalıdır.

Önceleri risk hesaplama sistemleri yalnızca koroner kalp hastalığı riskini öngörmekteyken, yeni sistemlerde aterosklerozun vasküler yataktaki yaygınlığı göz önüne alınarak toplam kardiyovasküler risk hesaplanmaktadır.

B.1 TOPLAM KARDİYOVASKÜLER RİSK

Toplam kardiyovasküler risk, yetişkin bir insanın yakın gelecekte aterosklerotik kardiyovasküler olay (ASKVO) yaşama olasılığıdır. Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASKVH) gelişiminde önlenemeyen (yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık) ve önlenebilen (sigara içimi, dislipidemi, hipertansiyon, obezite vb.) pek çok risk faktörü vardır. Bu risk faktörlerinin miktarı ve şiddeti her insanda değişkenlik gösterir. Dolayısıyla, toplam kardiyovasküler risk hesabıyla kişiye özel ASKVO ve/veya ölüm riskini tespit etmek mümkün olur. Toplam kardiyovasküler risk günümüzde genellikle 40 yaş üzerindeki yetişkinlerde, 10 yıllık bir dönem için hesaplanmaktadır. Bu hesaplama bazı hesaplayıcılarda tüm ASKVO'ları içerirken[5,6] bazılarında sadece ölümcül ASKVO'ları hesaplamaktadır[7]. Bu skorlama sistemlerinden en bilinen ve yaygın olanları Framingham Risk Skorlaması ile Score risk skorlamasıdır. Toplam kardiyovasküler risk düzeyini bilmek primer korunma amacıyla değerlendirilen bir dislipidemi hastasında; sağlıklı yaşam biçimi önerilerinde bulunmak, tıbbi tedaviye ne zaman başlanacağına karar verebilmek ve tedavinin yoğunluğunu belirlemek açısından yararlıdır. Böylece, daha yüksek riski olana daha etkin tedavi uygulamak mümkün olacaktır. ASKVH riskini azaltmayı hedefleyen tüm kılavuzlar toplam kardiyovasküler risk hesabını önerirler. Toplam kardiyovasküler risk hesabı esas olarak sağlıklı görünen ve herhangi bir klinik sorunu olmayan hastalarda, gelecekte ortaya çıkabilecek ASKVH nedenli olay ve ölüm riskini ortaya koyar. Dolayısıyla, klinik olarak tespit edilmiş ASKVH olgularında veya ASKVH risk eşdeğeri olan diyabet, kronik böbrek hastalığı, ailesel hiperkolesterolemigibi hastalıklar olan kişilerde veya kişiye özgü çok yüksek risk faktörleri bulunan kişilerde toplam kardiyovasküler risk hesaplanmaz. Bu tip kişiler hali hazırda yüksek risk altındadır ve risk faktörleriyle ilgili yoğun tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerine ihtiyaçları vardır.

Halen çok sayıda risk hesaplama sistemi vardır. Bunlardan en eskisi ve belki en çok kullanılanı Framingham sistemidir[8]. Diğer en çok bilinen ve kullanılan sistemler arasında SCORE, PROCAM, QRISK, WHO/ISH, Reynolds Risk Score ve diğer çeşitli ulusal risk hesaplama sistemleri sayılabilir. Bunlar çizelge veya tablolar şeklinde kullanılabilir ve çoğunlukla mutlak kardiyovasküler olay riskini göstermek üzere düzenlenmişlerdir. SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) sistemi ise 11 Avrupa ülkesinde yapılan 12 prospektif

çalışmaya ve genel nüfustan alınan 205 binden fazla bireyin izlemine (2.1 milyon kişi-yıl) dayanmaktadır[9]. Bu sistemde, diğer tüm sistemlerden farklı olarak, ölümcül (fatal)

kardiyovasküler olay riski hesaplanmaktadır. Framingham ve SCORE sistemleri, mortalite istatistikleri göz önüne alınarak çeşitli ülkelere göre yeniden ayarlanmıştır.

B.2 FRAMİNGHAM RİSK SKORLAMASI

Framingham, ABD'de Massachusetts eyaletinde bir kasaba olup, bu kasabada yaşayan 5209 erişkin 1948 yılından başlayarak ileriye dönük izlem çalışması kapsamına alınmıştır. NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) ve Boston Üniversitesi'nin ortak projesi olan bu çalışmada bugün üçüncü kuşak bireyler izlenmektedir. Amerikan Kalp Birliği (AHA), Framingham çalışması verilerine dayanarak bir risk değerlendirme sistemi geliştirmiştir. Bu sistemde, cinsiyet, yaş, sigara, aile öyküsü, kardiyovasküler hastalık varlığı, diyabet varlığı, açlık kan şekeri yüksekliği (>100 mgr), boy, ağırlık, bel çevresi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, antihipertansif tedavi altında olmak, total kolesterol, HDL-K, LDL-K, trigliserit parametreleri kullanılarak 10 yıl içinde miyokart enfarktüsü veya koroner ölüm riski hesaplanır[10]. Bu sistemde verileri daha sağlıklı olduğu için risk hesaplamasında total kolesterol kullanılmakla birlikte, birincil tedavi hedefi olarak LDL-K alınmaktadır.

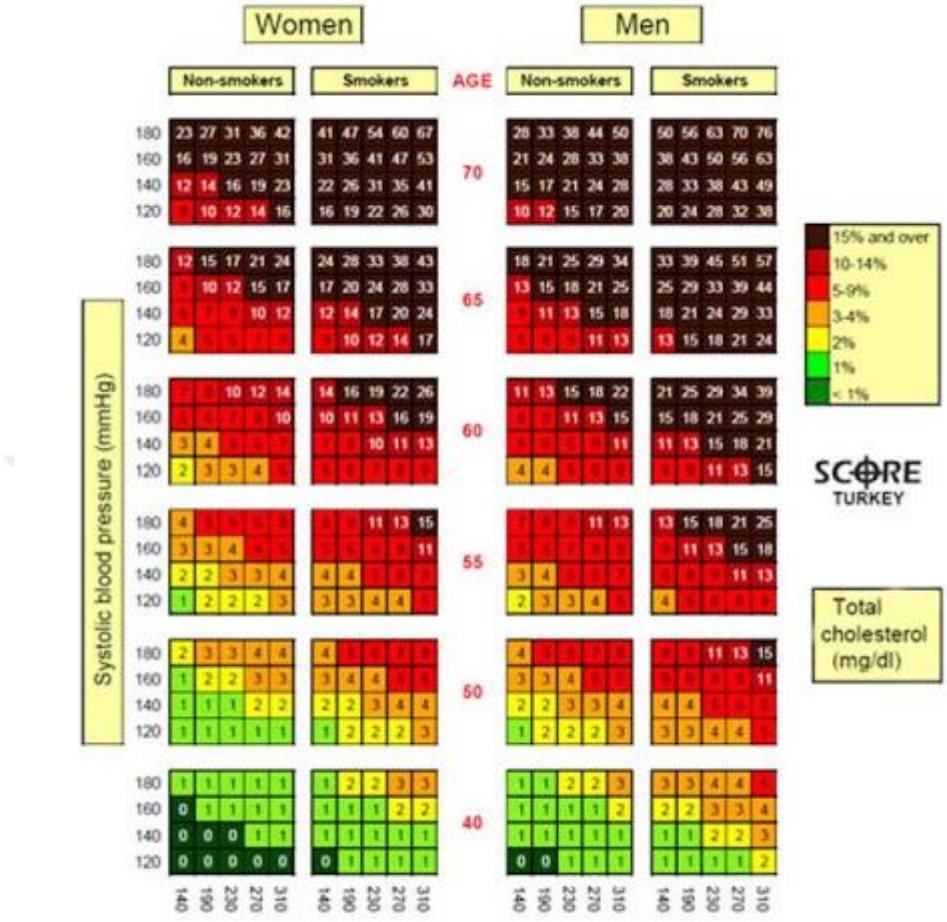
B.3 SCORE RİSK SKORLAMASI

Bu sistem, görünürde sağlıklı olan, yani klinik veya pre-klinik hiçbir belirti göstermeyen olgularda risk tahmini yapmayı amaçlamaktadır. Bir kardiyovasküler olay geçirmiş ve hastalık tanısı konmuş olan kişiler zaten yüksek riskli olarak görüldüğünden, sıkı risk faktörü değerlendirmesi ve tedavisine aday olarak kabul edilmektedir.

SCORE sistemi, çoğu risk hesaplama sistemlerinden farklı olarak, 10 yıllık süreçte yalnızca ölümcül aterosklerotik bir olayın gelişme olasılığını hesaplamayı hedefler. Bunun en önemli nedeni, ölümcül olmayan son noktaların tanımında tartışma olabilmesidir. Bu sistemde risk tahminleri Avrupa'nın düşük ve yüksek riskli bölgelerine göre ayrı ayrı hesaplanmıştır. Kolay anlaşılabilen renkli tablolar şeklinde oluşu basit bir format için iyi bir örnektir. Ayrıca, bu sistem bazı Avrupa ülkelerinin özgün verileri göz önüne alınarak bu ülkelere uyarlanmıştır[11].

Kırk yaşın üzerindeki bir kişi için SCORE risk hesaplayıcısı üzerinde cinsiyet, yaş, sigara içme durumu, total kolesterol (Total-K) ve sistolik kan basıncı bilgilerinin kesiştiği yerde görülen sayı on yıl içinde kardiyovasküler nedenli ölüm riskini verir. Yüksek kardiyovasküler riski olan toplumlara uygun hazırlanmış bu tablo ile sadece 10 yıllık ölüm

riski hesaplanır. Olay ve ölüm riski birlikte görülmek isteniyorsa, tabloda elde edilen sayı erkekler için 3, kadınlar için 4 ile çarpılır.



Şekil 1. SCORE Türkiye tablosu

Kaynak: http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/SCORETurkiye-160125.PDF?menu=52

SCORE ile hesaplanan 10 yıllık kardiyovasküler ölüm riski %1'den daha az ise düşük risk, %1-5 arasındaysa orta, %5'den daha fazlaysa yüksek risk ve %10'dan fazlaysa çok yüksek risk olarak kabul edilir.

