



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

45 YAŞ ÜSTÜ ERİŞKİNLERDE

ASPIRİN KULLANIMI

BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMUNUN

DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yelda ÇETİNKÜNAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2019



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**45 YAŞ ÜSTÜ ERİŞKİNLERDE ASİRİN KULLANIMI
BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Memet Taşkın EGİCİ

Dr. Yelda ÇETİNKÜNAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2019

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Uzmanlığı asistanlık eğitimine adımımı ilk attığım anda sıcacık ve içten karşılamasıyla çok değerli bir hocamın olacağını anlamıştım. Hekimlik sanatının inceliklerini ve iletişimin önemini kendisinden öğrendiğim; çalışkanlığı, enerjisi, güler yüzüyle yorulmak bilmeden öğrenmeyi ve çabalamayı kendisi örnek olarak öğütleyen; sayamadığım bir çok güzel özelliğiyle öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum sevgili hocam Prof. Dr. Dilek TOPRAK’a,

Tez çalışmalarımnda konumun belirlenmesi dahil her aşamada destekçim olan; zor zamanlarımda beni babacan ve esprili tavırlarıyla gerek rahatlatarak gerek çalışmalarımın ilerlemesini tatlı-sert teşvik ederek güçlüklerimi atlatmamda desteği olan sayın hocam Dr. Öğretim Üyesi Memet Taşkın EGİCİ’ye,

Kliniğimize geldiği andan itibaren teorik ve pratik bilgi donanımıyla kendisini rol model aldığım, hem tıbbi olarak hem de hayatımızın her alanıyla ilgili her sorumuz ve sorunumuzla bıkmadan ilgilenen, sevgili hocam Doç. Dr. Güzin Zeren ÖZTÜRK’e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve eğitime katkıda bulunan tüm klinik şeflerimize ve uzman meslektaşlarıma,

Sıcak sohbetleri, paylaşımları, yardımlarıyla birer kardeş-arkadaş olarak birlikte çalışmaktan keyif aldığım, desteklerini hep hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşire, sağlık memuru, sekreter ve tüm hastane personeline,

Yaşam boyu sırtımı rahatça yaslayabileceğim adeta sağlam bir çınar olan babama, kelimenin tam manasıyla yemeyip yediren, giymeyip giydiren; her zaman önce beni ve kardeşlerimi düşünen, hem beni hem kızımı özenle büyüten sevgili anneme, iyi günde-kötü günde her zaman elimi tutan, yanımda olan eşime, her durumda yüzümü güldürmeyi başaran sıcacık sevgisiyle içimi dolduran, yaşama enerjim, canım kızım Elif Bahar’a teşekkürler...

KISALTMALAR

AKS= Akut koroner sendrom

Ark.= Arkadaşları

BKİ= Beden kitle indeksi

DM= Diyabetes mellitus

DSÖ= Dünya Sağlık Örgütü

GFR= Glomerüler filtrasyon hızı

HT= Hipertansiyon

KB= Kan basıncı

KBH= Kronik böbrek hastalığı

KVH= Kardiyovasküler hastalık

KVO= Kardiyovasküler olay

mg.= Miligram

MI= Miyokard infarktüsü

NSAİİ= Non steroid anti inflamatuvar ilaç

PAH= Periferik arter hastalığı

PG= Prostaglandin

SBÜ= Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SOY= Sağlık okuryazarlığı

ŞHEEAH= Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tx= Tromboksan

ÖZET

AMAÇ: Trombotik olayların engellenmesinde etkinliği kanıtlanmış ve uzun yıllardır kullanılmakta olan bir ilaç olan aspirin, koroner kalp hastalığı, kardiyovasküler hastalık morbidite ve mortalitesinde, özellikle miyokard enfarktüsü ve inmede önemli azalmalar sağlar.

Yaptığımız çalışmada 45 yaş üstü erişkin hastaların aspirin kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının ortaya çıkarılması; bu şekilde doğru ilaç kullanımı, ilacın olası yan etkilerinden korunması ve komplikasyon durumunda erken müdahalede bulunulması için doğru yaklaşımlara katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya SBÜ Sağlık Bilimleri Üniveristesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne 06/08/2018-06/10/2018 tarihleri arasında başvuran 45 yaş üstü her iki cinsiyetten çalışmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurulabilen, hem primer hem sekonder korunma amacıyla en az 6 ay süreyle düzenli aspirin kullanmış kişiler hastalar dahil edilmiş, 45 yaş altı, iletişim kurulamayan hastalar, sağlık personeli olanlar, 6 aydan daha kısa süreyle aspirin kullananlar, aspirin kullanımı 6 aydan az olanlar çalışmaya alınmamıştır.

Katılımcılara yönlendirilen çalışma formunda; sosyodemografik veriler ile kronik hastalık varlığı, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, aspirin kullanımı durumu ve bilgi düzeyini değerlendiren sorular yer almıştır.. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 9,4$ idi. Katılımcıların %48,9'u (n=129) kadın idi. Yaş arttıkça hipertansiyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,027$). Yaş arttıkça mide kanaması ve mide ülseri gelişmesi arasında ($p=0,03$; $p=0,007$). kafa içi kanama gelişmesi ($p=0,048$) arasında anlamlı ilişki vardı

Kadınlarda mide ülseri görülme oranı anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,029$). Kadınlarda ağrı kesici kullanımı daha yaygın olup ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,000$). Kadınların daha sık mide koruyucu kullandığı ve aspirinin yan etkilerinin anlamlı olarak daha sık görüldüğü belirlendi. ($p=0,033$; $p=0,030$). BKİ'ne göre obez olanların mide koruyucu kullanma sıklığı anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$).

Sigara kullanım sıklığı erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulundu (**p=0,005**). Sigara kullanımı ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki mevcuttu (**p=0,000**). Sigara kullanımı ile inme ve kalp krizi gelişimi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,700$; $p=0,747$).

Aspirin kullanım süresi ile mide kanaması gelişmesi ve kafa içi kanama gelişmesi arasında anlamlı ilişki mevcuttu (**p=0,024**; **p=0,008**). Yan etki görülme oranı mide koruyucu kullananlarda kullanmayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (**p=0,045**). Aspirine bağlı yan etki görülen ve görülmeyen kişilerin aspirin kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,126$).

Eğitim düzeyi ile aspirin kullanma amacını bilme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda aspirinle ilgili bilgi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi ile aspirin kullanım amacını bilme durumu arasında bir ilişki olmadığı saptandı. Aspirin kullanım süresi ile mide kanaması ve kafa içi kanama gelişmesi riski artmaktaydı. Mide koruyucu kullananların yan etki oranı kullanmayanlara göre düşüktü.

Anahtar kelimeler: Aspirin, sağlık okuryazarlığı, primer ve sekonder korunma, kardiyovasküler hastalık, inme, kanama

ABSTRACT

OBJECTIVE: Aspirin is a drug that has been proven to be effective in the prevention of thrombotic events and has been used for many years. Aspirin provides significant reductions in cardiovascular disease morbidity and mortality in coronary heart disease, especially myocardial infarction and stroke.

In our study, we aimed to reveal the knowledge and attitudes of adult patients over 45 years of age using Aspirin; In this way, proper drug use, protection against possible side effects of the drug and early intervention in case of complications are aimed.

MATERIALS AND METHODS: Patients of both sexes aged > 45 years were enrolled in the Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital between 06/08/ 2018-06 /10/2018.

The study included individuals aged 45 years and over, both sexes, who accepted to participate in the study, who could be contacted, and who used regular aspirin for at least 6 months for both primary and secondary prevention. Patients under 45 years of age, patients who could not communicate, those with health care, those who used aspirin for less than 6 months, and those who were not regular for aspirin were excluded.

In the working form directed to the participants; age, gender, marital status, education level, socio demographic characteristics, presence of chronic diseases, family history of cardiovascular disease, aspirin use status and knowledge level were evaluated. Two independent comparisons were made by Mann Whitney U test. The rates of independent groups were compared with Chi-Square Analysis. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS: The mean age of the participants was 64.6 ± 9.4 years. The youngest was 46, the oldest aged 46, was 95 years old. 48.9% ($n = 129$) of the participants were female. There was a significant relationship between the development of hypertension and age ($p = 0.027$). The body mass index was higher in females and this difference was statistically significant ($p = 0.00$). There was a significant relationship between BMI and hypertension and diabetes development ($p = 0.003$; $p = 0.029$). Hypertension in women, chronic ischemic heart disease were more common in men and this difference was statistically significant ($p = 0.00$; $p = 0.020$).

Smoking and alcohol consumption were more frequent in males and this difference was statistically significant ($p = 0.005$; $p = 0.001$).

There was a significant relationship between cancer diagnosis in women ($p = 0.024$). Heart attack was more frequent in males and this relationship was statistically significant ($p = 0.001$).

Diabetes ($p = 0.001$), hyperlipidemia in patients with HT. ($p = 0.00$) and smoking rate ($p = 0.047$) were significantly higher.

Stomach ulcers were significantly more common in women ($p = 0.029$). The use of painkillers was more common in women and this difference was statistically significant ($p = 0.000$). Women were more frequently using gastric medication and observed the side effects of aspirin more frequently. These relations were statistically significant ($p = 0.033$; $p = 0.030$). The incidence of using painkillers was significantly higher than those who were obese according to BMI ($p = 0.001$).

No significant relationship was found between the level of education and knowledge of aspirin use. There was a significant relationship between gastric bleeding and gastric ulcer development as age increased ($p = 0.03$; $p = 0.007$). There was a significant relationship between the development of intracranial hemorrhage as age increased ($p = 0.048$).

KEY WORDS: Aspirin, health literacy, primary and secondary prevention, cardiovascular disease, stroke, bleeding

1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. ASİRİN HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.1. Aspirinin Tanımı ve Tarihçesi	2
2.1.2. Aspirinin Etki Mekanizması	2
2.1.3. Aspirinin Farmakolojisi	2
2.1.4. Aspirinin Endikasyonları	3
2.1.5. Aspirinin Kontrendikasyonları.....	3
2.1.6. Aspirinin Yan Etkileri.....	4
2.1.7. Aspirinin İlaç Etkileşimleri.....	5
2.1.8. Kardiyovasküler Risk.....	5
2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	9
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	9
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımının Gelişimi.....	9
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi	10
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	10
2.2.5. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	11
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı’nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi.....	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	13
3.1. Etik Kurul İzni	13
3.2. Çalışmanın Özellikleri.....	13
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	13
3.4. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:	14
3.5. Çalışma Anketi	14
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	15
4. BULGULAR.....	16
5. TARTIŞMA	28
6. KAYNAKLAR	34
7. EKLER.....	42
8. ÖZGEÇMİŞ.....	47

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Hipertansiyonu Olanların Yandaş Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması.....	19
Tablo 2: Beden Kitle İndeksine Göre Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumu.....	19
Tablo 3: Cinsiyete Göre Yan Etki Görülmesi ve İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4: Aspirin Kullanımı ile Yan Etki Görme Arasındaki İlişki	25
Tablo 5: Eğitim Düzeyine Göre Aspirin Kullanım Amacını Bilme Durumu.....	25
Tablo 6: Kronik Hastalık Varlığına Göre Aspirin Kullanma Amacını Bilme Arasındaki İlişki	26
Tablo 7: Aspirin Kullanma Süresinin Aspirin Kullanma Amacını Bilmeye Etkisi.....	26
Tablo 8: Ailede Aspirin Kullanımının Aspirin Kullanım Amacını Bilmeye Etkisi	27
Tablo 9: Ailede Kronik Hastalık Olmasının Aspirin Kullanım Amacını Bilmeye Etkisi	27

GRAFİK DİZİNİ

Şekil 1: SCORE, 10-yıllık Ölümcül Kardiyovasküler Risk Hesaplama Tablosu.....	7
Şekil 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	16
Şekil 3: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Dağılımı	16
Şekil 4: Çalışmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	17
Şekil 5: Katılımcıların sigara içme ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı.....	17
Şekil 6: Çalışmaya Katılanların Beden Kitle Endeksine Göre Dağılımı.....	18
Şekil 7: Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Hastalıklarına Göre Dağılımı	18
Şekil 8: Aspirin Kullanmayı Bırakanların İlacı Bırakma Sebebine Göre Dağılımı	21
Şekil 9: Katılımcıların Aspirin Kullanım Amacını Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	21
Şekil 10: Katılımcıların Aspirin kullanımını ilk defa öneren kişilere göre dağılımı.....	22
Şekil 11: Katılımcıların Aspirinin Yan Etkileri Hakkındaki Bilgi Durumuna Göre Dağılımı	23
Şekil 12: Katılımcıların Mide Koruyucu Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Dağılımı	24
Şekil 13: Katılımcıların Yan Etki Görme Durumuna Göre Dağılımı.....	24

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Trombositlerin doku bütünlüğü bozulduğunda; aşırı kanamayı engelleyici, organizmayı koruyucu rolleri yanında, trombotik olaylarda ve özellikle arteriyel trombozda yaşamı tehlikeye sokabilecek rolleri vardır. Aspirin, trombotik olayların engellenmesinde etkinliği kanıtlanmış ve uzun yıllardır kullanılmakta olan bir ilaçtır (5).

Aspirin, koroner kalp hastalığı, özellikle miyokard enfarktüsü ve inmede, kardiyovasküler hastalık morbidite ve mortalitesinde önemli azalmalar sağlar (6). Sekonder korunmada, tıkaçıcı olaylar üzerindeki mutlak faydaları, kanamanın risklerinden çok daha fazladır. Birincil korunmada ise sağlıklı kişiler arasında, kar- zarar oranına göre tedavi değerlendirilmelidir (6).

Belirli bir yaşın üzerinde aspirin kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir. Reçetesiz de satılabilen bir ilaç olan aspirinin doğru endikasyonla kullanımı ile yan etkileri ve risklerinin bilinmesi önem arz etmektedir. Aspirin alacak kişinin risklerinin belirlenmesi ve yüksek riskli grupta ise, yan etki oluşturmayan etkin dozda aspirin kullanmak gerekir. (4).

