



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ATATÜRK SANATORYUM EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**ALZHEİMER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM SIKLIğİ VE NEDENLERİ**

Dr. şeyma lsm şencan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ATATÜRK SANATORYUM EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**ALZHEİMER HASTALARINDA TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM SIKLIğI VE NEDENLERİ**

Dr. şeyma lsm şencan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Osman Korucu

Doç. Dr. Meşide ndzz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında bana yol gösteren, tez seçimi, tasarımı, uygulanması ve yazılması sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, kıymetli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Osman KORUCU'ya,

Kendisinin öğrencisi olmaktan mutluluk ve onur duyduğum, uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, tez çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Meşide GÜNDÜZÖZ'e

Hekimlik hayatıma ışık tutacak değerli bilgileri sayesinde öğrendiğim, uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, kıymetli hocam Prof. Dr. Tijen ACAR'a,

Uzmanlık eğitimim süresince katıldığım rotasyonlarda klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişime katkı sağlayan tüm hocalarıma ve birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Aile hekimliği kliniğimizde beraber yürüdüğümüz bu yolda, birlikte çalışmaktan keyif aldığım veri toplama aşamasında yardımcı olan başta Emel GÖK ve Hande BOZOK olmak üzere aile hekimliği anabilim dalı asistan arkadaşlarıma,

Özellikle tez sürecimde her konuda yardımcı olan, bu süreci daha kolay geçirmemi sağlayan Çetin BEKTAŞ ve Eda YILDIZ ATALAY'a

Bugünlere gelirken maddi-manevi desteklerini her zaman arkamda hissettiğim saygıdeğer babam Abdullah ŞENCAN'a, canım annem Işıl ŞENCAN'a ve kardeşlerim Mustafa Sercan ŞENCAN ve Necmeddin Furkan ŞENCAN'a

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Şeyma Gülsüm ŞENCAN

Ankara, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DEMANS	3
2.2. ALZHEİMER HASTALIĞI	3
2.2.1. Tanım-Tarihçe	3
2.2.2. Epidemiyoloji	4
2.2.3. Nedenleri	4
2.2.4. Risk Faktörleri	4
2.2.4.1. Yaş	4
2.2.4.2. Mutasyonlar	5
2.2.4.3. Down sendromu	5
2.2.4.4. Cinsiyet	5
2.2.4.5. Sağlık ve yaşam biçimi	5
2.2.4.6. Çevresel faktörler	6
2.2.4.7. Diğer nedenler	6
2.2.5. Belirtileri	6
2.2.5.1. Hafıza bozuklukları	6
2.2.5.2. Yürütücü fonksiyon bozuklukları	7
2.2.5.3. Motor bulgular	7
2.2.5.4. Davranış değişiklikleri ve psikolojik bulgular	7
2.2.5.5. Uyku bozuklukları	7
2.2.5.6. Apraksi	7
2.2.6. Tanı	8
2.2.6.1. Nöropsikolojik değerlendirme	9
2.2.6.2. Nörogörüntüleme	10

2.2.6.3. Biyobelirteçler	10
2.2.6.4. Genetik tetkikler	11
2.2.7. Tedavi.....	11
2.2.7.1. Kolinesteraz inhibitörleri	11
2.2.7.2. N-metil-D-aspartat reseptör antagonistleri.....	12
2.3. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. ÇALIŞMANIN AMACI	17
3.2. ÇALIŞMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM	17
3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI	17
3.4. ÇALIŞMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	19
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	19
3.6. ETİK KURUL ONAYI.....	19
4. BULGULAR	20
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....	20
4.2. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM DURUMLARI	21
4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	27
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
6.1. SONUÇLAR	36
6.2. ÖNERİLER.....	37
7. KAYNAKLAR.....	39
8. ÖZGEÇMİŞ.....	43
9. EKLER	44
EK-1: OLGU RAPOR FORMU	44
EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	48
EK-3. ETİK KURUL ONAYI	50

KISALTMALAR LİSTESİ

AH	: Alzheimer Hastalığı
APO	: Apolipoprotein
APP	: Amiloid Prekürsör Protein
BOS	: Beyin omurilik sıvısı
CPG	: Clinical Practice Guidelines
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
FDG-PET	: Fluorodeoksiglukoz- Pozitron Emisyon Tomografisi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
MMT	: Mini Mental Test
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCCAM	: The National Center for Complementary and Alternative Medicine
NINCDS-ADRDA	: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NMDA	: N-metil D-aspartat
PSEN1	: Presenilin 1
PSEN2	: Presenilin 2
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
VDRL	: Venereal Disease Research Laboratory

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığının Klinik Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 2. DSM-V Alzheimer Hastalığına Bağlı Ağır ve Hafif Nörokognitif Bozukluk İçin Tanı Kriterleri.....	9
Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	20
Tablo 4. Hastaların Tedaviye İlişkin Bilgileri	20
Tablo 5. Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları	21
Tablo 6. Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımlarına İlişkin Özellikleri (n=134)	24
Tablo 7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları	25
Tablo 8. Hastaların Alzheimer Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları	26

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesinde nöroloji polikliniğine başvuran 40-85 yaş arası Alzheimer hastalarının alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklığı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri hakkında tanımlayıcı çalışma yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma süresi bir yıldır. Bu süre içerisinde Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran nörolog tarafından diğer demans nedenleri dışlanarak NINCDS-ADRA kriterlerine göre Alzheimer tanısı konulmuş 40-85 yaş arası 288 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların demografik verileri Olgu Rapor Formu'na kaydedilmiştir. Hastaların alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklığı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu Formu ile toplanmıştır. Çalışmada kullanılacak tüm formlar aile hekimi asistanı tarafından sorularak doldurulmuştur. Veriler, soruları cevaplayabilen hastalardan birebir elde edilmiş, cevaplar bakım veren kişiye de eşzamanlı doğrularak doldurulmuştur. Cevaplayamayan bireylerin bakım verenlerinden bilgi alınmıştır. Hastalara ek müdahale yapılmamıştır.

Bulgular: Toplam 288 hastaya form verilmiştir. Hastaların %39,6'sı erkek, %60,4'ü kadındır. Hastaların yaş ortalaması $77,0 \pm 6,6$ bulunmuştur. Hastaların yaşı en küçük 40 ve en büyük 85 olmak üzere medyan değeri 78'dir. Hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma sıklığının %46,5 olduğu bulunmuştur. Tercih edilen yöntemlerin %70,1'i vitaminler veya beslenme desteği, %51,5'i bitkisel tedavi, %26,9'u enerji veya ruhsal iyileşmedir. Çalışmamızda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların tanı süresi ortalama değeri 16 ay olup tedavi kullanmayan hastaların ise 1 ay olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.001$). Çalışmamızda yılda 11 ve daha fazla hekim başvurusu olan Alzheimer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı %68,2 olup yılda 1 ila 10 kez hekim başvurusu olan hastaların

alternatif tedavi kullanım oranı ise %42,6'dır. Yaklaşık olarak ayda bir kez hekim başvurusu olan hastaların alternatif tedavi kullanımını daha az sıklıkla başvuran diğer hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, Alzheimer hastalığı için tıbbi tedavi alma durumu ve kullandığı ilaç tablet sayısının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmada tanı süresi daha kısa olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye başvurma oranı tanı süresi daha uzun olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür($p<0.001$). Çalışmamızda bir yıl içerisinde yaklaşık olarak ayda bir kez hekim başvurusu olan Alzheimer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı, yılda 1 ila 10 kez hekim başvurusu olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Alternatif Tedavi, Tamamlayıcı Tedavi, Alzheimer Hastalığı

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to conduct a descriptive analysis of patients with Alzheimer's disease aged 40-85 who visited the neurology outpatient clinic of a tertiary education and research hospital. Specifically, it investigates where they heard about alternative therapies, their reasons for using them, frequency of application, perceived benefits, and their overall thoughts on these treatments.

Materials and Methods: This is a descriptive study conducted for one year period. The study included 288 patients, aged 40 to 85, who were diagnosed with Alzheimer's disease based on the NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) criteria. These patients, after other potential causes of dementia were ruled out by a neurologist, were evaluated at the neurology outpatient clinic of Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital. Data were collected using the "Case Report Form," which recorded information on where patients heard about alternative treatments, reasons for use, application frequency, perceived benefits, and their thoughts on the therapies. The Alternative and Complementary Therapy Usage Inquiry Form was also used. All forms to be used in the study were completed through questions asked by a family medicine resident. Data were obtained directly from patients who were able to answer the questions, with responses simultaneously confirmed by the caregivers. For patients unable to respond, information was provided by caregivers. No additional intervention was performed on the patients.

Results: The study included 288 Alzheimer's patients. A total of 288 patients were given the form. Among them, 39.6% were male and 60.4% were female, with an average age of 77.0 ± 6.6 years. The youngest patient was 40, the oldest was 85, and the median age was 78. It was found that the frequency of complementary and alternative therapy usage was 46.5%. Among the preferred methods by patients, 70.1% were vitamins or nutritional supplements, 51.5% herbal therapies, and 26.9% energy healing or spiritual recovery practices. Patients using complementary and alternative therapies had a median diagnosis duration of 16 months, while non-users

had a duration of just 1 month. The difference among these groups is statistically significant ($p < 0.001$). In this study, the usage rate of complementary and alternative therapies among patients with Alzheimer's disease who visited a doctor 11 or more times a year was 68.2%, whereas the usage rate for patients who visited a doctor 1 to 10 times a year was 42.6%. The treatment usage was significantly higher in the group with approximately one doctor visit per month compared to the other group ($p < 0.05$). Factors such as age, gender, education level, use of medical treatment for Alzheimer's disease, and the amount of medication tablets did not significantly impact the likelihood of using complementary and alternative therapies ($p > 0.05$).

Conclusion: In the study, the rate of seeking complementary and alternative therapy was statistically significantly lower in patients with a shorter diagnosis duration compared to those with a relatively longer diagnosis duration ($p < 0.001$). Additionally, Alzheimer's patients who visit physicians approximately once a month had a significantly higher rate of using complementary and alternative therapies than those who visited 1-10 times per year ($p < 0.05$).

Keywords: Alternative Therapy, Complementary Therapy, Alzheimer's Disease

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam süresinin artması özellikle yaşlı nüfusta sık görülen hastalıkların artacağını göstermektedir. Bu çalışmada demansın en sık sebebi olan Alzheimer hastalığında(AH) tamamlayıcı ve alternatif tedaviye(TAT) bakışı ortaya koymayı amaçladık.

Demans dünyada ortalama 55 milyon insanı etkilemektedir. Bu vakalara her yıl yaklaşık 10 milyon yeni demans tanısı almış kişiler eklenmektedir. Yaşa göre prevelansın sabit kalacağı düşünülürse 25 yıl sonra toplam demans tanılı hasta sayısının 130 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (1).

Türkiye’de yaşlanma hızı yüksektir. Bu artış bize önümüzdeki yıllarda geriatrik hastalıkların artacağını düşündürmektedir. Sağlık bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 2008-2040 yılları arasında yaşlı nüfusundaki artış %201 olarak tahmin edilmektedir (2).

Alzheimer hastalığı; hastanın kendisine, bakım verenlere fiziksel ve mental açıdan yük olmaktadır, sağlık kuruluşlarına ve devlete de maddi açıdan yük olmaktadır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada ABD’de tüm demans tiplerinin devlete yıllık maliyeti 226 milyar dolar olmuştur (3).

Alzheimer hastalığı hem bedensel hem de ruhsal açıdan yıpratıcı olabilmektedir. Buna gerekçe olarak hastalığın ilerleyici, kronik,geriye dönüşsüz olması ve bilimsel gelişmelere rağmen hastalığa kesin çözüm bulunamaması gösterilebilir. Verilen medikal tedaviler semptomları azaltmaya ve progresyonu yavaşlatmaya yöneliktir. Hâl böyle olunca hastalar, hasta yakınları ve bakım verenler hastaların yaşam kalitesini artırmak amacıyla ek tedavi arayışınagirmektedirler. Bu yaklaşımların bir bölümü tamamlayıcı ve alternative tedavilerdir. Bu tedaviler azmaliyetli, yan etkisi olmayan ya da yan etki olasılığı çok düşük olan, kolay ulaşılabilir uygulamalardır (4).

Yapılan alışmalar gösteriyor ki eēitim seviyesinin dřklēē, zihinsel faaliyetlerin az olması, tütün kullanımı, obezite, sedanter yaşam, depresyon, diyabet, hipertansiyon, çevreden izole olma gibi etmenler AH oluşumuna ortam hazırlamaktadır. Grldēē üzere kronik hastalıklar dışındaki etmenler deēiřtirilebilir sebeplerdir.

Toplumda eēitim seviyesinin arttırılması, sosyal ilişkilerin kuvvetlendirilmesi, tütün kullanımının azaltılması, egzersiz yapmanın teşvik edilerek obezite ve sedanter yaşamın önüne geçilmesi planlanarak toplum saēlıēına katkıda bulunulabilir (5).

Bu çalışmada üçüncü basamak eēitim araştırma hastanesinde nöroloji polikliniēine başvuran 40-85 yaş arası hastaların alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklıēı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri hakkında tanımlayıcı çalışma yapmak hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. DEMANS

Demans sıklıkla yaşlılıkta görülen, esas komponentin hafıza kaybı olduğu, zamanla davranışsal, iletişimsel bozuklukların da eşlik ettiği yer zaman yöneliminin bozulması ile seyreden geri dönüşsüz progresif bir hastalıktır. Nörolojik semptomların yanısıra hastanın sosyal becerileri de bozulduğu için psikiyatrik olarak da ele alınan daha kapsamlı bir tanımla nöropsikiyatrik bir hastalıktır.

Demansın birçok türü vardır. AH en sık gördüğümüz demans türüdür. Parkinson hastalığına bağlı demans, vasküler demans, Lewy cisimcikli demans ve frontotemporal demans ise diğer demans tipleridir (1).

2.2. ALZHEİMER HASTALIĞI

2.2.1. Tanım-Tarihçe

Alzheimer hastalığı(AH) serebral korteks, subkortikal bölge ve hipokampusta nörofibriler düğümler ve senil plakların birikimi ile karakterize nörodejeneratif bir hastalıktır. AH kognitif fonksiyonlarda bozulma ile seyreden, ilerleyici ve %60-80 görülme oranı ile en sık karşılaşılan demans türüdür. Bu hastalığı psikiyatrist ve nöropatolog olan Dr. Alois Alzheimer 1906 yılında tanımlamıştır. Auguste Deter isimli 51 yaşındaki hasta kendi işlerini görememe, bellek bozukluğu, yazmada ve okumada zorluk şikayeti ile hastaneye yatırılmıştır. Hastanın semptomları ilerlemiş ve diğer kognitif fonksiyonlarında bozulmalar ortaya çıkmıştır. Vefat eden hastaya Dr. Alzheimer tarafından otopsi yapılmıştır. Hastanın beynini inceleyen Dr. Alzheimer daha önce tanımlanmamış olan nörofibriler düğümleri tarif etmiştir (4).