SCORE Risk Hesaplayıcısına Göre 10-yıllık Ölümcül ASKVH Risk Kategorileri

Çok yüksek risk	• Klinik olarak kayıt altına alınmış KVH. Örneğin, geçirilmiş MI, akut koroner sendrom (AKS), koroner revaskülarizasyon (perkütan koroner girişim), KABG cerrahisi, diğer arteriyel revaskülarizasyon işlemleri, inme, geçici iskemik atak ve periferik arter hastalığı (PAH). • Görüntüleme yöntemleri ile kayıt altına alınan KVH. Örneğin, koroner anjiyografide veya karotis ultrasonuyla plak gösterilmesi. • Proteinüri gibi hedef organ hasarı olan veya sigara, hipertansiyon veya dislipidemi gibi önemli bir risk faktörü bulunan DM olguları. • Ağır KBH (eGFR <30 mL / dak / 1.73 m^2). • 10 yıllık KVH ölüm riski SCORE≥%10
Yüksek risk	• Tek bir risk faktörünün belirgin bir şekilde yükseldiği durumlar, özellikle Total-K >310 mg/dL (AH) veya kan basıncı ≥180/110 mmHg olması • Diğer diyabetliler (bazı gençTip 1 diyabetli insanlar düşük veya orta risk grubunda değerlendirilebilir). • Orta düzeyde KBH (GFR 30-59 mL/dak/1,73 m^2). • 10 yıllık KVH ölüm risk SCORE %5-10
Orta risk	10 yıllık KVH ölüm risk SCORE %1 ve <%5
Düşük risk	10 yıllık KVH ölüm risk SCORE <%1

SCORE hesaplayıcısında bütün risk faktörleri değil, sadece yaş, cinsiyet, sigara içimi, Total-K ve sistolik kan basıncı parametreleri kullanılır. Bu nedenle, hastada aterojenik dislipidemi, obezite, sedanter yaşam vb. diğer risk faktörleri de varsa, riskin hesap edilenden daha yüksek olacağını unutmamak gerekir. Nitekim, SCORE veri tabanında yapılan çalışmalar, HDL-K'nin risk tahminine önemli ölçüde etkide bulunabileceğini göstermiştir. HDL-K değerleri girildiği zaman SCORE tablolarında tüm risk düzeylerinde, her yaş ve cinsiyette riskin değiştiği görülür. Bu durum özellikle yüksek risk için eşik değer olan %5'in altındaki kişiler için önemlidir. Score Türkiye internet sitesindeki risk hesaplama aracında HDL-K düzeyleri de hesaplamada kullanılmaktadır. Ancak çalışmamızda hem aile hekimliği bilgi sistemlerindeki SCORE hesaplayıcı da kullanılmaması, hem de sağlık bakanlığı protokolünde HDL-K düzeyi kullanılmaması nedeniyle çalışmamızda da SCORE hesabında kullanılmamıştır.

2.C. TÜRKİYE ENDOKRİN VE METABOLİZMA DERNEĞİ (TEMD) DİSLİPİDEMİ TANI ve TEDAVİ KLAVUZUNA GÖRE PRİMER VE SEKONDER KORUMADA STATİN KULLANIMI

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (ASKVH) gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erken ölümlerin başlıca nedenidir[12]. ASKVH riskini arttıran önlenebilir pek çok risk faktörü içinde en önemlisi dislipidemidir[13]. Çünkü dislipidemi ateroskleroz patogenezindeki temel faktördür, çok yaygın görülür ve asemptomatik seyreder. Araştırmalar bize Avrupa ve Kuzey Amerika'daki her iki yetişkinden birisinin dislipidemik olduğunu

göstermektedir[14]. Ülkemizde yapılan saha çalışmalarında ise erişkin nüfusun yaklaşık %80'inde dislipideminin bulunduğu görülmüştür[15]

Statin grubu ilaçların hem primer, hem de sekonder korunma amacıyla kullanılmasının ASKVH nedenli olay ve ölümleri önemli boyutta azalttığı, farklı çalışmalarda pek çok defa gösterilmiştir[16]. Ülkemizde pek çok dislipidemi olgusu ne yazık ki uygun biçimde tedavi edilmemektedir[17]. Bunun önemli nedenlerinden birisi, toplumda dislipidemi konusunda yeterli bilinç düzeyinin olmamasıdır. Ne yazık ki dislipidemi tanı ve tedavisinde rol alması gereken hekimlerin de bir kısmı yeterli bilgi ve deneyime sahip değildir. Bazı tıp mensupları da yazılı ve görsel basında dislipidemi tedavisinde kullanılan ajanlar hakkında bilimsel kanıtlara dayanmayan olumsuz ifadelerde bulunarak hastalarda ve hatta bazı hekimlerde konuyla ilgili çekincelerinin oluşmasına neden olmaktadırlar. Bu nedenle günlük hekimlik pratiğinde hekimlerin kolaylıkla uygulayabileceği TEMD dislipidemi tanı ve tedavi kılavuzu; hem Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin bu alanda en yetkili sağlık örgütlerinden birisi olması, hem de kardiyovasküler risk hesaplamada sağlık bakanlığı ile eş güdümde SCORE Risk skorlamasını kullanması nedeniyle bu araştırmada temel kaynak olarak seçilmiştir.

Dislipidemi hemen hemen her zaman asemptomatik seyreder ve erken ateroskleroza yol açar. Erken tanınması ve zamanında önlem alınması sayesinde ASKVH gelişme riskini azaltmak mümkün olduğundan ve kan lipidleri günümüzde birinci basamakta kolay, hızlı, ucuz ve güvenilir biçimde ölçülebildiğinden; dislipidemi taramasında aile hekimlerinin en ön safta yer aldığı aşikardır.

C.1 SEKONDER KORUNMA

Bir dislipidemi olgusunda tedavi kararını belirleyen en temel faktör ASKVH bulunup bulunmadığıdır. ASKVH tanısı almış olan her dislipidemi olgusu statin tedavisini hak eder. Ayrıca, ASKVH risk eşdeğeri olan Diyabetes Mellitus (DM) ve kronik böbrek hastalığı olguları da statin tedavisini hak ederler.

C.2 PRİMER KORUNMA

ASKVH, DM, KBH veya çok yüksek LDL-K düzeyleri (>190mg/dL) bulunmayan bir dislipidemi olgusunda tıbbi tedavi kararı SCORE tablosunda hesaplanan risk puanına göre verilebilir. Bu olgularda toplam kardiyovasküler risk ne kadar fazla ise ilaç tedavisi o kadar gereklidir. Bu nedenle, hastanın LDL-K düzeyleri ve toplam kardiyovasküler riski tespit

edildikten sonra, Tablo 1'de yer alan kategorilerden hangisinde yer aldığı tespit edilir. Bu kategorilere göre tedavi kararı verilmesi dilsipidemiye yaklaşımda standardı sağlayacaktır. Dislipidemi tedavisinde öncelik ASKVH önlemektir. Dolayısıyla LDL-K düşürücü yaklaşımlar önceliktedir. Eğer TG düzeyleri >500 mg/dL ise bu sefer pankreatit atağını önlemek öncelikli hedef haline gelir ve tedavide TG düzeylerini düşürmek öncelik kazanır.

SCORE İle Hesaplanan 10-yıllık Kardiyovasküler Nedenli Ölüm Risklerine Göre Tedavi Önerileri

10-yıllık ölümcül ASKVH riski	Serum LDL-K Düzeyi(mg/dl)				
	<70	70-99	100-154	155-189	≥190
<%1	Müdahale etme				Yaşam değişikliği. Eğer kontrol altına alınamazsa ilaç düşün
%1-4	Müdahale etme		Yaşam değişikliği. Eğer kontrol altına alınamazsa ilaç düşün		
%5-9	Müdahale etme	Yaşam değişikliği. Eğer kontrol altına alınamazsa ilaç düşün	**Yaşam değişikliği ve beraberinde ilaç**		
≥%10	Yaşam değişikliği. Eğer kontrol altına alınamazsa ilaç düşün	**Yaşam değişikliği ve beraberinde ilaç**			
TG>500 mg/dl	**Yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi (fibrat/niasin/omega-3 yağ asidi)**				

TEMD dislipidemi kılavuzunda, risk düzeylerine göre LDL-K hedefleri benimsenmiştir. Çok yüksek riskli hastalarda LDL-K hedefi <70 mg/dl'dir. Yüksek riskli hastalarda ise hedef LDL-K değeri <100 mg/dl'dir. Eğer yüksek doz statinler ve diğer ilaçlarla bu hedeflere ulaşmak mümkün olmuyorsa en azından bazal değerin %50'sine ulaşmak önerilir. Düşük ve orta riskli hastalarda ise hedef LDL-K değeri <115 mg/dl'dir.

3.GEREÇ YÖNTEM

3.1 ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapılmıştır (Tarih:30/06/2020 ve Onay No:2863)

3.2 ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma 21/09/2020 – 20/10/2020 tarihleri arasında İstanbul Sarıyer Merkez Aile Sağlığı Merkezi 34.30.060 nolu birimde yapılmıştır. Birime kayıtlı 40-70 yaş arası tüm bireylerin gerekli sağlık kayıtları retrospektif olarak taranarak; verisine ulaşılabilen kişilerden; diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı ve LDL-K>190 gibi sekonder nedenlere sahip olduğu tespit edilenler ayrıştırılarak kalanlara SCORE kardiyovasküler risk skorlaması uygulanmıştır. TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Klavuzu'na göre bireylerin primer ya da sekonder sebeple statin kullanma gerekliliği ve statin tedavisi alıp almadığı tespit edilerek; alması gerekip de almayan ve kendisine ulaşılabilen hastalara yüzyüze ya da telefonla anket uygulanmıştır.

.3.3 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1. 34.30.060 nolu aile hekimliği birimine kayıtlı olmak,
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
3. 40 ile 70 yaş arasında olmak,
4. Primer ya da sekonder korunma amacıyla statin kullanması TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre gerekli olmak,
5. Gerekli tahlilleri yaptırmış olmak

3.4 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
2. 40 yaşından küçük yada 70 yaşından büyük olmak,
3. Primer yada sekonder koruma amacıyla statin kullanım gerekliliği TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre olmamak,
4. Tıbbı nedenlerle statin kullanımı kontraendike olup hiç başlamamış olmak

3.5 ÇALIŞMA ANKETİ

Birime kayıtlı toplam 1478 kişiden, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve sağlık kayıtlarına ulaşılabilen 501 kişiden sekonder sebeplere sahip olanlar ve hali hazırda statin tedavisi alanlar ayrıştırıldıktan sonra kalan 217 kişinin 146'sına ulaşılarak çalışmaya alındı.

Katılımcılarla yüzyüze ya da telefonla görüşme şeklinde yapılan anket formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hangi amaçla statin kullanması gerektiği (primer/sekonder korunma), daha önce statin tedavisi önerilip önerilmediği, önerildi ise kim tarafından önerildiği, statin tedavisi almama sebepleri, kendi isteği ile kullanmıyorsa ne sebeple olduğu, kullanmak isteyip de kullanamadı ise ne sebeple olduğu, daha önce kullanmaya başladı fakat bıraktı ise ne sebeple olduğu ve eğer reçete edilmesinde güçlük yaşadı ve bu sebeple ilacını alamadı ise aile hekimi tarafından reçete edilebilseydi kullanıp kullanmayacakları gibi bilgileri edinmeye yönelik hazırlanmış çoktan seçmeli 10 sorudan oluşmaktaydı.