Yaptığımız çalışmada 45 yaş üstü erişkin hastaların Aspirin kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının ortaya çıkarılması; bu şekilde doğru ilaç kullanımı, ilacın olası yan etkilerinden korunması ve komplikasyon durumunda erken müdahale amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde Aspirin ve Sağlık Okuryazarlığı hakkında genel bilgiler yer almaktadır.

2.1. ASİRİN HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2.1.1. Aspirin'in Tanımı ve Tarihçesi

Aspirin 1897'de, kimyager Felix Hoffman'ın bulduğu; etken maddesi asetil salisilik asit (ASA) olan, NSAİİ sınıfında yer alan ve yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Aspirinin kaynağı söğüt ağacıdır (1). Aspirin; analjezik, antipiretik, antiromatizmal, santral sinir sistemi ajanı ve trombosit agregasyon inhibitörüdür (2).

Aspirin'in kalp krizi üzerine olumlu etkisi ilk defa 1974 yılında gösterilmiştir (3). Geçen yıllar içinde yapılan klinik çalışmalar, kalp damar hastalığı olan, kalp krizi geçirmiş, balon stent tedavisi yapılmış veya koroner bypass operasyonu geçirmiş erkek ve kadınlarda, aspirinin tekrarlayan olayları önlemede yararlı olduğunu ortaya koymuştur (4).

2.1.2. Aspirin'in Etki Mekanizması

“Aspirinin temel etki mekanizması, COX-1 ve COX-2 (prostaglandin-PG- H sentaz-1 ve 2 olarak da adlandırılır) enzim aktivitelerini geri dönüşümsüz olarak inhibe etmesidir. Trombosit membranındaki fosfolipaz A2 enziminin aktivasyonu sonrası, araşidonik asit (AA) salınımı artar. COX-1 ve COX-2 izoenzimleri AA'ı PG H₂ 'ye dönüştürürler. PGH₂ bir ara ürün olup, PG D₂ , E₂ F₂α, I₂ ve Tx A₂ 'nin öncüsüdür. Sonuçta PG'lerin oluşumu ve bilinen en güçlü aggregan ve vazokonstriktör ajan olan Tx A₂ oluşumu azalmaktadır.

Aspirin COX-1'i COX-2'ye göre daha fazla inhibe eder. COX-1 trombositlerde, COX-2 ise inflamatuvar yanıt gösterebilen hücrelerde daha fazla oranda bulunmaktadır. COX izoenzimlerin inhibisyonu aspirin dozu ile ilişkilidir. Düşük doz aspirin COX-1'i inhibe edebilirken, COX-2'nin inhibisyonu için ise yüksek dozlar gerekmektedir. Aspirinin antiagregan ve antiinflamatuvar dozunun farklı olması bundan kaynaklanmaktadır.

Sağlıklı bireylerde 100 mg tek doz aspirin, Tx A₂ oluşumunu %80 oranında azaltır. Tek doz aspirinden 5-6 gün sonra trombositlerin %50'sinden fazlasında inhibisyon ortadan kalkmaktadır. Çünkü trombositlerin her gün %10'u yenilenmektedir.” (5).

2.1.3. Aspirin'in Farmakolojisi

Aspirin üst gastrointestinal sistemden hızla emilir. Aspirinin etkisi 5-10 dakika içinde başlar. Salisilat düzeyleri 15-20 dakika içinde pik düzeye ulaşır. Aspirinin etki süresi 4-6

saattir. Antitrombosit etki 1 saat içinde başlar, 7 güne kadar devam eder. Aspirinin yarılanma ömrü düşük dozlarda 2-3 saat; yüksek dozlarda 15-30 saattir. Aspirin karaciğerde metabolize olur ve idrarla atılır.

“Enterik kaplı aspirinlerde plazmada üst düzey konsantrasyona ulaşmak için 3-4 saat gerekmektedir. Acil etkinlik istenilen durumlarda (kararsız anjina veya akut miyokard infarktüsü gibi) enterik kaplı aspirinlerin çiğnenmesi önerilmektedir. Oral biyoyararlanımı ortalama %40-50 arasındadır ve enterik kaplı, uzun salınımlı ve mikrokapsüllü formülasyonların biyoyararlanımı daha düşüktür.” (5).

Aspirin’in etkisi doz bağımlıdır. Düşük dozlarda (75 ila 81 mg/gün), COX-1’in geri dönüşümsüz asetilatı için yeterlidir. Bu etki, trombosit üretimini inhibe ederek antitrombotik etki yaratır. Orta dozlarda (650 mg ila 4 g/gün), COX-1 ve COX-2’yi inhibe eder, prostaglandin (PG) üretimini bloke eder; analjezik ve antipiretik etkilere sahiptir. Yüksek dozlar (4 ila 8 g/gün) romatizmal bozukluklarda antiinflamatuvar ajanlar olarak etkilidir. Bu yüksek dozlarda hem PG’e bağımlı (özellikle COX-2’ye bağımlı PGE2) hem de bağımsız olarak etki eder. Bu yüksek dozlarda aspirinin kullanımı, tinnitus, işitme kaybı ve gastrik intolerans gelişebilen toksisite nedeniyle sınırlıdır (6).

2.1.4. Aspirin’in Endikasyonları

“Antitrombotik olarak;

- Non-stabil anjina pectoriste ve risk altındaki (hipertansif, hiperlipidemik, diyabetik veya sigara tiryakileri) hastalarda koroner trombozun önlenmesinde;
- Miyokard reinfarktüs profilaksisinde; kardiyovasküler cerrahide özellikle aortokoroner by-pass ve arteriyovenöz şantlarda post-operatif tromboz ve embolizmin önlenmesinde;
- Geçici iskemik ataklarda ve inme profilaksisinde

endikedir.” (6).

Analjezik, antipiretik, antienflamatuvar olarak da kullanılmaktadır.

2.1.5. Aspirin’in Kontrendikasyonları

Aspirin;

- Antikoagülan (heparin, kumarin vs.) tedavisi esnasında,
- Kanama bozukluklarında (hemofili gibi),

- Kronik veya akut ülseri olanlarda,
 - Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği olanlarda,
 - Salisilat ve analjezik allerjisi olanlarda,
 - Şiddetli böbrek, karaciğer ve kalp yetmezliği olanlarda ve
 - Gebeliğin son 3 ayında
- kullanılmamalıdır (8).

2.1.6. Aspirin'in Yan Etkileri

“Genel olarak en sık görülen yan etkileri, sindirim sistemi üzerine olan etkileri ve deri kanamalarıdır. Bazı risk etmenleri sindirim sistemi kanama oluşumunu kolaylaştırır. Kullanılan doz, kullanım süresi, eşlik eden durumlar (peptik ülser, helikobakter pilori infeksiyonu gibi), kalıtsal ve/veya edinsel kanamaya yatkınlık tabloları ve birlikte kullanılan ilaçlar (non-steroid antiinflatuvar ilaçlar gibi) bilinen risk etmeleridir.

Aspirinin düşük dozda alınması kanama ihtimalini azaltsa da risk yine de vardır. Düşük dozda (<150 mg/gün) ve kısa süreli (<4-6 hafta) kullanımda genellikle sorun olmaz. Fakat aspirinin endike olduğu aterosklerotik hastalıklar geçici olmadığından ve kullanım belki de hayat boyu olacağından düşük-etkin dozda kullanmak önem kazanmaktadır. Eşlik eden durumlara ve ilaç kullanımına dikkat etmek kanama riskini azaltacaktır. Enterik kaplı veya diğer formülasyonların kanama riskini azalttığı gösterilmemiştir. Gerektiğinde proton pompa inhibitörü eklenmesi kanama riskini azaltmaktadır.” (7).

Aspirin'e bağlı akut böbrek yetmezliği, sıklıkla nefrotik sendromun eşlik ettiği renal vazokonstrüksiyon veya akut interstisyel nefritten kaynaklanır.

Vazodilatatör PG'lerin azalmasına bağlı sistemik vazokonstrüksiyon, kan basıncında küçük bir yükselmeye ve konjestif kalp yetmezliğinin kötüleşmesine neden olabilir. En ölümcül seyreden yan etki ise beyin kanamasıdır.

Çocuklarda aspirin kullanımı, influenza veya varisella ile birlikte Reye Sendromu'na sebep olduğundan önerilmez (6).

Salisilat Toksisitesi;

- Tinnitus,
- Konfüzyon (özellikle yaşlılarda),
- İshal,
- Karın ağrısı, mide bulantısı ve kusma,

- Baş ağrısı,
- Baş dönmesi, bayılma hissi,
- Takipne veya hiperpne,
- Flapping (özellikle yaşlılarda),
- Susuzluk ve
- Görme bozukluğu ile belirgindir (6).

Aspirin'in diğer yan etkileri:

- Alerjik ve psödoalerjik reaksiyonlar,
- Renal hasar,
- Hepatotoksisite ,
- Tinnitus,
- İşitme kaybı,
- Bronkospazm ve
- Pulmoner ödemdir (9).

2.1.7. Aspirin'in İlaç Etkileşimleri

- Antikoagölan etkiler; NSAİİ ile aspirinin etkileşimi antiplatelet etkiyi azaltır.
- Aspirinin analjezik veya anti inflamatuvar dozları asetaminofen veya fenasetin ile birlikte verildiğinde kronik böbrek yetmezliği gelişme riskini artırır.
- Anti romatizmal ilaçların ve metotreksatın yan etkilerini artırır.
- Steroidlerle birlikte alındığında gastro intestinal kanama ihtimalini artırır.
- İnsülin veya oral antidiyabetiklerin doz ayarlaması gerekebilir.
- Furosemid, spironolakton benzeri diüretiklerin ve ürikozürik ilaçların etkilerini azaltır (6).

2.1.8. Kardiyovasküler Risk

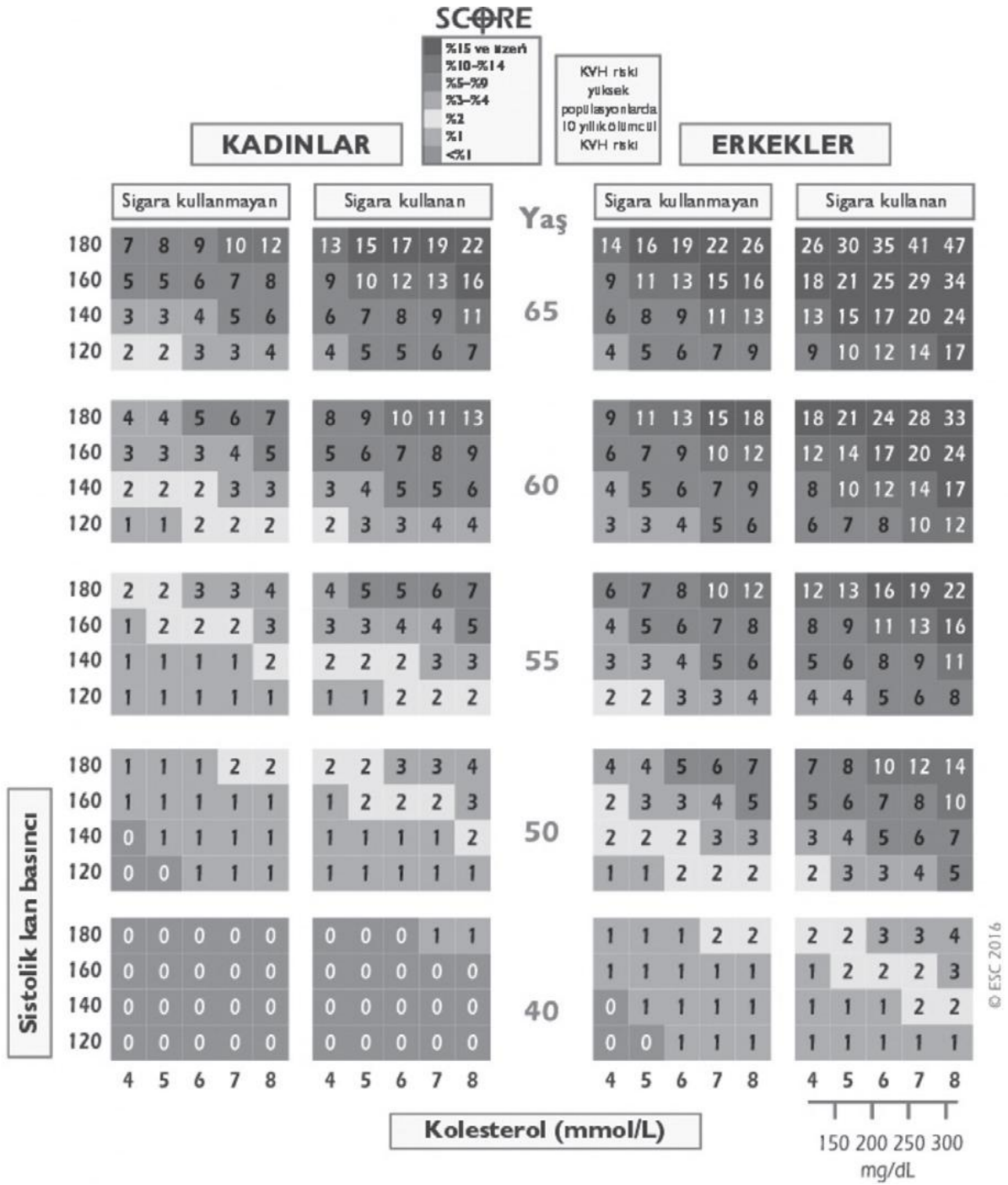
Bir kişinin 10 yıl içinde kardiyovasküler olaya bağlı ölüm riskine ‘‘kardiyovasküler risk’’ denilmektedir. Pek çok farklı risk hesaplayıcısı kullanılmaktadırlar. Bu hesaplayıcılar genellikle Kuzey Amerika ve Avrupa’da yapılan çalışmaların sonuçları esas alınarak oluşturulmuştur.

SCORE sistemi, daha önce bilinen kalp damar hastalığı olmayan bir kişide, 10 yıl içinde görölecek ilk aterosklerotik olaya (myokard infarktüsü, inme, damar tıkanıklığı ile seyreden diğer durumlar, ani kardiyak ölüm) bağlı ölüm riskini hesaplamaktadır.

