

Hiperlipidemi Tedavisinde Hastaların Kullandıkları Fitoterapi Yöntemleri

Phytotherapy methods of the patients in the treatment of hyperlipidemia

İzzet Fidancı¹, Onur Öztürk²¹Atakum Toplum Sağlığı Merkezi, Samsun²Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, Samsun

Özet

Giriş ve Amaç: Çalışmamız, hiperlipidemi hastalarının tercih ettikleri ilaç ve bitkisel tedavi yöntemleri ile bu yöntemlere bakışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmamıza, Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve hiperlipidemi tanısı almış 389 hasta dahil edildi. Bunlardan 192 (%49) hasta düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 197 (%51) hasta ilaç tedavisi yerine bitkisel tedavi kullanmakta idi. Hastalara, tedavi tercihlerini öğrenmek amacıyla hazırlanan ve demografik bilgiler de içeren anket uygulandı. Anketler 6 ay ara ile ölçülmüş LDL düzeyleri ile birlikte değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: İlaç dışı tedavi yöntemlerini sorguladığımızda, en sık tercih edilen yiyecek ceviz 42 (%21,3), ardından da 26 (%13,2) limon gelmekte idi. Hiperlipidemi süresi 0-1 yıl arasında olan bireylerin ilaç dışı yöntem kullanım oranı, daha uzun süreli hiperlipidemi tanısı olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Diyet yapan bireylerde yapmayanlardan, 65 yaş üstü bireylerde 65 yaş altı bireylerden daha yüksek oranda düzenli ilaç kullanımı gözlemlendi ($p<0,05$). Altı ay ara ile ölçülmüş LDL kolesterol düzeylerindeki değişime baktığımızda en fazla düşük ilaç kullanımında görüldü.

Sonuç: Toplumda görülme sıklığı giderek artmasına rağmen dislipidemiyi yeterli kadar tedavi edemediğimiz açıktır. Bu durum hastaların kontrolsüzce bitkisel gıdalara yönelmelerine sebep olabilmektedir. Eksiklikleri gidermek adına hekimlerin başta olmak üzere hastaların da hiperlipidemi tedavisinin önemi hakkında bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiperlipidemi, LDL kolesterol, bitkisel tıp, fitoterapi

Abstract

Introduction: Our study was made in order to evaluate the drug and herbal treatment methods preferred by hyperlipidemia patients and their views on these methods.

Methods: In our study, 389 patients who admitted to the Family Health Centers and had hyperlipidemia diagnosis were included. Of these, 192 patients (49%) were regularly having medicine treatment and 197 patients (51%) were using herbal treatment instead of medicine treatment. A questionnaire also including demographical information prepared to learn about treatment preference of patients was applied. Questionnaires were evaluated with LDL levels measured in 6 month intervals. SPSS 15.0 software package was used for statistical analysis.

Results: When we questioned non-medicine treatment methods, the most preferred food was walnut in 42 patients (21.3%) and then lemon in 26 patients (13.2%). Non-medicine method usage rate of individuals with a hyperlipidemia duration of 0-1 years was found higher than individuals with a longer period of hyperlipidemia diagnosis ($p<0.01$). A more regular medicine use was observed in individuals making diet than those who are not and individuals over 65 years of age than those who are under that age ($p<0.05$). When we examined the change in LDL cholesterol levels measured in 6 month intervals, the highest decrease was observed in medicine use.

Conclusion: Although the prevalence in society increases gradually, it is obvious that we cannot treat dyslipidemia satisfactorily. This situation can cause the patient to shift to uncontrolled plant foods. It is necessary to increase the knowledge of doctors first and then the patients in order to overcome the deficiencies.

Keywords: Hyperlipidemia, LDL cholesterol, herbal medicine, phytotherapy

GİRİŞ

Aterosklerozun kardiyovasküler hastalıklara sekonder mortalite ve morbiditenin artışında önemli bir role sahip olduğu çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Ateroskleroz tüm dünyada başta gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Aterosklerozun eskiden zannedildiği gibi yaşla ortaya çıkan kaçınılmaz bir fenomen olmadığı, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi bazı risk faktörlerinin tetiklediği, çocukluk

yaşlarda başlayan kompleks enflamatuvar bir süreç olduğu bilinmektedir. Deneysel ve klinik çalışmalar, aterosklerozun değiştirilebilir majör nedenlerinden birinin hiperlipidemi olduğunu ortaya koymuştur (1, 2).

Yapılan çalışmalar dislipidemisi olan tüm bireylerde uygun tedavi ile kardiyak ölüm, nonfatal miyokard infarktüsü, inme, revaskularizasyon işlemleri ve periferik arter

hastalığı riskinin %25-80 oranında azaltılabileceğini göstermektedir. Kolesterol düzeyi ile koroner arter hastalığı (KAH) mortalitesi arasında lineer bir ilişki söz konusudur. Total kolesterolde her 20 mg/dl artış, KAH mortalitesinde %12'lik bir artışa sebep olmaktadır (3, 4, 5).

