



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI
TEDAVİ KULLANIMI**

Dr. Esra DOĞAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI OLAN
BİREYLERDE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI
TEDAVİ KULLANIMI**

Dr. Esra DOĞAN

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Cenk AYPAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışma onuruna eriştiğim, bilgi birikimi, hoşgörü anlayışı ve tecrübesi ile beni aydınlatan, asistanı olmaktan gurur duyduğum sayın hocam Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU' na saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarımın başladığı ilk günden beri hep yanımda olan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanım Doç. Dr. Cenk AYPAK'a.

Aile Hekimliğine ilk başladığım günden itibaren her konuda desteklerini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Derya İren AKBIYIK'a ve Uzm. Dr. Özlem SUVAK'a.

Kliniğimizde birlikte çalışmaktan onur duyduğum her zaman desteğini hissettiğim arkadaşım Dr. Şükran DOĞAN ve diğer asistan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Hayatım boyunca hep yanımda olan, hiçbir desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Esra DOĞAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Risk Faktörü.....	4
2.1.4. Fizyopatoloji.....	5
2.1.5. Sistemik Özellikler ve Komorbiditeler.....	6
2.1.6. Atak.....	7
2.1.7. Tanı ve Hastaların Değerlendirilmesi.....	7
2.1.8. KOAH'da Beslenme ve Yaşam	10
2.1.9. Tedavi.	10
2.2. ASTİM.....	13
2.2.1. Tanım.....	13
2.2.2. Epidemiyoloji.....	13
2.2.3. Risk Faktörleri.....	13
2.2.4. Patogenez.....	15
2.2.5. Tanı.....	16

2.2.6. Astım Kontrolü.....	17
2.2.7. Astım Tedavisi.....	18
2.3. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ.....	21
2.3.1. Tanım.....	21
2.3.2. Sınıflandırma.....	21
2.3.3. Kullanım Nedenleri.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Uygulama Yeri ve Süresi Çalışma.....	26
3.3. Araştırmanın Kabul ve Red Kriterleri.....	26
3.4. Etik Kurul Onayı.....	26
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Uygulama Şekli.....	27
3.6. İstatiksel Analiz.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	33
6. SONUÇ.....	39
7. KAYNAKLAR.....	40
8. EKLER.....	49
8.1. ANKET FORMU.....	49
8.2. ETİK KURUL ONAYI.....	52
9. ÖZGEÇMİŞ.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

ATT	: Alfa-1 Antitripsin Eksikliği
CAT	: KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test)
COPD	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Karşı Küresel Girişimi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Birinci Saniyedeki Zorlu Vital Kapasite
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
GİNA	: Astım İçin Küresel Girişim
GTT	: Geleneksel Tamamlayıcı Tedavi
İKS	: İn hale Kortikosteroid
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LABA	: Uzun Etkili Beta Agonist
LAMA	: Uzun Etkili Antikolinergik
LTRA	: Lökotrien Reseptör Antagonistleri
mMRC	: Modified Medical Research Council)
NCCAM	: National Center for Complementary and Integrative Health
OAH	: Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SABA	: Kısa Etkili Beta Agonist
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SPSS	: Statistics Programme for Social Scientists
TCT	: Traditional and complementary therapy
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR

Tablo 2.1: KOAH'ta risk faktörleri.....	4
Tablo 2.2: KOAH şiddetinin spirometrik derecelendirilmesi.....	8
Tablo 2.3: mMRC (Modified Medical Research Council) dispne skalası.....	8
Tablo 2.4: KOAH değerlendirme testi (COPD Assessment Test, CAT)	9
Tablo 2.5: Astımın ortaya çıkışında ve gelişiminde rol alan etkin faktörler	14
Tablo 2.6: Astım kontrol testi	18
Tablo 2.7: Astımda alevlenme riskini artıran durumlar	19
Tablo 2.8: Astımda basamak tedavisi.....	20
Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik veriler.....	28
Tablo 4.2: Hastaların Klinik Özellikleri.....	29
Tablo 4.3: Hastaların GTT Kullanımı ve GTT Yöntemlerinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.4: GTT Kullanım Özellikleri.....	30
Tablo 4.5: Hastaların Sosyodemografik verileriyle GTT Kullanımının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6: Hastaların Klinik Özellikleri ile GTT Kullanımı Karşılaştırılması.....	32

ŞEKİLLER

Şekil 2.1: COPD 2017'ye göre KOAH'ta yeni değerlendirme şeması.....	10
Şekil 2.2: COPD 2017 raporu ABCD evrelemesine göre tedavi önerileri	11
Şekil 2.3: Astım hastalarında tanısal yaklaşım algoritması.....	17



ÖZET

DOĞAN, E. Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi kullanımı. S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi, Ankara 2019.

Giriş ve Amaç: Astım ve KOAH dünyada ve ülkemizde prevalansı giderek artan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Günümüzde astım ve KOAH tedavisinde kullanılan medikal tedavinin hastalığın progresyonunu tamamen engelleyememesi nedeniyle hastalar bilimsel tedavi dışı alternatif yöntemlere başvurabilmektedirler. Ülkemizde de tüm dünya ülkelerindekine benzer oranda geleneksel ve tamamlayıcı tıp(GTT) yöntemlerinin kullanım oranı giderek artmaktadır. Prevalansı yüksek birer hastalık olmalarına rağmen astım ve KOAH olan bireylerde GTT kullanımına dair ülkemizde yapılmış az sayıda araştırma bulunmaktadır.

Biz de bu çalışmada; hastanemize başvuran astım ve KOAH olan bireylerde GTT kullanma sıklığını, kullanılan yöntemleri, GTT yöntemlerine başvurma nedenlerini, GTT kullanımının hastaların sosyodemografik verileri, medikal tedavileri ve hastalık özellikleri ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma; 01.07.2018-30.10.2018 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran en az 6 ay öncesinde astım veya KOAH tanısı almış 212 hasta dahil edilerek yapıldı. Hastalara sosyodemografik veriler, GTT yöntemleri kullanımı ve GTT kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır.İsGTTistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda astım hastalarının %68,5'i, KOAH hastalarının %57,3'ünün en az bir GTT yöntemi kullandığı belirlendi. En fazla tercih edilen GTT yöntemleri sırasıyla bitkisel ürünler ve hayvansal ürünlerdi. Bitkisel ürünlerden en

fazla keiboyunu pekmezi, çörekotu ve bitkisel karışımlar kullanılırken hayvansal ürünlerden de en fazla bal, bıldırcın yumurtası ve arı poleni-sütü kullanılmıştır. Astım hastalarında yaşı arttıkça GTT kullanım oranı artmıştır. alışan ve eğitim seviyesi yüksek astım hastalarında GTT kullanım oranı daha düşük bulunmuştur. Hastalık süresi uzun ve solunum fonksiyon testleri (SFT) değerlerinden FEV1 ve FVC'si düşük olan hastalarda GTT kullanımını daha fazlaydı. Hastaların oğunluğunun GTT yöntemlerini arkadaşları ve ailelerinden ğrendileri belirlendi ve en sık GTT yöntemlerine başvurma nedenleri ilaç etkisini artırmaktı. Hastaların yarısından fazla GTT yönteminden fayda gördüğünü belirtirken daha az bir kısımda başkalarınınada önermişti.

Sonuç: Hastalarımızın büyük bir kısmı GTT kullanımını hekimler ile paylaşmamıştır. Bu nedenle sağlık çalışanları olarak hastayı bilgilendirmek ve doğru bilgiye ulaşmasını sağlamak amacıyla hastalarımızın GTT kullanımını sorgulanmalıdır.

Hastalarımıza GTT yöntemlerinin etki mekanizmasını, doza bağımlı olarak zararlı olabileceği, medikal tedavi ile etkileşime girebileceği, medyadaki bilgi kirliliği konusunda bilgilendirilmeli ve doğru bilgiye ulaşması sağlanmalıdır. Bunun içinde sağlık alışanlarının GTT yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp, Astım, KOAH

ABSTRACT

DOĞAN, E. Traditional and Complementary Therapy use in individuals with Obstructive Pulmonary Disease. Ministry of Health Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Family Medicine Clinic Dissertation, Ankara 2019.

Introduction and Objectives: Obstructive pulmonary disease (OPD), prevalence of which is increasing in the world and in our country, is one of the most important chronic diseases affects the quality of life negatively. Patients can resort to non-scientific alternative treatment methods, since current medical pharmacological treatment methods used in OPD therapy cannot completely prevent the progression of the disease. In our country, likewise around the world, traditional and complementary therapy (TCT) methods usage rate is increasing. Despite the high prevalence of the disease, there are few studies performed in our country regarding the use of TCT in individuals with OPD.

In this study we aimed to investigate used TCT methods, the frequency of TCT use, the reasons for using TCT in OPD patients who applied to our hospital; and also sociodemographic data, medical therapies and association between disease characteristics of the patient.

Material and Methods: This study was performed with the participation of 212 OPD patients (diagnosed more than six months) who were admitted to Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic from 01.07.2018 to 30.10.2018. The questionnaire form prepared to determine the sociodemographic data, the use of TCT, products and the factors affecting the use of TCT products was applied by face to face interview technique. Statistical analysis was performed using SPSS version 20.0 package program.

Results: In our study 68,5% of asthma patients and 57,3% of COPD patients used at least one TCT method. The most preferred TCT methods were herbal products and animal products, respectively. The most commonly used herbal

products were carob molasses, black cumin and herbal mixtures, while honey, quail eggs and bee pollen/milk was the mostly preferred animal products. As the age increases, the rate of TCT use increases in asthma patients. The higher education level was associated with the lower rate of TCT use in asthma patients. The use of TCT was higher in non-working asthma patients than working asthma patients. The rate of TCT use was higher in patients with longer duration of disease. Patients with lower FEV1 and FVC results in pulmonary function test (PFT) were more likely to use TCT. It was determined that the majority of the patients heard TCT methods from their friends and families, and the most common reason for applying TCT methods were to increase the drug effect. More than half of the patients reported that they benefited from the TCT method, and some of them reported that they suggested it to others.

Conclusion: Most of our patients did not share their TCT usage with physicians. Therefore, the use of TCT should be questioned by healthcare professionals in order to inform the patient and to provide the patient with the accurate information.

Patients should be informed regarding the mechanism of action, dose-dependent harms, medical treatment interactions of TCT methods. In addition the information pollution in media should be indicated and patients should be provided with the accurate information. Therefore, healthcare workers should also have sufficient knowledge regarding TCT methods.

Keywords: Traditional and complementary therapy, Asthma, COPD

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, çeşitli sağlık bakım uygulamaları, yöntemleri ve ürünleri olarak tanımlanır (1).

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler genellikle kronik, tedavilere dirençli, kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen hastalıklarda ve modern tıbbın tamamen tedavi edemediği kanser hastalarında başvuru yöntemleridir. Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler dünya çapında hem yetişkinlerde hemde çocuklarda kullanımı giderek artmaktadır. Tüm dünyada kanser, artrit, enflamatuvar barsak hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalığı olan bireylerin daha fazla GTT kullanımını tercih ettiği bilinmektedir (2,3).

Obstrüktif Akciğer Hastalığı dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Astım İçin Küresel Girişim(GİNA)'e göre 2004 yılında dünyada 300 milyon civarı olan hasta sayısı 2025'e kadar 400 milyona ulaşacaktır (4). 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bildirilen verilere göre 64 milyon insan KOAH hastası ve tüm yaşlarda en fazla ölüme yol açan hastalıklar arasında KOAH %5,5 ile 3. sırada yer almaktadır. Dünya genelinde sigara içme alışkanlığının ve yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak önümüzdeki yıllarda hastalığın mortalitesinin daha da artacağı öngörülmektedir (5).

Dünya genelinde GTT kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bunun en büyük sebebinin; GTT yöntemlerinin medya tarafından ön plana çıkarılması ve özellikle medikal tedavilerdeki olası yan etkilerin bu yöntemlerde görülmediğinin vurgulanması olabileceği düşünülmektedir (6). Ülkemizde de GTT kullanımında benzer bir artış olduğu bildirilmektedir (7). Bu tür tedavinin en yaygın olan ve en hızlı gelişen bölümünü, bitkisel kökenli ürünler oluşturmaktadır (8).

Hangi sebeple kullanılırsa kullanılsın; kullanılan GTT yöntemiyle ilaçlar arasında etkileşim olabilmektedir. Bilinçsizce kullanılan GTT'lar sebebiyle oluşan

yan etkiler; organ disfonksiyonuna ve mevcut hastalık tablosunun dahada ilerlemesine neden olmaktadır (9).

Türkiye’de GTT uygulamaları konusunda yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu kanser hastalarıyla yapılmış olup; diyabet, artrit, böbrek hastalıkları, cilt hastalıkları ve hipertansiyon gibi kronik hastalığı olanlarda da yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (7,9-11).

Literatürde OAH olan bireylerde GTT kullanımlarıyla ilgili ülkemizde ve dünyada yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır (12-22).

Biz de bu çalışmamızda Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde ;

GTT kullanım sıklığını, kullanılan yöntemleri belirlemeyi, bu yöneme başvurma nedenleri, yöntemleri kullanırken medikal tedaviyi aksatma durumunu, yöntemin etkinliklerinin belirlenmesini, yöntemin nereden öğrenildiğini;

Hastaların sosyodemografik verileri, hastalık şiddeti, hastalık süresi ile GTT kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

2.1.1. Tanım

KOAH; Zararlı gaz ve partiküllere artmış maruziyet sebebiyle havayolları ve/veya alveollerde fonksiyonel hasara bağlı olarak kalıcı hava akımı kısıtlaması ve solunumsal semptomlarla karakterize yaygın, önlenabilir ve tedavi edilebilen bir hastalıktır (23). KOAH'ın temel mekanizması küçük hava yolu hastalığı (obstrüktif bronşit) ve parankim hasarının (amfizem) birlikte oluşturduğu kronik havayolu kısıtlamasıdır. Obstrüktif bronşit ve amfizem hastalığının başlangıcında her bireyde birlikte görülmeyebilir fakat ilerleyen süreç içinde farklı oranlarda birliktelik gösterebilir. Akciğerde zamanla gelişen yapısal değişikliğin temel nedeni kronik inflamasyondur ki aynı zamanda akciğer parankim hasarının ve küçük hava yolu darlığının sebebidir. Hava akım kısıtlanmasına ve muko-siliyer fonksiyon bozukluğu küçük hava yollarındaki kayba katkı sağlar. Oluşan hava akımı kısıtlanması; yinelebilir ve kolay ulaşılabilen spirometrik yöntemle ölçülebilmektedir (23).