SCORE ile ölçülen ölüm riski üzerinden toplam olay riskini tahmin etmek istenirse erkeklerde bu risk puanının 3 katını almak gerekir. Bu katsayı kadınlar için biraz daha fazla, yaşlılar için ise biraz daha düşüktür. Yani eğer bir erkekte SCORE ile hesaplanan risk %5 ise, toplam KVO oranı yaklaşık %15'e yükselmektedir.

Kırk yaşın üzerindeki bir kişi için SCORE risk hesaplayıcısı üzerinde cinsiyet, yaş, sigara içme durumu, total kolesterol ve sistolik kan basıncı bilgilerinin kesiştiği yerde görülen sayı on yıl içinde kardiyovasküler nedenli ölüm riskini verir.





Şekil 1: SCORE, 10-yıllık Ölümcül Kardiyovasküler Risk Hesaplama Tablosu

Yüksek kardiyovasküler riskli olan toplumlara uygun hazırlanmış bu tablo ile sadece 10 yıllık ölüm riski hesaplanır. Olay ve ölüm riski birlikte görülmek isteniyorsa, tabloda elde edilen sayıyı erkekler için 3, kadınlar için 4 ile çarpılmalıdır.

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.

Çok yüksek risk

- Klinik olarak kayıt altına alınmış KVH. Örneğin, geçirilmiş MI, akut koroner sendrom (AKS), koroner revaskülarizasyon (perkütan koroner girişim) 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 m²).
- 10 yıllık KVH ölüm riski SCORE₂ ≥ %10

Yüksek risk

- Tek bir risk faktörünün belirgin bir şekilde yükseldiği durumlar, özellikle Total-K >310 mg/dL veya kan basıncı ≥180/110 mmHg olması
- Diğer diyabetliler (bazı genç tip 1 diyabetli insanlar düşük veya orta risk grubunda değerlendirilebilir).
- Orta düzeyde KBH (GFR 30-59 mL/dak/1,73 m²).
- 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.

Bir diğer risk hesaplayıcısı Framingham Risk Skorlamasıdır. On yıllık koroner hastalık riskinin Framingham Risk Skorlaması her iki cinsiyet için ayrı ayrı düzenlenmiştir.

Hesaplamaya 6 risk faktörü girmektedir: Cinsiyet, yaş, kolesterol-T, HDL-K, sistolik (veya diyastolik) kan basıncı (KB) ve sigara içimi. Değerlere ve kategorilere göre alınan puanlar toplanmakta ve bireyin riskine tekabül eden 10-yıllık koroner hastalık olasılığı saptanmaktadır.

Yaş, total kolesterol, sigara, HDL kolesterol ve sistolik kan basıncı ile ilgili bölümlerde yaş grubuna uygun puan seçilerek puanlar toplanmalı ve en son aşamada toplanan puanın karşılık geldiği 10 yıllık koroner olay riski hesaplanmalıdır. Bu risk skorlaması ile koroner olay riski (ölümcül ve ölümcül olmayan toplamı) hesaplanır.

- %1' in altı düşük risk
- %1-4 orta risk
- %5-9 yüksek risk
- %10 çok yüksek risk

2.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı modern toplumumuzda gittikçe karmaşık hale gelmiş sağlık alanında kişilerin ihtiyaçlarına ulaşmak için gerekli olan bilgi ve yeterliliklerin tümüdür. Literatürde yer alan sağlık okuryazarlığı tanımlarının ortak noktası; uygun sağlık kararlarını almak amacıyla sağlık bilgilerini anlamak ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için gerekli bireysel becerilere sahip olmaktır.

Sağlık okuryazarlığı 1970'lerde ortaya konan ve sağlık hizmetlerinde önemi artan bir terimdir. Sağlık okuryazarlığını genel olarak okuryazarlıktan ayırmak önemlidir. Yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip bir birey kendi sağlığı ve toplum sağlığını düşünerek gerekli sorumluluğu alma yeteneğine sahiptir.

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığı Tanımının Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı tanımı, ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından yapılmıştır (10).

1998 yılında Nutbeam'in SOY tanımı *"Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler"* şeklinde yerini almıştır." (9).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde *"Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder"* şeklinde ifade edilmektedir (11).

2012 yılında, Sorensen ve ark., o güne kadar yapılan tüm tanımları analiz ederek *"SOY; okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir"* şeklinde tanımlamışlardır (12).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir kavramdır ve farklı bileşenlerden oluşur."Nutbeam 2000 yılında, 3 düzeyli bir model geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel okuryazarlık, interaktif okuryazarlık ve kritik okuryazarlık olarak derecelendirmiştir. Fonksiyonel okuryazarlık; bireyin sağlıkla ilgili temel okuma-yazma becerilerini içerir. İnteraktif okuryazarlık; gelişmiş bilişsel okuryazarlık ve sosyal yetenekleri kapsamaktadır. Kritik okuryazarlık ise; üst gelişmiş bilişsel ve sosyal yetenekleri içine alır." (13).

Başlangıçta, soyut bir kavram gibi görünen SOY düzeyini ölçmek için, zamanla farklı yöntemlerle uygulanan birçok ölçek geliştirilmiştir (9).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığında en çok vurgulanan nokta sağlıkla ilgili bir metindeki kelimeleri ve sayıları anlama ve bunları tıbbi bir bağlamda ele alma becerisi olarak değerlendirilmektedir. Bu beceriler arasında; yazılı sağlık bilgilerini okumak ve ona göre hareket etmek, sağlık çalışanlarına ihtiyaçlarını iletmek ve sağlık talimatlarını anlamak yer almaktadır.

Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin hastane masraflarının arttığı, hastane yatış sürelerinin uzadığı, gereksiz tetkik yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir. (14).

Yetersiz veya sınırlı SOY düzeyi olan bireylerin, yeterli SOY düzeyi olan bireylere göre, mortalite ve morbidite oranları daha yüksektir (15). Kronik hastalıklarla SOY ilişkisi irdelendiğinde, böbrek hastalıkları, astım ve KOAH, Tip 2 Diyabet, romatoid artrit ve depresyon nedeniyle izlenen bireylerde, düşük SOY nedeniyle bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (16,17).

Koruyucu sağlık ilişkileri açısından da düşük SOY düzeyi sorun teşkil etmektedir. İngiltere’de kolon kanseri taraması öncesi bilgilendirme amacıyla evlere gönderilen formlara rağmen tarama oranının düşük olması SOY düzeyinin yeterli olmamasına bağlanmıştır(18). Bu örneğe benzer olarak meme kanseri taramalarında kendi kendine meme muayenesi ve mamografi yaptırmamak da SOY düzeyinin yetersiz olmasına bağlı olarak açıklanmaktadır (19).

SOY düzeyinin yetersiz olması bireylerin metinleri okuyup, anlayıp buna uygun davranışı sergilemesini engellemektedir. Bu konuda toplum bilgilendirilerek gerekli bilinç düzeyine ulaşılması hedeflenmelidir. Yapılan çalışmaların sonuçları, SOY düzeyinin bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. (20).

2.2.5. Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 26 Aralık 2012 tarihinde “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (21).

“2009-2012 yılları arasında, 12 bölge 23 farklı il’de 4924 kişide, Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası desteğiyle, Tanrıöver ve ark. tarafından Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuştur. Değerlendirme sonucunda, toplumun %24’ünün yetersiz, %40,1’inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Yani, yaklaşık 3 milyon birey yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir.” (22).

2.2.6. Sağlık Okuryazarlığı’nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlişkisi

WONCA Avrupa kurulunun 2002 yılında yaptığı tanımlamaya göre, Aile Hekimleri yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin her bireye bakmakla yükümlüdür. Bu bakımın

verilmesinde, aile hekimlerinin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikler, birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma, bütüncül yaklaşım olarak tanımlanmıştır (23).

Sağlık okuryazarlığına bireysel olarak bakmaktan ziyade sağlık sistemlerinin talepleri ile bireylerin becerileri arasında bir etkileşim olarak görmek gerekmektedir. Aile hekimlerinin bireylerin sağlık sistemine ilk giriş noktasında yer almaları sebebiyle SOY hakkında önemli rolleri mevcuttur. Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin sağlığının sürdürülmesi ve yapılan bilgilendirmelerin anlaşılmasında büyük rolü olan aile hekimleri SOY hakkında bilinçli olmalıdır. Aile hekimleri, kapsamlı ve tekrarlayan görüşmelerle, bireylerin SOY düzeylerini belirleyerek, SOY düzeyine uygun etkin müdahaleler ile hem bireysel hem de toplumsal sağlığın geliştirilmesine katkı sağlayabilir.(10).

“Bireylerin sağlıklı kalması, sağlığını koruma ve geliştirmesi için temel sağlık bilgilerini anlaması, yorumlaması ve buna uygun davranış geliştirmesi ile gerçekleşebilir ki ancak bu şekilde toplum sağlığı geliştirilerek, sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı sağlanabilir. Bu noktada, aile hekimlerinin konuya ilişkin farkındalığının ve bilgisinin arttırılması ilk önemli adım olarak görülmektedir. Düşük SOY düzeyinin, sağlık sisteminin her basamağında, özellikle aile hekimlerinin hizmetinde engeller oluşturabileceğinin bilinmesinin yanı sıra, SOY'un uygun araçlarla ölçülebildiği de akılda tutulmalıdır.” (9).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapıldı (Tarih:11.09.2018 ve Onay No:1062) (EK-1).

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Çalışmamız tek merkezli, prospektif, kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve Aspirin kullanma tutumlarını ve bilgi düzeylerini sorgulayan sorulardan oluşan bir anket (EK-2) uygulanmıştır. Çalışmaya ankete katılmayı kabul eden 45 yaş üstü hastalar dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü 2018 yılı Ağustos-Ekim ayları itibarıyla SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞHEEAH) Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 45 yaş üstü hastalar üzerinden basit rastgele örnekleme uygulanarak tespit edilmiştir. Toplam 262 kişi çalışmaya katılmıştır. Hedeflenen hasta sayısına 06/08/2018-06/10/2018 tarihleri arasında ulaşılmıştır. 45 yaş üstü her iki cinsiyetten hastalar dahil edilmiştir. Anket öncesi, yüz yüze görüşme esas alınarak katılımcılara çalışmaya dair sözel açıklama yapılmıştır.

Katılımcılara yüz yüze görüşme esas alınarak; sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları ve aspirin kullanma durumu ile aspirin ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumunu değerlendiren 29 soruluk bir çalışma formu uygulandı. Anket uygulanan kişilerin ağırlığı ve boy uzunluğu; mekanik boy ölçerli yetişkin tartısı ile ölçüldü, Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanarak verileri kaydedildi.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran

- 45 yaş ve üstü,
- Her iki cinsiyetten,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim kurulabilen,
- En az 6 ay süreyle aspirin kullanmış (halen kullanan veya bırakan),

hastalar dahil edilmiştir.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 45 yaş altı hastalar,
- İletişim kurulamayan hastalar,
- Sağlık personeli olanlar,
- Aspirin kullanımı hiç olmayanlar

dahil edilmemiştir.

3.5. Çalışma Anketi

Kriterleri karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 262 kişi çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara yönlendirilen çalışma formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık varlığı, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, aspirin kullanımı durumu ve bilgi düzeyini değerlendiren sorular yer almaktaydı.

Eğitim seviyeleri;

- Okur yazar olmayan,
- Okur yazar,
- İlköğretim,
- Lise,
- Üniversite,
- Yüksek lisansüstü

olmak üzere 6 grupta sınıflandırıldı.

Hesaplanan BKİ'ne göre katılımcılar;

- $<20 \text{ kg/m}^2$ olanlar “zayıf”,
- $20\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ olanlar “normal”,
- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlar ise “obez” olarak

üç ayrı grupta incelendi.

Çalışmam

Çalışma formu araştırmacı tarafından oluşturulmuş ve form oluşturulurken uzman görüşüne başvurulmuştur. Çalışma formunun tamamı EK-2’de gösterilmiştir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

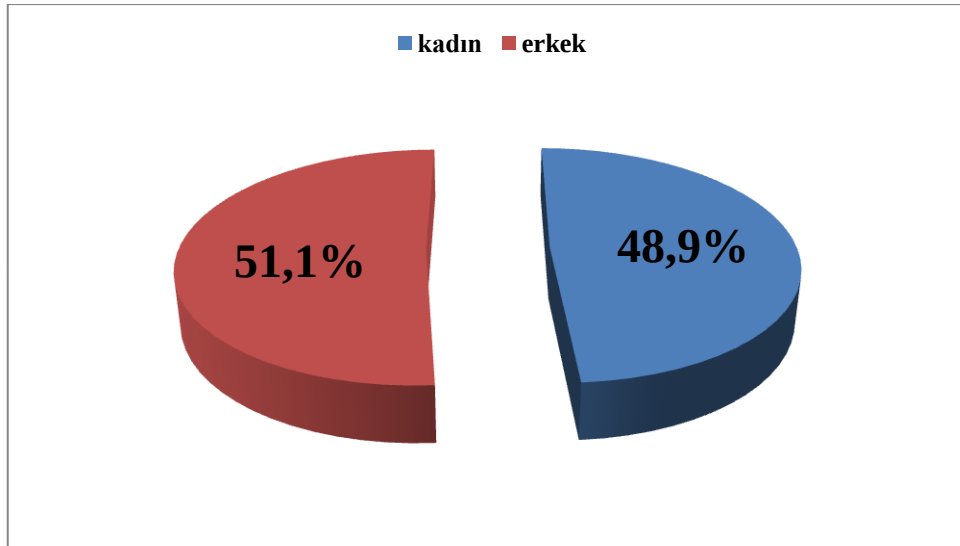
İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Sayısal değişken normal dağılım koşulunu sağlamadığından bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız gruplarda oranlar Ki Kare Analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

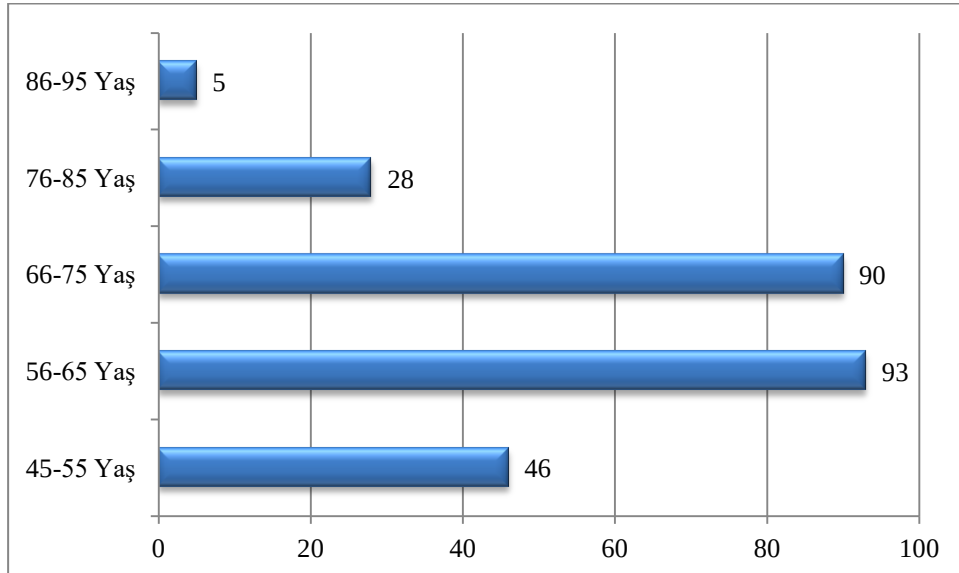
Bu çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 06.08.2018 ile 06.10.2018 tarihleri arasında başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 262 kişi katılmıştır.