3.6 VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmada elde edilen verilerin analizi için SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın demografik verileri ve anket sorularının yanıtları yüzde ve frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Veriler normallik varsayımları açısından incelendiğinde shapiro-wilk değerinin $p<0.005$ olduğu belirlenmiştir. Bundan dolayı verilerin analizinde nonparametrik testlerden Mann Whitney U, Spearman Rank korelasyon ve Chi-square analizleri kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık 0.05 alınmıştır

4.BULGULAR

Veriler iki ana başlık altında incelenmiştir:

4.1. 40-70 YAŞ NUFÜS ARASINDAN PRİMER YA DA SEKONDER KORUNMA AMACIYLA STATİN KULLANMA GEREKLİLİĞİ AÇIISNDAN KATILIMCILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Retrospektif olarak taranan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

4.1.2. Retrospektif olarak taranan bireylerin Statin kullanma gerekliliklerinin incelenmesi

4.2. KATILIMCILARDAN STATİN KULLANMASI GEREKİRKEN KULLANMAYANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Katılımcılar ile ilgili sosyodemografik değişkenler

4.2.2. Katılımcıların “Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.3. Katılımcılardan daha önce kolsterol ilacı (statin) kullanması gerektiği söylenenlerin “Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.4. Primer koruma amacıyla Statin kullanması gereken bireylere ilaç önerisin hekim branşına göre karşılaştırılması

4.2.5. Katılımcıların “Statin ilacı kullanmıyorsanız sebebi nedir?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.6. Katılımcıların “Neden statin ilacı kullanmak istemediniz?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.7. Katılımcıların “Neden kullanmayı bıraktınız?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.8. Katılımcıların “Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

4.2.9. Statin kullanma gerekliliği ve “Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?” Sorusunun karşılaştırılması4.2.10. Primer koruma amacıyla Statin

kullanması gerekip, “Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?” Sorusuna evet yanıtı verenler ile “ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi” sorusunun karşılaştırılması

4.2.10. “Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?” Sorusu ve “Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?” Sorusunun karşılaştırılması

4.2.11. Sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekip, “Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?” Sorusuna evet yanıtı verenler ile “ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi” sorusunun karşılaştırılması

4.2.12. Statin tedavisini kendi istekleri dahilinde kabul etmeyen kişilerin kullanmak istememe sebeplerinin karşılaştırılması

4.2.13. “İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir? Sorusuna “Kullanmaya başladım ama bıraktım” yanıtı verenler ile “Neden kullanmayı bıraktınız?” sorusunun karşılaştırılması

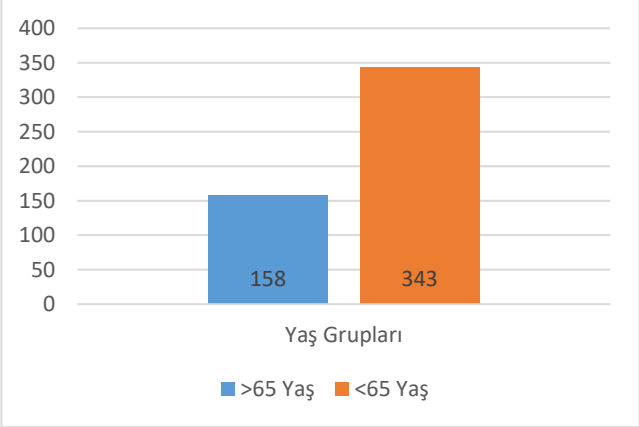
4.2.14. “İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?” Sorusuna “Reçete ettirmekte zorluk yaşadım” yanıtı verenler ile “Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?” sorusunun karşılaştırılması

4.2.15. “Neden kullanmayı bıraktınız?” Sorusuna “İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum” yanıtı verenler ile “Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?” sorusunun karşılaştırılması

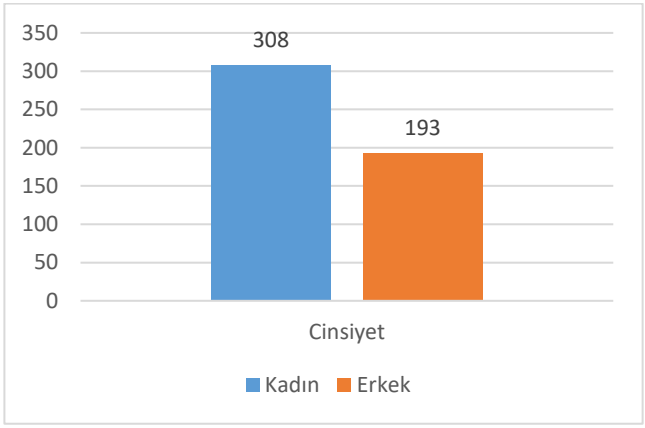
4.1. 40-70 YAŞ NUFÜS ARASINDAN PRİMER YA DA SEKONDER KORUNMA AMACIYLA STATİN KULLANMA GEREKLİLİĞİ AÇISINDAN KATILIMCILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.1.1. Retrospektif olarak taranan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Grafik 1: Retrospektif olarak taranan bireylerin yaş grupları (N=501)



Grafik 2: Retrospektif olarak taranan bireylerin cinsiyet dağılımları



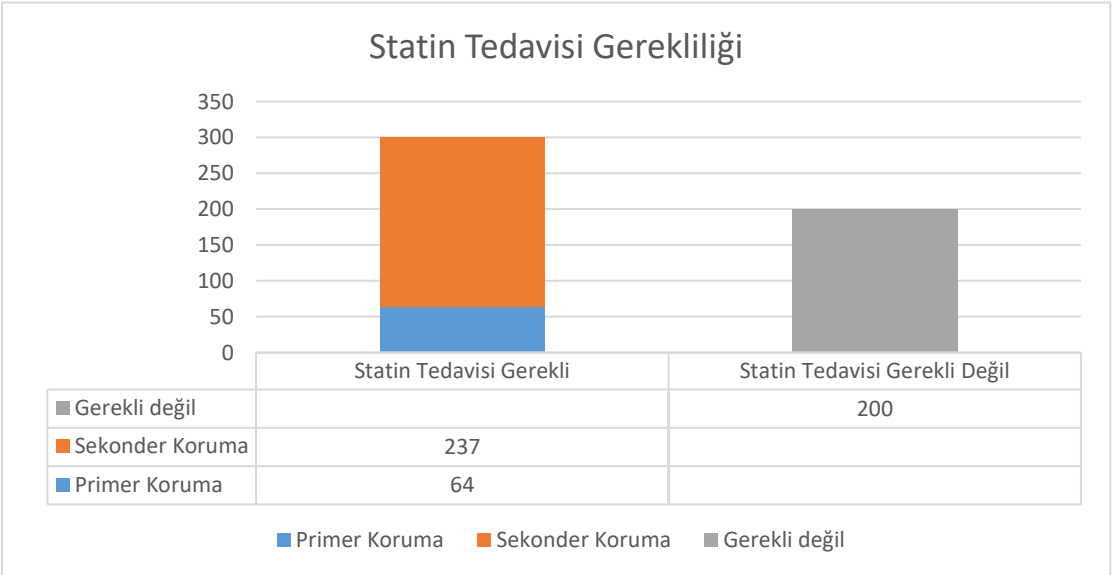
Katılımcıların yaş ortalamaları: 61.51 (Std:6.02) Min yaş: 45 Max yaş: 71 olarak tespit edilmiştir (71 yaşındaki birey çalışma devam ederken 71 yaşına girdiği için çalışmadan çıkarılmamıştır).

Grafik 1'de görüldüğü üzere katılımcıların yaş grupları incelendiğinde %68,5'i (n=343) 65 yaş ve altı grupta olduğu, %31,5'inin (n=158) ise 65 yaş üstü grupta olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyet durumları incelendiğinde, %61,5'i (n=308) kadınlardan ve %38,5'inin (n=193) erkeklerden oluştuğu görülmüştür (Grafik 2).

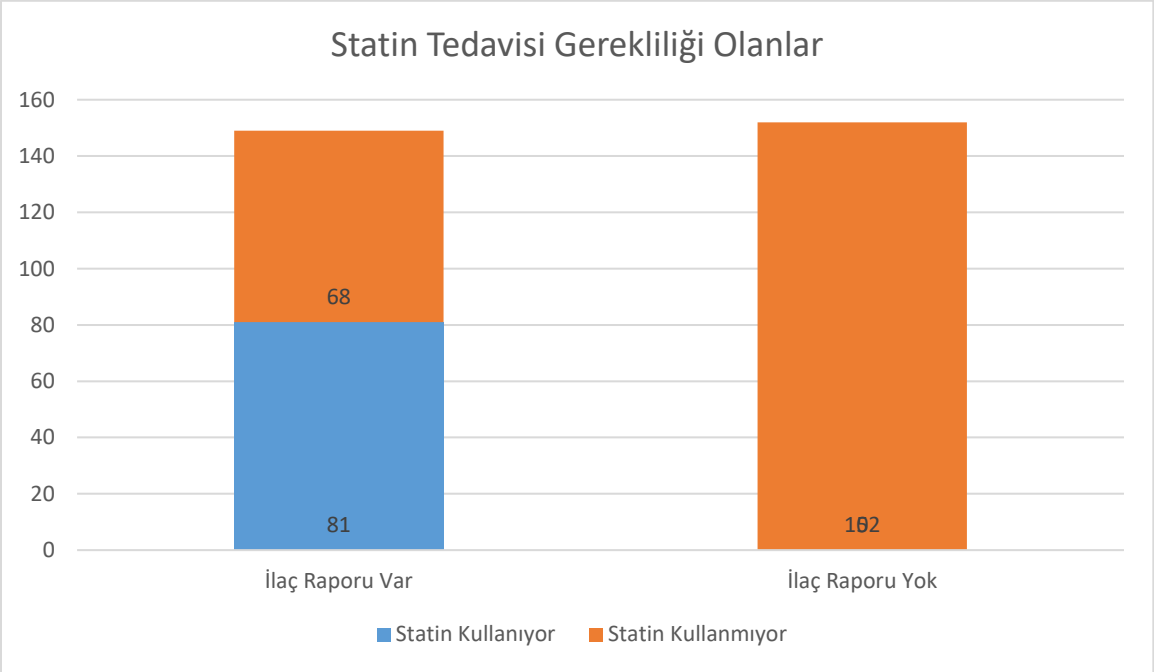
4.1.2. Retrospektif olarak taranan bireylerin Statin kullanma gerekliliklerı ile ilaç kullanım durumlarının incelenmesi ve sosyodemografik dağılımları

Grafik 3: Retrospektif taranan bireylerin statin tedavisi gerekliliği (n=501)



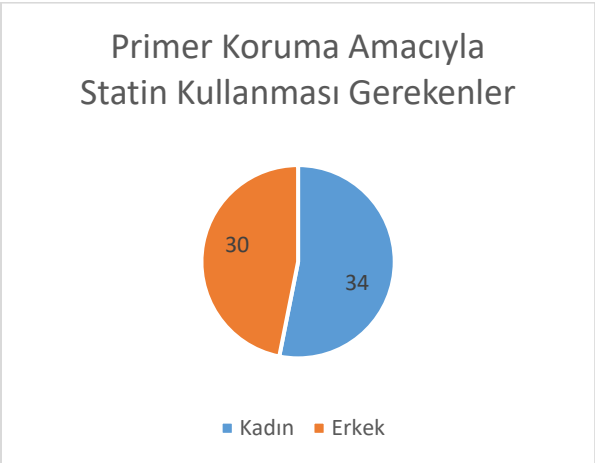
Grafik 3'de görüldüğü üzere; incelenen 501 kişinin 301'inin statin tedavisi gerekliliği bulunmakta, 200'ünün bulunmamaktaydı. Gerekli olan 301 kişinin 64'ünün primer korunma amacıyla, 237'sinin sekonder korunma amacıyla statin kullanması gerekiyordu. 200 kişinin statin tedavisi gerekliliği yoktu.