Ayrıca Framingham Kalp Çalışması total kolesteroldeki her %1 yükselmenin KAH riskinde yaklaşık %2 artışa sebep olduğunu göstermiştir (6). Klinik çalışmalarda, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) kolesterol düzeyinin düşürülmesi ile kardiyovasküler mortalite ve morbiditenin azaldığı tespit edilmiştir. Ancak erişkin hastaların sadece %20'sinin ulusal kılavuzlara göre tedavisi yapılabilmektedir. Tedavi kılavuzlarında lipit düzeylerinin hangi seviyede olması gerektiği ve ne şekilde tedavi edilebileceği açıkça vurgulanmaktadır. Ancak bu hedef değerlere ne kadar ulaştığımız konusu yeteri kadar açık ve net değildir (3, 4).

Ekonomik imkanları çok iyi olan ülkelerde bile dislipidemi olan bireylerin %70-80'i, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2001 yılında yayınlanan "Yetişkinlerde Yüksek Kan Kolesterolünün Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Üzerine Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli'nin Üçüncü Raporu (NCEP ATP III)'de bildirilen hedeflere ulaşmamaktadır (6).

NCEP-ATP III kılavuzu ayrıca diyabeti, koroner kalp hastalığı risk eşdeğeri olarak kabul etmektedir (4). Bu yüzden diyabetik bireylerde dislipidemi tedavisine agresif bir yaklaşım içinde bulunmamız gerekmektedir. Kan basıncı ve dislipideminin kontrolü, diyabetiklerde kardiyovasküler olayları azaltmada sıkı glisemik kontrolü sağlamaktan daha önemli görülmektedir. Hekimlerin kan basıncı hedeflerine ulaşmak için kombinasyon tedavileri denemelerine rağmen dislipidemi için kombinasyon daha az sıklıkla denenmektedir. Bu da yetersiz kontrolü beraberinde getirmektedir (3).

Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler, geleneksel tıbbi tedavinin parçası olarak kabul edilmeyen, tıp hekimlerinin çoğunluğunun inançları ve

standartlarıyla örtüşmeyen, tıp eğitiminde üzerinde durulmayan tedavi yaklaşımları olarak tanımlanabilir. Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler tüm dünyada giderek artan bir yaygınlıkta kullanılmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda alternatif tedavi yöntemlerinin kullanım oranlarının ülkemizde de yüksek olduğu bildirilmiştir. Biyolojik temelli tedaviler en sık kullanılan alternatif yöntemlerdir. Standart bir denetim mekanizmasının bulunmaması ve buna bağlı olarak ürünlere erişim kolaylığı, görsel ve yazılı medya sayesinde ulaşılan kitlenin artması, yaygınlaşan kullanım sıklığının nedenleri arasındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanım prevalansı %38, doğal ürünlerin bu tedaviler içinde sıklığı %18 olarak saptanmıştır ve en sık kullanılan ürün omega 3'tür. Hastalar, tartışma yaratan hiperlipidemi tedavisinden her geçen gün uzaklaşmakta ve alternatif yöntemlere yönelmektedir (7). Tüm alternatif tedavi yöntemlerinin sorgulandığı çalışmamızda, hastaların hiperlipidemi tedavisine yönelik bitkisel tedavi ve ilaç yöntem tercihlerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Çalışma, 15.09.2015-15.10.2015 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran hiperlipidemi tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alındıktan sonra anket uygulanarak yürütüldü. Anket çalışmamıza başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2015 tarih 2015/368 karar no ile onay alındı.

Bu çalışmaya, 389 hasta dahil edildi. Toplumdaki hiperlipidemi prevalansı (%32) Samsun Atakum ilçesindeki aile sağlığı merkezlerindeki nüfusuna oranlandı ve çıkan sonuç evren olarak kabul edildi. Kabul edilebilir hata %5, güven seviyesini ise en az %95 alınarak, en az 384 kişiye ulaşmamız gerekmekte olduğu hesaplandı. Çalışmamızda, 192 hasta düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 197 hasta ilaç tedavisi yerine ilaç dışı tedavi kullanmakta idi. Hastalara, ek hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı, hiperlipidemi tanısının süresi ve düzenli ilaç

kullanımı, hiperlipidemi tedavisi için ilaç ve alternatif tedavi tercihi, uygulanan tedavi sonrası LDL düzeylerindeki değişiklik, diyetisyene gitme ve diyet yapma, düzenli olarak spor yapma durumu olmak üzere; demografik bilgiler de içeren anket uygulandı. Hastaların başvurduğundaki LDL düzeyleri, altı ay önce ölçülmüş olan LDL düzeyleri ile karşılaştırılarak, uyguladığı tedavi yöntemi ile arasındaki ilişki değerlendirildi.

