

TC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK
MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI

KRONİK VİRAL HEPATİT HASTALIKLARINDA ALTERNATİF TIBBİ
ÜRÜNLERİN KULLANIMI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mahmut DÜLGER

SAMSUN-2013

TC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK
MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI

KRONİK VİRAL HEPATİT HASTALIKLARINDA ALTERNATİF TIBBİ
ÜRÜNLERİN KULLANIMI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mahmut DÜLGER

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa SÜNBÜL

SAMSUN-2013

TEŞEKKÜRLER

Tıp fakültesine öğrencilik ve asistanlık eğitim döneminde benden bilgi, beceri, tecrübelerini esirgemeyen ve bu yolda emeği geçen değerli hocalarım; Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu, Prof. Dr. Mustafa Sünbül, Prof. Dr. Şaban Esen, Doç. Dr. Esra Tanyel, Doç. Dr. Nuriye T. Fışgın'a.

Ayrıca asisitanlık dönemimde desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Aydın Deveci, Yrd. Doç. Dr. Hava Yılmaz'a...

Benimle birlikte asistanlık döneminde çalışan tüm doktor, hemşire ve personel arkadaşlarıma...

Hayatında okuma tutkusuyla büyüyen, benim de bu mesleği seçmeme neden olan ve mesleki hayatımda ahlaki tüm değerlerin bir anlamda çerçevesini ortaya koyan, pırıl pırıl tertemiz duygu dolu çocuk yüreğiyle beni tıp fakültesine yolcu ederken “Hastaları parası yok diye sakın madur etme” diyen (Nur içinde yatsın) hayatın bizden alıp götürdüğü sevgili kardeşim İsmet'e...

Benim bu seviyeye gelmemde hiçbir zaman maddi manevi desteğini esirgemeyen, okutan sevgili emekçi abim Mehmet'e ve tüm aileme...

Ve hayatımda gece gündüz demeden benimle beraber hüznü, kederi, sevinci paylaşan kimi zaman uykusuz kalan eşim sevgili Elif'e teşekkürler

Dr. Mahmut DÜLGER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KISALTMALAR	II-III
TABLO LİSTESİ	IV
ÖZET	V-VI
ABSTRACT	VII-VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. Genel Bilgiler	1
2.1. Kronik Viral Hepatitler	1
2.1.1. Kronik Hepatit B	2-5
2.1.2. Kronik Hepatit C	5-6
2.2. Kronik Hastalık Tanımı	6-7
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	7-9
2.4. Kronik Hastalıklarda TAT Kullanım Nedenleri	10-11
2.5. Fitoterapinin Tanımı ve Günümüzdeki Durumu	11
2.5.1. Amerika Birleşik Devletleri	11-13
2.5.2. Avrupa ve Asya Ülkeleri	13-14
2.5.4. Gelişmekte Olan Ülkeler	14-15
2.5.5. Fitoterapinin Yan Etkileri	15-18
2.5.6. Ülkemizde Hekimlerin Fitoterpiye Bakışı ve Aktarların Durumu	18-19
2.5.7. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi uygulamada Türkiye’de Mevzuat	19-20
3. GEREÇ YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	20
3.3. Çalışmanın Kapsamı	20
3.4. Verilerin Toplanması ve Derlenmesi	21
3.4.1.Kişisel Özellikler	21
3.4.2.Verilerin İstatistiksel Olarak Verilerin Değerlendirilmesi	21

4. BULGULAR	21-26
5. TARTIŞMA	27-38
6. KAYNAKLAR	43-48
7. EKLER	

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
HBV: Hepatit B virüsü
HCV: Hepatit C virüsü
KHB: Kronik Hepatit B
KHC: Kronik Hepatit C
HSK: Hepatosellüler kanser
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
TCM: Geleneksel Çin Tıbbı
AST: Aspartat aminotransferaz
ALT: Alanin aminotransferaz

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
TabloI. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Sınıflaması	9
TabloII. Amerikalıların En Sık Kullandıkları Bitkisel Ürünler	12
TabloIII. Hastaların Demografik Özellikleri	22
TabloIV. Alternatif Tıbbi Ürün Kullanan Hastalarda Elde Edilen Bulgular	24
TabloV. Hastaların Kullandıkları Alternatif Tıbbi Ürünler	26
TabloVI. Çalışmaya Katılan Doktorların Bildiklerini Belirttikleri Ürünler	35
TabloVII. Bazı Bitkilerin İlaçlarla Etkileşimi	37

ÖZET

KRONİK VİRAL HEPATİT HASTALIKLARINDA ALTERNATİF TIBBİ ÜRÜNLERİN KULLANIM SIKLIĞI

GİRİŞ

Günümüzde bilim ve teknolojiadaki gelişmelere paralel olarak hastalıkların tanı ve tedavisinde kanıta dayalı sağlanan gelişmeler sayesinde insan ömrü uzamakta ve bu nedenle toplumda kronik hastalığa sahip bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Bitkisel ilaçlarla ilgili bilimsel araştırmaların yetersizliği, bu konuda uygun olmayan ve yasal yönetmeliklerdeki eksiklikler, kontrol mekanizmalarının tam olarak işlememesi, yeterli ve doğru bilgilendirmenin olmaması, sözlü, görsel ve yazılı basın yayın organları tarafından yapılan yayınların da etkisiyle bitkisel ilaç kullanımını, halk sağlığı açısından önemli bir sorun haline getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2000 yılındaki raporuna göre Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika'da yaşayan insanların %50'sinin tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerinden birini kullandığını belirtmektedir. DSÖ'nün insanların %80'inin doğal tedaviye inandığını açıklaması bu popüleritenin iyi bir göstergesidir. Yine aynı kurumun verilerine göre bu yöntemler içinde de en çok kullanılan bitkisel ilaçlardır.

Çalışmamızın amacı polikliniğimize başvuran kronik viral hepatit hastalarının demografik özelliklerini, tedavi amacıyla ne tür ürünler kullandıklarını, kullanılan alternatif tıbbi ürünlerin kullanım sıklığını, süresini, bu ürünlere erişimdeki bilgi kaynaklarını, doktorlarına bu konuda bilgi verip vermediklerini kesitsel olarak araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine kronik viral hepatit tanısıyla başvuran hastalarda 01 Nisan 2012 – 30 Eylül 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya medikal tedavi alan, medikal tedavisi sonlandırılan, medikal tedaviye yanıtı olmayan ve herhangi bir antiviral verilmeden takip edilen kronik viral hepatit B ve C hastaları alınmıştır. Hastalarla ilgili olarak veri toplanmasında 26 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Veriler hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Windows ortamında SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 200 hastanın % 54'ü erkekti. Hastaların % 75'i kronik hepatit B (KHB) ,%25'i kronik hepatit C (KHC) hastaları oluşturmaktadır

Çalışmamızda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi ürün kullanım oranını %26 (52/200) olarak saptadık. En sık kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla enginar %44.2, bal %28.8 , maydanoz %15.4 özütü idi. Alternatif tıbbi ürün kullanan hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında,eğitim düzeyi ilkokul mezunu hastalarda bu oran %42,3(22/52), eğitim düzeyi (ortaokul-lisemezunu) hastalarda %32,6(17/52), eğitim düzeyi (yüksek okul mezunu) %17,3, okur-yazarlığı olmayan hastalarda bu oran %7,7 (4/52) olarak tespit edildi. Eğitim düzeyi ile alternatif tıbbi ürün kullanma arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Hastaların %46,2'si (24/52) kullandığı bitkisel ürün hakkında doktoruna bilgi vermediklerini belirtirken, %53,8'si (28/52) kendisini takip eden ve tedavisini planlayan doktorunu bilgilendirdiği ifade etmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif ürün kullanan hastaların %75'i (39/52 hasta) konvansiyonel tıp dışı alternatif tıbbi ürünlerle tedaviye inandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların büyük bir kısmı kullandığı bu ürünler hakkında bilgi kaynağını; televizyon-radyo %34,6(18/52) , internet %34,6 (18/52) olarak belirtmiştir. Ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tıbbi ürün kaynağı olarak; benzer hastaların önerileri, komşu, akraba, arkadaş vb (%30,8) olarak saptandı. Bu ürünleri kullanan hastaların %67,3 (35/52) araştırmayı kendisi yaparken % 32,7'sini(17/52) hasta akraba veya arkadaşları araştırmış.

SONUÇ

Kronik hastalıklarda alternatif tıbbi ürünlerin kullanımı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Alternatif tıbbi ürünleri kullanan hastaların bu konuda doktorlarına bilgi vermemesi, bu ürünlerin ve karışımlarının denetimsiz şekilde satışının yapılması, özellikle yazılı ve görsel basında konunun uzmanı olmayan kişiler tarafından bilimsellikten uzak çıkar amaçlı yayınlar yapılması bu sorunu daha da karmaşık hale getirmektedir. Toplumun doğru şekilde yönlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, doktorlar ve medyaya önemli görevler düşmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Kronik viral hepatit hastalıklarında alternatif tıbbi ürünler, toplum sağlığı

ABSTRACT

FREQUENCY OF ALTERNATIVE MEDICAL PRODUCTS IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS DISEASES

Introduction

Nowadays, human life is prolonged and individuals with chronic disease are increased due to developments in science and technology and evidence-based developments in the diagnosis and treatment of diseases. the use of herbal medicine, has become a major problem for public health due to the lack of scientific research, legal regulations, control mechanism and the lack of accurate and adequate disclosure on herbal drugs and the effects of verbal, visual, written publications by broadcasting organizations. According to the report of The World Health Organization (WHO) in 2000, it was reported that 50 % of individuals in Europe, Australia and The North America were referred to use a one method of the complementary and alternative medicine (CAM). The explanation of WHO about 80 % of individuals believe natural treatment is a good indicator of its popularity. According to data from the same institute, one of the most widely used method is herbal medicine.

The aim of this study is to investigate the cross-sectional data from the patients admitted to our department with chronic viral hepatitis about demographic characteristics, what kind of products they use for the treatment, the frequency, time of alternative medical products and access to information sources for these products and whether they talk about this subject with their doctors.

Materials and Methods

The study was conducted with the patients admitted to infection diseases clinic in Medical Faculty of Ondokuz Mayıs University with diagnosis of chronic viral hepatitis between dates of April 1-September 2012. Patients receiving a medical treatment, after treatment, unresponsive to medical treatment or without any antiviral therapy with chronic viral hepatitis B and C were taken to the study. 200 consecutive patients were enrolled in the study; a questionnaire consisting of 26 questions about patients was used as a data collection form. Data were collected through face to face interview. SPSS 15.0 statistical package of Windows was used.

