



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**BİR EĞİTİM HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE**  
**BAŞVURAN HASTALARIN ASETİLSALİSİLİK ASİT**  
**KULLANMA NEDENLERİNİN VE ASETİLSALİSİLİK ASİT**  
**İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**Dr. Aysima BULCA ACAR**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANTALYA, 2020**



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ANTALYA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**BİR EĞİTİM HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE**  
**BAŞVURAN HASTALARIN ASETİLSALİSİLİK ASİT**  
**KULLANMA NEDENLERİNİN VE ASETİLSALİSİLİK ASİT İLE**  
**İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI**

**Dr. Aysima BULCA ACAR**

**Tez Danışmanı**

**Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANTALYA, 2020**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
4. BULGULAR .....	19
5. TARTIŞMA .....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7. KAYNAKLAR.....	48
8. ÖZGEÇMİŞ .....	53
9. EKLER.....	54

## TEŞEKKÜR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği'nde uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden beri her konuda desteğini ve yakınlığını hissettiğim ve deneyimleriyle yoluma ışık tutan Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Sayın Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN'e,

Eğitim sürecim boyunca her zaman anlayışlı, hoşgörülü ve içten tavırlarıyla karşılaştığım Sayın Uzm. Dr. Zeynep AŞIK'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum uzman hekimlerimiz ve asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm hemşirelerimiz ve Klinik sekreterlerimize,

Tıpta uzmanlık sınavı sürecimde her türlü sıkıntıma ortak olup Aile Hekimliği Uzmanı olmaya giden yolda motivasyonlarını ve desteklerini esirgemeyen canım ablam Dr. Fevziye BULCA KARADEM ve kıymetli eşi Dr. Kadir Burhan KARADEM'e,

Daha iyisi olabilmek yolunda her zaman bana güvenerek cesaret veren, hayatımda olmasından dolayı kendimi şanslı saydığım canım kardeşim İrfan BULCA'ya,

Hep arkamda olduklarını bildiğim ve varlıklarıyla güç bulduğum canım abim Mehmet BULCA ve değerli eşi Merve Nur KAYA BULCA'ya,

Bu güzel aileye sahip olmamı sağlayan kıymetli anne ve babama,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi tez dönemimde de sevgi ve ilgisini derinden hissettiren, mesleki gelişimimde önemli role sahip olan ve hayatı sevgiyle paylaştığım canım eşim Dr. Ayhan ACAR'a teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Aysima BULCA ACAR**

**Antalya, 2020**

## KISALTMALAR

AA	: Araşidonik asit
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AH	: Aile hekimi
AKS	: Akut koroner sendrom
ASA	: Asetilsalisilik asit
ASCEND	: A Study of Cardiovascular Events iN Diabetes
ASSOS	: Appropriateness of Aspirin Use in Medical Outpatients
COX	: Siklooksijenaz
cPLA2	: Sitozolik fosfolipaz
CURE	: Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events
DM	: Diabetes mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GIS	: Gastrointestinal sistem
HDL	: Yüksek dansiteli lipoprotein
HT	: Hipertansiyon
KABG	: Koroner arter by-pass grefti
KAG	: Koroner anjiyografi
KOAH	: Kronik obstruktif akciğer hastalığı
KVC	: Kardiyovasküler cerrahi
KVS	: Kardiyovasküler sistem
MI	: Miyokard infarktüsü
NSAİİ	: Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar
PAIN	: Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen New tolerability study
Pg	: Prostoglandin
PKG	: Perkutan koroner girişim
PTKA	: Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SCORE	: Systematic Coronary Risk Evaluation
SVH	: Serebrovasküler hastalık
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TxA2	: Tromboksan A2

## TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan hastaların demografik verileri	19
Tablo 4.2. Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık durumları ve dağılımı	20
Tablo 4.3. Hastaların ASA kullanımını ile ilgili bilgiler	21
Tablo 4.4. Hastaların kendi ifadesi ile ASA kullanma nedenleri	22
Tablo 4.5. Hastaların ASA kullanımını ile ilgili diğer bilgiler	24
Tablo 4.6. Cinsiyet ve ASA kullanımını ile ilişkili özelliklerin karşılaştırılması	26
Tablo 4.7. Yaş ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	28
Tablo 4.8. Öğrenim durumu ile ASA kullanımına ilişkin özelliklerin karşılaştırılması	30
Tablo 4.9. Kronik hastalık durumu ile ASA kullanım kararı ve kullanım şekli ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	31
Tablo 4.10. Hipertansiyon tanısı olma ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	32
Tablo 4.11. KAH hastalık durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	32
Tablo 4.12. Kalp krizi öyküsü ile ASA tedavisine uyumun karşılaştırılması	32
Tablo 4.13. SVH hastalık durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	33
Tablo 4.14. Diğer vasküler hastalıklar durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması	33
Tablo 4.15. Hastaların göğüs ağrısı, MI, KVS girişi, inme öyküsü dağılımları	34
Tablo 4.16. Hastaların ASA ile ilgili bilgi durumları	35
Tablo 4.17. Hastaların ASA başlama durumu ile ASA hakkındaki bilgilerinin karşılaştırılması	37
Tablo 4.18. Hastaların aile hekimleri ile ilgili verileri	38
Tablo 4.19. ASA hakkında hekimin bilgi vermesi durumu ile ASA kullanım şekli ve hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme durumlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.20. Hastaların ASA kullanım gerekçeleri ile ASA tedavi uyumu ve ASA kullanımının amaca uygunluğunun dağılımı	39
Tablo 4.21. ASA kullanımını önerene göre ASA hakkında bilgi verilme durumu	40

## ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 2.1. Asetilsalisilik asitin kimyasal yapısı 6
- Şekil 2.2. Araşidonik asitten siklooksijenaz yolu ile tromboksan A2 ve prostoglandin sentezi 7



## ÖZET

### **Bir Eğitim Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Asetilsalisilik Asit Kullanma Nedenlerinin ve Asetilsalisilik Asit ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması**

**Giriş:** Asetilsalisilik asit (ASA), toplumda yaygın olarak bilinen adı ile Aspirin, analjezik, antiinflamatuvar, antipiretik, antiagregan etkilere sahiptir. ASA, gerek hekimler tarafından kardiyovasküler hastalıkların (KVH) tedavisi ile ilişkili olarak, gerekse hastalar tarafından çeşitli gerekçelerle kullanımına sık olarak başvuru alan medikal bir ajandır. Sağlayacağı yararların yanında ASA kullanımı ile başta yaşamı tehdit eden kanama olmak üzere çeşitli zararlar doğabilmektedir. Yapılan çalışmalarda KVH'lerin tedavisinde sekonder korumada ASA kullanım gerekliliği savunulurken, primer korumada yarar-zarar oranının net olmamasından dolayı kullanımının tartışmalı olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmanın amacı ASA'nın etki, yan etki, kullanım alanı, kullanım gerekliliği gibi konularda hastaları bilgilendirerek olası zararlardan hastaları korumaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya dahil edilen hastalar yaşamı boyunca en az bir kez ASA kullanımı olan bireylerden oluşmaktadır. Hekim önerisi ile ASA kullanımı olan 69 kişi ve hekim önerisi dışında ASA kullanımı olan 50 kişi çalışmaya dâhil edilerek ASA kullanım nedenleri ve ASA hakkındaki bilgi düzeyleri ayrıntılı olarak sorgulanarak kaydedilmiştir. Hastalar sorgulandıktan sonra ASA'nın etki, yan etki, kullanım alanı, kullanım gerekliliği gibi konularda hastalara bilgi verilmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımı kapsamında hazırlanmış olduğu İnternet sitesinde "Bilinçli Asetilsalisilik Asit Kullanımı" başlığı ile yayımladığı bilgiler broşür halinde basılarak hastalara verilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda hekim önerisi ile ASA kullanan 69 hastanın 19'una (%27,5) primer koruma amacı ile 50'sine (%72,5) sekonder koruma amacı ile tedavi başlandığı belirlenmiştir. Hekim tarafından tedavisi başlanan hastaların 26'sının (%37,7) hekim tarafından bilgilendirildiği saptanmıştır. Hekim önerisi dışında kullanımda hastaların 11'i (%22) endikasyon dışı olarak değerlendirilen kullanım amacı belirtirken yalnızca 13 (%26,0) hastanın kullanımının amaca uygun olduğu



belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanım kararı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,015$ ). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda hekim önerisi ile ASA kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların prospektüsü okuma durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,006$ ). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda prospektüsü okuduğu belirlenmiştir. Altmış beş yaş ve üzeri grupta; hekim önerisi ile ASA kullanmaya başlama oranının ( $p=0,038$ ), düzenli ASA kullanma oranının ( $p=0,038$ ), her gün ASA kullanma oranının ( $p=0,012$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların kalp krizi öyküsü ile tedaviye uyumları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kalp krizi öyküsü olan hastaların tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Hastalar sıklıkla hekim önerisi olmadan amaca uygun olmayan dozda veya endikasyon dışı gerekçelerle ASA kullanmaktadır. Sonuçlarımız, hastalıkların yönetiminde, risk düzeylerinin belirlenmesinde ve ASA kullanımı konusunda hekimler ve hastalar arasındaki kurulacak iletişimin önemini açığa çıkarmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Asetilsalisilik asit, Bilgi düzeyi, Kardiyovasküler hastalıklar, Birincil koruma, İkincil koruma.

## ABSTRACT

### **Determination of Reasons for Using Acetylsalicylic Acid and Knowledge Levels Regarding Acetylsalicylic Acid in Patients Applying to a Training Hospital Family Medicine Outpatient Clinic**

**Introduction:** Acetylsalicylic acid (ASA), commonly known in the community as Aspirin, has analgesic, anti-inflammatory, antipyretic, anti-aggregant effects. ASA is a medical agent frequently used by physicians in relation to the treatment of cardiovascular diseases (CVD), as well as by patients for various reasons. In addition to the benefits it provides, various damages, especially life-threatening bleeding, may occur with the use of ASA. While the necessity of using ASA in secondary protection in the treatment of CVD is advocated, it is stated that its use is controversial because the benefit-loss ratio in primary protection is not clear. The aim of this study is to protect patients from possible harms by informing patients about ASA's effects, side effects, usage areas, necessity of use.

**Methods:** The patients included in the study consist of individuals who have used ASA at least once in their lifetime. Sixty nine people who used ASA with the recommendation of a physician, and 50 people who used ASA with the exception of the physician's recommendation were included in the study. The reasons for using ASA and the level of knowledge about ASA were recorded by asking in details. After the patients were questioned, the patients were informed about ASA's effects, side effects, usage area, and the necessity of use. In addition, the information prepared by the Ministry of Health within the scope of Rational Drug Use and published on the website under the heading "Conscious Acetylsalicylic Acid Use" was printed in a brochure and given to patients.

**Results:** In the group using ASA with the recommendation of a physician, it was determined that 19 (27.5%) of 69 patients using ASA for primary prevention and 50 of 69 using for secondary prevention. It was determined that 26 (37.7%) of the patients whose treatment was started by the physician were informed by the physician. In the group using ASA without physician advice, while 11 patients (9.2%) stated the purpose of use which was considered to be out of indication, only

13 (26.0%) were found to be suitable for the purpose. A statistically significant relationship was found between patients participating in the study when the gender of ASA was compared with the decision to use ( $p=0.015$ ). It was determined that men use ASA with the recommendation of physicians more than women. When the prospectus reading status of the patients participating in the study was compared with gender, a statistically significant relationship was found ( $p=0.006$ ). It was determined that women read the prospectus more than men. In the age group 65 and over; the rate of starting ASA with the recommendation of a physician ( $p=0.038$ ), the rate of regularly using ASA ( $p=0.038$ ), the rate of daily using ASA ( $p=0.012$ ) were statistically significantly higher. When the patients who participated in the study were compared with the history of heart attack and treatment compliance, a statistically significant relationship was found ( $p<0.001$ ). It was determined that patients with a history of heart attack have higher compliance rates.

**Conclusion:** Patients often use ASA at a dose that is unsuitable purpose or indication, without the advice of a physician. Our results have revealed the importance of communication between physicians and patients in the management of diseases, determination of risk levels and use of ASA.

**Key Words:** Acetylsalicylic acid, Knowledge level, Cardiovascular diseases, Primary prevention, Secondary prevention.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişilere ve çevreye yönelik alınacak tedbirler ile sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan koruyucu sağlık hizmetlerinin gereklerindedir.

Hastalıklar ortaya çıktıktan sonra tedavi etmek hem daha zor hem de daha maliyetlidir. Koruyucu sağlık hizmetleri sorunun ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlar ve bu kapsamda birincil, ikincil ve üçüncül korumadan bahsedilir. Aşılama, sağlık eğitimi, dengeli beslenme gibi hastalık oluşmadan alınacak önlemler birincil koruma içerisinde yer alırken ikincil koruma tarama yöntemleri ile klinik bulgu ve belirtiler ortaya çıkmadan erken teşhis ve tedaviyi amaçlar. Meme muayenesi, gebe ve çocuk izlemi gibi periyodik muayeneler ikincil korumaya örnektir. Üçüncül korumada ise mevcut hastalığın ilerlemesi ve komplikasyon gelişmesi engellenerek hastaların yaşam kalitesini artırmak hedeflenir.

Son dönemlerde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına “dördüncül koruma” kavramı eklenmiştir. Dördüncül koruma; gereğinden fazla tıbbi tedavi uygulanan hastaları belirlemeyi ve bu tedavilerden doğabilecek olumsuz sonuçlardan hastaları korumayı amaçlamaktadır (1).

Aile hekimi (AH), kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda sunmakla yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan hekimdir. Aile hekimleri kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar (2).

Aile hekimleri bireylere ve ailelere sürekli ve çok yönlü sağlık hizmeti verirken sağlığı iyileştirme ve iyilik halini sürdürmek için; riskleri en aza indirme (birincil korunma), erken tanı koyma (ikincil korunma) ve oluşabilecek komplikasyonları engellemeye (üçüncül korunma) yönelik yaklaşımlarda bulunur. Ayrıca aile hekimleri, kişileri ilgilendiren sağlık hizmetleri ve toplum kaynaklarının uygun

kullanımını içeren sağlıkla ilgili konularda gerektiğinde hasta savunuculuğu yapabilmek için yeterli niteliklere sahiptir (3).

Ne yazık ki hastalar, hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde kullanılan yöntemlerden, kendilerine yönelik tarama ya da koruma girişimlerinden olumsuz etkilenebilir. Örneğin hastalıklardan korunmak veya hastalıkları tedavi etmek amacıyla tıbbi tedavi uygulanan durumlarda ilaçlarla ilişkili olarak iyatrojenik zararlar ortaya çıkabilir. “Önce zarar verme” ilkesi tıp mesleğinin temel kuralıdır ve bu kural hekimlerin iyatrojenik zararlardan kaçınması gerekliliği ile de ilişkilidir (4).

Aile hekimliği hizmetlerinin temel unsuru olan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yeni bir tanımlama olan dördüncül koruma; tarama ve tedavi aşamasında lüzumsuz uygulamalardan uzaklaşmayı, uygunsuz antibiyotik-ağrı kesici-antidepresan kullanımı, endikasyon dışı aşı önerisi gibi durumlardan kaçınmayı gerektirir (5, 6). Bu gibi durumlardan hastanın zarar görmesini engellemek hasta savunuculuğu ve dördüncül korumanın gereklerindedir.

Aile hekimlerinin gerektiğinde hasta adına savunmanlık yapma görevi de vardır. Hekimler bireylere sunulan bakımı koordine edip sağlık kaynaklarının etkili kullanılmasını sağlayarak hastayı gereksiz tarama, tetkik ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan koruması ve sağlık sisteminin işleyişi ile ilgili hastalara kılavuzluk etmeleri beklenmektedir.

Kronik hastalıklar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Yıllar süren sağlık bakımına neden olabilen kronik hastalıklar, genel olarak yaşlı kişilerde görülse de bu yaş gruplarına özgü değildir. Çocuklar ve genç yetişkinlerin giderek artan sayıdaki kronik hastalıkları sonucunda kronik bakım yönetimi daha da önem kazanmıştır. Özellikle erken yaşlarda başlayan kronik hastalıkların yönetiminde aile hekimi son derece önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 yılında yayımladığı “Küresel Hastalık Yüku” raporunda, tüm dünyada önde gelen ölüm nedenlerinden olan kronik hastalıkların 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde, iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık (SVH) oranlarının daha da yükseleceği öngörülmektedir (7). Ülkemizde de nüfusun yaşlanmasına paralel olarak artan hastalık yükünün büyük bölümünü kronik

hastalıkların oluşturduğu bilinmektedir. Akturan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Türkiye'de 2009-2016 yılları arasındaki ölüm nedenleri incelenmiş ve her iki cinsiyette de ilk sıradaki ölüm nedeninin “dolaşım sistemi bozuklukları” olduğu belirtilmiştir. Dolaşım sistemi bozukluklarında ise her iki cinsiyette de iskemik kalp hastalığı ilk sırada yer alırken SVH ikinci sırada yer almaktadır (8).

Etkili bir hastalık yönetimiyle kronik hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri sınırlandırılarak belirtilerin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetimi son derece önemlidir. Bu yönetim kapsamında uygulanmakta olan tedavi yaklaşımlarının hastalar tarafından doğru anlaşılması tedavi başarısını artıracak, doğacak komplikasyon ve yüksek maliyetlerin önlenmesini sağlayacaktır.

Birinci basamak hekimleri, kronik hastalık yönetiminde hastalara uygulanan tanı ve tedavi yaklaşımlarını, hastaların tedaviyi uygulama şekillerini, kullandığı ilaçları ve ilaç dozlarını bütüncül bir kapsamda sorgulayarak oluşabilecek zarar ve olası yanlış uygulamalardan hastaları korumalıdır.