2.1.2. Epidemiyoloji

Ülkemizde yapılan prevalans çalışmalarında %13,6-%20 aralığında bulunmuş olup yaklaşık 3 milyon KOAH hastası bulunmaktadır (24).

Ülkemiz de 2010, 2011, 2012 yıllarında ki verilere göre solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3.ölüm nedenidir (25). Dünya ülkelerinde de, ülkemize benzer oranda KOAH ölüm nedenleri arasında 3.sırada yer almaktadır ve yaklaşık tüm ölümlerin %5,5'inden sorumludur (26). KOAH sağlık sistemine önemli bir yük ve ciddi maliyetten sorumludur. 2010 yılında yapılan Küresel hastalık yük çalışmasında KOAH 9.sırada olup ciddi bir hastalık yüküne sahiptir (27).

2.1.3. Risk Faktörü

KOAH çevresel faktör, genetik faktör ve hayat tarzı gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Hastalık gelişiminde en önemli neden tütün kullanımı olsa da çalışma koşulları ve hava kirliliği de önemli oranda hastalık gelişimine katkı sağlamaktadır. Risk faktörleri tablo 1 de özetlenmiştir (23,28).

Tablo 2.1: KOAH'ta risk faktörleri

Çevresel faktörler	Konakçı ile ilgili faktörler
Sigara kullanımı -Aktif sigara kullanımı -Pasif sigara kullanımı -Annenin sigara kullanımı Mesleki karşılaşmalar Hava kirliliği -Dış ortam kirliliği - İç ortam kirliliği Sosyoekonomik faktörler/yoksulluk Diyetle ilgili faktörler -Yüksek tuzlu diyet -Diyette antioksidan vitaminlerin azlığı -Diyette doymamış yağ asitlerinin azlığı Enfeksiyonlar	-Alfa-1 antitripsin eksikliği - Genetik faktörler -Aile öyküsü -Etnik faktörler -Yaş -Hava yolu hiperreaktivitesi -Atopi -Düşük doğum ağırlığı

Sigara dumanı KOAH oluşumu ve ilerleyişi açısından tüm dünya ülkeleri için en önemli risk faktörüdür. Sigara kullanan bireylerde solunumsal semptomların da artış, akciğer fonksiyonlarında azalma ve daha yüksek oranda KOAH mortalitesine sahiptirler. Yalnızca sigara kullanımı değil nargile, puro gibi diğer tütün ürünleri kullanımında riski artırmaktadır. Hatta sigara içenle aynı ortamda bulunmak bile KOAH gelişimine neden olmaktadır (28). Kişilerin meslekleri sebebiyle organik ve inorganik toz, duman ve kimyasal maddelere

maruz kalması KOAH hastası olmalarına neden olabilmektedir. Mesleki maruziyete sigara kullanımı da eklenirse hastalığın seyri dahada kötüye gitmektedir (29). İç ortam hava kirliliği; evlerin düzgün biçimde havalandırılmaması, soba kullanımı ve açık ateşle yakılan odun, kömür, tezekten kaynaklanabilmektedir. Kömür veya biomass kullanımına bağlı hava kirliliği de KOAH gelişimi için önemli bir faktördür (30). Düşük sosyoekonomik düzey bireylerin daha fazla risk faktörüne maruz kalmasına neden olabilir. Yaşam kalitesinin kötü olması anksiyete, tütün kullanımında artış, daha kötü çalışma koşulları dolayısıyla mesleki maruziyetin artması, dengeli ve sağlıklı beslenememeye bağlı olarak KOAH sıklığı artmaktadır (28).

Yetişkin yaştaki akciğer fonksiyonları çocukluk çağında geçirilen akciğer enfeksiyonlarından etkilenebilmektedir. Enfeksiyonlar KOAH akut alevlenmesine sebep olduğu bilinmekle beraber KOAH oluşumundaki etkisi kesin olarak bilinmemektedir (31). KOAH gelişiminde genetik olarak en iyi bilinen sorun alfa-1 antitripsin eksikliği (ATT) olmakla birlikte yaklaşık %1-2 lik kısmını kapsar. KOAH hastalarında ATT çevresel hasarı dahada artırmaktadır (32). Yaş KOAH gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Yaşlanmayla birlikte akciğer parankimi ve küçük hava yollarında KOAH benzeri değişiklikler meydana gelir. Yaşla korele olarak KOAH sıklığı artmaktadır. Bu artışın çevresel faktörlerin birikimine mi yoksa yaşlanmanın bir sonucu mu olduğu kesin olarak bilinmemektedir (33). Önemli bir solunum sistemi hastalığı olan astım da KOAH gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Günümüzde her 5 astım hastasından 1'inde havayolu kısıtlaması kalıcı hale gelmektedir (34).

2.1.4. Fizyopatoloji

Geri dönüşümü olmayan obstrüksiyon, KOAH hastalığının en temel özelliklerindendir. Akciğer parankimi ve solunum yollarının; sigara dumanına, kimyasal maddelere ve tozlara maruz kalmasına bağlı olarak inflamatuvar bir süreç başlamaktadır. Gelişen inflamatuvar yanıtı karşı akciğer yapıları kendini koruyamayarak amfizem, obstrüksiyon, damarsal değişiklik, akciğer

elastikiyetinde azalma meydana gelmektedir ki bu durumlar kişilerin genetik yapısı ve maruziyet ile ilişkilidir (35). Bu inflamasyonun sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte proteaz-antiprotez dengesizliği, oksidan-antioksidan dengesizliği, enfeksiyonlar ve tamir mekanizmasında bozulmanın patogenezele ilişkili olduğu düşünülmektedir (36). KOAH'ın en önemli patolojik değişikliği olan hava akımı obstrüksiyonu proteolitik akciğer doku hasarı ve küçük hava yollarının hastalığı sonucu gelişmektedir. Proteolitik doku hasarına bağlı olarak amfizem, akciğer elastikiyetinde kayıp ve ekspriyumda akciğerin erken kapanmasına neden olur. Hava yolu direncindeki artış ve ekspiruar hava akım hızında azalma, küçük hava yolu hastalığı olarak isimlendirilmektedir. Oluşan hava akımı obstrüksiyonu akciğerdeki gaz değişimini bozmaktadır. Buna bağlı olarak akciğer normalden fazla gaz birikimi olmaktadır. Bu durum inspiruar solunum kaslarının dinlenme süresini azaltmakta ve inspiruar solunum kaslarında kuvvet kaybına neden olmaktadır (37). Akciğerde gelişen bu patolojik değişikliklerin sonucu olarak mukus sekresyonu, amfizem, siliyer fonksiyon bozukluğu, hava akımı kısıtlanması, hava birikimi, gaz değişim anormallikleri ve pulmoner hipertansiyon meydana gelir (38).

2.1.5. Sistemik Özellikler ve Komorbiditeler

KOAH'da sadece solunum sisteminde inflamasyon olmamaktadır aynı zamanda düşük seviyede sistemik bir inflamasyon da vardır. Gelişen bu sistemik inflamasyon KOAH'taki kaşeksi ve kas atrofisine de katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, diyabetes mellitus, depresyon gibi hastalıkları başlatıp şiddetini artırabilmektedir. KOAH'lı bireylerdeki yaşam kalitesini gelişen ek hastalık yükü bozmaktadır (23). İskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıklar KOAH'ta en sık görülen komorbiditelerdir (23,39). Aynı zamanda KOAH olan bireylerde depresyon ve anksiyete sıklığı normal popülasyona göre artmıştır (40).

2.1.6. Atak

KOAH olan bireylerde solunum yolu semptomların da ek ilaç tedavisine gereksinim duyacak şekilde kötüleşmesiyle karakterize akut olaylara atak denir. Bakteriyel, viral enflamasyon, çevresel kirlleticiler atağın başlıca sebebidirler (41). Hava yolunda hiperinflamasyon, mukus üretiminde artış, hava hapsinde artış ana semptom olan nefes darlığına katkıda bulunur (42). KOAH olan bireyler sıklıkla kardiyovasküler komorbiditelere sahiptir bu yüzden atakla akut koroner sendrom ayrımı dikkatlice yapılmalıdır (43).

2.1.7. Tanı ve Hastaların Değerlendirilmesi

KOAH için risk faktörleri olan; tütün kullanımı, evlerde ısınma ve pişirme amaçlı biomass kullanımı, mesleki olarak kimyasal toz maruziyeti olan bireyleri ve dispne, kronik öksürük ve/veya balgam çıkarma gibi semptomları olan kişilerde KOAH araştırılmalı ve tanı spirometrik yöntemlerle doğrulanmalıdır (23).

KOAH düşünülen hastaların değerlendirilmesinde ilk olarak fizik muayene yapılmalıdır. İnspeksiyonda; göğüs ön arka çapında artma, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, pretibiyal ödem, boyun venöz dolgunluğu görülebilir. Akciğer oskulte edildiğinde solunum seslerinin şiddetinde azalma, ekspiriumda uzama, ral, ronküs duyulabilir (43). Fizik muayenede ki bazı bulgular KOAH tanısını desteklesede KOAH tanısını koymada tanısal değeri düşüktür (44).

Spirometre KOAH tanı ve değerlendirilmesinde önemli bir testtir. KOAH düşünülen hastalarda bronkodilaGTTör sonrası $fev1/fvc < \%70$ ise hava akımı kısıtlılığı saptanır. Hava akımı kısıtlılığı bronkodilatör sonrası fev1 temelinde derecelendirilmiştir. Tablo 2’de gösterilmiştir (23).

Tablo 2.2: KOAH şiddetinin spirometrik derecelendirilmesi (BronkodilaGTTör sonrası FEV₁ temelinde).

GOLD Evre	BronkodilaGTTör sonrası FEV₁/FVC < %70
GOLD 1: Hafif	FEV ₁ ≥ %80 (beklenenin)
GOLD 2: Orta	%50 ≤ FEV ₁ < %80 (beklenenin)
GOLD 3: Ağır	%30 ≤ FEV ₁ < %50 (beklenenin)
GOLD 4: Çok ağır	FEV ₁ < %30 (beklenenin)
FEV ₁ : 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite. GOLD: Kronik obstrüktif akciğer hastalığına karşı küresel girişim	

KOAH'ta yaygın kullanılan Modifiye İngiliz Tıbbi Araştırma Konseyi (Modified Medical Research Council, mMRC) anketi sadece nefes darlığına bağlı durumları ölçmektedir. Tablo 3' de gösterilmiştir (43).

Tablo 2.3: mMRC (Modified Medical Research Council) dispne skalası

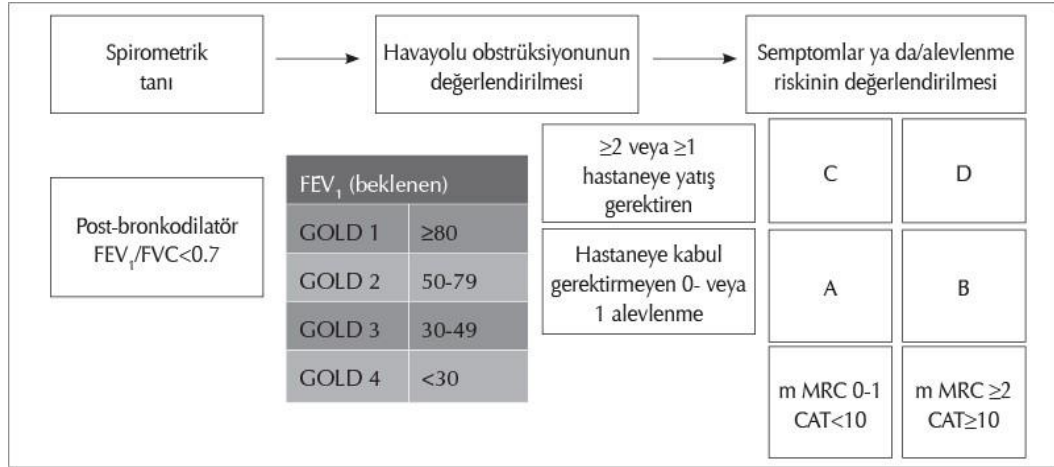
Derece	Tanımlama
Evre 0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefes darlığı
Evre 1	Düz yolda hızlı yürürken ya da hafif yokuş çıkarken nefes darlığı
Evre 2	Nefes darlığı nedeniyle düz yolda kendi yaşlılarına göre daha yavaş yürümek ya da yürürken soluklanmak için ara ara durma
Evre 3	Düz yolda 100 metre yürüdükten sonra veya birkaç dakika yürüdükten sonra soluklanmak için durma
Evre 4	Nefes darlığı nedeniyle ev dışına çıkamamak veya giyinip soyunurken nefes darlığı

KOAH sadece nefes darlığından ibaret olmadığı için KOAH Değerlendirme Testi (COPD Assessment Test, CAT) skoru geliştirilmiş ve CAT skoru KOAH'ın diğer semptomlarında içermektedir ve Tablo 4 'de gösterilmiştir (38).

Tablo 2.4: KOAH değerlendirme testi (COPD Assessment Test, CAT)

Değerlendirilen parametreler	Puan	Değerlendirilen parametreler
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum
Akciğerlerimde hiç balgam yok	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim tamamen balgam dolu
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma var
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
Akciğerlerimin durumuna rağmen evimden dışarı çıkmaya çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evimden dışarı çıkmaya çekiniyorum
Rahat uyuyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle rahat uyuyamıyorum
Kendimi çok güçlü/enerjik hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç güçlü/enerjik hissetmiyorum
Toplam puan		

Bu evreleme sistemlerine göre KOAH sınıflandırılması yapılarak tedavi planına geçilmelidir .Tedavi planı Şekil 1 'de özetlenmiştir (23).



FEV₁: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite.