Results

Of 200 patients included the study, 46% of women, 54% were male. 75% of patients were with chronic hepatitis B (CHB), (59.5% HBeAg positive or negative chronic

hepatitis B, 15.5% Inactive hepatitis B), 25% were with chronic hepatitis C (CHC). It was found that the rate of use of complementary and alternative medical products was 26% (52/200) in our study. The most commonly used alternative medical products, respectively, artichokes, honey, parsley extract. When analyzed the education level; patients graduated from primary school were 42.3% of patients (22/52), with moderate level of education (high school) were 32.6% of patients (17/52), patients with higher levels of education (high school graduate) 17.3% and patients without literacy were 7.7% (4/52), respectively. It was reported that patients giving information to their doctor about alternative therapy were 46.2% (24/52), the other group that were planned their treatment with a doctor were 53.8% (28/52). 75% of patients receiving complementary and alternative products (39/52 patients) explained that they believed the non-conventional medicine with alternative therapy medical products. It was indicated that the information source of products were television, radio, the Internet by 69.2% of patients (36/52). In addition, as a source of complementary and alternative medical products; the recommendation of similar patients neighbors, relatives, friends, etc. (30.8%), respectively. While 67.3% of patients (35/52) investigated these products themselves; relatives or colleagues of 32.7% (17/52) of patients.

Conclusion

The use of alternative medical products for chronic diseases is an important public health problem. This situation becomes even more complex due to patients receiving alternative medical products did not give information to their doctors about this subject and the selling uncontrolled these products and mixtures and unscientific publications especially from unspecialized people in the written and visual media. Department of Health, doctors and the media play an important role for properly directing of community.

Keywords: chronic viral hepatitis, alternative medical products, public health.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tamamlayıcı ve alternatif tıp(TAT); belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır.(CAM Research Methodology Conference,1995).

Dünya Sağlık Örgütünün 2000 yılındaki raporunda Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika'da yaşayan insanların %50'sinin TAT yöntemlerinden birini kullandığını ve bu yöntemler içinde de en çok kullanılanların bitkisel ilaçlar olduğunu açıklamıştır. (Gürün, 2004).

Sözlü ve yazılı basın organları tarafından yapılan abartılı yayınların da etkisiyle, halk arasında tedavi amaçlı bitkisel ürün kullanım sıklığı artış göstermektedir. Bitkisel ilaçlarla ilgili bilimsel araştırmaların yetersizliği, bu konuda uygun yönetmelik, kontrol mekanizmalarının ve yeterli bilgilendirmenin olmaması bitkisel ilaç kullanımını halk sağlığı için önemli bir sorun haline getirmiştir. Halk arasında bitkisel ilaçların doğal olduğu için zararsız olduğu düşüncesi yanlıştır ve bu bitkisel ürünlerin de ciddi yan etkileri olabilir. Son yıllarda bitkisel ilaçların yan etkileri ile ilgili yayınların sayısında önemli bir artış vardır.

Yapılan araştırmalar, bitkisel ilaç kullanımının çok yaygın olmasına rağmen, kullanıcıların konu ile ilgili doktorlarını bilgilendirmediklerini ortaya koymaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada hekimlerin % 28,2'si anamnez alırken ve reçete yazarken hastalarına bitkisel ürün kullanıp kullanmadıklarını sorduklarını ve doktorların büyük bir çoğunluğunun bitkisel ürünlerle ilgili bilgileri televizyon ve internet aracılığıyla öğrendikleri saptanmıştır. (Gamsızkan, 2010)

Çalışmamızın amacı kliniğimizde kronik viral hepatit tanılarıyla takip edilen hastaların; demografik özelliklerini, kullanılan alternatif tıbbi ürünleri, bu ürünlerin kullanım sıklığını, kullanım süresini, bilgi kaynaklarını, kendisini takip eden ve tedavisini yapan hekime bu konuda bilgi verip vermediklerini araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Viral Hepatit

Kronik viral hepatit terimi; 6 aydan uzun süren, sıklıkla fibrozisin eşlik ettiği, hepatit C, hepatit B veya hepatit B ile ilişkili hepatit D virüsünün neden olduğu, hepatosellüler nekroz ve inflamasyonu tanımlamak için kullanılır.

Klinik olarak otoimmün hepatit, metabolik, genetik bozukluk (Wilson hastalığı, kalıtsal hemokramatoz, α 1-antitripsin eksikliği), alkolik karaciğer, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı, ilaçla indüklenmiş karaciğer hastalığı ve granümatöz hastalıklar gibi viral olmayan hepatit nedenleri kronik viral hepatitle karıştırılır.

Kronik viral hepatitler serolojik veya moleküler testler ile diğer hepatitlerden ayırt edilebilir. Kronik viral hepatitler kronik hepatitlerin en sık nedenidir. Dünya genelinde yaklaşık 350-400 milyon insan HBV ile enfekte ve 175 milyonu HCV ile enfektedir. Yalnızca ABD’ de 1.25 milyon insan HBV ile ve 4 milyon insan HCV ile enfektedir.

Siroz gelişim potansiyeli, portal hipertansiyon ve sonunda hepatosellüler karsinom gibi komplikasyonlar nedeniyle dünya genelinde kronik viral hepatit 15. en sık ölüm nedenidir. ABD’de ise 10. en sık ölüm nedenidir.

ABD’ de kronik viral hepatitin yıllık maliyeti 1 milyar dolardır. Kronik viral hepatit gelecek nesiller için önemli sağlık sorunu ve ekonomik yıkım olacaktır. Ancak Hepatit B’yi önlemek için aşı bulunmaktadır. (Dienstag, 2009).

2.1.1.Kronik Hepatit B

Dünyada yaklaşık 2 milyar insan hepatit B virüsü (HBV) ile karşılaşmış olup, seropozitifdir (bağışıklık gelişmiş veya enfekte). Bunlardan 400 milyon kişi kronik HBV enfeksiyonu, bunların da yaklaşık %7-30’unun HBV varyantları ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %5 (%0,1-20)’i ise inaktif taşıyıcıdır(Tekeli ve Birengel, 2009). İnaktif taşıyıcılar, çoğu kez HBV’ye bağlı herhangi bir rahatsızlık geliştirmeden normal yaşamlarını sürdürürken, çok az bir kısmı KHB’ye dönüşebilmekte; az bir oranda da HBsAg temizlenmektedir (%2/yıl).

HBV, başlıca enfekte vücut sıvılarının perkutan ya da permukozal temasıyla, cinsel temasla, enfekte kişilerle cinsellik dışı yakın temas (horizontal) ve enfekte anneden bebeğe perinatal (vertikal) olarak bulaşır.

Akut HBV enfeksiyonunu takiben erişkinlerin %5-10’unda kronikleşme görülür. Doğumda bebeğe immunoprofilaksi yapılmazsa HBeAg pozitif anneden doğan bebeklere bulaş %70-90 oranındadır. HBeAg negatif anneden bu geçiş %5-20 oranındadır. HBeAg pozitif anneden doğan bebeklerde HBV’nun temizlenmesi güçtür ve bu nedenle %95 kronikleşme olur. Kronik enfeksiyon gelişmesinde primer HBV enfeksiyonun, yüksek insidansta erken yaşta alınmış, yüksek infektif dozda virüs bulaşı

ile başlamış olması ve anikterik seyretmesi, etnik köken ve diğer viral faktörlerin (HBV genotipi, konak immunitesinden kaçan dirençli ya da mutans virüs, prekor mutasyon) rol aldığı düşünülmektedir. Global olarak isimler atfedilmiş infeksiyon hastalıkları arasında “sessiz katil” olarak bilinen hepatit B infeksiyonu, gerçekten de ismini hak edercesine, zaman içerisinde sinsi bir seyirle infekte hastaların %15-40’ında siroz, karaciğer yetmezliği ve HSK gelişmesine ve her yıl yaklaşık 0.5-1.2 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. KHB infeksiyonu prevalan, coğrafik değişiklikler göstermektedir

Yüksek endemisite(HBsAg prevalansı >%8) alanlarında hastalığın genel bulaş yolu, perinatal veya infeksiyonun okul öncesi öncesi çocukluk döneminde alınması şeklindedir. Perinatal geçişte annenin HBeAg pozitifliği önemlidir. İmmünoprofilaksi yapılmazsa %70-90 oranında bebeğe geçiş sözkonusudur. HBeAg negatif ise bu oran %5-20 kadardır. Japonya hariç Uzak Doğu ve İsrail hariç Orta Doğu, Afrika ve Güne Amerika’nın bazı bölümleri oldukça yüksek endemisitedir. Asya ve Afrika’da primer HBV infeksiyonu yüksek prevalans göstermektedir.Özellikle Çin,Endonezya,Filipinler,Moğolistan,Korei Güney ve Batı Pasifik Adaları,Amazon Nehrinin uzandığı iç kısımlar,Afrikanın büyük bir kısmında(Sahra-altı) ve Alaska’da HBsAG taşıyıcılık prevalansı yüksek olup,%8’in üzerindedir.

Orta endemisite (HBsAg prevalansı (%2-7) alanlarında bulaş hem perinatal hem de horizontal olmaktadır. Türkiye’de yaklaşık % 6 (%3.9-12.5) prevalansla tahminen 3.5 milyon kişi HBV ile karşılaşmıştır ve yaklaşık HBsAg pozitif olan 700.000 kişi ise kronik HBV hastasıdır. Doğu Avrupa,Fransa hariç Akdenize kıyısı olan Güney Avrupa ülkeleri,Rusya,İspanya,İsrail,İran,Suriye,İrak,Hindistanın yer aldığı Güneyorta ve Güneybatı Asya,Japonya,Honduras,Guatemala,Güney Amerikanın bazı kısımları-Amazon Nehri çanağındaki pek çok alan- gibi orta endemisite gösteren bölgeler arasında yer almaktadır.Bu bölgelerde daha çok horizontal bulaş sözkonusudur.Perinatal bulaş %10-20 oranında görülmektedir

Düşük endemisite (HBsAg prevalansının (<%2) alanlarında infeksiyon genç erişkin dönemde horizontal olarak ortak enjektörle intravenöz (iv) ilaç kullanımı veya güvenli olmayan cinsel temasla kazanılmaktadır. IV ilaç bağımlıları, homoseksüeller, kronik böbrek yetmezlikli hastalar ve bunlara hizmet veren diyaliz personeli, çok sayıda cinsel partneri olan kişiler, kronik HBV infeksiyonu olan kişilerle aynı evde yaşayanlar,

bakım evlerinde izlenen mental retarde bireyler ve sağlık personelleri riskli grubu oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri(ABD),Kanada, Meksika, Güney Amerika'nın güney bölgeleri, Yeni Zellanda,Avusturalya,Batı Avrupa ülkelerinde prevalans <%2 düşük seviyelerde olup; Kuzey Avrupa ülkeleri Norveç,Finlandiya,İsveç ile İngiltere, İrlanda gibi ülkelerde $\leq$ %0.2 olarak saptanmaktadır.Buralarda parenteral bulaş özellikle iv ilaç kullanımı ve yüksek riskli cinsel temasın bulaş ve kronikleşme açısından daha ön planda olduğu görülmektedir.

Kronik HBV hastalığı klinik olarak sıklıkla sessiz seyretmektedir. Hastaların büyük bir kısmı akut enfeksiyon dönemlerini hatırlamamaktadır. Kronik hepatit B enfeksiyonunu işaret edecek tipik klinik belirti ve bulgular yoktur. En önemli genel semptom, yorgunluk ve halsizliktir. Beraberinde özellikle akut alevlenmelerde belirgin olan iştahsızlık, bulantı, karın sağ üst bölgesinde rahatsızlık hissi, kas-eklem ağrısı gibi yakınmalar olur. Sarılık, kilo kaybı, karında asit, aşırı düşkünlük, gastrointestinal kanamalar, bilinç bulanıklığı, karında artan ağrı gibi durumlar, KHB'nin karaciğer yetmezliği ve siroz, hatta HSK'ya ilerlediğine, daha sessiz belirti ve bulgularla paraneoplastik sendromların geliştiğine işaret edebilir.

