

Aile Hekimliği Disiplininin Değişik Basamaklarındaki Hekimlerin Dislipidemi Tedavilerine Yaklaşımları

Approaches to Dyslipidemia Treatments of Doctors of Family Medicine Discipline in Different Steps

Harun Karahan², Hasan Hüseyin Mutlu¹, Hacer Hicran Mutlu², Serkan Öztürk²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği İstanbul

Özet

Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar ülkemizde ve dünyada önde gelen ölüm nedenlerindedir. Çalışmamızda aile hekimliği disiplini içinde farklı akademik aşamalarındaki hekimlerin kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörlerinden dislipideminin tedavisine yaklaşımını göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Kadıköy ve ilçesinde aktif olarak çalışan 259 aile hekiminin 189'una ulaşılarak 01.01.2019 - 01.03.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme veya online anket doldurma yöntemiyle gerçekleştirildi. Çalışma bulguları, katılan hekimlerin dislipidemi ve statin tedavisi ile ilgili görüşleri, dislipidemik hastaların demografik verileri, tanı ve takibi, statin tedavisi hakkındaki bilgi ve deneyimleri hakkında 32 sorudan oluşan bir anket ile elde edilmiştir.

Bulgular: Asistan aile hekimlerinin hem uzman hem de pratisyen hekimlere göre daha fazla kronik hastalık izlediği gözlemlendi dislipidemi tanısı ve tedavisi hakkında uzman aile hekimlerinin, asistan ve pratisyen aile hekimlerine göre daha fazla bilgi sahibi olduklarını düşündükleri saptandı. Asistan ve uzman aile hekimlerinin statin tedavisinin yan etkilerini pratisyen hekimlere göre daha fazla takip ettikleri ortaya çıktı. Pratisyen aile hekimlerinin %29.8'i (n=25), asistan aile hekimlerinin %50.8'i (n=31) ve uzman aile hekimlerinin %68.3'ü (n=28) en son çıkan tanı ve tedavi kılavuzlarına uyduklarını belirtti. Uzman aile hekimlerinin asistan aile hekimlerine ve asistan aile hekimlerinin pratisyen hekimlere göre daha fazla kılavuz takip ettikleri gözlemlendi.

Sonuç: Aile hekimlerinin güncel kılavuzlara göre dislipidemi tanısı koyup tedavi ve takip etmesi 2. ve 3. basamak sağlık tesislerinde birikimi azaltacaktır. Çalışmamızda asistan ve uzman aile hekimlerinin pratisyen aile hekimlerine göre daha çok dislipidemi tanısı koyup tedavi ettikleri sonucu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dislipidemiler; Statin; Aile hekimliği

Abstract

Objective: Cardiovascular diseases are the leading causes of death in our country and in the world. In our study, we aimed to show the approach of physicians at different academic stages in family medicine discipline to the treatment of dyslipidemia, which is one of the most important risk factors of cardiovascular diseases.

Methods: Our study was conducted between 01.01.2019 - 01.03.2019 in 189 (73%) of 259 family physicians actively working in the city of Kadikoy and its district, with face-to-face interviews and online survey filling. Opinions of the physicians participating in the study about their dyslipidemia and statin treatment were obtained with a questionnaire consisting of 32 questions about the demographic data, diagnosis and follow-up of dyslipidemia patients, their knowledge and experience about statin treatment.

Results: It was observed that resident family physicians followed more chronic diseases than both specialist and general practitioners. Specialist family physicians think that they have more information about the diagnosis and treatment of dyslipidemia than general practitioner family physicians and general practitioner family physicians. It has been observed that assistant and specialist family physicians follow drug efficacy, duration of treatment and side effects more than general practitioners. 29.8% (n=25) of practitioner family physicians, 50.8% of assistant family physicians (n=31) and 68.3% (n=28) of specialist family physicians stated that they follow the latest guidelines. It has been observed that specialist family physicians follow more guidelines than assistant family physicians and assistant family physicians follow general practitioners.

Conclusion: The diagnosis, treatment and follow-up of dyslipidemia by family physicians according to current guidelines will reduce the accumulation in 2nd and 3rd level healthcare facilities. In our study, it was concluded that residents and specialist family physicians diagnosed and treated more dyslipidemia than general practitioners.

Key Words: Dyslipidemias; Statins; Family practice

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kardiyovasküler hastalıkların dünyada en çok ölüme yol açan hastalıkların başında geldiğini bildirmiştir. Tüm dünyada 2016 yılında meydana gelen bütün

ölümlerin %31'inin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %85'inin kalp krizi ve inmeden kaynaklandığı düşünülmektedir (1). Kardiyovasküler hastalıklar için yüksek risk faktörleri ise genetik faktörler,

*Sorumlu Yazar: Hasan Hüseyin Mutlu İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

E-mail: drhashus@gmail.com Tel: 0507 241 40 59 Orcid: Harun Karahan 0000-0001-7211-5980, Hasan Hüseyin Mutlu 0000-0001-8947-711X, Hacer Hicran Mutlu 0000-0003-3712-0068, Serkan Öztürk 0000-0002-8647-7744