GOLD: Kronik obstrüktif akciğer hastalığına karşı küresel girişim

mMRC: Modified Medical Research Council CAT: KOAH değerlendirme testi

Şekil 2.1. GOLD 2017'ye göre KOAH'ta yeni değerlendirme şeması

2.1.8. KOAH'da Beslenme ve Yaşam

Malnütrisyon ve kaşeksi KOAH'ta sık görülür. KOAH hastalarındaki istemsiz kilo kaybı akciğerin fonksiyonel kapasitesini, yaşam kalitesini etkileyen ve KOAH'taki mortaliteyi gösteren önemli bir bulgudur. KOAH hastalarındaki kilo kaybı hastalığın ciddiyetiyle korelasyon gösterir ve sadece yetersiz beslenmeye bağlı değildir. Fiziksel aktivitede azalma KOAH hastalığında evre ilerledikçe solunum semptomlarındaki artışa bağlı sık görülür. Basit günlük aktivitenin yapılmasında oksijen ihtiyacı arttığı için kısıtlılık görülebilir (45,46).

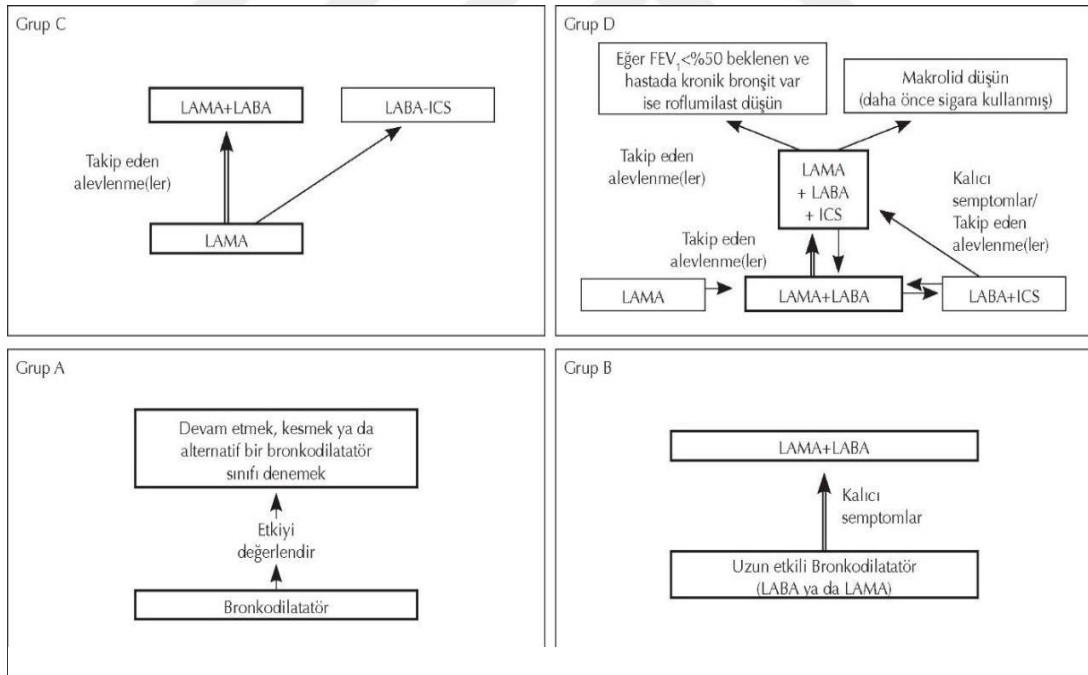
2.1.9. Tedavi

Erken evrede tanı alan KOAH hastaları için en iyi tedavi şekli sebebi ortadan kaldırmak olsa da KOAH hastaları tanı aldıklarında hastalık geri dönüşümsüz evreye girmektedir. Bu yüzden KOAH hastalarında tedavinin amacı; hastalığın ilerlemesini engellemek, semptomları rahatlatmak, atak sıklığını ve ağırlığını azaltmak ve mevcut sağlık durumunu iyileştirmektir (23).

Değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması KOAH hastalığının tedavisinde ilk adımdır. Tütün ürünleri kullanımı bırakılmalı, iç ve dış ortam hava kirliliği giderilmeli, mesleki maruziyetler ortadan kaldırılmalı ve aşılama yapılmalıdır (23).

İlaç dışı tedavi yöntemleri arasında eğitim, fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, girişimsel olmayan tedavi modelleri ve pulmoner rehabilitasyon programları sayılabilir (25,41). İlaç tedavisinin KOAH olan bireylerde mortaliteye olan etkisi net olarak gösterilememiştir (47).

GOLD-2017 kılavuzuna göre tedavideki asıl amaç hastaların semptomlarının ve alevlenme sıklığının azaltılmasıdır. Farmakolojik tedavi sadece semptomu olanlara verilmelidir. Asemptomatik hastalara risk faktörlerine önlem alınmalı ve eğitim verilmelidir. Medikal tedavi KOAH gruplandırılmasına göre yapılmaktadır ve Şekil 2’de gösterilmiştir (23,48).



LABA: Uzun etkili beta agonist, LAMA: Uzun etkili antikolinergik , İKS: İn hale kortikosteroid

Şekil 2.2: GOLD 2017 raporu ABCD evrelemesine göre tedavi önerileri

Grup A; Hasta gruplarında bronkodilatör tedavi başlanmalıdır. Sürekli dispne şikayeti olan hastalara uzun etkili, aralıklı dispne şikayeti olan hastalara kısa etkili bronkodilatör tedavi başlanılmalıdır. Grup A hastalarından minimal semptomu olan kişilere gereksiz yere düzenli tedavi verilmemelidir (23,48).

Grup B; Hasta gruplarında uzun etkili bir bronkodilatör tedavi [Uzun etkili beta agonist (LABA) ya da Uzun etkili antikolinergik (LAMA)] başlanılmalıdır. Yanıt alınamayan hastalara iki grup kombine edilebilir veya grup değişikliğine gidilebilir. Akciğer fonksiyonları, semptomlar ve alevlenmeler üzerine kombine kullanımın tekli kullanıma göre daha etkindir (23,48).

Grup C; Hasta gruplarında ilk olarak LAMA, tedaviye cevap alınamayan olgularda LABA ile kombinasyon önerilmektedir. LABA ile cevap alınamayan hastalarda diğer bir seçenek inhale kortikosteroid (İKS) + LABA'ya geçiş olabilir. Tedaviye LAMA ile başlanmadaki temel sebep LAMA alevlenmeleri LABA'dan daha etkin olarak engellemesidir. LABA+İKS beraber kullanımı akciğerde enfeksiyon riskini artırdığından dolayı sadece astım-KOAH birlikteliğinde kullanılmalıdır (23,48).

Grup D; Hasta gruplarında LAMA+LABA kombinasyonu ilk seçenek olmalıdır. Eğer hasta da astım-KOAH birlikteliği varsa LABA+İKS'de başlangıç tedavisi olabilir. Bu kombinasyonlara alevlenme kontrolü sağlanamazsa LAMA+LABA+İKS olduğu üçlü kombinasyona geçilebilir. Üçlü kombinasyona rağmen sık alevlenen ve tedaviye cevap alınamayan olgularda makrolid başlanabilir. Ek olarak kronik bronşiti olup FEV 1 <%50 ise roflumilastin'inde tedaviye ek bir seçenek olabilir (23,48).

KOAH hastalığının tedavisindeki temel prensip bronkodilatasyondur.

2.2. ASTIM

2.2.1. Tanım

Dünya genelinde yaygın görülen önemli kronik hastalıklardandır. Solunum yollarının kronik inflamasyonu olup birçok uyarana karşı gelişen solunum yollarının aşırı duyarlılığı sebep olmaktadır. Genellikle öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, hırıltı ve hışıltılı solunum ile bulgu vermektedir. Özellikle günün erken saatlerinde yada geceleri olan hırıltı, ciddi nefes darlığı, tekrarlayan öksürükle karakterize yaşamı tehdit eden ataklar görülebilir (49).

2.2.2. Epidemiyoloji

Astım dünya genelinde yaklaşık 300 milyon insanı etkileyen önemli kronik bir hastalıktır. Astımın uluslar arası kabul görmüş bir tanımının olmaması, tanısındaki güçlükler nedeniyle astım prevalansı net olarak ortaya konulamamakla birlikte yaklaşık olarak %1-%16 arasında bir prevalansa sahip olduğu düşünülmektedir (49). Dünyada 2025 yılına kadar 100 milyon kişinin daha astım hastası olacağı öngörülmektedir. Dünya genelindeki her 1000 ölümden 4'den astım hastalığı sorumlu tutulmaktadır. Dünyada yaklaşık olarak her yıl 250.000 insanın astım nedeniyle öldüğü sanılmaktadır (50).

Ülkemizde 2004 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre astım prevalansı %7,4 dür (43). Ülkemizde şehirler, bölgeler arasında astım sıklığı açısından ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Astım daha sık olarak kıyı kesimlerde, şehirlerde ve düşük sosyoekonomik hayat koşullarında görülmektedir (51).

2.2.3. Risk Faktörleri

Astımın ortaya çıkışında birçok risk faktörü bulunup temel olarak 2 grupta toplanmıştır ve tablo 5'de gösterilmiştir (49). Kişisel faktörler bireyi astım hastalığına yatkın kılarken çevresel etmenlerde genetik olarak astıma yatkın bireylerde astım gelişimine neden olur (51).

Tablo2.5: Astımın ortaya çıkışında ve gelişiminde rol alan etkin faktörler

Kişisel Faktörler	Çevresel Faktörler
1)Genetik: -Atopi -Hava yolu aşırı duyarlılığı -Hava yolu inflamasyonuna neden olan genler	Allerjenler: -İç ortam: eviçi akarları, evcil hayvanlar, hamamböceği ve küf mantarları,kedi, köpek -Dış ortam: polenler ve küf mantarları
2)Cinsiyett	Enfeksiyonlar (viral etkenler)
3) Obezite	Mesleki duyarlılaştırıcılar Sigara (aktif ve pasif içicilik) Hava kirliliği (iç ve dış ortam) Diyet

Kişisel faktörler

-*Genetik:* Astımın genetik bir patolojiden kaynaklanabildiğine dair yeterli miktarda bilgi vardır. Çocukların annesinde astım hikayesi varsa risk 3 kat, babada bu hikaye varsa risk 2,5 kat artmaktadır (49,51). Astımdan sorumlu birçok gen vardır. Fakat net olarak astımla bağlantılı özgün bir gen henüz belirlenememiştir (52).

-*Cinsiyet:* Çocukluk döneminde erkek cinsiyet olmak riski yaklaşık 2 kat artırmaktadır. 14 yaşından sonra risk neredeyse eşitlenmekte hatta erişkin yaşta kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (51,53).

-*Obezite:* Çocuklarda ve erişkinlerde Beden Kitle İndeksi (BKİ) artıkcça astım görülme sıklığı artmıştır. BKİ>30 kg/m² olanlarda astım görülme riski artmış ve progresyonu olumsuz yönde etkilemiştir (54).

Çevresel Risk Faktörleri

-*Allerjenler*: Astım alevlenmelerine neden olduğu iyi bilinmekle beraber astım gelişimindeki etkisi tam olarak açıklanamamıştır. Temelde 2 gruba ayrılırlar. Ev akarları, hayvan allerjenleri, küf mantarları, hamam böcekleri temel olarak iç ortam allerjenleri olarak adlandırılırken, polenler ve küf mantarları dış ortam allerjenleri olarak isimlendirilirler (51,53).

-*Sigara*: Aktif sigara içimi veya pasif içicilik astım hastalarında solunumsal semptomlarda artışa neden olur (53).

-*Mesleksel Maruziyet*: Gelişmiş ülkelerde endüstride kullanılan malzemeler ve çalışma şartlarıyla ilişkili olarak astım en yaygın görülen mesleksel solunum sistemi hastalığıdır (55).

-*Enfeksiyonlar*: Astım gelişim mekanizmasında enfeksiyonlar önemli risk faktörleridir. Astımı olan bireyler normal popülasyona göre viral yada bakteriyel enfeksiyona daha duyarlılardır (49).

Diyet, iç ve dış ortam hava kirliliğide önemli çevresel risk faktörlerindendirler (49).

2.2.4. Patogenez

Astım solunum yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Solunum yollarının aşırı duyarlılığı ve astım semptomları bu inflamasyonla ilişkilidir (49,51). Astım oluşum mekanizmasında en önemli etken solunum yolu inflamasyonudur. Oluşan bronkokonstriksiyon, mukozal ödem ve mukus salgısındaki artış inflamasyonun başlamasıyla meydana gelmektedir (51).