Beyin fonksiyonlarındaki değişiklikler hastaların hareket kabiliyetlerini, günlük aktivitelerini kısıtlamaktadır. İleri evrede ise hastalarda yutma güçlüğü gelişir ve bu sebepten ötürü AH’de en sık ölüm nedeni aspirasyon pnömonisidir.

2.2.2. Epidemiyoloji

2023 yılında Krista ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalara göre dünyada demansın etkilediği kişi sayısı tahminen 57 milyondur. Demansın en sık nedeni olarak karşımıza çıkan AH ise dünya çapında 24 milyon kişiyi etkilemiştir. Bu rakamlara bakıldığında AH'nin azımsanmayacak düzeyde olduğu farkedilmektedir (6).

Dünyada yaşlı nüfusun artmasıyla beraber 2030 yılına geldiğimizde AH tanısı almış kişi sayısı 78 milyon olarak tahmin edilmektedir. Bu sonuçlar AH'yi 21. yüzyılda önemli bir toplum sağlığı sorunu ve ölüm nedeni haline getirmektedir. Yapılan son çalışmalara göre günümüzde AH nedenli ölümler beşinci sırada gelmektedir (7).

2.2.3. Nedenleri

AH patogeneğinde amiloid beta birikimi, nöroinflamasyona neden olur. Devamında immün aktivasyon başlar. Mikroglialar ve astrositler proinflamatuvar mediyatörlerin üretimini uyarır. sitokin ve kemokinler aracılığıyla sentezlenen mediyatörler beyindeki kronik inflamasyondan sorumlu tutulmuştur (8). Bunun yanı sıra aktive olan hücreler tarafından makrofaj inflamatuvar proteinleri, prostaglandinler, tromboksanlar, pentraksinler, reaktif oksijen radikalleri pıhtılaşma faktörleri, nitrik oksit, proteazlar ve proteaz inhibitörleri de üretilir (9).

2.2.4. Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığına neden olan etmenler başlıca üç kategoride incelenebilir. Bunlar genetik faktörler, çevresel faktörler, sağlık ve yaşam biçimidir.

2.2.4.1. Yaş: Genetik faktörleri inceleyecek olursak AH'nin risk faktörlerinden en önemlisi yaştır. 65 yaşından sonra her beş yılda bir AH riski ikiye katlanır. 85 yaşından sonrası için ise bu ihtimal %50 olmaktadır. Ek olarak hastanın tanı aldığı yaşa göre sınıflandırılabilir. 65 yaş öncesi tanı alanlar erken başlangıçlı

AH'yi oluştururken 65 yaş sonrası tanı alanlar geç başlangıçlı AH grubunu oluşturmaktadır (10).

2.2.4.2. Mutasyonlar: Diğer bir neden ise mutasyonlardır. Amiloidprekürsör protein (APP), presenilin 1 (PSEN1) ve presenilin 2 (PSEN2) amiloid proteinin üretimine ve agregasyonuna sebep olur. Sorumlu olan başka bir gen ise Apolipoprotein E(ApoE) 'dir. ApoE Nöronlar arası transportta, hücre membranı ve sinapsların dayanıklılığında rol oynamaktadır. Corder ve arkadaşları ile Strittmatter ve arkadaşları ApoE'nin AH'de önemini ilk olarak açıklayan kişilerdir. ApoEε4 aleli amiloid plak ve nörofibriler yumak oluşumuna sebep olur (11).

2.2.4.3. Down sendromu: Down sendromunda da AH riski artmıştır. Çünkü APP'nin geni 21. kromozomda bulunmaktadır. Bu sebeple belirtilen genden 3 kopyaya sahip down sendromlu bireylerde AH insidansı yüksektir (10).

2.2.4.4. Cinsiyet: Cinsiyet başlı başına bir risk faktörü kabul edilmemektedir. Kadınların yaşam süresinin daha uzun olması ve yaşla birlikte doğru orantılı olarak AH görölme ihtimalinin artması, tanı almış hastaların üçte ikisinin kadın olmasına zemin hazırlamıştır(12).

2.2.4.5. Sağlık ve yaşam biçimi: AH'de erken teşhis, primer ve primordiyal koruma çok önemlidir. Çünkü patofizyolojik değişimler, kognitif fonksiyonlarda bozulmalar görölmeden çok daha önce başlamaktadır.

Fratiglioni L. ve arkadaşları yaptıkları çalışmada egzersizin nörojenezi, beyin vaskülarizasyonunu ve plastisiteyi arttırdığını; eğitim seviyesi ve entelektüel aktivite arttıkça AH progresyonunun azaldığını ortaya koymuştur.

Çeşitli araştırmalar yağ ve karbonhidrattan zengin, akdeniz diyetinden uzak, omega-3 yağ asidi desteğinin yetersiz olduğu sağlıksız beslenmenin ve hareketsiz bir yaşam tarzının amiloidojenik yolağı hızlandırabileceğini göstermektedir(13).

2.2.4.6. Çevresel faktörler: AH'nin toksik kimyasallar ile de ilişkisi vardır. Özellikle ağır metaller, merkezi ve çevresel sinir sistemi için önemli derecede toksiktir. Huat T.J. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NFY ve amiloid beta peptit agregasyon nedeni olarak cıva, kadmiyum ve kurşun gibi ağır metaller gösterilmiştir(14).

Hussein H. ve arkadaşları ise benzer bir çalışma yapmışlar, ratlara 3 ay boyunca alüminyum, kadmiyum ve florür karışımı vermişlerdir. 3 ayın sonunda ratlarda hiperfosforile tau proteini ve beta amiloid peptid birikiminin arttığını göstermişlerdir. Ratlarda Alzheimer benzeri nörolojik bir hastalığa neden olduğunu vurgulamışlardır(15).

2.2.4.7. Diğer nedenler: Etki mekanizması tam olarak açıklanamamış, yapılan çalışma sonuçlarının hala tartışmalı olduğu faktörler ise kardiyovasküler ve kronik hastalıklar, hiperinsülinemi, hiperkolesterolemi gibi hastalıklar, enfeksiyonlar, sigara ve alkol tüketimi, kafa travmalarıdır. Sayılan sebepler AH ile ilişkili görülüp detaylı açıklanabilmesi için daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir(16).

2.2.5. Belirtileri

Alzheimer tanısı almış hastaların çoğunda semptomlar yavaş ilerler. Bu sebeple belirtilerin başlangıç aşamasında farkedilmesi gecikebilir.

2.2.5.1. Hafıza bozuklukları: Hastaların büyük bir kısmında başvuru anında bellek bozukluğu saptanmaktadır. Bellek bozukluğunun tipi hastalığın ayırt edilmesinde önemlidir. Çünkü yaşlılık unutkanlığı ile karıştırılmamalıdır(17).

Hastalarda öncelikle epizodik bellekte sorun görülür. Hastalar özellikle belli bir yer ve zamanda meydana gelmiş olayları hatırlamakta zorlanırlar. Yakın olaylar belleği erken dönemde belirgin derecede bozulup hipokampus, entorhinal korteks ve medyal temporal lop ile ilişkilidir. Buna karşılık prefrontal korteks ile ilişkili olan anlık geri çağırma, anlık hafıza uzun süre korunabilir.İlerleyen dönemde kavram ve kelimeler ile ilgili olan semantik bellek etkilenir(18).

Bellek, standardize mini mental test(MMT) uygulanarak test edilebilir. MMT özellikle yaşı kışilerde kognitif değerdendirmerin yapılmasında kullanılmaktadır. Oryantasyon, hatırlama, lisan, kayıt hafızası, hesaplama ve dikkat olmak üzere beş bölüm iğerir. Toplam skor 30 puan olup 24 puan ve altında kalan kışiler demans ağıısından değerdendirilir(19).

2.2.5.2. Yürütücü fonksiyon bozuklukları: Hastalık ilerledikçe işlerin organizasyonunda zorlanan hastalar, verilen görevi tamamlayamaz. Hastalarda içgörü, farkındalık azalır ve davranış değışikleri de gözlenir. Bu önemli bir sorundur çünkü sürdüremeyecekleri bir işi devam ettirmeye çalışırken tehlike arz eden durumlar meydana gelebilir.

2.2.5.3. Motor bulgular: Hastalığın ilk evrelerinde motor fonksiyonlarda bozulma beklemekten ileri evrede inkontinans ve ilkel refleksler gözlenebilir.

2.2.5.4. Davranış değışiklikleri ve psikolojik bulgular: Hastalık ilerlediğinde sosyal geri çekilme, olaylara kayıtsız ve duyarsız kaldıkları apati, kolay öfkelenebilme yani irritabilite görölmektedir. Bunlara ek olarak yönetmesi daha zor olan saldırganlık, psikoz, ajitasyon da ortaya çıkabilir.

2.2.5.5. Uyku bozuklukları: AH'de uyku paterninde değışimler, uyku bozuklukları sık görölmektedir. Toplam uyku süresinde azalma, erken uyanmalar gözlenebilir.

2.2.5.6. Apraksi: Daha önceden öğrenilmiş görevlerin uygulamasında gözlenen beceri bozukluklarıdır. Bunu gözlemek için örnek olarak hastaların saçını taraması, mutfak araç gereçlerini kullanımını göstermesi istenir. Bu gibi çoklu motor aktivitelerinde zorlanan hastalar orta ve ileri evrede bakım verene bağımlı hale gelir(20).

2.2.6. Tanı

Alzheimer hastalığı, NINDS-ADRDA tanı kriterlerine göre biyobelirteç bilgileri de eklenerek değerlendirilir. Kesin tanı ise patolojik değerlendirme sonucu konur (Tablo1).

Tablo 1. NINCDS-ADRDA Alzheimer Hastalığının Klinik Tanı Kriterleri

1. Muayene ile gösterilen ve objektif testlerle dökümente edilen demans.
2. İki veya daha fazla kognitif alanda bozukluk.
3. Bellek ve diğer kognitif fonksiyonlarda ilerleyici kötüleşme.
4. Bilinç bozukluğu yok.
5. Başlangıç 40 ve 90 yaşları arasında.
6. Kognisyonda ilerleyici bozukluğa yol açabilecek sistemik hastalıklar veya diğer beyin hastalıklarının bulunmaması.
7. Aşağıdakilerle tanının desteklenmesi • Afazi, apraksi, agnozi • Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve davranış tarzlarında değişiklik • Benzer bozukluklara ilişkin aile öyküsü • Uyumlu laboratuvar bulguları (serebralatrofi gibi)

Demansın tanısında bilişsel fonksiyonlarda bozulma, davranış değişiklikleri ve günlük aktivitelerini yaparken göze çarpan dalgalılıklar anamnezde önemlidir. Tanıda tarama ölçeklerinden yararlanılır. Bunlar: Mini mental test, nöropsikolojik testler, Blessed demans ölçeği, klinik demans değerlendirme ölçeğidir. Nörokognitif bozukluğu değerlendirmek amacıyla DSM-V(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) Tanı Kriterleri kullanılır(tablo 2).

Tablo 2. DSM-V Alzheimer Hastalığına Bağlı Ağır ve Hafif Nörokognitif Bozukluk İçin Tanı Kriterleri

A. Ağır ya da hafif nörokognitif bozukluk için tanı kriterleri karşılanmalıdır.
B. Bir ya da birden çok kognitif alanda, gizlice ve sessizce başlayan yavaş yavaş ilerleyen bir bozulma vardır.
C. Olası ya da olabilir AH için tanı kriterleri şöyle karşılanmaktadır: <i>C1. Ağır nörokognitif bozukluk için:</i> Aşağıdakilerden 1'i varsa olası/muhtemel AH, yoksa olabilir/mümkün AH tanısı konmalıdır. 1. Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon) kanıtı 2. Aşağıdakilerden her üçü: a. Bellek ve öğrenmede ve en az bir diğer kognitif alanda gerileme olduğunun açık kanıtı. (ayrıntılı öykü ya da bir dizi nöropsikolojik ölçümlere göre) b. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme. c. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması. (Başka nörojeneratif ya da serebrovasküler hastalık ya da başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum) <i>C2. Hafif nörokognitif bozukluk için:</i> Aile öyküsünden ya da kalıtsal ölçümlerden, neden olucu bir AH kalıtsal değişimini (genetik mutasyon) kanıtı varsa olası/muhtemel AH tanısı konur. Bu kanıtını olmadığı durumlarda aşağıdakilerden her üçü varsa olabilir/mümkün AH tanısı konur. 1. Bellek ve öğrenmede gerileme olduğunun açık kanıtı 2. Kognitif fonksiyonlarda uzun süreli duraksama olmadan, sürekli ilerleyen, aşamalı gerileme. 3. Kognitif bozukluklara neden olabilecek başka karışık etkenler olduğuna dair kanıt olmaması. (Başka nörojeneratif ya da serebrovasküler hastalık ya da başka sinirsel, ruhsal ya da sistemik hastalık ya da kognitif gerilemeye katkıda bulabilecek bir durum)
D. Bu bozukluk, serebrovasküler hastalık, başka nörodejeneratif hastalık, madde ya da başka ruhsal, sinirsel ve sistemik bozukluğun etkileriyle açıklanamaz.

2.2.6.1. Nöropsikolojik değerlendirme: Kognitif fonksiyonlardaki değişimleri gözlemlemek için başlangıçta ve kontrollerde nöropsikolojik değerlendirmelerle karşılaştırma yapılmalıdır(21).

2.2.6.2. Nörogörüntüleme: AH düşünülen hastalar beyin manyetik rezonans görüntüleme(MRG) ile daha ayrıntılı değerlendirilir. Bölgesel ya da yaygın atrofi, beyaz cevher lezyonları, hipokampal atrofi beklenen bulgulardır. Fakat spesifik değildir.

AH için daha karakteristik bulgular medialtemporal lob atrofisidir. Ayrıca AH'de fluorodeoksiglikoz-pozitron emisyon tomografisi (FDG-PET), fonksiyonel MRG, perfüzyon MRG, tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi tetkikleri ile de hipokampus, mezialparietal lob, lateralparietal ve posteriortemporal kortekste hipometabolizma, hipoperfüzyon görülmektedir. FDG-PET, atipik prezentasyonları olan hastalarda AH'yi frontotemporal demanstan ayırmada önemli katkı sağlayabilir(22).

2.2.6.3. Biyobelirteçler: AH'de rutin tanı amacıyla kullanılsa da teşhisi destekleyen ve yapılması önerilen tetkik ve muayeneler vardır. Öncelikle hasta ve hasta yakınından detaylı anamnez alınmalıdır. Fizik muayene , nörolojik muayene ve mental durum muayenesi ile hasta değerlendirilmelidir. Kullandığı ilaçların imkan dahilinde kan düzeyleri bakılıp değerlendirilmelidir. Laboratuvar tetkiklerinde ise önerilenler şu şekildedir:

Kan şekeri, hemogram, biyokimya, sedimentasyon, elektrolitler, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, vitamin B12 ve folik asit düzeyi, tiroid fonksiyon testleri, klinik öyküye göre serolojik testler(HIV, VDRL, Anti-nükleer antikor, anti-nöronal antikor...)