Kronik hepatit B;HBV'nin süregelen enfeksiyonuna bağlı olarak, karaciğerin kronik nekroinflamatuvar hastalığıdır ve şu kriterleri kapsamaktadır;

- 1.HBsAg pozitifliğinin >6 ay sürmesi
- 2.Serum HBV-DNA'nın > 2.000 IU/ml yani 10.000 kopya/ml'nin üzeri olması
- 3.Sürekli veya aralıklı ALT yüksekliği
- 4.Karaciğer biyopsisinde histolojik aktivite indeksi (HAI)'nin ≥ 4 olması (nekroinflamasyon göstergesi)
- 5.Diğer hepatit nedenlerinin (HCV, HDV, alkol, otoimmün...) ekarte edilmiş olması

KHB vakaları, HBeAg varlığına göre iki şekilde gözlemlenir

- 1.HBeAg pozitif KHB: Anti-HBe serokonversiyonu gelişmemiş KHB
- 2.HBeAg negatif KHB > 12 ay süreyle HBeAg negatif, Anti-HBe pozitif saptanmış KHB

İnaktif HBsAg Taşıyıcılığı; HBV'yi 6 aydan daha uzun bir süredir kanda taşıyan, HBV enfeksiyonuna ait semptom ve karaciğer hasarına ait herhangi bir bulgusu olmayan kişilerdir. Bu hastalarda;

1. HBsAg pozitifliğinin >6 ay sürmesi
2. HBeAg negatif
3. Anti-HBe pozitif
4. ALT normal

İnaktif taşıyıcılar, çoğu kez HBV'ye bağlı herhangi bir rahatsızlık geliştirmeden normal yaşamlarını sürdürürken, çok az hastada KHB'ye ilerleyebilmektedir. Bu nedenle inaktif taşıyıcılar 6-12 ay aralıklarla ALT düzeyleri ile takip edilmelidir. ALT yüksek saptanırsa HBV-DNA bakılması <10⁴ kopya/ml ise ALT'yi yükseltebilecek diğer nedenlerin ekarte edilmesi, >10⁴ kopya/ml ise karaciğer biyopsisi yapılması önerilmektedir.(Tekeli ve Birengel, 2009).

Kronik hepatit B hastalığının tedavisinde;

- 1.İnterferon-alfa: İnterferon alfa 2a ve 2b, Pegile interferon alfa 2a ve 2b
- 2.Antiviral olarak nükleozid (Lamivudin, Entekavir, Telbuvudin, Emtristabin) ve nükleotid (Adefovir dipivoksil ve tenofovir) analogları kullanılmaktadır.(Saltoğlu, 2008).

2.1.2.Kronik Hepatit C

Kronik hepatit C infeksiyonu klinik belirti ve bulgu vermeden gizli ve sinsice ilerleyebilen, siroz, hepatosellüler kansere yol açması ve geliştirilebilen bir aşısının olmayışı hastalığın önemini arttırmaktadır. HCV infeksiyonlarının %70-80'i kronikleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde akut hepatitlerin %20'sinden, kronik hepatitlerin %70'inden, son dönem sirozun %40'ından HCV sorumludur. Dünyada yaklaşık 170 milyon (ortalama %3) kişinin HCV ile infekte olduğu düşünülmektedir(Pullukçu ve Hizel 2009). Ülkemizde 342.619 kan donörünü kapsayan retrospektif bir analizde ülke genelinde %0.58 oranında anti-HCV pozitifliği olduğu saptanmıştır.(Çelik ve Akbulut,2007).

HCV'nin başlıca bulaş, kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ve perkütan yaralanmalar sonucu olmaktadır. Cinsel yolla ve ev içi temasla HCV bulaşı oldukça düşüktür. Ülkemizde bildirilen aile içi bulaşma oranı %0-4,2 arasında değişmektedir. HCV pozitif annenin bebeğine perinatal geçiş oldukça düşüktür (%5). HCV ile infekte gebeye antiviral tedavi önerilmez. Anne sütünde HCV gösterilmiştir, bununla birlikte emzirme ile infeksiyon riskinin arttığını gösteren herhangi bir çalışma yoktur. Kan

transfüzyonu dışında başlıca parenteral bulaş yolları; hemodiyaliz, organ transplantasyonu, nosokomiyal bulaş, iv uyuşturucu kullanımı, akupunktur-dövme vb. işlemlerdir.

Akut hepatit C gelişen hastaların yaklaşık %80'i kronikleşir, ve 20 yıllık süreç sonucu siroz ve hepatosellüler kanser gelişme riski %5-10'dur. Kronikleşme, siroz, karaciğer kanseri gibi ciddi karaciğer hastalığı gelişme olasılığının fazlalığı, tedavi başarısının yüksek olması nedeniyle akut hepatit C infeksiyonlarında da tedavi endikasyonu vardır. Bu nedenle akut hepatit C tanısı konan hastalarda 8-12 hafta kadar HCV-RNA'nın negatifleşmesinin beklenilmesi, aksi durumda 24 haftalık pegile-interferon tedavisine başlanması önerilmektedir. HCV'de 6 farklı genotip mevcuttur. Ülkemizde en sık genotip 1b bulunmaktadır. Genotip tayini tedavi süresinin belirlenmesi ve tedaviye yanıtı olan farklılıklardan dolayı önemlidir.

Başlıca tedavi endikasyonları;

1. Onsekiz yaş ve üzeri
2. Belirlenebilir düzeyde (>50 IU/ML) HCV-RNA varlığı)
3. Karaciğer biyopsisinde fibröz saptananlar ya da nekroinflamasyon skoru Ishak sınıflamasına göre 4 veya üzeri olanlar
4. Kompanse karaciğer hastalığı olanlar
5. Depresyon tanılı olanlardan hastalığı kontrol altında olanlar
6. Tedavi uyumunun yeterli olacağı düşünülen hastalar

Kronik hepatit C tedavisinde; Pegile-interferon alfa+ Ribavirin kombinasyonu kullanılmaktadır. Bu tedavi ile genotip 1 olgularında yaklaşık % 50 kalıcı virolojik yanıt elde edilmektedir. (Pullukçu ve Hizel 2009).

Naif hastalarda, önceki PegIFN+RBV tedavisi sonrası nüks eden, tedaviye kısmi yanıtlı veya tam yanıtsız hastalarda kombine 3'lü tedavi (Pegile interferon+ribavirin+telaprevir veya boceprevir) kullanılabilir. (Vhsd.mail@gmail.com,2011)

2.2. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıklar süregelen karakterli, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümcül seyredebilen veya sakatlığa yol açabilen, izlem ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklardır (Bilir,2006).

Kronik hastalıkların uzun süreli hastalıklar olması ve zaman içinde hastalarda organ fonksiyon kayıplarına neden olmasından dolayı birçok psikiyatrik bozukluğa da yol açmaktadır. Bedensel hastalıkla birlikte en sık bulunan psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir ve bu iki bozukluk sıklıkla birlikte bulunmaktadır. Kronik hastalıklar hem yaşam kalitesini düşürerek, hem de doğrudan biyolojik etkiyle depresyona neden olabilirler. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Hacıhasanoğlu ve ark.).

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

Alternatif tıp; tıbbi tedavilerin yerine geçen, modern tıp tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tıp ise tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavilerdir(Dokken ve Sydnor-Greenberg,2000).

TAT terimleri genellikle bir başlık altında toplanmaktadır. Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün yapmış olduğu tanım bu alanda en çok kabul edilen tanım olmuştur. Bu tanıma göre TAT; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır. (CAM Research Methodology Conference,1995).

Milattan önce 3000'li yıllara ait olan Ninova tabletleri, Mezopotamya'da kurulan çeşitli medeniyetlerde bitkisel ve hayvansal ilaçlarla tedavilerin mevcut olduğunu kanıtlayan ilk yazılı belgedir. M.Ö.2500 yıllarında Hint tıbbının temsilcilerinden Rig Veda, eserlerinde 1000'e yakın şifalı bitkiden bahsetmiştir. Yunan tıbbının önemli isimlerinden Eskulap ve modern tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat, kitaplarında 400'e yakın bitkisel ilaca yer vermiştir. İslam uygarlığı döneminde, Ebu Reyhan eserlerinde 20'ye yakın şifalı bitkiden bahsetmiştir. İbn-i Sina ve Al Gafîni'nin hazırladığı ve 1650'li yıllara kadar referans kitap olarak kabul edilen Tıp Kanunu içerisinde 800 kadar bitkisel ve hayvansal ilaç bulunmaktadır. (Şarışen ve Çalışkan,2005). 200 yıl öncesine kadar da medikal tedaviler hemen hemen sadece bitkisel ilaçlardan oluşmaktaydı (Ernst,2005).

Hastalıkları basit ve kolay elde edilebilen bitkilerle tedavi etme fikrinin ilk somut örneği 17. yüzyılda Fransa'da yaşanmıştır. Bugün tamamlayıcı tıp uygulamaları

altında yer alan bitkilerle tedavi 17. yüzyılda Fakirler İçin Tıp olarak nitelendirilmekte ve meslektaşlarından birçok eleştiri alan Paul Dubé tarafından bu konuda kitaplar yazılarak desteklenmekteydi. Dubé yazdığı kitaplarda böbrek hastalıklarının tedavisi için de birçok bitki karışımı önermişti. Örneğin Dubé böbrek taşı için her sabah ardıc ile kaynatılmış beyaz şaraba kırmızı turp karıştırılarak içilmesini önermekteydi. Böbrek inflamasyonu için ise Dubé: yapışkan otu, ökse otu kökleri, keten tohumu, menekşe yağı, dövülmüş yumurta, yağ, sirke, sinameki, erik suyu ve zaç yağından oluşan üç basamaklı bir tedavi yöntemi belirlemişti (Bellinghieri ark,2004).

On dokuzuncu ve yirminci yüzyıldaki kimya ve biyokimya alanlarındaki gelişmeler tıp alanındaki ihtiyaçlar doğrultusunda laboratuvarlar da birçok ilaç geliştirilmesine imkan sağlamış, laboratuvar ortamında bitkiden gerekli etken madde alınarak modern ilaçlar üretilmeye başlamıştır. Ancak günümüzde geliştirilen ilaçların yaklaşık dörtte biri bitkisel kökenlidir (Şarışen ve Çalışkan,2005).