Toplumda sık kullanılan ilaçlardan biri de yaygın kullanım adıyla Aspirin olarak bilinen asetilsalisilik asittir (ASA). Asetillenmiş bir salisilat olan ASA, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) arasında yer alır ve farmakolojik olarak analjezik, antiinflamatuvar, antipiretik, antiagregan etkilere sahiptir (9).

Çeşitli farmakolojik etkiler gösterebilen bir ilaç olması nedeni ile ASA, gerek kronik hastalıklar durumunda tromboembolik olaylarda ilişkili olarak hekimler tarafından primer ya da sekonder koruma amacıyla tedavide önerilerek, gerekse hastalar tarafından çeşitli gerekçelerle toplumda sık kullanılan ilaçların başında gelmektedir. Kullanım nedenleri arasında baş ağrısı, kas ağrıları, artrit, diş ağrısı, sırt ağrısı, ateş, gribal enfeksiyon, tromboembolik olaylar gibi durumlar yer alırken her yıl dünyada tüketilen miktarın yüz milyar tablete yakın olduğu tahmin edilmektedir (10).

ASA, bu geniş kullanım alanı nedeni ile hastalarda “joker ilaç” düşüncesi oluşturabilmekte ve bu düşünce Aspirin kullanımını daha da yaygın hale getirebilmektedir. Bunun yanı sıra özellikle kardiyovasküler sistem (KVS) sorunlarında hekimler tarafından tedavide kullanılıyor olması hastalarda “kalbi

koruduğu” düşüncesini doğurmakta ve bütünüyle sağlıklı kişiler bile bu gerekçe ile ASA kullanımına yönelebilmektedir.

Etkilerinin yanı sıra yan etki profili de geniş olan bu ilaç; gastropati, kanama, akut böbrek hasarı, hiperürisemi, tinnitus gibi sorunlara sebep olabilmektedir (11).

ASA'nın endikasyon dışında ve kontrolsüz kullanımının hastalar açısından riskli durumlar oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada hastaların ASA kullanımına yönelik bir durum tespiti yapmak ve endikasyon dışında ya da yanlış dozlarda kullanım konusunda farkındalık oluşturarak hastalarda oluşabilecek zararların önüne geçilmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Asetilsalisilik Asitin Tarihçesi

Uzun yıllardır çeşitli endikasyonlarla kullanılan ASA'nın bileşimindeki salisilik asidi içeriğinde bulunduran söğüt kabuğunun reçete edildiği ilk kaynak, milattan önce 3000 yıllarına ait bir Sümer tabletidir (12). Buna göre ASA'nın tarihi 5000 yıl önceye dayanmaktadır.

Fakat salisilik asidin potansiyelinin farkına varılması 2 bin yıldan fazla zaman almıştır. İngiliz Kraliyet Akademisi, 1763 yılında Edward Stone isimli bir papazın söğüt ağacı kabuklarını toz haline getirip beş yıl süren çalışmalar yaptığını ve bu tozun hastaların ağrılarını azaltıp ateşini düşürdüğünü açıklamıştır. Binlerce yıl önce Sümerlerin keşfettiği söğüt, İngilizlerin "yeniden keşfetmesinden" sonra, 1800'lü yıllarda tüm dünyadaki kimyagerler, salisilik asidi sentetik olarak sentezleyebilmek için çaba göstermişlerdir. Münih Üniversitesi'nden Profesör Joseph Buchner, 1828 yılında söğüt kabuğunun ağrı kesici nitelikteki etkin maddelerinden biri olan ve "salisin" ismini verdiği sarı kristalleri ayrıştırmayı başarmıştır (13).

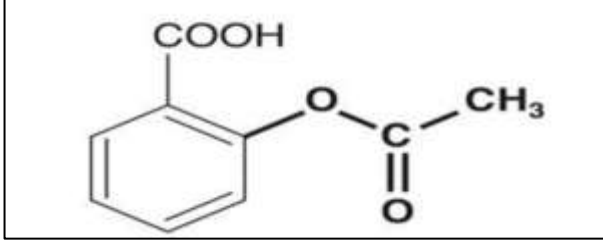
Fransız kimyager Charles Gerhard, 1853'te sodyum salisilatın asetil klorür ile reaksiyonunu göstermiş ve "asit aseto-salisilik" olarak adlandırdığı beyaz bir madde elde etmiştir. Aslında asetilsalisilik asit olan bu madde kararsız oluşu ve saf olmayışı nedeni ile fazla ilgi çekmemiştir (14).

Salisilik asit ve salisinden ilaç üretme yarışını ise Almanlar kazanmıştır. Bayer fabrikasında çalışan genç kimyager Felix Hoffmann, Fransız kimyager Charles Gerhard'tan tam 44 yıl sonra, 10 Ağustos 1897 günü laboratuvarında asetilsalisilik asit sentezlemiştir. Bayer, kimyageri Felix Hoffmann'ın sentezlediği asetilsalisilik asit etken maddesini kullanarak toplumda bilinen adı ile Aspirin'i üretmeye başlamış ve Aspirin ilk sentetik ilaçlardan biri olarak yaygınlaşmıştır (13). ASA; analjezik, antiinflatuar, antipiretik etkileri nedeni ile ilaç piyasasındaki yerini 1899 yılında almış olsa da antiplatelet ve antitrombotik etkileri nedeni ile yaklaşık olarak son 70 yıldır kullanılmaktadır (15).



## 2.2. Asetilsalisilik Asitin Kimyasal Yapısı

Basit bir kimyasal molekül olan ASA, C<sub>9</sub>H<sub>8</sub>O<sub>4</sub> olarak formülize edilir. Koyu olarak gösterilen yer asetil grubudur.



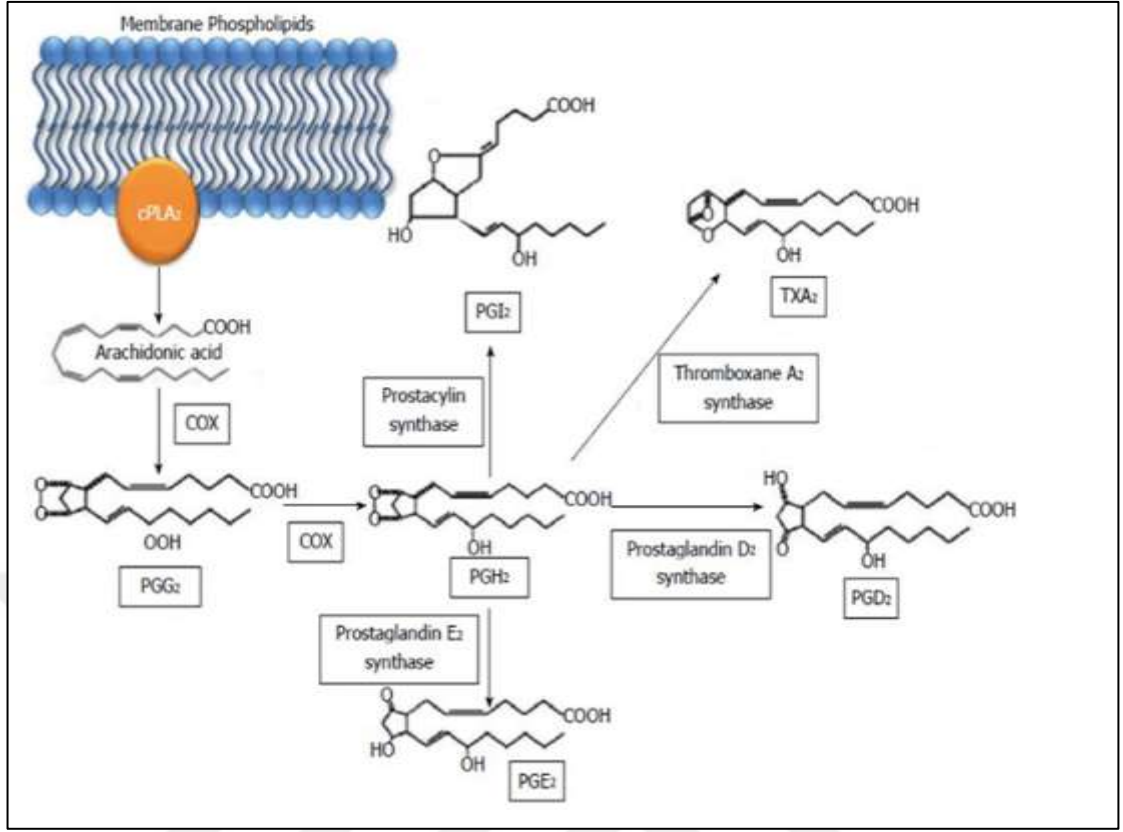
**Şekil 2.1. Asetilsalisilik asitin kimyasal yapısı** (Kaynak: Souter K. *An Aspirin a Day: The Wonder Drug that Could Save Your Life*. Michael O'Mara Books, London, 2011).

## 2.3. Asetilsalisilik Asitin Etki Mekanizması

Doymamış bir yağ asidi olan araşidonik asit (AA), eikosanoidlerin öncüsü olarak bilinir ve endojen olarak hücre membranından fosfolipaz A2 enzimi ile koparılabilir ve elde edilebilirken eksojen olarak et, yumurta, somon, ton balığı gibi AA kaynağı olan besinlerle vücuda alınabilir. Bunlara ek olarak bitkisel yağlar ve ceviz gibi besinlerde bulunan ve bir esansiyel yağ asidi olan linoleik asitten de sentezlenebilir.

Araşidonik asitten siklooksijenaz (COX) yolu olarak bilinen bir yolla ve COX enzimleri aracılığı ile eikosanoidler oluşur ki prostoglandinler (Pg) ve tromboksan A2 (TxA2) bu gruptadır (16).

Aşağıda AA'nın membran fosfolipitlerinden fosfolipaz A2 ile ayrılarak COX enzimi ile önce PgH<sub>2</sub>'nin öncüsü olan PgG<sub>2</sub>'ye dönüşümü, daha sonra ise PgH<sub>2</sub>'den PgI<sub>2</sub>, TXA<sub>2</sub>, PgD<sub>2</sub>, PgE<sub>2</sub> sentezi gösterilmiştir (Şekil 2.2), (17).



**Şekil 2.2. Araşidonik asitten siklooksijenaz yolu ile tromboksan A<sub>2</sub> ve prostoglandin sentezi** (Kaynak: Knab LM, et al. *World J Gastroenterol*, 2014; 20(31): 10729-39). cPLA<sub>2</sub>: sitozolik fosfolipaz A<sub>2</sub>, COX: siklooksijenaz, TX: tromboksan, PG: prostoglandin.

ASA'nın en iyi ortaya konan etki mekanizması, COX (diğer adı ile PgH sentaz) aktivitesini geri dönüşümsüz olarak inhibe etmesidir. Bu etkiyi COX kanallarında konumlanmış serin kalıntılarını asetilleyip substratın COX enziminin katalitik bölgesine ulaşmasını engelleyerek yaptığı düşünülmektedir (18).

Bilinen üç tip COX vardır:

- i. COX-1; yapısal olarak tüm hücrelerde bulunur, gastrik mukozanın korunması ve hemostatik dengede görevi vardır.
- ii. COX-2; makrofaj hücreleri ve endotelial hücrelerde bulunurken inflamasyon durumunda uyarılarak eksprese olur. AA'den COX-1 ve COX-2 enzimleri ile kararsız yapıdaki PgH sentezlenir, daha sonra ise birtakım reaksiyonlarla TxA<sub>2</sub>, PGI<sub>2</sub>, PGD<sub>2</sub>, PGE<sub>2</sub>, PgF<sub>2</sub>alfa oluşur (16, 19).

iii. COX-3 ün ise insan beyinde ve kalbinde Pg üretimine aracılık ettiği düşünülmekte ve çalışmalar devam etmektedir (16). COX-1 ile sentezlenen PgE2 ve PgI2, gastroduodenal epitel bütünlüğün korunmasında görev alırken; TXA2 ise hemostatik dengede rol alır. NSAİİ kullanımı, COX-1 inhibisyonuna ve buna bağlı olarak gastroduodenal epitel bütünlüğün bozulmasına neden olabilir. Bozulan epitel bütünlüğü ise gastrointestinal sistemde (GİS) ülserlerin oluşmasına yol açabilir (20).

COX'un geri dönüşümsüz inhibitörü olarak bilinen ASA; düşük dozlarda (80-120 mg) yalnızca COX-1'i inhibe ederek TxA2 oluşumunu engeller ve trombositlerin kümeleşmesini azaltarak antiagregan etkinlik gösterir (19). Doz bağımlı etkinlik gösterdiği bilinen ASA; 650 mg-4 g/gün dozunda alındığında COX-1 ve COX-2'yi birlikte inhibe ederek Pg oluşumunu önler; analjezik ve antipiretik etkiler ortaya çıkarır.

Yüksek (4-8 gr/gün gibi) dozlarda ise antiinflamatuvar etkinlik gösterir. Ancak yüksek dozlarda meydana gelebilecek yan etkiler ve toksisite açısından bu dozlarda kullanımı sınırlıdır (9).

#### **2.4. Asetilsalisilik Asitin Farmakokinetiği ve Farmakodinamiği**

ASA oral yolla alındıktan sonra büyük çoğunluğu midenin de yer aldığı üst GİS'de hızla emilir. Ancak bir kısmı gastrointestinal mukoza ve karaciğerdeki esterazlarla hidrolize edilerek sistemik dolaşıma verilir. Alımından yaklaşık 20 dakika sonra plazmada minimum etki konsantrasyonuna erişen ASA, 30-40 dakika sonra plazmada maksimum konsantrasyona erişir, bu süre enterik kaplı formlarda 3-4 saati bulabilir. ASA'nın TXA2 oluşumunu engelleyerek trombosit agregasyonunu inhibe edici etkisi bir saat içinde başlar.

ASA içeren tabletlerin oral biyoyararlanımı yaklaşık %40-50'dir (18). Enterik tabletlerde biyoyararlanımın ince barsak pH'sı ile ilişkili olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu da enterik tabletlerde trombosit inhibisyonunun yetersiz olabileceğini düşündürmektedir (21).

Yapılan çalışmalarda düşük doz (75 mg) ASA'nın kontrollü salınımlı formunun, PgI2 sentezini baskılamadan TXA2 üretimini seçici olarak baskıladığı gösterilmiş ve trombozu önlemek için kullanılmasının başarılı olacağı düşünülmüştür (22).

ASA'nın plazmadaki yarı ömrü 15-20 dakikadır. Plazmadan hızlı eliminasyonuna rağmen neden olduğu COX-1 inhibisyonu geri dönüşsüz olduğu için antitrombositer etki trombositin ömrü boyunca sürer. Ortalama insan trombositlerinin ömrü yaklaşık 8-10 gündür. Düşük doz ASA, antiplatelet etkisi ile ilişkili iki farmakodinamik sonuç doğurmaktadır. İlki trombositlerde COX-1'in asetilasyonu diğeri ise 24 saatlik aralıklarla düzenli alındığında megakaryositlerde COX-1'in asetilasyonudur ki megakaryositlerdeki inhibisyon TxA2 supresyonunun daha uzun sürmesine sebep olmaktadır. TxA2 oluşumunun tama yakın supresyonu ise ancak COX-1 aktivitesindeki %97'den fazla inhibisyon ile mümkündür. Bu nedenle ASA kullanımının 2-3 günlüğüne kesilmesi gibi bir durumda COX-1 enzim aktivitesindeki minimal iyileşme bile agregasyon yanıtı elde etmede yeterli olabilir (18).

## **2.5. Asetilsalisilik Asit İlaç Etkileşimi**

NSAİİ COX-2 inhibisyonu ile Pg üretimini baskılamaktadır. Buna bağlı olarak böbreklerde vazodilatör etki ve natriürez azalmakta ve bu durum antihipertansif ilaçların etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

NSAİİ grubunda yer alsa da düşük dozlarda ASA'nın yalnızca COX-1 inhibisyonu yapması nedeni ile böbrek fonksiyonunu ve kan basıncını etkilemediği düşünülmektedir. Ancak yüksek dozlarda COX-2 inhibisyonu da yaparak kan basıncını artırıcı etki gösterebilmektedir.

Proton pompası inhibitörü ile birlikte ASA alımı, gastroduodenal emilimi azaltarak ASA etkinliğinin düşmesine sebep olabilmektedir. ASA etkinliğini azaltan bir diğer durum NSAİİ ile alımdır. NSAİİ ile alımda COX-1'in ASA ile asetilasyonunda azalma olabilir ki bu da antiagregan yanıtın azalmasına neden olabilmektedir (18).

ASA içeren tabletler çeşitli farmakolojik ajanlarla alındığında farklı etkiler doğabilmektedir. Asetazolamid ve ASA içeren tabletler birlikte kullanıldığında şiddetli asidoz oluşabilmektedir. Heparin ve ASA kullanımında antikoagulan etkide

önemli artış görülebilmektedir. ASA kullanırken alkol alınması, mide mukozasında irritasyonu artırarak gastrik kanamalara yol açabilirken kortikosteroidlerle birlikte kullanımda da benzer etki görülebilmektedir. Bir antineoplastik olan metotreksat ASA ile alındığında serum düzeyi yükselerek toksisitesi artabilmektedir. Klorpropamid, tolbutamid, asetohexamid ve tolazamid gibi sülfanilüre grubu oral antidiabetiklerle birlikte kullanımda ise hipoglisemik etki şiddetlenebilmektedir (23).