Ek olarak elektrokardiyografi (EKG), akciğer grafisi, elektroensefalografi (EEG), endikasyon varsa lomber ponksiyon ve psikometrik değerlendirme de yapılması önerilen tetkikler arasındadır.

Beyin omurilik sıvısında (BOS) A β 42:A β 40 oranının düşük olması, BOS total ve fosfo-tau miktarının artması bu biyobelirteçler arasındadır. Ayrıca azalmış plazma apolipoprotein E (ApoE) ve ApoE ϵ 4 düzeyleri hafif kognitif bozuklukta ve

henüz klinik bulguları net olmayan AH'de oldukça tanı değerine sahiptirler. Fakat bu ölçümlerin henüz klinik pratikte yeri bulunmamaktadır(23).

EEG'de AH erken evresinde özellikle alfa dalga aktivitesinde azalma gözlenmektedir. Bu diğer demans türlerine kıyasla AH'de daha belirgindir ve frontotemporal demans ayırıcı tanısında yol göstericidir. İlerleyen evrelerde diffüz yavaş dalgalar görülür. EEG'deki bu değişimlere nöronlar arasında bağlantısızlık, aksonal hasar, kortikal nöronların kaybı ve kolinerjik eksikliklerin neden olduğu düşünülmektedir(24).

2.2.6.4. Genetik tetkikler: AH'li hastaların rutin değerlendirmesinde genetik test önerilmemektedir. ApoE genotipleme, özellikle hafif kognitif bozukluktan AH'ye dönüşüm tanısında öngörülebilir bir değere sahiptir ancak yanlış pozitiflik ve yanlış negatiflik gösterebilir. APP, PSEN1 ve PSEN2 gen mutasyonları için testler mevcut olup aile öyküsü olan, otozomal dominant ve erken başlangıçlı olgularda önerilmektedir(12).

2.2.7. Tedavi

Alzheimer hastalığının kesin tedavisi henüz yoktur. Günümüzde kullanılan tedavi yöntemleri semptomları hafifletmeye ve süreci yavaşlatmaya yöneliktir. Onaylanmış ilaçlar hastalığı geri döndürebilecek düzeyde değildir.

Yapılan klinik çalışmalarda AH 'de kullanılan ilaçların kognitif fonksiyonlar, davranışlar ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde küçük ama klinik olarak anlamlı bir etkiye yol açtığı gösterilmiştir. AH tedavisinde kullanılan iki farmakolojik grup vardır. Biri kolinesteraz inhibitörleridir. Donepezil, rivastigmin, galantamin bu grupta yer alır. Diğeri ise N-metil-D-aspartat reseptör antagonistimantindir(24).

2.2.7.1. Kolinesteraz inhibitörleri: 1970'li yıllarda AH teşhisi alan kişilerin beyinlerinde kolinerjik düzeyin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun da kolin asetiltransferaz enzimindeki eksiklikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Kolinesteraz

inhibitörleri ile sinaptik boşluktaki asetilkolinesteraz inhibe edilir. Böylece nörotransmitter artışı olur, sinaptik iletim artar ve asetilkolin hidrolizi azalmış olur.

Amerika ve Avrupa kılavuzlarında birinci basamak farmakoterapi olarak asetilkolinesteraz inhibitörleri yer almaktadır(25).

2.2.7.2. N-metil-D-aspartat reseptör antagonistleri: Hipokampus ve kortekste çok sayıda N-metil D-aspartat (NMDA) reseptörleri bulunur. Bu reseptörler iyonotropik glutamat reseptörleridir. Hücresel dengenin sağlanması, öğrenme ve hafızanın güçlenmesinde bu reseptörler rol oynar. Bu sebeple reseptörlerde oluşan hasar veya işlevlerinde meydana gelen bozulma nörolojik veya nöropsikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Nörotransmitter olarak glutamat aracı olur. Bununla beraber artmış glutamat düzeyleri nöron eksitotoksitesisi ile ilişkilidir ve istenen bir durum değildir. NMDA reseptörlerine aşırı miktarda glutamat bağlanması kalsiyum akışına neden olur. Sonucunda nöronal ve sinaptik işlevlerde azalma ve kayıp gerçekleşir. Bu mekanizmanın AH’de nörodejenerasyonda yer aldığı düşünülmektedir.

NMDA reseptör antagonistleri için glutamatın fizyolojik etkilerine izin verirken nöronun eksitotoksitesisini azalttığı varsayılmaktadır. Aynı zamanda bu mekanizmayla nöroprotektif bir rol üstlenmektedir(26).

Klinik Uygulama Kılavuzları(Clinical Practice Guidelines (CPG))ve bilimsel otoriteler tarafından AH’li hastalarda memantin ve kolinesteraz kombinasyonunun önemli olduğu vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda bu kombinasyonun beş ilaçla monoterapiden daha efektif olduğu görülmüştür. Bu ilaçlar 2014 yılında ‘sabit doz kombinasyonu’ adıyla onaylanmıştır.

Tedaviler hastalığın progresyonunu geciktirmek, kognitif fonksiyonları kısa süreli de olsa stabilize etmek veya iyileştirmek, davranış değişikliklerini kontrol altına almak için kullanılmaktadır. Hasta, hasta yakını ve bakım veren açısından bireysel bağımsızlığı ve yaşam kalitesini artırır. Bu tedaviler semptomatik yarar sağladığı için kesin tedavi sunan daha etkili moleküllere ihtiyaç duyulmaktadır.(27)

2.3. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER

Türkiye’de ve dünyada yaşlı nüfusun artışı ile beraber kronik hastalıklara ilave olarak AH insidansı ve prevelansı da artmaktadır. AH’nin kesin tedavisi henüz olmadığı için hastalar hayat kalitesini arttırmak amacıyla ilaç tedavisine ek olarak farklı yöntemlere başvurmaktadır. Bu yöntemler günümüzde de adını sıkça duyduğumuz tamamlayıcı ve alternatif tedavilerdir.

TAT yöntemlerini iki başlık olarak ele alırsak tamamlayıcı tedavi; ilaç yan etkilerini en düşük düzeyde tutmak, hastanın şikayetlerini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla tıbbi tedaviye ek olarak başvuru alan tedavilerdir. Alternatif tedavi ise tıbbi tedavi yerine uygulanan bilimsel açıdan etkinliği henüz kanıtlanmamış tedavilerdir(28).

TAT uygulamalarının bilimsel dayanağı olmadığı için bazı tıbbi otoriteler bu uygulamaları kabul etmemiştir. ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) bu uygulamaları ilgili beş grupta toplamıştır.

1. Biyolojik temelli uygulamalar:

Bu uygulamalar içinde birçok vitamin ve mineral takviyesi, kondroitin sülfat gibi köpekbalığı ve sığır kıkırdağından elde edilen doğal ürünler; ekinezya, ginkgo biloba gibi bitkiler vb. bulunmaktadır.

2. Manipülatif ve vücut temelli yaklaşımlar:

19. yüzyılda, ABD’de resmi manipülatif disiplinler ortaya çıkmıştır. Kayropratik tıp ve osteopatik tıp. Masaj da bu yaklaşımın içinde yer almaktadır.

3. Zihin-vücut temelli yaklaşımlar:

Birçok antik kültürde, bedensel işlevler üzerinde zihnin güçlü etkiler oluşturduğu varsayılıyordu. Bu inanç ve varsayımlar zihinsel tıbbın gelişmesine, ruhsal, meditatif ve gevşeme tekniklerinin kullanıldığı bir dizi yaklaşıma yol açmıştır.

4. Alternatif tıbbi sistemler:

Eski Yunanlılar sağlığın bir denge gerektirdiğini öne sürmüştür. Asya kültürleri ise sağlığın vücuttaki hayati enerjilerin dengesi ve akışına bağlı olduğunu düşünmüşlerdir. Kritik vücut noktalarına iğneler yerleştirerek vücudun onarılabileceğini düşünen Asya kültürleri bu amaçla akupunktur uygulamasının temelini oluşturmuştur.

5. Enerji tedavileri:

Bu yaklaşım, enerjinin kullanımını içeren terapileri kullanır. Biyo-alan veya biyoelektromanyetik tabanlı müdahaleleri kapsar. Bu uygulama sağlıklı enerjileri güçlendirmeyi ve tekrar düzenlemeyi amaçlayan reiki terapisi(29).

Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından 27.10.2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren yönetmelik ile kabul edilmiştir. Bunların içinde 15 farklı yöntem bulunmaktadır. Bunlar; fitoterapi, kupa uygulaması, sülük tedavisi, proloterapi, müzik terapi, mezoterapi, homeopati, ozon uygulaması, osteopati, hipnoz, akupunktur, kayropratik, refleksoloji, larva uygulaması, apiterapidir(5).

Yönetmelikte adı geçen tedavilerden kısaca bahsetmek gerekirse fitoterapi en sık tercih edilen uygulamalardan biridir. Nitekim medikal tedavide de pek çok ilaç bitkilerin işlenmesiyle üretilmektedir(30).

Kupa uygulaması akupunktur noktalarına ısıtılmış bardak veya kupa benzeri cisimlerin hava almayacak şekilde kapatılarak uygulanmasıdır. Ciltte oluşturduğu negatif basınçla o bölgede kan akışının arttırılması amaçlanmaktadır.

Akupunktur tedavisi vücuttaki enerji akışını dengeye ulaştırmak amacıyla belirlenmiş spesifik noktalara çelik iğne batırılarak uygulanır(31).

Ozon tedavisi, ozonun inflamasyon önleyici özelliğinden faydalanarak uygulanan bir yöntemdir. Birçok hastalığın mekanizmasında kronik ve altta yatan yangı göz önüne alındığında hastaların bu yöntemi tercih etme nedenleri anlaşılabilir.

Homeopati hastalık belirtilerine neden olan etken maddelerin vücuda daha düşük dozda verilmesi yoluyla bağışıklığın uyarılmasıdır. Böylelikle bütüncül iyileşmeyi hedefler.

Refleksoloji ayakta bulunan her bir noktanın vücudumuzda bir bölgeye denk geldiği ve aralarında ilişki olduğu düşünülerek yapılan bir masaj türüdür.

Müzik terapisi özellikle ruhsal iyileşmeye katkı sağlar. Kronik veya progresif hastalıklarda, hastanın içinde bulunduğu kaygılı, stresli ve depresif ruh halinin düzelmesi ve daha iyi hale gelmesinde önemli rolü vardır(32).

Renk terapisi, renklerin enerjiye sahip olduğu varsayılarak onları göz önünde bulundurarak fiziksel ve ruhsal anlamda rahatlamayı amaçlar. Sıkça gördüğümüz duvar veya koltuk takımı renklerinde mavi rengi tercih etmek renk terapisine örnek olabilir.

Dans terapisi, figür ve hareketler kullanılarak zihnin beden ile bütünleşmesini amaçlayan uygulamalardır. Bu nedenle parkinson gibi hareket bozuklukları yaşayan hastaların dans terapisine başvuru amacını tahmin etmek zor değildir.

Diğer bir tedavi yöntemi ise egzersizdir. Egzersizin bilinen en sık faydası kasları güçlendirmek, denge ve koordinasyonu sağlamaktır. Öte yandan tedavinin

psikolojik bir katkısı da vardır ki egzersiz yaptıkça beyne giden kan akışı artmakta böylece yapılan egzersiz hastaların bilişsel işlevlerini de desteklemektedir(33).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı; üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesinde nöroloji polikliniğine başvuran 40-85 yaş arası Alzheimer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklığı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri hakkında tanımlayıcı çalışma yapmaktır.

3.2. ÇALIŞMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM

Bu çalışma 1 Ekim 2023- 1 Ekim 2024 tarihleri arasında Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran, nörolog tarafından diğer demans nedenleri dışlanarak NINCDS-ADRDA kriterlerine göre Alzheimer tanısı konulmuş 40-85 yaş arası hastalar üzerinde yapılmıştır.

G*Power (3.1.9.6 Franz Faul, Universtat Kiel, Germany) programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; Cohen etki genişliği (d)=0.3, α hata = 0,05, $1-\beta$ hata=0,95 ve çift yönlü p değeri için gruplarda en az 288 hasta olması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışma için 303 Alzheimer hastası değerlendirilmiş, 15 hasta çalışma için form doldurmak istememiş ve çalışmaya 288 hasta dahil edilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Çalışma yapılmadan önce, ilk olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu tarafından 276197 sayılı ve 06.09.2023 tarihli evrak ile onaylanmıştır (Ek-4). Daha sonra, çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 27.09.2023 tarihli ve 2012-KAEK-15/2815 sayılı belge(Ek-3) ile onay alınmıştır. Veri toplama sürecinde, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra veriler toplanmıştır. Verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen araçlar kullanılmıştır.

Bu çalışma 1 Ekim 2023- 1 Ekim 2024 tarihleri arasında Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran, nörolog tarafından diğer demans nedenleri dışlanarak NINCDS-ADRDA kriterlerine göre Alzheimer tanısı konulmuş 40-85 yaş arası hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışma için 303 Alzheimer hastası değerlendirilmiş, 15 hasta çalışma için form doldurmak istememiş ve çalışmaya 288 hasta dahil edilmiştir.

Bu hastaların alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklığı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri, Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu Formu ile kaydedilmiştir. Çalışmada kullanılacak tüm formlar aile hekimi asistanı tarafından sorularak doldurulmuştur. Veriler, soruları cevaplayabilen hastalardan birebir elde edilmiş, cevaplar bakım veren kişiye de eşzamanlı doğrularak doldurulmuştur. Hem hasta hem de hasta yakınından 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur' formuyla (Ek-2) onam alınmıştır. Olgu rapor formu (Ek-1) 14 sorudan oluşmaktadır. Form bilgilendirilmiş onamın yanında; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi gibi bilgilerini içeren demografik özellikleri içermektedir. Formda hastaların Alzheimer hastalığı süresi, bu nedenle tıbbi tedavi kullanıp kullanmaması ve yine bu nedenle yıl içinde kaç kez hastaneye başvurduğu, Alzheimer hastalığı için günlük kullanılan tablet sayısı yer almaktadır. Devam eden sorularda hastaların belirtilen 25 tane tamamlayıcı alternatif tedaviden hangilerini kullandığı, yazılanların dışında kullanılan ilaç dışı yöntem varsa onu da belirteceği bölüm eklenmiştir.

Formda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin ücretsiz olup olmaması, kim tarafından tavsiye edildiği, hastaların tedaviyi ne sıklıkla kullandığı, kullanma nedeni, tedaviyi kullanırken doktordan yardım isteme zamanı ve sağlık personeline bu tedaviden bahsetme durumu, tedaviden fayda görme durumu ve bu yöntemlere başvururken tıbbi tedaviyi bırakma durumunu sorgulayan sorular bulunmaktadır.

Hastalara ek müdahale yapılmamıştır. Hastalar istedikleri zaman neden göstermeden çalışmadan ayrılabilmişlerdir. Çalışma süresi 1 yıl olarak belirlenmiştir.