Geliş Tarihi:17.04.2020 , Kabul Tarihi:27.04.2021

hipertansiyon, diyabet ve hiperlipidemidir. Bu risk faktörlerinden genetik faktörler dışındakiler hem davranış değişiklikleri (kilo verme, alkol tüketimi, sigara bırakma, egzersiz ve fiziksel aktivite) hem de medikal tedavi ile kontrol altına alınabilmektedir. Yeni yayımlanan Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESC), Avrupa Ateroskleroz Derneği (EAS) ve Amerikan Kalp Cemiyeti (AHA) kılavuzlarında hastaların kardiyovasküler risk faktörlerine göre düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) eşikleri ve statin başlandıktan sonra ulaşılması gereken LDL hedefleri belirlemişlerdir (2). Statinler, LDL düzeylerini düşürür, hatta normal LDL düzeylerinde bile primer ve sekonder korunmada etkili olarak kardiyovasküler ölümleri azalttığı değişik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle bu hastalarda ilk seçenek tedavi olarak düşünülmelidir (3-6). Bütün bu kanıta dayalı önerilere rağmen, son yıllarda özellikle medyada statin tedavisiyle ilgili ortaya çıkan olumsuz haberlerin yaygınlaşmasıyla sadece hastaların tedaviye uyumu azalmamış aynı zamanda hekimlerin statin reçete ederken tereddütleri oluşmuştur (7,8). Hekimlerin herhangi bir ilacı reçete etme alışkanlığında aldığı eğitim, mezuniyet sonrası eğitime devamı, kanıta dayalı tıbbi takip edip etmediği ve ilaçla ilgili etkinlik, yan etki gibi kişisel tecrübeleri gibi birçok faktör etkili olur (9). Çalışmamızın amacı pratisyen hekimlerle aile hekimi disiplininin farklı aşamalarındaki hekimlerin statin reçete etme alışkanlıkları ve buna etki eden faktörleri arasındaki farkları araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, İstanbul ili Kadıköy ilçesindeki aile sağlığı merkezleri, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde 01.01.2018-01.03.2018 tarihleri arasında, çok merkezli olarak yürütülen, prospektif tanımlayıcı bir çalışma olarak düzenlenmiştir. Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medeniyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 12.12.2018 tarih 2018/0474 sayılı kararı ile izin alınmıştır. Çalışmamız, 189 aile hekimi ile yüz yüze görüşme ve online anket doldurma yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Hekimlere uygulanan ankette, ilk 8 maddede hekimlerin demografik özellikleri sorgulanmıştır. Bu bölümde hekimlerin cinsiyetleri, yaşları ve akademik unvanları, toplam kaç yıl hizmet ettikleri ve aile hekimliği alanında kaç yıl çalıştıkları sorgulanmıştır. 9. ve 10. sorularda hekimlerin kronik hastalık takibi yapıp yapmadıkları, 11-16. sorularda hekimlerin dislipidemiye bakışı, dislipidemi taraması yapıp yapmadıkları ve statin

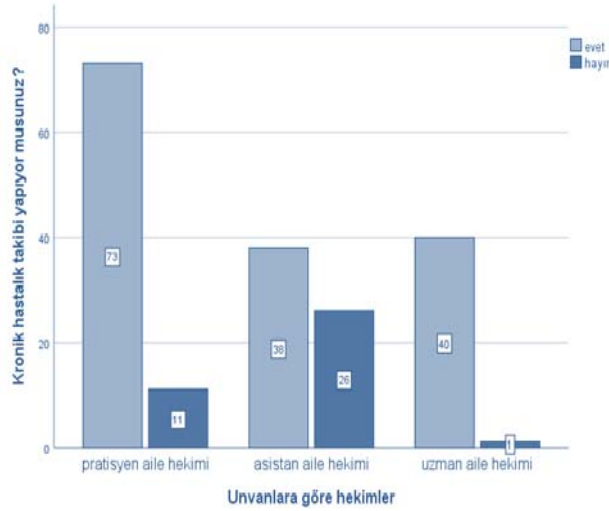
tedavisi uygulamaları, 17. ve 18. sorularda hekimlerin dislipidemik hastalarda alternatif tıp yöntemlerine bakış açıları, 19-21. sorularda hekimlerin statin tedavisinin yan etkileri hakkındaki bilgi düzeyleri, 22-25. sorularda hekimlerin dislipidemi konusundaki bilgi düzeyleri, 26. soruda hekimlerin dislipidemi tedavisinde referans olarak hangi kaynağı kullandıkları, 27. ve 28. sorularda pratisyen ve asistan-uzman aile hekimleri gruplandırılarak tıp fakültesi ve uzmanlık eğitiminde dislipidemi ve statinler konusunda yeterli eğitim alıp, almadıkları, öz değerlendirmeleri, 29-32. sorularda hekimlerin statinler konusunda medyadaki tartışmalardan etkilenip etkilenmediğini sorgulanmıştır. İstatistiksel yöntem: İstatistiksel analizler için SPSS (ver.25) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 189 aile hekiminin yaş ortalaması 35.3 yıl olup %49.5'ü (n=92) kadın, %50.5'i (n=94) erkektir. Bu aile hekimlerinin %44.4'ü (n=84) pratisyen aile hekimlerinden, %34.9'ü (n=64) asistan aile hekimlerinden, %21.7'si (n=41) ise uzman aile hekimlerinden oluşmaktadır. Katılımcıların hekimlik mesleğinde toplam geçirdikleri sürenin ortalaması 10.2 ± 9.3 , aile hekimi olarak toplam çalışma süreleri 4.6 ± 3.3 'dir. Katılımcıların çoğunluğu pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin %95.7'si aile hekimliğinden önce görev yapmış olup, bu kişilerin %95.7'si devlet hastanesinde çalışmıştır. Hekimlerin meslekleri ile ilgili sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hekimlerin unvanlarına göre sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2.1 ve 2.2'de verilmiştir. Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin çoğunluğu erkek (%67.9) iken asistan (%67.2) ve uzman aile hekimlerinin (%56.1) çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Daha önce başka yerlerde görev yapan hekimler arasında pratisyen aile hekimleri %30.5 oranı ile en çok sağlık ocağında görev yaptıklarını belirtirken, asistan aile hekimleri %44.1 ve uzman aile hekimleri %35 oranıyla en