Yaklaşık yüzyıl kadar önce sentetik ilaçların piyasaya girmesi ve farmakolojik etkinin kanıta dayalı bilimsel çalışmalarla gösterilmesiyle birlikte bitki veya bitki kısımlarının tıbbi amaçlarla kullanımında azalma gözlenmiştir. Bununla beraber pek çok gelişmiş ülkede bitkisel ürünlerin tedavi amacıyla kullanımı azalmasına rağmen Hindistan'da Ayurvedic Medicine, Japonya'da Kampo Medicine ve Çin'de Chinese Medicine popülaritesi devam etmiştir. Almanya ve Fransa gibi diğer bazı ülkelerde ise bitkilerle tedavinin modern farmakoloji ile birlikte kullanımı azalmakla beraber varlığını korumuştur (Ernst,2005). Günümüzde bu durumun tekrar değişmeye başladığını söylemek mümkündür. Sentetik ilaçlarla ciddi yan etkilerin meydana gelmesi, tam tedavileri henüz mümkün olmayan birçok kronik hastalığın olması ve doğallığın her zaman etkili ve yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi gibi nedenlere bağlı olarak bitkisel tedavi yeniden popüler hale gelmiştir (Şarışen ve Çalışkan,2005).

Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar nedeniyle 1998 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi kurulmuştur. Bu merkezin amacı; TAT uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılmasını sağlamaktır. Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi TAT yöntemlerini birbiri ile pek çok ortak noktası olan beş ana kategoriye ayırmıştır. Bu kategoriler:

1. Alternatif tıp uygulamaları; Bu gruba örnek olarak Çin Tıbbı, birçok yerli Amerikan tedavi teknikleri, Hint Ayurvedası verilebilir. Her biri içinde doğal ürünlerin, diyetlerin ve diğer tekniklerin bulunduğu karmaşık bir sistemdir.
2. Biyolojiye dayalı tedaviler
3. El ve bedene dayalı uygulamalar
4. Zihin beden uygulamaları
5. Enerji tedavileri; İnsanın enerjisini, dengesini ve gücünü canlandırmaya yönelik geliştirilmiş tedavi yöntemleridir. Akupunkturda; içlerinden enerji nehirlerinin aktığı söylenen vücudun değişik noktalarına iğneler yerleştirilir.

TAT sınıflaması ve örnekleri Tablo I'de gösterilmiştir (Dokken ve Sydnor-Greenberg,2000).

Tablo I: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Sınıflaması

-
1. Alternatif tıp uygulamaları
 - Çin Tıbbı
 - Hint Ayurvedası
 - Natüropati
 2. Biyolojiye dayalı tedaviler
 - Bitkiler
 - Özel diyet tedavileri
 3. El ve bedene dayalı uygulamalar
 - Masaj
 - Hidroterapi
 - Osteopati
 4. Zihin beden uygulamaları
 - Zihin beden metodları (Yoga)
 - Dinsel yöntemler
 5. Enerji tedavileri
 - Akupunktur
 - Terapötik dokunma
 - Reiki
-

2.4. Kronik Hastalıklarda TAT Kullanım Nedenleri

Kronik hastalığa sahip bireyler; hastalıklarının doğal seyri, pek çoğunda bilinen korunma ve tedavi yöntemleri ile tam başarı sağlanamaması, yaşam kalitesinin bozulması ve hastalığın getirdiği ek psikiyatrik problemler veya sağlık hizmetlerine ulaşımındaki güçlüklerden dolayı TAT yöntemlerine yönelmekte veya yönlendirilmektedir (Şarışen ve Çalışkan,2005).

Yapılan bir çalışmada, hastaları ve hasta yakınlarını TAT kullanımına yönelten pozitif ve negatif etmenler belirlenmiştir. Buna göre hastaları ve hasta yakınlarını TAT kullanımına yönelten pozitif etmenler şunlardır:

- TAT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olduğunun düşünülmesi.
- Bu tür tedavilerde hastanın aktif bir rol alabilmesi, hasta ve hasta yakınlarında tedavi üstünde kontrol kurma hissini oluşturmaları.
- TAT şekillerinin çoğunun invaziv olmaması.
- Yeterli hasta-terapist ilişkisi sağlanması, tedavi uygulayıcılarının hastaya çok zaman ayırması.
- TAT'ın kolay kabul görmesi.

Hasta ve hasta yakınlarını TAT kullanmaya yönelten negatif etmenler ise şu şekilde belirtilmiştir:

- Tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik: Sağlık profesyoneli hasta ilişkisinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine talebin fazla olması nedeni ile uzun süre bekleme, hastaya yeterli zaman ayıramaması.
- Tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma.
- Tıp ve teknolojiyi reddetme.
- Kuruluşa güvensizlik.
- Mevcut tedavilerdeki başarı oranının düşük olmasından dolayı ümitsizlik (Ernst,2000).

Tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımındaki artışta medyanın rolü önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Radyo, televizyon ve gazete gibi büyük kitlelere ulaşarak halkı bilgilendirme görevini üstlenmiş olan kitle iletişim araçlarının özellikle sağlık alanında yaptıkları yayınlarda dikkatli olmaları gerekmektedir. Yayıncıdan sorumlu kişinin bilgilerin doğruluğunu araştırması, aldığı sorumluluğun farkında olması ve

herhangi bir tereddüt durumunda kime danışması gerektiğini iyi bilmesi gerekmektedir (WHO,2004).

DSÖ' nün yaptığı "halkın rasyonel tıp kullanımı hakkında eğitimi" ile ilgili çalışma sonucunda gelişmekte olan ülkelerde en popüler iletişim araçları televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçları iken, gelişmiş ülkelerde yazılı basın daha ön planda yer almaktadır (CAM Research Methodology Conference,1995).

DSÖ' nün 2000 yılındaki raporunda Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika'da yaşayan insanların %50'sinin TAT yöntemlerinden birini kullandığını ve bu yöntemler içinde de en çok kullanılanların bitkisel ilaçlar olduğunu açıklamıştır (Gürün, 2004).

2.5 Fitoterapinin Tanımı ve Günümüzdeki Durumu

DSÖ tarafından 1991 yılında Cenevre toplantısında yapılan tarife göre bitkisel ilaç; bitkisel drog veya karışımlarını olduğu gibi veya bunların değişik preparatlarını, etkili kısım olarak taşıyan, bitmiş, etiketlenmiş tıbbi ürün veya müstahzardır (Gürün, 2004). Alternatif tıp uygulamalarından birisi olan fitoterapi kelimesi ise Yunanca phytos ve therapy kelimelerinin birleşmesinden türetilmiştir ve bitkilerin çeşitli formlarda tıbbi amaçla kullanılması anlamına gelmektedir. Bitkiler, sağlığı korumak ya da geri kazanmak için tarihin her döneminde, her toplum tarafından kullanılmış olup fitoterapinin temelleri çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır (Şarışen ve Çalışkan,2005).

Tamamlayıcı tıp uygulamaları, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde kolayca elde edilebilen, maddi olarak uygun ve genel popülasyon tarafından tercih edilen terapi çeşidi olarak kullanılmaktadır. DSÖ 1998 yılında yaptığı "DSÖ Sıtma Zayıflatma Programı"nda Gana, Mali, Nijerya ve Zambiya'da yüksek ateşli çocukların %60'ının evde yapılan bitkisel ilaçlarla tedavi edilmeye çalışıldıklarını bildirmiştir (Brieger WR, 1998). DSÖ'nün insanların %80'inin doğal tedaviye inandığını açıklaması bu popüleritenin iyi bir göstergesidir (Şarışen ve Çalışkan,2005).

2.5.1.Amerika Birleşik Devletleri: Amerika Birleşik Devletlerinde her geçen gün artan tamamlayıcı tıp popüleritesini araştırmak için Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2002 yılında yaklaşık 31.000 yetişkin üzerinde bir anket çalışması yapmıştır. Araştırmanın sonucunda 1999 yılındaki TAT uygulamalarından en az birini kullanma oranının 2002'de ikiye katlandığı; Amerikan

nüfusunun üçte ikisinin bitki kaynaklı bir bileşim kullandığı ve kullananların genelde kadın, yüksek eğitim almış ve 60 yaşın altında oldukları bildirilmiştir (Bardia ve ark, 2007).2007'deki verilere göre Amerikan Birleşik Devletlerindeki yetişkinlerin %17.7'nin bitkisel doğal ürünleri kullandığı gösterilmiştir.

TabloII. Amerikalıların en sık kullandıkları bitkisel ürünler

Kullanılan ürünler	Yüzdesi(%)
• Balık yağı	32.4
• Ekinezya	19.8
• Keten tohumu yağı	15.9
• Ginseng	14.1
• Ginkgo Bikoba	11.3
• Sarımsak	11.0
• Koenzim Q-10	8.7
• Fiber veya psilyum	6.6
• Yeşil çay hapları	6.3
• Kızılçık	6.0
• Cüce palmye	5.1
• Soya takviyesi	5.0

Robert B Saper,2012).

1998 yapılan bir çalışmaya göre; en çok satan yedi bitkisel ilaç ginkgo (mabed ağacı, büyük Amerikan marketlerindeki perakende satış tutarı 150 milyon dolar, bu bir önceki yıla göre %67 artmış), St John's wort (hypericum perforatum= sarı kantaron, 140 milyon dolar, %190), ginseng (96 milyon dolar, %11), garlic (sarımsak, 84 milyon dolar; %17), echinacea (kirpi otu, 70 milyon dolar, %42), saw palmetto (32 milyon dolar, %74) ve kava (17 milyon dolar, %46)'dır (İzzo ve Ernst, 2007).

Market Satışları: Bitki satışları, 2004'e kadar yavaş büyüme göstermiştir. Amerikan Birleşik Devletlerinde bitkisel satışları içeren doğru market verilerinin elde edilmesi güçtür. Ancak bu satışların 2008'de 4.8 milyar dolar olduğu ve 2004'den beri %10.4 artış gösterdiği bildirilmektedir.

Kullanım sebepleri: Amerikalıların en sık bitki ve takviye kullanım sebebi; hafıza kaybı, artrit, yorgunluk gibi hastalıklar, yaygın kronik semptomların düzeltilmesi, sağlık durumunun artırılması olarak belirtilmiştir.

Konvensiyonel tıbbın devamlı çözüm ve kür sağlayamadığı kronik hastalıklarda sıklıkla bitkiler yani tamamlayıcı ve alternatif tıbbın kullanıldığı gösterilmiştir.

Düzenleme: 20. yüzyılın ilk yarısında, tıbbi bitkiler Amerikan Birleşik Devletlerinde ulusal katalog ve ilaç kitaplarında yer almıştır. 1990'ların başlarında, FDA bitkisel ürünlerin düzenlemesi için daha katı kurallar getirmeye çalışmıştır. Buna tüketici, imalatçı ve avukatlar karşı çıkmış, sonuç olarak Besin Desteği Sağlık ve Eğitim Yasası Tasarısı (Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA)) 1994'te kurultaydan geçmiştir.

2.5.2.Avrupa Ülkeleri

Avrupa'da bitkisel ilaç sıklıkla fitoterapi olarak tercih edilmektedir ve Avrupa birliğindeki pek çok ülkede konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılmaktadır. Avrupa'da reçetesiz bitkisel ilaç satışı 2003'de 5 milyar doların üzerindedir. Bitkisel ürünler, örneğin Almanya, İtalya ve diğer bazı ülkelerde benign prostat hiperplazisinde birinci basamak tedavisi olarak sıklıkla kullanılmaktadır.