3.4. ÇALIŞMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

1. Çalışmaya katılmaya engel olacak nörolojik ya da psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak
2. 40 yaşından küçük 85 yaşından büyük olmak

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna Shapiro-wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri, skewness ve kurtosis değerleri, histogram grafikleri, ortalama±standart sapma ve ortanca değerleri ile karar verilmiştir. Sayısal değişkenler ortanca (min-mak) ve ortalama±standart sapma değerleri ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde dağılımları ile ifade edilmiştir. Normal dağılıma uymayan sürekli sayısal değişkenlerin bağımsız gruplar arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Pearson Ki-kare, Fisher's Exact test ve Yates düzeltmeli ki-kare testi kullanılmıştır.

Tüm testlerin analizinde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiş ve bu analizler SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

3.6. ETİK KURUL ONAYI

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 27.09.2023 tarihli ve 2012-KAEK-15/2815 sayılı belge ile onay alınarak yürütülmüştür (Ek-3).

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş	ort±ss=77,0±6,6, ortanca (min-mak)=78 (40-85)	
Cinsiyet	n	%
Erkek	114	39,6
Kadın	174	60,4
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	38	13,2
Okuryazar	79	27,4
İlkokul	86	29,9
Ortaokul	52	18,1
Lise	25	8,7
Üniversite	8	2,8

Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 77,0±6,6 yıldır (min-mak=40-85).Hastaların yaşları en küçük 40 ve en büyük 85 olmak üzere medyan değeri 78 idi. Hastaların 114'ü (%39,6) erkek, 174'ü (%60,4) kadındı.

Hastaların 38'inin (%13,2) okuryazar değil, 79'unun (%27,4) okuryazar, 86'sının (%29,9) ilkokul mezunu, 52'sinin (%18,1) ortaokul mezunu, 25'inin (%8,7) lise mezunu, 8'inin (%2,8) üniversite mezunu olduğu gözlemlendi.

Tablo 4.HastalarınTedaviye İlişkin Bilgileri

Tanı süresi, ay	ort±ss=16,3±24,1, ortanca (min-maks)=7 (1-132)	
Doktora başvuru sayısı, yılda	n	%
1-10	244	84,7
11-20	40	13,9
21-40	4	1,4
Tıbbi tedavi		
Aldım	281	97,6
Almadım	7	2,4
Kullanılan tablet sayısı (n=281)		
1-5	276	98,2
6-10	5	1,8

Sütun yüzdesi kullanılmıştır

Hastaların tanı süresi ortalaması $16,3 \pm 24,1$ aydır (min-mak=1-132). Hastaların tanı süresi ortanca değeri 7 olup en küçük 1 en yüksek 132 idi. Hastaların %84,7'sinin yılda 1 ila 10 kez doktora başvurduğu belirlenmiştir. 11 ila 20 kez doktora başvuran hastaların oranı %13,9 iken 21 ila 40 kez başvuran hastaların oranı %1,4 idi.

281 hasta (%97,6) AH için tıbbi tedavi almakta idi. 7 hasta (% 2,4) ise tıbbi tedavi kullanmamaktaydı. Hastaların %98,2'si AH için günde 1 ila 5 tablet ilaç kullanmakta iken %1,8'i ise günde 6 ila 10 tablet ilaç kullanmaktaydı.

4.2. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM DURUMLARI

Tablo 5. Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları

	n	%
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı		
Evet	134	46,5
Hayır	154	53,5
Kullanılan tedavi çeşidi (n=134)*		
Vitaminler/Beslenme desteği	94	70,1
Bitkisel tedavi	69	51,5
Enerji/Ruhsal iyileşme	36	26,9
Egzersiz	32	23,9
Halk ilaçları	26	19,4
Spesifik diyet/Detoksifikasyon	26	19,4
Kendi kendine yetme/Destek grubu	23	17,2
Renk/Dans/Müzik tedavisi	11	8,2
Oksijen/Ozon tedavisi	10	7,5
Aromaterapi	6	4,5
Meditasyon	6	4,5
Akupunktur	6	4,5
Akupresür	3	2,2
Kiropraktik	3	2,2
Masaj terapisi	3	2,2
Soğuk	2	1,5
Yoga	2	1,5
Refleksoloji	1	0,7
Alexander tekniği	0	0,0
Osteopati	0	0,0
Kraniyosakralterapi	0	0,0
Homeopati	0	0,0
İridoloji	0	0,0
Hipnoz	0	0,0
Reiki	0	0,0

Kullanılan tedavi çeşidi sayısı (n=134)		
1	24	17,9
2	38	28,4
3	36	26,9
4	30	22,4
5	5	3,7
6	1	0,7
Tedaviyi kullanma nedeni (n=134)		
Doktor tavsiyesi	55	41,0
Tıbbi tedaviden memnun olmama	32	23,9
Tıbbi tedavilerden sonra son çare olarak görme	25	18,7
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının etkili olduğuna inanma	22	16,4
Tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi öneren kişilerin dağılımı (n=134)		
Doktor	60	44,8
Arkadaş, akraba	47	35,1
Kendi	24	17,9
Hemşire	3	2,2
Sağlık personeline tedaviden bahsetme durumu (n=134)		
Evet	100	74,6
Hayır	34	25,4
Sağlık personeline tedaviden bahsetmeme nedeni (n=34)		
Sormamaları	14	41,2
Bilmelerinin önemli olmadığını düşünme	19	55,9
Görevleri içerisinde olmadığını düşünme	1	2,9

Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

*=Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Hastaların 134'ü (%46,5)TAT kullanmakta olup 154'ü (%53,5) kullanmamaktaydı. Başvurdukları TAT oranları şöyle idi:

Hastaların %70,1'i vitaminler veya beslenme desteği, %51,5'i bitkisel tedavi, %26,9'u enerji veya ruhsal iyileşmeye başvurmakta, %23,9'u egzersiz yapmakta, %19,4'ü halk ilaçları kullanmaktaydı. Hastaların %19,4'ü spesifik diyet veya detoksifikasyon uygulamakta, %17,2'si kendi kendine yetme veya destek tedavisini seçmişti. Hastaların %8,2'si renk, dans ve müzik tedavilerinden bir veya birkaçını uygulamakta, %7,5'i oksijen ya da ozon tedavisine başvuruyordu. Aromaterapi, akupunktur ve meditasyona başvuranların oranı aynı olup üç farklı tedavi %4,5 oranında idi. Akupresür, kiropatik ve masaj terapisi uygulayan hastaların oranı aynı olup üç farklı tedavide %2,2 oranında tercih edilmiştir. Soğuk tedavisi uygulama oranı %1,5'tir. TAT olarak yogayı tercih edenler %1,5 oranındadır. Refleksolojiye başvuru ise %0,7 oranındadır. Alexander tekniği, osteopati,

kraniyosakralterapi, homeopati, iridoloji, hipnoz, reiki tedavileri çalışmaya katılan hastalar tarafından tercih edilmemiş olup oranları sıfırdır.

Hastaların %17,9'u 1 çeşit, %28,4'ü 2 çeşit, %26,9'u 3 çeşit, %22,4'ü 4 çeşit, %3,7'si 5 çeşit, %0,7'si ise 6 çeşit TAT kullanmaktadır.

Hastaların tedaviyi kullanma nedenlerine bakacak olursak %41 oranında doktor tavsiyesi ile %23,9'u tıbbi tedaviden memnun olmama gerekçesiyle TAT kullanmıştır. Hastaların %18,7'si tıbbi tedavilerden sonra son çare olarak, %16,4'ü ise tedavinin etkili olduğuna inandığı için TAT'a yönelmişlerdir.

Hastalara TAT öneren kişilerin dağılımı %44,8 oranında doktor, %35,1 oranında arkadaş ya da akraba, %2,2 oranında hemşire idi. Kalan %17,9 oranındaki hastalar kendi istekleri üzerine TAT kullanmaya karar vermişti.

TAT kullanan hastaların %74,6'sı bu tedaviyi kullandığından sağlık personeline bahsetmişti. %25,4'ü ise TAT kullandığını sağlık personeliyle paylaşmamıştı.

Kullandığı TAT'ı sağlık personeline bahsetmeyen hastaların gerekçeleri %41,2 oranında personelin bu konu hakkında soru sormaması idi. %55,9'u ise TAT kullanımının sağlık personeli tarafından bilinmesinin önemli olmadığını düşünüyordu. Hastaların %2,9'unun TAT kullandığını paylaşmama nedeni ise bu konunun sağlık personelinin görev tanımı içerisinde olmadığını düşünmeleriydi.

Tablo 6. Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımlarına İlişkin Özellikleri (n=134)

	n	%
Tedavi kullanım sıklığı		
Bir kez	19	14,2
Ara sıra	61	45,5
Düzenli	54	40,3
Tedavi maliyeti		
Ücretli	104	77,6
Ücretsiz	30	22,4
Tedavi sırasında doktordan yardım isteme zamanı		
Tedavi öncesinde	36	26,9
Tedavi ile eş zamanlı	40	29,9
Tedavi sonrasında	58	43,3
Verilen tıbbi tedaviyi bırakma durumu		
Evet	1	0,7
Hayır	129	96,3
Hiç almadım	4	3,0
Tedavi memnuniyeti		
Çok tatmin oldum	0	0,0
Tatmin oldum	66	49,3
Kararsızım	33	24,6
Tatmin olmadım	31	23,1
Hiç tatmin olmadım	4	3,0

Sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Hastaların %14,2'si TAT'ı bir kez, %45,5'i ara sıra, %40,3'ü ise düzenli kullanmaktaydı. TAT'ın ücretli olduğunu belirten hastalar %77,6 oranında iken %22,4'ü ücretsiz olduğunu belirtti. Hastaların TAT kullanımında doktordan yardım isteme zamanı ile ilgili oranlar tedavi öncesi, tedavi ile eş zamanlı ve tedavi sonrası için sırasıyla %26,9, %29,9 ve %43,3 idi.

TAT kullandığı süreçte verilen tıbbi tedaviyi bırakan hastaların oranı %0,7, tıbbi tedaviye devam eden hastaların oranı ise %96,3'tü. TAT kullanan hastaların %3'ü ise hiç tıbbi tedavi almamıştı.

Hastaların %49,3'ü TAT'tan tatmin olduğunu belirtti. Çok tatmin olduğunu belirten hasta yok idi. TAT'tan tatmin olmayan hastaların oranı %23,1 iken hiç tatmin olmayan hastalar %3 oranındaydı. Hastaların %24,6'sı ise tedavi memnuniyeti hakkında kararsızdı.

Tablo 7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları

	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı		p-değeri
	Evet 134 (46,5)	Hayır 154 (53,5)	
Yaş	78 (40-85)	78 (49-85)	0,751 ¹
Cinsiyet			
Erkek	51 (44,7)	63 (55,3)	0,622 ²
Kadın	83 (47,7)	91 (52,3)	
Eğitim düzeyi			
Okuryazar değil	18 (47,4)	20 (52,6)	0,732 ²
Okuryazar	41 (51,9)	38 (48,1)	
İlkokul	38 (44,2)	48 (55,8)	
Ortaokul	21 (40,4)	31 (59,6)	
Lise	11 (44,0)	14 (56,0)	
Üniversite	5 (62,5)	3 (37,5)	

¹Mann-Whitney U test, ²Pearson Ki-kare testi, ³Yates düzeltilmeli ki-kare testi
Veriler n (%) ve ortanca (min-mak) şeklinde ifade edilmiştir. Satır yüzdesi verilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların TAT kullanımına göre yaşlarına bakıldığında; TAT kullanan hastaların yaşlarının medyanı 78(40-85), kullanmayanların ise 78(49-85) olup istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu(p=0.751).

Hastaların cinsiyet dağılımları incelendiğinde; TAT kullanan hastaların 51'inin (%44,7), kullanmayanların ise 63'ünün (%55,3) erkek olduğu görüldü. Grupların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi(p = 0.622).

Hastaların eğitim düzeyi dağılımlarına bakıldığında; TAT kullananların 18'i (%47,4), kullanmayanların ise 20'si (%52,6) okuryazar değildi. Okuryazar olan hastaların 41'i (%51,9) TAT kullanmakta iken 38'i (48,1) kullanmamaktaydı.

TAT kullanan hastaların eğitim düzeyi oranları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olmak üzere sırasıyla %44,2, %40,4, %44,0 ve %62,5 idi. Grupların eğitim düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p = 0.732).

Tablo 8. Hastaların Alzheimer Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları

	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı		p-değeri
	Evet 134 (46,5)	Hayır 154 (53,5)	
Tanı süresi, ay	16 (1-132)	1 (1-120)	<0,001 ¹
Doktora başvuru sayısı, yılda			
1-10	104 (42,6)	140 (57,4)	-
11-20	28 (70,0)	12 (30,0)	
21-40	2 (50,0)	2 (50,0)	
Doktora başvuru sayısı, yılda			
1-10	104 (42,6)	140 (57,4)	0,003 ²
≥11	30 (68,2)	14 (31,8)	
Tıbbi tedavi			
Aldım	130 (46,3)	151 (53,7)	0,708 ³
Almadım	4 (57,1)	3 (42,9)	
Kullanılan tablet sayısı (n=281)			
1-5	127 (46,0)	149 (54,0)	0,665 ³
6-10	3 (60,0)	2 (40,0)	

¹Mann-Whitney U test, ²Yates düzeltilmeli ki-kare testi, ³Fisher's Exact test

Veriler n (%) ve ortanca (min-mak) şeklinde ifade edilmiştir. Satır yüzdesi verilmiştir.

TAT kullanan hastaların AH tanı süresinin ortanca değeri 16 ay (min-mak=1-132) olup TAT kullanmayan hastaların ise 1ay (min-mak=1-120) olduğu bulunmuştur. Hastaların tanı süresi daha kısa olanların TAT kullanımı diğer gruba göre anlamlı şekilde daha az idi(p<0.001).

Yılda 1ila 10 kez doktora başvuran hastaların TAT kullanma oranı %42,6 iken kullanmayan hastaların oranı %57,4 idi. Yılda 11 ve daha fazla doktor başvurusu olan hastaların %68,2'sinin TAT kullandığı belirlenirken %31,8'inin kullanmadığı gözlemlendi. Grupları karşılaştırdığımızda yılda 11 ve üzeri doktor başvurusu olan hastaların TAT kullanımı(%68,2), yılda 1 ila 10 kez doktor başvurusu olan hastaların TAT kullanımından(42,6) anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur(p=0.003).

Tıbbi tedavi kullanan hastaların %46,3'ünün TAT kullandığı belirlenirken %53,7'si kullanmamaktaydı ve gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi($p>0,05$).

Günde 1 ila 5 tablet ilaç kullanan hastaların %46'sı TAT kullanmaktayken %54'ü kullanmamaktaydı ve gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

4.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmamızda bazı sınırlılıklar mevcuttur. Çalışmamızın evrenini veri toplanan tarihler aralığında nöroloji polikliniğine başvurup Alzheimer tanısı ile takip edilen hastalar oluşturmuştur. Örneklem grubu dahil edilme kriterlerini taşıyan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmamızın sonuçları bu örneklem grubuna aittir ve tüm Alzheimer tanılı hastalar için genellenmemelidir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların Alzheimer hastalığı tanı süresinin ortalanca değeri 16 ay (min-mak=1-132) olup TAT kullanmayan hastaların ise 1ay (min-mak=1-120) olduğu bulunmuştur. Hastaların tanı süresi daha kısa olanların TAT kullanımı diğer gruba göre anlamlı şekilde daha az idi ($p<0.001$).