Tablo 1: Hekimlerin meslekleri ile sosyo-demografik verileri

		%	n
Cinsiyet	Kadın	49.4	92
	Erkek	50.5	94
Unvan	Pratisyen Aile Hekimi	44.4	84
	Asistan Aile Hekimi	33.8	64
	Uzman Aile Hekimi	21.6	41
Aile Hekimliğinden Önce Görev Yaptınız mı?	Evet	95.7	181
	Hayır	4.2	8
Aile Hekimliğinden Önce Nerede Görev Yaptınız?	Entegre Devlet Hastanesi	9.4	17
	Toplum Sağlığı Merkezi	24.9	45
	Devlet Hastanesi	32.6	59
	Sağlık Ocağı	18.8	34
	Diğer (Özel)	14.4	26



Şekil 1. Unvanlara göre hekimlerin 'Kronik hastalık takibi yapıyor musunuz?' sorusuna cevaplarının dağılımı

Tablo 2.1: Hekimlerin unvanlarına göre sosyo-demografik özellikleri

		Hekimler						
		Pratisyen Aile Hekimi		Asistan Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi		P
		N	%	N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	26	32.1	43	67.2	23	56.1	0.001
	Erkek	55	67.9	21	32.8	18	43.9	
Aile Hekimliğinden Önce Görev Yaptınız mı?	Evet	82	97.6	59	92.2	40	97.6	0.218
	Hayır	2	2.4	5	7.8	1	2.4	
Nerede Görev Yaptınız?	Entegre Devlet Hastanesi	6	7.3	7	11.9	4	10	0.009
	Toplum Sağlığı Merkezi	18	22	18	30.5	9	22.5	
	Devlet Hastanesi	19	23.2	26	44.1	14	35	
	Sağlık Ocağı	25	30.5	3	5.1	6	15	
	Diğer	14	17.1	5	8.5	7	17.5	

Tablo 2.2: Hekimlerin unvanlarına göre sosyodemografik özellikleri

		Hekimler			P
		Pratisyen Aile Hekimi	Asistan Aile Hekimi	Uzman Aile Hekimi	
		Ort±SD*/median (min-max) **	Ort±SD*/median (min-max)**	Ort±SD*/median (min-max)**	
Yaş		38.5 (25-67)	27 (24-42)	38 (29-60)	0.001
Hekimlik Mesleğindeki Toplam Süre		12.5 (1-38)	3 (1-15)	11 (4-33)	0.001
Aile Hekimliğinde Çalışılan Süre		8 (1-12)	1 (1-8)	6.15±3,22	0.001

*SD: standard sapma, **Normal dağılan veriler Ort±SD, normal dağılmayan veriler median (min-max) şeklinde verilmiştir

çok devlet hastanelerinde görev yapmışlardır (Tablo 2.1). Pratisyen ve uzman aile hekimlerin yaşları asistan aile hekimlerinden anlamlı olarak daha yüksektir (p=0.001). Hekimlik mesleğindeki toplam hizmet süreleri açısından pratisyen ve uzman aile hekimlerinin çalışma süreleri asistan aile hekimlerinden daha fazla olduğu görülmüştür (p=0.001). Aile hekimliği alanında çalışma süreleri açısından incelendiğinde pratisyen ve uzman aile hekimlerinin asistan aile hekimlerinden daha fazla

süredir çalıştıkları görülmüştür (p=0.001) (Tablo 2.2). Asistan aile hekimlerinin pratisyen ve uzman aile hekimlerinden daha fazla kronik hastalık takibi yaptıkları görülmüştür (p=0.001). Kronik hastalıklardan diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kronik böbrek hastalığı, kronik hepatit ve diğer kronik hastalıkları takip etme açısından asistan, pratisyen ve uzman aile hekimleri arasında fark olmadığı saptanmıştır (p=0.118; p=0.117; p=0.772; p=0.991; p=0.602;

Tablo 3: Unvanlara göre aile hekimlerinin ‘Hangi hastalara dislipidemi taraması yaparsınız?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımı

	Grup						Tüm Aile Hekimleri	P(Grup)
	Pratisyen Aile Hekimi		Asistan Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi			
	N	%	N	%	N	%		
Asemptomatik Olan 40 Yaş Üstü Erkeklere	39	50.6	27	35.1	11	14.3	40.7	0.106
Asemptomatik Olan 50 Yaş Üstü Kadınlara	34	50	24	35.3	10	14.7	36	0.200
65 Yaş Üstündeki Herkese	56	60.9	22	23.9	14	15.2	48.7	0.001
Herhangi Bir Kardiyovasküler Hastalığı Olanlara	15	53.6	10	35.7	3	10.7	14.8	0.290
Kronik Böbrek Hastalığı Olanlara	64	52.5	38	31.1	20	16.4	64.6	0.007
Sigara İçenlere	42	57.5	23	31.5	8	11	38.8	0.004
Obez Kişilere	12	66.7	4	22.2	2	11.1	9.6	0.140
Birinci Derece Yakınlarında Aterosklerotik Kalp Hastalığı Olanlara	25	69.4	8	22.2	3	8.3	19	0.003
Hipertansiyonlu Hastalara	21	61.8	11	32.4	2	5.9	18	0.023
Diyabetli Hastalara	19	73.1	5	19.2	2	7.7	13.8	0.007