Garfik 4: Statin tedavisi gerekliliği olan bireylerin karşılaştırılması

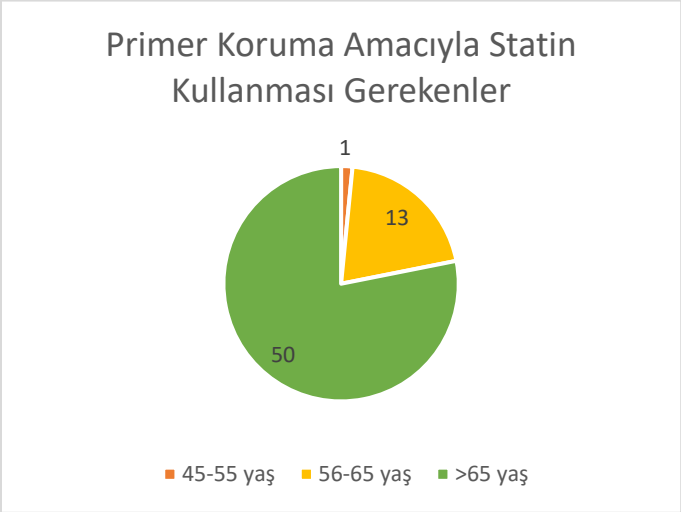


İlaç kullanma gerekliliği tespit edilen 301 kişi incelendiğinde; 149 kişinin güncel sürekli ilaç kullanım raporu bulunduğu tespit edilmiş olup, 149 kişiden 81'inin ilaç tedavisine devam ettiği gözlemlenmiştir. Toplamda 220 kişinin primer veya sekonder korunma amacıyla statin kullanma gerekliliği olmasına rağmen ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir. (Grafik 4)

Grafik 5: Primer korunma amacıyla statin kullanması gereken bireylerin cinsiyet dağılımı



Grafik 6: Primer korunma amacıyla statin kullanması gereken bireylerin yaş dağılımı



Katılımcılardan primer korunma amacıyla statin kullanması gereken 64 kişi incelendiğinde; %53.1'inin (n=34) kadın, %46.9'unun (n=30) erkek olduğu (Grafik 5); %1,6'sı (n=1) 45-55 yaş aralığında, % 20,3'ü (n=13) 56-65 yaş aralığında, % 78,1 'i 65 yaşından büyük (Grafik 6) olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Yaş ve SCORE arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi değerlendirilerek; Yaş ve Score arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.001$). Ayrıca SCORE puanları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

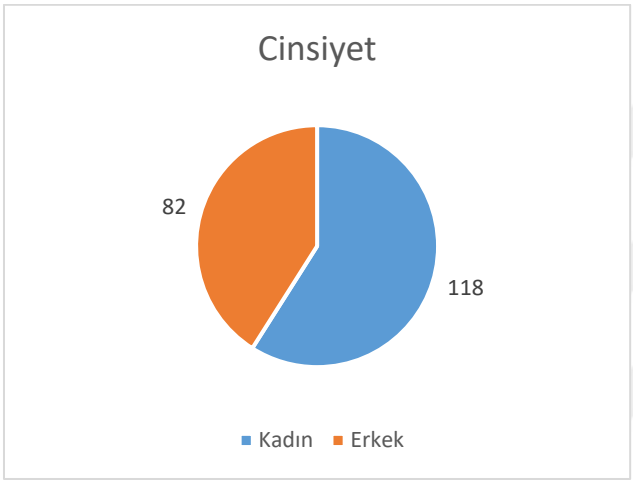
Tablo 1: Sürekli ilaç kullanım raporu olan hastaların, ilaç kullanım durumlarının cinsiyet ile karşılaştırılması

Cinsiyet Durum		**Raporlu olan hastaların ilaç durumu**		**Toplam**	p
		Evet	**Hayır**		
Kadın	N	42	48	90	**0.020**
	%Cinsiyet	46,7%	53,3%	100,0%	
	% İlaç durumu	51,9%	70,6%	60,4%	
	% Toplam	28,2%	32,2%	60,4%	
Erkek	N	39	20	59	
	%Cinsiyet	66,1%	33,9%	100,0%	
	% İlaç durumu	48,1%	29,4%	39,6%	
	% Toplam	26,2%	13,4%	39,6%	
Toplam	N	81	68	149	
	%Cinsiyet	54,4%	45,6%	100,0%	
	% İlaç durumu	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	54,4%	45,6%	100,0%	

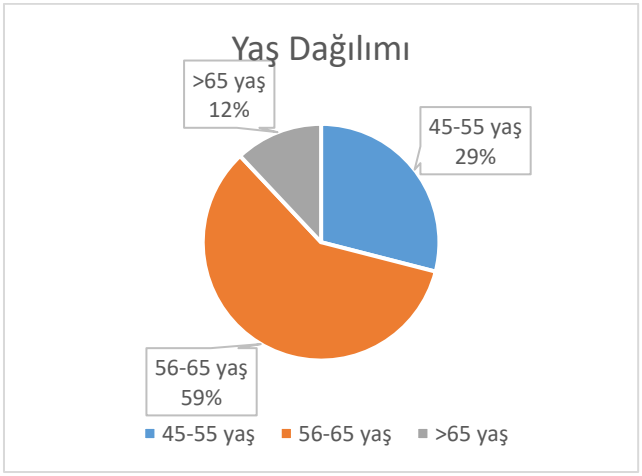
Ki-kare test

Tablo 1'de görüldüğü gibi sürekli ilaç kullanım raporu olan katılımcıların ilaç kullanıp kullanmama durumları ile cinsiyetleri karşılaştırılmıştır. Kadınların %46,7'sinin (n=42) ilaç kullandıkları, %53,3'ünün (n=48) raporlu olduğu halde ilaç kullanmadıkları belirlenmiştir. Erkek katılımcıların %66,1'inin (n=39) ilaç kullandıkları, %33,9'ünün (n=20) ise ilaç kullanma raporu olduğu halde ilaç kullanmadıkları saptanmıştır. Cinsiyet ile ilaç kullanma raporu olan hastaların ilaç kullanma durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.020).

Grafik 7: Statin kullanmasına gerek olmayan katılımcıların cinsiyet dağılımları (n=200)



Grafik 8: Statin kullanmasına gerek olmayan katılımcıların yaş dağılımları (n=200)



Grafik 7 ve 8'de Statin kullanma gerekliliği olmayan katılımcıların cinsiyet ve yaş frekans dağılımları verilmiştir. Cinsiyet dağılımları incelendiğinde, %59,0'ı (n=118) kadınlardan

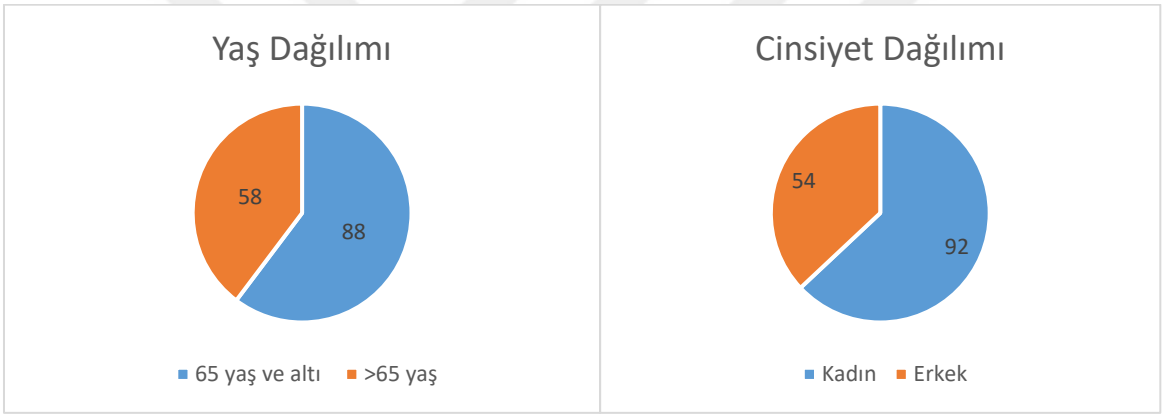
oluştuğu, %41,0'ının (n=82) ise erkeklerden oluştuğu tespit edilmiştir (Grafik 7). Yaş dağılımları incelendiğinde, %29,0'ının (n=58) 45-55 yaş aralığında olduğu, %59,0'ının (n=118) 56-65 yaş aralığında olduğu, %12,0'ının (n=24) 65 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır (Grafik 8).

4.2. KATILIMCILARDAN PRİMER YA DA SEKONDER KORUNMA AMACIYLA STATİN KULLANMASI GEREKİRKEN KULLANMAYANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Katılımcılar ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde minimum yaşın 48, maximum yaşın 70 olduğu, ortalama yaş ise 63,25 (SS=4,82) olduğu saptanmıştır.

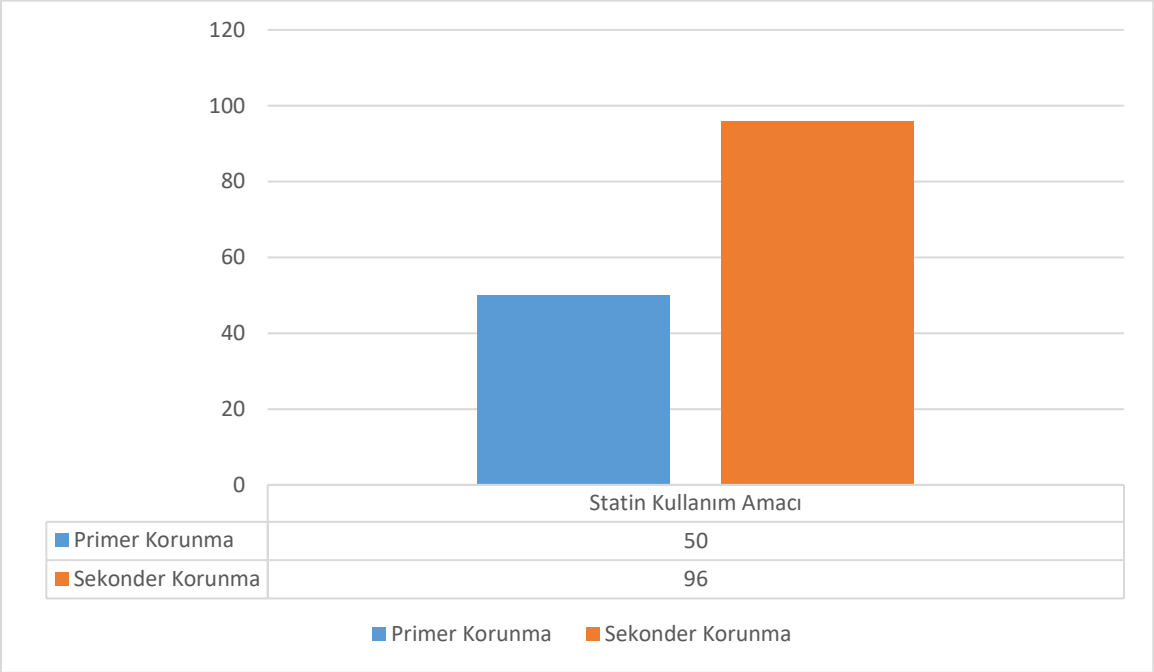
Grafik 9: Katılımcıların yaş ve cinsiyet dağılımları (n=146)



Grafik 9'da katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir.146 katılımcının yaş grupları incelendiğinde, %60,3'ünün (n=88) 65 yaş ve altı grupta olduğu, %39,7'sinin (n=58) 65 yaş üstü grupta olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyet durumları incelendiğinde, %63,0'ının (n=92) kadın olduğu, %37,0'ının (n=54) erkek olduğu belirlenmiştir.