Katılımcıların %51,1'i (n=133) erkek idi (Şekil-2).



Şekil 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

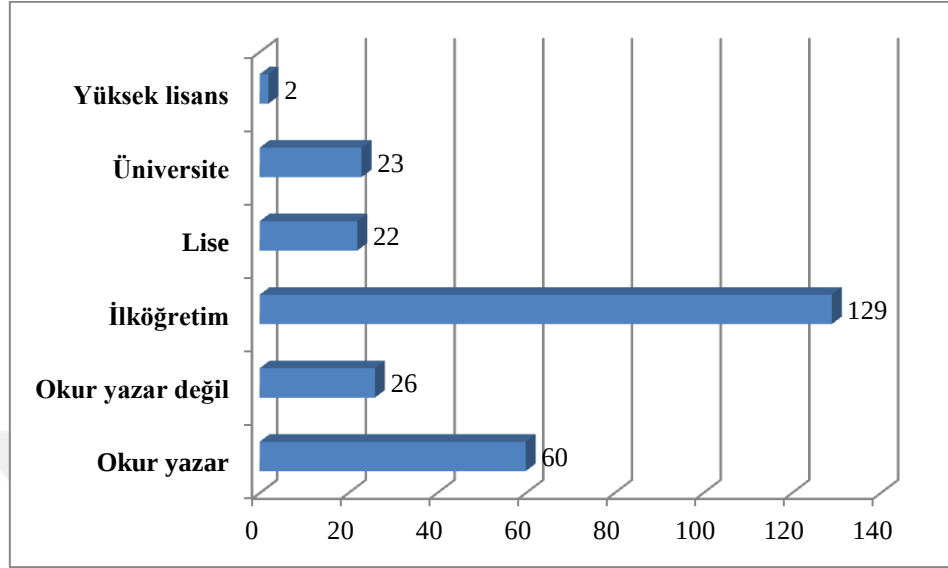
Katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 9,4$ idi. En genç olan 46 en yaşlı olan 95 yaşında idi.



Şekil 3: Katılımcıların Yaş Grubuna Göre Dağılımı

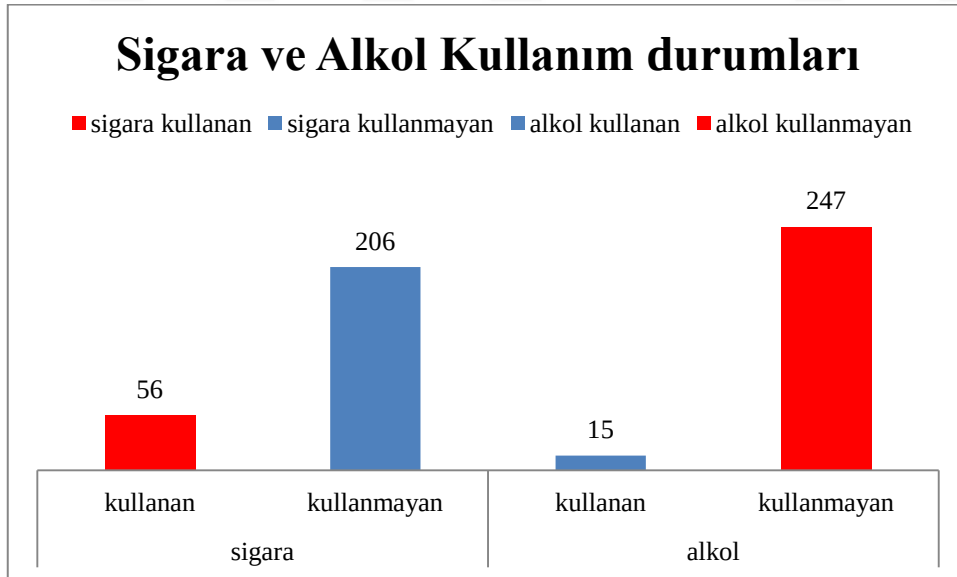
Kadınların yaş ortalaması $64,71 \pm 10,32$ iken erkeklerin yaş ortalaması $64,31 \pm 9,04$ olup yaş ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,908$).

Katılımcıların %80,9'u (n=212) evli, %3,1'i (n=8) bekar, %16'sı (n=42) eşinden ayrı veya boşanmış idi. Şekil-4'te görüldüğü üzere, katılımcılar en fazla ilköğretim mezunlarından %49,2 (n=129) oluşmakta idi.



Şekil 4: Çalışmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcıların %21,4'ü (n=56) halen sigara içmekte, %5,7'si (n=15) alkol kullanıyordu (Şekil-5).

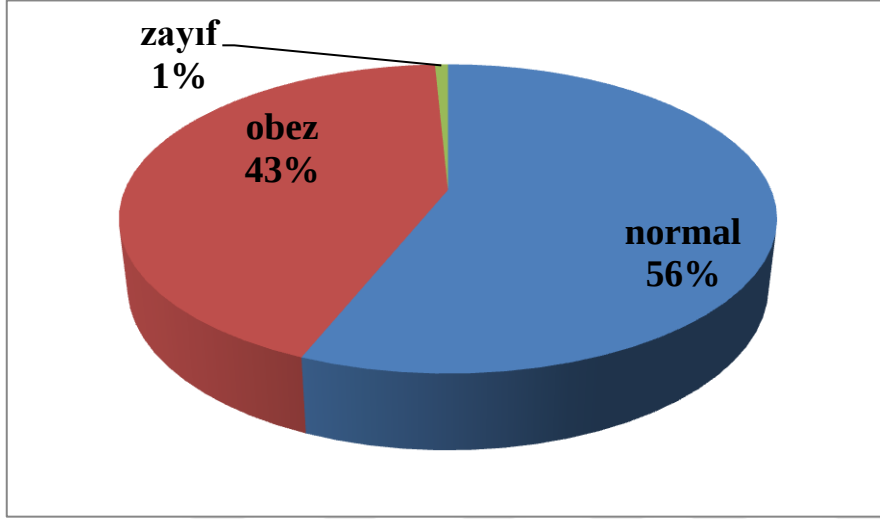


Şekil 5: Katılımcıların sigara içme ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı

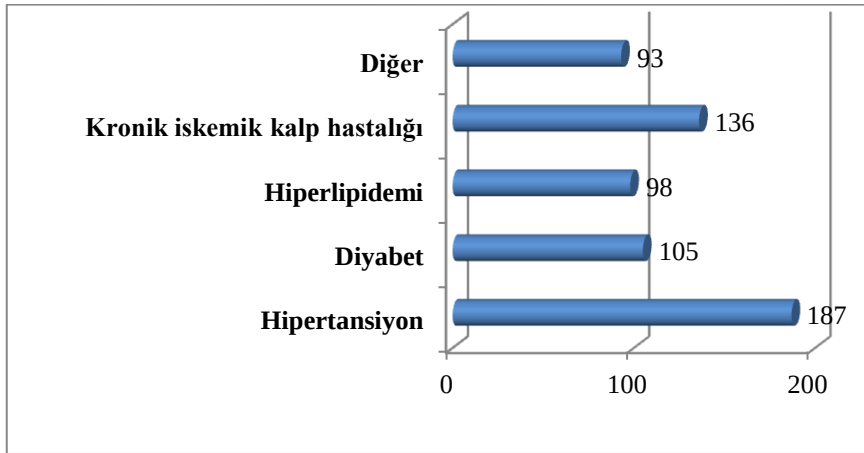
Sigara kullanımı yaş ile artmaktaydı ve bu ilişki anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$). Erkeklerde sigara içimi daha sık görülmüyordu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,005$). Erkeklerde alkol tüketimi daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). Sigara kullanımı ile alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0,000$).

Sigara kullanımı ile inme ve kalp krizi gelişimi arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0,700$; $p=0,747$). Alkol kullanımı erkeklerde daha yaygındı ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,001$).

Şekil-6'da görüldüğü üzere, katılımcıların %56,1 'i ($n=147$) normal kiloda iken, %43,1'i ($n=113$) obezdi. Kadınlarda beden kitle indeksi daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,00$).



Şekil 6: Çalışmaya Katılanların Beden Kitle Endeksine Göre Dağılımı



Şekil 7: Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Hastalıklarına Göre Dağılımı

Kronik hastalıklar gruplandırıldığında ilk 4 hastalık sırasıyla hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, diyabet, hiperlipidemi olduğu saptandı (Şekil-7).

Şekil-7'de görüldüğü üzere, en sık görülen hastalık %71,4 ($n=187$) ile hipertansiyondur. Yaş arttıkça hipertansiyon gelişimi arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p=0,027$). Eğitim düzeyi ile hipertansiyon gelişimi arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,003$). Eğitim düzeyi ile diğer kronik hastalıkların gelişimi arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,047$). Kadınlarda hipertansiyon

daha sık görülüyordu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,00**). Sigara içenlerde hipertansiyon olması anlamlı olarak yüksekti (**p=0,047**). Erkeklerde kronik iskemik kalp hastalığı daha sık görülüyordu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,020**). HT ve yandaş hastalıklarla ilişkisi Tablo-1’de verilmiş olup hiperlipidemi, diyabet ve sigara ile anlamlı ilişki saptanmıştır (**p=0,001;p=0,00,p=0,047**).

Tablo 1: Hipertansiyonu Olanların Yandaş Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması

HASTALIK	DURUM	HİPERTANSİYON				P
		VAR		YOK		
		n	%	n	%	
DİYABET	Var	87	46,5%	18	24,0%	0,001
	Yok	100	53,5%	57	76,0%	
HİPERLİPİDEMİ	Var	85	45,5%	13	17,3%	0,000
	Yok	102	54,5%	62	82,7%	
KRONİK İSKEMİK	Var	100	53,5%	36	48,0%	0,423
	Yok	87	46,5%	39	52,0%	
SİGARA	Var	34	18,2%	22	29,3%	0,047
	Yok	153	81,8%	53	70,7%	
KALP KRİZİ	Var	83	44,4%	29	38,7%	0,398
	Yok	104	55,6%	46	61,3%	
İNME	Var	21	11,2%	8	10,7%	0,895
	Yok	166	88,8%	67	89,3%	
KAFA İÇİ KANAMA	Var	7	3,7%	2	2,7%	0,665
	Yok	180	96,3%	73	97,3%	

Tablo-2’de de görüldüğü gibi BKİ ile hipertansiyon ve diyabet gelişimi arasında anlamlı ilişki vardı (**p=0,003; 0,029**). BKİ ile kronik iskemik kalp hastalığı gelişimi arasında anlamlı ilişki yoktu (**p=0,654**).

Tablo 2: Beden Kitle İndeksine Göre Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumu

HASTALIK	DURUM	BEDEN KİTLE ENDEKSİ						p
		NORMAL		OBEZ		ZAYIF		
		n	%	n	%	n	%	
HİPERTANSİYON	Var	93	63,3%	93	82,3%	1	50,0%	0,003
	Yok	54	36,7%	20	17,7%	1	50,0%	
DİYABET	Var	50	34,0%	55	48,7%	0	0,0%	0,029
	Yok	97	66,0%	58	51,3%	2	100,0%	
HİPERLİPİDEMİ	Var	59	40,1%	38	33,6%	1	50,0%	0,524
	Yok	88	59,9%	75	66,4%	1	50,0%	

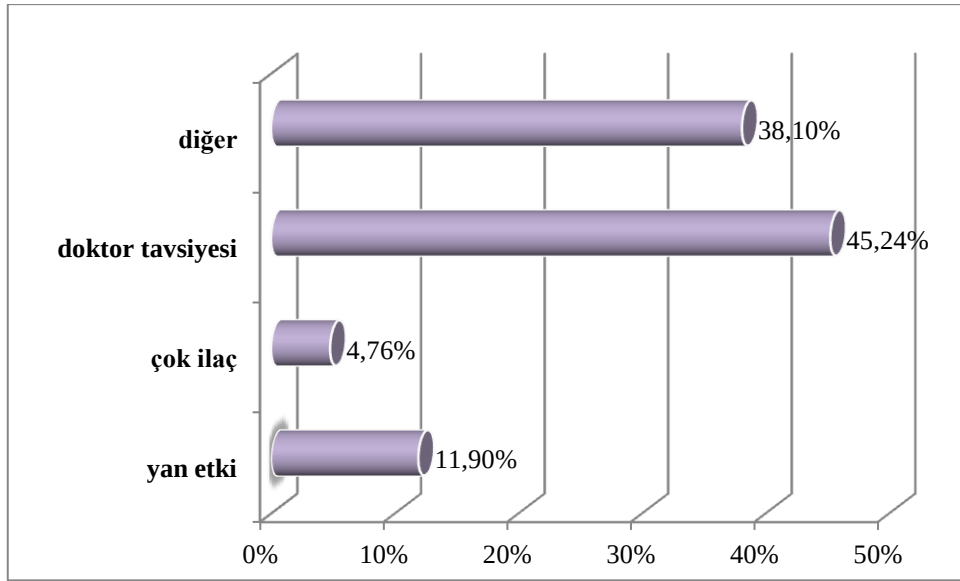
HASTALIK	DURUM	BEDEN KİTLE ENDEKSİ						p
		NORMAL		OBEZ		ZAYIF		
		n	%	n	%	n	%	
KRONİK İSKEMİK	Var	80	54,4%	55	48,7%	1	50,0%	0,654
	Yok	67	45,6%	58	51,3%	1	50,0%	

Katılımcıların %56,5'i (n=148) egzersiz yaptığını belirtti. Erkeklerde egzersiz yapma durumu istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,010**). Eğitim durumu ile egzersiz yapma arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,124). Kronik hastalıklar ile egzersiz durumu karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmadı.