p=0.259). Kronik hastalıklardan sadece kronik obstruktif akciğer hastalığını (KOAH) asistan aile hekimleri, pratisyen ve uzman aile hekimlerinden daha fazla takip ettiklerini söylemişlerdir (p=0.002). Katılımcıların %95,2’si dislipidemi taraması yaptığını söylerken, %4.8’i dislipidemi taraması yapmadığını söylemiştir. Unvanlara göre hekimlerin dislipidemi taraması yapıp yapmadığı incelendiğinde, asistan, uzman ve pratisyen aile hekimleri arasında fark olmadığı saptanmıştır (p=0.393). Unvanlara göre aile hekimlerinin ‘Hangi hastalara dislipidemi taraması yaparsınız?’ sorusuna verdikleri cevapların dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. 65 yaş üstü herkese, kronik böbrek hastalığı olanlara, sigara içen kişilere, birinci derece yakınlarında aterosklerotik kalp hastalığı olanlara, hipertansiyonlu ve diyabetli hastalara dislipidemi taraması yapan pratisyen aile hekimlerinin sayısı asistan ve uzman hekimlerin sayısından anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,001, p=0.007, p=0.004, p=0.003, p=0.023, p=0.007). Hekimlerin ‘Kronik hastalık takibi yapıyor musunuz?’ sorusuna verdikleri cevaplar Şekil 1’de gösterilmiştir. Asistan aile hekimlerinin pratisyen ve uzman aile hekimlerinden daha fazla kronik hastalık takibi yaptıkları görülmüştür (p=0,001) ‘Kolesterol düzeyleri yüksek olan hastalara tedavi başlar mısınız?’ sorusuna en fazla uzman aile

hekimleri ‘tedavi başlarım’ yanıtını vermişlerdir. ‘Sevk ederim’ cevabını verenlerin %73.9’u pratisyen hekim olup ‘Tedaviye başlar kontrol için üst merkeze sevk ederim’ cevabını verenlerin ise %70.4’ü asistan aile hekimleridir (p<0.001). Statinlerin kolesterol düzeylerini düşürdüğünü ve kardiyovasküler (KV) hastalıklardan koruduğunu düşünme açısından hekimlerin ünvanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0.234). (Tablo 4). Hangi hastalara statin başlarsınız? Sorusuna hekimler en fazla kronik böbrek hastalığı olanlara (%43.4) ve hipertansiyonu olanlara (%30.7) cevabını vermişlerdir. Diyabeti olanlar (%19) ve KV riski orta (%18.5) ve yüksek olanlara (%18.5) statin başlayanların oranı daha düşüktür En az KV riski (%13.2) olmayanlara cevabını vermişlerdir. KV riski yüksek veya kardiyovasküler hastalığı olup LDL>70 olan hastalara asistan ve uzman aile hekimleri daha fazla statin başlamakta (p=0.034) (Tablo 4). Hekimlerin %72’si (n=133) atorvastatin, %12.4’ü (n=23) rosuvastatin, %1.1’i (n=2) simvastatin reçete etmektedir. Katılımcıların %14.5’i (n=27) reçete ettiklerinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödemesi olmadığı için statin reçete etmemektedir. Pratisyen

Tablo 4: Hekimlerin unvanlarına göre hiperkolesterolemi tedavisine yaklaşımları

		Grup							P (Grup)
		Pratisyen Aile Hekimi		Asistan Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi		Tüm Aile Hekimleri	
		N	%	N	%	N	%	%	
Kolesterol Düzeyleri Yüksek Olan Hastalara Tedavi Başlar Mısınız?	Tedavi Başlarım	9	13.2	29	42.6	30	44.2	36.4	0.001
	Sevk Ederim	68	73.9	15	16.3	9	9.8	49.2	
	Tedaviye Başlar	6	22.2	19	70.4	2	7.4	14.4	
	Kontrol İçin Üst Merkeze Sevk Ederim								
Statinlerin Kolesterol Düzeylerini Düşürdüğünü Ve Kardiyovasküler Hastalıklardan Koruduğunu Düşünüyor Musunuz?	Katlıyorum	49	39.5	41	33.1	34	27.4	66	0.234
	Kısmen Katlıyorum	27	54	18	36	5	10	26.6	
	Kararsızım	5	55.6	3	33.3	1	11.1	4.8	
Hangi Hastalara Statin Başlarsınız?	Medyada Son Çıkan Tartışmalardan Sonra Kararsızım	3	60	1	20	1	20	2.7	
	KV Riski Olmayıp LDL>190	7	28	11	44	7	28	13.2	0.158
	Kv Riski Orta Olup LDL>100	9	25.7	15	42.9	11	31.4	18.5	0.129
	KV Riski Yüksek veya KVH Olup LDL>70	10	28.6	16	45.7	9	25.7	18.5	0.034
	Kronik Böbrek Hastalığı Olanlar	12	14.6	44	53.7	26	31.7	43.4	0.393
	Diyabeti Olanlar	7	20	21	60	7	20	19	0.072
	Hipertansiyonu Olanlar	8	13.8	32	35.2	18	31	30.7	0.572

Tablo 5: Hekimlerin unvanlarına göre en sık gördükler yan etkilerin dağılımı

	Grup						
	Pratisyen Aile Hekimi		Asistan Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi		P
	n	%	n	%	n	%	
Miyopati	30	39	28	36.4	19	24.7	0.963
Kan şekerinde yükselme	2	28.6	3	42.9	2	28.6	0.867
Karaciğer enzimlerinde yükselme	23	30.7	30	40	22	29.3	0.132
Yorgunluk	41	43.2	33	34.7	21	22.1	0.142