Grafik 10: Statin kullanım amacı karşılaştırması



Katılımcıların statin ilacı kullanma gereklilikleri incelendiğinde, %34,2'sinin (n=50) Primer koruma amacıyla Statin kullanması gerektiği, %65,8'inin (n=96) Sekonder koruma amacıyla Statin kullanması gerektiği saptanmıştır.

4.2.2. Katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo2. Katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
1.Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?	Evet	100	68,5
	Hayır	46	31,5
	Toplam	**146**	**100,0**

Tablo 2'de görüldüğü gibi katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna %68,5'inin (n=100) evet söylendi yanıtını verdiği, %31,5'inin (n=46) hayır söylenmedi yanıtını verdiği belirlenmiştir.

4.2.3. Katılımcılardan daha önce kolsterol ilacı (statin) kullanması gerektiği söylenenlerin "Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo 3. Katılımcıların "Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

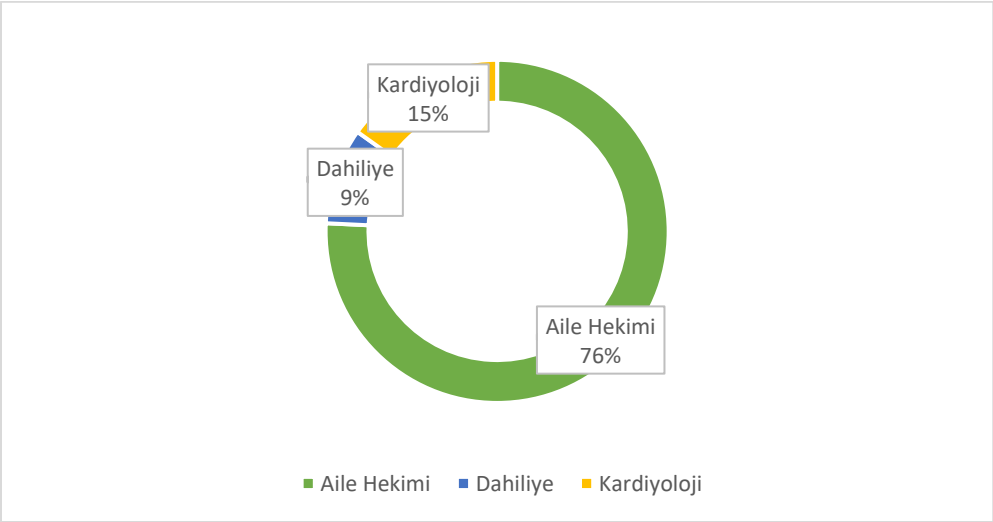
Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
2.Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?	Aile Hekimi	78	55,7
	Dahiliye Hekimi	28	20,0
	Kardiyoloji Hekimi	34	24,3
	Toplam	**140**	**100,0**

**Soruya verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.*

Tablo 3'te görüldüğü gibi katılımcıların "Statin kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" Sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Katılımcıların ilgili soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde, %55,7'sine (n=78) aile hekimi tarafından söylendiği, %20,0'ına (n=28) dahiliye hekimi tarafından söylendiği, %24,3'üne (n=34) kardiyoloji hekimi tarafından söylendiği saptanmıştır.

4.2.4. Primer koruma amacıyla Statin kullanması gereken bireylere ilaç önerisin hekim branşına göre karşılaştırılması

Grafik 11: Primer koruma amacıyla Statin kullanım önerisinin hekim branşına göre karşılaştırılması



(*çoklu yanıt olduğu için n örneklem büyüklüğünü geçmektedir*)

Grafik 11'de görüldüğü gibi primer koruma amacıyla Statin kullanımını

ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna "Evet" yanıtını verenlerin %86,2'sine (n=25) aile hekimi tarafından söylendiği, %10,3'üne (n=3) dahiliye hekimi tarafından söylendiği, %17,2'sine (n=5) kardiyoloji hekimi tarafından söylendiği tespit edilmiştir.

4.2.5. Katılımcıların "Statin ilacı kullanmıyorsanız sebebi nedir?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo 4. Katılımcıların "Statin ilacı kullanmıyorsanız sebebi nedir?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
	Kullanmak istemedim	15	11,4
	Kullanmaya başladım ama bıraktım	45	34,1
	Tedavim hekimim tarafından sonlandırıldı	3	2,3
	Reçete ettirmekte zorluk yaşadım	67	50,8
	Diğer	2	1,5
	Toplam	**132**	**100,0**

**Soruya verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.*

Katılımcıların "Statin ilacı kullanmıyorsanız sebebi nedir?" Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %11,4'ü (n=15) kullanmak istemedim dediği, %34,1'i (n=45) kullanmaya başladım ama bıraktım dediği, %2,3'ü (n=3) tedavim hekim tarafından sonlandırıldı dediği, %50,8'i (n=67) reçete ettirmekte zorlandım dediği ve %1,5'inin (n=2) diğer sebeplerden dolayı kullanmadığı yanıtını vermiştir

4.2.6. Katılımcıların "Neden statin ilacı kullanmak istemediniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo 5. Katılımcıların "Neden statin ilacı kullanmak istemediniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
4.Statin ilacını neden kullanmak istemediniz?	Çevremden zararlı olduğunu duydum	7	33,3
	Medyadaki doktorlardan zararlı olduğunu duydum	4	19,0
	İnternetten araştırdığımda zararlı olduğuna kanaat getirdim	1	4,8
	Yan etkilerinden dolayı kullanmak istemedim	3	14,3
	Diğer	6	28,6
	Toplam	21	100,0

**Soruya verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.*

Katılımcıların "Neden statin ilacı kullanmak istemediniz?" Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %33,3'ü (n=7) Çevremden zararlı olduğunu duydum dediği, %19,0'ı (n=4) medyadaki doktorlardan zararlı olduğunu duydum dediği, %4,8'i (n=1) internetten araştırdığımda zararlı olduğuna kanaat getirdim dediği, %14,3'ü (n=3) yan etkilerinden dolayı kullanmak istemedim dediği, %28,6'sı (n=6) diğer sebepler yanıtını verdiği belirlenmiştir

4.2.7. Katılımcıların "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo 6. Katılımcıların "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
5.Neden kullanmayı bıraktınız?	Kas ağrıları / halsizlik yaptı	4	8,7
	İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum	27	58,7
	Hekim tarafından sonlandırıldı	2	4,3
	Diğer	13	28,3
	Toplam	**46**	**100,0**

**Soruya verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.*

Katılımcıların "Neden kullanmayı bıraktınız?" Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %8,7'si (n=4) kas ağrıları / halsizlik yaptı dediği, %58,7'si (n=27) ilacı reçete ettirmekte

zorlanıyorum dediği, %4,3'u (n=2) hekim tarafından sonlandırıldı dediği, %28,3'ü (n=13) diğer sebepler yanıtını verdiği tespit edilmiştir

4.2.8. Katılımcıların "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Tablo 7. Katılımcıların "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımları

Anket Sorusu	Yanıtlar	N	%
6.Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?	Evet	65	100,0
	Hayır	-	-
	Toplam	65	100,0

Tablo 7'de görüldüğü gibi katılımcıların "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" Sorusuna verdikleri yanıtların frekans dağılımı verilmiştir. Katılımcıların "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" Sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, %100'ünün (n=65) evet yanıtını verdiği, hayır yanıtını veren katılımcının olmadığı görülmüştür.

4.2.9. Statin kullanma gerekliliği ve "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusunun karşılaştırılması

Tablo 8. Statin kullanma gerekliliği ve "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusunun karşılaştırılması

Statin kullanma gerekliliği		1.Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?		**Toplam**	p
		Evet	**Hayır**		
Primer Koruma	N	30	20	50	**0.111**
	%Koruma yöntemi	60,0%	40,0%	100,0%	
	% Soru 1	30,0%	43,5%	34,2%	
	% Toplam	20,5%	13,7%	34,2%	
Sekonder Koruma	N	70	26	96	
	% Koruma yöntemi	72,9%	27,1%	100,0%	
	% Soru 1	70,0%	56,5%	65,8%	
	% Toplam	47,9%	17,8%	65,8%	
Toplam	N	100	46	146	
	% Koruma yöntemi	68,5%	31,5%	100,0%	
	% Soru 1	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	68,5%	31,5%	100,0%	

Ki-kare test

Tablo 8'de görüldüğü gibi katılımcıların statin kullanma gerekliliği ile "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, primer koruma amacıyla Statin kullanması gereken katılımcıların %60,0'ı (n=30) evet yanıtı verdiği, %40,0'ı (n=20) hayır yanıtını verdiği belirlenmiştir. Sekonder koruma koruma amacıyla Statin kullanması gereken katılımcıların %72,9'u (n=70) evet yanıtı verdiği, %27,1'i (n=26) hayır yanıtı verdiği saptanmıştır. Katılımcıların koruma yöntemi ile "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.111).

4.2.10. "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusu ve "Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" Sorusunun karşılaştırılması

Tablo 9. "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusu ve "Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?" Sorusunun karşılaştırılması

"Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?"		Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi			**Toplam**
		Aile Hekimi	**Dahiliye Hekimi**	**Kardiyoloji Hekimi**	
Evet	N	77	28	34	99
	%Soru 1	77,8%	28,3%	34,3%	
	% Soru 2	98,7%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	77,0%	28,0%	34,0%	99,0%
Hayır	N	1	0	0	1
	% Soru 1	100,0%	0,0%	0,0%	
	% Soru 2	1,3%	0,0%	0,0%	
	% Toplam	1,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Toplam	N	78	28	34	100
	% Soru 1	78,0%	28,0%	34,0%	100,0%
	% Soru 2	77	28	34	99
	% Toplam	77,8%	28,3%	34,3%	

Tablo 9'da görüldüğü gibi katılımcıların "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusu ile "Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna evet yanıtı verenlerin %77,8'ine (n=77) aile hekimi tarafından söylendiği, %28,3'üne (n=28) dahiliye

hekimi tarafından söylendiği, %34,3'üne (n=34) kardiyoloji hekimi tarafından söylendiği saptanmıştır.