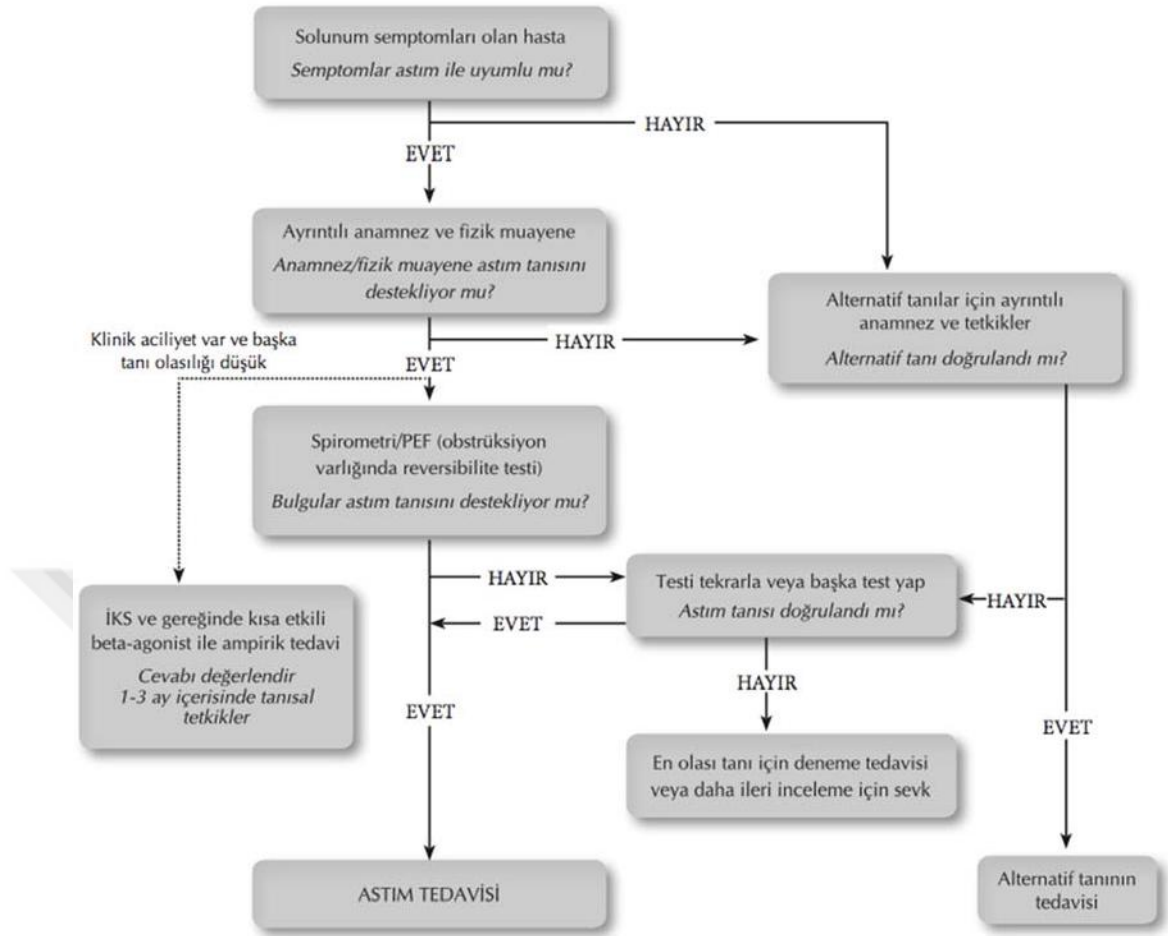
Astımı olan bireylerde semptomlar aralıklı olabilsede solunum yolu inflamasyonu sürekli. İnflamasyon tüm solunum yolunu etkilesede ana bronş üzerindeki etkisi en belirgindir. Solunum yolundaki enflamasyonla; solunum yolu düz kas hücreleri, subepitelyal hücreler, havayolu duvarı ve damar ve sinir ağında değişiklikler meydana gelir. Submukozal salgı bezlerinde sayıca ve fonksiyon olarak

artışı mukus tıkcına neden olarak solunum yolunda daha fazla darlığa neden olur (56). Solunum yollarındaki inflamasyondan; mast hücreleri, eozinofiller, dentritik hücreler, makrofajlar, natural kiler hücreler, lenfosit ve nötrofiller temel sorumlu inflamatuvar yapılar olmakla birlikte epitel, düz kas, endotel hücreleri, fibroblast ve solunum yolları sinirleride katkıda bulunurlar (57). Astımı olan bireylerde solunum yollarındaki inflamasyona yanıt olarak yeniden yapılanma meydana gelebilir. Bu cevap bazen solunum yolunda kalıcı darlıklara neden olur (58).

2.2.5. Tanı

Astım tanısı için detaylı alınmış bir anamnez, fizik muayene ve spirometre yeterlidir. Astım hastalığının tanısında detaylı alınmış bir anamnezin önemi büyüktür. Hastalarda genellikle; tekrarlayan nefes darlığı ve öksürük atakları, hırıltı-hışiltı yakınmaları olur. Ayrıca semptomların mevsimsel değişimi, ailede astım hastası veya atopik bireylerin olması, geceleri semptomların artması, sigara, iç-dış ortam alerjenleri, enfeksiyonlarla alevlenmelerin olması ve astım tedavisine cevap alınması astım tanısını destekleyen bulgulardır (53,59).

Astım hastalarında fizik muayenede patolojik bulgu olmayabilir çünkü astımın semptomları değişkenlik gösterir ve bulgular aralıklı olabilir. Sibilan ronküs, hışiltı en sık rastlanan oskültasyon bulgularıdır. Neredeyse astıma spesifik olabilen hışiltı ağır atak dönemlerinde duyulmayabilir ve yerini siyanoz, uykuya meyil, taşikardi gibi ciddi hayatı tehdit eden bulgulara bırakabilir (53,59). Spirometrik yöntemlerle FEV₁, FVC ve FEV₁/FVC değerleri ölçülebilir. Astım hastalarında FEV₁/FVC oranı daha değerlidir. Bu oran astım hastası çocuklarda < %90, yetişkinlerde < %75 lerdedir (53,59). Astım hastalarına tanısal yaklaşım Şekil 3'de özetlenmiştir (51).



Şekil 2.3: Astım hastalarında tanısal yaklaşım algoritması

2.2.6. Astım Kontrolü

Astım tedavisinin asıl amacı astım kontrolü yani semptom kontrolü ve gelecek risklerin önlenmesidir. Risk değerlendirilmesi tedaviye başlarken, tedavinin 3-6 aylarında ve sonrasında yapılan SFT testiyle değerlendirilir (49). Semptom kontrolü ise Astım kontrol testi ile değerlendirilir ve tablo 6'da gösterilmiştir. Bu teste toplam puanın 20 ve üzerinde olması astımın kontrol altında olduğunu gösterir (53,60).

Tablo 2.6: Astım kontrol testi

1. Son 4 haftada astımınız sizin işte, okulda veya evde yapmak istediklerinizi ne kadar etkiledi?

1 Tamamen	2 Çoğunlukla	3 Bazen	4 Nadiren	5 Hiçbir zaman
-----------	--------------	---------	-----------	----------------

2. Son 4 hafta süresince ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz? [SEP]

1 Günde bir kezden fazla	2 Günde bir kez	3 Haftada 3-6 kez	4 Haftada 1-2 kez	5 Hiçbir zaman
--------------------------	-----------------	-------------------	-------------------	----------------

3. Son 4 hafta süresince astım şikayetleriniz kaç gece veya sabah sizi normal kalkış saatinden önce uyandırdı? [SEP]

1 Haftada en az dört gece	2 Haftada 2-3 gece	3 Haftada bir kez	4 Bir veya iki kez	5 Hiçbir zaman
---------------------------	--------------------	-------------------	--------------------	----------------

4. Son 4 hafta süresince rahatlatıcı inhaler cihazınızı veya salbutamol türü nebulizer cihazınızı kaç kez kullandınız? [SEP]

1 Günde üç kez veya daha sık	2 Günde bir veya iki kez	3 Haftada iki veya üç kez	4 Haftada bir kez veya daha az	5 Hiçbir zaman
------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------------	----------------

5. Son 4 haftadaki astım kontrolünüzü nasıl değerlendirirsiniz? [SEP]

1 Hiç kontrol altında değil	2 Zayıf düzeyde	3 Bir dereceye kadar	4 İyi düzeyde	5 Tamamen kontrol altında
-----------------------------	-----------------	----------------------	---------------	---------------------------

Hasta toplam puanı:

2.2.7. Astım Tedavisi

Semptom kontrolünü sağlamak temel amaç olmakla birlikte atak, hava akımı kısıtlanması ve ilaçların yan etkisi gibi olası durumları engellemektir. Tedaviye başlamadan hasta değerlendirilir, sonrasında tedavi düzenlenir ve tedaviye cevabı izlenir. Tedavideki ilaçlar 3 grupta sınıflandırılabilir (49,51).

1. Kontrol Edici: İdame tedavide kullanılırlar. Solunum yolundaki inflamasyonu azaltırlar.
2. Semptom giderici: Sadece semptom olduğu zaman kullanılırlar.
3. Ağır astımda kullanılan ek tedavi: Tiotropium, teofilin, LTRA, anti IgE, anti IL-5 kullanılabilir (49,51).

Yeni astım tanısı konulan ve ilk defa ilaç kullanacak hastaya semptom ve atak durumuna göre ilaç başlanmalıdır.

-Ayda 2'den az semptomu olan, 2'den az kısa etkili beta agonist (SABA)

ihtiyacı olan, astıma bağlı gece semptomu olmayan, son 1 yılda alevlenmesi ve alevlenme riski (Tablo 7) olmayan hastaya *kontrol edici tedavi* başlanılır.

-Semptomları az fakat bir veya daha fazla alevlenme riski olan hastaya *düşük doz IKS* başlanılır.

-Semptomlar ayda iki-haftada iki arası değişen yada ayda bir veya daha fazla gece semptomu olan hastaya *düşük doz IKS* başlanılır.

-Semptomlar haftada 2'den fazla olan hastaya *düşük doz IKS* veya *LTRA* yada *teofilin* başlanabilir.

-Hergün semptom, haftada bir yada daha fazla gece semptomu, bir yada daha fazla alevlenme riski olan hastaya *orta/yüksek doz IKS* veya *düşük doz IKS+Uzun etkili beta agonist (LABA)* başlanabilir.

-Semptomlar ağır yada atakta kısa süreli *oral kortikosteroid+orta doz IKS+LABA* başlanabilir (49,51).

Tablo 2.7: Astımda alevlenme riskini artıran durumlar

Yetersiz semptom kontrolü
Bir önceki yıl atak öyküsü olması
Yüksek doz kurtarıcı ilaç kullanıyor olması (ayda 1 kutudan fazla)
Yetersiz IKS kullanımı (reçete edilmemiş, hasta uyumsuzluğu ve inhalasyon tekniğinin yanlış olması)
Düşük FEV1 düzeyi (özellikle %60'ın altı)
Major sosyoekonomik ve psikolojik sorunlar
Sigara içimi, allerjen maruziyeti
Komorbiditeler (obezite, rinosinüzit, yiyecek allerjisi)
Serum ya da balgam eozinofilisi
Gebelik
Atak nedeniyle entübasyon veya yoğun bakıma yatış öyküsü
Son 1 yılda bir ya da daha fazla atak geçirme öyküsü

Astım kontrolüne göre tedavi düzenlenir. Kontrolü iyi olmayan hastada tedavi basamağı çıkılıp, kontrolü iyi olan hastada basamak inilir. Tablo 8’de özetlenmiştir (49,51).

Tablo 2.8: Astımda basamak tedavisi

İlk seçenek kontrol edici	1. Basamak	2. Basamak Düşük doz İKS	3. Basamak Düşük doz İKS/LABA	4. Basamak Orta/ Yüksek doz İKS/LABA	5. Basamak 4.Basamak tedaviye ek tedavi başlanabilecek bir merkeze sevk (anti-IgE, tiotropium, anti-IL5 gibi)
Diğer kontrol edici seçenekler	Düşük doz İKS	LTRA üşük doz teofilin	Orta/yüksek doz İKS veya düşük doz İKS+LTRA /+teofilin	Tiotropium ekle Yüksek doz İKS + LTRA /+ teofilin	Düşük doz oral steroid
Kurtarıcı	Gerektiğinde SABA		Gerektiğinde SABA veya düşük doz İKS/Formoterol kombinasyonu		
LABA: Uzun etkili beta agonist, LAMA: Uzun etkili antikolinergik, İKS: İnhalasyon kortikosteroid SABA: Kısa etkili beta agonist					

2.3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİ

2.3.1. Tanım

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, çeşitli sağlık bakım uygulamaları, yöntemleri ve ürünleri olarak tanımlanır (1).

Resmi gazetede 27 Ekim 2014 tarihinde ‘‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’’ yayınlanarak uygulamaya girmiştir (61).

2.3.2. Sınıflandırma

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) geleneksel ve tamamlayıcı tedavi 5 grupta sınıflandırmıştır.

- 1) Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, ayurveda, geleneksel Çin tıbbı, doğal ürünler, hayvansal ürünler, taş, mineraller, meditasyon, masaj ve akupunkturu gibi kültürel kökenli sistemler)
- 2) Beden-Zihin müdahaleleri (müzik terapisi, meditasyon, yoga, rahatlama, psikolojik görüşmeler, maneviyatçılık, dua)
- 3) Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları ya da hayvansal ürünler)
- 4) Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, kiropatik manipülasyon, osteopati),
- 5) Enerji tedavileri (reiki, qigong, elektromagnetik terapiler) (1).

1. Alternatif Tıp Sistemleri

Homeopati; Temel prensip benzer benzer ile tedavi edilirdir. Bir maddenin yüksek dozda olduğu etki, aynı maddenin seyreltilerek elde edilen düşük dozuyla ve insan organizmasının kendi kendini iyileştirebilme gücünü uyararak tedavi edilmesidir (62).

Naturopati; Temel prensipi insan vücudu kendi kendini tedavi edebilme yeteneğine sahip olduğu inancına dayanır. Doğal yaşam tarzıyla bağdaşmayan sağlıksız beslenme, düzenli egzersiz yapılmaması, çevresel kirleticiler ve olumsuz düşüncelerinin hastalıklara neden olduğu ve bu yaşam şeklinin terk edilmesiyle doğanın iyileştire gücüyle iyileşmenin olacağı düşüncesine sahiptir (63).

Ayurveda; Hastalıkları tedavi etmeyi değil önlemeyi ve sağlığın korunmasını amaçlamaktadır. Kişiyi aklen, ruhen ve bedenen denge tutmak temel prensiptir. Kişi mutlu ve sağlıklı olduğu zaman hasta olmayacağına inanılmaktadır. Bitkisel ürünler, masaj ve yoga gibi bedensel terapileride kullanırlar (64,65).

Geleneksel Çin tıbbı; Kişilerin bedenlerinde sahip olduğu yaşam enerjisinin dengelenmesi, sağlıklı yaşama ve sağlığı koruma yolları öğretilme prensibine dayanmaktadır. Geleneksel Çin tıbbı; bitkisel ve nutrisyonel ilaçlar, tai chi, meditasyonu, akupunkturu ve iyileştirici masajlar gibi çeşitli uygulamalar kullanılmaktadır (66).

Akupunktur; Geçmiş 5000 yıl öncesine dayanan Türkçe'ye iğnelemek olarak çevirilebilen alternatif tedavi yöntemidir. Evrendeki mevcut olan herşeyde enerji dengesi var olup hastalıklarda bu enerji akımı blokajı olmaktadır. İnsan vücudunun belirli noktalarına özel iğneler kullanılarak bu enerji blokajı ortadan kaldırılmaya ve endokrin, limbik ve otonom sinir sistemlerinin bir denge ve uyum içerisinde çalışması hedeflenmektedir (67,68).