statinleri reçete ettiklerinde SGK tarafından geri ödemesi olmadığı için reçete etmediklerini söylemişlerdir. Asistan aile hekimlerinin %50'si simvastatin, uzman aile hekimlerinin %30.4'ü rosuvastatin reçete ettiklerini belirtmiştir. Hekimlerin %62.4'ü 1-2 tane, %25.8'i 3-5 tane, %7.9'u 6-10 tane, %3.7'si 11 tane ve üzeri statin reçete ettiğini ifade etmiştir. Hekimlerin reçete ettikleri statin sayılarının dağılımı incelendiğinde ünvanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.084$). Hekimlerin %25.3'ü, hastalarına dislipidemi tedavisi için bitkisel ilaçları önerdiklerini söylemişlerdir. Ünvanlara göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.191$). Hekimlerin %72.4'ü statin başladıkları hastaları statinlerin yan etkileri açısından takip ettiklerini söylemişlerdir. Asistan ve uzman aile hekimleri (%80.3, %80.5), istatistiksel olarak anlamlı olarak pratisyen aile hekimlerinden (%62.7) statinlerin yan etkilerini daha fazla takip etmektedirler ($p=0.027$). Hekimlerin en fazla gördükleri statin yan etkileri sorgulandığında; %57.5'i myopati, %56'sı AST ve ALT'de yükselme, %50.3'ü yorgunluk, %3'ü kan şekerinde yükselme görmüşlerdir (Tablo 5). Hekimlerin %44.4'ü dislipidemiyle ilgili son kılavuzları takip ettiğini söylemiştir. Asistan ve uzman aile hekimleri (%50.8, %68.3) istatistiksel olarak anlamlı olarak pratisyen aile hekimlerinden (%29.8) daha fazla dislipidemiyle ilgili tanı ve tedavi kılavuzlarını takip etmektedir ($p=0.001$). Hekimlerin %54.3'ü dislipidemi tanısı koymak ve tedavi edebilmek için yeterli bilgiye ve deneyime sahip olduğunu düşünmektedir. Uzman aile hekimleri (%78) istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde asistan ve pratisyen aile hekimlerden (%52.4, %41.3) daha fazla dislipidemi tanısı koymak ve tedavi edebilmek için yeterli bilgiye ve deneyime sahip olduğunu düşünmektedir.. Uzman aile hekimlerinin %58'i uzmanlık eğitimi sırasında, pratisyen aile hekimlerinin %34'ü tıp fakültesi eğitimi sırasında yeterli eğitim aldığını düşünüyor. Tablo 6'da pratisyen, asistan ve uzman aile hekimlerinin dislipidemi tedavisine yaklaşımları arasında genellikle anlamlı bir fark olmadığı, yalnızca 'Dislipidemik hastaların ilaçları kolesterol düzeyleri normal değerlere kesilir mi?' sorusuna pratisyen aile hekimleri, asistan ve uzman aile hekimlerinden anlamlı olarak daha fazla 'evet' cevabını vermişlerdir. Pratisyen, asistan ve uzman aile hekimleri arasında, 'aynı dozda devam edilir' cevabı açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Asistan ve uzman aile hekimleri 'statin tedavisi idame dozunda devam edilir?' cevabını verenlerin

sayısı anlamlı olarak pratisyen aile hekimlerinden fazladır.

Tartışma

Statin tedavisinin kardiyovasküler yararları gösterilmiş olup tüm kılavuzlarda hem primer, hem de sekonder korunmada kullanılması önerilmiştir. Buna rağmen yapılan çalışmalarda, hem ülkemizde hem de dünyada, statin tedavisine uyumun çok iyi olmadığı, tedaviye başlansa bile hastaların çoğunun bir süre sonra ilaçları kullanmayı bıraktığı görülmektedir (10-13). Statin tedavisini bırakan hastaların tedaviyi bırakma nedenlerinin sorgulandığı bir çalışmada en sık nedenin kolesterol düşürücü ilaçlar ile ilgili olarak bazı doktorların medyadaki olumsuz görüşleri (%52.9) ve başka bir doktorun tavsiyesi (%34.3) olduğu söylenmiştir (7). Statin tedavisine başlama ve devam ettirmede hekimlerin de çekinceleri olduğu görülmektedir. Doğu Avrupa ülkelerindeki birinci basamak hekimlerinin statin reçete etme alışkanlıkları ile ilgili yaptığı bir çalışmada hekimlerin %86.4'ünün güncel kılavuzlara göre statin reçete ettiği görülmüştür. Bu çalışmada Avrupa ülkeleri karşılaştırıldığında en çok Polonya'daki birinci basamak hekimlerinin (%91) statin reçete ettiği gösterilmiştir (14). Çalışmamızda aile hekimlerinin %50.8'inin hastalarına statin tedavisi başladıklarını söylemişlerdir. Aynı çalışmada birinci basamak hekimlerinin %89.9'unun kardiyovasküler hastalıklardan sekonder korunmada statin reçete ettikleri saptanmıştır. Ülkeler arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde Polonyalı katılımcıların %99'u, Bulgar doktorların %81.6'sı sekonder korunmada düzenli olarak statin reçete ettiklerini söylemiştir. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamıza katılan aile hekimlerinin çok azının kardiyovasküler hastalıklardan sekonder korunmada statin reçete ettikleri görülmektedir (%18.5) (14). Yine bu çalışmada hekimlerin uzmanlığı ile statin reçete etmesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Uzman aile hekimlerinin (%91.1) pratisyen aile hekimlerine (%85.9) göre anlamlı olarak daha fazla statin reçete ettikleri görülmüştür (14). Çalışmamızda da benzer şekilde uzmanlık eğitimi almanın ve uzman olmanın statin reçete etme alışkanlığına etkisi olduğu görülmüştür. Asistan ve uzman aile hekimlerinin anlamlı olarak pratisyen aile hekimlerinden daha fazla statin reçete ettiğini aile hekimliği uzmanlık eğitiminin müfredatının bu konuda başarılı olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %96'sının, başka bir çalışmada ise hekimlerin %87'sinin kardiyovasküler hastalığı

Tablo 6: Pratisyen, asistan ve uzman aile hekimlerinin dislipidemi tedavisine yaklaşımları