## 2.6. Asetilsalisilik Asit Endikasyonları

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 16.01.2020 tarih ve 62820468-000-E.12525 sayılı ASA içeren tekli veya kombine ilaçlar hakkında bir bilgilendirme dosyası yayımlamıştır (24). Buna göre;

*Sadece ASA (75 mg, 80 mg, 81 mg, 100 mg, 150 mg, 300 mg) içeren ürünler için endikasyonlar aşağıdaki gibi olmalıdır:*

- *Anstabil anjina pektoriste standart tedavinin bir parçası olarak,*
- *Akut miyokard infarktüsünde standart tedavinin bir parçası olarak,*
- *Reinfarktüs profilaksisinde,*
- *Arteriyel kan damarları ile ilgili operasyon ve diğer girişimleri takiben [Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTKA), koroner arter by-pass grefti (KABG)]*
- *Riskli hasta gruplarında geçici iskemik ataklar ve serebral infarktüsün önlenmesinde,*
- *Kawasaki hastalığında;*
  - *Ateşli dönemde inflamasyonu azaltmak için,*
  - *Koroner anevrizmada trombosit agregasyonunun önlenmesinde profilaktik olarak kullanılır.*
- *Aterosklerotik kardiyovasküler hastalığı olmayan kişilerde aşağıdaki şartların tamamını karşılayanlara kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla verilebilir:*
  - *40-70 yaş aralığında olan,*
  - *10 yıllık kardiyovasküler olay ihtimali %10'dan fazla olan (SCORE [Systematic Coronary Risk Evaluation] risk hesaplama vb ile),*
  - *Kanama ihtimali düşük olan hastalar.*

Asetilsalisilik asitin 500 mg içeren tablet formları için ise endikasyonlar hafif-orta şiddetteki ağrılar ve ateş olarak belirlenmiştir.

Çeşitli endikasyonlarla kullanılan ASA'nın kalp ve damar sağlığını etkileyen durumlarda kullanımı yaygındır. KVH öyküsü olan hastalarda kontrendikasyon yoksa komplikasyonları önlemek amacıyla sekonder koruma kapsamında ASA kullanımı önerilirken KVH tanısı olmayan fakat risk grubunda olan hastalarda primer korumada kullanım önerisi net değildir.

KVH için risk altında olan hastalarda risk düzeyinin belirlenmesi amacı ile skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Bu skorlama sistemleri primer korumada ASA kullanım gereksinimi hakkında fikir vericidir.

Risk hesaplama sistemlerinin çoğu yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen ve sigara kullanımı, kan lipit düzeyleri, kan basıncı gibi değiştirilebilen faktörlere dayanır.

Framingham risk skorlaması bilinen en eski KVH skorlama sistemidir. Bu sistemde yaş, total kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol, kan basıncı, antihipertansif tedavi altında olmak, sigara kullanımı, diyabet varlığı değerlendirilerek 10 yıl içinde miyokart enfarktüsü veya koroner ölüm riski cinsiyete özgü olarak hesaplanır. Yüzde 10'un altında elde edilen oran düşük risk, %10-20 orta risk, %20'nin üzeri ise yüksek risk olarak değerlendirilir (25).

SCORE sistemi ise bilinen KVH öyküsü olmayan kişilerde cinsiyet, yaş, sigara kullanımı, total kolesterol ve sistolik kan basıncı bilgilerini kullanarak 10 yıllık süreçte ölümcül aterosklerotik bir olayın gelişme olasılığını hesaplamayı hedefler. Hesaplanan 10 yıllık kardiyovasküler ölüm riski %1'den daha az ise düşük risk, %1-5 arasındaysa orta risk, %5-10 arası yüksek risk ve %10'dan fazlaysa çok yüksek risk olarak kabul edilir (26).

KVH açısından sekonder korumada yerleşmiş bir öneme sahip olan ASA'nın kardiyovasküler olayların birincil önlenmesi için yeri hakkında halen belirsizlikler mevcuttur (27).

ASA'nın KVH'lerde kullanılmasıyla hastaların kardiyovasküler mortalitesi üzerine olumlu yönde etki yaptığı ve sağlayacağı yararın artan kanama riskinden daha ağır bastığı kabul edilmektedir. KVH öyküsü olmayan hastalarda ise kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı gösterilmemiş ve bu grupta miyokard enfarktüsü ve iskemik

inmeden korunma ihtimali ile oluşabilecek kanama riski arasındaki yarar zarar oranının net olmadığı ortaya konmuştur (28).

Altmış beş yaş üstü hastalarda da benzer şekilde primer profilakside antitrombositler tedavinin mutlak yararının dört kat daha fazla olmasına rağmen majör kanama riskinde iki-üç katlık artıştan bahsedilmektedir.

Sekonder korumada ise kronik stabil angina, akut koroner sendrom (AKS) veya perkutan koroner girişim (PKG) geçirmiş hastalarda kontrendikasyon oluşturan durumlar olmadıkça düşük doz ASA tedavisinin (80-100 mg/gün) ömür boyu kullanılması önerilmektedir (29).

Her ne kadar skorlama sistemleri ile risk belirlenmeye çalışılarak primer koruma hakkında fikir elde edilmeye çalışılsa da bazı sorunlar doğabilmektedir. Gençler risk faktörleri yönünden uygunsuz olsa bile düşük risk hesabı ortaya çıkabilmekte ve bu da risk faktörlerinin tedavisi konusundaki girişimleri azaltan bir etken olabilmektedir. İleri yaş durumunun ise riski yüksek gösterdiği ve bu durumun gereksiz ve aşırı ilaç tedavisine neden olabildiği düşünülmektedir (26).

Bunun yanında kılavuzlara göre farklılık gösteren birincil koruma yaklaşımları nedeni ile yüksek riskli hastalarda yetersiz kullanım, düşük riskli hastalarda aşırı kullanım görülebilmektedir (30).

Birincil korumada ASA kullanımına karar verilirken hasta odaklı yaklaşımda bulunularak hastanın ek hastalıkları, fiziksel aktivite durumu, aile öyküsü, alışkanlıkları gibi risk faktörlerini içeren özellikler ayrıntılı sorgulanmalıdır.

## **2.7. Asetilsalisilik Asit Kontrendikasyonları**

Asetilsalisilik aside ve diğer salisilatlarla aşırı duyarlılık öyküsü olan hastalarda alerjik reaksiyon ya da anjioödeme sebep olabileceği için ASA kullanımı kontrendikedir. NSAİİ gibi salisilatlarla benzer etkiye sahip ajanların kullanımıyla tetiklenen astım öyküsü varlığında kullanımı uygun değildir. Akut gastrointestinal ülser varlığı ya da bilinen kanama bozukluğu olan hastalarda kanamaya sebep olabilmesi açısından kullanılması sakıncalıdır. Şiddetli karaciğer, kalp ya da böbrek

yetmezliği olan hastalarda kullanımından kaçınılmalıdır. 15 mg/hafta veya daha yüksek dozda metotreksat kullanan hastalarda metotreksatın konsantrasyonunu artırarak toksisiteye neden olabileceği için kullanılmamalıdır. Çocuklarda ve ergenlerde özellikle suçiçeği ve grip başta olmak üzere ateşli veya ateşsiz seyreden viral enfeksiyonlarda Reye Sendromuna neden olabileceği için kullanılmamalıdır. Gebeliğin son üç ayında kullanılmamalıdır (31).

Gebelerde üçüncü trimestirde kullanımı önerilmese de teratojen değildir. Ancak diğer NSAİİ gibi ASA da fetal duktus arteriosusun erken kapanmasına neden olabilir. Hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM) ya da anti fosfolipid sendromu gibi hastalıkları olan kadınlarda profilaktik ASA kullanımı kabul görebilmekte ve tedaviye 12. gebelik haftasından önce başlanmasının uygun olacağı belirtilmektedir (32).

## **2.8. Asetilsalisilik Asit Yan Etkileri**

Gastrik lümenin asidik pH'sında iyonize olamayan ASA, gastrik mukozadan pH'nın yedi olduğu intrasellüler sitoplazmaya geçerek intrasellüler alanda iyonize hale döner. Buradan hücreler arasına geçişi sonucunda epitelyal bölgede hasar oluşabilir. Bu topikal etki genellikle saatler içerisinde oluşur ve günler içerisinde, artan mukozal hücre çoğalması ve gastrik kan akımında düzelme sonucunda "adaptasyon fenomeni" adı verilen süreçle iyileşme eğilimine girer. Bu adaptif olayın yetersiz kaldığı bazı hastalarda ise ülser oluşumu meydana gelir. Bu da karın ağrısı, kanama, perforasyon gibi sonuçlar doğurabilir (33).

Yüksek dozlarda ASA alımı ile renal sistemde COX-2 inhibisyonu oluşabilmekte, bu da vazodilatatör etkiyi azaltarak renal akımında ve glomerüler filtrasyon hızında azalmaya; kan basıncında artmaya neden olabilmektedir (18).

TxA2 sentezini inhibe ettiği bilinen ASA, hematolojik sistemde hemostazda yavaşlama ve kanama süresinde uzamaya yol açabilmektedir.

Anjioödem, alerjik deri reaksiyonları ve buna bağlı kaşıntı ve şişlik gibi şikayetler ile, özellikle astımlı kişilerde solunum sisteminde aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olabilmektedir.



Doz aşımına bağlı olarak santral sinir sistemine ilişkin baş ağrısı, baş dönmesi, tinnitus, işitme azlığı ve konfüzyon gibi belirtiler ortaya çıkabilmektedir (31).

## **2.9. Araştırmanın Amacı ve nemi**

Etki mekanizması ve kullanım alanı geniş ve doz bağımlı olarak farklı özellikler gösteren ASA'nın yan etkileri, ilaç etkileşimleri, komplikasyonları ve kontrendikasyonları da geniş dağılım göstermektedir.

Günümüzde KAH, SVH gibi KVH tanıları olmadan DM, HT, hiperlipidemi, obezite gibi risk faktörlerine sahip hastalarda ASA kullanımından elde edilecek yarar ile kanama riskinden doğabilecek zarar oranı net olmadığı için primer koruma amacı ile tedavide kullanımı ile ilişkili tartışmalar sürmektedir.

Ulaş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada st GIS kanama ile tedavi edilen 299 hastanın 145'inde (%48,5) ASA kullanımı olduğu belirtilmiştir (34).

Yalçın ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise st GIS kanama ile takipli 403 hastanın 79'unda (%19,6) ASA kullanım öyküsü olduğu belirlenmiştir (35).

Bir diğer çalışmada artmiş kardiyovasküler olay riski ile ilişkili bir kronik hastalık olan DM varlığında KVH gelişimini önlemek amacıyla primer koruma ile ASA kullanıldığında oklüzif vasküler olay riskinin azaldığı ancak kanama riskinin arttığı ifade edilmiştir (36).

Roth ve arkadaşlarının 4633 katılımcı ile yaptığı anket çalışmasında katılanların %42'sinin düzenli olarak Aspirin kullandığı ve 1117'sinde (%24) KVH olduğu belirlenmiştir (37).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ASA kullanımını ve kullanımla ilişkili olabilecek faktörleri belirlemek için 45-75 yaşları arasındaki yetişkinlerde yapılan bir araştırmada 2509 katılımcının yanıtları kullanılarak analizler yapılmıştır. Buna göre 2039 (%81) hastanın primer koruma amacı ile 301 hastanın ise (%12) sekonder korunma amacı ile ASA kullanımı olduğu belirlenmiştir. Hastalardan ASA'ya ilişkin bilgi düzeylerinin durumunu Likert tipi ölçek ile değerlendirmeleri istenmiş ve

katılımcıların %13'ü kendini son derece bilgili olarak tanımlarken, %7'si hiç bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (38).

Çetinküner tarafından 2019 yılında İstanbul'da 45 yaş üstü erişkin hastaların Aspirin kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının ortaya çıkarılması amacıyla yapılan bir çalışmada; ASA ile ilgili bilgi düzeyinin yeterli olmadığı, eğitim düzeyi ile ASA kullanım amacını bilme durumu arasında bir ilişki olmadığı, ASA kullanım süresi ile mide kanaması ve kafa içi kanama gelişmesi riskinin arttığı, mide koruyucu kullananlarda yan etki görülme sıklığının kullanmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır (39).

Hastalar tarafından her ne kadar "joker ilaç", "kalbi koruyan ilaç" gibi görülse de hekim önerisi olmadan ASA kullanımının doğru olmadığı açıktır. Hekim önerisi ile ASA kullanan hastalar ise kullanım şekilleri, kullanım dozlarının uygunluğu, hastanın beraberinde aldığı ilaçlar ve oluşması olası yan etkiler açısından ayrıntılı sorgulanmalıdır.

ASA kullanım gerekliliği olan hastalarda ASA kullanımına 2-3 günlüğüne ara verilmesi gibi bir durumda COX-1 enzim aktivitesindeki minimal iyileşme bile agregasyon yanıtı elde etmede yeterli olabilir (18). Bu durum ASA kullanım gerekliliği olan hastalarda korunma ve gelişebilecek komplikasyonları önleme açısından düzenli kullanım ve tedavi uyumunun önemini ortaya koymaktadır.

Bunun yanında hekim önerisi dışında ASA kullanımı olan hastalar da mevcuttur. KVH açısından risk grubundaki hastalarda bile ortaya çıkabilecek zararlar nedeniyle kullanım önerisinde netlik sağlanamamış olan ASA'nın, hastalar tarafından kendi kararları ile kontrolsüz ve yanlış kullanımı ciddi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumdaki hastaların tespiti ve aile hekimliğinin koruyucu sağlık hizmetlerinden olan dördüncül koruma kapsamında yanlış gerekçeler ve amaca uygun olmayan dozlarda ASA kullanımının önüne geçilmesi gerekmektedir.

Literatürde ASA ile ilgili olarak etki mekanizmasını, kullanım endikasyonlarını, yan etkilerini, ilaç etkileşimlerini inceleyen çok sayıda klinik araştırma mevcuttur. ASA kullanımı olan hastaların bilgi düzeyini ölçmeye yönelik çalışmalar da yapılmıştır.

Ancak hastalar tarafından gereksiz ve yanlış uygulamalarla ASA kullanım durumunun tespiti ve bu durumun önlenmesine yönelik çalışmalar sınırlıdır.

Bu tez çalışmasında hastaların Aspirin'i doğru endikasyonlarla ve hekim denetiminde kullanıp kullanmadıklarını saptamak, ASA kullanma gerekçelerini ve ASA ile ilgili bilgi düzeylerini ortaya koymak ve hastalara konuya ilişkin bilgilendirmeler yaparak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan dördüncül korumanın gerektirdiği şekilde endikasyon dışında ve/veya yanlış uygulamalarla ASA kullanımının önüne geçmek ve oluşabilecek zararlar ile olası yan etkilerden hastaları korumak amaçlanmıştır. Araştırmanın bir amacı da hastalarda Aspirin'in yerinde ve doğru kullanımı konusunda farkındalık oluşturmaktır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel ve gözlemsel özellikte olan bu tanımlayıcı çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş ve üzeri hastalarla yapılmıştır. Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 21.02.2019 tarih ve 6/15 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmanın evreni 01 Mart- 31 Temmuz 2019 tarihleri arasında SBÜ Antalya EAH Aile Hekimliği polikliniklerine çeşitli nedenlerle başvuran ve hayatı boyunca en az bir kez Aspirin kullanmış olan 18 yaş üzeri hastalardır. Bu dönem içinde Aile Hekimliği polikliniğine 18 yaş üzeri yaklaşık 3000 hasta başvurusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ Avrupa Bölgesi işbirliği ile gerçekleştirilen, 15 yaş ve üzeri nüfusta bulaşıcı olmayan hastalıklar için en yaygın davranışsal ve biyolojik risk faktörlerinin prevalansını saptamak amacıyla toplam 6053 kişiden bilgi toplanarak yapılan "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması - Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı; 2017", çalışmasının sonuçlarına göre; katılımcılardan kalp hastalığından korunma ya da tedavi amaçlı olarak halen düzenli Aspirin kullananların oranı %5,6 (kadınlarda %5,3, erkeklerde %6.0) olduğu saptanmıştır. Örneklem sayısı belirlenirken bu bilgilerden yararlanılmıştır. Buna göre; güven aralığı %95 ve örneklem hatası %5 kabul edilerek (Epi Info™, 7.2.0.1; Sample size and power ile) yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü en az 79 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma için belirlenen sürede toplam 119 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcıların yazılı izinleri alındıktan sonra araştırma soruları katılımcılarla yüz yüze görüşülerek sorulmuştur. Yanıtlarda yanlılık olmaması açısından ve standart bir uygulama sağlanabilmesi için tüm hastalarla aynı araştırmacı görüşmüştür.

#### 3.1. Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
2. On sekiz yaş ve üzerinde olmak,
3. Bilinci açık, oryante ve koopere olmak,
4. Yaşamı boyunca en az bir kez Aspirin kullanmış olmak.

### 3.2. Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
2. On sekiz yaşın altında olmak,
3. Gebe olmak,
4. Hiç Aspirin kullanmamış olmak.

Araştırmada çeşitli nedenlerle SBÜ Antalya EAH Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri hastalara ASA içeren tabletleri kullanma durumları soruldu, olumlu yanıt veren hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastaların yazılı onamı (Ek 1) alınarak araştırma formunda (Ek 2) yer alan sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme biçiminde soruldu ve yanıtlar kaydedildi. Daha sonra hastalara ASA'nın etki mekanizması, yan etkileri, kullanım alanları gibi konularda bilgiler verildi. Son olarak Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımı kapsamında hazırlamış olduğu İnternet sitesinde "Bilinçli Asetilsalisilik Asit Kullanımı" başlığı ile yayımladığı bilgiler broşür halinde basılarak (Ek 3) hastalara verildi ve hastaların konuyla ilgili bilgi düzeyinin artırılması amaçlandı.

### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>0</sub> hipotezi:** Hekim önerisi ile ASA kullanımı olan hastalar ile kendi isteğiyle ASA kullanan hastaların Aspirin kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi düzeyi arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub> hipotezi:** Hekim önerisi ile ASA kullanımı olan hastalar ile kendi isteğiyle ASA kullanan hastaların Aspirin kullanımı ve etkileri ile ilgili bilgi düzeyi arasında fark vardır.