Dünyada 1979'da akupunktur bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiş ve obstriktif akciğer hastalığıda dahil olmak üzere 80'den fazla hastalıkta etkili olduğu belirmiştir (69). Türkiye'de ise akupunktur 1991 yılında resmi olarak onaylanmış ve 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde tanımlanıp, uygulama esasları belirlenmiştir (61,70).

2.Beden-Zihin Uygulamaları

Zihinle uğraşarak beden sağlığını düzenlemeyi amaçlar.

Müzikoterapi; Kişinin duygularını harekete geçirmede, sakinleşmesinde,

dinlenmesinde, iyileşmeyi sağlamada ve hayat kalitesini artırmak amacıyla müzik telkin ve tedavi amacıyla kullanımıdır (71).

Hipnoz: Bu konuda eğitim almış tecrübeli kişilerce hastayı çevresel uyaranlardan bir süre uzaklaştırıp bilinçaltına girip telkinlere açık olma haline getirmektedir (72).

Meditasyon: Bir çok din ve kültürde uygulanabilen kişinin iç huzuru, sessizliği, sakin ruh halleri elde etmesine ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimleridir (73).

Yoga: Kişinin kendini bedenlen, ruhen ve zihnen eğitip, tanımmasını sağlayan uygulamadır. Yoganın; anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığı, depresip duygu durumu rahatlatığı, baş ağrısı ve uykusuzluğu azaltıp akciğer kapasitesinde arttırdığı ve kaslarda gevşetmeye yardımcı olduğu belirtilmektedir (74,75).

Dinsellik: Kişinin dua etmesi, inanaçlarına bağlı olarak yüce bir varlıkla bağlantı kurma hastalıklarda veya bir problemde bir mucize ile hemen kurtulma ümididir. Dua etme rahatlatıcı bir uygulamadır (76).

3.Biyolojik Temelli Uygulamalar

Bitkisel Tedavi (Fitoterapi): Bitkilerle yapılan tedavidir. Yüzyıllardır bitkiler çeşitli hastalıkların tedavisinde ve hastalık gelişimini önlemede ve modern tıba yardımcı olmak için kullanılır. Doğalsa güvenilirdir düşüncesiyle bitkiler kullanılmakta olsada toksisitesi, yan etkisi olabilir ayrıca kullanılan medikal tedavi ile etkileşime girip olası yan etki potansiyelini artırmaktadır (77).

Kanser hastaları ve kronik birçok hastalıkta olduğu gibi OAH da fitoterapi en yaygın kullanılan GTT yöntemidir (7,10-14). OAH olan bireylerin bölgesel ve kültürel olarak kullandığı bitkisel tedaviler değişmektedir. Kekik, kırmızı adaçayı, ginseng, zerdeçal, papatya, ve duvar sarmaşığı gibi bitkiler asya ülkelerinde kullanılmaktadır (78). Türkiye’de OAH olan bireylerin GTT kullanımına bakıldığında; çörek otu, kuşburnu, ada çayı, nane çayı, kekik, melisa çayı, yeşil çay, ebegümeci çayı, ıhlamur, ısırgan otu, papatya, gül yaprağı daha ön plana, çıkmaktadır (12-15).

Apiterapi; Bal, polen, propolis, bal mumu, arı zehiri ve arı sütünün bazı hastalıklarda kullanımıdır (61).

4.Manüplatif(el) ve Beden Temelli Uygulamalar:

Masaj (ManuelTerapi); Yumuşak dokuları elle yada mekanik olarak uyarılması ile lokal kan akımı artmakta kaslarda laktik asit üretimini azaltmakta, bağ dokusunda iyileşmeyi sağlamaktadır. Kas spasmlarında, miyozit, tendinit, bursit, dismenore, uykusuzluk, migren gibi bir çok tıbbi durumun tedavisinde kullanılabilirler (79).

Şiropomatik (Chiropractic) Manipülasyon (Spinal Manipülatif Tedavi); Uyuşturu olmadan iyileştirme bilimi olarak nitelendirilir. Omurga ve sinir sistemi fonksiyonların bozukluğu sağlığı etkilediği ve omurga da ki bozuklukluklar elle düzeltildiğinde vücut kendi kendinin iyileşmesini sağladığına inanılmaktadır (80).

Refleksoloji; Ellerde, ayaklarda ve kulaklarda bedenin tüm bölgeleri, organları ve sistemleri ile ilişkili refleks noktalarına elle yapılan baskının beden fonksiyonlarında iyileşme sağladığına inanılır (81).

5.Enerji Terapileri

Biyo-elektromanyetik Terapiler; Alternatif ya da doğru akım ve mıknatıslar gibi elektromanyetik alanların alışılmışın dışında kullanımına dayanır.

Biyo-alan Terapileri; Çakra terapisi, duygusal arınma teknikleri, labirent, Qi Gong, Reiki gibi terapiler insan vücudunu çevreleyen enerji alanlarını etkilemeye çalışır.

Reiki; Ruhsal yaşam enerjisi anlamına gelen Reiki, göre yaşam enerjisi düşük olan insanlar daha kolay hasta olur. İnsan bedeninde doğumdan itibaren var olduğu düşünülen iyileştirme gücü enerjisi vardır. Bu enerji aktarımı ile hastaları iyileşeceğine inanılmaktadır (82).

Qi Gong; İnsan vücudundaki enerji akışını artırmak, dolaşımı iyileştirmek ve

bağışıklığı güçlendirmek için yapılan hareket, meditasyon ve solunum kontrolünü birleştiren bir uygulamadır (83).

Diğer Yöntemler

Hirudoterapi (Sülük Tedavisi): Ülkemizde ve dünyada eski çağlardan beri çeşitli rahatsızlıklar için kullanıldığı bilinmektedir. Sülüklerin salyasındaki maddeler sayesinde; antikoagulan, antihipertansif, antidepresan, anestezikler, analjezikler, bakteriyosGTTikler, vazodilaGTTörler, anti-inflamatuar, miyorelaksan gibi etkileri vardır. Bu maddeler organ ve doku hasarını giderdiği, kan basıncını düşürdüğü, ağrıyı azalttığı, depresif bulguları azalttığı ve hipoksiyi azalttığı düşünülmektedir (84).

Hacamat ve Kupa Tedavisi: Kupa uygulamasında vücudun belirli bölgelerine çizik atıp buralardan kupa ile kan alınması hacamat, bölgesel negatif basınç oluşturup kan almadan kupa uygulaması ise kuru kupadır. Hacamatla kirli kanın vücuttan uzaklaştırıldığına inanılır. Kuru kupada bölgeye olan kan akımını artırıp iyileşmeyi hızlandırdığına inanılır (85).

2.3.3. Kullanım Nedenleri

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımıadaki amaçlar; tedaviyi sağlamak, tedaviye destek olmak, güvenilir olduğunu düşünmek, hayat kalitesini artırmak, immün sistemi güçlendirmek, ilaç yan etkisini azaltmak, stres ve anksiyeteyi azaltmak, ağrıyı azaltmak, uykuyu düzenlemek ve son çare olarak kullanılmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerde tıbbi tedavilerle tam kür sağlanamaması, hayat kalitesinde bozulma, hastalığın getirdiği ek yükde GTT kullanmaya yönlendirmiştir (86).

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımındaki artışta kitle iletişim araçlarının rolü büyüktür. Sağlık alanında yapılan yayınlara azami ölçüde dikkat edilmesi gerekmektedir (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışmamız Obstruktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi kullanımını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN UYGULAMA YERİ VE SÜRESİ ÇALIŞMA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran OAH olan bireylerde çalışmayı kabul eden 212 hasta üzerinden 1 Temmuz 2018-30 Ekim 2018 tarihlerinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN KABUL VE RED KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, en az 6 ay önce OAH tanısı almış olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, anket sorularına cevap vermeyi engelleyecek dil veya psikiyatrik problemi olanlar, bronşial hiperreaktivite tanısı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. ETİK KURUL ONAYI

Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından incelenerek; 19.02.2018 tarih ve 46/07 nolu karar numarası ile onay alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Çalışmanın amacı ve protokolü ile ilgili bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılmayı kabul eden 212 OAH olan bireylerde çalışma yapılmıştır. Hazırlanan anket formu sosyodemografik veriler, hastalığının tanısı, süresi ve varsa SFT değerlerini içeren hastalık özellikleri ve GTT kullanımı, ne sıklıkta kullanıldığı, hangi ürünlerin tercih edildiği, ilaç tedavisinde aksamalar, doktorunu bilgilendirmesi, bitkisel ürün hakkında bilgiyi nereden edindiği gibi sorular içermektedir. Hastalara bu anket soruları yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır ve ek tetkik istenmemiştir.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, İstatistiksel analiz için IBM SPSS (Statistics Programme for Social Scientists) 20 (USA) programı kullanıldı. Sürekli verilerden normal dağılıma uyanlar Ortalama $\pm$ Standart Sapma; uymayanlar Ortanca değer (minimum-maksimum) olarak verildi. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Bağımsız gruplar arasında normal dağılıma uymayan iki grup verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi; normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında ise Student t testi kullanıldı. İki veya daha fazla bağımsız kategorik grubun karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 130 astım ve 82 KOAH tanılı hastanın demografik verileri Tablo 4.1.'de gösterildi. Astım tanılı grubun ortalama yaşı 59 (18-93), KOAH grubunun ortalama yaşı 68 (38-86) idi. Astım hastalarının ortalama yaşa daha düşük idi. Astım tanılı hastaların %86,2'si kadın, %13,8'i erkek ; KOAH tanılı hastaların %22'si kadın, %78'i erkek idi. Gruplar arasında belirgin farklılık vardı ($p<0,001$).

Astım tanılı hastaların %28,5'u okur yazar olmayanlardan, %47,7'si ilköğretim mezunu, %23,9'u lise ve üzeri mezunlarından oluşurken; KOAH tanılı hastaların %7,3'ü okur yazar olmayanlardan, %68,3'ü ilköğretim, %24,4'ü lise ve üzeri mezunlardan oluşmaktaydı. Astım tanılı hastaların %12,3'ü, KOAH tanılı hastaların %17,1'i çalışanlardan oluşmaktaydı. Çalışan oranları iki grupta da benzer idi. Astım tanılı hastaların %71,5'inin gelir düzeyi 1500 TL ve üzeri iken bu oran KOAH tanılı hastalarda %74,4 idi. Gruplar arasında belirgin fark izlenmedi.

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik veriler

	Astım n:130	KOAH n:82	p
Yaş, yıl (min-maks)	59 (18-93)	68 (38-86)	0,002
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	112 (86,2)	18 (22,0)	<0,001
Erkek	18 (13,8)	64 (78,0)	
Öğrenim Durumu			
Okur Yazar Olmayan	37 (28,5)	6 (7,3)	0,001
İlköğretim	62 (47,7)	56 (68,3)	
Lise ve üzeri	31 (23,9)	20 (24,4)	
Meslek			
Çalışan	16 (12,3)	14 (17,1)	0,332
Çalışmıyor	114 (87,7)	68 (82,9)	
Gelir Düzeyi			
<1500	37 (28,5)	21 (25,6)	0,650
1500 ve üzeri	93 (71,5)	61 (74,4)	

Hastaların klinik özellikleri Tablo 4.2’de gösterildi. Astım tanılı hastaların hastalık süresi 10 yıl ve daha az olan hasta oranı %47,7; KOAH tanılı hastaların %52,4 idi. Astım tanılı hastaların FEV1, FVC ve FEV1/FVC değerleri KOAH tanılı hastalardan belirgin olarak yüksek saptandı.

Tablo 4.2:Hastaların Klinik Özellikleri

	Astım n:130	KOAH n:82	p
Hastalık Süresi			0,501
≤10 yıl	62 (47,7)	43 (52,4)	
>10 yıl	68 (52,3)	39 (47,6)	
SFT			
FEV1	76±19,3	61±19,1	<0,001
FVC	76±20,2	65±18,2	<0,001
FEV1/FVC	103±12,7	93±15,9	<0,001
FEV1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite, SFT:Solunum Fonksiyon Testi			

Hastaların GTT kullanımları ile ilgili karşılaştırılması Tablo 4.3’de gösterildi. Astım tanılı hastaların %68,5’i; KOAH tanılı hastaların %57,3’ü GTT kullanmakta idi. Genel GTT kullanımı açısından gruplar arasında belirgin bir fark izlenmedi.

Tablo 4.3:Hastaların GTT Kullanımı ve GTT Yöntemlerinin Dağılımı

	Astım n:130	KOAH n:82	p
GTT Kullananlar	89 (68,5)	47 (57,3)	0,099
Sadece Bitkisel Ürünler	50 (38,4)	34 (41,4)	0,329
Hayvansal + Bitkisel Ürünler	39 (30,1)	13 (15,9)	0,083

Hastaların GTT kullanım özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.4’de gösterildi.