		Grup							
		Pratisyen Aile Hekimi		Asistan Aile Hekimi		Uzman Aile Hekimi		Tüm Aile Hekimleri	
		n	%	n	%	n	%	%	P (Grup)
Dislipidemik Hastaların Önemli Bir Kısımı	Katılıyorum	5	45.5	3	27.3	3	27.3	5.9	
	Kısmen	38	56.7	17	25.4	12	17.9	35.6	
Tedavi Olmasa Bile Kendiliğinden Düzeler	Katılıyorum	41	37.6	42	38.5	26	23.9	58	
	Katılmıyorum	0	0	1	1000	0	0	0.5	
Dislipidemi Diyet Ve Egzersiz Düzenlemesi İle Tamamen Düzeler	Katılıyorum	10	62.5	3	18.8	3	18.8	8.6	0.205
	Kısmen	66	45.5	47	32.4	32	22.1	77.5	
	Katılmıyorum	7	28	12	48	6	24	13.4	
Dislipidemik Hastaların İlaçları Kolesterol Değerleri Normal Değerlere Dönünce Kesilir	Katılmıyorum	1	100	0	0	0	0	0.5	0.345
	Bilmiyorum	18	75	3	12.5	3	12.5	12.8	
	Evet	7	36.8	10	52.6	2	10.5	10.1	
Statınler Bağımlılık Yapabilir	Devam Edilir	50	37.9	48	36.4	34	25.8	70.2	0.005
	İdame Dozunda	9	69.2	2	15.4	2	15.4	6.9	
	Diğer	81	45.3	60	33.5	38	21.2	95.7	
Statınler Bağımlılık Yapabilir	Hayır	3	37.5	2	25	3	37.5	4.3	0.550
	Evet								

olan tüm hastalara statin reçete ettiği saptanmıştır (15, 16). Başka bir çalışmada iskemik kalp hastalığı ve diyabeti olan hastalarda statinlerin genel popülasyona göre daha fazla reçete edildiği gösterilmiştir (17). Çalışmamızda tüm aile hekimleri değerlendirildiğinde kardiyovasküler riski çok yüksek veya kardiyovasküler hastalığı olan hastalara statin reçete etme oranların diğer çalışmalara göre oldukça düşük kaldığı görülmüştür. Asistan ve uzman aile hekimlerinin statin reçete etme oranlarının pratisyen aile hekimlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hem alınan uzmanlık eğitiminin hem de uzman aile hekimleri tarafından reçete edilen statinlerin Sağlık Uygulama Tebliğine (SUT) uygun olarak Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından geri ödenen ilaç listesinde olmasının bu durumda etkili olduğu düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda ortaya çıkan pratisyen aile hekimlerinin çoğu SGK tarafından geri ödemesi olmadığı için statin reçete edemedikleri sonucu da bu yorumumuzu desteklemektedir. En son çıkan kılavuzlar kardiyovasküler riski yüksek kişilerde LDL kolesterolü 100 mg/dl, hatta daha altına çekilmesi gerektiğini vurgulanmış ve uygulamaya girmiştir (18). Bir çalışmada kardiyovasküler riski yüksek olan kişilerde LDL kolesterolü 100 mg/dl'nin altına düşürülmesi gerektiğini düşünen aile hekimlerinin oranı %74, diyabetik hastalarda

LDL kolesterolü 100 mg/dl'nin altına düşürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ise %87 çıkmıştır (15). Bizim çalışmamızda kardiyovasküler riski orta olan kişilerde LDL kolesterolü 100 mg/dl'nin altına düşürmek gerektiğini düşünen aile hekimlerinin oranı %18,5 iken diyabeti olanlarda 100 mg/dl altına düşürmek gerektiğini düşünen aile hekimlerinin oranı %19'dur. Kılavuzlar ısrarla kardiyovasküler riski yüksek veya diyabeti olanlarda LDL kolesterol düzeyini mümkün olduğunca aşağı çekilmesini tavsiye ederken bizim oranlarımız çok düşük çıkmıştır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından belirli aralıklarla yayımlanan tanı ve tedavi yıllığında güncel kılavuzlara ait bilgilerin güncellenmesi faydalı olacaktır. Yapılan bir çalışmada en fazla statin reçete etme endikasyonunun kardiyovasküler hastalık, daha sonra esansiyel hipertansiyon, LDL kolesterol yüksekliği, mikroalbuminüri ve sigara içme öyküsü olduğu ortaya çıkmıştır (14). Bizim çalışmamızda da en fazla kronik böbrek hastalığı (%43.4), esansiyel hipertansiyon (%30.7) endikasyonu ile statin reçete edildiği, diyabet ve kardiyovasküler hastalık endikasyonu ile statin reçete edilme oranının nispeten daha az olduğu görülmüştür. Kardiyovasküler hastalıklardan hem primer hem sekonder korunmada birinci basamak hekimlerinin çok önemli rolü varken (2), kardiyovasküler