-Almanya'nın nüfusunun % 65'nin bitkisel ilaç kullandığı gösterilmiştir. Alman hekimler tıp fakültelerinde bitkisel ilaçlar konusunda eğitim aldıktan sonra bu konudaki sınavı geçtiklerinde lisans almaktadırlar. Bu nedenle Alman hekimlerin yaklaşık % 80'i düzenli olarak bitkisel ilaç reçete etmektedirler.

-İngiltere'nin kuzey doğusundaki bir bölgede 21.923 kişinin dahil edildiği bir çalışmada %12.8 oranında bir veya daha farklı bitkisel ilaç kullanımının olduğu bildirilmiştir.

-Danimarka'lı preoperatif hastaların yarısının, ginkgo ve echinacea içeren bitkisel ilaç kullandıkları saptanmıştır.

-İspanya'da gastroenteroloji kliniklerine ayaktan başvuran hastaların %27'sinin önceki yıllarda bitkisel ilaç kullandığı rapor edilmiştir.

2.5.3.Asya Ülkeleri

Akupunktur ve masajın yanında, geleneksel Çin tıbbında bitkiler önemli bir rol oynar. Hindistan'da en yaygın kullanılan ilaç olan Ayurvedanın 6000'den fazla bitkisel

kombinasyonu vardır. Vietnam, Malezya, Kore, diğer Güney Asya ülkelerinin de kendi geleneksel ilaç yöntemleri vardır.

2.5.4.Gelişmekte Olan Ülkeler

Gelişmekteki ülkelerde, bitkisel ilaçların daha az pahalı ve konvansiyonel tıbbı göre daha kabul edilebilir olduğudur. Örneğin düşük gelirli Nikaragua’da ev hanımlarının %78’inin bitkisel ilaç kullandığı bildirilmiştir. Ayrıca Brezilya’da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların 2/3 ‘si konvansiyonel tıbbı ulaşımın zor olması sebebiyle bitkisel tedaviye yönelmekte ve bu da bitkisel tedavi kullanan hasta oranında artışına neden olduğu bildirilmiştir.

Gelişmekte olan pek çok ülkede, geleneksel tıbbın uygulanması; ruhani ve doğaüstü bileşenleriyle birlikte düşünüldüğünde iyileştirilmenin bir parçası olarak algılanmaktadır.

Düzenleme: Genel olarak, bitkisel ürünlerin kalitesinin düzenlenmesi ABD'ye kıyasla AB'de önemli ölçüde daha fazladır. 2004 Avrupa Birliği direktifi tarafından, reçetesiz bitkisel ürün üreten üreticilere Tıbbi Ürünlerin Değerlendirmesi Ajansı lisans ve kayıt yapılması şartını getirmiştir. Şirketlerin satış sonrası takip ve ciddi yan etkileri bildirmeleri gerekmektedir. Yeni ürünlerin satılabilmesi için; yararlı olduğunu gösteren etkin çalışmalar sonucu, bu ürünlerin güvenilirliği ve etkinliği göstererek dokümente edilmeyi gerektirir.

Almanya ve Fransa gibi ülkelerde, kısmen veya tamamen devletçe karşılanmaktadır. DSÖ, geleneksel tıp stratejisini geliştirmiştir. DSÖ, bu bitkisel ilaçların rasyonel kullanımını desteklemek, kullanılabilirliğini göstermek güvenlik ve kalite etkinliğini artırmak için ulusal politikalar ve düzenlemeler konusunda bir anket çalışması yapmıştır.

Bu anket çalışmasına katılan ülkelerin %27’si bitkisel ilaçlarda gerekli düzenlemeleri yaptı. Geri kalanların yaklaşık yarısı uygulayıcı düzenlemeler planladı. Ülkelerin 2/3’ünden fazlası reçetesiz ilaç satmaktaydı. Sadece birkaç ilaç reçeteli kullanılıyordu (örn. Saw palmetto, ginkgo, St.John otu) (Robert ve ark, 2012).

2001 yılında dünya genelinde tahmini pazar payı 17,8 milyar dolara ulaşan gıda desteği maddeler arasında, bitkisel ürünler yaklaşık 45 milyon kullanıcı ve 4,2 milyar dolarlık bütçesiyle bu pazarın %23,5’ine karşılık gelmektedir (Kostka ve ark, 2005).

Bitkisel ürünlerle ilgili ters etki bildiriminin artması ve hekimlere yöneltilen bitkisel ürünlerle ilgili soruların sıklaşması bitkisel ürün kullanımındaki artışı gösteren diğer bir parametredir. Yapılan araştırmalardan elde edilen bilgilere göre bitkisel ürünler en çok genel sağlığı korumak ve iyileştirmek, besin eksikliğini gidermek, mevcut sağlık problemlerini tedavi etmek ve hastalıklardan korunmak için kullanılmaktadır (Canter ve Ernst, 2004;Yoon ve ark, 2006).

Ancak yaygın kullanıma rağmen, pek çok bitkisel ilacın etkisi henüz kanıtlanmamıştır veya bu konuda bilimsel veri eksikliği mevcuttur. Bu nedenle kullanıp kullanmama konusundaki karar eğitimsiz satıcılardan, kulaktan dolma bilgilerden veya yakınların tavsiyelerinden ziyade, sağlık uzmanları tarafından yapılacak yarar zarar değerlendirmesine göre olmalıdır (Aşçı ve ark, 2007).

2.5.5. Fitoterapi ve Yan Etkileri

Günümüzde ilerleyen teknoloji, doğaya ve doğala dönüş eğilimini de beraberinde getirmektedir. Bitkisel ürünler “doğanın mucizevi iyileştirici gücü” şeklinde medyada işlenmekte ve bazı çıkarlar doğrultusunda bitkilerin doğal oldukları için tamamen yararlı oldukları vurgusu yapılmaktadır. Halbuki her doğal ürünün yararlı olacağı görüşü doğru değildir. Bazı bitkiler son derece toksik etkiler gösterebilirler ve beklenmedik yan etkilere yol açabilirler. Ölümcül toksik maddeler olan morfin, digitalis, kürar gibi bitki türevlerinin çok küçük dozları tedavi edici olabilmekte iken yaşamsal öğeler olan oksijen ve suyun fazlası öldürücü özellik gösterebilmektedir (Erdem ve Ata, 2009).

Bitkisel ürünlerle tedavinin doğal ve güvenli olduğu inancı aşırı tüketim riskini de beraberinde getirmektedir. Son yıllarda bitkisel ürünlere bağlı zehirlenmelerin sık görülmesi, TAT tedavilerde güvenlik sorununu ortaya çıkarmıştır (Dahl,2001;Niggemann ve ark, 2003).Yapılan bir araştırmada, Kuzey Amerika'da bitkilerden zehirlenenlerin sayısının hayvanlar tarafından yaralananlardan daha çok olduğu ortaya konmuştur (www.saglık.tr.net.).

Bitkisel ürün kullanımına bağlı gelişebilecek yan etkiler şunlardır.

1-İlaçlarla Etkileşim: Kişinin aldığı ilaçlar varsa bitkisel ilaçların bunlarla etkileşebilecekleri ve bunların etkinliklerini azaltma ya da arttırma şeklinde değiştirebilecekleri unutulmamalıdır (Van Breemen RB,2008;Meisel C,2003).

2-Zehirlenmeler: Bitkiler, toksik özelliğe sahip olabilir. Bitkinin analizi sırasında, bilinmeyen özellikleri ve etkileri olan birçok madde ortaya çıkmaktadır. Örneğin; Çin'de en azından 7000 tıbbi bitki türünün olduğu ve bunlardan 150 türün çok yaygın kullanıldığı, 10 türün ise nefrotoksik ve hepatotoksik etkileri olduğu bilinmektedir (Niggemann ve ark, 2003).

Yakın tarihli bazı yayınlar, obezite gibi sorunlara çözüm yolları arayan hastalarda bitkisel ürünlerin yan etkilerinden kaynaklanan ciddi sonuçlara dikkat çekmiştir. Aristolochia fangchi bitkisini içeren kilo kaybettirici bitkisel bir ürünün alımını takiben nefropati gelişen 104 kadından oluşan bir olgu serisi tanımlanmıştır, 43 hastada son dönem böbrek yetmezliği gelişmiş olup, çalışma bu bitkinin yalnız nefrotoksik olmayıp, ayrıca potent karsinojen olduğunu göstermiştir (Stephen ve ark, 2004). Bitkisel ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerde böbrek yetmezliği önemli sorunlardandır. Bu durumun nedenlerinden biri, hastalarda önceden tahmin edilemeyen farmakokinetiklerin ortaya çıkmasıdır. Çünkü böbrek yetmezliği farmakolojik ajanların emilim, dağılım, metabolizma ve atılımını değiştirerek, farmakokinetiği etkilemektedir. Ancak bitkisel ürünlerin değişken, karmaşık bileşimleri ve birçok aktif madde içermeleri nedeniyle farmakokinetiğin doğru değerlendirilmesi güçtür. Bu nedenle böbrek yetmezliği gelişen hastalarda mutlaka kullanılması gerekiyorsa bitkisel ürünlerden zehirlenmeyi önleyebilmek için doz çok iyi ayarlanmalı, aktif veya toksik metabolit içerdiğinden şüphelenilen ürünler, güçlü kanıtlar olmadan kullanılmamalıdır ama bu konuda çok büyük belirsizlikler olduğu da unutulmamalıdır (Dahl, 2001). Günümüzde bitkilerin yan etkileri, vücuttan atılma özellikleri ve bitki-ilâç etkileşimleri ile ilgili yeterli klinik kanıta ulaşılamamaktadır (Dahl, 2001;Hamm ve Dahl,2002). Ek olarak böbrek yetmezliği hastaları genellikle fazla sayıda ilâç kullandıkları için, ilâç-ilâç ve ilâç-bitki arasında ortaya çıkan etkileşimler daha karmaşık olmaktadır (Hamm,2002;Baybuğa ve ark,2002). Bunun yanı sıra son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyalize giren hastalarda, bitkisel ürünlerdeki aktif bileşikler veya toksik metabolitlerin diyaliz edilebilmesiyle ilgili tıbbi kanıt mevcut değildir (Dahl, 2001;Hamm ve Dahl,2002). Diyaliz hastaları da bitkisel ürünler kullanabilmekte ve bu durumda diyaliz hastalarında; kan basıncı, kan glikozu ve koagülasyon parametrelerinde değişiklikler, elektrolit dengesizlikleri gibi yan etkileri oluşabilmektedir. Ayrıca diyaliz

hastalarının sağlık ekibine kullandıkları bitkisel ürünlerle ilgili bilgi vermemesi de, tedavinin etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kleshinski ve ark,2003).

Bir başka olgu serisinde yohimbine ek olarak norefedrin, sodyum usniate, kafein ve 3,5 diiodotironin içeren bir ek besin kullanan yedi hastada üç ay içinde akut hepatotoksisite gelişmiş ve bütün hastalar bu ürünü bıraktıktan sonra kendiliğinden iyileşmiştir. Son zamanlarda yapılmış bir derlemede, 13 kalıcı sakatlık olgusu ve 10 ölüm olgusunun dahil olduğu 140 olgunun % 31'inin efedra bitkisini kullanmaya bağlı olduğu tespit edilmiştir (Stephen ve ark,2004).