Çalışmaya, hiperlipidemi tanısı almış ve ilaç tedavisi endikasyonu olan hastalardan ilaç tedavisi ve bitkisel tedavi yöntemlerinden sadece birini kullananlar (bitkisel besinlerden de sadece bir tanesini kullananlar) dahil edildi. Hiperlipidemi tanısı almış hastalardan antilipidemik tedaviyi düzenli uygulayan ve ilaç tedavisi yerine alternatif yöntem olarak bitkisel besinleri tercih eden hastalar çalışmaya dahil edildi. İlaç kullanan hastalar çalışmaya dahil edilirken, en az 6 ay süre ile düzenli ilaç kullanımı olanlar seçildi. NCEP ATP III kılavuzuna göre lipid düzeylerinin sınıflandırılması esas alınarak hiperlipidemi tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Başvurudan 6 ay önce ölçülmüş LDL düzeyi olmayan, hiperlipidemi için düzenli ilaç tedavisi almayanlar ile hem ilaç hem de alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel besin kullananlar çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca gebe ve çocuk hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Elde edilen veriler gözden geçirilip, SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Faktörlerin birbirleri üzerine bir arada olabilecek muhtemel etkileri Faktöryel Anova testi ile analiz edildi. Çalışma grubunun özellikleri tanımlayıcı tipte analizlerle (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ortaya konmuştur. Veriler; Mann-Whitney-U gruplar testi, Pearson ki-kare testi analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiş; "P" değeri 0,05'ten küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamız, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve hiperlipidemi tanısı almış 389 hasta üzerinde yürütüldü. Bu hastalardan 192'si düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 197'si ise ilaç tedavisi yerine ilaç dışı tedavi kullanmakta idi. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1'de, kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 2'de, diğer klinik ve sosyal özellikleri Tablo 3'de belirtilmiştir. Hastaların mevcut kronik hastalıklarının dağılımı Şekil 1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan toplam 389 hastanın 192'si (%49) düzenli olarak ilaç tedavisi almakta, 197'si (%51) ilaç tedavisi yerine ilaç dışı tedavi kullanmakta idi. İlaç dışı tedavi yöntemlerini sorguladığımızda, en sık tercih edilen yiyecek ceviz 42(%21,3), ardından da 26(%13,2) limon gelmekte idi. Tercih edilen tedavi yöntemleri ve yüzdeleri Şekil 2'de gösterilmiştir. Hastaların hiperlipidemi tedavi için ilaç kullanım durumu yüzdeleri Şekil 3'de gösterilmiştir. 6 ay ara ile ölçülmüş LDL kolesterol düzeylerindeki değişimlerin uygulanan tedavi şekline göre hasta yüzde dağılımları ise Şekil 4'de gösterilmiştir. Düzenli ilaç kullanımında LDL kolesterol değerinde 20-30mg/dl düşüş gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İlaç dışı yöntemlere baktığımızda ise en fazla azalma ceviz ve limon kullananlarda gözlemlendi. İlaç yada ilaç dışı tedavi tercihinin göre 6 ay ara ile ölçülmüş LDL kolesterol değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4'de verilmiştir.

İlaç dışı tedavi kullanımı incelediğinde cinsiyet ve VKI ile ilaç dışı tedavi yöntemi kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. İlaç dışı tedavi kullanımı olan bireylerin yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p<0,01$). Bekarlarda ilaç dışı yöntem kullanımı evlilerden daha yüksek, emeklilerde ilaç dışı yöntem kullanımı diğer meslek gruplarından daha düşük, lise düzeyinde eğitim seviyesine sahip bireylerde ilaç dışı kullanım yöntem kullanımı diğer eğitim gruplarından daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 1: Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	199	51,2
	Kadın	190	48,8
Yaş ¹	51,82±12,48		
Vücut kitle indeksi (VKI) ²	28,40 (min21,45- max38,67)		
Medeni Hal	Bekâr	70	18,0
	Evli	319	82,0
Meslek	İşsiz	30	7,7
	İşçi	56	14,4
	Memur	64	16,5
	Serbest	63	16,2
	Öğrenci	5	1,3
	Ev Hanımı	51	13,1
	Emekli	120	30,8
Eğitim düzeyi	Yok	22	5,7
	İlkokul	34	8,7
	Ortaokul	139	35,7
	Lise	165	42,4
	Yüksekokul	29	7,5
Toplam		389	100,0

¹ Sürekli veri olan yaş için "n" ve "%" yerine "ortalama" ve "standart sapma" kullanılmıştır