4.2.11. Sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekip, "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna evet yanıtı verenler ile "ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi" sorusunun karşılaştırılması

Tablo 10. Sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekli olan, "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna evet yanıtı verenler ile "ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi" sorusunun karşılaştırılması

Sekonder koruma yöntemi kullanan ve 1. Anket sorusuna "evet" yanıtı verenler		2.Ilaç kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?			
		Aile Hekimi	**Dahiliye Hekimi**	**Kardiyoloji H.**	**Toplam**
Sekonder koruma (Evet)	N	51	25	29	69
	%Sekonder, evet	73,9%	36,2%	42,0%	
	%Soru 2	100,0%	100,0%	100,0%	
	%Toplam	73,9%	36,2%	42,0%	100,0%
Toplam	N	51	25	29	69
	%Toplam	73,9%	36,2%	42,0%	100,0%

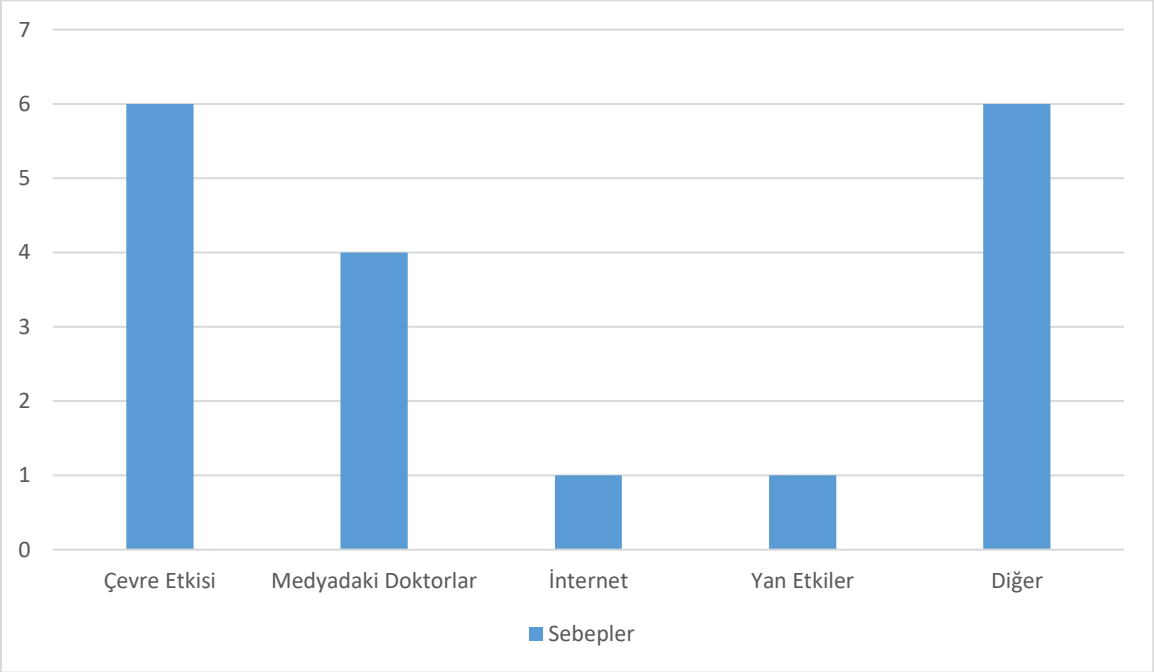
**Soruya verilen cevaplar çoklu yanıt olduğundan N sayısı örneklem hacmini geçmektedir.*

Tablo 10'da görüldüğü gibi sekonder koruma yöntemi uygulanan katılımcılardan "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna "Evet" yanıtını verenler ile "Kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Analiz Sonuçları incelendiğinde, sekonder koruma yöntemi kullanan katılımcılardan "Daha önce kolesterol ilacı (statin) kullanmanız gerektiği size söylendi mi?" Sorusuna "Evet" yanıtını verenlerin %73,9'una (n=51) aile hekimi tarafından söylendiği, %36,2'sine (n=25) dahiliye hekimi tarafından söylendiği, %42,0'ına (n=29) kardiyoloji hekimi tarafından söylendiği belirlenmiştir.

4.2.12. Statin tedavisini kendi istekleri dahilinde kabul etmeyen kişilerin kullanmak istememe sebeplerinin karşılaştırılması

Grafik 12: Statin tedavsini kabul etmeme sebepleri (n=13)



Grafik 12'de görüldüğü gibi bireylerin ilaç kullanmayı istemesine yol açan sebeplerin %46,2'sinin (n=6) çevre kaynaklı, %30,8'inin (n=4) medyadaki doktorların zararlı olduğunu ifade etmesi sebepli, %7,7'sinin (n=1) internetteki yanlış bilgilerden, %7,7'sinin (n=1) yan etkilerinden dolayı kullanmak istemediği ve %46,2'sinin (n=6) diğer sebeplerden kullanmak istemediği tespit edilmiştir.

4.2.13. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir? Sorusuna "Kullanmaya başladım ama bıraktım" yanıtı verenler ile "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusunun karşılaştırılması

Tablo 11. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir? Sorusuna "Kullanmaya başladım ama bıraktım" yanıtı verenler ile "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusunun karşılaştırılması

"5.İlaç kullanmıyorsanız Sebebi nedir?"		3.Neden kullanmayı bıraktınız?	**Toplam**
		c. Kullanmaya başladım ama bıraktım	
Kas ağrıları / halsizlik yaptı	N	4	4
	% Soru 5	100,0%	
	% Soru 3c	11,8%	
	% Toplam	11,8%	11,8%
İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum	N	23	23
	% Soru 5	100,0%	
	% Soru 3c	67,6%	
	% Toplam	67,6%	67,6%
Hekim tarafından sonlandırıldı.	N	1	1
	% Soru 5	100,0%	
	% Soru 3c	2,9%	
	% Toplam	2,9%	2,9%
Diğer	N	6	6
	% Soru 5	100,0%	
	% Soru 3c	17,6%	
	% Toplam	17,6%	17,6%
Toplam	N	34	34
	%Toplam	100,0%	100,0%

Tablo 11'de görüldüğü gibi "İlaç kullanmıyorsanız Sebebi nedir? Sorusuna "Kullanmaya başladım ama bıraktım" yanıtı verenler katılımcılar ile "Neden kullanmayı bıraktınız?" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Analiz Sonuçları incelendiğinde, "Neden kullanmayı bıraktınız?" Sorusuna yanıtı verenler katılımcıların %11,8'inin (n=4) kas ağrıları / halsizlik yaptı yanıtını verdiği, %67,6'sının (n=23) ilacı reçete ettirmekte zorlanıyorum yanıtını verdiği, %2,9'unun (n=1) hekim tarafından sonlandırıldı yanıtını verdiği, %17,6'sının (n=6) diğer nedenlerden dolayı ilaç kullanmayı bıraktığı tespit edilmiştir.

4.2.14. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?" Sorusuna "Reçete ettirmekte zorluk yaşadım" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması

Tablo 12. "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?" Sorusuna "Reçete ettirmekte zorluk yaşadım" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması

"3. **İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?"**	**6.Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?**		**Toplam**
	Evet		
e.Reçete ettirmekte zorluk yaşadım.	N	35	35
	% Soru 3e	100,0%	100,0%
	% Soru 6	100,0%	100,0%
	% Toplam	100,0%	100,0%
Toplam	N	35	35
	%Toplam	100,0%	100,0%

Tablo 12'de görüldüğü üzere "İlaç Kullanmıyorsanız Sebebi nedir?" Sorusuna "Reçete ettirmekte zorluk yaşadım" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Analiz sonuçlarına incelendiğinde, İlacını reçete ettirmekte sorun yaşayan hastaların "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusuna %100 (n=35) evet yanıtını verdiği görülmüştür.

4.2.15. "Neden kullanmayı bıraktınız?" Sorusuna "İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması

Tablo 13. "Neden kullanmayı bıraktınız?" Sorusuna "İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum" yanıtı verenler ile "Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" sorusunun karşılaştırılması

“5. **Neden kullanmayı bıraktınız?**	**6.Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?**		**Toplam**
	Evet		
c. İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum.	N	11	11
	% Soru 5c	100,0%	100,0%
	% Soru 6	100,0%	100,0%
	% Toplam	100,0%	100,0%
Toplam	N	11	11
	%Toplam	100,0%	100,0%

Tablo 13’te görüldüğü üzere “Neden kullanmayı bıraktınız?” Sorusuna “İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum” yanıtı verenler ile “Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?” sorusuna verilen yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Analiz sonuçlarına incelendiğinde, İlacını reçete ettirmekte zorlanıyorum diyen hastaların “Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?” sorusuna %100 (n=11) evet yanıtını verdiği görülmüştür.

5.TARTIŞMA

Bireylerin taranması ve risklerinin azaltılması hem birey hem de toplum sağlığı için önem arzetmektedir. Ancak bu durum bireylerin tarama programlarına katılması ile mümkündür. İngiltere'de yapılan bir çalışmada Ulusal Sağlık Taraması'nın 40-74 yaş arası hedef nüfusun %21.4'üne ulaşabildiği tespit edilmiştir[18]. Yine benzer şekilde Dr. Artac ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kırsal kesimde 40-74 yaş arası hedef nüfusun % 32.7'sinin sağlık taraması yaptırdığı tespit edilmiştir[19]. Robson ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada kardiyovasküler risk değerlendirmesi için sağlık taramasına başvuranların hedef nüfusun %36.4'ü olarak tespit etmiştir[21].Martin ve arkadaşları çalışmalarında; kardiyovasküler risk değerlendirmesi için sağlık taramasına başvuranların hedef nüfusun %45.6'sı olduğunu ifade etmişlerdir[22].Jens ve arkadaşlarının Almanya'da yaptığı çalışmada ulusal sağlık taraması programına hedef nüfusun %50'sinin katıldığını belirtmişlerdir[23]. Gebre T. Demoz yapmış olduğu çalışmada statin tedavisi alan Tip 2 DM hastalarını incelemiş, çalışmaya katılan kişilerin %39.5'inin labaratuvar sonuçlarınn olduğunu tespit etmiştir [24]

Çalışmamızda birime kayıtlı 40-70 yaş arası 1478 kişinin %33.89'unun (n=501) gerekli sağlık kayıtları olduğu tespit edilmiştir. Bu oran literatürlerle uyumlu olup artırılması için farkındalık çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Araştırmalar bize Avrupa ve Kuzey Amerika'daki her iki yetişkinden birisinin dislipidemik olduğunu göstermektedir[20]. Martin B. Mortensen ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada kardiyovasküler hatalıklardan korunma ile alakalı 5 ana klavuzu karşılaştırmış, 40-75 yaş arası çalışmaya katılan bireylerde primer veya sekonder korunma amacıyla statin kullanım gerekliliğini NICE'a göre %40, CCS'ye göre %44, ACC/AHA'ya göre %42, USPSTF'e göre %31 ve ESC/EAS'ye göre %15 olarak tespit etmişlerdir[25]. Giuseppe Lippi ve arakadaşlarının yaptığı çalışmada dislipidemi prevelansı 40-74 yaş arası bireylerde %41 olarak belirtilmiştir [26]. Mousa Abujbara ve arkadaşları Ürdün'de yaptıkları disliğidemi prevelans çalışmasında erişkin yaş grubunda hiperkolesterolemi sıklığını %44.3 olarak tespit etmişlerdir [27]. Fahri Bayram ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkiye'de yapılan saha çalışmasında; dislipidemi prevelansı erkeklerde %78.7, kadınlarda %80.4 olarak tespit edilmiştir[15]. Meral ve arkadaşlarının 2018 yılında yapmış olduğu meta analizde hiperlipidemi prevelansı genel popülasyonda %29.1 olarak tespit edilmiştir[28].