Zehirlenmeler, bitkisel ürünlerdeki kontaminasyonlara bağlı olarak da oluşabilir. Tedavide kullanılacak bitkiler; mikroorganizmalar, pestisitler, ağır metallerle; işlenmiş bitkisel ürünler ise bunlara ilaveten çeşitli toksinler, yabancı toksik bitkiler, sentetik ilaçlar ile bulaşmış halde bulunabilir. Bu konuda kalite kontrol eksikliği çok yaygındır. Bitkinin toplanma şekli, hasat zamanı, hasat sonrası taşınma ve depolanma koşulları, işlenme yöntemleri konularında standardizasyon olmaması bitkinin içerdiği etken madde konsantrasyonlarında farklılıklara neden olabilir, bu da doz ayarlanmasını güçleştirmektedir (Erdem ve Ata,2009). 260 adet Asya patentli ilacı ele alan bir derlemede istenen etkiyi ortaya çıkarabilmek üzere maksatlı ve illegal olarak kurşun, civa ve arsenik gibi ağır metalleri %25 oranında, diğer bildirilmeyen farmasötikleri ise %7 oranında içeren bitkilerin saptandığı bildirilmiştir (Stephen ve ark,2004). Bunun yanı sıra, yenidoğan ve çocuklar için hazırlanan bazı bitkisel tıbbi ürünlerin önemli konsantrasyonda insektisid içerdiği saptanmıştır (Niggermann ve ark, 2003).

Ayrıca bir bitkide çok çeşitli bileşenler olup, henüz tanımlanmamış başka bir bileşeni istenmeyen durumlara neden olabilir. Bazı zayıflama çaylarında adları açıklanan bitkilerin yanı sıra bildirilmeyen büyük miktarlarda diüretiklere, laksatiflere rastlanmaktadır. Bu çaylardaki bazı bileşenlerin tansiyon yükseltici ya da Na, K, plazma renin ve aldosteron düzeylerine etkileri ile istenmeyen sonuçlara yol açabilir (Erdem ve Ata,2009). DM tedavisi için satılan Çin kökenli beş ayrı bitkisel ürün incelendiğinde, içlerinde ancak sentetik olarak elde edilebilen ve doğal formda bulunmayan bir diyabet ilacının olduğu (glyburide) tespit edilmiştir (Davis, 2001).

3-Kanserojen Etki: Borago Officinalis, Acorus Calamus gibi bazı bitkiler kanserojen özellikte olduğu için kullanılmamalıdır (Dahl,2001). Aristlochia Fangchi ise, vücutta biriktiği zaman kümülatif dozları ile aynı etkiyi oluşturmaktadır. Bununla birlikte, Çin

bitki nefropatisi gelişen bazı hastalar da idrar yollarında neoplastik lezyon tespit edilmiştir (Dahl,2001; Niggermann ve ark, 2003;Stephen ve ark,2004). Tütün ve tütün ürünleri kullanımına bağlı, akciğer kanseri, larinks kanseri, ağız boşluğu kanseri, dudak kanseri, özefagus kanseri, mide kanseri, kolon-rektum kanseri, pankreas kanseri, meme kanseri, mesane ve böbrek kanseri, serviks kanseri, over kanseri ve lösemi oluşabilmektedir (Kalali,2010).

4-Hipersensivite Reaksiyonları: Bitkisel ürünlerin klinik yan etkileri için deri, önemli hedef organlardan biridir. Çoğu bitkisel ürün, alerjik cilt reaksiyonları veya güneş ışınlarına duyarlılık yaratmaktadır. Bitkisel ürünlerle yapılan masaj ve aromaterapiden sonra da alerjik reaksiyonlar gelişebilmektedir. Ayrıca bitkisel ürünleri hazırlama işinde çalışan kişilerde kontakt dermatit, astım, rinit gibi sorunlar sık meydana gelmektedir (Niggermann ve ark, 2003).

Bitkisel ürünlerin lokal uygulanmalarının da, zararsız olmadığını düşündüren olgu bildirimleri vardır: Atopik egzemalı sekiz yaşındaki bir erkek çocukta, kullanılan bitkisel ürüne bağlı olarak gelişen akut nikotin zehirlenmesi; astım ve atopik egzema tedavisi olarak, Çin bitkisel ürün preparatı kullanan 36 yaşındaki erkek hastada immünsüpresyona bağlı tekrarlayan fasiyal herpes gelişmesi, bu görüşü desteklemektedir (Russell, 1991;Davies ve ark,2001).

Bitkisel ürün kullanımına bağlı saptanan yan etkilerin gelişiminde kullanılan bitkisel ürün ve dozun yanı sıra, bazı bireysel özellikler: yaş, genetik özellikler, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar da önemlidir (Niggermann ve ark, 2003). Bu nedenle ilaçlarda olduğu gibi, böbrek hastalığı, siroz, kalp damar hastalıkları ile çocukluk ve hamilelik döneminde bitkisel ürünlerin kullanılmasının riskli olduğu vurgulanmaktadır (Hamm, 2002). Özellikle yenidoğan ve çocukluk döneminde; fizyolojik özellikler, immatür metabolik enzimler ve kiloya göre verilmesi gereken dozun çok az olması, yan etki ve zehirlenmeye yatkınlığı arttırmaktadır (Niggermann ve ark, 2003).

2.5.6. Ülkemizde Hekimlerin Fitoterapiye Bakışı ve Aktarların Durumu

Haziran 2007-Nisan 2008 tarihleri arasında hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısının incelediği bir çalışmada; hekimlerin %55.3'ü hastaları tarafından bitkisel ürünler hakkında bilgi talep edildiğini, % 28.2'si anamnez alırken ve reçete yazarken hastalarına bitkisel ürün kullanıp kullanmadıklarını sorduklarını belirtmişlerdir. Hekim-

lerin %36.9'u bitkisel ürünlere karşı olduklarını, %27.2'si karşı olma sebebinin "bitkisel ürünlerle tedavinin kanıta dayalı olmadığı ve bu konuda yeterince bilimsel çalışmanın yapılmaması olduğunu, %21.8'i ise bu konuda yasal düzenlemenin yetersiz olmasını belirtmişlerdir. Diğer karşı olma nedenleri ise; bitkisel ürünlerin zararlı ve yan etkilerinin olması, hastalıkları tedavi etmede etkisiz olduğunun düşünülmesi, sadece plasebo etkisinin olduğunun düşünülmesi şeklinde belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası hastaları tarafından bitkisel tedaviye yönelik bilgi istendiğini belirterek, bu konuda bilgilerinin nasıl arttırılacağı konusunda yardım istediklerini ve gerekirse eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin eğitim alma isteklerinin diğer sebepleri ise muhtemel ilaç etkileşimlerini tahmin edebilmek ve bitkisel ürünlerle tedavinin gelecekte çok etkin bir şekilde kullanılacağını düşünmeleridir.

Çalışmaya katılan doktorların büyük bir çoğunluğu bitkisel ürünlerle ilgili bilgileri medya (televizyon ve internet) aracılığıyla edindiklerini belirtmişlerdir (Gamsızkan ve ark,2010).

2.5.7.Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Uygulamada Türkiye'de Mevzuat

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından 1 Ekim 1985 tarih ve 5777 sayılı yazı ile, tıbbi bitkisel ürünleri satan dükkanların ve uygulamalarının disiplin altına alınması amacıyla bazı kurallar belirlenmiştir (www.iegm.gov.tr,1985). Buna göre;

- a- Bitkisel ilaç satan aktar, baharatçı gibi dükkanların Sağlık Müdürlüğü'nden bitkisel droglara ait satış izin belgesi alması zorunludur (www.iegm.gov.tr,2004)
- b- Satılan organik, inorganik madde, bitki ve drogların kapalı muhafazalı kaplarda saklanması ve müşteriye hijyenik koşullarda sunulması gereklidir.
- c- Özel ambalajında bulunan ve satılmasına izin verilmiş olan drogların ambalajında farmakolojik etkisi ile ilgili bilgi bulunmayacaktır.
- d- Aktarlarda veya baharatçılarda satılması mahzurlu ve tehlikeli maddeler liste halinde belirlenmiştir. Bu liste dışında insan sağlığına zarar verecek miktarda etken madde içeren drogların satışı da yasaktır.
- e- Hiçbir bitkisel karışım yapılmayacak, bunların sıvı veya katı preparatları hazırlanmayacak veya satılmayacaktır.

f- Yanlış isimlerle yapılan satışları önlemek amacıyla, satılan drogların üzerinde hangi bitkiye ait olduğu Türkçe ve Latince olarak yazılacaktır.

Ankara’da 2005 yılında yapılan aktarlarla ilgili bir anket çalışmasında drogların hemen tamamında etki, içerik, kullanım şekli gibi bilgiler bulunduğu ve aktarların %77’sinin formülasyonları kendilerinin, bazen kaynak kitap kullanarak, bazen de kendi deneyimleri sonucu hazırladıkları saptanmıştır (Gürson ve ark,2005).

Ekim 2010 tarihinde yürürlüğe giren Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliğine göre: Bitkisel ürünler için ruhsat yetkisi, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’ndan alınıp, Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (www.ttb.org.tr, 2012).

Lokman hekim, şıfa evi gibi tabelalı aktarlarda, çoğu bilimsel yöntemlerle hazırlanmamış kitapların yardımıyla, hatta sadece tavsiye üzerine alınan doğal bitkilerin yanı sıra, lisansları olmaksızın preparat haline getirilmiş bitkisel ürünler, reçetesiz olarak satılmaktadır. Sonuçta insan sağlığı üzerinde, kanıta dayalı bilimle uğraşan bilim insanları yerine, aktarlar ve medyada popülerleşmiş bazı isimler söz sahibi olmaktadır (Erdem ve Ata, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın şekli kesitsel araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Samsun il merkezinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda 01 Nisan 2012- 30 Temmuz 2012 arasında yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın Kapsamı

Araştırmaya tedavi alan veya tedavisi tamamlanıp takip edilen kronik hepatit B ve C hastaları ile birlikte, tedavisiz izlenen inaktif hepatit B hastaları alınmıştır. Ardışık olarak toplam 200 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma için 26 sorudan oluşan bir anket formu oluşturuldu. Hastalar ile yüz yüze görüşülerek bu formlar hastaların gönüllü oluru ile doldurulmuştur.18 yaşından küçük hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.4.1. Kişisel Özellikler

Hastalarla ilgili veri toplanmasında 26 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunda hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu v.s) ile ilgili beş soru, hastalığı ile ilgili beş soru, bitkisel ürün kullanımı (bitkisel ürün kullanma sıklığı, bilgi kaynakları, bilgilerin hekimiyle paylaşımı, bitkisel ürün kullanımının olumlu ya da olumsuz etkileri, maliyet v.s) ile ilgili 16 soru mevcuttu. Veriler hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. (Ekler)

3.4.2. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Windows ortamında SPSS 15.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenlerde aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma olarak, kesikli değişkenler ise yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. İkili grup karşılaştırmalarında, tek değişkenli düzenlerde, ki kare testi ile analiz edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Genel Özellikleri

Bu kesitsel çalışmaya ardışık 200 hasta alınmıştır. Hastaların %54'ü erkek (108/200) hastalardan oluşmaktadır. Çalışmaya alınan 200 hastanın yaş ortalamaları 44.78 ± 14.112 idi. En küçük hasta 19 yaşında en büyük hasta 78 yaşındaydı. Hastaların %75 (150/200) 'i kronik viral hepatit B, %25 (50/200)'i kronik viral hepatit C, hastalarından oluşuyordu. Hastaların %10.5 (21/200) okur-yazarlığı değilken, %36'sı (72/200) ilk okul mezunu, %33'ü (66/200) ortaokul-lise mezunu, %20,5 (41/200) yüksek okul mezunuydu. Hastaların %86 (172/200) 'sı evli, %10 (20/200) 'u bekar, %4 (8/200) 'ü dul idi.