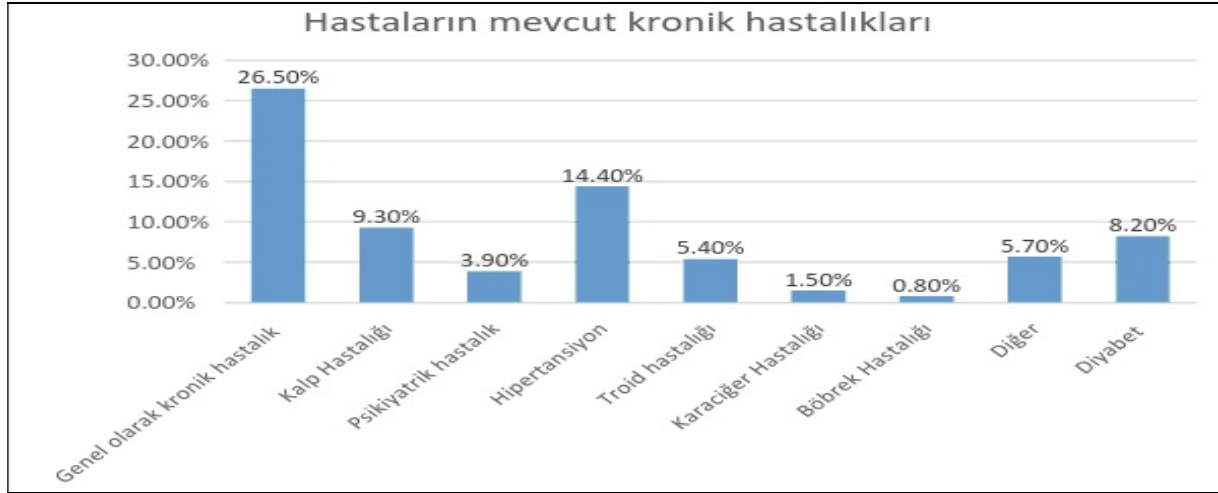
² Sürekli veri olan VKI için "n" ve "%" yerine "ortanca" ve "min-max" kullanılmıştır

Tablo 2: Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı

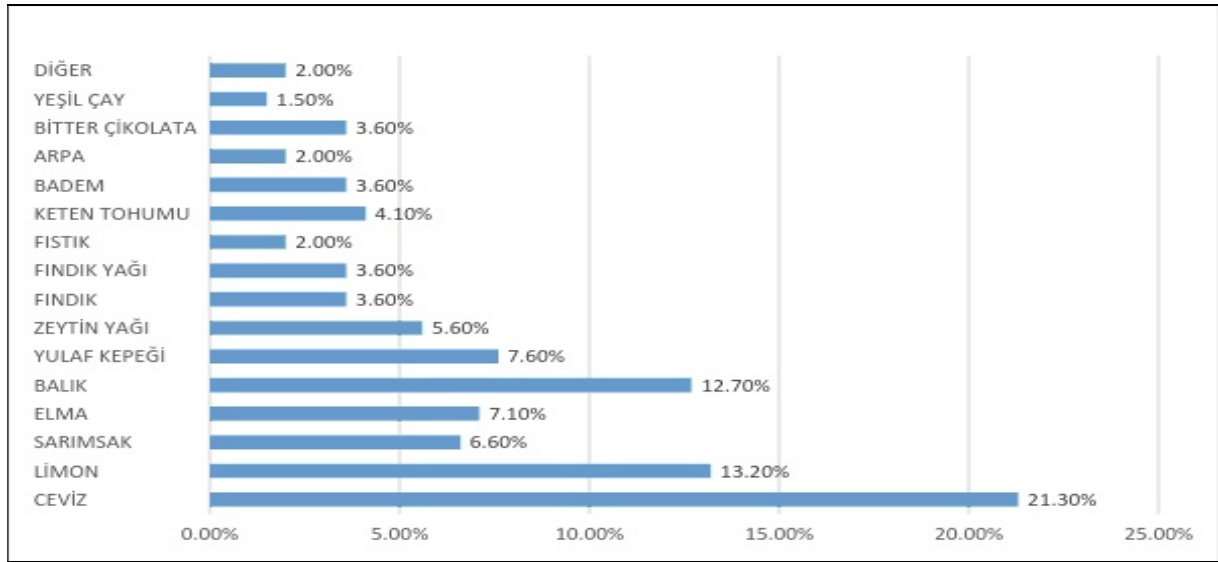
Hastaların mevcut kronik hastalıkları	n	%
Kronik hastalık	103	26,50
Kalp hastalığı	36	9,30
Psikiyatrik hastalık	15	3,90
Hipertansiyon	56	14,40
Tiroit hastalığı	21	5,40
Karaciğer hastalığı	6	1,50
Böbrek hastalığı	3	0,80
Diyabet	32	8,20
Diğer	22	5,70