Katılımcıların %9,2'si (n=24) kanser teşhisi almıştı. Kadınlarda kanser teşhisi alma arasında anlamlı ilişki vardı (**p=0,024**). Katılımcıların %11,1'i (n=29) inme geçirmiş, %42,72'si (n=112) kalp krizi geçirmişti. %18,7'si (n=49) ailesinde inme öyküsü, %38,2'si (n=100) ailesinde kalp krizi öyküsü olduğunu belirtti. Erkeklerde kalp krizi daha sık görülüyordu ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,001**).

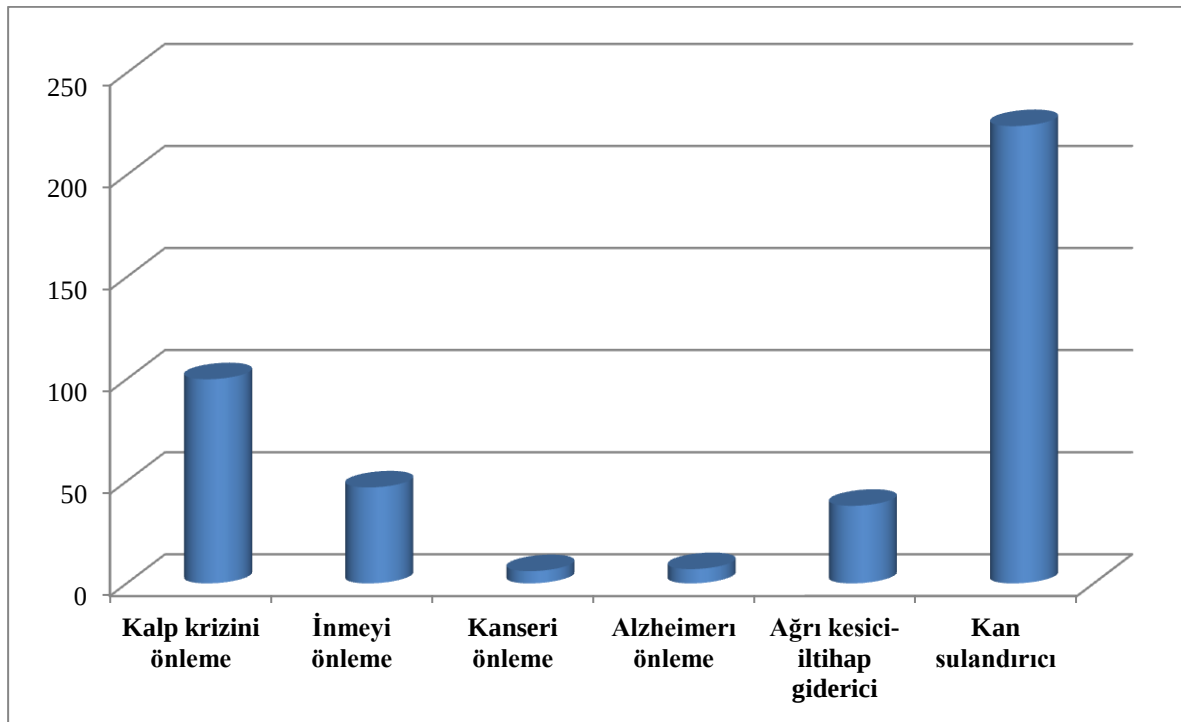
Katılımcıların %43,1'inin (n=113) ailesinde aspirin kullanımı mevcuttu. Katılımcıların %84'ü (n=220) şu anda aspirin kullanıyor iken, %16'sı (n=42) aspirini bırakmıştı. Çalışmamızda aspirini primer koruma amacıyla kullananların oranı %38,9 (n=102) idi.

Şu anda aspirin kullanmayanların %45,24'ü (n=19) doktor tavsiyesiyle, %11,9'u (n=5) yan etki sebebiyle, %4,76'sı (n=2) çok ilaç kullandığı için, %38,10'u (n=16) diğer sebeplerden dolayı aspirin kullanmayı bırakmıştı (Şekil-8).



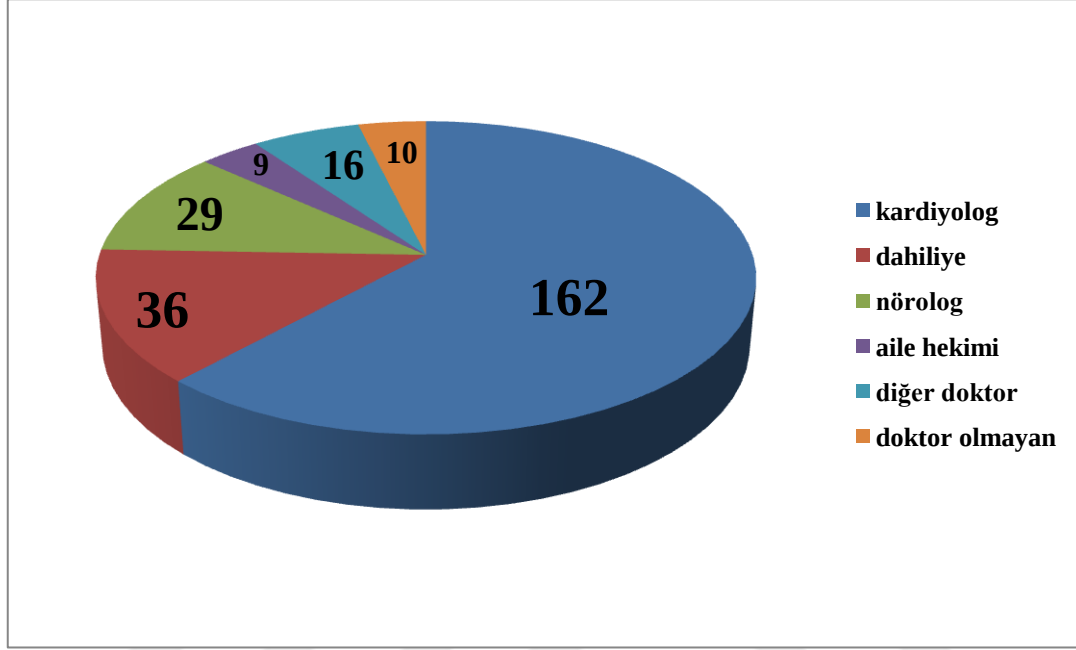
Şekil 8: Aspirin Kullanmayı Bırakanların İlacı Bırakma Sebebine Göre Dağılımı

Şekil-9’da görüldüğü üzere katılımcılara aspirin kullanım alanları sorgulanmıştır. Katılımcılar birden fazla şık işaretlemiş olup; %38,2’si (n=100) aspirinin kalp krizini önleme, %17,9’u (n=47) inmeyi önleme, %2,3’ü (n=6) kanseri önleme, %2,7’si (n=7) alzheimeri önleme, %14,5’i (n=38) ağrı kesici-iltihap giderici, %85,5’i (n=224) kan sulandırıcı olarak kullanıldığını bildiğini belirtmiştir. En fazla bilinen kullanım alanı kan sulandırıcı olarak saptandı. Eğitim düzeyi ile aspirin kullanım nedenlerini bilme arasında anlamlı ilişki saptanmadı.



Şekil 9: Katılımcıların Aspirin Kullanım Amacını Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Şekil-10'da görüldüğü gibi katılımcılara aspirin kullanımını ilk öneren kardiyolog olanlar %61,8 (n=162), dahiliye uzmanı olanlar %13,7 (n=36), nörolog olanlar %11,1 (n=29), aile hekimi olanlar %3,4 (n=9), diğer branş doktoru olanlar %6,1 (n=16), doktor olmayan kişiler olanlar %3,8 (n=10) saptandı. Kronik iskemik kalp hastalığı olanlarda aspirin kullanımını ilk önerenin kardiyolog olması anlamlı saptandı ($p=0,000$).



Şekil 10: Katılımcıların Aspirin kullanımını ilk defa öneren kişilere göre dağılımı

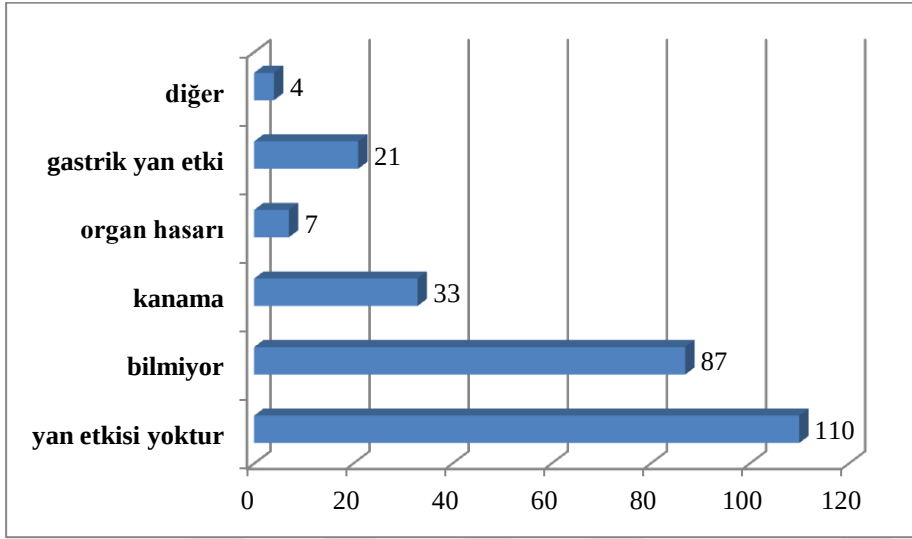
Kalp krizi geçirenlerde ailede kalp krizi geçirme ve şu anda aspirin kullanma durumu arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,004$; $p=0,001$). Kalp krizi geçirenlerde aspirin kullanım amacının kalp krizini önleme ve kanseri önleme olduğunu bilme arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,000$; $p=0,042$). Kalp krizi geçirenlerde tedavinin gerekli olduğunu düşünme arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,029$).

İnme geçirenlerde aspirin kullanım amacının inme olduğunu bilme arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0,000$). İnme geçirenlerde aspirini ilk defa önerenin nörolog olması arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,000$). İnme geçirenlerde aspirini 300 mg kullanma arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,032$).

Katılımcıların kullandığı aspirin dozuna göre %4,2'si (n=11) 81 mg, %89,3'ü (n=234) 100 mg, %2,3'ü (n=6) 150 mg, %4,2'si (n=11) 300 mg olarak söylendi. Katılımcıların aspirin kullanım süresi ortalama $6,78 \pm 7,46$ yıldır. Aspirini düzenli (her gün) olarak kullananlar %81,3 (n=219) bulundu.

Aspirin tedavisini gerekli bulanlar %81,3 (n=213), tedaviyi gerekli bulmayanlar %9,5 (n=25), tedavinin gerekli olup olmadığını bilmeyenler %9,2 (n=24) idi.

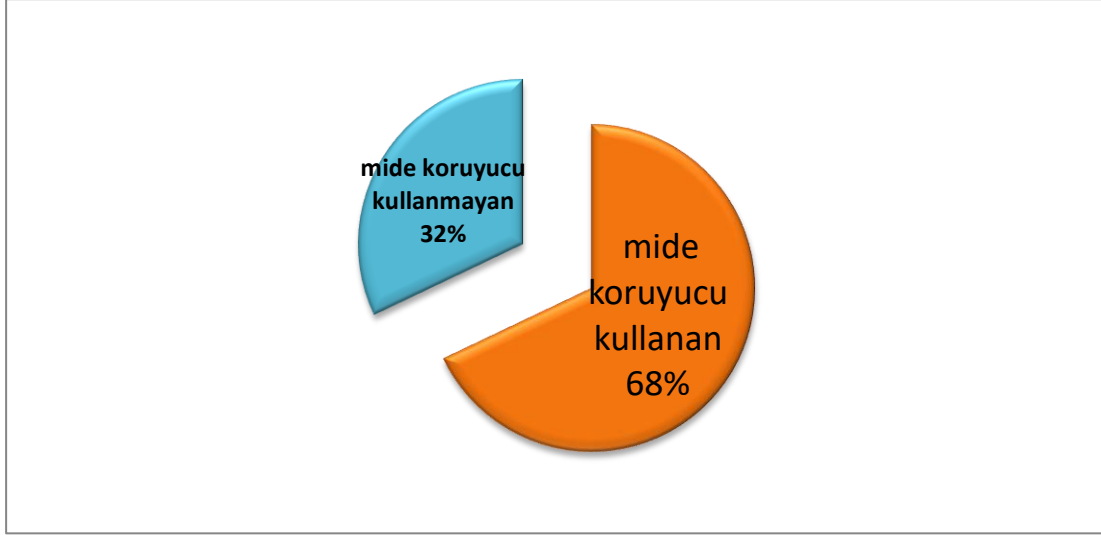
Aspirin'in yan etkileri sorgulandığında katılımcıların %42'si (n=110) aspirinin yan etkisi olmadığını, %33,2'si (n=87) aspirinin yan etkisi olup olmadığını bilmediğini, %12,6'sı (n=33) aspirinin kanama yaptığını, %2,7'si (n=7) organ hasarına neden olduğunu, %8'i (n=21) gastrik yan etkilere sebep olduğunu, %1,5'i (n=4) diğer yan etkilere sebep olduğunu söyledi (Şekil-11).