Tablo III: Hastaların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Medeni Durum		
• Evli	172	86
• Bêkar	20	10
• Dul	8	4
Toplam	200	100
Öğrenim Durumu		
• Okur- Yazar değil	21	10.5
• İlkokulu mezunu	72	36
• Ortaokul mezunu -Lise mezunu	66	33
• Üniversite mezunu	41	20.5
Toplam	200	100

Hastaların %50.5 (101/200)'i anti-viral tedavi alırken, %49.5'i medikal tedavisiz takip ediliyordu. Tedavi edilmeyen hastaların bir kısmı inaktif hepatit B hastası diğerleride daha önce tedavi almış ve tedavisi sonlandırılmış hastalardı.

Hastaların %32'sinde (64/200) kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon, diyabetes mellitus, malignite vb. kronik hastalıklar mevcut iken hastaların %20,5'inde (41/200) başka bir ek hastalığı vardı.

Hastaların %87'inde (174/200) diş çekim öyküsü mevcuttu ve bu hastaların %23,5 (47/200) 'i hepatit C ve %63.5 (127/200) 'u hepatit B hastalarından oluşmakta idi. Yine hastaların %38 (76/200) 'inde hepatit hastalığı tanımlanmadan önce operasyon geçirme öyküsü mevcuttu ve bu hastaların %10 (20/200)'u hepatit C ve %28 (56/200) 'i hepatit B hastalarından oluşmaktaydı. Operasyon ile hepatit hastalığı arasında istatistiki olarak anlamlı bulundu (p:0.019)

Hastaların % 26 (52/200) 'sı alternatif tıbbi tedavi aldıklarını, %74 (148/200) 'ü ise alternatif tıbbi tedavi almadıklarını ve bu tedavi biçimine inanmadıklarını belirtmişlerdir. Alternatif tıbbi ürün kullanan hastaların yaş ortalaması 44,58±13.6 idi.

Alternatif tıbbi ürün alan hasta minimum 22 maksimum 72 yaşında idi. Çalışmaya alınan 200 hastadan 52'si alternatif tıbbi tedavi yöntemlerinden birini ya da birkaçını kullandıklarını belirtmişlerdir. Alternatif tıbbi tedavi alan hastaların %28,8 (15/52) 'ni hepatit C, %71,2 (37/52) 'sini hepatit B hastaları oluşturmaktaydı. Bu iki grup arasında alternatif tıbbi ürün kullanma bakımından herhangi bir fark yoktu. Hastalar bu ürünleri medikal tedavi öncesi, medikal tedavi sonrası, hem medikal tedavi öncesi ve medikal tedavi sonrası veya sadece medikal tedavi ile birlikte aldıklarını belirtmişlerdir. Alternatif tıbbi ürün alan hastaların %25 (13/52)'inde hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, romatoid artrit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, malignite gibi kronik hastalıklar mevcuttu. Aynı zamanda bu ürünleri alan hastaların %25'de (13/52) hipotroidi, depresyon, migren, ankilizan spondilit, gilbert, koroner arter hastalığı, geçirilmiş akciğer tüberkulozu, gibi ek başka hastalıklar da mevcuttu.

Alternatif tıbbi ürün kullanımında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre karşılaştırdığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca alternatif tıbbi ürün kullanan hastalar bu ürünleri tek bir ürün veya birden fazla ürünü birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir.

Kronik viral hepatit hastalarında bitkisel ürün kullanımı ile ilgili bilgiler tablo III'da verilmiştir.

Tablo IV: Alternatif Tıbbi Ürün Kullanan Hastalarda Elde Edilen Bulgular

• Alternatif Tıbbi Ürün Kullanan Hastalar	Sayı(n)	Yüzde(%)
• Doktora bilgi veriyorum	28	53.8
• Doktora bilgi vermiyorum	24	46.2
• Kendim aldım	25	48.1
• Yakınım önerdi	13	25
• Benzer hastalar önerdi	10	19.2
• Diğer (doktor) önerdi	4	7.6
• Ürün Hakkında Araştırmayı Kendim yaptım	35	67.3
• Ürün Hakkında Araştırmayı Yakınım yaptı	17	32.7
• Ürün Hakkında Bilgi Kaynağı; Televizyon, radyo	18	34.6
• Ürün Hakkında Bilgi Kaynağı; İnternet	18	34.6
• Ürün Hakkında Bilgi Kaynağı; Komşu, akraba, arkadaş	13	25
• Ürün Hakkında Bilgi Kaynağı ;Diğer	3	5,8
• Ürünleri kullanım periyodu; Her gün	26	50
• Ürünleri kullanım periyodu; Haftada iki üç defa	10	19.2
• Ürünleri kullanım periyodu; Ayda bir defa	2	3.8
• Ürünleri kullanım periyodu; Düzensiz aralıklarla	14	26.9
• Ürün Kullanma Süresi; Bir aydan az	9	17.3
• Ürün Kullanma Süresi; Bir-üç ay	20	38.9
• Ürün Kullanma Süresi; Dört-on iki ay	13	25
• Ürün Kullanma Süresi; Bir yıldan fazla	9	17.3

Alternatif tıbbi ürün kullanan hastaların 24 (%46,2)'ü kullandığı ürün hakkında doktoruna bilgi vermediklerini, 28 (%53.8)'i ise kullandığı ürün hakkında doktoruna bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların % 67,3 (35/52)'ü araştırmayı kendisi yaparken, %32,7 (17/52)'sinde araştırmayı yakın akrabaları veya arkadaşları yapmış. Hastalar kullandıkları ürünleri elde etmek için araştırma kaynağı olarak % 69,2'si internet, tv ve radyo kullanmışlardır. Bu ürünleri kullanan hastaların %50 (26/52) 'si hemen hergün aldığını belirtmiştir. %26.9 (14/52) 'u düzensiz aralıklarla bu ürünleri kullanmış, %19.2 (10/52) 'si haftada 2-3 defa, % 3.8 (2/52)'i ise ayda bir defa ürün kullanmıştır.

Hastalarımız %34 (18/52) anti-viral tedavi öncesi , %7.7 (4/52) anti-viral tedavi öncesi ve birlikte,%46 (24/52) anti-viral tedavi ile birlikte, %5.8 (3/52) anti-viral tedavi sonrası, %5.8 (3/52) anti-viral tedavi öncesi ve anti-viral tedavi sonrası alternatif tıbbi ürünleri kullanmışlardır.

Sadece alternatif tıbbi ürün kullanan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası PCR HBV DNA, PCR HCV RNA değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0.160$). Benzer şekilde sadece bu ürünleri kullanan hastalarda da tedavi öncesi ve sonrası ALT değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.230$).

Sadece modern tıbbın öngördüğü şekilde antiviral tedavi alan kronik viral hepatit B ve kronik viral hepatit C hastalarında antiviral tedavi öncesi PCR HBV DNA ve PCR HCV RNA değerleri ile antiviral tedavi sonrası değerleri karşılaştırıldığında yapılan istatistiki analiz anlamlı bulundu ($p=0.001$).

Sadece modern tıbbın öngördüğü şekilde antiviral tedavi alan kronik viral hepatit B ve kronik viral hepatit C hastalarında antiviral tedavi öncesi ALT değerleri ile antiviral tedavi sonrası ALT değerleri karşılaştırıldığında yapılan istatistiki analiz anlamlı bulundu ($p=0.001$).Kronik viral hastaların kullandığı alternatif tıbbi ürünler tablo IV'de belirtilmiştir.

Tablo V: Hastaların Kullandığı Alternatif Tıbbi Ürünler

Kullanılan Ürünler	Hasta sayısı(n:50)	Yüzde(%)
Enginar	23	44.2
Bal	15	28.8
Maydanoz	8	15.3
Hazır preparat + enginar	6	11.5
Lavanta otu	3	5.7
Zencefil+nar suyu	3	5.7
Isırgan otu + maydanoz	3	5.7
Yeşil çay	3	5.7
Brokoli	2	3.8
Deve diken	2	3.8
Karahindı bağı	2	3.8
Anason tohumu	2	3.8
Zerdeçal+nar suyu	2	3.8
Diğer: Yeşil taş suyu ,Kereviz, Pekmez	5	9.6

**Bazı hastalar iki veya daha fazla bitkisel ürün kullanmışlardır*

En sık kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla enginar, bal, maydanoz, hazır preparat+enginar, ısırgan otu + maydanoz idi. Sadece tek ürün kullananların sayısı %67,3 (35/52). İki veya daha fazla ürün kullanan hasta sayısı %32,7 (17/52). Bu ürünleri kullanan hastaların %50 (26/52)'si hemen her gün, %26,9 (14/52)'u düzensiz aralıklarla, %19,2 (10/52) 'si haftada 2-3 defa, %3 (2/52)'ü ayda bir defa kullandığını belirtmiştir. Hastaların bu ürünleri kullanma süresi %38,5 (20/52)'i bir- üç ay arasında, %25 (13/52)'i dört-oniki ay süreyle, %17,3'ü bir aydan az süreyle, %17,3'ü bir yıldan uzun süreyle kullanmışlardır.

Kronik viral hepatit tedavisi verilerek takip edilen ve aynı zamanda bitkisel tedavi alan hastalar; gerek basın yayının etkisi (%13,5), gerek benzer hastaların telkin yöntemleri (%36,5) ve gerekse medikal tedaviye güvensizlikten (%3) dolayı, %75 (39/52) 'inin bitkisel ürünlerin tedavi edici etkisine inandıklarını belirtmişlerdir. Alternatif tıbbi ürün kullanımı ile KHB ve KHC hastaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Kronik viral hepatitler, siroz ve hepatoma ile sonuçlanabilen önemli morbidite ve mortalite nedeni olan hastalıklardır. Gerek hastalığın kendisinin gerekse komplikasyonlarının tedavisi güç ve maliyetli olduğundan hastalar alternatif tedavi yöntemlerine başvurabilirler.

DSÖ tarafından yayınlanan bir rapora göre dünya nüfusunun %70-80'inin temel sağlık hizmetleri uygulamalarında bitkisel ürünlerden yararlandıkları ve bu ürünleri kullandıkları ifade edilmektedir (Chan,2003). Afrika toplumlarında bu gibi ürün kullanımına toplumun %80'inde rastlanmaktadır (<http://www.who.int/en/>,2002). Malezya'da 1601 erişkin birey arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %33,9'unun bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır (Aziz ve Tey,2009).