2022 yılında Cangir'in yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların TAT kullanma oranının diğer gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur(34).

Kronik hastalıklarda hasta ve hasta yakınları ilk tanı konulduğu dönemde tıbbi tedavilerin sonuçlarını genelde beklemektedir. Kesin tedavisi olmayan ve tıbbi tedavilere dramatik yanıt vermeyen hastalıklarda hasta ve hasta yakınları alternatif tedavi arayışına girmektedir.

Çalışmamızda yaklaşık olarak ayda bir kez hekim başvurusu olan Alzheimer hastalarının TAT kullanım oranı, yılda 1 ila 10 kez hekim başvurusu olan hastalara göre anlamlı şekilde yüksekti($p=0.003$).

2021 yılında yapılan bir çalışmada TAT kullanma sebeplerinin başında tekrarlayan doktor başvuruları, alternatif tıbbın faydasına inanma ve çevre etkisi gelmektedir(35).

2019 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin TAT'a bakış açıları değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre hekimlerin %47'si hastalarına TAT önerebileceğini , %22'si önermeyeceğini %31'i ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin %51'i TAT'ı faydalı bulduğunu, %18'i faydalı bulmadığını %31'i ise kararsız olduğunu ifade etmiştir(36).

Verileri hekimlerin TAT'a olan bakış açısıyla değerlendirirsek literatür ile benzer sonuçlar olduğunu görebiliriz. Çalışmamızda hastaların TAT kullanmaya en sık doktor önerisi ile başvurdukları düşünülürse doktor başvurusu arttıkça TAT

kullanımının arttığı söylenebilir. Böylece hastaların alternatif tedavi hakkında doktora danışma imkanı bulabildiği ve tereddüt ettikleri TAT yöntemleriyle ilgili doktordan bilgi alıp hastalığına uygun yöntemi seçebilme fırsatı elde ettiği söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet ve eğitim düzeylerinin TAT kullanım durumlarını etkilemediği bulunmuştur. Hastaların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; TAT kullanan hastaların 51'sinin (%44,7), kullanmayanların ise 63'ünün (%55,3) erkek olduğu görüldü. Grupların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi($p = 0.622$).

Hastaların eğitim düzeyi dağılımlarına bakıldığında; TAT kullananların 18'i (%47,4), kullanmayanların ise 20'si (%52,6) okuryazar değildi. Okuryazar olan hastaların 41'i (%51,9) TAT kullanmakta iken 38'i (48,1) kullanmamaktaydı. TAT kullanan hastaların eğitim düzeyi oranları ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite olmak üzere sırasıyla %44,2, %40,4, %44,0, %62,5 idi. Grupların eğitim düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi($p = 0.732$).

Altın ve arkadaşlarının (37) yaptıkları çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu, aylık kazancı ve hastaya yakınlık derecelerinin hasta bakımına yönelik TAT kullanma durumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Uğurluer ve arkadaşlarının (38) yaptıkları çalışmadan çıkan sonuç ise tanımlayıcı özelliklerin TAT kullanımını etkilemediğidir. Bilge'nin(39) çalışmasında; hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiye bakılmış fakat hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, sağlık güvencesinin, yaşadığı yerin kırsal kesim ya da şehir merkezi olmasının, mesleğinin, ekonomik durumunun TAT kullanımı ile anlamlı istatistiksel bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Gülgün'ün (40) akciğer kanserli bireylerle yapmış olduğu çalışmada da cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi tanımlayıcı özellikler ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bizim çalışmamızda elde edilen veriler literatür ile benzerdir. TAT yöntemlerinin günümüzde sıkça gündeme gelmesi gerek televizyon programlarında

hekimler tarafından kullanımının tavsiye edilmesi gerek sosyal medyada ön plana çıkması toplumdaki her kesimin TAT yöntemlerine olan ilgisini artırmıştır. Bu sebeple sosyodemografik özelliklerin TAT kullanımını etkilemediği ifade edilebilir.

Çalışmamızda Alzheimer hastasına bakım verenlerin %46,5'inin hasta bakımına yönelik en az bir TAT yöntemi kullanmakta olduğu bulunmuştur.

Dünyada TAT kullanımı ile ilgili yapılmış çalışmalara baktığımızda oran şu şekildedir: Kanada'da %70,4, Fransa'da %49,3 Avustralya'da %48,2, Amerika'da %42,1 iken gelişmekte olan ülkelerde ise TAT kullanım oranları Kolombiya'da %40, Şili'de %71, Çin'de %70 ve Afrika ülkelerinde %80 civarındadır(37).

Ülkemizde yapılan bir literatür taramasında ise TAT kullanım oranının %22 ile %84 arasında değiştiği, ortalamanın ise %46,2 olduğu bildirilmiştir(41). Kayseri şehir merkezinde aile sağlığı merkezlerine başvuran 1100 hastaya yapılan anket çalışmasında GETAT(geleneksel ve tamamlayıcı tıp) kullanım oranı %65,8 olarak tespit edilmiştir (42). İzmir'de yapılan başka bir çalışmada ise yaşlı hastaların ilaç tedavilerine ek olarak %62,1'i fitoterapi, %54,3'ü ise diğer yöntemleri uygulamaktadır(4).

Altın ve Avcı'nın yaptığı çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin %61,6'sının bakım verdikleri hastalara TAT yöntemi kullandığı belirlenmiştir(37).

Çalışmamızdan elde edilen TAT kullanma oranları hem dünyada hem de Türkiye'de yapılan çalışmalardaki oranlara benzerdir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında TAT yöntemlerine başvuruların azımsanmayacak oranlarda olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %2'si yoga, %8,2'si renk/dans/müzik terapisine başvurmuştur.

Alzheimer tanısı almış ve hafif evre olan 14 hastanın dâhil edildiği bir çalışmada 2 aylık bir yoga uygulamasından sonra hastaların MR görüntülemesinde hipokampal hacim atrofisinde gerileme saptanmıştır(22).

2009 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 27 Alzheimer tanısı almış hastaya bir ay boyunca haftada 3 sefer olmak üzere müzik terapiyle birlikte boyama yaptırılmış, daha bir aylık süre tamamlanmadan 2 hafta içinde hastaların MMT puanlarında artış, depresyon ve anksiyete puanlarında düşüş saptanmıştır.(4).

Çalışmamızda hastaların tedaviyi kullanma nedenlerine bakacak olursak %41 oranında doktor tavsiyesi, %23,9'u geleneksel tıbbi tedaviden memnun olmama, %18,7'si tıbbi tedavilerden sonra son çare olarak, %16,4'ü ise tedavinin etkili olduğuna inandığı için TAT'a yönelmişlerdir.

Altın ve Avcı'nın yaptığı çalışmada iseTAT yöntemlerine başvuru nedeni olarak %55 oranında hastalığın etkilerini azaltmak, %54,1 oranında ise mental anlamda rahatlamak amacıyla tercih edildiği saptanmıştır. Uğurluer ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hastaların; %56,3'ü hastalığı yenmek için, %26,6'sı fiziksel olarak daha iyi hissetmek için, %17,2'si psikolojik olarak daha iyi hissetmek için TAT uygulamalarına başvurduklarını belirtmiştir(38).

Kanser hastalarının TAT kullanma nedenlerinin belirlendiği çalışmalarda, hastaların çoğunluğunun hastalığa karşı birçok yöntemi denemiş olmak için, kanser tedavisi amacıyla ve faydasına inandıkları için TAT kullandıkları belirlenmiştir(41).

Literatüre baktığımızda kronik ya da bakım ihtiyacı olan, kanser gibi zorlu bir süreçten geçilen hastalıkların tedavisinde hasta, hasta yakınları ve bakım verenlerin hastalığa karşı her türlü yöntemi denemiş olmak, çaresizlik, kendini daha iyi hissetmek, işe yaraması umuduyla ya da hastanın semptomlarının hafifletilmesi amacıyla TAT yöntemlerine başvurduğu sonucuna varılabilir(40).

Çalışmamızda hastalara TAT öneren kişilerin dağılımı %44,8 oranında doktor, %35,1 oranında arkadaş ya da akraba, %2,2 oranında hemşire idi. Kalan %17,9 oranındaki hastalar kendi istekleri üzerine TAT kullanmaya karar vermişti.

Avcı ve ark.nın yaptığı çalışmada bakım verenlerin; %66,1'inin kendi istekleri doğrultusunda, %34,9'unun akraba önerisiyle ve %33,9'unun ise aile bireylerinin tavsiyeleri üzerine TAT yöntemlerine başvurdukları bulunmuştur(37).

Molassiotis ve ark.nın yaptıkları çalışmada ise hastaların %56,5'inin TAT hakkında arkadaşlarından bilgi aldıkları saptanmıştır(43). Kav ve ark. yaptıkları çalışmada akraba, arkadaş gibi yakınlarının yönlendirmesiyle hastaların TAT uygulamalarına yöneldiğini belirtmiştir(41).Dedeli ve Karadakovan yaptıkları çalışmada yaşlıların %34,9'u aile veya akrabadan, %15,5'i ise arkadaş ya da komşudan öneri almıştır(4).

Elde edilen bulgular literatür ile benzerdir. Özellikle arkadaş, komşu veya akraba tarafından ilaç önerilmesinin yaygın olduğu göz önüne alındığında, aynı durumun TAT yöntemleri içinde geçerliliğini koruduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların %74,6'sı alternatif tedavi kullandığına dair sağlık personeline bahsetmişti. %25,4'ü ise TAT kullandığını sağlık personeliyle paylaşmamıştı.

Altın ve ark.nın yaptığı çalışmada hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının TAT kullanımı ile ilgili sağlık personeline danışmadığı bulunmuştur(37). Akyürek ve ark.nın çalışmasına göre hastaların %91'i, Yıldırım'ın çalışmasına göre de %60'ı TAT kullanımıyla ilgili sağlık personeliyle fikir alışverişi yapmamıştır(44,45).

Elde edilen bulgular literatürden farklıdır. Yaptığımız çalışmada bu oranın yüksek bulunmasının nedeni hasta ve sağlık personeli ilişkisinin ve iletişiminin iyi olması, hasta ve yakınlarının bu konuda çekincelerinin olmaması olabilir.

Çalışmamızda kullandığı TAT'tan sağlık personeline bahsetmeyen hastaların gerekçeleri %41,2 oranında personelin bu konu hakkında soru sormaması idi. %55,9'u ise TAT kullanımının sağlık personeli tarafından bilinmesinin önemli olmadığını düşünüyordu. Hastaların %2,9'unun TAT kullandığını paylaşmama nedeni ise bu konunun sağlık personelinin görev tanımı içerisinde olmadığını düşünmeleriydi.

Altın ve ark.nın yaptığı çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin TAT kullanımı hakkında sağlık personeline danışmama gerekçeleri ise şöyle bulunmuştur: Sağlık personeli tarafından ciddiye alınmamaktan çekinenlerin oranı %53 iken %28,8'inin azarlanmaktan çekindiği ve sağlık personeli ile alakalı bir konu olduğunu düşünmemesi nedeniyle TAT kullanımıyla ilgili danışmamışlardır. Yakupçebioğlu'nun çalışmasında hastaların %37'si doktorun tepkisinden korktukları için, %25'i doktoru ilgilendirmediğini düşündükleri için TAT kullanırken doktora danışmadıklarını ifade etmişlerdir(46). Temuçin yapmış olduğu çalışmada %59,3 oranında hastanın sağlık personeli ilgilendirmediği gerekçesiyle TAT kullanımından sağlık personeline bahsetmediğini göstermiştir(47).

Elde edilen veriler literatür ile benzerdir. Hasta ve hasta yakınlarının TAT kullanımı ile ilgili sağlık personelinin olumsuz yanıt alacağı düşüncesi ve sağlık personeline danışmamalarına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızda TAT kullanımında verilen tıbbi tedaviyi bırakan hastaların oranı %0,7, tıbbi tedaviye devam eden hastaların oranı ise %96,3'tü. TAT kullanan hastaların %3'ü ise hiç tıbbi tedavi almamıştı.

Altın ve ark.nın yaptığı çalışmada Alzheimer hastalarının %97,2'sinin TAT yöntemlerini kullanırken nörolog tarafından başlanan tıbbi tedaviyi bırakmadığı bulunmuştur(37). Yakupçebioğlu diyabetes mellitus tanılı hastalarla yapmış olduğu çalışmada, TAT yöntemlerini kullandıkları dönemde farmakolojik tedavilerini bırakmayanların çoğunlukta olduğunu belirtmiştir(46).

Yaptığımız çalışmada literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının tıbbi tedaviyi birincil tedavi olarak kabul edip TAT yöntemlerini tıbbi tedaviye ek olarak kullandıkları söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların %49,3'ü TAT'tan tatmin olduğunu belirtti. Çok tatmin olduğunu belirten hasta yok idi. TAT'tan tatmin olmayan hastaların oranı %23,1 iken hiç tatmin olmayan hastalar %3 oranındaydı. Hastaların %24,6'sı ise tedavi memnuniyeti hakkında kararsızdı.

Altın'ın (37) çalışmasında Alzheimer hastasına bakım verenlerin %51,4'ü “iyileşme olmadı fakat hastamda rahatlama oldu” diye düşünmekteyken, %18,3'ü “ beklediğim sonuca henüz ulaşamadım” cevabını vermiştir. Bilge yaptığı çalışmada hastaların, %37,9'unun kullandıkları bitkisel ilaçlardan fayda gördüğünü, %42,8'inin fayda görmediğini, %19,3'ünün etkisi olup olmadığına dair kararsız olduğunu belirtmiştir. Kullandıkları bitkisel ilaçlardan zarar gördüğünü belirtenlerin oranı %6,7'dir(39).

Kullanılan TAT yöntemlerinden istenilen sonuca ulaşma durumunun yapılan çalışmaların genelinde olumlu olduğu görülmektedir. Bu durum hasta ve hasta yakınlarının TAT'ı, kesin tedavi olarak değil hastalık sürecini kolaylaştırıp yaşam kalitesini yükseltecek sekonder tedavi olarak görmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda uygulanan TAT yöntemlerinin oranı şu şekildedir; hastaların %70,1'i vitaminler veya beslenme desteği, %51,5'i bitkisel tedavi, %26,9'u enerji veya ruhsal iyileşmeye başvurmakta, %23,9'u egzersiz yapmakta, %19,4'ü halk ilaçları kullanmakta, %19,4'ü spesifik diyet veya detoksifikasyon uygulamakta iken %17,2'si kendi kendine yetme veya destek tedavisini seçmişti. Hastaların %8,2'si renk, dans ve müzik tedavilerinden bir veya birkaçını uygulamakta, %7,5'i oksijen ya da ozon tedavisine başvuruyordu. Aromaterapi, akupunktur ve meditasyona başvuranların oranı aynı olup üç farklı tedavide %4,5 oranında idi. Akupresür, kiropraktik ve masaj terapisi uygulayan hastaların oranı aynı olup %2,2 oranında tercih edilmiştir. Soğuk tedavisi uygulama oranı %1,5'tir. TAT olarak yogayı tercih edenler %1,5 oranındadır. Refleksolojiye başvuru ise %0,7 oranındadır. Alexander

tekniki, osteopati, kraniyosakral terapi, homeopati, iridoloji, hipnoz, reiki tedavileri ise tercih edilmemiştir.