hastalığı veya diyabeti olanlarda statin tedavisinin öneminin çok iyi bilinmediği açıktır. Hekimlerin statin reçete etme alışkanlığı ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda hekimlerin simvastatin, atorvastatin, rosuvastatin ve pravastatin en çok reçete edilen statinlerdir (13, 19). Avrupa’da yapılan bir çalışmada doktorların %72.5’u atorvastatin, % 68’i simvastatin, çok düşük oranda diğer statinleri reçete ettikleri gösterilmiştir (14). 1998-2002 arasında, birinci basamakta statinlerin reçete edilme trendlerinin incelendiği bir çalışmada en fazla pravastatin reçete edildiği, atorvastatinin reçete edilme trendinde ise bir artış tespit edildiği görülmüştür. Pravastatinin en sık reçete edilmesinin sebebi olarak o dönem yapılan çalışmalarda pravastatin ve simvastatin kullanılması sebep olarak gösterilmiştir (17). İtalya’da ilaç kullanımına dair ulusal raporda en fazla reçete edilen statinin atorvastatin olduğu, onu rosuvastatin ve simvastatin takip ettiği bildirilmiştir (20). Diyabetik hastalara hekimlerin statin reçete etme alışkanlıklarının sorgulandığı bir çalışmada diyabetiklere en fazla atorvastatin reçete edildiği, atorvastatinin tolere edemeyenlerde veya özellikle kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlarda LDL hedeflerine ulaşamadıysa daha potent olmasından dolayı rosuvastatin tercih edilmiştir (3). Bu Avrupa ülkelerinde en fazla simvastatin ve atorvastatin reçete edildiği saptanmıştır. REALITY çalışmasında simvastatin ve atorvastatinin en çok reçete edilen ilaçlar olduğu gösterilmiştir (21). Finlandiya ve Norveç’te hekimlerin çoğunluğu simvastatin veya atorvastatin reçete etmektedir (17, 22). Bizim çalışmamızda hekimlerin %72’sinin atorvastatin reçete ettikleri sadece iki hekimin (%1.1) simvastatin reçete ettiği görülmüştür. Simvastatinin yine SUT kuralları gereğinde raporlu olsa da, artan dozlarda sadece kardiyoloji branşına ait hekimlerce reçete edildiğinde geri ödemesinin sağlandığı için reçetelenme oranlarını azalttığını düşünmekteyiz. Hiperlipidemi tedavisinde bitkisel ilaçların faydasıyla ilgili birçok çalışma yapılmıştır (23) fakat bununla ilgili geniş çaplı, randomize kontrollü klinik çalışmalar yoktur. Bu nedenle bitkisel ilaç kullanımıyla ilgili kılavuzlarda bir tavsiye bulunmamaktadır (6). Buna rağmen çalışmamızda hekimlerin %25.3’ü bitkisel ilaçları önerdiklerini belirtmişlerdir. Statinlerin en sık görülen yan etkisi rabdomiyoliz, ve karaciğer fonksiyonları üzerine olan etkilerdir (6). Statin kullanan hekimlerin en çok tedavi bırakma nedenlerinin sorgulandığı bir çalışmada %10.7’sinin kasla ilgili yan etkiler nedeniyle bıraktığı görülmüştür (8). Çalışmamıza katılan hekimlerde bununla uyumlu olarak en fazla myopati ve karaciğer fonksiyon bozukluğuyla

karşılaştıklarını söylemişlerdir. Hekimlerin artan defansif tıp uygulamalarının bu yan etkilerle karşılaşmamak için statin reçete etmekte istekli olmadıkları düşünülmektedir. Çalışmamızda aile hekimlerinin %45.2’sinin dislipidemiyle ilgili güncel kılavuzları takip ettiklerini söylemektedirler. Bu oran 2006’da aile hekimleri ile yapılan çalışmadaki %85 oranından oldukça düşüktür. Aynı çalışmada hekimlerin %58’inin geçtiğimiz yıllarda bilimsel bir faaliyete katıldıklarını söylemişlerdir (15). Bizim çalışmamızda da hekimlerin %21.4’ü bilimsel faaliyetlere katılabildiklerini söylemiştir. Hekimlerin bilimsel aktiviteler daha fazla zaman ayırabilmelerine teşvik edilmelidir ve fırsat verilmelidir. Backlund ve ark.lipid kılavuzlarını takip eden hekimlerin genç hekimler olduğunu göstermişlerdir (24). Bizim çalışmamızda da asistan ve uzman aile hekimlerinin anlamlı olarak dislipidemi ile ilgili kılavuzları takip ettikleri görülmüştür. Yiğiner ve ark.’nın statin kullanımına uyum ve hedef LDL değerlerine ulaşılması üzerine yaptıkları bir çalışmada hastaların %56.2’sinin statin tedavisini kestikleri, tedavisini kesenlerin %35’inin de kan kolesterol düzeyi normale döndüğü için kestiklerini söylemişlerdir (25). Hekimlere kolesterol ilaçlarını normal değerlere indiğinde kesip kesmedikleri sorulduğunda %58’i kesmeyip devam ettiklerini söylemişlerdir.

Sonuç

Birinci basamak hekimlerinin kardiyovasküler hastalıklardan korunmada çok önemli bir rolü olduğu büyük çaplı çalışmalarda kanıtlanmıştır (2). Kardiyovasküler riskin hesaplanmasında birçok hesaplama yöntemi kullanılmaktadır. Kardiyovasküler risk hesaplandıktan sonra güncel kılavuzlar eşliğinde tedavi başlanmalıdır. Bu nedenle hem aile hekimliği çekirdek eğitim programında belirtilen eğitim olanakları, hem de bilimsel faaliyetler konusunda tüm hekimlerin güncel kılavuzlar hakkında tedavi protokollerinin bilgi düzeylerinin artırılmasının desteklenmesi gerektiğine inanıyoruz. Ayrıca, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığına bağlı Sosyal Güvelik Kurumunca düzenlenmesi yapılan Sağlık Uygulama Tebliği uygulamalarının birinci basamakta kardiyovasküler hastaların ilaca erişimini zorlaştırmaktadır. Güncel kılavuzlar eşliğinde hastaların kardiyovasküler risklerine göre özellikle lipid düşürücü ilaçların geri ödemesini kolaylaştırıcı yönde düzenleme yapmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz. Kardiyovasküler hastalıkların erken tanı ve doğru tedavisi ve izlemi 2. ve 3. basamak sağlık tesislerindeki yoğunlukları azaltılabilir. Ayrıca daha maliyetli tedavi ve

uygulamaları azaltacağı gibi ortalama yaşam ömrünün de uzatılmasına katkı sağlayacaktır.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal beyan: Herhangi bir finansal destek sağlanmamıştır.