Tablo 3: Katılımcıların klinik, ilaç kullanım, diyet ve spor yapma özellikleri

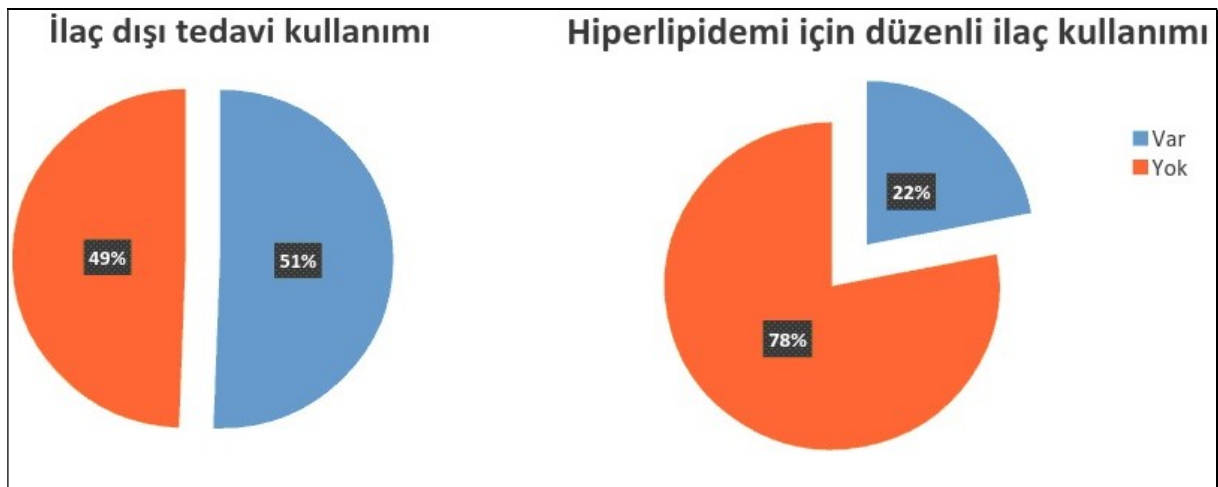
		n	%
Kronik ilaç kullanımı	Var	97	24,9
	Yok	292	75,1
Hiperlipidemi süresi	0-1 yıl	85	21,9
	2-5 yıl	236	60,7
	6-10 yıl	57	14,7
	10 yıldan fazla	11	2,8
Hiperlipidemi için düzenli ilaç kullanımı	Var	85	21,9
	Yok	304	78,1
İlaç dışı tedavi kullanımı	Var	197	50,6
	Yok	192	49,4
Kullanılan ilaç dışı metot işe yaradı mı?	Evet, kendimi daha iyi hissediyorum.	22	11,2
	Evet, zayıfladım.	21	10,7
	Evet, kolesterol düzeylerimde düşme oldu.	27	13,7
	Evet, ileride işe yarayacağını düşünüyorum.	32	16,2
	Evet, ilaç tedavisinin zararlı olabileceğini düşünüyorum.	35	17,8
	Evet, ilaç tedavisinin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	25	12,7
	Hayır	14	7,1
	Kararsızım	21	10,7
	Değişmedi, 0-10 arası	65	16,7
	Evet, 11-20 azaldı	85	21,9
LDL değeri düştü mü?	Evet, 21-30 azaldı	88	22,6
	Evet, 30'dan fazla azaldı	72	18,5
Diyetisyene gitti mi?	Hayır, 10'dan fazla yükseldi	44	11,3
	Ölçtürmedim	35	9,0
Diyet yapıyor mu?	Evet	80	20,6
	Hayır	309	79,4
Spor yapıyor mu?	Evet	117	30,1
	Hayır	272	69,9
Spor yapıyor mu?	Evet	72	18,5
	Hayır	317	81,5