Tablo 4.4: GTT Kullanım Özellikleri

	Astım n:89	KOAH n:47	p
GTT kullanırken Medikal Tedaviyi Aksatma			0,094
Hayır	72 (80,9)	32 (68,1)	
Ara sıra	17 (19,1)	15 (31,9)	
GTT Kullanımını Hekimi ile Paylaşma			0,329
Evet	9 (10,1)	2 (4,3)	
Hayır	80 (89,9)	45 (95,7)	
GTT Kullanım Nedeni			0,003
İlaç etkisini arttırmak	48 (53,9)	14 (29,8)	
Yan etkiyi azaltmak	29 (32,6)	16 (34,9)	
Hastalık semptomlarında rahatlama	12 (13,5)	17 (36,2)	
GTT Yöntemini Nereden Öğrendi			0,572
Aile	56 (62,9)	27 (57,4)	
TV	9 (10,1)	4 (8,5)	
İnternet	10 (11,2)	4 (8,5)	
Aktar	14 (15,7)	12 (25,5)	
GTT Yönteminden Fayda Gördü mü?			0,894
Evet	55 (61,8)	28 (59,6)	
Hayır	9 (10,1)	6 (12,8)	
Bilmiyorum	25 (28,1)	13 (27,7)	
Kullandığı GTT Yöntemini Tavsiye Eder mi?			0,497
Evet	49 (55,1)	23 (48,9)	
Hayır	40 (44,9)	24 (51,1)	

Astım ve KOAH tanılı hastalardan GTT kullanan ve kullanmayanların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’de gösterildi. Astım tanılı hastalardan GTT kullananların yaş ortalaması kullanmayanlara göre belirgin olarak yüksek saptandı (p:0,002). KOAH tanılı hastalarda ise bu fark gözlenmedi. Her iki grupta da GTT kullananlar ile kullanmayanların cinsiyet dağılımı benzer idi. Astım tanılı hastalardan GTT kullananlarda ilköğretim mezunu sayısı, GTT kullanmayanlarda ise Lise mezunu sayısı fazla idi. KOAH tanılı hastalarda GTT kullananlar ile kullanmayanların öğrenim durumları benzer idi. Astım tanılı hastalarda GTT kullananlarda çalışmayan hasta oranı belirgin olarak yüksek idi (0,023). KOAH tanılı hastalarda belirgin fark izlenmedi.

Tablo 4.5: Hastaların Sosyodemografik verileriyle GTT Kullanımının Karşılaştırılması

		Astım			KOAH		
		GTT + n:89	GTT – n:41	p	GTT + n:47	GTT – n:35	p
Yaş, yıl (min-maks)		66 (18-93)	55 (18-82)	0,002	68 (44-83)	67 (38-86)	0,858
Cinsiyet, n (%)				0,711			0,713
	Kadın	76 (85,4)	36 (87,8)		11 (23,4)	7 (20,0)	
	Erkek	13 (14,6)	5 (12,2)		36 (76,6)	28 (80,0)	
Öğrenim Durumu				0,001			0,058
	Okur Yazar Olmayan	30 (33,7)	7 (17,1)		6 (12,8)	0 (0)	
	İlköğretim	46 (51,7)	16 (39,0)		32(68,1)	24 (68,6)	
	Lise ve üzeri	13 (14,6)	18 (43,9)		9 (19,1)	11 (31,4)	
Meslek				0,023			0,543
	Çalışan	7 (7,9)	9 (22)		7 (14,9)	7 (20)	
	Çalışmayan	82 (92,1)	32 (78)		40 (85,1)	28 (80)	
Gelir Düzeyi				0,125			0,130
	<1500	29 (32,6)	8 (19,5)		15 (31,9)	6 (17,1)	
	1500 ve üzeri	60 (67,4)	33 (80,5)		32 (68,1)	29 (82,9)	

Astım ve KOAH tanılı hastaların klinik özellikleriyle gett kullanımı Tablo 4.6’da gösterildi. Astım tanılı hastalardan GTT kullananların hastalık süresi 10 yıl ve üzeri olarak saptandı. KOAH tanılı hastalarda bu fark gözlenmedi. Her iki grupta GTT kullananların FEV 1 ve FVC değerleri GTT kullanmayanlara oranla belirgin olarak düşüktü.

Tablo 4.6: Hastaların Klinik Özellikleri ile GTT Kullanımı Karşılaştırılması

		Astım			KOAH		
		GTT + n:89	GTT – n:41	p	GTT + n:47	GTT – n:35	p
Hastalık süresi				0,040			0,237
	<10 yıl	37 (41,6)	25 (61)		22 (46,8)	21 (60)	
	10 yıl ve üzeri	52 (58,4)	16 (39)		25 (53,2)	14 (40)	
SFT							
	FEV1	72±19,9	87±12,6	<0,001	53±18,8	73±12,4	<0,001
	FVC	72±21,5	86±13,2	<0,001	59±18,7	75±12,7	<0,001
	FEV1/FVC	102±13,7	106±10,1	0,162	91±17,3	97±13,5	0,100
FEV1: Birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm, FVC: Zorlu vital kapasite,							

5. TARTIŞMA

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler insanlığın var oluşundan itibaren başvurulan yöntemler olmakla birlikte kullanımı son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde artış göstermektedir (88). WHO'nun yaptığı açıklamaya göre 2000'li yıllarda Avrupa, Avusturalya ve Kuzey Amerika'da GTT kullanımını %50 civarlarında ve en sık başvurulan yöntem bitkisel ürünler olarak bulunmuştur (89). GTT kullanımı konusunda 15 ülkede yapılan çalışmaların derlemesinde dünya genelinde %9,8-%76 oranında GTT kullanıldığı tespit edilmiştir (90). Günümüzde kronik hastalıkların sayısındaki artış GTT kullanımındaki artışın önemli bir sebebi olabilir. Yapılmış olan bir çalışmada normal popülasyona göre GTT kullanımı kronik hastalığa sahip bireylerde daha yüksek oranda bulunmuştur (91). Kronik hastalığa sahip bireyler; hastalıklarının doğal seyri, pek çoğunda bilinen korunma ve tedavi yöntemleri ile tam kür sağlanamaması, yaşam kalitesinin bozulması ve hastalığın getirdiği ek psikiyatrik problemler veya sağlık hizmetlerine ulaşımındaki güçlüklerden dolayı GTT yöntemlerine yönelmekte veya yönlendirilmektedir (92).

Astım hastalarında GTT kullanımı konusunda 17 ülkede yapılan çalışmalar incelendiğinde %4-%79 oranında GTT kullanıldığı tespit edilmiştir. Astım hastalarında en fazla solunum egzersizleri, homeopati ve bitkisel ürünleri tercih ettiği belirtilmiştir (16). Farklı ülkelerde bu oran değişebilmektedir. Kanada'da %36,8 (17), ABD %42 (21) olarak bulunmuştur. Ülkemizde Astım hastalarında GTT kullanımını araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır (13-15,22). Bu çalışmalarda en az bir GTT yöntemi kullanımı %43,1 (13) - %63 (22) oranlarında değişim göstermektedir. Bu çalışmalarda da en sık bitkisel ürünler kullanılmıştır. Ülkemizde pediatrik astım hastalarında yapılan iki önemli çalışmada da GTT kullanım oranı %67 (18) ve %49(19) olarak bulunmuştur. Pediatrik hastalarda hayvansal ürün kullanımı daha planda olmuştur. Çalışmamızda astım hastalarında GTT kullanma oranı %68,5 bulundu. Kullananların büyük çoğunluğu %56,1 ile bitkisel ürünleri tercih etmişlerdi. Örneklem seçimindeki farklılıklar, metodolojik farklılıklar, çalışmanın yapıldığı bölge, çalışmanın yapıldığı hastaların dini inanışları, yaşam biçimleri gibi birçok faktör bu oranın farklı olmasında etkili olabilmektedir.

Çalışmanın yapıldığı bölgelerde kullanılan GTT yöntemleri de bölgeden bölgeye farklılıklar gösterebilmektedir.

Avusturalya’da yapılan bir çalışmada KOAH hastalarında GTT kullanımı %41 oranında bulunmuştur (20). Ülkemizde yapılan çalışmalarda KOAH hastalarında %33,6 – %86,3 oranlarında GTT kullandığı tespit edilmiştir. En yaygın başvuru yöntemi bitkisel ürünlerdir (12-15). Akıncı ve arkadaşlarının astım ve KOAH hastalarında yapmış olduğu çalışmada GTT kullanım oranı %86,3 ile ülkemizde yapılan çalışmalar içinde en yüksek oranda bulunmuştur. Ayrıca ülkemizde yapılan diğer çalışmaların aksine hastaların en sık kullandığı GTT yöntemi nefes egzersizi olmuştur (15). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda KOAH hastaların GTT kullanımı %33,6(14), %43,2 (13) ve %72,1 (12) olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda KOAH hastalarının GTT kullanım oranı %57,3 olarak belirlenmiş olup yurtdışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarla benzer oranda sonuçlanmıştır. GTT kullanan KOAH hastaların büyük bir kısmı %72,3’ü bitkisel ürün kullanmıştır.

Yapılan çalışmaların çoğunda hastaların sosyodemografik verileriyle GTT kullanımı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Litaretürde yer alan bu bilgiler değişkendir. NCCAM ve Ulusal Sağlık İşGTTislikleri Merkezinin 2008 yılı aralık ayı verilerine göre GTT kullanımı eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde, kadınlarda ve gelir düzeyi yüksek grupta daha fazla olarak bulunmuştur (93). Onkoloji hastalarında yapılan çalışmada GTT kullanımı ile sosyodemografik veriler arasında ilişki bulunamamıştır (94). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda eğitim ve ekonomik düzeyi düşük hastalarda (95), kadın cinsiyet ve ileri yaşta (96) GTT kullanımının daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bizde çalışmamızda astım hastalarında sosyodemografik verileri ile GTT kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırdık. GTT yöntemi kullanan hastaların yaş ortalaması kullanmayan hasta grubuna göre belirgin olarak yüksek saptandı. Bunun nedeni yaşıyla birlikte kronik hastalık sayısında artış olabilir. Birden fazla hastalığın olmasında daha çok ilaç kullanımı, daha fazla hastalık semptomuna neden olabilir. Kişiler hastalık semptomlarını gidermek ve kullandığı ilaç sayısını azaltmak için daha fazla GTT yöntemine başvurmuş olabilir. Eğitim seviyesi düşük olan ve çalışmayan hasta grubunda GTT yöntemi kullanımı daha fazlaydı. Bunun sebebi kişilerin eğitim seviyesi arttıkça GTT kullanımına daha

bilinçli yaklaştığı ve eğitim seviyesi düşük olanların GTT kullanımı konusunda daha kolay yönlendirilebileceği, araştırmadan GTT yöntemini deneyebilecek olması olabilir. Çalışmayan hastalar kitle iletişim araçlarıyla daha fazla zaman geçirmeleri ve reklamlarda, TV programlarında GTT kullanımını özendirici yapılan yayınlara bağlı olarak GTT kullanımı yüksek olabilir. Çalışmamızda astım hastalarının sosyodemografik verilerinden cinsiyet ve gelir düzeyi ile GTT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamıştır. Bunun nedeni yaygın kullanılan GTT yöntemlerinin maliyetinin ucuz olması ve kolay ulaşılabilir olması olabilir. Çalışmamızda erkek hastalar, gelir seviyesi düşük hastalar ve çalışan sayısı az idi. Hasta dağılımı farklı olsaydı sonuçlarımızda farklı bulunabilirdi.

Çalışmamızda KOAH hastalarının sosyodemografik verilerinden; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek ve gelir düzeyi ile GTT kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. KOAH hastalarının genel popülasyonuna bakıldığında hastaların çoğunluğu ileri yaşta ve erkek hastaydı. Çalışmamızda gelir düzeyi düşük, eğitim seviyesi düşük hasta ve çalışan hasta sayısı azdı. Hasta popülasyonu daha farklı olsaydı sonuçlarımızda daha farklı olabilirdi.

Abadoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalığın tanı süresiyle GTT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur(13). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda diyabet hastalarında (97) ve kanser hastalarında (98,99) hastalık süresi uzadıkça GTT kullanma oranı artmıştır. Bizi çalışmamızda astım süresi > 10 yıl olan hastalarda GTT kullanma sıklığı anlamlı olarak artmaktadır. Astımın kronik bir hastalık olması nedeniyle hastalık süresi uzadıkça hastaların kesin çözüm arayışı artmakta ve GTT'lere yönelim göstermesi olabilir. KOAH hastalarında hastalık süresi ile GTT kullanımı arasında ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda astım ve KOAH hastalarında SFT değerleriyle GTT kullanımı karşılaştırıldığında FEV1 ve FVC değeri düşük olanlarda GTT kullanımı daha fazla olduğu bulunmuştur. SFT değerleri hastaların evrelendirilmesinde kullanıldığı düşünülürse evre ilerledikçe hastalar daha fazla GTT yöntemine başvurmuşlardır. Evre ilerledikçe hastalık semptomları daha fazla olmakta ve hastalar GTT yöntemlerine yönelmiş olabilir. Diğer taraftan literatürde bu konuyu irdeleyen başka çalışmalara rastlayamadık.

Çalışmamızda GTT yöntemi kullanan astım ve KOAH hastalarında GTT kullanırken medikal tedaviyi aksatma durumu sorgulandığında; astım hastasından %19,1'i, KOAH hastasından %31,9'u tedavilerini ara sıra aksatmaktaydı. Tamamen medikal tedaviyi kesen hasta yoktu. Bu oran diğer yapılan çalışmalarla %84'ü (14), %98,1'i (97) ve %98,8'i (18) uyumludur. Bu verilere göre hastaların GTT yöntemlerini temel tedavi olarak görmediği medikal tedaviye yardımcı bir yöntem olarak gördüğü düşünülebilir.

Tayland'da yapılan bir çalışmada hastaların %64,4'ü GTT kullanımını hekim ile paylaşmamıştır (100). Ulusal literatüre yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların %72'si (97), %73'ü (101) ve %92'si (99) GTT kullanımını hekim ile paylaşmamıştır. Çalışmamızda da astım hastalarının %89,9'u, KOAH hastalarının %95,7'si GTT kullandığını hekimine bildirmemiştir. Bu yöntemleri kullanan kişiler GTT uygulamalarıyla hekimlerin ilgilenmedikleri, mesafeli yaklaştıkları, olumsuz geribildirim alacaklarından korktukları için yada bunun tıbbi bir tedavi olmadığı için hekimle paylaşmamış olabilirler.