Şekil 11: Katılımcıların Aspirinin Yan Etkileri Hakkındaki Bilgi Durumuna Göre Dağılımı

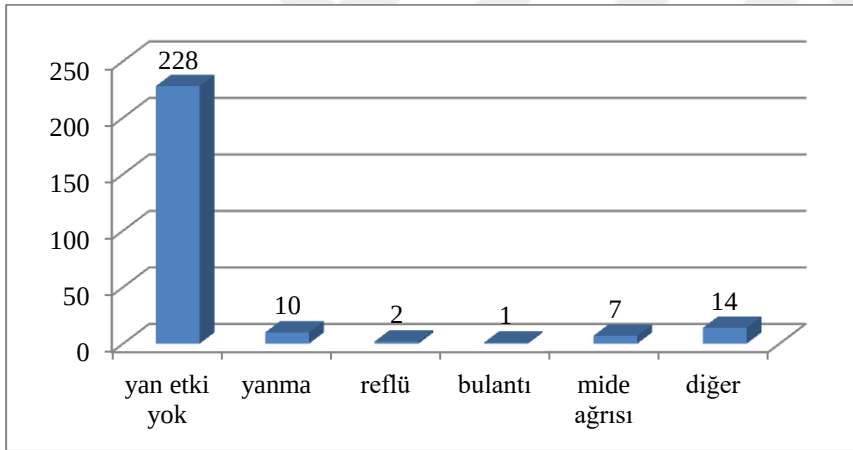
Şekil 11'de görüldüğü üzere, katılımcıların aspirine bağlı komplikasyon yaşama durumu sorgulandığında; %8'i (n=21) mide kanaması, %12,6'sında (n=33) mide ülseri, %3,4'ünde (n=9) kafa içi kanama hikayesi mevcuttu.

Katılımcıların %43,1'i (n=113) başka ağrı kesici kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %67,9'u (n=178) mide koruyucu kullandığını ifade etti (Şekil-12). Mide koruyucu kullananların %46,2'si (n=121) düzenli (her gün) olarak mide koruyucu kullandığını söylemiştir. BKİ'ne göre obez olanların mide koruyucu kullanma sıklığı anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$).



Şekil 12: Katılımcıların Mide Koruyucu Kullanıp Kullanmama Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcıların aspirinin yan etkisini görüp görmedikleri sorulduğunda %87'si (n=228) yan etki görmediğini, %3,8'i (n=10) yanma, %0,8'i (n=2) gastroözefagial reflü, %0,4'ü (n=1) bulantı, %2,7'si (n=7) mide ağrısı, %5,3'ü diğer yan etkileri gördüğünü söyledi (Şekil-13).



Şekil 13: Katılımcıların Yan Etki Görme Durumuna Göre Dağılımı

Tablo-3'te de görüldüğü üzere, cinsiyete göre ayrıma bakıldığında kadınlarda mide ülseri anlamlı olarak daha sık görülüyordu ($p=0,029$).

Tablo 3: Cinsiyete Göre Yan Etki Görülmesi ve İlaç Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

	DURUM	CİNSİYET				p
		KADIN		ERKEK		
		N	%	n	%	
Mide Ülseri	Var	22	17,2	11	8,2	0,029
	Yok	106	82,8	123	91,8	
Ağrı kesici kullanımı	Var	72	56,2	41	30,6	0,000
	Yok	56	43,8	93	69,4	
Mide koruyucu kullanımı	Var	95	74,2	83	61,9	0,033
	Yok	33	25,8	51	38,1	

	DURUM	CİNSİYET				p
		KADIN		ERKEK		
		N	%	n	%	
Aspirin yan etkisi görme	Var	24	18,8	10	7,5	0,030
	Yok	104	81,2	124	92,5	

Yukarıdaki tabloda, ayrıca, kadınlar daha sık mide koruyucu kullanıyor ve aspirin yan etkilerini daha sık gözlemliyordu. Bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,033$; $p=0,030$). Ayrıca kadınlarda ağrı kesici kullanımı daha fazla görülmüyordu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,000$). Yaş arttıkça mide ülseri; mide kanaması ve kafa içi kanama gelişmesi açısından artış saptandı ($p=0,03$; $0,007$; $0,048$). Aspirin kullanım süresi ile mide kanaması gelişmesi ve kafa içi kanama gelişmesi arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0,024$; $p=0,008$).

Tablo 4: Aspirin Kullanımı ile Yan Etki Görme Arasındaki İlişki

		YAN ETKİ				p
		YOK		VAR		
		Ort.	Median	Ort.	Median	
Aspirinin Kullanım Süresi		6,39	4	9,41	6	0,126
		n	%	n	%	
Kullanılan Aspirin Miktarı (mg)	81 mg	9	81,80	2	18,20	0,047
	100 mg	205	87,60	29	12,40	
	150 mg	3	50,00	3	50,00	
	300 mg	11	100,00	0	0,00	
Düzenli Kullanım	Evet	194	88,60	25	11,40	0,09
	Hayır	34	79,10	9	20,90	
Mide Koruyucu Kullanımı	Evet	160	89,90	18	10,10	0,045
	Hayır	68	81,00	16	19,00	

Tablo-4'te görüldüğü üzere, kullanılan aspirin miktarlarına göre yan etki görülme oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,047$). 150 mg aspirin kullanan hastaların yan etki görme oranı yüksekti. Mide koruyucu kullananların yan etki görme oranı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,045$). Aspirine bağlı yan etki görülen ve görülmeyen kişilerin aspirin kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,126$). Aspirini düzenli kullanma durumu ile yan etki görülmesi arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0,90$). Aspirin kullanım süresi ile HT ve inme geçirme arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,025$; $p=0,003$).

Tablo 5: Eğitim Düzeyine Göre Aspirin Kullanım Amacını Bilme Durumu

Aspirin Kullanım Amacını Bilme	EĞİTİM DURUMU					P
	Okur yazar değil	Okur yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite	

	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kalp krizi önleme	16	26,70	10	38,50	53	41,10	10	45,50	11	44,00	0,321
İnme önleme	10	16,70	9	34,60	23	17,80	2	9,10	3	12,00	0,203
Kanser önleme	0	0,00	0	0,00	5	3,90	1	4,50	0	0,00	0,363
Alzheimer önleme	1	1,70	1	3,80	5	3,90	0	0,00	0	0,00	0,903
Ağrı kesici	7	11,70	4	15,40	21	16,30	2	9,10	4	16,00	0,887
Kan sulandırıcı	53	88,30	21	80,80	113	87,60	16	72,70	21	84,00	0,347

Tablo-5’de görüldüğü üzere, eğitim düzeyi ile aspirin kullanma amacını bilme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 6: Kronik Hastalık Varlığına Göre Aspirin Kullanma Amacını Bilme Arasındaki İlişki

Aspirin Kullanım Amacını Bilme	Kronik Hastalık				p
	YOK		VAR		
	n	%	n	%	
Kalp krizi önleme	4	33,30	96	38,40	1,000
İnme önleme	1	8,30	46	18,40	0,699
Kanser önleme	0	0,00	6	2,40	1,000
Alzheimer önleme	0	0,00	6	2,40	1,000
Ağrı kesici	2	16,70	36	14,40	0,688
Kan sulandırıcı	7	58,30	217	86,80	0,018

Tablo 6’da görüldüğü üzere, kronik hastalık varlığına göre aspirin kullanım amacının kan sulandırıcı olduğunu bilme durumu arasında anlamlı ilişki saptandı (**p=0,018**).

Tablo 7: Aspirin Kullanma Süresinin Aspirin Kullanma Amacını Bilmeye Etkisi

Aspirin Kullanım Amacı	Aspirin Kullanım Süresi				
		Ort±SD	Min-Maks	Median	p
Kalp krizi önleme	Var	6,41±5,80	1-30	5,0	0,551
	Yok	7,01±8,33	1-45	4,5	
İnme önleme	Var	6,74±5,59	1-30	6,0	0,344
	Yok	6,79±7,82	1-45	4,0	
Kalp krizi önleme	Var	5,00±4,29	1-13	4,0	0,767
	Yok	6,82±7,52	1-45	5,0	
Alzheimer önleme	Var	4,29±3,09	1-10	4,0	0,554

Aspirin Kullanım Amacı	Aspirin Kullanım Süresi				
		Ort±SD	Min-Maks	Median	p
	Yok	6,85±7,54	1-45	5,0	
Ağrı kesici	Var	8,61±11,63	1-45	4,0	0,927
	Yok	6,47±6,48	1-41	5,0	
Kan sulandırıcı	Var	6,84±7,36	1-45	5,0	0,286
	Yok	6,45±8,13	1-40	3,5	

Tablo 7’de görüldüğü üzere, aspirin kullanma amaçlarına verilen yanıtlara göre aspirin kullanım süresi arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 8: Ailede Aspirin Kullanımının Aspirin Kullanım Amacını Bilmeye Etkisi

Ailede Aspirin Kullanımı					
	Evet		Hayır		p
	n	%	n	%	
Kalp krizi önleme	50	44,2	50	33,6	0,078
İnme önleme	22	19,5	25	16,8	0,574
Kanser önleme	4	3,5	2	1,3	0,407
Alzheimer önleme	4	3,5	3	2,0	0,469
Ağrı kesici	18	15,9	20	13,4	0,568
Kan sulandırıcı	99	87,6	125	83,9	0,397

Tablo 8’de görüldüğü üzere, ailesinde aspirin kullanımı durumunun aspirin kullanımı amacını bilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 9: Ailede Kronik Hastalık Olmasının Aspirin Kullanım Amacını Bilmeye Etkisi

Ailede Kronik Hastalık					
	Evet		Hayır		p
	n	%	n	%	
Kalp krizi önleme	44	31,7	56	45,5	0,021
İnme önleme	20	14,4	27	22	0,111
Kanser önleme	3	2,2	3	2,4	1,000
Alzheimer önleme	2	1,4	5	4,1	0,259
Ağrı kesici	15	10,8	23	18,7	0,070
Kan sulandırıcı	116	83,5	108	87,8	0,318

Tablo-9’da görüldüğü üzere, ailesinde kronik hastalık olanların aspirinin kullanım amacına kalp krizini önleme cevabını vermesi arasında anlamlı ilişki vardı (**p=0,021**).

5. TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde oldukça önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir (43). Yaşam tarzı değişiklikleri ve önleyici müdahaleler primer ve sekonder korumada önem arz etmektedir (44,45). Primer ve sekonder korumada kemoprofilakside de yeri vardır.

Aspirin önceleri analjezik ve antipiretik olarak bilinirken sonraları antitrombotik özelliği bulunarak kardiyovasküler olayları önlemede ve tedavi etmede kullanılmaktadır. Aspirin dünyada yaygın olarak kullanılan ucuz bir ilaçtır.

Aspirinin kardiyovasküler olay geçirmemiş kişilerde kullanılması tartışmalıdır. Kardiyovasküler olay geçirmemiş kişilerde aspirinin fayda ve zararları hakkında yeterince bilgilendirilerek aspirin kullanımı değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $64,6 \pm 9,4$ idi. Sekonder kullanımda yaş ortalaması 61,5 iken primer kullanımda 69,6 idi. En genç olan 46 en yaşlı olan 95 yaşında idi. Roth ve ark. yaptığı çalışmada yaş ortalaması primer kullanımda 56, sekonder kullanımda 70 idi (25).

Williams ve ark. yaptığı çalışmada %41'i kadın idi (26). Roth ve ark. yaptığı çalışmada primer kullanımda %58,7; sekonder kullanımda %42,4'ü kadın idi (25). Bizim çalışmamızda primer kullanımda %58,5; sekonder kullanımda %43,5'i kadın idi. Bu oranlar Roth ve ark. yaptığı çalışmayla büyük ölçüde benzerdi.

Çalışmamızda eğitim seviyesi düşük idi. Katılımcıların %22,9'u okuryazar değildi. %9,9'u yalnız okuryazar, %49,2'si ilköğretimi tamamlamıştı. Eğitim düzeyindeki bu düşüklüğün bilgi düzeyini etkileyebileceği beklenirken; bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ile aspirinin kullanım amacını bilme durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum eğitim düzeyinin yanı sıra sağlık okuryazarlığının da önemli olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların beden kitle indeksine göre %56,1 'i normal kiloda, %43,1'i obez, %0,8'i zayıf idi. Kadınlarda beden kitle indeksi daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p=0,00**). Ural ve ark. yaptığı çalışmada Türkiye'de obezite prevalansı kadınlarda %33,2, erkeklerde %18 idi (27). Bu durum ülkemizde obezitenin özellikle kadınlarda olmak üzere ne kadar yaygın olduğu konusuna işaret etmektedir. Bunun nedeni kadınlarda yağ oranının erkeklerden fazla olması olabilir(50).

Çalışmamızda ayrıca BKİ ile hipertansiyon ve diyabet gelişimi arasında anlamlı ilişki vardı ($p=0,03$; $p=0,029$). BKİ ile iskemik kalp hastalığı gelişimi açısından anlamlı ilişki yoktu. Bunun nedeni İKH oluşumunda birçok faktörün de etkili olmasından kaynaklanıyor olabilir.

2011 TÜİK verilerine göre toplumda hipertansiyon prevalansı %17'dir (kadınlarda %20, erkeklerde %12). Diyabet prevalansı ise %10'dur. Hiperlipidemi prevalansı erkeklerde %11, kadınlarda %14'tür (28). Williams ve ark. yaptığı çalışmada %49 hipertansiyon, %20 diyabet, %49 hiperlipidemi, %12 kardiyovasküler hastalık mevcuttu (26). Bizim çalışmamızda ise %71,4 hipertansiyon, %40,1 diyabet, %37,4 hiperlipidemi, %51,9 iskemik kalp hastalığı mevcuttu. Bu durum çalışmamızda katılımcıların çoğunlukla aspirini sekonder koruma amacıyla kullanması nedeniyle olabilir.