Çalışmamızda sadece primer ya da sekonder korunma amacıyla statin tedavisi gerekliliği açısından değerlendirilen 40-70 yaş arası 501 bireyde statin tedavisi alma gerekliliği %60.1 (n=301) olarak tespit edilmiştir. Genel prevelans çalışmalarının 18 yaş üstü tüm bireylerde yapıldığı ve ülkemizin yaşam tarzı bakımından dislipidemi açısından daha riskli bir bölge olması nedeniyle Avrupa örneğinden daha yüksek bir oran saptamamız beklenen bir durumdur. Çalışmamızda tüm dislipidemi nedenlerinin araştırılmaması ve ilk etapta yaşam tarzı değişikliği önerilecek grup çalışmaya dahil edilmediği için çalışma sonucunun Türkiye örneğinden düşük çıktığı düşünülmekte olup, benzer çalışmalardaki istatistiklere yakın bir sonuç elde edildiği düşünülmektedir.

Goel ve arkadaşları çalışmalarında Tip 2 diyabette dislipidemi olgularını incelemiş ve katılımcıların %83'ünde dislipidemi tespit etmişlerdir[29]. Ülkemizde 40 yaş üstü bireylerde diyabetes mellitüs sıklığı %10'un üzerindedir [20]. TEKHARF 2017 raporuna göre 35 yaş ve üzeri erkeklerde KAH sıklığı %13.9, kadınlarda %12.1 olup, 45-54 yaş grubunda %6 dolayındaki KAH prevalansı, 55-64 yaş grubunda %17 dolayına, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 düzeyine yükselmektedir [30]. Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 61.5 olması sebebiyle diyabet, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı gibi sekonder nedenlerin görülme sıklıkları da arttığından çalışmamızda sekonder korunma amacıyla statin tedavisi alması gereken grup %78.7 çıkmıştır. Benzer çalışmalarda da yaşla beraber eşlik eden risk faktörlerinin arttığı ve ileri yaşda sağlık hizmeti talebinin arttığı gözlemlenmiştir [18,31,32],

SCORE çalışması ve SCORE tablosu incelendiğinde yaş ve cinsiyetin puanlamayı pozitif yönde önemli ölçüde etkilediği görülmektedir[20]. Çalışmamızda elde edilen veriler bu durumla örtüşmektedir.

Bahaa A. Alkhail ve arkadaşları yapmış olduğu çalışmada kardiyovasküler hastalıklardan primer korunmada aspirin ve statin kullanımını araştırmış, çalışmaya aldığı 312 hastanın %27.2'sinin gerekli olmasına rağmen statin tedavisi almadığını tespit etmiştir[33]. Quanhe Yang ve arkadaşları çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde kardiyovasküler hastalıklardan korunma amacıyla statin kullanması gereken 33 milyon kişiyi incelemiş, bu grubun %26'sının statin ilacı kullandığını belirlemiştir[34].

Çalışmamızda retrospective olarak taranıp primer ve sekonder koruma amacıyla statin kullanması gereken 301 kişinin %73'ünün ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Amerika örneği ile benzerlik göstermektedir.

Holly F. Hope ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerin kadınlara oranla statin tedavisine bağlılıklarının daha yüksek olduğu, yüksek öğrenim görmüş erkeklerde bağlılık artarken, yüksek eğitim görmüş kadınlarda statin tedavisine bağlılığın azaldığı tespit edilmiştir [35]. Çalışmamızda retrospektif olarak taranan bireyler arasında 149 kişinin sürekli statin ilacı kullanım raporu olduğu ve bunun %54.4'ünün (n=81) statin tedavisi aldığı, %45,6'sının (n=68) ilaç tedavisi kullanmadığı görülmüştür. Yapılan istatistiki değerlendirmede, cinsiyet ile ilaç kullanma raporu olan hastaların ilaç kullanma durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.020). Holly F. Hope ve arkadaşları yaptıkları çalışmada primer korunma amacıyla statin kullanan hastaların sekonder korunma amacıyla kullananlara nazaran tedaviye bağlılıklarının daha düşük olduğunu dile getirmiştir[35]. Çalışmamızda primer ve sekonder korumada statin kullanımında engellerin başında ilaç önerilmemesi (%31.5) tespit edilmiştir. Bilhassa primer koruma amacıyla statin önerilmesi 2. ve 3. Basamak hekimleri arasında seyrek olarak tespit edilmiştir. Bunun sebeplerinden biri ne yazık ki dislipidemi tanı ve tedavisinde rol alması gereken hekimlerin de bir kısmı yeterli bilgi ve deneyime sahip olmayışı ve bazı tıp mensuplarının da yazılı ve görsel basında dislipidemi tedavisinde kullanılan ajanlar hakkında bilimsel kanıtlara dayanmayan olumsuz ifadelerde bulunmasının bazı hekimlerde konuyla ilgili çekincelerinin oluşmasına neden olması olabilir [20].

Clough ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hekimlerin primer veya sekonder korunma amacıyla statin kullanması gereken hastaların %22.3'üne gerekli tedaviyi verdiğini belirtmiştir [36]. Ayrıca özellikle primer korunma amacıyla statin kullanılması SGK geri ödeme kapsamına alınmadığından hekimler bu grup hastaya ilaç önermiyor olabilirler.

Sonia Butalia ve arkadaşları hastalara ve hekimlere ilaç tedavisi önündeki engelleri sormuş; "hasta tarafında ilaç ücretini karşılayamamak" sebeplerden biri olarak tespit edilmiştir [37]. Beraberinde hekim tarafında da bu sebebin tedavi uyumunu bozduğu dile getirilmiştir [37]. Ülkemizin sosyoekonomik düzeyi göz önünde bulundurulduğunda hekimlerin primer koruma amacıyla statin önermiyor olması muhtemeldir.

Bunların yanı sıra primer koruma genel olarak ikinci ve üçüncü basamağın gündemi olmadığından daha çok sekonder korunma gereken hastalarda tedavi başlanıyor olabilir. Adnan Abacı'nın çalışmasında da sekonder korumanın primer korumaya kıyasla daha iyi yapıldığını; ancak her ikisinin de beklenen hedeften çok uzakta olduğu dile getirilmiştir [38]. Jefferey D. Clough ve arkadaşları; birinci basamak hekimleri arasında primer korunma amacıyla statin kullanımı hakkındaki görüşlerini araştırmış, katılımcıların %77'sinin

kardiyovasküler risk skorlamasını kullandığını; ancak yine de statin reçete ederken diğer risk faktörlerinin daha etkili olduğunu söylediklerini tespit etmiştir [36].

Ülkemizde de hekimlerin klavuz ışığında dilsipidemi tanı ve tedavisi hakkında bilgi ve tutumlarını ölçen çalışma yapmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Hekim dışı nedenlere bakılacak olursa; çalışmamızda statin kullanımının önündeki en büyük engel reçeteleme zorluğu (toplamda %54), ondan sonra hasta kaynaklı sebepler olarak tespit edilmiştir.

Saman Zartab ve arkadaşlarının İran'da yapmış olduğu çalışmada; gerekli tedavinin alınmamasındaki sebepler hastaların düşük uyumu ya da toplumdaki tanı konmamış hastaların yüksek yüzdesi olarak tanımlanmıştır[39]. Başka bir çalışmada Guiquan Yu ve arkadaşları; statin tedavisi başlanan hastalar arasında tedavi uyumuna engeller; hastalar arasında statin tedavisinin yararları hakkında bilgi eksikliği (% 36,7), tedavinin doktor tavsiyesi üzerine durdurulması (% 19,4) ve ilacın teminindeki zorluk (% 12,2) olarak tespit edilmiştir [40].

Diğer çalışmaların ve genel düşüncenin aksine hasta kaynaklı nedenlerin etkisi çalışmamızda düşük oranda (%8.4) tespit edilmiştir. Bu duruma hastaların hekimlerine güveni, birinci basamaktaki hasta-hekim iletişimi gibi sebepler sebep olabilir. Yine de çevrenin, medyanın ve yanlış inanışların etkisini sanıldığı kadar yüksek olmadığı tarafımızca düşünülmektedir.

Nuntakorn Thongtang ve arkadaşlarının çalışmasında diyabetli bireylerde dislipidemi tedavisinde düşk doz statin kullanıyla yüksek doz statin kullanımı karşılaştırılmış, yüksek doz tedavide yan etki sebebiyle tedaviye devam etmeme %5.4 bulunurken, düşük doz grubunda %1.3 olarak tespit edilmiştir [41].

Çalışmamızda da benzer şekilde yan etkileri sebebiyle statin kullanılmaması %1.2 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde SGK geri ödeme kısıtlamaları nedeniyle yüksek doz statin tedavisinin sadece kardiyoloji hekimleri tarafından reçetelenebildiği da göz önünde bulundurulduğunda sonucun bu şekilde gelmesi beklenen bir durumdur.

Reçete edilmesinde sorun yaşadığı için statin ilacı kullanamayan bireylere aile hekiminiz reçete edebilseydi kullanır mıydınız sorusuna katılımcıların tamamı evet cevabı vermiş olup, bu durum statin grubu ilaçların SGK geri ödeme kapsamının sınırlı olup birinci basamağa yetki verilmemesinin, dislipidemi tedavisinde ve ASKVH'lerın önlenmesinde en büyük engellerden biri olduğunu göstermektedir. Nitekim çok yüksek riskli olup, yüksek doz statin tedavisi alması gereken bireylerde bile tedavi uyumuna engel teşkil etmektedir.