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak dağılım verileri n (kişi sayısı) ve % (yüzde) olarak verildi. Verilerimizin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte Fisher exact testi, Ki-kare analiz testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Nisan-Ağustos 2019 ayları arasında çeşitli nedenlerle SBÜ Antalya EAH Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri, hayatı boyunca en az bir kez ASA kullanan hastalardan gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılan 82'si (%68,9) kadın, 37'si (%31,1) erkek 119 hastanın yaş ortalaması  $54,3 \pm 1,3$  yıl (minimum 19, maksimum 81) medyanı 54 olarak bulunmuştur. Öğrenim durumları incelendiğinde 44'ünün (%37,0) ilköğretim, 35'inin (%29,4) ortaöğretim ve 40'ının (%33,6) yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Çoğunluğu ev hanımı (%36,1) ve emeklilerden (%35,3) oluşan çalışma grubu hastalarının demografik verileri Tablo 4.1'de verilmiştir.

**Tablo 4.1. Çalışmaya katılan hastaların demografik verileri**

Demografik özellikler		Kişi sayısı (n)	Oran (%)
Cinsiyet	Kadın	82	68,9
	Erkek	37	31,1
Yaş	18-64 yaş	87	73,1
	65 yaş ve üstü	32	26,9
Beden kitle indeksi	Normal	30	25,2
	Fazla kilolu	38	31,9
	Obez	51	42,9
Meslek	Ev hanımı	43	36,1
	Ücretli çalışan	25	21,0
	Serbest meslek	7	5,9
	Emekli	42	35,3
	İşsiz	2	1,7
Öğrenim düzeyi	İlköğretim mezunu	44	37,0
	Ortaöğretim mezunu	35	29,4
	Yükseköğretim mezunu	40	33,6

Çalışmaya katılan hastaların 93'ünün (%78,15) kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. En çok görülen kronik hastalıkların; 55 kişide (%46,2) HT, 38 kişide (%31,9) DM ve 28 kişide (%23,5) KAH olduğu görülmüştür. Hastalar tarafından belirtilen kronik hastalıklar Tablo 4.2'de verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanım durumu ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p=0,556$ ).

**Tablo 4.2. Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık durumları ve dağılımı**

İncelenen özellik		Kişi sayısı (n)	Oran (%)
Kronik hastalık	Yok	26	21,9
	Var	93	78,1
Kronik hastalıklar	Diyabetes mellitus	38	31,9
	Hipertansiyon	55	46,2
	Koroner arter hastalığı	28	23,5
	Serebrovasküler hastalık	11	9,2
	Kronik böbrek hastalığı	3	2,5
	Hipotiroidi	14	11,8
	Hiperlipidemi	7	5,9
	Astım/KOAH	8	6,7
	Kalp kapak hastalıkları	5	4,2
	Diğer vasküler hastalıklar	14	11,8
	Romatoid Artrit	4	80,0
	Ritim bozuklukları	3	2,5
	Hiperkoagulabilite durumları	2	1,7

*KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı*

Çalışmaya katılan hastaların 111'inin (%93,3) ASA kullandığı ve sekizinin (%6,7) bıraktığı belirlenmiş ve kullanım süresi ortalama  $7,72 \pm 9,92$  yıl (minimum 0,10, maksimum 60), medyan 5 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların 69'unun (%58,0) hekim önerisi ile ASA kullandığı; hekim önerisi ile kullananların 63'ünün (%91,3) düzenli kullanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların 78'inin (%65,6) 100 mg ASA kullandığı ve 18'inin (%15,1) kullandığı dozu bilmediği ve 65 (%54,6) hastanın her gün ASA aldığı belirlenmiştir. Hastaların ASA kullanımı ile ilgili bilgiler Tablo 4.3'te verilmiştir.

**Tablo 4.3. Hastaların ASA kullanımı ile ilgili bilgiler**

İncelenen özellik		Kişi sayısı (n)	Oran (%)
ASA	Kullanıyor	111	93,3
	Bırakmış	8	6,7
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	69	58,0
	Kendi kararıyla	50	42,0
ASA kullanım şekli	Düzensiz	50	42,0
	Düzenli	69	58,0
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	6	5,0
	Hekim önerisi dışı kullanım	50	42,0
	Tedaviye uyumlu	63	52,9
ASA dozu	Bilmiyor	18	15,1
	80 mg	6	5,0
	81 mg	2	1,7
	100 mg	78	65,6
	300 mg	5	4,2
	500 mg	10	8,4
Kullanım sıklığı	Günde bir	65	54,6
	Üç günde bir	8	6,7
	Üç ayda bir kaç kez	4	3,4
	Yılda bir kaç kez	42	35,3

ASA: Asetilsalisilik asit



Araştırma grubundaki hastalara “ASA’yı hangi nedenle kullandıkları” sorulmuş ve verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.4’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4. Hastaların kendi ifadesi ile ASA kullanma nedenleri**

<b>ASA kullanma nedeni</b>	<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Oran (%)</b>
Ağrı kesici amaçlı	29	24,4
Kalp-damar hastalığı varlığı	26	21,8
Tansiyon	14	11,8
Felç geçirme/beyne pıhtı atması	5	4,2
Beyin damar sorunu	5	4,2
Kalp hastalıklarından korunma amaçlı	4	3,4
Adet düzenleyici olarak	3	2,5
Damar sertliği	3	2,5
Enerji almak için	3	2,5
Kalp kapak hastalığı	3	2,5
Kan sulandırıcı	3	2,5
Şeker hastalığı	2	1,7
Grip	2	1,7
İshal	2	1,7
Varis	2	1,7
Kasık damar tıkanıklığı	2	1,7
Kan pıhtılaşma eğilimi varlığı	2	1,7
Diz protez cerrahisi	1	0,8
Felçten korunma amaçlı	1	0,8
Şah damarı hastalığı	1	0,8
Koronar arter akım yavaşlığı	1	0,8
Nefes darlığı	1	0,8
Öksürük	1	0,8
Akciğere pıhtı atması	1	0,8
Göz damarı tıkanıklığı	1	0,8
Çarpıntı	1	0,8

*ASA: Asetilsalisilik asit*

Hastaların belirttiği ASA kullanma nedenleri ve kullanılan ASA dozu, araştırmacılar tarafından endikasyon-uygunluk kriterlerine göre gruplandırılarak Tablo 4.5'te verilmiştir. Hastaların 35'inin (%29,4) KVS hastalıkları, 31'inin (%26,1) semptomatik nedenlerle, altısının (%5,0) antitrombositler etkiden yararlanmak için, 36'sının (%30,3) diğer vasküler nedenlere yönelik olarak ve 11'inin (%9,2) endikasyon dışı kullanım olduğu belirlenmiştir. Elli hastanın (%42,0) kendi kararı veya aile bireyinin nerisi ile ilaca başladığı ve 69'unun (%58,0) hekim nerisi ile ASA'ya başladığı belirlenmiştir. Hekim tarafından tedavisi başlanan hastaların 26'sının (%37,7) hekim tarafından bilgilendirildiği saptanmıştır. Seksen kişinin (%67,2) kullandıkları ASA dozunun belirttikleri kullanım amacına uygun olduğu belirlenmiştir. Hastaların 44' (%37,0) ilaç prospektüsünü okuduğunu söylemiştir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5. Hastaların ASA kullanımı ile ilgili diğer bilgiler**

<b>İncelenen özellik</b>	<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Oran (%)</b>	
Kullanma endikasyonu	Semptomatik	31	26,1
	Kardiyovasküler sistem sorunları	35	29,4
	Diğer vasküler nedenler	36	30,3
	Antitrombositler etkinlik	6	5,0
	Endikasyon dışı kullanım	11	9,2
Kullanılan ASA dozunun belirtilen kullanım amacına uygunluğu	Uygun değil	12	10,1
	Uygun	80	67,2
	Endikasyon dışı kullanım	11	9,2
	Yetersiz bilgi/karar verilemedi	16	13,5
ASA kullanım öneren	Aile bireyleri	16	13,5
	İç hastalıkları uzmanı	10	8,4
	Kardiyoloji uzmanı	37	31,1
	Kardiyovasküler cerrahi uzmanı	7	5,9
	Nöroloji uzmanı	11	9,2
	Diğer uzmanlar	4	3,4
	Kendisi	34	28,6
ASA hakkında hekim tarafından bilgilendirilme	Bilgi verilmedi	43	36,1
	Bilgi verildi	26	21,9
	Hekim önerisi olmadan kullanım	50	42,0
İlaç prospektüsünü okuma	Hayır	75	63,0
	Evet	44	37,0

*ASA: Asetilsalisilik asit*

Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanma gerekçeleri, ASA kullanım kararının verilmesi, ASA kullanım şekli, tedaviye uyumu, kullanılan ASA dozu ve kullanım sıklığı gibi özellikleri etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi için demografik verilerle çeşitli karşılaştırmalar yapıldı:

Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanım kararı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,015$ ). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda hekim önerisi ile ASA kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanım sıklığı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,035$ ). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda her gün ASA kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların prospektüsü okuma

durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,006$ ). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda prospektüsü okuduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların ASA neden kullanılır sorusuna verdikleri ilk yanıt ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,025$ ). Kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda ağrı kesici etkisi nedeni ile kullanıldığını, erkekler kadınlara göre daha fazla oranda anti agregan etki nedeni ile kullanıldığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ASA'nın kalp krizinde kullanıldığını bilme durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,024$ ). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda ASA'nın kalp krizi tedavisinde kullanıldığını bildiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ASA'yı hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,038$ ). Erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda hekim önerisi olmadan kullanmamak gerektiğini bildiği belirlenmiştir. Katılımcıların Aile hekiminin kim olduğunu bilme durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p=0,030$ ). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda aile hekimlerini bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Çalışmadaki hastaların cinsiyeti ile; ASA kullanım şekli ( $p=0,104$ ), tedaviye uyumu ( $p=0,214$ ), ASA hakkında bilgi verilme durumu ( $p=0,136$ ), ASA'nın kanama yapıcı etkisini bilme ( $p=0,360$ ), ASA'yı sigara ve alkolle kullanımda risk artışını bilme ( $p=0,856$ ), ASA'yı mide hastalıklarında kullanım riskini bilme ( $p=0,412$ ), ASA kullanırken tıbbi girişimlerden önce doktoru bilgilendirme gerekliliğini bilme ( $p=0,775$ ), ASA'nın kolon kanserinden koruyabileceğini bilme ( $p=0,299$ ), ASA ile astımın tetiklenebileceğini bilme ( $p=0,499$ ), çocuklarda ASA kullanım riskini bilme ( $p=0,052$ ), ASA'nın beyin kanaması yapma potansiyelini bilme ( $p=0,698$ ), ASA'nın tehlikeli yan etkileri olduğunu bilme ( $p=0,656$ ), aile hekimini tanıma ( $p=0,303$ ), aile hekiminin görev yerini bilme ( $p=0,558$ ), ilaç yazdırmaya aile hekimine gitme ( $p=0,867$ ), aile hekimi tarafından kullandığı ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirilme ( $p=0,581$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Cinsiyet ve ASA kullanımı ile ilişkili özelliklerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik n(%)	Kadın	Erkek	$\chi^2$	P	
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	41(50,0)	28(75,7)	5,885	<b>0,015**</b>
	Kendi kararıyla	41(50,0)	9(24,3)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	39(47,6)	11(29,7)	2,636	0,104**
	Düzenli	43(52,4)	26(70,3)		
Kullanım sıklığı	Günde bir	39(47,6)	26(70,3)	4,428	<b>0,035**</b>
	Üç günde birden az	43(52,4)	11(29,7)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	2(4,9)	4(14,3)	-	0,214**
	Tedaviye uyumlu	39(95,1)	24(85,7)		
ASA hakkında bilgi	Bilgi verilmedi	29(70,7)	14(50)	2,226	0,136**
	Bilgi verildi	12(29,3)	14(50)		
Prospektüsü okuma	Hayır	54(65,9)	21(56,8)	10,226	<b>0,006**</b>
	Evet	28(34,1)	16(43,2)		
ASA neden kullanılır	Anti-agregan etkisi vardır	49(59,8)	29(78,4)	8,563	<b>0,025**</b>
	Kalp hastalıklarından koruma etkisi vardır	4(4,9)	4(10,8)		
	Ağrı kesici etkisi vardır	24(29,3)	3(8,1)		
	Diğer etkiler	5(6,1)	1(2,7)		
Kanama etkisini bilme	Hayır	18(22,0)	11(29,7)	0,837	0,360**
	Evet	64(78,0)	26(70,3)		
Sigara alkolle kullanımda risk artışı	Hayır	48(58,5)	21(56,8)	0,033	0,856**
	Evet	34(41,5)	16(43,2)		
Mide hastalıklarında kullanım riskini bilme	Hayır	37(45,1)	13(35,1)	0,674	0,412**
	Evet	45(54,9)	24(64,9)		
Tıbbi girişimlerden önce doktoru bilgilendirme	Hayır	18(22,0)	9(24,3)	0,082	0,775**
	Evet	64(78,0)	28(75,7)		
Kalp krizinde kullanıldığını bilme	Hayır	42(51,2)	10(27,0)	5,122	<b>0,024**</b>
	Evet	40(48,8)	27(73,0)		
Kolon kanserinden koruduğunu bilme	Hayır	74(90,2)	30(81,1)	-	0,232*
	Evet	8(9,8)	7(18,9)		
ASA ile tetiklenen astımı bilme	Hayır	76(92,7)	33(89,2)	-	0,499*
	Evet	6(7,3)	4(10,8)		
Çocuklarda kullanım riskini bilme	Hayır	69(84,1)	25(67,6)	-	0,052*
	Evet	13(15,9)	12(32,4)		
Kulak çınlaması yapabileceğini bilme	Hayır	78(95,1)	29(78,4)	-	<b>0,008*</b>
	Evet	4(4,9)	8(21,6)		
Beyin kanaması yapma potansiyelini bilme	Hayır	62(75,6)	26(70,3)	0,377	0,698**
	Evet	20(24,4)	11(29,7)		
Hekim önerisi olmadan kullanamayabilme	Hayır	38(46,3)	9(24,3)	4,292	<b>0,038**</b>
	Evet	44(53,7)	28(75,7)		
Hayatı tehdit edebilecek etkileri olduğunu bilme	Hayır	56(68,3)	23(62,2)	0,199	0,656**
	Evet	26(31,7)	14(37,8)		
Aile hekimini tanıma	Bilmiyor	22(26,8)	6(16,2)	1,061	0,303**
	Biliyor	60(73,2)	31(83,8)		
Aile hekiminin adını bilme	Bilmiyor	11(18,3)	13(41,9)	4,711	<b>0,030**</b>
	Biliyor	49(81,7)	18(58,1)		
AH'nin görev yerini bilme	Hayır	3(5,0)	2(6,5)	-	0,558*
	Evet	57(95)	29(93,5)		
İlaç yazdırmaya AH'ne gitme	Hayır	14(23,3)	6(19,4)	0,189	0,867**
	Evet	46(76,7)	25(80,6)		
AH ilaç bilgisi veriyor mu	Hayır	20(41,7)	8(32,0)	0,305	0,581**
	Evet	28(58,3)	17(68,0)		

\*Fischer exact testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit, AH: Aile hekimi

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIİK) yaşlı tanımına uygun olarak çalışma grubundaki hastalar, 65 yaş ve üzerinde olanlar ve diğerleri olmak üzere ikiye ayrılarak ASA kullanımına ilişkin özellikler karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanım kararı ile yaş grupları karşılaştırıldığında 65 yaş ve üzeri grupta; hekim önerisi ile ASA kullanmaya başlama oranının ( $p=0,038$ ), düzenli ASA kullanma oranının ( $p=0,038$ ), her gün ASA kullanma oranının ( $p=0,012$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer özellikler ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.7).