Çalışmamızda kadınlarda hipertansiyon, erkeklerde iskemik kalp hastalığı daha sıklıkla ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı. Erkeklerde sigara ve alkol tüketimi daha fazlaydı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Erkeklerde kullanımın yüksek olması KVH açısından erkek cinsiyetin bağımsız bir risk faktörü olması olabilir.

Roth ve ark. yaptığı çalışmada sigara içenlerin oranı %16 olarak saptanmıştır (25). Williams ve ark. yaptığı çalışmada ise sigara içenlerin oranı % 61 olarak saptanmıştır (26). Bizim çalışmamızda ise %21,4 ($n=56$) sigara kullanımı mevcuttu.

Williams ve ark. yaptığı çalışmada kanser oranı %16 idi (26). Roth ve ark. yaptığı çalışmada kanser teşhisi alanlar %4 oranındaydı (25) . Bizim çalışmamızda da bu oran benzerdi %9,2 ($n=24$).

Williams ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların kullandığı dozlar 81 mg %67, 325 mg %21, 162 mg %5, >325 mg %5 oranındadır (26). Bizim çalışmamızda ise 81 mg %4,2 , 100 mg %89,3, 150 mg %2,39 ve 300 mg %4,2 oranında bulunmuştur. Bu oranlardaki değişikliğin sebebi piyasadaki formların ülkemizde farklı olması olabilir.

Yapılan 3 tane çalışmanın sonuçlarına göre 75 ila 150 mg ve 160 ila 325 mg aspirinin etkinliği ve güvenliği açısından fark görülmemiştir. Ayrıca 325 mg altındaki tüm dozlar kanama riski açısından eşit kabul edilebilir. Yapılan bir meta analizde 75 mg ila 1500 mg aspirinin fayda açısından farkı olmadığını göstermiştir. 325 mg üzerindeki dozlarda major ekstrakranial kanama riski artmıştır. 2 çalışmada ise 75 mg ila 325 mg aspirin kullanımı arasında major ekstrakranial kanama görülmesi açısından fark olmadığını gösterilmiştir (26).

75 ila 325 mg aspirinin minimum 5 yıllık profilaktik kullanımı istenen kar zarar oranına göre faydalı bulunmaktadır. 5 yıldan uzun süreli kullanımlarda yarar artmaktadır. Optimum doz ve kullanım süresinin belirlenmesi için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Aspirin profilaksisine başlamadan önce H.pylori eradikasyonu uygulamasının faydalarını belirlemek için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (47). Bizim çalışmamızda aspirin dozu ile yan etki arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

325 mg aspirin gastrointestinal sistem kanamalarında 75 mg'a göre daha yüksek risk taşımaktadır, fakat düşük dozlarda bile kanama riski aspirin kullanmayanlara göre 2 kat artmış durumdadır (40). Bizim çalışmada ise 150 mg da en fazla yan etki olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmamızda yan etkilerin ayrı ayrı değerlendirilmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Yüksek riskli bireyleri belirlemek yan etki ihtimaline karşı daha dikkatli olmak veya profilaktik aspirin kullanımını önermemek açısından önemlidir. Kesin kontrendikasyonlar; peptik ülser, yakın zamanda kanama olması ve kanama bozukluklarıdır (51). Diğer risk faktörleri; yaşlılık, erkek cinsiyet, diyabet, hipertansiyon, obez olmak, sigara içmek, alkol tüketmek ve H.pylori enfeksiyonudur. Aspirin profilaksisi öncesi H.pylori tarama ve tedavisinin uygunluğunu değerlendiren çalışmalar kısıtlıdır. Aspirinle birlikte proton pompa inhibitörü kullanımını inceleyen 35 çalışmanın meta analizine göre yan etkilerde %66 azalma saptanmaktadır (41).

Aspirinin en önemli yan etkisi kanamadır. Yüksek olmayan dozda aspirin kullanan bireylerde hemorajik inme 3/10000 oranında; ekstrakranial kanamalar ise 7/10000 oranında görülmektedir. 70 yaş ve üzerinde gastrointestinal yan etki ve mortalite oranı artmaktadır (41).

Sağlıklı yaşam tarzı davranışları aspirini düzenli kullanmayla ilişkili olarak bulunmuştur (25). Bir çalışmaya göre Aspirin düzenli kullanımıyla ilgili sağlıklı yaşam davranışlarından fiziksel aktivitede bulunmak, sağlıklı yiyecekler yemek, normal kilonun korunması, sigarayı bırakmak ve kanser taramalarını yaptırmak arasında ilişki saptanmıştır (26). Bizim çalışmamızda sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarından egzersiz yapma ile aspirini düzenli kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,481$).

Bir çalışmada Aspirin kullanımını bırakmaya sebep olan sebeplerden ilki yan etkilerden çekinme (%54), ikincisi kanamayla ilgili yan etki görülmesi olarak belirtilmiştir (26). Başka

bir çalışmada Aspirin kullananların tedaviyi bırakma sebepleri arasında unutkanlık, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, yaşlılık, maliyet, ilaç kullanımına karşı söylemler, tedavinin riskleri ve yan etkiler yer almaktadır (29,30). Çalışmamızda ise ilk sırayı doktor tavsiyesi ile bırakma almışken, ikinci sırada ise yan etki görülmesi yer almıştır.

Halen aspirin kullanmakta olanların aspirin kullanımıyla ilgili bir sağlık çalışanıyla tartışmış olması ile arasında anlamlı ilişki var iken (26); çalışmamızda bu ilişki yoktur.

Williams ve ark. çalışmasında aspirinin düzenli kullanılıp kullanılmadığını belirlemek için kromotografi kütle spektrometresi yöntemiyle kan örneğinde salisilat metaboliti ölçülmüştür (26). Bizim çalışmamızda böyle bir ölçümle objektif olarak aspirin kullanımı bakılamamıştır, beyana dayalı değerlendirme yapılmıştır. %42 hastada aspirinin düzenli kullanımı saptanmıştır.

Sekonder korumada hastaların aspirini diğer kardiyovasküler ilaçlara karşı daha düzenli kullandığı saptanmıştır (31,32,33). Rutin aspirin kullanımı Framingham risk skoruna göre yüksek ve düşük olanlarda benzerdi (26). Bizim çalışmamızda herhangi bir risk skalasına göre ölçüm yapılmadığından bu karşılaştırma yapılamamıştır.

Herhangi bir koroner arter hastalığı veya serebral infarktüs hikayesi olmayan hastalarda aspirinin düzenli olarak kullanım oranı %33,5 olarak saptanırken; hastalığı olan kişilerde %72,1 düzenli kullanım belirlenmiştir (26). Sekonder koruma amacıyla aspirin kullanımı (koroner arter hastalığı veya serebral infarktüs) %24,1 oranında saptanmıştır (26). Bizim çalışmamızda ise bu oran %91,9'du.

Sekonder korumada hem kadınlar hem de erkeklerde ciddi KVO riski yüksek olduğundan aspirinin faydaları risklerine ağır basmaktadır. Fakat primer korumada ciddi bir KVO görülmesi riski yılda %1'den daha azdır. Primer korumada aspirinin kar zarar oranı net değildir. Sağlık çalışanları kişiye özel değerlendirme yapmalıdır. IST ve CAST çalışmalarının meta analizinde aspirin kullanımı ile vasküler olaylarda %11 azalma saptanmıştır ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlıdır. ATT meta analizine göre aspirin ilk defa MI geçirme riskinde önemli düşüş sağlamakta fakat inme ve kardiyovasküler ölüm riskinde önemli değişim sağlamamaktadır. Ayrıca aspirin kullanımı major ekstra kranial kanamaları arttırır denilmektedir (46).

Kardiyovasküler hastalıklardan primer korunmada aspirin profilaksisinin yararı net değildir. Vasküler olaylarda bir miktar azalma olsa da ölüm riskinde değişikliğe sebep olmamaktadır. Bunun yanında kanama riskinde artışa sebep olmaktadır. Aspirinin yararı

sadece kardiyovasküler hastalık riski yüksek bireylerde risklere baskındır. Başka bir çalışmada aspirinin toplam ölüm riskinde azalmaya sebep olması kanser insidansında azalmaya bağlanmıştır (47).

USPTSF aspirin kullanımını primer korumada 50-59 yaş arasında 10 yıllık kardiyovasküler riski %10 veya daha fazla olan, kanama riski olmayan ve en az 10 yıl süreyle aspirin almayı kabul eden bireylerde önermektedir (kanıt düzeyi B). USPTSF'ye göre aspirinin 60-69 yaş arası bireylerde primer korumada kullanılması kişiye özel olarak değerlendirilmelidir (kanıt düzeyi C). USPTSF'ye göre aspirinin 50 yaş altı bireylerde primer korunmada kullanılması fayda zarar oranına göre değerlendirildiğinde net bir bilgi edinilememektedir (47).

Üç büyük randomize kontrollü çalışmada primer korumada aspirinin fayda ve zararlarının benzer olduğu bulunmuştur. ASPREE çalışması 70 yaş ve üstünde aspirin kullanımıyla ölüm riskinin kadınlarda ve erkeklerde yüksek olduğunu (%13, %11) belirtmektedir (48).ASCEND çalışması ve ARRIVE çalışmasında tüm sebeplere bağlı ölüm riski aspirin kullanımı ile aspirin kullanımı olmaksızın birbiri ile benzerdir (49,50).

Aspirinin primer korumada kullanılması konusunda sağlık çalışanları kişiye özel değerlendirme yapmalıdır. Dünya çapında gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde artan KVVH yükünü statinler gibi kolesterol düşürücü ilaçlar ve anti hipertansiflerle azaltmak gerekmektedir (46).

Bir çalışmada Aspirinin fayda ve zararları kullanıcılara; sekonder korumada %81,7 oranında anlatılmışken; primer korunmada doktor tarafından %47,9 oranında doktor tarafından anlatılmıştır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Primer olarak aspirin kullanımı olan katılımcıların yarısı, sekonder aspirin kullanımı olan katılımcıların %18'i aspirinin fayda ve zararlarının kendilerine hiç anlatılmadığını söylemiştir (26). Bu durum hekimlerin bilgilendirme konusunda daha dikkatli olması gerektiğini göstermektedir.

Roth ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların %84'ü kalp krizini önleme, %66'sı inmeyi önleme, %18'i kanseri önleme, %11'i alzheimeri önlemek için aspirin kullandıklarını belirtmiştir. Aspirinin kullanım amaçlarından en fazla belirtilen kalp krizi ve inmeyi önlemek iken en az belirtilen sebep ağrı kesici ve ateş düşürücü olmasıydı. (25). Bizim çalışmamızda katılımcıların %38,2'si aspirini kalp krizini önleme, %17,9'u inmeyi önleme, %2,3'ü kanseri önleme, %2,9'u alzheimeri önleme, %14,5'i ağrı kesici olarak kullanıldığını bildirirken;

%85,52'si aspirini kan sulandırıcı olarak kullandığını belirtmiştir. Çalışmamızda Aspirinin halk arasında "kan sulandırıcı" olarak bilinmesi katılımcıların aspirinin en çok bu amaçla kullanıldığı cevabını vermesine sebep olmuştur.

Aspirinin etki mekanizması COX-1'i irreversible olarak inhibe ederek prostoglandin sentezini azaltır. Prostoglandin inhibisyonu mukus ve bikarbonat sentezi bozulur ve gastrik iritasyonlara karşı hassasiyet artar (38). Bu durum bulantı, kusma, dispepsi ve kanamaya neden olur (39). Üst gastrointestinal sistem semptomları görülmesinin risk faktörleri arasında peptik ülser hikayesi, anti inflamatuvar ilaç kullanımı, H.pylori enfeksiyonu yer almaktadır (34,35,36). Birçok çalışma aspirine proton pompa inhibitörü eklenmesinin yan etkileri azalttığını göstermektedir (38,39,40). Proton pompa inhibitörünün düzenli kullanılması, düzensiz kullanıma göre gastrointestinal yan etkilerde %15 azalma sağlamaktadır (39). Mide koruyucu kullananların yan etki oranı kullanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşüktü (**p=0,045**). Bu durum literatürde yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (39,40,42).

Çalışmamızda katılımcıların %8'inde (n=21) mide kanaması, %12,6'sında (n=33) mide ülseri, %3,4'ünde (n=9) kafa içi kanama hikayesi mevcuttu. Yapılan bir çalışmada %3 oranında gastrointestinal kanama geçirme öyküsü vardı (25). Çalışmamızda bu oran %8 idi. (n=21). Bir çalışmaya göre 70 yaş üstü olmak, dispepsi hikayesi, yüksek aspirin dozu, diğer hastalıklar kanama insidansını arttıran durumlardandır (37). Bizim çalışmada buna benzer olarak yaş arttıkça mide kanama ve ülserinde artış saptanmıştır. Bu durum ASPREE çalışmasında 70 yaş üstünde aspirin kullanımının risklerinin faydalarını aştığı için kullanılmamasını önermesine paralellik göstermektedir (41).

Katılımcıların %43,1'i (n=113) ağrı kesici kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %67,9'u (n=178) mide koruyucu kullandığını ifade etmiştir. Mide koruyucu kullananların %46,2'si (n=121) devamlı olarak mide koruyucu kullandığını söylemiştir.

Katılımcılara yüksek doz aspirin verilen ve 20 yıl süren iki çalışmada en az 5 yıl tedavi alanlar arasında kolorektal kanser insidansında %37 azalma saptanmıştır. Düşük doz aspirinle (75-300 mg) yapılan 3 çalışmada kolorektal kanser insidansında %25 azalma görülmüştür. Randomize kontrollü bir çalışmada özefagus kanser insidansında 5 yıllık takiplerde %58 azalma saptanmıştır. Yapılan bir kohort çalışmasında ise %44 azalma saptanmıştır (47).