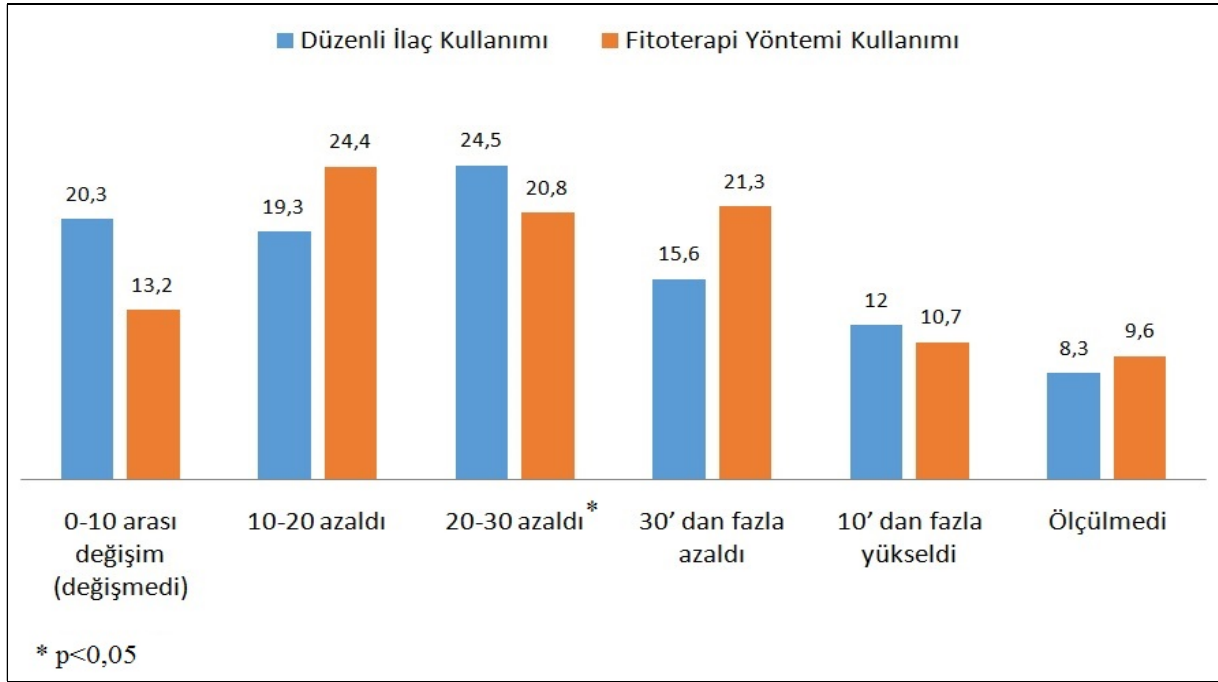
Şekil 1. Hastaların mevcut kronik hastalıklarının dağılımı



Şekil 2. İlaç dışında kullanılan tedavi için kullanılan ürünlerin dağılımı



Şekil 3. Hiperlipidemi tedavisi için hastaların ilaç kullanım durumu yüzdeleri



Şekil 4. LDL kolesterol düzeylerindeki değişimlerin, uygulanan tedavi şekline göre hasta yüzdeleri

Tablo 4: Tedavi yöntemine göre LDL kolesterol değişimlerinin oranları

LDL Kolesterol düzeyindeki değişiklikler (mg/dl) n (%)

	0-10 DEĞİŞTİ	11-20 AZALDI	21-30 AZALDI	30< AZALDI	10< YÜKSELDİ	ÖLÇÜLMEMİŞ	TOPLAM
İLAÇ	39 (60,0)	37 (43,5)	47 (53,4)	30 (41,7)	23 (52,3)	16 (45,7)	192 (49,4)
CEVİZ	5 (7,7)	14 (16,5)	7 (8,0)	9 (12,5)	4 (9,1)	3 (8,6)	42 (10,8)
LİMON	0(0,0)	7 (8,2)	7 (8,0)	9 (12,5)	3 (6,8)	0 (0,0)	26 (6,7)
SARIMSAK	2 (3,1)	4 (4,7)	2 (2,3)	2 (2,8)	2 (4,5)	1 (2,9)	13 (3,3)
ELMA	1 (1,5)	4 (4,7)	2 (2,3)	4 (5,6)	2 (4,5)	1 (2,9)	14 (3,6)
BALIK	5 (7,7)	7 (8,2)	1 (1,1)	5 (6,9)	1 (2,3)	6 (17,1)	25 (6,4)
YULAF KEPEĞİ	1 (1,5)	6 (7,1)	4 (4,5)	1 (1,4)	3 (6,8)	0 (0,0)	15 (3,9)
ZEYTİN YAĞI	3 (4,6)	0 (0,0)	3 (3,4)	3 (4,2)	0 (0,0)	2 (5,7)	11 (2,8)
FINDIK	1 (1,5)	0 (0,0)	3 (3,4)	0 (0,0)	2 (4,5)	1 (2,9)	7 (1,8)
FINDIK YAĞI	1 (1,5)	1 (1,2)	3 (3,4)	1 (1,4)	1 (2,3)	0 (0,0)	7 (1,8)
FISTIK	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (2,3)	1 (2,9)	4 (1,0)
KETEN TOHUMU	1 (1,5)	3 (3,5)	1 (1,1)	3 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	8(2,1)
BADEM	2 (3,1)	0 (0,0)	1 (1,1)	0 (0,0)	2 (4,5)	2 (5,7)	7 (1,8)
ARPA	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (1,1)	2 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)
BİTTER ÇİKOLATA	1 (1,5)	1 (1,2)	3 (3,4)	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (2,9)	7 (1,8)
YEŞİL ÇAY	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	3 (0,8)
DİĞER	2 (3,1)	0 (0,0)	1 (1,1)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,0)