**Tablo 4.7. Yaş ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		18-64 yaş	65 yaş ve üstü	x <sup>2</sup>	p
ASA kullanım kararı	Doktor önerisiyle	45(51,7)	24(75,0)	4,291	<b>0,038**</b>
	Kendi kararıyla	42(48,3)	8(25,0)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	45(51,7)	5(15,6)	11,076	<b>0,001**</b>
	Düzenli	42(48,3)	27(84,4)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	4(8,9)	2(8,9)	-	0,656*
	Tedaviye uyumlu	41(91,1)	22(91,7)		
Kullanım	Günde bir	41(47,1)	24(75,0)	6,252	<b>0,012**</b>
	Üç günde birden seyrek	46(52,9)	8(25,0)		
ASA hakkında bilgi verilmesi	Bilgi verilmedi	27(60,0)	16(66,7)	5,728	0,080**
	Bilgi verildi	18(40,0)	8(33,3)		
Prospektüsü okuma	Hayır	55(63,2)	20(62,5)	0,005	0,943**
	Evet	32(36,8)	12(37,5)		
ASA neden kullanılır	Antiagregan etkisi vardır	56(64,4)	22(68,8)	2,733	0,439**
	Kalp hastalıklarından koruma etkisi vardır	6(6,9)	2(6,3)		
	Ağrı kesici etkisi vardır	22(25,3)	5(15,6)		
	Diğer etkiler	3(3,4)	3(9,4)		
Kanama etkisini bilme	Hayır	22(25,3)	7(21,9)	0,148	0,701**
	Evet	65(74,7)	25(78,1)		
Sigara alkolle kullanımda risk artışı	Hayır	50(57,5)	19(59,4)	0,035	0,852**
	Evet	37(42,5)	13(40,6)		
Mide hastalıklarında kullanım riskini bilme	Hayır	41(47,1)	9(28,1)	2,731	0,098**
	Evet	46(52,9)	23(71,9)		
Tıbbi girişimlerden önce doktoru bilgilendirmeyi bilme	Hayır	18(20,7)	9(28,1)	0,374	0,541**
	Evet	69(79,3)	23(71,9)		
Kalp krizinde kullanıldığını bilme	Hayır	38(43,7)	14(43,8)	0,001	0,999**
	Evet	49(56,3)	18(56,3)		
Kolon kanserinden koruduğunu bilme	Hayır	77(88,5)	27(84,4)	-	0,547*
	Evet	10(11,5)	5(15,6)		
ASA ile tetiklenen astımı bilme	Hayır	78(89,7)	31(96,9)	-	0,285*
	Evet	9(10,3)	1(3,1)		
Çocuklarda kullanım riskini bilme	Hayır	68(78,2)	26(81,3)	0,013	0,910**
	Evet	19(21,8)	6(18,8)		
Kulak çınlaması yapabileceğini bilme	Hayır	76(87,4)	31(96,9)	-	0,177*
	Evet	11(12,6)	1(3,1)		
Beyin kanaması yapma potansiyelini bilme	Hayır	65(74,7)	23(71,9)	0,006	0,938**
	Evet	22(25,3)	9(28,1)		
Hekim önerisi olmadan kullanamayabilme	Hayır	34(39,1)	13(40,6)	0,023	0,879**
	Evet	53(60,9)	19(59,4)		
Hayatı tehdit edebilecek etkileri olduğunu bilme	Hayır	59(67,8)	20(62,5)	0,106	0,745**
	Evet	28(32,2)	12(37,5)		
Aile hekimini tanıma	Bilmiyor	17(19,5)	11(34,4)	2,096	0,148**
	Biliyor	70(80,5)	21(65,6)		
Aile hekiminin adını bilme	Bilmiyor	16(22,9)	8(38,1)	1,227	0,268**
	Biliyor	54(77,1)	13(61,9)		
AH'nin görev yerini bilme	Hayır	4(5,7)	1(4,8)	-	0,674*
	Evet	66(94,3)	20(95,2)		
İlaç yazdırmaya AH'ne gitme	Hayır	17(24,3)	3(14,3)	-	0,388*
	Evet	53(75,7)	18(85,7)		

\*Fischer exact testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit, AH: Aile hekimi

Çalışma grubundaki hastaların eğitim düzeyleri ilköğretim, ortaöğretim ve yükseköğretim olarak üç gruba ayrılarak ASA kullanımına ilişkin özellikler karşılaştırılmıştır. Buna göre çalışmaya katılan hastalardan yükseköğrenim mezunu olanların ASA kullanımının diğer hastalara göre daha düzensiz olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır ( $p=0,018$ ). İlköğretim mezunlarında; ASA'nın sigara ve alkolle birlikte kullanımda kanama yapıcı etkisinin daha yüksek oranda ortaya çıkabileceğini bilme ( $p=0,038$ ), çocuklarda grip, su çiçeği gibi viral enfeksiyonlar sırasında Aspirin kullanımının karaciğer ve beyin hasarına (Reye sendromu) neden olabileceğini bilme ( $p=0,046$ ), ilaç prospektüsünü okuma ( $p<0,001$ ), ASA'nın kulak çınlaması yapabileceğini bilme ( $p=0,048$ ), ASA'nın beyin kanaması yapma potansiyelini bilme ( $p=0,010$ ), hekim önerisi olmadan ASA kullanılmaması gerektiğini bilme ( $p=0,006$ ) oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların aile hekimine ilaç yazdırmaya gitme durumu ile öğrenim durumu karşılaştırıldığında yükseköğretim mezunlarının aile hekimlerine ilaç yazdırmaya gitme oranının diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p=0,001$ ). Diğer özellikler ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.8).



**Tablo 4.8. Öğrenim durumu ile ASA kullanım özelliklerinin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		İlköğretim n(%)	Ortaöğretim n(%)	Yükseköğretim n(%)	$\chi^2$	p
ASA kullanım kararı	Doktor önerisiyle	27(61,4)	24(68,6)	18(45,0)	4,593	0,109**
	Kendi kararıyla	17(38,6)	11(31,4)	22(55,0)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	15(34,1)	11(31,4)	24(60,0)	8,043	<b>0,018**</b>
	Düzenli	29(65,9)	24(68,6)	16(40,0)		
Kullanım sıklığı	Günde bir	28(63,6)	23(65,7)	14(35,0)	9,469	<b>0,009**</b>
	Üç günde birden az	16(36,4)	12(34,3)	26(65,0)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	1(3,7)	1(4,2)	4(22,2)	10,034	0,123**
	Tedaviye uyumlu	26(96,3)	23(95,8)	14(77,8)		
ASA hakkında bilgi verilme	Bilgi verilmedi	21(77,8)	11(45,8)	11(61,1)	10,250	0,059**
	Bilgi verildi	6(22,2)	13(54,2)	7(38,9)		
Prospektüsü okuma	Hayır	39(88,6)	19(54,3)	17(42,5)	22,832	<b>&lt;0,001**</b>
	Evet	5(11,4)	16(45,7)	23(57,5)		
ASA neden kullanılır	Anti agregan etkisi vardır	29(65,9)	24(68,6)	25(62,5)	7,752	0,234**
	Kalp hastalıklarından Koruma etkisi vardır	1(2,3)	5(14,3)	2(5,0)		
	Ağrı kesici etkisi vardır	10(22,7)	6(17,1)	11(27,5)		
	Diğer etkiler	4(9,1)	0(0,0)	2(5,0)		
Kanama etkisini bilme	Hayır	15(34,1)	8(22,9)	6(15,0)	4,254	0,130**
	Evet	29(65,9)	27(77,1)	34(85,0)		
Sigara alkolle kullanımda risk artışı	Hayır	32(72,7)	18(51,4)	19(47,5)	6,515	<b>0,038**</b>
	Evet	12(27,3)	17(48,6)	21(52,5)		
Mide hastalıklarında kullanım riskini bilme	Hayır	21(47,7)	15(42,9)	14(35,0)	1,413	0,507**
	Evet	23(52,3)	20(57,1)	26(65,0)		
Tıbbi girişimlerden önce doktoru bilgilendirme	Hayır	13(29,5)	7(20,0)	7(17,5)	1,908	0,380**
	Evet	31(70,5)	28(80,0)	33(82,5)		
Kalp krizinde kullanıldığını bilme	Hayır	23(52,3)	14(40,0)	15(37,5)	2,134	0,344**
	Evet	21(47,7)	21(60,0)	25(62,5)		
Kolon kanserinden koruduğunu bilme	Hayır	39(88,6)	33(94,3)	32(80,0)	3,636	0,194**
	Evet	5(11,4)	2(5,7)	8(20,0)		
ASA ile tetiklenen astımı bilme	Hayır	43(97,7)	32(91,4)	34(85,0)	-	0,110*
	Evet	1(2,3)	3(8,6)	6(15,0)		
Çocuklarda kullanım riskini bilme	Hayır	40(90,9)	25(71,4)	29(72,5)	6,608	<b>0,046**</b>
	Evet	4(9,1)	10(28,6)	11(27,5)		
Kulak çınlaması yapabileceğini bilme	Hayır	43(97,7)	31(88,6)	33(82,5)	-	<b>0,048**</b>
	Evet	1(2,3)	4(11,4)	7(17,5)		
Beyin kanaması yapma potansiyelini bilme	Hayır	38(86,4)	27(77,1)	23(57,5)	9,285	<b>0,010**</b>
	Evet	6(13,6)	8(22,9)	17(42,5)		
Hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme	Hayır	25(56,8)	8(22,9)	14(35,0)	10,078	<b>0,006**</b>
	Evet	19(43,2)	27(77,1)	26(65,0)		
Hayatı tehdit edebilecek etkileri olduğunu bilme	Hayır	34(77,3)	21(60,0)	24(60,0)	3,832	0,147**
	Evet	10(22,7)	14(40,0)	16(40,0)		
Aile hekimini tanıma	Bilmiyor	11(25)	10(28,6)	7(17,5)	1,356	0,486**
	Biliyor	33(75)	25(71,4)	33(82,5)		
Aile hekimi kim	Bilmiyor	9(27,3)	6(24,0)	9(27,3)	0,101	0,951**
	Biliyor	24(72,7)	19(76,0)	24(72,7)		
AH'nin görev yerini bilme	Hayır	1(3)	2(8,0)	2(6,1)	-	0,850*
	Evet	32(97)	23(92,0)	31(93,9)		
İlaç yazdırmaya AH'ne gitme	Hayır	5(15,2)	1(4,0)	14(42,4)	14,391	<b>0,001**</b>
	Evet	28(84,8)	24(96,0)	19(57,6)		
AH ilaç bilgisi veriyor mu	Hayır	13(43,3)	6(26,1)	9(45,0)	2,222	0,348**
	Evet	17(56,7)	17(73,9)	11(55,0)		

\*Fischer extract testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit, AH: Aile hekimi

Çalışmaya katılan hastalarda kronik hastalık varlığı ile ASA kullanımına karar verme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kronik hastalığı olmayanların daha fazla oranda ASA'ya kendi kararı ile başladığı belirlenmiştir. ASA kullanmaya hekim önerisi ile başlayan 69 kişinin 63'ünün (%91,3) tedaviye uyumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca kronik hastalığı olanlarda ASA'yı düzenli kullanma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9. Kronik hastalık durumu ile ASA kullanım kararı ve kullanım şekli ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		Kronik hastalık		$\chi^2$	p
		Yok n(%)	Var n(%)		
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	1(3,8)	68(73,1)	37,229	<0,001**
	Kendi kararıyla	25(96,2)	25(26,9)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	23(88,5)	27(29)	27,068	<0,001**
	Düzenli	3(11,5)	66(71)		

\*Fischer extract testi, \*\* ki kare testi. ASA: Asetilsalisilik asit

Çalışmaya katılan hastaların HT varlığı ile ASA kullanım kararı ( $p<0,001$ ) ve ASA kullanım şekli ( $p<0,001$ ) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre HT hastalığı olmayanların ASA kullanımına daha fazla oranda kendi kararı ile başladığı ve daha fazla oranda düzensiz ASA kullanımlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10).

Çalışmadaki KAH tanısı olan hastaların da HT varlığı ile benzer şekilde ASA kullanım kararı ( $p<0,001$ ) ve ASA kullanım şekli ( $p<0,001$ ) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken (Tablo 4.11) her iki durumda da tedavi uyumu ile ilişkili anlamlı sonuç bulunmamıştır (Tablo 4.10 ve 4.11).

**Tablo 4.10. Hipertansiyon tanısı olma ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		Yok n(%)	Var n(%)	$\chi^2$	p
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	22(34,4)	47(85,5)	29,617	<0,001**
	Kendi kararıyla	42(65,6)	8(14,5)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	41(64,1)	9(16,4)	25,701	<0,001**
	Düzenli	23(35,9)	46(83,6)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	3(13,6)	3(6,4)	-	0,375*
	Tedaviye uyumlu	19(86,4)	44(93,6)		

\*Fischer extract testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit

**Tablo 4.11. KAH hastalık durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		Yok n(%)	Var n(%)	$\chi^2$	p
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	41(45,1)	28(100)	24,326	<0,001**
	Kendi kararıyla	50(54,9)	0(0)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	49(53,8)	1(3,6)	20,198	<0,001**
	Düzenli	42(46,2)	27(96,4)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	4(9,8)	2(7,1)	36,807	0,532*
	Tedaviye uyumlu	37(90,2)	26(92,9)		

\*Fischer extract testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit, KAH: Koroner arter hastalığı

Çalışmaya katılan hastaların kalp krizi öyküsü ile tedaviye uyumları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Kalp krizi öyküsü olan hastaların tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12. Kalp krizi öyküsü ile ASA tedavisine uyumun karşılaştırılması**

		Uyumsuz kullanım	Tedaviye uyumlu	$\chi^2$	p
Kalp krizi öyküsü	Hayır	5(83,3)	44(69,8)	22,014	<0,001**
	Evet	1(16,7)	19(30,2)		

\*\* ki kare testi

Çalışmaya katılan hastaların SVH varlığı ile ASA kullanım kararı ( $p=0,002$ ) ve ASA kullanım şekli ( $p=0,002$ ) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre SVH varlığı olmayanların ASA kullanımına daha fazla oranda kendi kararı ile başladığı ve daha fazla oranda düzensiz ASA kullanımlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Çalışma grubundaki katılımcıların diğer vasküler hastalıklarının olması durumunda SVH varlığıyla benzer şekilde ASA kullanım kararı ( $p=0,002$ ) ve ASA kullanım şekli ( $p=0,002$ ) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken (Tablo 4.14) her iki durumda da tedavi uyumu ile ilişkili anlamlı sonuç bulunmamıştır (Tablo 4.13 ve 4.14).

**Tablo 4.13. SVH hastalık durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		Yok n(%)	Var n(%)	$\chi^2$	p
ASA kullanım kararı	Doktor önerisiyle	58(53,7)	11(100)	-	<b>0,002*</b>
	Kendi kararıyla	50(46,3)	0(0)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	50(46,3)	0(0)	-	<b>0,002*</b>
	Düzenli	58(53,7)	11(100)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	6(10,3)	0(0)	-	0,580*
	Tedaviye uyumlu	52(89,7)	11(100)		

\*Fischer exact testi. ASA: Asetilsalisilik asit

**Tablo 4.14. Diğer vasküler hastalıklar durumu ile ASA kullanım ve tedavisi ile ilgili bağımsız değişkenlerin karşılaştırılması**

İncelenen özellik		Yok n(%)	Var n(%)	$\chi^2$	p
ASA kullanım kararı	Hekim önerisiyle	55(52,4)	14(100)	9,626	<b>0,002**</b>
	Kendi kararıyla	50(47,6)	0(0)		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	50(47,6)	0(0)	9,626	<b>0,002**</b>
	Düzenli	55(52,4)	14(100)		
Tedavi uyumu	Uyumsuz kullanım	6(10,9)	0(0)	-	0,335
	Tedaviye uyumlu	49(89,1)	14(100)		

\*Fischer exact testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit

Çalışmaya katılan hastaların klinik geçmişine bakıldığında 24'ünün (%20,17) göğüs ağrısı ve 20'sinin (%16,81) miyokard infarktüsü (MI) öyküsü olduğu belirlenmiştir. KVS girişimi yapılan 38 (%31,93) hastanın 22'sine (%57,89) girişimsel işlem olarak sadece koroner anjiyografi (KAG), 11'ine (%28,95) KAG'a ek olarak PKG (stent ve/veya balon anjiyoplasti) ve beş (%13,16) hastaya KAG sonrasında KABG uygulandığı belirlenmiştir.

Çalışmadaki hastaların 11'inin (%9,2) inme öyküsü olduğu belirlenmiştir. İnme tipleri incelendiğinde 10'unun (%91,0) pıhtı ve birinin (%9,9) kanama şeklinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15. Hastaların göğüs ağrısı, MI, KVS girişimi, inme öyküsü dağılımları**

Klinik özellikler		n	%
Göğüs ağrısı öyküsü	Hayır	95	79,8
	Evet	24	20,2
MI öyküsü	Hayır	99	83,2
	Evet	20	16,8
KVS girişimi	Hayır	81	68,1
	Evet	38	31,9
Uygulanan girişim	Sadece KAG	22	57,9
	PKG	11	28,9
	KABG	5	13,2
İnme öyküsü	Hayır	108	90,8
	Evet	11	9,2
İnme tipi	Pıhtı	10	90,9
	Kanama	1	9,1

\*Fischer extract testi, \*\*ki kare testi MI: Miyokard infarktüsü, KVS: Kardiyovasküler sistem, KAG: Koroner anjiyografi, PKG: Perkutan koroner girişim, KABG: Koroner arter by-pass grefti

Çalışmaya katılan hastaların ASA ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde 92 kişi ile (%77,3) tıbbi girişimsel işlemler öncesi ASA kullanımı ile ilgili hekimini bilgilendirme gerekliliğini bilme ve 90 kişi ile (%75,6) ASA'nın kanama yapıcı etkisini bilme en çok olumlu yanıt alınan sorular olurken ASA ile tetiklenebilen astımı bilme 109 kişi ile (%92) en fazla olumsuz yanıt verilen soru olmuştur. Hastaların ASA ile ilgili bilgi durumları Tablo 4.16'da verilmiştir.