Avcı ve ark.nın yaptığı çalışmada hasta ve hasta yakınlarının %9,6'sının egzersiz, %21,5'inin masaj, %0,6'sının aromaterapi, %2,3'ünün solunum egzersizi yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir(37). Sağkal ve ark.nın çalışmasında hastaların; %53,9'unun egzersiz, %34,9'unun masaj, %32,2'sinin aromaterapi, %31,1'inin müzik terapisi, %28,8'inin solunum egzersizi yöntemlerini tercih ettiği kaydedilmiştir(48).

Bu çalışmalara bakacak olursak hasta ve hasta yakınlarının genellikle toplum tarafından bilinen TAT yöntemlerine başvurduğunu ve bitkisel TAT yöntemlerine olan ilginin daha fazla olduğunu belirtebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Alzheimer hastalığı sağlık sektörü üzerinde bir yükür. Bunun sebepleri arasında hastalığın kronik ve progresif olması, kesin tedavisinin olmaması sayılabilir. Bu nedenler hastaların medikal tedaviye ek olarak alternatif tedavi arayışına girmelerine ortam hazırlamaktadır. Nitekim yaptığımız çalışmada da hastaların %46,5'i TAT yöntemlerine başvurmuştur.

En sık tercih edilen yöntemler %70,1 oranında vitaminler veya beslenme desteği, %51,5 oranında bitkisel tedavi olmuştur. Bu yöntemlerin kolay ulaşılabilir olması, örneğin akupunktur tedavisi gibi alanında yetkin bir uygulayıcı gereksinimi olmaması, diğerlerine kıyasla daha uygun fiyatlı olması hastalar tarafından en sık tercih edilen TAT olmasına zemin hazırlamış olabilir.

Çalışmaya katılanların %60,4'ünü kadın hastalar oluşturmaktaydı. Beklenen yaşam süresinin kadınlarda daha fazla olduğu göz önüne alınırsa AH'nin kadınları daha çok etkilemesi bizi şaşırtmayabilir.

Çalışmamızda hastalar en sık doktor tavsiyesi ile TAT'a yönelmişlerdir ve TAT kullanırken tıbbi tedaviye devam eden hastaların oranı ise %96,3 bulunmuştur. Bu sonuçlar hasta hekim iletişiminin iyi olduğunu, hastaların doktora güvendiğini ve hastaların alternatif tedavilere yönelirken modern tıbbı yok saymadığını düşündürdü.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet ve eğitim düzeylerinin TAT kullanım durumlarını etkilemediği bulunmuştur.

Hastaların yaklaşık yarısı (%49,3) TAT'tan tatmin olduğunu belirtti. Bu sonuç hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması, bu sürecin farkında olup TAT'tan çarpıcı bir iyileşme beklememelerinden kaynaklanabilir. TAT'ın hastalara yaşam kalitesinde artış sunması, semptomlarda azalma sağlaması, fiziksel ve zihinsel

anlamda kendilerini daha iyi hissetmeleri TAT ile ilgili memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda hastaların tanı alma süresi detaylı incelendiğinde, tanı süresi kısa olan hastaların TAT yöntemlerine başvuru oranı tanı süresi uzun olan hastalara göre daha düşüktür. Hastalığın kesin tedavisi olmadığını gözlemleyen hastalar yaşam kalitesini arttırmak amacıyla ilerleyen süreçlerde TAT arayışına girmektedirler.

Çalışmamızda bir yıl içerisinde yaklaşık olarak ayda bir kez hekim başvurusu olan Alzheimer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı, yılda 1 ila 10 kez hekim başvurusu olan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Buna göre daha sık hekim kontrolüne gelen hastaların TAT hakkında hekime danışmaları ve bu uygulamalar hakkındaki tereddütlerinin giderilmesi nedeniyle TAT'a daha fazla yöneldikleri düşünülebilir.

Kesin tedavisi olmayan bu hastalıkta alternatif tedavi kullanımının yaygınlığı göz önüne alındığında TAT etkinliği konusunda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

-Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmeti sunması ve ilk tıbbi temas noktası olması sebebiyle hastaları TAT yöntemleri hakkında bilgilendirebilir. Bunun için gerekli eğitimler organize edilip aile hekimleri tarafından hastalara danışmanlık sağlanabilir.

-Alzheimer hastalarının kronik hastalıkları mevcut ise hasta ve hasta yakınları sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.

-Alzheimer hastalarının sürekli ilaç kullanımı hakkında doğru ilaç, doğru doz ve doğru zaman gibi ilaç kullanımı konusunda bakım veren kişilere sağlık personelleri tarafından eğitim verilmelidir.

-Alzheimer hastasına bakım verenler hasta bakımında kendini yeterli görmediği durumlarda evde bakım hizmetlerine başvurma konusunda bilgilendirilmelidir.

-Sağlık personelleri tarafından tüm bakım verenlere, bakım yükünü hafifletici girişimlerin eğitimi verilmelidir.

-Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik TAT yöntemleri, bu tedavilere ulaşma ve kullanımı konusunda bakım verenlere sağlık personelleri tarafından bilgi verilmelidir. Sağlık personeli ile iletişimlerinin sürdürülmesi ve bakım verenlerin TAT yöntemleri hakkında soru sormaları desteklenerek sorularına anlaşılır şekilde cevap verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Gökalp K. Demans [Internet]. Geriatrik Psikiyatri. 2023 [cited 2011 Mar 24]. 65–86 p. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Kuebra-Guengoermues/publication/378011762_DEMANS_Kubra_Gokalp/links/65c33c8d1e1ec12eff78f5c0/DEMANS-Kuebra-Goekalp.pdf
2. Özbabalık D, Hussein S. Demans Bakım Modeli Raporu [Internet]. 2017 p. 22–3. Available from: www.progo.com.tr
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Alzheimer ve Diğer Demans Hastalıkları Klinik Protokolü. 2020 p. 1–51.
4. Bozkurt C, Karadakovan A. Alzheimer Hastalarında Kullanılan İlaç Dışı Tedavi Yöntemleri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Derg. 2020;3(3):329–37.
5. Yılmaz C, Özçakır A. Caregivers' views on taraditional and complementary medicine practices in palliative care. J Turkish Fam Physician. 2023;14(3):179–89.
6. Lancôt KL, Hahn-Pedersen JH, Eichinger CS, Freeman C, Clark A, Tarazona LRS, et al. Burden of Illness in People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Epidemiology, Comorbidities and Mortality. J Prev Alzheimer's Dis [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2011 May 14];11(1):97–107. Available from: <https://link.springer.com/article/10.14283/jpad.2023.61>
7. Elmahboub YSM, Elkordy AA. Polymeric nanoparticles: A promising strategy for treatment of Alzheimer's disease. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 2024 [cited 2011 May 14];19(3):549–65. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
8. Soria Lopez JA, González HM, Léger GC. Alzheimer's disease. Handb Clin Neurol. 2019 Jan 1;167:231–55.
9. Tuppo EE, Arias HR. The role of inflammation in Alzheimer's disease. Int J Biochem Cell Biol [Internet]. 2005 Feb [cited 2011 Jun 20];37(2):289–305. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15474976/>
10. Yildirim N, Eke BC. Alzheimer's Disease, Risk Factors and Therapy. Ankara Univ Eczac Fak Derg. 2024;48(2):766–90.
11. Belloy ME, Napolioni V, Greicius MD. A Quarter Century of APOE and Alzheimer's Disease: Progress to Date and the Path Forward. Neuron [Internet]. 2019 Mar 6 [cited 2011 Jun 19];101(5):820–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30844401/>
12. Gaugler J, James B, Johnson T. 2024 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement [Internet]. 2024 May 1 [cited 2011 Jun 19];20(5):3708–821. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38689398/>
13. Fratiglioni L. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Lancet [Internet]. 2004;3(6):343–53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1474442204007677>
14. Huat TJ, Camats-Perna J, Newcombe EA, Valmas N, Kitazawa M, Medeiros R. Metal

- Toxicity Links to Alzheimer's Disease and Neuroinflammation. J Mol Biol [Internet]. 2019 Apr 19 [cited 2011 Jun 20];431(9):1843–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30664867/>
15. Hussien HM, Abd-Elmegied A, Ghareeb DA, Hafez HS, Ahmed HEA, El-moneam NA. Neuroprotective effect of berberine against environmental heavy metals-induced neurotoxicity and Alzheimer's-like disease in rats. Food Chem Toxicol [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2011 Jun 20];111:432–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29170048/>
 16. Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, Molinuevo JL. Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. Alzheimers Res Ther [Internet]. 2017 Sep 12 [cited 2011 Jun 20];9(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28899416/>
 17. Akış AG, Yurdakul MA, İmancioğlu H. Yaşlı ve Genç Bireylerin Demans Algısı Dementia Perception of Old and Young Individuals. J Geriatr Sci. 2023;6(3):142–55.
 18. Keskin AO, Uysal A, Özge A, Yener G, Kırbaş D. Sağlık Kurulunda Demans. In: Türk Nöroloji Derneği Yayınları. 2022. p. 29–65.
 19. Güngen C, Ertan T. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg [Internet]. 2002 [cited 2011 Jun 21];13(4):273–81. Available from: https://www.researchgate.net/publication/313072444_Standardize_Mini_Mental_Test'in_Turk_Toplumunda_Hafif_Demans_Tanisinda_Gecerlik_ve_Guvenilirligi
 20. Karakılıç S. The clinic and neuropsychiatric profile comparison of alzheimer TYPE dementia and parkinson disease dementia. 2014.
 21. Canbolat E, Yardımcı H. Alzheimer Hastalığı ve Koruyucu Besin Öğeleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2016;6(2):139–45.
 22. Remington R, Chan A, Paskavitz J, Shea TB. Efficacy of a vitamin/nutriceutical formulation for moderate-stage to later-stage alzheimer's disease: A placebo-controlled pilot study. Am J Alzheimers Dis Other Dement [Internet]. 2009 [cited 2011 Jul 22];24(1):27–33. Available from: <http://ajadd.sagepub.com>
 23. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. J Am Dent Assoc [Internet]. 2006 [cited 2011 Jun 22];137(9):1240–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946428/>
 24. Samanta MK, Wilson B, Santhi K, Sampath Kumar KP, Suresh B. Alzheimer disease and its management: a review. Am J Ther [Internet]. 2006 Nov [cited 2011 Jun 22];13(6):516–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17122533/>
 25. Yüksel N. Alzheimer Hastalığının İlaçla Tedavisi. Klin Psikiyatr. 2000;3(2):137–42.
 26. Alsancak F. Alzheimer'a Giden Yol: Uzun Veda. Sos Sağlık Derg [Internet]. 2022 [cited 2011 Mar 25];2(2):4–16. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sosyalsaglik/issue/72868/1127778>
 27. Aliev G, Ashraf GM, Kaminsky YG, Sheikh IA, Sudakov SK, Yakhno NN, et al. Implication

- of the nutritional and nonnutritional factors in the context of preservation of cognitive performance in patients with dementia/depression and Alzheimer disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2013;28(7):660–70.
28. Felekoğlu E, Özalevli S. Hafif-Orta Evre Alzheimer Hastalarında Egzersiz Alışkanlığı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg* [Internet]. 2021 [cited 2011 Mar 24];6(3):13–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/65176/900898>
29. Korucu O. Başağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri. 2013.
30. Gezici S, Şekeroğlu N. Alzheimer Hastalığının Gelişimsel Sürecinde ve Tedavisinde Potansiyel Öneme Sahip Tıbbi Bitkiler ve Fitokimyasallar. *Hacettepe Univ J Fac Pharm* [Internet]. 2022 [cited 2011 Mar 24];42(2):121–33. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hujpharm/issue/70067/1014770>
31. Çamcı G. Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Tıp ve Hemşirelik. In: *Kronik Hastalıklarda Fonksiyonel Tıp ve Hemşirelik* [Internet]. 2023 [cited 2011 Mar 25]. p. 19–25. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Guelsah-Camci/publication/371721206_Alzheimer_Hastaliginda_Fonksiyonel_Tip_ve_Hemsirelik_Functional_Medicine_and_Nursing_in_Alzheimer's_Disease/links/6491ae3e8de7ed28ba406568/Alzheimer-Hastaliginda-Fonksiyonel-Tip-ve-H
32. Anık H, Uyanık G, Yılmaz M. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımlarının İncelenmesi. *J Acad Res Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2011 Mar 25];9(1):1–11. Available from: https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=jaren&plng=eng&un=JAREN-90217
33. Alpat İ, Ersoy G. Alzheimer Hastalığında Koruyucu ve Tedavi Edici Bir Müdahale Olarak Egzersiz. *Geriatr Bilim Derg* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 24];5(3):90–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/geriatrik/issue/74955/1169599>
34. Cangir M. Getat Polikliniğine Başvuran Hastaların Getat Uygulamaları ile İlgili İnanış ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. 2022.
35. Babacan E. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile İlgili Tutumu ve Kullanım Durumları. *Pharmacogn Mag.* 2021;75(17):399–405.
36. Orhan MF, Elmas B, Altındış S, Karagöz R, Altındış M. Traditional and Complementary Medicine View of Family Physician and Pediatricists. *J Biotechnol Strateg Heal Res.* 2019;3(special issue):161–7.
37. Altın A, Avcı İA. Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(6):525–31.
38. Uğurluer G, Karahan A, Şahin H. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların

- Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri*. Van Tıp Derg. 2007;14(3):68–73.
39. Bilge Z. Kanserli Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. 2010.
40. Kaya H, Gülgün CPD. Akciğer Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi. 2014.
41. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. UHOD - Uluslararası Hematol Derg. 2008;18(1):32–8.
42. Odabaş ÖK, Ağadayı E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Davranışları. Turkish J Fam Med Prim Care. 2021;15(1):121–8.
43. Molassiotis A, Panteli V, Patiraki E, Ozden G, Platin N, Madsen E, et al. Complementary and alternative medicine use in lung cancer patients in eight European countries. Complement Ther Clin Pract. 2006 Feb 1;12(1):34–9.
44. Yildirim Y. Patterns of the use of complementary and alternative medicine in women with metastatic cancer. Cancer Nurs [Internet]. 2010 May [cited 2024 Nov 3];33(3):194–200. Available from: https://journals.lww.com/cancernursingonline/fulltext/2010/05000/patterns_of_the_use_of_complementary_and.5.aspx
45. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer kanserli hastalarda alternatif tedavi kullanımı. THOD - Turk Hematol Derg. 2005;15(2):73–7.
46. Yakupçebioğlu FN. Diabetes Mellituslu Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumlarının Belirlenmesi. 2012.
47. Temuçin E. Tıbbi onkoloji kliniğinde tedavi gören kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi. 2011.
48. Midilli T, Baysal E, Akarsu G, Korkmaz E. Complementary and alternative medical methods: attitude, knowledge and use by health personnel. Spat DD - Peer Rev J Complement Med Drug Discov. 2016;6(1):39.