Hastalarda kronik hastalık varlığı ve çeşitleri yönünden ilaç ve ilaç dışı yöntem kullananlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastaların diğer klinik ve sosyal özellikleri yönünden, ilaç ve ilaç dışı yöntem kullananlar arasında hiperlipidemi süresi dışında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hiperlipidemi süresi 0-1 yıl arasında olan bireylerin ilaç dışı yöntem kullanım oranı daha uzun süreli hiperlipidemi tanısı olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Düzenli ilaç kullanımı incelediğinde cinsiyet, VKI, medeni hal, meslek ve eğitim düzeyine göre düzenli ilaç tedavisi kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Düzenli ilaç kullanan bireylerin ortalama yaşı ise, düzenli ilaç kullanılmayanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Genel olarak kronik hastalığı olanlarda, kalp hastalığı olanlarda, hipertansiyonu olanlarda, tiroid hastalığı olanlarda ve belirtilenler dışında diğer hastalıkları bulunanlarda düzenli ilaç kullanım oranları bulunmayanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Psikiyatrik hastalığı, karaciğer hastalığı, böbrek hastalığı ya da diyabeti bulunan bireylerle, bu hastalıkları bulunmayan bireyler arasında düzenli ilaç kullanım oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların diğer klinik ve sosyal özelliklerine göre düzenli hiperlipidemi ilacı kullanımları incelendiğinde: diyetisyene gitme ya da spor yapma yönünden düzenli ilaç kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Diyet yapan bireylerde yapmayanlara, 65 yaş üstü bireylerde 65 yaş altı bireylere göre daha yüksek oranda düzenli ilaç kullanımı gözlenmiştir ($p<0,05$). Hiperlipidemi süresine bakıldığında 0-1 yıl ve 2-5 yıldır tanısı olan bireylerde düzenli ilaç kullananlar kullanmayanlardan daha düşük iken 5-10 yıl ve 10 yıldan uzun süredir tanısı olan bireylerde düzenli ilaç kullananlar kullanmayanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

TARTIŞMA

Türkiye için kültürel ve ekonomik öneme sahip

olan ceviz, içerdiği çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin olması nedeni ile tercih edilmektedir. İçerdiği; %72 çoklu doymamış yağ asidi (%59 linoleik [n=6], %13 α -linolenik [n=3]), %18 tekli doymamış yağ asidi (oleik asit) ve %10 doymuş yağ asidi nedeni ile toplam kolesterol düzeylerinde düşüşlere neden olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ceviz, kolesterole yapıcı benzemekte olan fitostereollerce zengindir ve bu nedenle kolesterolün bağırsaktan emilimini azaltmakta ve engellemektedir (8, 9). Berryman ve arkadaşlarının çalışmasında, orta ve ağır derecede obez olan 15 hastada tam ceviz, ceviz kabuğu, yağı alınmış ceviz ve ceviz yağı olarak 4 farklı türde ceviz alımının etkileri değerlendirilmiştir. Bütün olarak ceviz alımında tokluk trigliserid düzeylerinde artış olduğu fakat kardiyovasküler yararlanımın bütün formda olan ceviz tüketimi halinde daha fazla olduğunu belirtilmiştir (10). Çalışmamızda ceviz formları gruplandırılmamış olup; yakın zamanda ülkemizde yapılmış Tulunay ve arkadaşlarının (2015) çalışmasına benzer şekilde bizim çalışmamızda da, hiperlipidemi için tercih edilen yiyecek ceviz, ardından da limon gelmekte idi (11).

Araz ve ark.nın çalışmasındaki verilere benzer şekilde, bizim çalışmamızda da bekarlarda ilaç dışı yöntem kullanımı evlilerden daha yüksek, emeklilerde ilaç dışı yöntem kullanımı diğer meslek gruplarından daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada olduğu gibi ilaç dışı tedavi kullanımı olan bireylerin yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur (12).

Çalışmamıza göre; bir yıldan daha az zamandır hiperlipidemi tanısı almış olan bireylerin ilaç dışı yöntem kullanım oranı daha uzun süredir tanılı olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Hastaların, başlangıçta ilaç tedavisi yerine bitkisel yiyecekler başta olmak üzere alternatif yöntemler denemekte, fayda görmezse ilaç tedavisini tercih etmekte olduğu gözlemlendi (11).