Gastrointestinal kanserlerde 10 yıllık takipten sonra ölümlerde %31 düşüş, kanser insidansında %58 azalma saptanmıştır. Vaka kontrol çalışmaları meme kanseri insidansında %18 azalma, kohort çalışmaları %8 azalma saptamıştır. Mortalitede belirgin düşüş saptanmamıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda kanser insidansında düşme 3 yıl sonra, mortalitede düşme 5 yıl sonra başlamaktadır (47)

Kanser insidansında ve mortalitesinde azalma 75 mg üzerindeki dozlarda saptanmaktadır ve bu konuda daha yüksek doz kullanımıyla ilgili bir endikasyon yoktur. Bazı çalışmalar ise günlük < 300 mg altındaki dozların etkisiz olduğunu belirtmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar yüksek riskli bireylerde 600 mg günlük dozun etkin olduğunu bildirmiştir (47).

US Preventive Services Task Force aspirinin kolorektal kanserin önlenmesinde ve KHV önlenmesinde faydalı olduğunu bildirmiştir. Profilaktik aspirin kullanımının kansere karşı koruyucu etkisi maliyet etkin bulunmuştur. Yine de kansere karşı aspirin kullanımını önermek için henüz yeterli çalışma mevcut değildir (47).

6. SONUÇ

45 yaş üstü bireylerde aspirin kullanımı bilgi düzeyi ve tutumunu araştırdığımız bu çalışmada bilgi düzeyinin yetersiz olduğu, eğitim düzeyinin de aspirinle ilgili bilgi düzeyini değiştirmediği belirlenmiştir. Bu durum eğitim düzeyinden bağımsız olarak sağlık okuryazarlığının yeterli seviyede olmadığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi için eğitimle birlikte konuyla ilgili farkındalık oluşturmak önemlidir. Biyopsikososyal yaklaşımla aile hekimlerinin hastalarını aspirinin doğru kullanımı, yan etkileri ve riskleri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda ayrıca aspirin kullanım süresi ile mide kanaması ve kafa içi kanama gelişmesi riski artmaktaydı. Mide koruyucu kullananların yan etki oranı kullanmayanlara göre düşüktü.

Literatürde yapılan çalışmalarda aspirinin sekonder korumada faydaları tartışmasız olarak belirgindir. Fakat primer korumada aspirin kullanımı kişiye göre özelleştirilmeli, kullanımının riskleri ve faydaları hastayla tartışılarak aspirin kullanımı kararı verilmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Sneader, W. (2000). The discovery of aspirin: a reappraisal. *Bmj*, 321(7276), 1591-1594. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119266/> Erişim tarihi: 10.02.2019
2. Abramson, S. B., & Howard, R. (2012). Aspirin: Mechanism of action, major toxicities, and use in rheumatic diseases. Available at: (Accessed January 30, 2012) UptoDate, Waltham (MA). https://www.uptodate.com/contents/aspirin-mechanism-of-action-major-toxicities-and-use-in-rheumatic-diseases?search=aspirin&source=search_result&selectedTitle=2~148&usage_type=default&display_rank=1 Erişim tarihi: 10.02.2019
3. Elwood, P. (2006). The first randomized trial of aspirin for heart attack and the advent of systematic overviews of trials. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(11), 586-588. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1633560/> Erişim tarihi:10.02.2019
4. Eikelboom, J. W., Hirsh, J., Spencer, F. A., Baglin, T. P., & Weitz, J. I. (2012). Antiplatelet drugs: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 141(2), e89S-e119S. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278069/> Erişim tarihi:10.02.2019
5. Demir, M. Antitrombositer Tedavi. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/2007thtk_07.pdf Erişim tarihi:10.02.2019
6. <https://www.uptodate.com/contents/aspirin-mechanism-of-action-major-toxicities-and-use-in-rheumatic-diseases> Erişim tarihi:10.02.2019
7. Becker RC, Fintel DJ, Green D. Antithrombotic therapy. 4th Ed. New York: Professional Communications Inc.; 2006: 89-114
8. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tjfmpe/article/view/5000183397>
Erişim tarihi:10.02.2019
9. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot. Int.* (1998) 13 (4): 349-364.
10. Saęlıęın geliřtirilmesi ve teřviki sۆzlűęű. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Saęlıęın%20Teřviki%20Sۆzlűk.pdf>, Eriřim tarihi:10.02.2019.

11. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80
12. Beverly M, Deborah L. B. Electronic personal health records that promote self-management in chronic illness. The Online Journal of Issues in Nursing, 2010;15(3)
13. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999;38(1):33-42.
14. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD.2013;10(1):72-8.
15. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy emerging evidence and applications in kidney disease care. Adv Chronic Kidney Dis. 2013;20(4):311-9.
16. Al Sayah F, Majumdar SR, Johnson JA. Association of Inadequate Health Literacy with Health Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Depression: Secondary Analysis of a Controlled Trial. Can J Diabetes. 2015(8);39(4):259-65
17. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English longitudinal study of ageing. Prev Med. 2014;61:100-5.
18. Shouu-Yih D, Tzu-I T, Yi-Wen T. Accuracy in self-reported health literacy screening: a difference between men and women in Taiwan. BMJ Open 2013; 3:e002928
19. Health Literacy- A prescription to end confusion
<https://www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion> Erişim tarihi: 10.02.2019
20. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak.
<http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/issue/7383/96659> Erişim tarihi: 10.02.2019
21. Tanrısu Över M. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması.
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tjfmpe/article/view/5000183397> Erişim tarihi: 10.02.2019
22. Aile hekimliği/ Genel pratisyenlik Avrupa tanımı.
<http://www.woncaeurope.org/content/turkey-aile-hekimligigenel-pratisyenlik-avrupa-tanimi>
Erişim tarihi: 10.02.2019

23. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Erişim tarihi:10.02.2019

24. Roth, G. A., Gillespie, C. W., Mokdad, A. A., Shen, D. D., Fleming, D. W., Stergachis, A., ... & Mokdad, A. H. (2014). Aspirin use and knowledge in the community: a population-and health facility based survey for measuring local health system performance. *BMC cardiovascular disorders*, 14(1), 16.

25. Williams, C. D., Chan, A. T., Elman, M. R., Kristensen, A. H., Miser, W. F., Pignone, M. P., ... & McGregor, J. C. (2015). Aspirin use among adults in the US: results of a national survey. *American journal of preventive medicine*, 48(5), 501-508.

26. https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_46_7_577_590.pdf

27. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

28. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487–497.

29. Riegel B, Moser DK, Anker SD, et al; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;120(12):1141–1163.

30. Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *Am Heart J*. 2006; 151(1):185–191.

31. Eagle KA, Kline-Rogers E, Goodman SG, et al. Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study. *Am J Med*. 2004;117(2):73–81.

32. Newby LK, LaPointe NM, Chen AY, et al. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation*. 2006;113(2):203–212.

33. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol*. 1995;14(1):88–90.

34. Udd M, Miettinen P, Palmu A, et al. Analysis of the risk factors and their combinations in acute gastroduodenal ulcer bleeding: a case-control study. *Scand J Gastroenterol*. 2007;42(12):1395–1403.
35. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(3):728–738.
36. Valkhoff VE, Sturkenboom MC, Kuipers EJ. Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2012;26(2):125–140.
37. Laheij RJ, Jansen JB, Verbeek AL, Verheugt FW. Helicobacter pylori infection as a risk factor for gastrointestinal symptoms in patients using aspirin to prevent ischaemic heart disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001;15(7):1055–1059.
38. Yeomans N, Lanas A, Labenz J, et al. Efficacy of esomeprazole (20 mg once daily) for reducing the risk of gastroduodenal ulcers associated with continuous use of low-dose aspirin. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(10):2465–2473.
39. Sylvester KW, Cheng JW, Mehra MR. Esomeprazole and aspirin fixed combination for the prevention of cardiovascular events. *Vasc Health Risk Manag*. 2013;9:245–254.
40. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1803955> Erişim tarihi:10.02.2019
41. Martin Merino E, Johansson S, Nagy P, Garcia Rodriguez LA. Effect of baseline gastrointestinal risk and use of proton pump inhibitors on frequency of discontinuation of aspirin for secondary cardiovascular prevention in United kingdom primary care. *Am J Cardiol*. 2013;112(8):1075–1082.
42. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association [published corrections appear in *Circulation*. 2013;127(23):e841]. *Circulation*. 2013;127(1):e6–e245.
43. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of

Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [published online ahead of print November 12, 2013]. *Circulation*. 2013.

44. Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, et al; World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*. 2011;124(22):2458–2473.

45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278069/> Erişim tarihi:10.02.019

46. Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Clinical Guidelines |21 June 2016

47. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1803955> Erişim tarihi:10.02.2019

48. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1804988> Erişim tarihi:10.02.2019

49. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/clinical-trials/2018/08/25/01/46/arrive>
Erişim tarihi:10.02.2019

50. Jackson, A. S., Stanforth, P. R., Gagnon, J., Rankinen, T., Leon, A. S., Rao, D. C., ... & Wilmore, J. H. (2002). The effect of sex, age and race on estimating percentage body fat from body mass index: The Heritage Family Study. *International journal of obesity*, 26(6), 789.

51. Colwell, J. A. (2003). Aspirin therapy in diabetes. *Diabetes care*, 26, S87.



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	45 yaş üstü erişkinlerde aspirin kullanımı, bilgi düzeyi ve tutumunun değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.07.2018		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.07.2018		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	Uygun	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1062	Tarih: 11/09/2018	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Yüksel Altuntaş	Endokrinoloji	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM İç Hastalıkları ABD	E X	K ☐	E ☐	H X	E	H X	
Yard.Doç.Nezaket Eren	Biyokimya	Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ABD	E	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.Z.Yıldız Yıldırım	Çocuk	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM Çocuk Hastalıkları ABD	E	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.H.Kübra Elcioğlu	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD	E	K X	E	H X	E X	H	
Prof.Dr.M.Sarper Erdoğan	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	E X	K ☐	E ☐	H X	E	H X	
Doç.Dr.Hande Yapışlar	Fizyoloji	Acıbadem Üniv.Fizyoloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Uzm.Dr.Gülsüm Önal	Etik Deontoloji	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Has	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Z.Yıldız YILDIRMAK
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	45 yaş üstü erişkinlerde aspirin kullanımı, bilgi düzeyi ve tutumunun değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Gönül Gül	Tekstil	Serbest Üye	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	Nöroloji	Bilim Üniv.Nöroloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Doç.Dr.Aslı Aksu Çerman	Dermatoloji	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Av.Ülker Kuğu	Hukuk	İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Z. Yıldız YILDIRMAK
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK_2

45 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE ASİRİN KULLANIMI, BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1) Yaşınız?
- 2) Cinsiyetiniz ? A) Kadın B) Erkek
- 3) Medeni durum? A) Evli B) Bekar C) Eşinden ayrılmış
- 4) Eğitim düzeyi A) Okur yazar değil B) Okur yazar C) İlköğretim D) Lise E) Üniversite F) Yüksek lisans G
- 5) Boyunuz kaç cm? Kaç kilosunuz?
- 6) Bilinen kronik hastalığınız var mı? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
- A) Hipertansiyon B) Diyabet
- C) Kolesterol yüksekliği D) Diğer
- 7) Sigara kullanıyor musunuz? A) evet B) hayır
- 8) Alkol kullanıyor musunuz? A) evet B) hayır
- 9) Konulmuş olan kanser teşhisi var mı? A) evet B) hayır
- 10) İnme geçirdiniz mi? A) evet B) hayır
- 11) Kalp krizi geçirdiniz mi? A) evet B) hayır
- 12) Ailede inme geçiren var mı? A) evet B) hayır
- 13) Ailede kalp krizi geçiren var mı? A) evet B) hayır
- 14) Ailede sizden başka sürekli aspirin kullanan var mı? A) evet B) hayır
- 15) Aspirin kullanıyor musunuz?
- A) Şu anda kullanıyor (15. Soruya geçiniz)
- B) Daha önceden kullanmış (14. Soruya geçiniz)
- C) Hiç kullanmamış (Anketi sonlandırınız)
- 15) Aspirini önceden kullanıp bırakanlar için:
- Aspirin tedavisini bırakma sebebi nedir?
- A) Yan etkiler

B) Çok ilaç kullanma

C) Doktor tavsiyesi

D) Diğer

15) Aspirini ne amaçla kullanıyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

A) Kalp krizini önleme

B) İnmeyi önleme

C) Kanseri önleme

D) Alzheimerı önleme

E) Ağrı kesici-iltihap giderici

F) Kan sulandırıcı

16) Aspirin kullanmanızı ilk kim önerdi?

(doktor ise branşı nedir?)

17) Kaç mg aspirin kullanıyorsunuz?

18) Kaç yıldır aspirin kullanıyorsunuz?

19) Aspirini düzenli kullanıyor musunuz? A) evet B) hayır

20) Aspirin tedavisinin gerekli olduğuna inanıyor musunuz? A) evet B) hayır

21) Aspirinin olası yan etkileri nelerdir?

22) Daha önceden mide kanaması geçirdiniz mi? A) evet B) hayır

23) Midenizde ülser var mı? A) evet B) hayır

24) Kafa içi kanama yaşadınız mı? A) evet B) hayır

25) Ağrı kesici (NSAİİ) kullanıyor musunuz? A) evet B) hayır

26) Egzersiz yapıyor musunuz? A) evet B) hayır

27) Mide koruyucu kullanıyor musunuz? A) evet B) hayır (cevap hayır ise 29. Soruya geçiniz)

28) Mide koruyucu kullanıyorsanız devamlı mı kullanıyorsunuz?

A) evet B) hayır

29) Aspirinin fark ettiğiniz yan etkisi oldu mu?

A) Yanma

B) Reflü

C) Bulantı

D) Mide ağrısı

E) Diğer



8.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yelda Çetinkünar

Doğum Tarihi Ve Yeri :1987, Çanakkale

Adres :İslambey Mah. Mehmetali Ağa Sok. No:51 D:8
Eyüp/İSTANBUL

Telefon:05539889478

E-posta: yelda.cetinkunar@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İngilizce Bölümü
2005-2012

Görev Yerleri : İstanbul Eyüp Devlet Hastanesi 2012-2014

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile
Hekimliği Kliniği 2014-2019

Yabancı Dil: İngilizce