Yazar katkıları: Makalenin ana fikrinin belirlenmesi, literatür taranması, makalenin yazımı ve materyallerin seçimi Harun Karahan, Hacer Hicran Mutlu tarafından yapıldı. İstatistik değerlendirme ve materyallerin seçimi Hasan Hüseyin Mutlu ve Serkan Öztürk tarafından yapıldı.

Etik onam: Bu çalışma için Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.12.2008 tarih 2018/0474 nolu karar ile izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Cardiovascular Diseases 2020, World Health Organization, https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1, (ET.15.04.2020)
2. Nunez-Cortes JM, Gimilio JFA, Alonso VB, Amenos AC, Fuster VP, Montoya JP-B, et al. Prescription Habits for Statins in Patients with Impaired Glucose Metabolism. Results of a program with Focus Groups to Assess the Selection Criteria; Am J of Card and Cardiovas Disc. 2019;1(1):01-6.
3. Teramoto T, Uno K, Miyoshi I, Khan I, Gorcyca K, Sanchez RJ, et al. Low-density lipoprotein cholesterol levels and lipid-modifying therapy prescription patterns in the real world: An analysis of more than 33,000 high cardiovascular risk patients in Japan; Atherosclerosis 2016;251:248-254.
4. Schoen MW, Salas J, Scherrer JF, Buckhold FR. Cholesterol treatment and changes in guidelines in an academic medical practice. Am J Med 2015;128(4):403-409.
5. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Kijowska V, Dubas K. Lipid-lowering pharmacotherapy in Central and Eastern European countries in cardiovascular prevention: self-reported prescription patterns of primary care physicians; J Cardiovasc Pharmacol Ther 2013;18(3):234-242.
6. Alsancak AD, Gümüş E, Dincer G, Tekin O, Alsancak Y, Dincer ZS. Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili? Türk Aile Hekimliği Derg 2016;20(1):23-28.
7. Stack PS, Ogola GO. Survey of Personal Use of Statins by Prescribers. Am J Cardiol 2020;125(4):549-552.
8. Tušek-Bunc K, Kersnik J, Petek-Šter M, Petek D, Klemenc-Ketiš Z. Explanatory model of prescribing behavior in prescription of statins in family practice. Wiener Klinische Wochenschrift 2010;122(2):79-84.
9. Keskin A. Status of Reaching LDL Goals In Diabetic Patients and Frequency of Statin Treatment Compliance. Ankara Med J 2012;12(3):122-123.
10. Svensson E, Nielsen RB, Hasvold P, Aarskog P, Thomsen RW. Statin prescription patterns, adherence, and attainment of cholesterol treatment goals in routine clinical care: a Danish population-based study. J Clin Epidemiol 2015;7:213.
11. Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol--United States, 1999-2002 and 2005-200. Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/mmwr>. (ET.15,04,2020)
12. Ferrajolo C, Arcoraci V, Sullo MG, Rafaniello C, Sportiello L, Ferrara R, et al. Pattern of statin use in southern Italian primary care: can prescription databases be used for monitoring long-term adherence to the treatment? PloS one 2014;9(7): e102146.
13. Berthold HK, Gouni-Berthold I, Böhm M, Krone W, Bestehorn KP. Patterns and predictors of statin prescription in patients with type 2 diabetes. Cardiovasc Diabetol 2009;8(1):25.
14. Eaton CB, Galliher JM, McBride PE, Bonham AJ, Kappus JA, Hickner J. Family physician's knowledge, beliefs, and self-reported practice patterns regarding hyperlipidemia: a National Research Network (NRN) survey. J American Board Fam Med 2006;19(1):46-53.
15. Reiner Ž, Sonicki Z, Tedeschi-Reiner E. Physicians' perception, knowledge and awareness of cardiovascular risk factors and adherence to prevention guidelines: the PERCRO-DOC survey. Atherosclerosis 2010;213(2):598-603.
16. Teeling M, Bennett K, Feely J. The influence of guidelines on the use of statins: analysis of prescribing trends 1998-2002. Br J Clin Pharmacol 2005;59(2):227-232.
17. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management

- of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2020;41(1):111-188.
18. Trifirò G, Alacqua M, Corrao S, Moretti S, Tari D, Galdo M, et al. Lipid-lowering drug use in Italian primary care: effects of reimbursement criteria revision. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64(6):619-625.
 19. di lavoro OsMed G. Luso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2012. 2012.
 20. Ganse EV, Laforest L, Alemao E, Davies G, Gutkin S, Yin D. Lipid-modifying therapy and attainment of cholesterol goals in Europe: the Return on Expenditure Achieved for Lipid Therapy (REALITY) study. *Curr Med Res Opin* 2005;21(9):1389-1399.
 21. Alemao E, Yin D, Sintonen H, Salomaa V, Jousilahti P. Evaluation of Lipid-Lowering Therapy and Cholesterol Goal Attainment in Finland. *Am J Cardiovasc Drug* 2006;6(5):349-355.
 22. Yayla Ç, Karagöz EU. Hiperlipidemi Tedavisinde Destekleyici Ajanlar. *Türkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics* 2016;9(4):50-56.
 23. Backlund L, Danielsson B, Bring J, Strender L-e. Factors influencing GPs' decisions on the treatment of hypercholesterolaemic patients. *Scand J Prim Health Care* 2000;18(2):87-93.
 24. Yiğiner Ö, Özmen N, Özçelik F, İnanç T, Kardeşoğlu E, Uz Ö, et al. Adherence to statin therapy and LDL cholesterol goal attainment in type 2 diabetics and secondary prevention patients: the role of education and knowledge. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2010;38(8):544-550.