**Tablo 4.16. Hastaların ASA ile ilgili bilgi durumları**

Araştırılan özellik	n	%	
ASA neden kullanılır	Anti agregan etkisi vardır	78	65,6
	Kalp hastalıklarından koruma etkisi vardır	8	6,7
	Ağrı kesici etkisi vardır	27	22,7
	Diğer etkiler için	6	5,0
Kanama etkisini bilme	Hayır	29	24,4
	Evet	90	75,6
Sigara alkolle kullanımda risk artışı	Hayır	69	58,0
	Evet	50	42,0
Mide hastalıklarında kullanım riskini bilme	Hayır	50	42,0
	Evet	69	58,0
Tıbbi girişimlerden önce hekimi bilgilendirme gerekliliğini bilme	Hayır	27	22,7
	Evet	92	77,3
Kalp krizinde kullandığını bilme	Hayır	52	43,7
	Evet	67	56,3
Kolon kanserinden koruduğunu bilme	Hayır	104	87,4
	Evet	15	12,6
ASA ile tetiklenen astımı bilme	Hayır	109	91,6
	Evet	10	8,4
Çocuklarda kullanım riskini bilme	Hayır	94	79,0
	Evet	25	21,0
Kulak çınlaması yapabileceğini bilme	Hayır	107	89,9
	Evet	12	10,1
Beyin kanaması yapma potansiyelini bilme	Hayır	88	73,9
	Evet	31	26,1
Hekim önerisi olmadan kullanmamak gerektiğini bilme	Hayır	47	39,5
	Evet	72	60,5
Hayatı tehdit edebilecek etkileri olduğunu bilme	Hayır	79	66,4
	Evet	40	33,6

ASA: Asetilsalisilik asit

Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanımına başlama durumu ile ASA'nın neden kullanıldığına verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Hekim önerisi ile ASA kullanımına başlayan 69 kişiden 58'i (%84,1) anti agregan etki ile ilişkili yanıt verirken, hekim önerisi dışında ASA kullanımı olan 50 hastanın 25'inin (%50) analjezik etkiyi ifade eden yanıtlar verdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Çalışma grubunda hekim önerisi ile ASA kullanımına başlama durumu ile tıbbi girişimlerden önce hekimi bilgilendirme gerekliliğini bilme ( $p<0,001$ ), ASA'nın kalp krizi tedavisinde kullanıldığını bilme ( $p=0,001$ ), hekim önerisi olmadan kullanmamak gerektiğini bilme ( $p<0,001$ ) durumu karşılaştırıldığında hekim önerisi ile başlayanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan hastaların ASA kullanımına başlama durumu ile kanama yapıcı etkisini bilme ( $p=0.280$ ), sigara ve alkol ile risk artışı olduğunu bilme ( $p=0.090$ ), mide hastalıklarında kullanımının riskli olduğunu bilme ( $p=0.851$ ), kolon kanserinden koruyucu özelliği olduğunu bilme ( $p=0.313$ ), ASA ile tetiklenen astım türü olduğunu bilme ( $p=0.385$ ), ASA'nın çocuklarda kullanım riski olduğunu bilme ( $p=0.361$ ), kulak çınlamasına neden olabileceğini bilme ( $p=0,117$ ), beyin kanamasına neden olabileceğini bilme ( $p=0,136$ ), hayatı tehdit edebilecek yan etkileri olabileceğini bilme ( $p=0,090$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17. Hastaların ASA başlama durumu ile ASA hakkındaki bilgilerinin karşılaştırılması**

Araştırılan özellik		Hekim önerisiyle	Kendi kararıyla	$\chi^2$	p
ASA neden kullanılır	Anti agregan etkisi vardır	58(84,1)	20(40)	39,243	<0,001**
	Kalp hastalıklarından koruma etkisi vardır	5(7,2)	3(6)		
	Ağrı kesici etkisi vardır	2(2,9)	25(50)		
	Diğer etkiler	4(5,8)	2(4)		
Kanama etkisini bilme	Hayır	14(20,3)	15(30)	1,003	0,280**
	Evet	55(79,7)	35(70)		
Sigara alkolle kullanımda risk artışı	Hayır	35(50,7)	34(68)	2,878	0,090**
	Evet	34(49,3)	16(32)		
Mide hastalıklarında kullanım riskini bilme	Hayır	28(40,6)	22(44)	0,034	0,851**
	Evet	41(59,4)	28(56)		
Tıbbi girişimlerden önce doktoru bilgilendirmeyi bilme	Hayır	7(10,1)	20(40)	13,079	<0,001**
	Evet	62(89,9)	30(60)		
Kalp krizinde kullanıldığını bilme	Hayır	21(30,4)	31(62)	10,493	0,001**
	Evet	48(69,6)	19(38)		
Kolon kanserinden koruyabileceğini bilme	Hayır	58(84,1)	46(92)	1,017	0,313**
	Evet	11(15,9)	4(8)		
ASA ile tetiklenen astımı bilme	Hayır	65(94,2)	44(88)	0,755	0,385**
	Evet	4(5,8)	6(12)		
Çocuklarda kullanım riskini bilme	Hayır	52(75,4)	42(84)	0,835	0,361**
	Evet	17(24,6)	8(16)		
Kulak çınlaması yapabileceğini bilme	Hayır	59(85,5)	48(96)	2,458	0,117**
	Evet	10(14,5)	2(4)		
Beyin kanaması yapma potansiyelini bilme	Hayır	47(68,1)	41(82)	2,225	0,136**
	Evet	22(31,9)	9(18)		
Hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme	Hayır	17(24,6)	30(60)	13,727	<0,001**
	Evet	52(75,4)	20(40)		
Hayatı tehdit edebilecek etkileri olduğunu bilme	Hayır	41(59,4)	38(76)	2,867	0,090**
	Evet	28(40,6)	12(24)		

\*Fischer extract testi, \*\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit



Çalışmaya katılan hastaların 91'sinin (%76,5) aile hekimini tanıdığı, 67'sinin (%73,6) aile hekiminin adını bildiği, 86'sının (%94,5) aile hekiminin görev yerini bildiği, 71'inin (%78,0) aile hekimine ilaç yazdırmaya gittiği ve aile hekimine ilaç yazdırmaya giden 71 hastadan 45'ine (%61,6) aile hekimi tarafından yazılan ilaçların bilgisinin verildiği belirlenmiştir (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18. Hastaların aile hekimleri ile ilgili verileri**

İncelenen özellik		n	%
Aile hekimini tanıma	Bilmiyor	28	23.53
	Biliyor	91	76.47
Aile hekiminin adını bilme	Bilmiyor	24	26.37
	Biliyor	67	73.63
Aile hekiminin görev yerini bilme	Hayır	5	5.49
	Evet	86	94.51
İlaç yazdırmaya Aile hekimine gitme	Hayır	20	21.98
	Evet	71	78.02
AH ilaç bilgisi veriyor mu	Hayır	28	38.36
	Evet	45	61.64

Çalışmaya katılan hastalara ASA hakkında bilgi verilmiş olması ile ASA kullanım şekli incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Hekim önerisi olmadan ASA kullanımı olanların hekim önerisi ile kullananlara göre daha fazla oranda düzensiz kullanımı olduğu belirlenmiştir. Ek olarak, ASA hakkında bilgi verilmiş olan hastaların anlamlı düzeyde hekim önerisi olmadan ASA kullanımının uygun olmadığını bildiği belirlenmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19. ASA hakkında hekimin bilgi vermesi durumu ile ASA kullanım şekli ve hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme durumlarının karşılaştırılması**

İncelenen özellik		ASA hakkında bilgi			x <sup>2</sup>	p
		Bilgi verilmedi	Bilgi verildi	Hekim önerisi dışında kullanım		
ASA kullanım şekli	Düzensiz	3(7,0)	2(7,6)	45(90,0)	93,551	<0,001*
	Düzenli	40(93,0)	24(92,4)	5(10,0)		
Hekim önerisi olmadan kullanmamayı bilme	Hayır	14(32,6)	3(11,5)	30(60,0)	162,335	<0,001*
	Evet	29(67,4)	23(88,5)	20(40,0)		

\* ki kare testi ASA: Asetilsalisilik asit

**Tablo 4.20. Hastaların ASA kullanım gerekçeleri ile ASA tedavi uyumu ve ASA kullanımının amaca uygunluğunun dağılımı**

	Tedavi uyumu, n(%)			ASA kullanım amaç uygunluğu, n(%)			
	Uyumsuz kullanım	Uygun kullanım	Hekim dışı kullanım	Uygun değil	Uygun	Endikasyon dışı kullanım	Yetersiz bilgi karar verilemedi
Semptomatik	0	0	31(62,0)	11(91,7)	7(8,7)	0	13(81,4)
KVS sorunları	1(20)	29(45,3)	5(10,0)	0	34(42,5)	0	1(6,2)
Vasküler nedenler	3(60)	33(51,6)	0	0	34(42,5)	0	2(12,4)
Antitrombositler etkinlik	1(20)	2(3,1)	3(6,0)	1(8,3)	5(6,3)	0	0
Endikasyon dışı kullanım	0	0	11(22,0)	0	0	11(100)	0
Toplam	5(100)	64(100)	50(100)	12(100)	80(100)	11(100)	16(100)

ASA: Asetilsalisilik asit, KVS: Kardiyovasküler sistem

Hekim önerisi ile ASA tedavisine başlanan 69 hastadan 64'ü (%92,7) tedaviye uyumlu iken 67'sinin (%97,1) kullandığı ASA dozunu bildiği ikisinin (%2,9) tedavi dozunu bilmediği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan 119 hastanın 50'sinin hekim önerisi dışında ASA kullandığı belirlenmiştir. Bu 50 hastanın 11'inin (%22) endikasyon dışı gerekçelerle ASA kullanımının olduğu saptanırken kalan 39 hastanın 12'sinin (%24) kullanım gerekçesine uygun olmayan dozlarda ASA kullandığı belirlenmiştir. Hekim önerisi

dışında ASA kullanan hastalardan 14'ü (%28) kullandığı ASA dozunu bilmediği için değerlendirme yapılamazken hekim önerisi dışında ASA kullanan sadece 13 (%26) hastanın kullanma gerekçesi ile kullandığı ASA dozu uygun olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların ASA hakkında bilgi durumları ile ASA kullanımını önerenlerin dağılımı Tablo 4.21'de verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan 119 hastadan hekim önerisi ile ASA tedavisine başlamış olan 69 hasta tedavi öncesi bilgi verilme durumu, tedaviyi öneren uzmanlık branşı ve tedaviye başlanan hasta sayılarına göre oransal olarak incelendiğinde kardiyovasküler cerrahi (KVC) uzmanlarının en yüksek oranda, İç hastalıkları uzmanlarının ise en az oranda bilgi veren branş olduğu tespit edilmiştir. ASA tedavisini en sık öneren hekimlerin ise 37 hasta (%53,6) ile kardiyoloji uzmanları olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.21. ASA kullanımını önerene göre ASA hakkında bilgi verilme durumu**

		ASA hakkında bilgilendirme, n(%)			Toplam
		Bilgi verilmedi	Bilgi verildi	Hekim önerisi olmadan kullanım	
<b>ASA kullanımını öneren</b>	Aile bireyleri	0	0	16(%32,0)	16(%13,4)
	İç hastalıkları uzmanı	8 (%80)	2 (%20)	0	10(%8,4)
	Kardiyoloji uzmanı	25(%67,56)	12(%32,43)	0	37(%31,1)
	KVC uzmanı	3(%42,85)	4(%57,14)	0	7(%58,8)
	Nöroloji uzmanı	5(%45,45)	6(%54,54)	0	11(%9,2)
	Diğer uzmanlık dalları	2(%50)	2(%50)	0	4(%3,4)
	Kendisi	0	0	34(%68,0)	34(%28,7)
Toplam		43(%62,31)	26(%37,68)	50(%100)	119(100)

*ASA: Asetilsalisilik asit, KVC: Kardiyovasküler cerrahi*

## 5. TARTIŞMA

ASA özellikle kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde sık kullanılan bir medikal ajandır. KAH, SVH, periferik damar hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, derin ven trombozu, pulmoner emboli gibi kalp ve damar sistemini ilgilendiren hastalıklar KVH'ler içerisinde yer alır. Günümüzde KVH'lerin yönetiminde primer ve sekonder koruma tanımlamaları mevcuttur.

Primer korumada, KVH'nin ortaya çıkışının önlenmesi amacı ile doğal nedenlerin yanında sigara kullanımı, DM, HT, lipid bozuklukları, obezite, fiziksel inaktivite gibi önlenebilir risk faktörlerine yönelik yaklaşımlarda bulunulurken sekonder korumada ise KVH ile ilişkili komplikasyon gelişmesinin önüne geçmek amaçlanmaktadır.

ASA'nın KVH'ler ile ilişkili olarak antiagregan etkinliğinden yararlanmak amacıyla kullanımı, pıhtı oluşumunu önleyerek ölümcül olmayan miyokard enfarktüsü, iskemik inme ve ölüm riskini azaltarak primer korumaya katkı sağlamaktadır. Ancak primer korumada kullanım gerekliliği, sağladığı yarar ile kanama riskinden doğacak zarar oranının net olmamasından dolayı, sekonder korumada olduğu gibi net değildir (27).

Çalışmamıza gönüllü olarak katılan 119 hastanın 82'si (%68,9) kadın, 37'si (%31,1) erkekti. Yaş ortalaması  $54,3 \pm 1,3$  iken katılımcıların en genci 18 en yaşlısı 81 yaşında idi. Çalışmada hekim önerisi ile ASA kullanan 69, hekim önerisi dışında ASA kullanan 50 hasta vardı.

Çalışmamızda hastaların ASA kullanım kararı incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda hekim önerisi ile ASA kullandığı belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların prospektüsü okuma durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oranda prospektüsü okuduğu saptandı.

Hekim önerisi ile kullananların 63'ü (%91,3) düzenli kullandığı belirtti. Williams ve arkadaşlarının çalışmasında kromatografi kütle spektrometresi yöntemiyle kan örneğinde salisilat metaboliti ölçülerek ASA kullanımının düzenli olup olmadığını belirlenmiştir (38). Bizim çalışmamızda böyle bir ölçüm yapılmayıp beyana dayalı değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmamızda hekim önerisi ile ASA kullanan 69 hastanın 19'una (%27,5) primer koruma amacı ile 50'sine (%72,5) sekonder koruma amacı ile tedavi başlanmıştı, Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %12'si sekonder korunma amacı ile ASA kullanıyordu (38). Çalışmamızda sekonder kullanım oranının yüksek olmasının, ülkemizdeki ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi sorunlarının gelmesi ile uyumlu olduğu düşünüldü (8).

Çalışma grubunun 44'ü (%37,0) ilköğretim, 35'i (%29,4) ortaöğretim ve 40'ı (%33,6) yükseköğretim mezunu idi. Yükseköğretim mezunu olanların ASA kullanımını diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düzensizdi. İlköğretim mezunlarında prospektüs okuma durumu anlamlı derecede düşüktü.

Çalışmadaki hastaların 93'ünün (%78,15) kronik hastalığı olduğu belirlendi. Çalışma grubumuzda kronik hastalıklar içinde HT ilk sıradaydı. 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalansı Çalışması 2'de (Patent2) HT prevalansı yüzde 30,3 (40) iken bizim çalışmamızda bu oran %46,2 idi.

Çalışmada 38 kişi ile (%31,9) DM, 28 kişi ile (%23,5) KAH, 11 kişi ile (%9,2) SVH sırasıyla ikinci, üçüncü ve dördüncü sıklıkta görülen kronik hastalıklardı.

SVH öyküsü olan 11 hasta sorgulandığında 10'unun (%90,9) iskemik, birinin (%9,1) hemorojik nedeni olduğu belirlendi. Bu oran Yetişkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile yaklaşık olarak benzerdi (41).

DM tanısı olan toplam 38 hastanın 28'inde ASA kullanımını vardı ancak yalnızca ikisinde ASA tedavisi başlanma gerekçesi DM nedeni ile primer koruma olarak belirlendi.

Sonuçları 2018 yılında yayımlanan ASCEND (A Study of Cardiovascular Events in Diabetes) çalışmasında bilinen KVH öyküsü olmayan diyabetli hastalarda primer korumada ASA kullanımının ciddi vasküler olayların gelişmesini önlediği ancak major kanamalara neden olduğu raporlanmıştır (36).

Çalışmamızda hekim önerisi ile primer korunma amacı ile ASA kullanımını olan hastalarda en sık kullanım nedeni 14 hasta (%73,7) ile HT idi. Tedavi yaklaşımları kılavuzlara göre farklılık göstermekle birlikte 2016 Avrupa korunma kılavuzunda majör kanama riskinden dolayı ASA kullanımını destekleyen güncel kanıtların

olmaması nedeniyle kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalarda primer koruma amacı ile ASA kullanımı önerilmemektedir (42).

Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların kullandığı ASA dozları incelenmiş ve %67 ile en yüksek oranda 81 mg kullanım belirtilmiştir (38). Bizim çalışmamızda ise hekim önerisi ile ASA kullanan 69 hastanın 60'nın (%87,0) 100 mg ASA kullandığı belirlendi.

CURE (Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events) çalışmasında akut koroner sendrom öyküsü olan hastalarda ASA'nın klopidogrelle birlikte ya da tek başına 100 mg'dan yüksek dozlarda kullanımının kardiyovasküler etkinliği değiştirmedığı ancak kanama yan etkisinde belirgin artış görüldüğü ve ASA kullanımında optimal dozun 75-100 mg/gün olduğu belirtilmiştir (43).

Çalışmamızda hekim önerisi dışında ASA kullanımı olan 50 hastadaki kullanım dozlarına bakıldığında 18 hastanın (%36,0) 100 mg, 10 hastanın (%20,0) 500 mg, altı hastanın (%12,0) 80 mg kullanımı olduğu belirlenirken 16 hasta (%32,0) ise kullandığı dozu bilmediğini ifade etti. Hekim önerisi ile ASA tedavisine başlanan 69 hastanın 67'si (%97,1) tedavi dozunu biliyordu.

ASA kullanan 31 hasta hekim önerisi dışında ağrı kesici, ateş düşürücü etki ile ilişkili semptomatik kullanım nedeni belirtirken 13'ü kullandığı dozu bilmiyor, sekizi 300 mg, üçü 80 mg kullanıyordu. Yetişkinlerde ağrı kesici, ateş düşürücü doz olarak belirtilen 500 mg kullanım (24) ise sadece yedi hastada görüldü.

Hekim önerisi dışında ASA kullanan yetişkin hastalardan %12'si toplumda "bebe aspirini" olarak bilinen tabletlerden kullandığını ifade etti. 80 mg ASA içeren ve bebe aspirini olarak bilinen tabletlerin erişkinlerde yalnızca antiagregan etkinlik sağlayabileceği bilinmektedir. Fakat bu hastaların hiçbirinin kullanım gerekçesi antiagregan etkinlik ile ilişkili değildi. Bu durum etkisi doza bağımlı olan ASA'nın, hekim önerisi dışında kullanımının sakıncalı olduğunu ortaya koymaktadır.

Hekim önerisi dışı kullanımda kullanım-amaç uygunluğu değerlendirildiğinde ise %26'sı "uygun", %24'ü "uygun değil", %22'si "endikasyon dışı kullanım", %28'i "yetersiz bilgi, karar verilemedi" olarak değerlendirildi. Bu durum hekim önerisi dışında ASA kullanmamak gerektiğini destekler nitelikteydi. ASA ile ilişkili geçmiş

çalışmalara bakıldığında kullanım-amaç uygunluğu kapsamında yapılmış bir çalışmaya rastlanmadı.