GTT kullanma nedenlerine baktığımızda genel olarak hastalık semptomlarını hafifletmek (20), ilaç yan etkisini azaltmak (14), medikal tedaviye destek olmak (18), fiziksel ve psikolojik rahatlama (94) gibi nedenler ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunluğu hastalık semptomlarında rahatlama, medikal tedavinin etkisini artırmak ve ilaç yan etkisini azaltmak amacıyla kullandıklarını belirtmektedir. Sonuç olarak gerek bizim çalışmamız gerekse diğer literatür verilerinde kronik hasta gruplarında tıbbi tedavi ile tam olarak kür sağlanamayan bu hastalıktan ve semptomlardan kurtulmak için alternatif tedavi yöntemleri arayışına girdiklerini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda hastalar GTT yöntemlerini büyük bir çoğunluğu aileden ve tanıdıklardan, daha az bir kısmı aktar, internet ve TV'den öğrenmiştir. Bu bulgular ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumlu (13, 14, 91, 94, 97) olmakla birlikte batı ülkelerinde sosyal medya ve internet ön plana çıkmaktadır (20,102). Bu farklılığın sebebi ülkemizde sosyal ilişkilerin daha güçlü olduğundan ve eğitim seviyesindeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda GTT kullanan KOAH hastalarının %59.6'sı fayda gördüğü belirmişken %48.9'u GTT yöntemini başkalarına önermiştir. Astım hastalarının ise %61.8'i fayda görmüş ve %55.1'i GTT yöntemini başkalarına önermiştir. Bu düşüşün sebebi hastaların GTT yönteminden fayda gördükleri hususunda “objektif olmadıkları” ya da fayda görseller bile kendilerine faydalı olan şeylerin diğer insanlarda istenmeyen etkileri olabileceğini düşündükleri için olabilir.

Tercih edilen GTT yöntemi yaşanan coğrafyaya, kültürlere ve inançlara göre farklılık göstermektedir (98). Batı ülkelerinde en sık başvurulanan GTT yöntemleri multivitamin, multimineral, derin nefes egzersizleri, meditasyon, masaj terapisi, hipnoterapi ve aromaterapi olarak görülmektedir (20). Ülkemizde Astım ve KOAH hastalarında yapılan diğer çalışmalara baktığımızda bitkisel ürünler ve gıda takviyelerinin kullanımı ön plandadır (12-16). Kronik hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda da sırasıyla bitkisel ürünler, vitamin takviyeleri ve aromaterapi kullanıldığı bulunmuştur (91,96,). Bizim çalışmamızda da astım hastalarının %56.1'i sadece bitkisel ürün ve %43.8'i ise bitkisel ve hayvansal ürünleri beraber kullanmıştır. KOAH hastalarında ise %72.3'ü sadece bitkisel ürün ve %27.6'ı bitkisel ve hayvansal ürünleri birlikte kullanmışlardır. Ülkemizde kültürel bir alışkanlık olarak, bitkisel tedavilere diğer GTT yöntemlerine kıyasla daha sık olarak başvurulmakla birlikte, bitkisel tedavilerin daha popüler olmalarının nedeni, daha kolaylıkla bulunmaları ve nispeten ucuz olmaları olabilir. Birçok insan bitkisel tedavileri, doğal olanın güvenli olduğuna dair inanca bağlı olarak kullanmaktadır.

Kullanılan bitkisel ürünlere baktığımızda diğer hastalıklarda olduğu gibi astım ve KOAH hastalarında da bölgesel, kültürel ve ekonomik olarak çok çeşitli ürünler kullanılmaktadır. Dünya geneline baktığımızda geleneksel çin tıbbında yer alan ve daha çok Çin, Hindistan ve diğer Asya ülkelerinde kullanılan bitkilerin kekik, duvar sarmaşığı, ginseng , zerdeçal ve kırmızı adaçayı olduğu görülmektedir (103). Ayrıca uzak doğuda bulunan Çin, Kore Cumhuriyeti ve Vietnam gibi ülkelerde geleneksel tıbbın kendi sağlık sistemlerine tümüyle entegre edildiği bilinmektedir (104). Bu ülkelerde sağlık sigorta sistemlerinin bu ürünlerin teminini sağlaması ekonomik olarak bitkisel ürünlerin kullanımını artıran bir nedendir. Avusturalya'da yapılan bir çalışmada ise sarımsak en yaygın kullanılan bitkisel ürünü olmuştur (20).

Bizim çalışmamızda sırasıyla keçiboynuzu pekmezi, çörekotu ve bitkisel karışımlar en sık kullanılan bitkisel ürünlerdi. Ulusal literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer bitkisel ürünlerin kullanıldığını bildirilmiştir (12-16). Bitkisel ürünler yapılan çalışmaların çoğunda en sık kullanılan yöntem olmasına rağmen hiçbirinin bilimsel olarak tedavideki etkinliği henüz kanıtlanmamıştır (103). Çalışmamıza dahil olan hastalarda en fazla kullanılan hayvansal ürünler sırasıyla bal, bıldırcın yumurtası ve arı poleni-sütüydü. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda bölgesel ve kültürel farklılık gösterebilir genel olarak benzer ürünler kullanılmıştır (12-16).

Dünya ülkelerinde akupunktur (67,68), nefes egzersizleri (27), homeopati (62), reflexoloji (81), gibi yöntemlerde ön planda olmasına rağmen bizim çalışmamızda hiçbir hasta bu yöntemleri kullanmamıştır. Bu yöntemlerin, maliyetlerinin bitkilere kıyasla yüksek olması, erişimin zor olması, ülkemizde uygulayacak kişilerin sayısı az olmasından dolayı bu yöntemler kullanılamamış olabilirler.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda astım hastalarının %68.5'i, KOAH hastalarının %57.3'ünün en az bir GTT yöntemi kullandığı belirlendi. Günümüzde toplumun önemli bir kesimi tarafından kabul gören bu uygulamaları göz ardı etmek toplum sağlığını korumadan çok risk etmeye yol açar. Standardizasyondan yoksun, mevzuat ile düzenlenmemiş alt yapıdan eksik, ehil olmayan kişiler tarafından yapılan, denetimsiz ve dolayısıyla istismara açık bir alanın daha fazla göz ardı edilmesi bu tür hizmetleri alanların yarardan çok zarar görmesine sebep olacaktır.

En fazla kullanılan GTT yöntemleri sırasıyla bitkisel ürünler ve hayvansal ürünlerdi. Bitkisel ürünlerdende en fazla keçiyoynuzu pekmezi, çörekotu ve bitkisel karışımlar kullanılmaktaydı. Bal, bildircin yumurtası ve arı poleni-sütü en sık kullanılan hayvansal ürünlerdi. Astım hastalarında yaş artıkça GTT kullanım oranıda artmıştır. Çalışan ve eğitim seviyesi yüksek astım hastalarında GTT kullanım oranı daha düşük bulunmuştur. Hastalık süresi uzun ve solunum fonksiyon testleri (SFT) değerlerinden FEV1 ve FVC'si düşük olan hastalarda GTT kullanımı daha fazlaydı. Hastaların çoğunluğunun GTT yöntemlerini arkadaşları ve ailelerinden öğrendileri belirlendi ve en sık GTT yöntemlerine başvurma nedenleri ilaç etkisini artırmaktı.

Astım ve KOAH hastaları GTT kullanırken tamamı medikal tedaviye devam etmişlerdir. Bu da hastaların GTT'i temel tedavi yöntemi olarak değil alternatif bir yöntem olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Hastaların yarıdan fazla GTT yönteminden fayda gördüğünü belirtirken daha az bir kısımda başkalarından önermişti.

Astım hastalarının %89.9'u, KOAH hastalarının %95.7'si GTT kullanımını doktoruyla paylaşmamıştır. Hastalarımızın büyük bir kısmı GTT kullanımını hekimlerle paylaşmamıştır. Bu nedenle sağlık çalışanları olarak hastayı bilgilendirmek ve doğru bilgiye ulaşmasını sağlamak amacıyla hastalarımızın GTT kullanımı sorgulanmalıdır. Hastalarımıza GTT yöntemlerinin etki mekanizması, doza bağımlı olarak zararlı olabileceği, medikal tedavi ile etkileşime girebileceği, medyadaki bilgi kirliliği konusunda bilgilendirilmeli ve doğru bilgiye ulaşması sağlanmalıdır. Bunun içinde sağlık çalışanlarında GTT yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir..

7. KAYNAKLAR

1. What is complementary and alternative medicine? National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health. [http://nccam.nih.gov/health/whatiscam.](http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/) / Erişim tarihi:06.06.2018
2. Sirois FM. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complement Ther Med* 2008;16:73- 80.
3. Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M. Utilization of complementary/alternative services by women with breast cancer. *J Health Soc Policy* 2003;16:75-84.
4. Kam-Lun E.Hon.Complementary and alternative medicine for childhood asthma: an overview of evidence and patents. *Recent Patents on Inflammation & Allergy Drug Discovery* 2015,9,66-79.
5. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva, WHO.2002 www.who.int/topics/traditional_medicine/en/ Erişim tarihi:06.06.2018
6. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. *Güncel Gastroenteroloji*, 2004. 8(3):231-35
7. Ceylan, S., Azal, Ö., Taşlipinar, A., Türker, T., Açikel, C. H. ve Gulec, M. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 2009.17:78-83,
8. 17. Robinson, M, M. ve Zhang, X. The World Medicines Situation Traditional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Geneva: WHO Press., 2011.
9. Türk N, Süner A. Hipertansif olgularda non-farmakolojik yöntem ve antihipertansif ilaç kullanımının analizi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2008 23(4):133-42,
10. Ceylan, S., Hamzaoglu, O., Kömürcü, S., Beyan, C. ve Yalçın. A. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 2002 10:94-99,.

11. Akyol, A, D., Yildirim, Y., Toker, E. ve Yavuz, B. The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. *Journal of Clinical Nursing* 2011., 20:1035-1043,
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794401/> Erişim tarihi:06.06.2018
13. Abadoğlu O, akmak E, Kuzucu Demir S. The view of patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on complementary and alternative medicine. *Allergol Immunopathol*, , 2008. 36(1):21-5
14. Argüder E, Bavbek S, şen E, Köse K, Keskin O, Saryal S, Mısırlıgil Z. Is there any difference in the use of complementary and alternative therapies in patients asthma and COPD? A cross-sectional survey. *J Astma*, 2009. 46(3):252-8,
15. Akıncı AC, Zengin N, Yıldız H, şener E, Günaydın B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 2011.17:571-582,
16. https://www.researchgate.net/publication/7011507_Complementary_and_alternative_medicine_use_in_asthma_Who_is_using_what/ Erişim tarihi:06.06.2018
17. <https://www.semanticscholar.org/paper/Complementary-and-alternative-asthma-treatments-and-Chen-FitzGerald/489474a6047997bb5171cf5df554fa1080b3e7e5/> Erişim tarihi:06.06.2018
18. Y.Kaya. Bölgemizde 1Çocuklarda Bronşial Astım Tedavisinde Alternatif Tedavi Yöntemleri Kullanımı.Çocuk Dergisi 2009.9(2):84-89,
19. Orhan F, Sekerel BE, Kocabaş CN, Sakesen C, Adalıoğlu G, Tuncer A. Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2003; 90:611-5
20. George J, Kong DCM, Stewart K, Ioannides-Demos LL and Santamaria NM. Use of complementary and alternative medicines by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Med J Aust*, 2004 181 (5): 248-251,
21. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1345/aph.1D319?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=aopd / Erişim tarihi:06.06.2018

22. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03823.x> /
Erişim tarihi:06.06.2018
23. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Available from: <http://goldcopd.org> (Erişim tarihi: 1 Haziran 2017)
24. Kocabaş A, Hancıoğu A, Trkılmaz S, naln T, Umut S, akır B, Vollmer W, Buist S. Prevalance COPD in Adana, Turkey (BOLD-Turkey Study). Proceedings of the American Thoracic Society 2006, 3:543,
25. nal B, Ergr G, Horasan G, Kalaa S, Szmen K. Trkiye kronik hastalıklar ve risk faktrleri sıklığı alışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.)
26. Lpez-Campos JL, Ruiz-Ramos M, Soriano JB. Mortality trends in chronic obstructive pulmonary disease in Europe, 1994–2010: a joinpoint regression analysis. The lancet Respiratory medicine. 2014;2(1):54-62
27. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012 380:2095-128,
28. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. American journal of respiratory and critical care medicine. 2007;176(6):532-55.
29. Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM, Gudmundsson G, Welte T, Nizankowska-Mogilnicka E, et al. COPD in never smokers: results from the population-based burden of obstructive lung disease study. CHEST Journal. 2011;139(4):752-63
30. Lopez AD, Mathers CD, Ezatti M. Global burden of disease and risk factors. Washington, DC: World Bank, Oxford University Press, 2006.
31. Annesi-Maesano I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Monograph. 2006;38:41.
32. Hardin M, Cho M, McDonald M-L, Beaty T, Ramsdell J, Bhatt S, et al. The clinical and genetic features of COPD-asthma overlap syndrome. European Respiratory Journal. 2014;44(2):341-50

33. Mercado N, Ito K, Barnes PJ. Accelerated ageing of the lung in COPD: new concepts. *Thorax* 2015; 70(5): 482-9
34. Vonk J, Jongepier H, Panhuysen C, et al. Risk factors associated with the presence of irreversible airflow limitation and reduced transfer coefficient in patients with asthma after 26 years of follow up. *Thorax* 2003; 58(4): 322-7
35. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2013;380(9859):2224-60.
36. Teramoto S. 1. COPD pathogenesis from the viewpoint of risk factors. *Internal medicine*. 2007;46(2):77-80
37. Brashier BB, Kodgule R. Risk factors and pathophysiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Assoc Physicians India*. 2012;60:17-21.)
38. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiñç E, Ergen B, Gürgün A, et al. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu 2014. Official journal of the Turkish Thoracic Society. 2014;15
39. Fabbri LM, Luppi F, Beghe B, Rabe KF. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur Respir J*, 31:204-12, 2008
40. Hanania NA, Müllerova H, Locantore NW, Vestbo J, Watkins ML, Wouters EF. Determinants of depression in the ECLIPSE chronic obstructive pulmonary disease cohort. *Am J Respir Crit Care Med*, 183(5):604-611, 2011
41. Barbera JA, Roca J, Ferrer A, et al. Mechanisms of worsening gas exchange during acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 1997, 10:1285-91, 1
42. Anthonisen N, Manfreda J, Warren C, Hershfield E, Harding G, Nelson N. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of internal medicine*. 1987;106(2):196-204
43. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi*, 201011(Ek 1):1-25,

44. Loveridge B, West P, Kryger MH, Anthonisen NR. Alteration in breathing pattern with progression of chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis* 1986, 134:930-4,
45. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med*, 2008.35(2):158-76,
46. Belza B, Steele BG, Hunziker J et al. Correlates of physical activity in chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res*, 2001,50:195-202,
47. Celli BR, Thomas NE, Anderson JA, Ferguson GT, Jenkins CR, Jones PW, et al. Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstructive pulmonary disease: results from the TORCH study. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2008;178(4):332-
48. KOAH Çalışma Grubu KOAH'ta temel tedavi: Hastalık gelişiminin ve ilerlemesinin önlenmesi. İn: Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı. Edtr: Köktürk N. 2017;12-14.
49. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (Update 2017).
50. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;59:469-78.)
51. Türk toraks derneği astım tanı ve tedavi rehberi 2016. Available from: <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1082017TTD-Astim-Tani-ve-Tedavi-Rehberi-2016.pdf>(Erişim tarihi:06.06.2017)
52. Holgate ST. Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:1139-46.)
53. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2012 (update
54. Nermin Güler. Obezite ve Astım. *Curr Pediatr* 2007; 5.