8. ÖZGEÇMİŞ

I – Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı:

Doğum Yeri-Tarihi:

Uyruğu: T.C.

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi ve Telefonu:

Yabancı Dili: İngilizce

II – Eğitimi

2021-2024 : Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

2021 : Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

2015 : Aydem Fen Lisesi

III – Mesleki Deneyimi

2021-2024 : Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Kliniği

2021 : Denizli Devlet Hastanesi, Acil Servis

9. EKLER

EK-1: OLGU RAPOR FORMU

Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu Formu

Çalışma Hasta No: Yaş: Cinsiyet: E/K

Eğitim Düzeyi:

a-Okur-Yazar değil

b-Okur-Yazar

c-İlkokul

d-Ortaokul

e-Lise

f-Üniversite

1-Alzheimer hastalığı süresi (ay olarak):

2-Alzheimer hastalığı nedeni doktora başvuru sayısı (yılda)

a)1-10 b)11-20 c)21-40 d)40'dan fazla

3- Alzheimer hastalığı nedeni

a-Hiçbir tıbbi tedavi almadım.

b-Tıbbi tedavi aldım.

4- Alzheimer hastalığı için kullandığı günlük ilaç tablet sayısı

a) 1-5 b) 6-10 c)11 ve daha fazla

5- Alzheimer hastalığı için kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (Alzheimer hastalığı için tamamlayıcı ya da alternatif tedavi(ilaç dışı) kullanıyorsanız aşağıdaki uygun seçeneği işaretleyiniz.)Kullandığınız tedavi listede yok ise aşağıdaki diğer tamamlayıcı ve alternatif tedaviler kısmına yazınız.

Tedavi Şekli

1-Bitkisel tedavi

2-Vitaminler/Beslenme desteği

3-Spesifik diyet/Detoksifikasyon

4-Kiropraktik

5-Masaj terapisi

6-Alexander tekniği

7-Akupresür

8-Akupunktur

9-Egzersiz

10-Osteopati

11-Kraniyosakral terapi

12-Refleksoloji

13-Yoga

14-Homeopati

15-İridoloji

16-Oksijen/Ozon tedavisi

17-Halk ilaçları

18-Renk/Dans/Müzik tedavisi

19-Aromaterapi

20-Hipnoz

21-Kendi kendine yetme/Destek grubu

22-Meditasyon

23-Reiki

24-Enerji/Ruhsal iyileşme

25-Soğuk

Kullanılan diğerk tamamlayıcı ve alternatif tedaviler;

1-

2-

Yukarıdaki sorularda yer alan veya sizin kullanıp da tabloda yer almayan kullandığınız tedavi varsa aşağıdaki soruları cevaplayınız.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi hakkındaki aşağıdaki sorulardan size uygun cevabı işaretleyiniz.

1-Sizce bu tedavi bedava mı?

a-Evet

b-Hayır

2-Bu tedaviyi ...kullandım.

a-Bir kez

b-Ara sıra

c-Düzenli

3-Bu tedaviyi kim tavsiye etti?

a-Doktor

b-Hemşire

c-Arkadaş/Akraba

d-Kendi kendine tavsiye

4-Bu tedaviyi ...kullandım.

a-Doktordan yardım istemeden önce

b-Doktordan yardım istedikten sonra

c-Doktordan yardımla aynı zamanda

5-Bu tedaviyi kullanma nedeniniz nedir?

a-Bu tedavinin Alzheimer hastalığını etkili bir şekilde tedavi ettiğine inanıyorum.

b-Son çare olarak önerilen bütün geleneksel tedavileri kullandıktan sonra denedim.

c-Doktor tavsiyesi olarak denedim.

d-Geleneksel tıbbi tedavilerden memnun olmadığımından denedim.

6-Tedaviden tatmin oldunuz mu?

a-Çok tatmin oldum.

b-Tatmin oldum.

c-Kararsızım.

d-Tatmin olmadım.

e-Hiç tatmin olmadım.

7-Hemşirenize veya doktorunuza bu tedaviyi anlattınız mı?

a-Evet (cevabınız evet ise 8. Soruya yanıt vermeyiniz)

b-Hayır

8-Eğer bu tedaviyi kullandığınızı anlatmadıysanız neden anlatmadınız?

a-Doktor-hemşire hiç sormadı.

b-Doktorun veya hemşirenin bilmesi önemli değildi.

c-Ne doktorun ne de hemşirenin işi değil.

d-Doktor-hemşire anlamazdı.

9-Siz bu tedaviyi denerken Alzheimer hastalığı için doktorunuz tarafından verilen herhangi bir tedaviyi durdurdunuz mu?

a-Evet

b-Hayır

c-Hiç almadım.

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

21/09/2023/Vers.1.0

1-Çalışmanın Adı; Alzheimer Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Nedenleri

2-Tanımlayıcı bilimsel bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmektesiniz. Kararınızı vermeden önce, bu çalışmada neler yapılacağını ve nedenini iyice anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki açıklamaları dikkatlice okuyun; derseniz arkadaşlarınız, aileniz ve hekiminizle tanışın. Açık olmayan hususlar varsa veya daha fazla açıklama istiyorsanız, bize sorun. Bu çalışmaya katılıp katılmama kararı vermek için etraflica düşünün.

3- Bu çalışmanın amacı nedir? Bu çalışmanın amacı; üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesinde nöroloji polikliniğine başvuran 40-85 yaş arası hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi nereden duydukları, neden kullandıkları, tedaviyi uygulama sıklığı, tedaviden fayda görme oranı ve bu tedavi ile ilgili düşünceleri hakkında tanımlayıcı çalışma yapmaktır.

4-Gönüllünün çalışmaya devam etmesi için öngörülen süre; 1 yıl olarak belirlenmiştir.

5-Çalışmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı; 288 hasta olarak belirlenmiştir.

6-Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar; yoktur.

7- Çalışmada makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında siz bu durum hakkında bilgilendirileceksiniz.

8- Gönüllülerin sorumlulukları, Bu çalışmaya katılırsanız, hastalığınız ve tedavinizle ilgili sorulara cevap vermeniz beklenmektedir.

9- Bu çalışmaya gönüllü olarak katılıyorsunuz, çalışmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Katılmaya karar vererseniz, size bu bilgilendirme formu verilecek ve sonundaki olur formunu imzalamanız istenecektir. Katılmaya karar verseniz bile, arzu

ettiğiniz herhangi bir zamanda, herhangi bir neden belirtmeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Bu durum tedavi ve bakımınızı hiçbir şekilde etkilemeyecektir.

10- İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, çalışma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

11-İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olacaktır.

12- Çalışma konusu ile ilgili ve gönüllünün çalışmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilmesi sağlanacaktır.

13- Gönüllünün çalışma hakkında, kendi hakları hakkında veya çalışma ile ilgili herhangi bir bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişi Dr. Şeyma Gülsüm Şencan'dır ve ulaşabileceğiniz telefon numarası 05468314108'dir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen çalışma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabileceğimi biliyorum ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından çalışma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu çalışmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı /soyadı / imzası / tarih

Çalışma ekibinde yer alan ve çalışma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının adı/soyadı/imzası/tarih

Dr. Şeyma Gülsüm Şencan

Olur işlemine tanık olan kişinin adı/soyadı/imzası/tarih:

Gerekliyse kanuni temsilcinin adı/soyadı/imzası/tarih:

EK-3. ETİK KURUL ONAY



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/2815
Konu: Etik Kurul Kararı

27.09.2023

**ANKARA ATATÜRK SANATORYUM EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

“Alzheimer Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Nedenleri” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı’na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Nedenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1065
	FAKS	
	E-POSTA	aturksanatoryumetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Şeyma Gülsüm ŞENCAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Doç Dr Osman KORUCU (Tez Danışmanı) / Nöroloji
	DESTEKLEYİCİ	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒ Uzmanlık tezi
	Diğer ise belirtiniz :	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Nedenleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2815	Tarih: 27.09.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI						
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:						
Unvanı/Adı/Soyadı		Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *
Doç.Dr. Osman KORUCU (Etik Kurul Başkanı)		Nöroloji	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☒ H ☐	E ☐ H ☒
Doç. Dr. S. Ş. Erkenen GÜLHAN (Etik Kurul Bşk. Yard.)		Göğüs Cerrahisi	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof. Dr. İsmet Faruk ÖZGÜNER		Çocuk Cerrahisi	Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları E. A. H.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç Dr. Işıl ÖZAKCA		Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof. Dr. Selma UYSAL RAMADAN		Radyodiagnostik	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof.Dr.Gülçin GÜLER ŞİMŞEK		Patoloji	Güllane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒
Dr Öğr.Üyesi Ayşe Şebnem İLHAN		Fizyoloji	Güllane Dış Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Öğr. Gör. Dr. Volkan MEDENİ		Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Uzm Dr Bulent ÖZTÜRK (Bildirimden Sorumlu Üye)		Genel Cerrahi	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof Dr Dilek SARICI		Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Neonatoloji	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Doç Dr Elif YILMAZ		Kadın Hastalıkları ve Doğum / Halk Sağlığı	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof Dr Aysun AYBAL KUTLUGÜN		Nefroloji	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Prof Dr Emine EMEKTAR		Acil Tıp	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐
Av. Abdullah Emin TEKİN		Avukat	Serbest	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr. Osman KORUCU

İmza:

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Alzheimer Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Nedenleri								
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
Muhammed ÖZTÜRK	Din Görevlisi	Diyanet İşleri Başkanlığı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.09.2023-276197



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--276197
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

06.09.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 04.09.2023 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 79 (yetmiş dokuz) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığına
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığına
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Anatomi Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSPKZUZZHE* Pin Kodu : 64713
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: http://sbu.edu.tr
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/2

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğüne
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne
Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı
Başkanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSPKZUZZHE* Pin Kodu : 64713

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Bilgi için: Levent YILDIRIM

Etlik/Keçiören/ANKARA

Unvanı: Uzman

Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90

Web: <http://sbu.edu.tr>

Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr



S NO	UZMANLIK ÖĞRENCİSİ	GÖREVLİ OLDUĞU SUAM	TEZ KONUSU	SONUÇ
1	Dr. Yusuf Yekta KILINÇALP	Ankara Şehir SUAM	Gebe okulu eğitimlerinin doğum şekli ve fetomaternal doğum sonuçları üzerine etkisinin araştırılması	Kabul Edildi.
2	Dr. Ahmet ŞİMŞEK	Ankara Şehir SUAM	Metastatik olmayan kolon kanserli hastalarda acil ve elektif cerrahinin onkolojik sonuçlarının incelenmesi	Kabul Edildi.
3	Dr.Cansu ULUDAĞ	Ankara Sağlık SUAM	Akut istemik inme ile başvuran hastalarda başvuru esnasındaki şok indeksi modifiye şok indeksi yaş şok indeksi ters glaskow koma skalası indeksi ve hipoksik yaş şok İndeksinin mortalite ve modifiye rankin skoru üzerindeki etkisi	Kabul Edildi.
4	Dr. Hasan Hüseyin KILIÇ	GTF Aile Hek AD.Bşk.lığı	Türkiye'de Aile Hekimliği disipliniinde yapılmış olan aşı ile ilgili tezlerin içerik analizi	Kabul Edildi.
5	Dr.Songül KIŞ	Ankara Sağlık SUAM	B12 Vitamin eksikliği olan 13-18 yaş hastalarda böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
6	Dr. Ufuk ÜNSAL	GTF Göğüs Cerr.AD.Bşk.lığı	Primer spontan pnömotorakslarda ilk çekilen akciğer grafisindeki pnömotoraks boyutu tekrarlayan pnömotoraks ön görmedeki etkisi.	Kabul Edildi.
7	Dr. Burak YEŞİLALAN	GTF Ruh Sağ ve Hst AD.Bşk.lığı	Farklı hasta gruplarında sosyal medya kullanımının yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi	Kabul Edildi.
8	Dr.Alp YILDIRIM	Ankara Şehir SUAM	Açık kalp cerrahisinde tekli ve çoklu doz kardiyopleji uygulamalarının sağ ventrikül fonksiyonlarına etkisi	Kabul Edildi.
9	Dr. Cansu ÇOLAKÇI	Ankara Şehir SUAM	Acil Servis Triajında Yapay Zeka Programı ile Hastaların Acil Sevis Ciddiyet Sklasına Göre Aciliyetlerinin Belirlenmesi	Kabul Edildi.
10	Dr. İpek KAMÇI	Ankara Şehir SUAM	Acil Tıp Asistanlarının (ATA) Acil Krikotiroidotomi Becerisinde Tüp Boyutu Seçiminde Ultrasonografi (USG)'nin etkisi:Simülasyon Manken çalışması	Kabul Edildi.
11	Dr. Helin Öykü ZENGİN	Ankara Şehir SUAM	Epidural Anestezi Yapılan Hastalarda Doğumunun 3.Evresinin Prospektif Olarak Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
12	Dr. Ahmet Buğra ÖRTLEK	Ankara Şehir SUAM	Total Tiroidektomi Ypılan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Esname Egzersizlerinin Postoperatif Boyun Ağrısının Üzerine Etkisi"	Kabul Edildi.
13	Dr. Emre ÇİÇEKYURT	Ankara Şehir SUAM	'Periferik Damar Hatalığı tanılı hastalarda Drug Eluting Ballon (DEB) ve Stent uygulamalarının güvenliği, orta ve uzun dönem sonuçları'	Kabul Edildi.
14	Dr. Fatma Sinem CANDER	Ankara Şehir SUAM	KOAH ve COVID-19 Pnömoni tanılı hastalarda longcovid evrede sistemik streoid kullanımının 3.ayda fonksiyonel kapasiteye etkisi'	Kabul Edildi.
15	Dr. Furkan ÖZTÜRK	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	COVID-19 geçirenlerde Long-COVID semptomların ve aşılama durumunun incelenmesi	Kabul Edildi.
16	Dr. Hüseyin Anıl ÖZTÜRK	Ankara Şehir SUAM	COVID19 sürecinde mide ve kolorektal kanserler: Pandeminin tanıdaki evre ve sağkalım üzerine etkisi	Kabul Edildi.
17-	Dr. Ayşe HACILAR	Ankara Şehir SUAM	İnce Barsak Tıkanıklığında Bilgisayarlı Tomografi Bulgularının Medikal ya da Cerrahi Tedavi Kararındaki Rolü	Kabul Edildi.
18	Dr.Ayşe Nur ÇOBAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Oküler rosacealı hastalarda korneal değişimlerin topografi meiboğrafi ve İn-vivo Konfokal mikroskopisi (IVKM) ile değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
19	Dr. Tuğçe COŞKUN	Ankara Sağlık SUAM	13-18 yaş ergenlerde sosyal medya bağımlılığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi	Kabul Edildi.
20	Dr. Nimet Ebrar DEMİRCAN	GTF Anatomi AD.Bşk.lığı	Connexus intertendine'i'nin morfolojik ve morfometrik incelenmesi; kadavra çalışması	Kabul Edildi.
21	Dr. Cansu BÜYÜKTARAKÇI	Ankara Şehir SUAM	İntreksek Kolistin Dirençli Gram Negatif Bakteriyemi Risk Faktörleri ve Epidemiyolojik özellikleri	Kabul Edildi.
22	Dr Fatma BABACAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Bronşektazinin cerrahi yönetimi	Kabul edilmedi: Tez konusu onay formunda eksik olan