Çalışmada endikasyon dışı kullanım nedenleri arasında “adet düzenleyici olarak”, “nefes darlığında”, “ishalde”, “enerji verici olarak” gibi gerekçeler vardı. Hastalar GİS kanama öyküsü açasından özellikle sorgulanmadı ancak hastalardan biri enerji verdiği gerekçesi ile kendi kararıyla 50 yıl boyunca düzenli ASA kullanımının olduğunu daha sonra yaşamı tehdit eden GİS kanaması gelişmesi nedeni ile ASA’yı bıraktığını belirtti. Bu hastanın GİS kanama öyküsü hastane kayıtları incelenerek doğrulandı.

Çalışmamızda 65 (%54,6) hastanın her gün ASA aldığı belirlendi. Bu gruptaki üç hastanın kullanımını hekim önerisi dışında idi.

Roth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalara ASA’nın kalp krizi ya da inmeyi önlemek açasından risk ve yararları hakkında kendileri ile görüşülüp görüşülmediği sorulmuş katılımcıların %56’sı olumlu yanıt vermiştir. Bizim çalışmamızda hekim önerisi ile tedavi alan grupta ASA’nın etki ve yan etkileri hakkında hekim tarafından bilgilendirilme oranı %37,7 idi.

Çalışmamızda KVC uzmanları %57 ile en yüksek oranda bilgi veren branş idi. İç hastalıkları uzmanları ise %20 ile en düşük bilgi veren branş olarak belirlendi. İç hastalıkları uzmanlarının ASA tedavisi başlamış olduğu hastaların %70’i primer koruma, %30’u sekonder koruma kapsamında iken, KVC uzmanı tarafından ASA tedavisi başlanan yedi hastanın altısına sekonder koruma amacı ile tedavi başlandığı belirlendi. Buna bağlı olarak hekimlerin sekonder koruma gerektiren durumlara daha çok önem verdikleri düşünöldü.

Çalışmada ASA hakkında bilgi verilmiş olan hastaların, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hekim önerisi olmadan ASA kullanımının uygun olmadığını bildiği belirlendi.

Çalışmaya katılan hastaların 91’i (%76,5) aile hekimini tanıyordu. Bunlardan 71 hasta (%78,0) aile hekimine ilaç yazdırmaya gittiğini ifade etti. Aile hekimine ilaç yazdırmaya giden 71 hastadan 45’ine (%61,6) aile hekimi tarafından yazılan ilaçların bilgisinin verildiği belirlendi.

Katılımcılara ASA'nın hangi nedenlerle kullanılabilceği sorulduğunda hastaların %65,5'i ilk yanıt olarak antiagregan etkiyi tanımlayan yanıtlar verdi, %23,0'ü ise ilk yanıt olarak ağrı kesici etkiyi belirtti.

PAIN (Paracetamol, Aspirin, Ibuprofen New tolerability study) çalışmasında kısa süreli ağrı nedeniyle parasetamol, ASA ve ibuprofenin kullanımındaki tolere edilebilirliklerine dair incelemeler yapılmış ibuprofenin genel tolere edilebilirliği parasetamole eşdeğer ve ASA'dan daha iyi olarak bulunmuştur. Çalışmada kısa süreli ağrı yönetimi için birinci basamak analjezik olarak ibuprofenin kullanılması önerilmiştir (44).

Farklı farmakolojik mekanizmalarla farklı etkinlikler gösterdiği bilinen ve toplumda sık kullanılan ASA ile ilgili çalışmalar her zaman merak uyandırıcı olmuştur. Son yıllarda ASA'nın kolorektal kanserden koruyucu olduğuna ilişkin yapılan çalışmalar vardır. Yapılan bir çalışmada primer koruma amacıyla yaklaşık 10 yıl ASA kullanımı sonrasında kolorektal kanser insidansında azalma olduğu ifade edilmiştir (45).

USPSTF (US Preventive Services Task Force), 10 yıllık KVH riski %10 veya daha fazla olan, kanama riski yüksek olmayan ve en az 10 yıl süreyle ASA almayı kabul eden 50-59 yaş arasındaki yetişkin bireylerde KVH ve kolorektal kanserin birincil önlenmesi için düşük doz ASA kullanımını önermektedir. On yıllık KVH riski %10 veya daha fazla olan 60-69 yaş arasındaki yetişkinlerde ise KVH ve kolorektal kanserin birincil önlenmesi için düşük doz ASA kullanım kararının hasta bazlı olması gerektiği belirtilmiştir (46).

Tayvan'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada, bilinmeyen mekanizmalarla, tip 2 DM hastalarında günlük 40 mg ASA kullanımının Alzheimer hastalığı gelişme riskini azalttığı, Alzheimer dışı demansta ise herhangi bir yarar sağlamadığı belirtilmiştir. Ancak yine tip 2 DM hastalarında günlük 80 mg'dan yüksek dozda ASA alımının Alzheimer'a bağlı olsun ya da olmasın demans riskini arttırdığı belirtilmiştir (47). Bu çalışma ASA'nın doz bağımlı olarak ne kadar farklı etkiler gösterebileceğini de ortaya koymaktadır.

Yakın zamanlı bir başka çalışmada prostat kanseri olan hastalarda düzenli ASA kullanımının prostat kanserine bağlı ölüm oranını düşürdüğü öne sürülmüştür (48).



ABD Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu için hazırlanan bir rehberde ASA'nın sağlayacağı net faydanın artan kardiyovasküler risk ile arttığı belirtilmektedir. Bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalar için ASA kullanımının miyokard enfarktüsü riskini azalttığı ancak iskemik inme veya tüm nedenlere bağlı mortalite üzerinde etkisi olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca ASA kullanımında gastrointestinal kanama ve hemorajik inme riskinin de artacağı ifade edilmiştir (49).

Yine aynı rehberde, beş yıl içinde koroner kalp hastalığı gelişme riski %5 olan 1000 hastada ASA kullanımının olması durumunda; 6-20 hastanın MI gelişiminden korunacağı, 0-2 hastada hemorajik inme ve 2-4 hastada majör GİS kanamaya sebep olabileceği; beş yıl içinde koroner kalp hastalığı gelişme ihtimali %1 olan 1000 hastada ASA kullanımının ise 1-4 hasta ile MI gelişiminden koruyacağı, 0-2 hastada hemorajik inmeye ve 2-4 hastada majör GİS kanamaya neden olabileceği belirtilmiştir. Buradan çıkarımla ASA'nın KVH tanısı olmayan fakat beş yıllık koroner kalp hastalığı gelişmesi açısından yüksek riskli olarak değerlendirilen hastalarda muhtemel yarar sağlayacağı fakat düşük riskli hastalarda yarar sağlanmayıp hatta hastanın zarar görebileceği belirtilmiştir (49).

Altmış beş yaş üstünde primer proflakside antitrombositler tedavinin mutlak yararının gençlere göre dört kat daha fazla olduğu belirtilse de majör kanama riskinde iki-üç kat artış olacağı ifade edilmiştir. Buna bağlı olarak tromboz riski yüksek hastalarda ASA'dan yarar sağlanacağı düşünülse de kanama riskindeki artışın (hemorajik inme, gastroentestinal kanama gibi) bu yararı ortadan kaldırmaya yetebileceği savunulmaktadır. Buna karşılık, tüm kılavuzlarda sekonder korumada ASA'nın net yarar sağladığından bahsedilerek kronik stabil angina, AKS veya PKG geçirmiş ve alerji, aktif kanama veya geçirilmiş kafa içi kanama gibi kontrendikasyon olmayan tüm hastalarda düşük doz ASA'nın (80-100mg/gün) ömür boyu önerildiği belirtilmiştir (29).

2018 yılında ilk adımları atılan ASSOS (Appropriateness of Aspirin Use in Medical Outpatients) çalışması, ülkemizde 14 bölgede 5000 hasta ile ASA kullanımının değerlendirildiği en büyük çaplı çalışma olma özelliği taşımaktadır. Bu çalışmada primer kullanım uygunluğu, olası gereksiz medikasyon durumu gibi ASA kullanımına ilişkin saptamalar yapmak amaçlanmaktadır. Çalışmanın sonuçları ülkemizdeki ASA kullanım durumu hakkında fikir verici olacaktır (30).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumda sık kullanıldığı bilinen ASA, geniş farmakolojik etkiler gösteren bir medikal ajandır. Yan etkileri ve ilaç etkileşimi açısından geniş dağılım özelliklerine sahip olması ve etkilerinin doz bağımlı olması nedeniyle, hastalarda hekim gözetimi ve önerisi dışında kullanımı sakıncalı sonuçlar doğurabilir. Paracelcus'un da dediği gibi ilacı zehirden ayıran dozdur ve ASA kullanımında doz son derece önemlidir. Yapılan çalışmalar ve sağladığı yararlı etkiler hastaları çeşitli gerekçelerle ASA kullanımına yöneltse de kullanım kararı verilirken hekimlere danışılmalıdır. Bu bağlamda hekimlerin özellikle KVH'lerin primer önlenmesine ilişkin bilgi ve donanımları ile hastaları ayrıntılı sorgulama ve bilgilendirme gayretleri son derece önemlidir. Hekimler değerlendirme yaparken kronik hastalıkların yanında aile öyküsü, fiziksel aktivite, mevcut alışkanlıklar gibi durumları bütünü ile incelemeli, hastaların tıbbi uygulamalar dışında başvurdukları yollar ve olası gereksiz ilaç girişimi uygulanabilecek durumlar sorgulanarak ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerin önüne geçilmelidir. Bu yaklaşım dördüncül korumanın gereklerindedir.

Çalışmamızda ortaya koyduğumuz gibi hastalar sık olarak ASA kullanımına başvurmaktadır. Ancak hekim önerisi dışında kullanımların amaca uygun olmayan doz veya endikasyon dışı gerekçelerle olduğunu belirlemek endişe vericidir. Bu durum etkin ve doğru yanıtın alınmasına engel olabilmektedir.

Sonuçlarımız, risk altındaki bireyleri daha iyi tanımlayan ve kardiyovasküler hastalık yükünü azaltmak için hastalar ve klinisyenler arasındaki bilgi akışı sonucunda ortak karar vermeyi teşvik eden stratejilere duyulan gereksinimi vurgulamaktadır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Bentzen N. Wonca International Dictionary For General/Family Practice. Wonca International Classification Committee. Erişim adresi: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf> Erişim tarihi: 28.01.2020
2. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 25.01.2013, Sayı: 28539.
3. Rakel Robert E. Aile Hekimi. In: Rakel RE, Rakel DP (Eds). Aile Hekimliği, 9. Baskı (Türkçe Çevirisi) Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2019; 5.
4. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2017; 21(2):74-81.
5. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G, Ramasamy J. Quaternary prevention: Preventing over-medicalization. Journal of Dr. NTR University of Health Sciences, 2014; 3(3):216-217.
6. Gervas J. Diagnostic and therapeutic activity moderation. Quaternary and genetic prevention. Gaceta Sanitaria, 2006; 20:127-134.
7. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. WHO, Switzerland; 2008:25.
8. Akturan S, Gümüş B, Özer Ö, Balandız H, Erenler AK. TÜİK verilerine göre Türkiye'de 2009 ve 2016 yılları arasındaki ölüm oranları ve nedenleri. Konuralp Tıp Dergisi, 2019; 11(1):9-16.
9. Abramson SB. Aspirin: Mechanism of action, major toxicities, and use in rheumatic diseases. UpToDate, 2012. [İnternet] [www.uptodate.com/contents/aspirin-mechanism-of-action-major-toxicities-and-use-in-rheumatic-diseases/print](http://www.uptodate.com/contents/aspirin-mechanism-of-action-major-toxicities-and-use-in-rheumatic-diseases/print) Accessed: January 03, 2020.
10. do Prado TM, Cincotto FH, Machado SA. Spectroelectrochemical study of acetylsalicylic acid in neutral medium and its quantification in clinical and environmental samples. Electrochimica Acta, 2017; 233:105-112.
11. Topçuoğlu MA, Selekler K. Keşfinin 100. Yılında Aspirin. [İnternet] [http://web.deu.edu.tr/noroloji/TND1996\(3,4\)aspirintammetin.htm](http://web.deu.edu.tr/noroloji/TND1996(3,4)aspirintammetin.htm) Erişim tarihi: 03 Ocak 2020.

12. Souter K. An Aspirin a Day: The Wonder Drug that Could Save Your Life. Michael O'Mara Books, London, 2011.
13. Aşır S. Aspirinin tarihi: Sümerlerin hakkı Sümerlere. Bütün Dünya, 2017; (11):107-110.
14. Montinari MR, Minelli S, De Caterina R. The first 3500 years of Aspirin history from its roots—A concise summary. *Vascular Pharmacology*, 2019;113:1-8.
15. Patrono C. Low-dose aspirin in primary prevention: cardioprotection, chemoprevention, both, or neither? *Eur Heart J* 2013; 34:3403-3411.
16. Sonnweber T, Pizzini A, Nairz M, Weiss G, Tancevski I. Arachidonic acid metabolites in cardiovascular and metabolic diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 2018; 19(11):3285.
17. Knab LM, Grippo PJ, Bentrem DJ. Involvement of eicosanoids in the pathogenesis of pancreatic cancer: the roles of cyclooxygenase-2 and 5-lipoxygenase. *World Journal of Gastroenterology*, 2014; 20(31):10729-39.
18. Patrono C. Aspirin. In: Michelson AD et al. (Eds). *Platelets*, 4th edition. Academic Press, London, UK; 2019: 921-936.
19. Gençbay M. Siklooksijenaz-2 inhibitörleri koroner olay riskini artırıyorlar mı? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2004; 32(6):371-375.
20. Ricciotti E, FitzGerald GA. Prostaglandins and inflammation. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 2011; 31(5):986-1000.
21. Cox D, Maree AO, Dooley M, Conroy R, Byrne MF, Fitzgerald DJ. Effect of enteric coating on antiplatelet activity of low-dose aspirin in healthy volunteers. *Stroke*, 2006; 37(8):2153-2158.
22. Clarke RJ, Mayo G, Price P, FitzGerald GA. Suppression of thromboxane A2 but not of systemic prostacyclin by controlled-release aspirin. *New England Journal of Medicine*, 1991; 325(16):1137-1141.
23. Büyükkuroğlu ME, Tanyeri P, Keleş R. İlaç-ilaç etkileşimleri konusunda farkındalık. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 4(3):377-391.
24. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. 16.01.2020 tarih ve 62820468-000-E.12525 sayılı "Asetilsalisilik asit içeren tekli veya kombine ilaçlar hakkında" yazı. Erişim adresi:

<https://www.teis.org.tr/2020/01/21/titckasetil-salisilik-asit-iceren-tekli-veya-kombine-ilaclar-hakkinda-duyuru-16-01-2020/> Erişim tarihi: 28.01.2020

25. D'agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care. *Circulation*, 2008; 117(6):743-753.
26. Kültürsay H. Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2011; 39:6-13.
27. Değirmenci H. Aspirinle primer koruma kimlere yapalım? *Erzincan Tıp Dergisi*, 2018; 1(2):55-59.
28. Raju N, Sobieraj-Teague M, Hirsh J, O'Donnell M, Eikelboom J. Effect of aspirin on mortality in the primary prevention of cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 2011; 124(7):621-629.
29. Şahin M. Yaşlı hastalarda antitrombotik tedavi - fark var mı? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2017; 45(5):89-92.
30. Çelik O, Çil C, Özlek B, Özlek E, Doğan V, Başaran Ö ve ark. Appropriateness of Aspirin use in medical outpatients: a multicenter, observational study (Assos Trial). *American Journal of Cardiology*, 2018; 121(8):e81.
31. Bayer. Aspirin® 500 mg Tablet. Sağlık Bakanlığı tarafından 17.05.2017 tarihinde onaylı Kullanma Talimatı. Erişim adresi: [https://www.bayer.com.tr/static/documents/kt/aspirin\\_500mg\\_kt.pdf](https://www.bayer.com.tr/static/documents/kt/aspirin_500mg_kt.pdf) Erişim tarihi: 28.01.2020
32. Özbudak H, Ünal Z, Sabuncupğlu S. Gebelikte non-steroidal antiinflamatuar ilaçların kullanımının değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2016; 20(2):64-71.
33. Eminler AT, Uslan Mİ, Köksal AŞ, Parlak E. Non-Steroid anti-inflamatuar ilaçların üst gastrointestinal sistem yan etkileri ve önlenmesi. *Güncel Gastroenteroloji*, 2014; 18(3):333-338.
34. Ulaş N, Polat H, Müderrisoğlu C, Yıldırım Budak AM, Kulucan C. Üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalarda oral antikoagülan kullanım birlikteliği, endoskopi bulguları ve klinik yönetimi. *İstanbul Medical Journal*, 2014; 15(1): 9-15.