55. Balmes J, Becklake M, Blanc P, Henneberger P, et al. American Thoracic Society SGTTeament: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:787-97.)
56. Karaatmaca B, Şekerel BE. Astım. In: Şekerel BE (ed). *Çocukluk Çağında Alerji Astım İmmunoloji*. İstanbul: Ada Basın Yayın 2015:411-39
57. Chung KF. Airway smooth muscle cells: contributing to and regulating airway mucosal inflammation? *Eur Respir J* 2000;15:961-8.
58. Al-Muhsen S, Johnson JR, Hamid Q. Remodeling in asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128:451-62.)
59. Karaman ve ark. Çocukluk Çağında Astım. *Güncel Pediatri* 2006; 3: 56-62
60. -Thomas M, Kay S, Pike J, Williams A, et al. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline-defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey. *Prim Care Respir J* 2009;18:41-9.
61. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği.(2014). T.C. Resmi Gazete, 29158, 27 Ekim 2014.
62. Önder Sezer. Homeopathy: A New Shining Integrative Medicine Method in Turkey. *Euras J Fam Med* 2015;4(1):1-6 [Günnur Başar. Homeopati:Doğal,Yan Etkisiz ve Bütünsel Bir Tedavi Yöntemi.Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(4).
63. Murray MT, Pizzorno JE: Naturopathic medicine. Essentials of complementary and alternative medicine. Ed. Jonas WB, Levin JS, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 1999;305-6.
64. Barnes P, Bloom B. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United SGTTeas, 2007. *Natl Heal SGTTe Rep*. 2008;12:1–24.
65. Cooper E. Ayurveda and eCAM: A closer connection. *Evid based complement altern med*. 2008;5(2):121–2.
66. Get The Facts. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is complementary and alternative medicine(CAM)? 2002. <http://NCCAM.nih.gov/health/whatiscam/index.htm> . Erişim Tarihi: 15 Ocak 2018.

67. Eyüp Horasanlı ve ark. Medikal Akupunktur. Yeni Tıp Dergisi 2008;25:70- 75.
68. Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. Ann Intern Med, 2003.;138:898–906,
69. Kavaklı A. Akupunktur. Fırat Tıp Derg. 2010;15(1):1–4.
70. T.C. Resmi Gazete, 29 Mayıs 1991, sayı: 20885, T.C. Resmi Gazete, 17 Eylül 2002, sayı: 24879.
71. Lord VM, Hume VJ, Kelly JL, Cave P, Silver J, Waldman M ve ark. Singing classes for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. BMC Pulmonary Medicine, 2012.;12:69,
72. Özlem Erel,Kamil Varlık Erel.Hipnoz ve Genel Tıp Pratiğinde Kullanımı.Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(4).
73. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Bialy L, Hooton N,Buscemi N, Dryden DM, Klassen TP. MediGTTion practices for health: sGTTe of the research. Evid Rep Technol Ases, 2007;155: 1- 263,
74. Emin Cihan Duyan. İŞ VE YAŞAM GTTİMİNİNDE YOGA’NIN ETKİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt XXVI, Sayı 1, 2007, s. 25-34.
75. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H. Yoga for depression: The research evidence. J Affect Disord. 2005;89(1-3):13–24.
76. Bryd, R.C. Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population. Southern Medical Journal, 81 (7):826, 1998
77. Mine Sibel Gürün. Bitkisel Ürünlerin ve Gıda Desteklerinin Kullanımında Arka Plan; Hekimler Ne Bilmeli? Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(4):6-12.
78. Guo R, Pittler MH, Ernst E. Herbal medicines for the treatment of COPD: a systematic review. Eur Respir J, 28: 2006;330–338 ,.
79. Madenci E. Klasik Masaj. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 53 2007.; 58- 61,

80. Ernst E. Chiropractic: a critical evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5): 2008;544-562,.
81. Tabur H, Basaran EBZ. Refleksoloji'ye Giriş, 1. Baskı. İzmir, Kitapdostu Yayınları 2009;11-140.
82. Miles P. Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. *Adv Mind Body Med*. 2007;22(2):20–6.
83. National Center for Complementary and Alternative Medicine, <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/>, Erişim tarihi: 15 Ocak 2018
84. Gödekmerdan A, Arusan S, Bayar B, Sağlam N. Tıbbi sülükler ve hirudoterapi. *Türkiye Parazitol Derg*, 35: 2000;234-9,
85. Yrd. Doç. Dr. Memet Işık Dr. Fatma Nihal Aksoy. Tıbbî sülük tedavisi (hirudoterapi) ve Hacamat. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*.2012- 22.
86. Chang KH, Brodie R, Choong MA, Sweeney KJ, Kerin MJ. Complementary and alternative medicine use in oncology: a questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC Cancer*. 2011;11:196.
87. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/en/> Erişim tarihi:06.06.2018
88. G.Özçelik. Why is Phytotherapy Preferred? *Ankara Med J*, 2015, 15(2):48- 58.
89. National Academy of Sciences. Complementary and Alternative Medicine in the United States. The National Academies Press, Washington D.C., 2005. <http://www.nap.edu/catalog/11182.html>, Erişim Tarihi: 16 Ocak 2018
90. Harris et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *Int J Clin Pract*, 2012, 66(10): 924-939, 2012.
91. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-kronik-hastaligi-olan-bireylerin-tamamlayici-ve-alternatif-tedavileri-kullanma-durumu-78153.html>
92. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. *Sted*, 14: 2005;.182-187,

93. <http://nccam.nih.gov>.Source: Barnes PM, Bloom B, Nahin R. CDC National Health SGTStatistics Report # 12. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United SGTtes 2007. December 2008. / Erişim tarihi:06.06.2018
94. https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_14_3_68_73.pdf/ Erişim tarihi:06.06.2018
95. Akyürek S,Önal C,Kurtman C. Akciğer kanserli alternatif tedavi kullanımı. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 2005; 15: 73-77.
96. Güven řD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumu. Balıkesir Sağlık Bil Derg, 2(3):160-165, 2013
97. <https://www.oatext.com/pdf/FMC-1-106.pdf> Erişim tarihi:06.06.2018
98. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı:Literatür Taraması. Uluslararası hematoloji-onkoloji dergisi 2008, 1(18):32-38,
99. Gözüml S, Tezel A, Koc M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. Cancer Nurs, 2003;26:230-6,
100. Sripa, S., Usage of and cost of complementary/alternative medicine in diabetic patients. J Med Assoc Thai, 2005. 88(11): p. 1630-7.
101. Karadeniz C, Pinarlı FG, Oguz A, et al. Complementary/alternative medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. Pediatr Blood Cancer 48: 2007;5-3
102. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20044334>Erişim tarihi:06.06.2018
103. Guo R, Pittler MH, Ernst E. Herbal medicines for the treatment of COPD: a systematic review. Eur Respir J, 28: 330–338 , 2006.
104. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. World Health Organization Geneva, Switzerland, www.who.int/topics/traditional_medicine/en/, Erişim Tarihi: 9 Ocak 2018

8. EKLER

8.1. ANKET FORMU

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLARINDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİ KULLANIMI

ANKET FORMU

Obstrüktif Akciğer Hastalıklarıyla ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Obstrüktif Akciğer Hastalarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı” dır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni obstrüktif akciğer hastalarında alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullanım sıklığını ve bununla ilişkili faktörleri belirleyerek tedavide hastalarımıza yol gösterici olmaktır. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır.

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyet : 1-) KADIN ☐ 2-) ERKEK ☐

2. Yaş:

3. Öğrenim durumunuz nedir?

1-) Okuryazar değil ☐ 2 -) İlkokul Mezunu ☐ 3 -) Ortaokul Mezunu ☐

4 -) Lise Mezunu ☐ 5 -) Üniversite Mezunu ☐

4.Çalışma durumunuz nedir?

1-) Ev hanımı ☐ 2-) Serbest meslek ☐ 3-) Devlet memuru ☐

4-) Özel sektör çalışanı ☐ 5-)Emekli ☐ 6-) Çalışmıyor ☐

5. Aylık toplam geliriniz ne kadar?

1-) <1500 TL ☐ 2-) 1500-3000 TL ☐ 3-) >3000 TL ☐

B. HASTANIN OBSTRÜKTİF HAVA YOLU HASTALIĞINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

1. Astım ☐ 2.KOAH ☐

2. Kaç yıldır Astım/KOAH tanısı var?

1-)< 5 yıl ☐ 2-) 5-10 yıl ☐ 3-) >10 yıl ☐

3-Hastanın SFT değerlendirmesinden

FEV1:..... FVC:..... FEV1/FVC:.....

C. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİ ALMA DURUMU

1. Astım/KOAH hastalığınızın tedavisinde ilaç dışında herhangi bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullandınız mı?

1-) Hayır kullanmadım ☐ 2-) Evet sürekli kullanıyorum ☐ 3-) Arasına kullanıyorum ☐

2. Kullandığınız Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri hangisi/hangileridir?

1-)Bitkisel ürünler Evet ☐ Hayır ☐

1-Ada çayı ☐ 2-Çörek otu ☐ 3- Ebegümeçi çayı ☐ 4-Isırgan otu ☐

5-Keçiboynuzu ☐ 6-Keten tohumu ☐ 7-Kekik çayı ☐ 8 -Maydonoz suyu ☐

9-Limon ☐ 10-Papatya ☐ 11-Meyan kökü ☐ 12- Nane çayı ☐

13-Sarımsak ☐ 14-Turp ☐ 15-Yeşil çay ☐ 16-Zencefil ☐

17-Zerdeçal ☐ 18-) İçeriğini bilmediğim karışık bitkisel ürünler ☐

19 Diğer

2-)Hayvansal ürünler Evet ☐ Hayır ☐

1-Bıldırcın yumurtası ☐ 2-Bal ☐ 3-Arıpoleni, sütü ☐ 4 Diğer.....

3-) Nefes alma egzersileri Evet ☐ Hayır ☐

4-)Masaj Evet ☐ Hayır ☐

5-)Meditasyon Evet ☐ Hayır ☐

6-)Akupunktur Evet ☐ Hayır ☐

7-)Dini uygulamalar Evet ☐ Hayır ☐

1-Dua ☐ 2-Muska Yazdırmak ☐ 3-Namaz Kılmak ☐ 4-Diğer.....

8-)Mağara ziyaretleri Evet ☐ Hayır ☐

9-)Diğer.....

3. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken doktor tarafından verilen tedaviyi değiştirdiniz mi?

1-)Hayır değiştirmedim ☐

2-)Evet alternatif ürün kullandığım için bazen tedavimi aksattığım oldu☐

3-)Evet bu ürünleri kullanırken ilaçlarımı kullanmadım. ☐

4. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığınızı doktorunuza söylediniz mi?

1-Hayır söylemedim ☐

2-Evet söyledim ☐

5. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini neden kullanma ihtiyacı hissediyorsunuz?

1- Kullandığım ilaçların etkinliğini artırması için kullanıyorum ☐

2-Alternatif tedavinin tıbbi ilaçlara göre daha az yan etkisi olacağını düşünüyorum☐

3-İlaçlar için ödediğim ücret çok fazla ☐

4-İlaç kullanmak zorunda olduğumu düşünmüyorum, Astım/KOAH hastalığıma bağlı herhangi bir şikayetim olmuyor. ☐

5-İlaç kullanmama rağmen bana bir faydası olmuyor ☐

6. Kullandığınız Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini nereden öğrendiniz?

1-Ailemden, tanıdıklarımdan ☐ 2-Televizyondan ☐ 3-İnternette ☐ 4-Aktardan ☐

7. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden fayda gördünüz mü ?

1-)Evet fayda gördüm ☐ 2-)hayır faydası olmadı ☐ 3-)Bilmiyorum ☐

8. Kullandığınız Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini başka/başkalarına önerir misiniz?

1-)Evet ☐

2-)Hayır ☐

8.2. ETİK KURUL ONAY



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 19.02.2018

KARAR NO : 46/07

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniğinden **Doç.Dr. Cenk AYPAK** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Esra DOĞAN'** a ait "**Obstrüktif Havayolu Hastalarında Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı**" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYILAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye

Prof. Dr. Bahadır KÜLAH
Üye

Uz. Dr. Ali YALÇINDAĞ
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

Dr. Ferda ALPAŞLAN PINARLI
Üye

Hülya BALA
Üye

Biyom. Müh. Burcu DEMİR
Üye

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Esra Doğan

Doğum yeri ve tarihi: Ortaköy/Aksaray 18.06.1990

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Muaf

İletişim adresi ve telefonu: Ziraat Mahallesi Şehit Haluk Çağlar caddesi
No:12/22 Altındağ/Ankara, 05535753872

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ertuğrul Gazi Anadolu Lisesi

Aksaray Ortaköy İstiklal İlköğretim Okulu

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi: Ortaköy Toplum Sağlığı Merkezi, 17.09.2014 – 15.03.2016

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 21.03.2016
– 21.03.2019

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: yok

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: yok

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: yok

Ödüller: yok

Projeleri: yok

Verdiği konferans ya da seminerler: Zor Hasta ve Yakınları

Katıldığı paneller: yok

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:
Kupa Sertifikası, RİA Sertifikası

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar: yok

Diğer üyelikleri: yok