Diyet yapan bireylerde yapmayanlardan, 65 yaş ve üstü (geriatrik popülasyon) bireylerde, 65 yaş altı bireylerden daha yüksek oranda düzenli ilaç kullanımı gözlenmiştir. İleri yaş hastaların

bitkisel yöntem denemek için çabalarının daha az olması unutkanlık ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel değişikliklerden kaynaklanmış olabilmektedir (13). Çalışmamızda, kronik hastalığı olanların bitkisel ürünleri daha çok kullandığı saptandı. Bitkisel ürün kullananlar kullanmayanlara göre daha yaşlı olduğu görüldü. Yapılmış olan çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik hastalığı bulunan yaşlı hastalarda alternatif tedavi yöntemlerinin sıklığı %86 olarak bulunmuştu (7, 14, 15, 16, 17).

Çalışmanın kısıtlılıklarının başında anket ile yapılan bir çalışma olduğundan kriterlerin subjektif olarak değerlendirilebildiği gelmektedir. Hastalara verilen anket formlarındaki sorular hastaların açık uçlu cevap vermelerine engel olmuş olabilir. Bitkisel kökenli alternatif tedaviler ile besinsel destek ürünlerinden 16'sı soru formunda yer almış olup ankette olmayan ürünler hastaların aklına gelmeyerek belirtilmemiş olabilir. Çalışma çok merkezli olmadığından, katılımcıların yerel özelliklerden kaynaklanan bitkisel besin seçimi bütünü yansıtmamış olabilmektedir.

Hastalarımızın büyük çoğunluğuna bir statin tedavisi önerilmesine rağmen, yetersiz takip yada tedaviye uyum konusunda çeşitli problemlerin olduğu ortadadır. Sonuç olarak, dislipidemiye yeterince tedavi edemediğimiz açıktır. Bu yetersizlikte hem hastaların hem de hekimlerin hatalı olduğu görülmektedir. Bu durum, hastaların bitkisel gıdalara yönelmelerine sebep olmaktadır. Hastaların tedavilerine ve diyetlerine tam olarak uymamaları, hekimlerin de hastaları yeteri kadar uyardırmamaları eksiklikler olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. The distribution of 10-Year risk for coronary heart disease among US adults: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1791-6.
2. Özkan Y, Koca SS. The Efficiency of Omega-3 Fatty Acid (Fish Oil) in Hyperlipidemia Treatment. *Firat Medical Journal* 2006; 11: 40-4.
3. Özkan Y, Çolak R, Koca SS, Dağ S, Kılıç Kan E, Sırma N. Diabetes Mellitus and Hyperlipidemia: How Much We Are Successful in the Treatment?. *Firat University Medical*

Journal of Health Sciences 2008; 22: 97-100.

4. NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
5. Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M: Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998; 339: 229-34.
6. Stein E. The lower the better? Reviewing the evidence for more aggressive cholesterol reduction and goal attainment. *Atheroscler* 2002 (Suppl); 2: 19-25.
7. Gücük İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray Ü, Kafes H, Başyigit F. The prevalence of alternative herbal medicine and nutritional complementary product intake in patients admitted to out-patient cardiology departments. *Arch Turk Soc Cardiol* 2013; 41: 218-24.
8. Ayaz T, Baydur Şahin S, Şahin OZ, Özyurt N, Akin A. Effect of Walnut or its Juice on Dyslipidemia. *J Kartal TR* 2015; 26: 202-6.
9. Plat J, Mensink RP. Effects of plant sterols and stanols on lipid metabolism and cardiovascular risk. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2001; 11: 31-40.
10. Berryman CE, Grieger JA, West SG, Chen CY, Blumberg JB, Rothblat GH, et al. Acute consumption of walnuts and walnut components differentially affect postprandial lipemia, endothelial function, oxidative stress, and cholesterol efflux in humans with mild hypercholesterolemia. *J Nutr* 2013; 143: 788-94.
11. Tulunay M, Aypak C, Yikilkan H, Gorpelioglu S. Herbal medicine use among patients with chronic diseases. *J Intercult Ethnopharmacol* 2015; 4: 217-20.
12. Araz A, Harlak H, Meşe G. Health Behaviors and Alternative Medicine Use. *Kor Hek* 2007; 6: 112-22.
13. Akdemir N, Akyar İ. Geriatric Nursing. *Akad Geriatri* 2009; 1: 73-81.
14. Koc Z, Avci IA, Sağlam Z. The use of complementary and alternative medicine by older patients that have chronic diseases. *HealthMED* 2012; 6: 413-22.
15. Heck AM, DeWitt BA, Lukes AL. Potential interactions between alternative therapies and warfarin. *Am J Health Syst Pharm* 2000; 57: 1221-30.
16. Lee GB, Charn TC, Chew ZH, Ng TP. Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs. *Fam Pract* 2004; 21: 654-60.
17. Yeh GY, Davis RB, Phillips RS. Use of complementary therapies in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2006; 98: 673-80.