				ısımlar mevcut, Bronşektazi Cerrahisi'nin tez konusu edilmesinin arka plan ve gerekçesinin daha detaylı izah edilmesi, hali hazırda uygulanan bir yöntem olması dikkate alındığında tez çalışmasının konuya katkısının somut olarak belirtilmesi gerekmektedir
23	Dr Nur Sena ÇAKAR	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Göğüs cerrahisinde intraoperatif sıvı yanıtılığının analizi	Kabul Edildi.
24	Dr Yusuf Salim ŞAHİN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Obez hastalarda bariatrik cerrahinin Fibrosis -4 indeksine etkilerinin araştırılması	Kabul edilmedi: Program Yöneticisinin Hakem Üye olması uygun değildir.
25	Dr Mesher ENSARIOĞLU	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Çift lümenli endobronşiyal tüp ile entübe edilen elektif göğüs cerrahisi vakalarında zor entübasyon skor ve parametrelerinin çift lümenli tüp ile entübasyon zorluğunu öngörmedeki yerinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
26	Dr İrem ULUTAŞ ORDU	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sedasyon altında endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TİBİA) yapılan 65 yaş üstü olgularda komplikasyonları öngörmede Modifiye frailty indeksi (MF1-11)'nin belirleyici	Kabul Edildi.
27	Dr.Arzum ŞAHİN KOCA	GTF Halk Sağ AD.Bşk.İği	Ankara'daki Huzurevlerinde Vardiyalı Çalışan Personelde Kronotip Özelliklerinin; Sosyal Jetlag Durumu, Uyku Kalitesi ve Mesleki Yorgunluk ile ilişkisinin Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
28	Dr. Betül URAL	Ankara Şehir SUAM	Yeni tanı kolorektal kanserde tekstür özelliklerinin ve kolektomi materyallerinde LC3b immünohistokimyasal boyamasının nüks/metastaz/prognoz öngörmedeki rolü	Kabul Edildi.
29	Dr. Ahmet ÇOŞKUN	Ankara Şehir SUAM	Baş dönmesi ile acil servise başvuran hastalarda HINTS-plus testinin stroke ayırıcı tanısındaki değerinin araştırılması	Kabul Edildi.
30	Dr. Ömer Emre AŞKIN	Ankara Şehir SUAM	'Orta yüksek riskli akut pulmoner tromboembolide sistemik trombolizis'in 3.ayda genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyon üzerine etkisi'	Kabul Edildi.
31	Dr. Hilal ÇAYLI	Ankara Şehir SUAM	Trigliserid Glukoz İndeksi ile Tiroid Nodülleri, Tiroid Volümü ve Trioid Hormonları Arasındaki ilişki	Kabul Edilmedi: Hakem üyenin öğretim üyesi, başasistan veya vekaleten eğitim görevlisi olması gerekmekte olup, uzman doktorların hakem üye olması uygun değildir.
32	Dr. Hilal IŞIK	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD.Bşk.İği	Çocuklarda plazma ferritin düzeyinin miyokart fonksiyonları üzerindeki etkisi	Kabul Edildi.
33	Dr. Funda DEMİRHAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Ankara ilindeki aile hekimlerinin topikal steroid kullanımı bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi	Kabul Edildi.
34	Dr.Bülent GÜLAY	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Aile Hekimliği tıpta uzmanlık öğrencilerinin deri ve zührevi hastalıklar rotasyonu yapan ve yapmayan arasında topikal kortikosteroid tercihleri	Kabul Edildi.
35	Dr.Serap DOĞAN	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM	Aile hekimliği tıpta uzmanlık öğrencilerinin deri ve zührevi hastalıklar rotasyonu yapan ve yapmayanlar arasında deri lezyonlarını tanıma becerileri	Kabul Edildi.
36	Dr. Merve YILMAZ YEŞİLALAN	GTF Çocuk Sağ ve Hst.AD.Bşk.İği	Anne sütü saklama koşullarının bakteriyel aktivite üzerine etkisi	Kabul Edildi.
37	Dr. Ceylin Aybüke DAĞISTAN	Ankara Şehir SUAM	Ankilozan Spom-ndilit, Sistemik Lupus Eritematozus ve Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda Gebeliğin Hastalık Prognozu Üzerine Etkisi	Kabul Edildi.
38	Dr. Çağla KAYAN KİŞİ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sistemik İnflamatuvar Yanıt indeksinin Fetal Distres gelişiminin öngörmedeki etkisi	Kabul Edildi.

39	Dr. Ömer ÇALIŞKAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sistemik İnflamatuvar yanıt indeksinin uterin anatomiyi öngörmedeki rolü	Kabul Edildi.
40	Dr. Nureddin SERVİ	Ankara Şehir SUAM	2023 Deprem Bölgesine Giden Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Travma Sonrası Stres Durumunun Değerlendirilmesi	Kabul edilmedi: Başlığın revize edilmesi, araştırma sorusunun uygun hale getirilmesi, çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinin daha net belirtilmesi, arka plan ve gerekçenin net olarak ifade edilmesi gerekmekte olup; çalışma, tarihlere bakıldığında prospektif olarak belirtilmiş ancak retrospektif nitelik taşımakta, araştırma süreçlerinin ayrıntılı açıklanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Yukarıda belirtilen hususlarda revizyon yapılarak tekrar müracaat edilmesi uygun bulunmuştur.
41	Dr. Bilge GENÇER	Ankara Sağlık SUAM	9-12 ay arası demir eksikliği anemisi olan çocuklarda uyku bozukluğunun subjektif değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
42	Dr. Esra Nur EFE	Ankara Şehir SUAM	Süt çocuğu servisine yatan hastaların doğumsal anomaliler açısından değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
43	Dr. Fatma SEVİL	Ankara Şehir SUAM	Meme kanseri tanılı hastalarda üstbilişler ile üst duyguların travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümeyle ilişkisi '	Kabul Edildi.
44	Dr.Ünal BAŞARAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Multipar gebelerde sistemik inflamatuvar yanıt indeksinin doğum indüksiyon başarısını öngörmede rolü	Kabul Edildi.
45	Dr. Zeynep GÜVENÇ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Sistemik inflamatuvar yanıt indeksi ile epizyotomi yara ayrılması ilişkisi	Kabul Edildi.
46	Dr. İdil ÖZGE ÖZDEMİR	Ankara Şehir SUAM	Behçet hastalarında plazma netrin-1 düzeyinin hastalık aktivasyonu ve hastalığın tutulumu ile ilişkisi	Kabul Edildi.
47	Dr.Yunus Emre BİLDİK	GTF Fiziksel Tıp ve Reh Bşk.lığı	İnmeli hastalarda ayak bileği plantar fleksör kas spazmında yüksek yoğunluklu lazer tedavisinin etkinliği	Kabul Edildi.
48	Dr.Emrah KARADUMAN	GTF Fiziksel Tıp ve Reh Bşk.lığı	İnmeli hastalarda üst ekstremitelerde Agonist veya Antagonist kaslara uygulanan Nöromüsküler Elektriksel stimülasyonunun Flek	Kabul Edildi.
49	Dr. İlnur AKÖNER KODAL	Ankara Şehir SUAM	Türkiye de farklı kliniklerde çalışan pediatri ve kadın doğum uzmanları ve asistanlarının tokso plazmozis hakkındaki bilgi, farkındalık düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
50	Dr. Özlem YÜCEALP ALİ	Ankara Şehir SUAM	İskemik inme sonrası subakut-kronik dönemde üst ekstremitelerde kompleks bölgesel ağrı sendromu tip 1 gelişen hastalarda transkranial manyetik stimülasyonun etkinliğinin araştırılması	Kabul Edildi.
51	Dr. Sümeyye ÜNAL	GTF Aile Hek.AD.Bşk.lığı	Demans Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Depresyon, Anksiyete ve Uyku Kalitesi ilişkisinin Değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
52	Dr.Ayşe ŞAHİN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Pediyatrik kafa travmasında tomografide optik sinir kılıf çapı/göz küresi transvers çap ölçümlerinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
53	Dr. Özge AKKULAK	Ankara Sağlık SUAM	Çoklu ilaca dirençli Acinetobacter baumannii suşlarında kolistin/meropenem ve kolistin/tigesiklin antibiyotik kombinasyonlarının in vitro sinerjistik etkinliğinin araştırılması	Kabul Edildi.
54	Dr.Matin ISKANDAROV	Ankara Sağlık SUAM	Covid-19 pandemisi (2021-2023) döneminde biyopsi ile İmmunoglobulin A Nefropatisi (IgAN) tanısı alan hastaların klinik ve patolojik değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
55	Dr. Yağmur Nahide BAKKALOĞLU	Ankara Sağlık SUAM	Meme implantına bağlı gelişen kapsül kontraktürünü önlemede Autologus Conditioned Serum ve (ACS) Dexamethasone etkinliğinin rat modeli üzerinde karşılaştırılması	Kabul Edildi.

56	Dr. Nurcan ASLAN	Ankara Şehir SUAM	Evre 2 ve üzeri hepatosteatoz ile sirkadiyen kan basıncı arasındaki ilişki"	Kabul Edildi.
57	Dr. Furkan TÜRK	Ankara Şehir SUAM	Haraguchi Tip 2 Posterior malleol kırıklarına göre kötü prognozlu olmasının sebebi talusta meydana gelen kırıldak hasarı mı?"	Kabul Edildi.
58	Dr. Berkay ÇAĞDAŞ	Ankara Şehir SUAM	Kemik metastazlı Prostat kanseri hastalarda tüm vücut kemik sintigrafisi (TVKS) SUV değerlerinin tedavi yanıt değerlendirilmesi yeri'	Kabul Edildi.
59	Dr. Ayşenur MERT KURT	Ankara Şehir SUAM	'İskemik İnme Geçiren Subakut-Kronik Dönem Hastalarda Tek Taraflı İhmal Üzerine Düşük Frekanslı Repetitif Transkranial Manyetik Stimülasyonun Etkinliğinin Değerlendirilmesi'	Kabul Edildi.
60	Dr. Şükrü Burak BEDÜK	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Açık karpal tünel cerrahisi ameliyatında Horizontal ve Vertikal latris tekniklerinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
61	Dr. Sezin DİK	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Preterm doğumu öngörmeye sistemik inflamatuvar yanıt indeksinin rolü	Kabul Edildi.
62	Dr. Fatmagül BAŞ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	05-08 yaş arası çocuklarda obezite ve fazla kilo (overweight) gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin araştırılması	Kabul Edildi.
63	Dr. Çağdaş YÜCEL	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	İntihar girişimi ile gelen adolesanlarda bekk depresyon ölçeğinin sosyal uyum ölçeği ile ilişkisinin değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
64	Dr. Taha Mustafa Ali GÜVEN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Acil Servise başvuran bağırsak obstrüksiyonu tanısı alan hastaların intra-abdominal perfüzyon basıncı değerlerinin cerrahi ihtiyacının belirlenmesindeki rolü	Kabul Edildi.
65	Dr. Şeyma Gülsüm ŞENCAN	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	Alzheimer hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklığı ve nedenleri	Kabul Edildi.
66	Dr. Reyhan ÇALIŞKAN HANAZAY	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM	İdiopatik Parkinson hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi, kullanım sıklığı ve nedenleri	Kabul Edildi.
67	Dr. Sertaç ÇETİNKAYA	Ankara Şehir SUAM	Whipple Cerrahisinde Erektör Spina Plan Bloğu ve Epidural Analjezi uygulamalarının etkisi	Kabul Edildi.
68	Dr. Hande VARLIKLI KARAÇOBAN	Ankara Şehir SUAM	Çocuklarda doğuştan kalp hastalarında hepatopati durumunun değerlendirilmesi	Kabul Edildi.
69	Dr. Fulya KESKİN ELMAS	Ankara Şehir SUAM	Acil serviste stemi hastalarda monosit/hdl ve nötrofil/lenfosit oranlarının syntax II skoru ile önemlerinin karşılaştırılması	Kabul Edildi.
70	Dr. Ayşe SUBAŞI ÖZKAN	Ankara Sağlık SUAM	Sağlık çalışanlarında sigara içme davranışı ile üçüncü el sigara dumanı hakkındaki farkındalık	Kabul Edildi.
71	Dr.Selçuk EROL	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM	Radyoterapi ilişkili Ototoksisitenin Mesna ve Metilprednizolon etkinliğinin karşılaştırılması Hayvan çalışması	Kabul Edildi.
72	Dr.Betül ERDOĞAN	GTF Adli Tıp AD.Bşk.lığı	Ankara 'da zorlamalı kadın ölümleri otopsi çalışması	Kabul Edildi.
73	Dr. Hüseyin TURAP	Ankara Şehir SUAM	Memenin radyolojik görüntülemesinde BI-RADS 4 olarak raporlanan lezyonların tanısal değeri ve sistemik inflamatuvar parametrelerle ilişkisi	Kabul Edildi.
74	Dr. Ümmü GÜLSÜM SERİN AKTERLİK	Ankara Şehir SUAM	Yağlı pankreas saptanan çocukların klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi '	Kabul Edildi.
75	Dr.Ali İÇLİ	GTF İç Hastalıkları AD.Bşk.lığı	Epsis hastalarında ekstrakorporeal sepsis adsorbsiyon kolonu kullanımının plazma sindekan-I düzeyi ve mortaliteye etkisi	Kabul Edildi.
76	Dr. Hasan KARAKUŞ	GTF Tıbbi Mikrobiyoloji AD.	Ankara bölgesindeki parklardan alınan toprak örneklerinde Acanthamoeba türlerinin araştırılması	Kabul Edildi.
77	Dr. Galip Doğukan DOĞRU	GTF Radyasyon Onkolojisi AD.	Spinal Kord Kompresyonsuz Sadece Vertebral Kemik Oligometastatik Hastalarda Stereotaktik Beden Radyoterapisi (SBRT)'nin Değerlendirmesi	Kabul Edildi.
78	Dr.Asif BAYRAMOV	GTF Tıbbi Patoloji AD.Bşk.lığı	8 yıllık (2016 — 2023) Bazal Hücreli Karsinom olguların klinikopatolojik verilerinin analizi.	Kabul Edildi.

79	Dr.Merve Cansu GENÇ	Ankara Şehir SUAM	Pemfigus ve Büllöz Pemfigoid Tanılı Hastalarda Demografik ve Klinik Özelliklerinin, Tedavi Modalitelerinin ve Laboratuvar Tetkiklerinin ve Analizi	Kabul Edildi.
----	---------------------	-------------------	--	---------------