Elbette ki katılımcıların tamamı “evet” cevabı verse de uygulamaya geçildiğinde bu oranın yüzde yüz olacağı kesin olmayıp, devamlı görüştüğü hekiminin karşısında “hayır” cevabını vermekte zorlanmış olabilirler. Fakat yine de bu durum, hastanın birinci basamak hekimine güvenini, arasındaki iletişimin kuvvetli oluşunu, aynı zamanda kardiyovasküler hastalıkların takibinin ve yönetiminin temelde birinci basamağın işi olduğunu destekler niteliktedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız ve literatürde yer alan bilgilere bakıldığında dislipidemi tedavisinde primer ya da sekonder korunma amacıyla statin kullanması gereken hastaların bir çoğunun gerekli tedaviyi almadığı aşikardır. Literatürde benzer pek çalışma olmasa da; yapılan yakın çalışmalarda da olduğu gibi gerekli tedaviyi almamanın temel sebeplerinden birini hekimlerin önermemesi ve tanı almamış vakalar oluşturmaktadır. Genel kanının aksine medyanın etkisi çalışmamızda ciddi bir engel olarak belirlenmemiştir. Farklı olarak ülkemizin sosyo-ekonomik durumu da göz önünde bulundurulduğunda SGK geri ödeme sınırlandırmaları tedavi almada büyük bir engel oluşturmatadır. Çözüm olarak Sağlık Bakanlığı kronik hastalık takibi politikalarında aile hekimlerinin ön plana alınması, yetkilerin artırılması ve düzenlemelerin kabul görmüş klavuzlar ışığında kanıta dayalı tıp dikkate alınarak hazırlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Araştırmamızın tek merkezde, sınırlı hasta ile yapılmış olması ve birim hekiminin ilgi alanı olan bir konuyla alakalı olması en temel kısıtlılıklarıdır. Bu nedenle araştırmamız genellenemez olup, daha geniş çaplı bir araştırma yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. Aile Hekimliği Kanunu Md 2
2. https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf Sf 13 (07/10/2020)
3. Rakel R.E.,Rakel D.P., Aile Hekimilği Dokuzuncu Baskı Sf. 82
4. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en.
5. Anderson TJ, Gregoire J, Hegele RA, et al. 2012 update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Can J Cardiol. 2013;29(2):151-167. doi:10.1016/j.cjca.2012.11.032.
6. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. J Am Coll Cardiol. 2014;63(25):2889-2934. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.002.
7. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias.European Heart Journal. 2016;37(39):2999-3058. doi:10.1093/eurheartj/ehw272
8. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation 2008;117:743-53.
9. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003;24:987-1003.
10. Heart Attack Risk Calculator. Available from: http://www.heart.org/gglRisk/locale/en_US/index.html?gtype=health.
11. https://heartscore.escardio.org/2016/quickcalculator.aspx?model=turkey 10.10.2020
12. Yang Q, Zhong Y, Ritchey M, et al. Predicted 10-Year Risk of Developing Cardiovascular Disease at the State Level in the U.S. American Journal of Preventive Medicine. 2015;48(1):58-69. doi:10.1016/j.amepre.2014.09.014.
13. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. European Heart Journal. 2017;38(32):2459-2472. doi:10.1093/eurheartj/ehx144.
14. Goff DC. Dyslipidemia Prevalence, Treatment, and Control in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA): Gender, Ethnicity, and Coronary Artery Calcium. Circulation. 2006;113(5):647-656. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA. 105.552737.
15. Bayram F, Kocer D, Gundogan K, et al. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors in Turkish adults. Journal of Clinical Lipidology. 2014;8(2):206-216. doi:10.1016/j.jacl.2013.12.011.
16. Robinson JG, Wang S, Jacobson TA. Meta-analysis of comparison of effectiveness of lowering apolipoprotein B versus low-density lipoprotein cholesterol and nonhigh-density lipoprotein cholesterol for cardiovascular risk reduction in randomized trials. Am J Cardiol. 2012;110(10):1468-1476. doi:10.1016/j.amjcard.2012.07.007.
17. Haymana C, Berlik H, Guneş Y, et al. Identifying undiagnosed or undertreated patients with familial hypercholesterolemia from the laboratory records of a tertiary medical center. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45(8):731-738. doi:10.5543/tkda.2017.63846.

18. Chang, K. C.-M., Chang, K. C.-M., Soljak, M., Lee, J. T., Woringer, M., Johnston, D., … Millett, C. (2015). Coverage of a national cardiovascular risk assessment and management programme (NHS Health Check): Retrospective database study. Preventive Medicine, 78, 1–8. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=26051202
19. Artac, M., Dalton, A. R. H., Majeed, A., Car, J., Huckvale, K., & Millett, C. (2013). Uptake of the NHS health check programme in an urban setting. Family Practice, 30(4), 426–435. https://doi.org/10.1093/fampra/cmt002
20. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Dislipidemi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2018 ISBN: 978-605-4011-30-8 5. Baskı: Mayıs 2018
21. Robson, J., Dostal, I., Madurasinghe, V., Sheikh, A., Hull, S., Boomla, K., … Eldridge, S. (2017). NHS Health Check comorbidity and management: An observational matched study in primary care. British Journal of General Practice, 67(655), e86–e93. https://doi.org/10.3399/bjgp16X688837
22. Martin, A., Saunders, C. L., Harte, E., Griffin, S. J., MacLure, C., Mant, J., … Usher-Smith, J. A. (2018). Delivery and impact of the NHS Health Check in the first 8 years: A systematic review. British Journal of General Practice, 68(672), e449–e459. https://doi.org/10.3399/bjgp18X697649
23. Hoebel, J., Starker, A., Jordan, S., Richter, M., & Lampert, T. (2014). Determinants of health check attendance in adults: Findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. BMC Public Health, 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-913
24. Demoz, G. T., Wahdey, S., Kasahun, G. G., Hagazy, K., Kinfe, D. G., Tasew, H., … Niriayo, Y. L. (2019). Prescribing pattern of statins for primary prevention of cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes: Insights from Ethiopia. BMC Research Notes, 12(1). https://doi.org/10.1186/s13104-019-4423-9
25. Mortensen, M. B., & Nordestgaard, B. G. (2019). Statin Use in Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease According to 5 Major Guidelines for Sensitivity, Specificity, and Number Needed to Treat. JAMA Cardiology, 4(11), 1131–1138. https://doi.org/10.1001/jamacardio.2019.3665
26. Lippi, G., & Plebani, M. (2017). Statins for Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Trends in Pharmacological Sciences, 38(2), 111–112. doi:10.1016/j.tips.2016.11.011
27. Abujbara, M., Batieha, A., Khader, Y., Jaddou, H., El-Khateeb, M., & Ajlouni, K. (2018). The Prevalence of Dyslipidemia among Jordanians. Journal of Lipids, 2018, 1–7. https://doi.org/10.1155/2018/6298739
28. Kayikçioğlu M.Tokgözonlu L.[...]Ural D. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi (2018) doi: 10.5543/tkda.2018.23450
29. Goel, S., Garg, P. K., Malhotra, V., Madan, J., Mitra, S. K., & Grover, S. (2016). Dyslipidemia in type II diabetes mellitus - An assessment of the main lipoprotein abnormalities. Bangladesh Journal of Medical Science, 15(1), 99–102. https://doi.org/10.3329/bjms.v15i1.21170
30. Tekharf 2017 https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf 18.10.2020
31. Robson, J., Dostal, I., Madurasinghe, V., Sheikh, A., Hull, S., Boomla, K., … Eldridge, S. (2015). The NHS Health Check programme: Implementation in east London 2009-2011. BMJ Open, 5(4). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007578
32. Artac, M., Dalton, A. R. H., Majeed, A., Car, J., & Millett, C. (2013). Effectiveness of a national cardiovascular disease risk assessment program (NHS Health Check): Results after one year. Preventive Medicine, 57(2), 129–134. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.05.002

33. Alkhail, B. A., Iftikhar, R., & Shaikh, A. A. (2016). Use of Aspirin and Statin as primary prevention for cardiovascular diseases. Pakistan Journal of Medical Sciences, 32(6), 1336–1339. https://doi.org/10.12669/pjms.326.10615
34. Yang, Q., Zhong, Y., Gillespie, C., Merritt, R., Bowman, B., George, M. G., & Flanders, W. D. (2017). Assessing potential population impact of statin treatment for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular diseases in the USA: Population-based modelling study. BMJ Open, 7(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011684
35. Hope, H. F., Binkley, G. M., Fenton, S., Kitas, G. D., Verstappen, S. M. M., & Symmons, D. P. M. (2019, January 1). Systematic review of the predictors of statin adherence for the primary prevention of cardiovascular disease. PLoS ONE. Public Library of Science. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201196
36. Clough, J. D., Martin, S. S., Navar, A. M., Lin, L., Hardy, N. C., Rogers, U., & Curtis, L. H. (2019). Association of Primary Care Providers' Beliefs of Statins for Primary Prevention and Statin Prescription. Journal of the American Heart Association, 8(3), e010241. https://doi.org/10.1161/JAHA.118.010241
37. Butalia, S., Lee-Krueger, R. C. W., McBrien, K. A., Leung, A. A. C., Anderson, T. J., Quan, H., … Campbell, D. J. T. (2020). Barriers and Facilitators to Using Statins: A Qualitative Study with Patients and Family Physicians. CJC Open. https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.07.002
38. Abaci A. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology (2009) doi: 10.5543/tkda.2011.abaci
39. Zartab S,Abbassian H,Koopaei N, Iranian Journal of Pharmaceutical Research (2019) 18(2) 1117-1125 DOI: 10.22037/ijpr.2019.1100695
40. Yu, G., Zhang, Y., Wang, Y., Chang, G., Tao, H., & Zhang, D. (2018). Factors that contribute to poor adherence to statin therapy in coronary heart disease patients from Chongqing and measures to improve their therapeutic outcomes. Genes and Diseases, 5(4), 335–341. https://doi.org/10.1016/j.gendis.2018.01.001
41. Thongtang, N., Piyapromdee, J., Tangkittikasem, N., Samaithongcharoen, K., Srikanchanawat, N., & Sriussadaporn, S. (2020). Efficacy and safety of switching from low-dose statin to high-intensity statin for primary prevention in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, 13, 423–431. https://doi.org/10.2147/DMSO.S219496

ÖZGEÇMİŞ FORMU

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Mustafa Haltaş
Akademik unvan/pozisyon	Asistan Doktor
Görev yeri	SBÜ.Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
Telefon numarası	05556253557
E-posta adresi	haltasmustafa@gmail.com

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2010	Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
Eylül 2010- Ocak 2012	Bingöl Karlıova Devlet Hastanesi	Pratisyen Doktor
Ocak 2012-Haziran 2012	Özel Yeni iklim Hastanesi	Pratisyen Doktor
Haziran 2012-Kasım 2017	İstanbul Şişli 9 nolu ASM	Aile Hekimi
Kasım 2012-Halen	İstanbul Sarıyer Merkez ASM	Aile Hekimi
Ağustos 2014-Halen	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğt. ve Arş Hast. Aile Hekimliği Kliniği	Asistan Doktor

EK-2: ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET

40-70 Yaş Arası Nüfusta Statin Kullanması Gerekip Kullanmayan Bireylerin Değerlendirilmesi

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim Durumu:

Statin Kullanım Amacı: Primer koruma Sekonder Koruma

1. Statin Kullanıyor musunuz?
    a. Evet
    b. Hayır
2. Kullanıyorsanız kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?
    a. Aile Hekimi
    b. Dahiliye Hekimi
    c. Kardiyoloji Hekimi
    d. Diğer .....
3. Kullanmıyorsanız sebebi nedir?
    a. Hiç önerilmedi
    b. Önerildi ama kullanmak istemedim
    c. Kullanmaya başladım ama bıraktım
    d. Tedavim hekimim tarafından sonlandırıldı
    e. Diğer
4. Neden kullanmak istemediniz?
    a. Çevremden zararlı olduğunu duydum
    b. Medyadaki doktorlardan zararlı olduğunu duydum
    c. İnternetten araştırdığımda zararlı olduğuna kanaat getirdim
    d. Yan etkilerinden dolayı kullanmak istemedim
    e. Diğer
5. Neden kullanmayı bıraktınız?
    a. Kas ağrıları / halsizlik yaptı
    b. İmpotans yaptı
    c. İlacı reçete ettirmekte zorlanıyorum (6. Soruya geçiniz)
    d. Yan etki sebebiyle doktor tarafından kesildi
    e. Diğer
6. Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?
    a. Evet
    b. Hayır