35. Yalçın MS, Kara B, Öztürk NA, Ölmez S, Tasdoğan BE, Tas A. Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı Hastaların Epidemiyolojisi ve Endoskopik Bulguları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2016; 43(1):73-76.
36. Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, Stevens W, Buck G, Barton J, et al. (ASCEND Study Collaborative Group). Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2018;18(16):1529-1539.
37. Roth GA, Gillespie CW, Mokdad AA, Shen DD, Fleming DW, Stergachis A, et al. Aspirin use and knowledge in the community: a population-and health facility based survey for measuring local health system performance. *BMC Cardiovascular Disorders*, 2014; 14(1):16.
38. Williams CD, Chan AT, Elman MR, Kristensen AH, Miser WF, Pignone MP et al. Aspirin use among adults in the US: results of a national survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 2015; 48(5):501-508.
39. Çetinküner Y. 45 Yaş Üstü Erişkinlerde Aspirin Kullanımı, Bilgi Düzeyi ve Tutumunun Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul, 2019.
40. Şencan I, Keskinçılıç B, Ekinci B, Öztemel A, Sarioğlu G, Çobanoğlu N ve ark. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). TC Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2015; (988):1-63.
41. Yetişgin A, Satış S. İnme nedeniyle hemipleji gelişen hastalarda rehabilitasyon sonuçları ile maliyet arasındaki ilişki. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2019; 16(2):326-330.
42. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular

- Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 2016; 37(29):2315-2381.
43. Peters RJ, Mehta SR, Fox KA, Zhao F, Lewis BS, Kopecky SL, et al. Effects of aspirin dose when used alone or in combination with clopidogrel in patients with acute coronary syndromes: observations from the Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events (CURE) study. *Circulation*, 2003; 108(14):1682-1687.
  44. Moore N, Van Ganse E, Le Parc JM, Wall R, Schneid H, Farhan M, et al. The PAIN study: paracetamol, aspirin and ibuprofen new tolerability study. *Clinical Drug Investigation*, 1999; 18(2):89-98.
  45. Chubak J, Kamineni A, Buist DSM, Anderson ML, Whitlock EP. Aspirin Use for the Prevention of Colorectal Cancer: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No.133. AHRQ Publication No.15-05228EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
  46. Bibbins-Domingo K. Aspirin use for the primary prevention of cardiovascular disease and colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 2016; 164(12):836-845.
  47. Chang CW, Horng JT, Hsu CC, Chen JM. Mean daily dosage of aspirin and the risk of incident Alzheimer's dementia in patients with type 2 diabetes mellitus: a nationwide retrospective cohort study in Taiwan. *Journal of Diabetes Research*, 2016; Article ID: 9027484.
  48. Downer MK, Allard CB, Preston MA, Wilson KM, Kenfield SA, Chan JM, et al. Aspirin use and lethal prostate cancer in the health professionals follow-up study. *European Urology Oncology*, 2019; 2(2):126-134.
  49. Hayden M, Pignone M, Phillips C, Mulrow C. Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force (Guideline). *Annals of Internal Medicine*, 2002; 136(2):161-172.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Aysima BULCA ACAR  
Doğum yeri ve tarihi : 15 Ekim 1990  
Uyruğu : T.C.  
İletişim adresi ve telefonu : aysimabulca@gmail.com / 5544751754  
Yabancı dili : İngilizce

### II- Eğitimi

- SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 2017-2020 (halen)
- Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2015

### III- Mesleki Deneyimi

- 2017-2020: Aile Hekimliği Asistanı
- 2015-2016: Isparta Şarkikaraağaç Dr. Saadettin Bilgiç Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim

### IV- Bilimsel Çalışmalar

- Bulca Acar A, Nur Eke R, Yerlikaya G. HbA1c düşüklüğü orak hücre hastalığı ile ilişkili olabilir mi? 13. Aile Hekimliği Güz Okulu, 16-20 Ekim 2019 Belek, Antalya, Bildiri Özetleri Kitabı; 2019.

### V- Diğer İlgi Alanları

- MedicRes Eğitim Programı Sertifikası, 2018



## 9. EKLER

### Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Hastaneler ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	<p>Bir Eğitim Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Asetilsalisilik Asit Kullanma Nedenlerinin ve Asetilsalisilik Asit ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması Araştırması</p> <p><b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b></p>	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/1
		Onaylayan: Daire Başkanı

**Sayın Katılımcı,**

**“Bir Eğitim Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Asetilsalisilik Asit Kullanma Nedenlerinin ve Asetilsalisilik Asit ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması”** başlıklı çalışma gözlemsel bir bilimsel araştırmadır. Araştırmanın amacı; hastaların asetilsalisilik asit (Aspirin) kullanma durumunu belirlemek, Aspirin kullanan hastalarda aspirinin etki ve yan etkileri hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek, görüşme sonrasında hastalara aspirinle ilgili bilgilendirme broşürü vererek bu ilacın kullanımına ilişkin farkındalık oluşturmaktır. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 79 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada sizin için araştırmadan kaynaklanabilecek herhangi bir risk söz konusu değildir; size fazladan ve gereksiz hiçbir tetkik yapılmayacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gizli kalacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri katılımcının orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimde bulunabilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir olumsuz olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişi ile günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası aşağıda belirtilmiştir.

**Katılımcı Onamı:**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı:** **İmzası:** **Tarih:** ..... / ..... / 201...

**Yasal temsilcisinin Adı Soyadı:** **İmzası:** **Tarih:** ..... / ..... / 201...

**Doktorun Adı Soyadı:** Dr. Aysima BULCA ACAR **İmzası:** **Tarih:** ..... / ..... / 201...

**Adresi:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği, Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. 07100 Antalya **Telefon:** 0242 2494400/4216 (**Hastane santrali aracılığıyla 24 saat ulaşabilirsiniz**)

**Varsa Tanığın Adı Soyadı:** **İmza:** **Tarih:** ..... / ..... / 201...

## Ek 2. Veri Toplama Formu (1. sayfa)

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği**

**Bir Eğitim Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Asetilsalisilik Asit Kullanma Nedenlerinin ve Asetilsalisilik Asit ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Saptanması Araştırması**

**VERİ TOPLAMA FORMU**

Adı Soyadı: ..... Protokol: .....

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaş: ..... Boy: ..... cm Kilo: ..... BMI: .....

Meslek: ( ) Ev hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Esnaf ( ) Serbest meslek  
( ) İşsiz ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) Diğer .....

Öğrenim durumu: ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Y.Lisans/Doktora

Kronik hastalığınız var mı? ( ) Yok ( ) Var  
( ) DM ( ) HT ( ) KAH ( ) SVH ( ) KBH ( ) Diğer .....

Hayatınız boyunca en az bir kez "asetilsalisilik asit" (Aspirin) kullandınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet  
Yanıtınız Evet ise ne için kullandınız? (kronik kullanımı olmayan hasta): .....

Altı aydan uzun süredir Aspirin kullanımınız var mı? ( ) Hayır ( ) Evet (ise süresi) ..... yıl ..... ay

Aspirini hangi sebeple kullanıyorsunuz? .....

Aspirini ne sıklıkta ve hangi dozda kullanıyorsunuz? ..... günde ..... tane ..... mg

Aspirin tedavisini size ilk öneren kimdi? ( ) Aile hekimi ( ) Dahiliye uzm. ( ) Kardiyoloji uzm.  
( ) Kalp damar cerrahisi ( ) Diğer .....

Aspirin tedavinizin başlangıcında size etki ve yan etkileri hakkında bilgi verildi mi? ( ) Hayır ( ) Evet

Kullanmaya başlamadan önce aspirinin prospektüsünü (kullanma talimatı) okudunuz mu? ( ) Hayır ( ) Evet

İstirahatte de olan 20 dakikadan fazla süren göğüs ortasında ağrı, basınç hissi, sıkışma, daralma, ağırlık hissi (unstable AP) yaşadığınız oldu mu? ( ) Hayır ( ) Evet

Kalp krizi geçirdiniz mi? ( ) Hayır ( ) Evet

Kalp ve damar sisteminizle ilgili herhangi bir girişimsel işlem (anjyografi, stent yerleştirilmesi, balon anjioplasti gibi) geçirdiniz mi?  
( ) Hayır ( ) Evet İşlem türü: ( ) anjiyografi ( ) stent yerleştirilmesi ( ) balon anjioplasti  
Zamanı: ..... yıl önce

İnme öykünüz var mı? ( ) Hayır ( ) Evet Ne şekilde? ( ) beyne pıhtı atması ( ) beyin kanaması  
Zamanı: ..... yıl önce

## Veri Toplama Formu (2. sayfa)

Aspirinin hangi durumlarda kullanımının yararlı olacağını düşünürsünüz? .....

Aspirinin kanama yapıcı etkisi olduğunu biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Sigara ve/veya alkol kullanan hastalarda aspirinin kanama yapıcı etkisinin daha yüksek oranda ortaya çıkabileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin gastrit, mide ülseri gibi aktif mide rahatsızlığı olan hastalarda kullanımının sakıncalı olduğunu biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Diş çekimi, biyopsi, anjiyo, ameliyat gibi işlemler planlanırken aspirin kullanımınızla ilgili doktorunuzu muhakkak bilgilendirmeniz gerektiğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin kalp krizi tedavisinde kullanılan bir ilaç olduğunu biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin kalın barsak kanserinden koruyucu etkisi olduğunu biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin astımı tetikleyebileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Çocuk hastalarda grip, su çiçeği gibi viral enfeksiyonlar sırasında aspirin kullanımının karaciğer ve beyin hasarına (Reye sendromu) neden olabileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin kulak çınlamasına sebep olabileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin beyin kanamasına neden olabileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin kalp krizi gibi koroner arter hastalıkları, iskemik (tıkanmaya bağlı) inme gibi durumlarda hekim kontrolünde uzun süreli kullanılabilmesine karşın sağlıklı hasta grubunda hasta yaşı ne olursa olsun hekim tavsiyesi olmaksızın kullanımının son derece yanlış olduğunu biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aspirinin kontrolsüz kullanımda ölüme sebep olabilecek yan etkilerinin ortaya çıkabileceğini biliyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizi tanıyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aile hekiminizin adı: .....

Aile hekiminizin görev yeri: .....

İlaç yazdırmak için aile hekiminize gidiyor musunuz? ( ) Hayır ( ) Evet

Aile hekiminiz kullandığınız ilaçların etki ve yan etkileri hakkında size bilgi veriyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet

*Kabulünüz ve desteğiniz için teşekkür ederiz.*

### Ek 3. Bilgilendirme Broşürü (1. sayfa)



## Akılcı İlaç Kullanımı

### BİLİNÇLİ ASİRİN (Asetilsalisilik Asit) KULLANIMI

Asetilsalisilik asit (kamuoyunda yüzyıldır bilinen yaygın adıyla Aspirin) ağrı kesici, inflamasyonu azaltıcı, ateş düşürücü ve antiagregan (kan sulandırıcı) etkisi olan bir ilaçtır. Aspirin bu etkilerinin herbirini kullanıldığı doza bağlı olarak gösterir. Farklı dozlarının farklı amaçlarla tıbbi tedavide yer bulması, bu ilacın kullanımında hekimin kontrolünde isabetli doz rejimi ile tedavinin düzenlenmesi gerektiğinin altını çizmektedir. Bu yol dışında bir şekilde aspirin kullanımının akılcı olamayacağı, tedavi başarısızlıklarının yanı sıra önemli yeni sağlık sorunlarına yol açabileceği unutulmamalıdır. Aspirin klinikte daha sık olarak belli dozlarda damar tıkanmasını önlemeye yönelik bir tedavi olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte ağrı kesici, ateş düşürücü ve inflamasyonu azaltıcı etkileri olan aspirin, hafif ve orta dereceli ağrıların geçirilmesi ve ayrıca ateşin düşürülmesine yönelik de kullanılabilir.

Aspirinin nispeten eski bir ilaç olması, kullanımına dair uzun süreli tecrübe edinilmiş olması, sık kullanılan ilaçlardan birisi olması onu, tamamen güvenli kılmaz. Dolayısıyla zararı olmayan bir ilaç değildir ve her ilaç gibi o da bazı yan etkilere neden olmaktadır. Aspirinin yan etkileri arasında kanamayı kolaylaştırma, organ fonksiyonlarında hasara yol açma vb. hayati tehlike oluşturabilecek sorunlar da bulunmaktadır. Sadece bu yönü bile aspirinin kullanımında daha bilinçli davranılmasının gerekliliğini yansıtır.

Çocuklarda ateş düşürücü olarak aspirin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Çünkü viral enfeksiyonlar (grip, suçiçeği vb.) sırasında çocuklarda aspirin kullanımı, karaciğer ve beyin hasarı ve hatta ölüme yol açan Reye Sendromu olarak adlandırılan ciddi bir rahatsızlığa neden olabilmektedir.

Aspirin'in en sık yan etkisi sindirim sisteminde meydana gelmektedir. Bunlar mide yanmasından sindirim sisteminde kanamalara ve delinmelere neden olabilmeye kadar geniş bir yelpazeden oluşmaktadır. Bu nedenle gastrit (mide iltihabı), sindirim sisteminde ülser veya sindirim sistemi ile ilgili rahatsızlığı olan hastalarda aspirin, durumu kötüleştirebileceğinden dolayı kullanılması uygun değildir. Bu gibi durumlarda daha da önemle vurgulandığı üzere genel olarak ağrı kesici kullanımı mutlaka hekim tarafından reçete edilmiş ilaç ile önerilen doz ve süre boyunca olmalıdır.

Ayrıca aspirin, astım gibi solunum yolunda ataklar şeklinde daralmalara neden olan hastalıkların daha da kötüleşmesine neden olabilir.

Aspirin bahsedildiği gibi damar tıkanmasını önlemeye yönelik tedavi rejimi olarak kullanıldığından dolayı; bilinçsizce ve hekim kontrolünde olmayan kullanımlarda hastaların kanama eğilimlerini artırarak olası bir kanama sonucunda kişiyi hayati tehlike arz eden bir duruma sokabilir. Ayrıca kanama problemi olan hastaların aspirini kullanmaları uygun değildir. Bunların yanında diş çekimi gibi küçük girişimler ya da anjiyografi, biyopsi ve ameliyat gibi daha önemli girişimler planlanan hastaların aspirin kullanmaması, şayet kullanmakta ise söz konusu tıbbi işlemleri yapacak hekimini hastanın mutlaka bilgilendirmesi ve onun önerilerine uyması çok önemlidir.

Kan sulandırıcı olarak adlandırılan ilaçlar sadece aspirin ile sınırlı değildir. Tedavide kullanılan birçok kan sulandırıcı ilaç mevcuttur. Tıpkı aspirinin kullanımında olduğu gibi bu grup altında bulunan diğer ilaçların kullanımı konusunda da dikkatli olunmalıdır. Bu tarz tedavileri alan hastaların kendi başlarına aspirini kesinlikle kullanmamaları, eğer kullanmaları gerekiyorsa mutlaka hekim kontrolünde olmaları gerekmektedir.

Gebelikte ve emzirme dönemlerinde gerekmesi halinde aspirin, mutlaka hekim kontrolünde kullanılmalıdır.



## Akılcı İlaç Kullanımı

Aspirin kullanılması gereken hallerde bu ilacın akılcı şekilde kullanımının sağlanması için yapılması gerekenlerden bazıları aşağıda özetlenmiştir:

- Aspirini hekim kontrolünde kullanmalıyız.
- Toplumda ismen iyi tanınan bu ilaç hakkında ilacın kullanma talimatında (eski adıyla prospektüsünde) yazılı bilgiler konusunda yeterli genel bilgiye sahip olmalıyız.
- Bu konuda yanlış kullandığını düşündüğümüz yakınlarımızı uyarmalı, hekime veya eczacıya başvurmasını sağlamalıyız.

Yukarıdaki çerçeveye sadık kalmak koşulu ile hastalar, aspirin içeren tedavileri düzenlenirken aşağıdaki konulara titizlikle uyararak bu tedavilerini akılcı/bilinçli şekilde gerçekleştirmelidir.

Bu durumda hastaya düşen görevler:

- Aspirin kullanılmasını gerektiren hastalığının/bulgularının ne olduğunu mutlaka hekiminden öğrenmelidir.
- Aspirin tedavisine neden ihtiyacı olduğunu mutlaka hekiminden öğrenmelidir.
- Aspirin tedavisine ihtiyacı olduğu bu durumda, bazı yaşam biçimi değişikliklerini de içeren ilaç-dışı tedavi ve öneriler konusunda (örneğin, sigara içilmemesi, bazı yiyecek ve içecekler konusunda dikkatli olması vb.) hekiminden bilgi almalıdır. Bu konuda eskiden kalma bildikleri bazı şeylerin yanlış ya da eksik olabileceğini unutmamalıdır.
- Aspirin tedavisi ve gerekirse diğer ilaçlarla tedavisi belirlenirken, hekimine yardımcı olmalı, onun tedavi ve ilacın uygunluğu konusunda yapacağı sorgulamaya yeterli yanıtları vermelidir.
- Kendisine reçete edilen aspirinin, asetilsalisilik asit diye bilinen içerikte bir ilaç olduğunu,
- Bu ilacın hangi etkisi/etkileri için neden kullanması gerektiğini, ilacın ne zaman etkisini göstereceğini, etkisinin ne kadar süreceğini,
- Bu ilacı nasıl kullanması gerektiğini (günde kaç kere, ne miktarda, günün hangi saatlerinde, yemeklerden önce/sonra, kaç gün süreyle),
- Bu ilacın diğer ilaçlarla ve kendisinin mevcut sağlık durumuyla nasıl etkileşebileceğini,
- Bu ilacın ne tür yan etkilerinin olabileceğini,
- Hangi yan etkilerle karşılaşarsa, neler yapması gerektiğini,
- Bu ilacı kullanırken uyması gereken özel kurallar olup olmadığını,
- İlaç tedavisiyle ilgili olarak hangi durumlarda hekime veya eczacıya tekrar danışması gerektiğini,
- Tedavisi sırasında ya da sonrasında kontrole gelip gelmemesi konusunun aydınlatılması gerektiğini, kontrole geleceksen, bunun için yapması gereken herhangi bir hazırlık olup olmadığını,

tedavisini düzenleyen hekiminden öğrenmelidir. Bir nedenle hekimin bu bilgilendirmeyi yapmadığını düşünmesi halinde, hasta ona bunları sorarak yanıtlarını almalıdır. Bu bakımdan herhangi bir çekince içinde olmaması gerekir. Hasta/hasta yakını, yukarıdaki sırlamada ilaç tedavisi ile ilgili geçen hemen her başlıkta eczacısından da bu bilgileri almaya özen göstermelidir. Bu bilgilendirme işlemi bakımından eksik kalındığını düşünmesi halinde, çekinmeden bunları eczacısından talep etmelidir.

Sonuç olarak kişinin ve hastalığının durumuna, beraberinde var olan hastalıklara ve kullandığı diğer ilaçlara göre aspirin kullanım durumu mutlaka hekim tarafından belirlenmelidir. Hekim reçetesi olmaksızın aspirin kullanılmamalıdır. Söz konusu ilacın kullanımı sırasında beklenmedik bir durum ile karşılaşıldığında mutlaka hekime veya eczacıya danışılmalıdır.

Kaynak: [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=2480](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=2480)