Colin ve arkadaşları 2007 yılında 76 kronik viral hepatit C hastasında yaptıkları araştırmada hastaların %70'i (53/76) erkek idi. Hastaların eğitim düzeyi; % 38 (29/76) lise, 42% (32/76) orta öğretim ve % 20 (15/76) kolej veya üniversite mezunuydu. Hastaların % 54'ünde ek olarak başka hastalıktan dolayı başka ilaçlar kullanıyordu. TAT kullananların oranı % 46 (35/ 76) tespit edilmiştir. Kullanılan TAT yöntemler; vitamin veya mineral takviyesi , bitkisel takviyeleri veya doğal kendi kendine terapi şeklindeydi. Hastaların % 28 (21/76) vitamin veya mineral takviyeleri; Bu hastaların % 81'i (17/21) tek veya çoklu vitamin , % 33'ü (7/21) mineral takviyeleri , % 10'u (2/21) selenyum ,% 5 (1/21) beta karoten, kullanmışlardır. Anti-viral tedavi ve TAT kullanan hastaların %58'i (20/35) sadece TAT kullanan HCV hastalardan daha yüksek olmasına rağmen istatistiki olarak anlamlı fark yoktu (p:0.117). Hastaların % 24 (18/76) bitkisel takviyeleri almıştır. En sık kullanılan bitkisel ürün % 56 (10/18) süt-devedikeni,%17 (3/17) çuha çiçeği yağı, %11 (2/17) glukozamin takviyesi almışlardı. Bitkisel ürün alanların % 72'si (13 /18) tek bir ürün, % 17'si 3/18 iki tip ürün % 11'i (2/18) bitkisel üç farklı ürün kullanmıştır. Bitkisel takviyeleri elde etmek için en yaygın başvuru kaynağı bir eczane ya da bakkal %83 (15/18) sadece üç hastada % 17 (3/18) bitkisel tedavi doğrudan elde ettiklerini bildirdi. Anti-viral tedavi almış %27 ve naiv anti-viral tedavi başlanan %20 hastalar ile bitkisel ürün kullanımı açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi.(p:521).TAT alan hastaların bu yöntemlere ulaşmada bilgi kaynağını % 68 marketler, % 16 internet, % 8 kitap, % 4 alternatif tıbbi hekim uzmanı ve % 4 uzman hekim oluşturuyordu. Çalışmaya katılanların % 18 14/76 doğal kendi

kendine terapi uygulamıştır. Meditasyon % 57 8/14, akupunktur %57 8/14, dua % 29 4/14 uygulamışlardır.TAT kullanan hiçbir hastada yan etki gelişmedi..Vitamin veya mineral takviyeleri alan 20 hasta 16 aylık ortalama süreyle kullanmışlar. Hastaların % 5 1/20 üç ay, % 40 8/20 altı ay, % 20 4/20 12 ay boyunca, % 20 4/20 24 ay boyunca, % 10 2/20 36 ay boyunca, % 5 1/20 48 ay boyunca kullanmıştır (Colin P White;2007).

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olup ardışık 200 hastayı kapsamaktadır. Hastaların %75 (150/200) 'i kronik viral hepatit B, %25 (50/200)'i kronik viral hepatit C, hastalarından oluşuyordu. Hastaların %26 (52/200)'sı tedavi amacıyla alternatif tıbbi ürün kullandığı saptandı. Bu ürünleri kullanan hastaların %46,2'ü kadın hastalardan oluşurken %53,8'i ise erkek hastalardan oluşmakta idi. Alternatif tıbbi ürün kullanan hastaların %46.2'si kullandığı ürün hakkında kendisini takip ve tedavisini kontrol eden doktoruna bilgi vermediklerini, %53.8'i ise kullandığı ürün hakkında doktoruna bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların büyük bir kısmı kullandığı ürün hakkında bilgi kaynağını internet (%34.6), televizyon-radyo (%34.6), akraba-komşu (%25) ve benzer hasta diyenler (3,8) olarak tespit edildi. Kronik viral hepatit için antiviral verilen ve aynı zamanda bitkisel tedavi alan hastalar gerek basın yayının etkisi (%13,5), gerek benzer hastaların telkinleri (%36,5) ve gerekse medikal tedaviye güvensizlikten (%3), %75 (39/52)'nin bitkisel ürünlerle tedaviye inandıklarını belirtmişlerdir. Colin ve arkadaşlarının çalışmasının bizim çalışmamız ile benzer yanları hem TAT hem bitkisel ürün takviyelerini kullanan hastalar ile kronik viral hepatit C arasında istatistiki anlamlı herhangi bir fark tespit edilememesi ,bitkisel kullanın oranlarının birbirine yakın değerler olarak tespit edilmesi ve bu ürünleri karışım halinde değil daha çok tek ikili veya üçlü halinde almışlardır, farklı olarak hasta grubunu sadece hepatit C hastalarında oluşmaktaydı ve TAT kullanan hastaları ; vitamin veya mineral, bitkisel takviyeler veya doğal kendi kendine terapi yapanlar şeklinde sınıflandırması, bu grupların kullandıkları ürünlerin oranlarını ayrı ayrı olarak vermesi.TAT kullanma oranının daha yüksek çıkması (%46). Ayrıca ensık kullanılan bitkisel ürün % 56 10/18 süt devedikeni (silybum), %17 3/17çuha çiçeği yağı,%11 2/17 glukozamin takviyesi tespit edilmiştir. Hastaların bu ürünlere ulaşımında bilgi kaynağı olarak eczane ya da bakkalların rolü %83 oranında (15/18) iken farklı olarak çalışmamızda basın ve medyanın etkisinin alternatif ürünlere ulaşımındaki rolü %69 oranındaydı. Bizim çalışmamızda ise ensık

kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla enginar %44.2, bal %28.8, maydanoz %15.4 özütü idi.

Ferrucci LM. ve arkadaşlarının 1999 ile 2001 yılları arasında 3 bölgede tespit ettikleri 2109 kronik karaciğer hastasının %49'u (1040) kaydedilmiş ve 248'i karaciğer hastalığı için TAT tedavi yöntemlerinden enaz birini kullanmışlardır. Bunlar; vitamin ve besin takviyesi 188, bitkisel ilaç 175, homeopati 16 hasta idi. Birden fazla TAT tedavisi alan hasta sayısı 86 idi. TAT kullanımı California'da (%32.9) olup Connecticut ve Oregon'dan anlamlı olarak fazlaydı. En sık kullanılan bitkisel ürünler; süt-devedikeni (% 12.7), ekinezya (% 5.5), St.sarı kantaron (% 4.6), kediotu (%1.9), ginkgo biloba (% 0.6) idi. Özellikle karaciğer hastalıkları için 3 TAT yönteminden birini kullandıklarını belirten hastalara baktığımızda en yaygın bitkisel ürün süt-devedikeni olmak üzere (% 43.8), St. sarı kantaron (% 10.7), ekinezya (%8.9), ve kediotu (% 4.5) olarak benzer bir dağılım gösterdi. TAT kullanımı karaciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatışla anlamlı olarak ilişkiliydi.($P<0.001$). Karaciğer hastalığı nedeni ile hastaneye yatmış olanlarda (n=117) en sık kullandığı TAT yöntemi; vitaminler (%39.3), bitkisel ilaçlar (%16.2) ve homeopatiydi (%1.7) idi. Hepatit C ve alkol, hepatit B ve yalnız alkol etyolojili hastalarda TAT kullanımı anlamlı olarak non-alkolik hepatosteatoz ve yağlı karaciğer hastalığından daha yüksekti.

TAT kullanımı ile sosyodemografik özellikler, erkek cinsiyet , genç yaş, yüksek öğrenim, yüksek aile geliri, mevcut istihdam durumu ile anlamlı olarak ilişkiliydi. KKH etyolojisi ve hastalık nedeni ile yatışın TAT kullanımı için anlamlı ve bağımsız korelasyonlar olduğunu bulduk (Ferrucci LM,2010).

Bizim çalışmamızda alternatif tıbbi ürün kullanan hiçbir hastada kullandığı ürünler nedeniyle hastaneye yatma veya herhangi bir yan etki gelişmemiştir.

Upchurch Dawn M. ve arkadaşları 2002 yılında 40-59 orta yaşlı 5849 kadın hasta üzerinde yaptıkları bir anket çalışmasında hastaların % 45.5'i TAT yöntemlerden herhangi birini kullanmışlardır. TAT yöntemleri arasında da en sık biyolojik temelli yöntem oranı % 28.4 idi. Biyolojik temelli yöntemlerden de en sık bitkisel ürünler %25.4 kullanılmıştır. Zihin-beden terapisi uygulama oranı %23.9 (Derin nefes alma egzersizleri %16.7, meditasyon %10.8, yoga %8) olarak tespit edildi. Hastaların %54'ü sağlık sorunları nedeniyle dua yöntemini kullanmışlardır. TAT yöntemlerinden karyopraktik, masaj ve yoğa ile etnik olarak siyah ırkt arasında anlamlı istatistiki

iliştki saptanırken, bitkisel ilaç, rahatlama yöntemleri ile etnik köken veya ırklar arasında anlamlı bir sonuç tespit edilmedi. Eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan kadınlarda karyopraktik yöntem hariç tüm TAT yöntemlere başvuru oranı anlamlıyken, dua yöntemiyle tedavi eğitim düzeyi ön lisans ve üniversite mezunlarında anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. İspanyollar ve siyahlarda sağlık için dua dua yöntemi beyaz kadınlara oranla istatistiki olarak anlamlı sonuçlandı. (Upchurch DM,2002). Bizim çalışmamızdan farklı yanı genel kadın popülasyonu üzerinden yapılmış çalışma olması, ırk-etnik yapı ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda anlamlı istatistiki ilişki saptanması ve TAT yöntemlerinin çeşitliliği ve dua yönteminin de tedavi amaçlı kullanılmasıydı.

Seeff LB ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada 1145 hastanın, 641'i şifalı bitki kullanmadıklarını, 235'i sadece geçmişte kullandıklarını ve 269'u değerlendirme süresi içinde kullandıklarını bildirdi. Hastalar çoğu kombinasyonlar halinde olan 60'dan fazla şifalı bitki bildirmişlerdir. Şifalı bitki kullanan 269 hasta ensık kullandığı ilk üç ürün: silymarin (boğa diken) %72 (195/269), yeşil çay %13.7 (37/269), sarımsak %10.7 (29/269) kullandığını tespit edildi. Silymarine odaklanıldığında; hastaların %67 (772) kişi hiç kullanmadıklarını, %16'sı (178) geçmişte aldıklarını, %17'si (195) kullandıklarını ifade etmiştir. Silymarin kullanan %18.4'nü erkek,%13.5'ni kadınlar kullanmış ve anlamlı bulunmuştur (p:0.05). İspanyol olmayan beyazlar Silymarini Afrika kökenli Amerilılardan ve İspanyollardan anlamlı olarak daha fazla kullanmışlardır(p:0.0005). Silymarin kullanıcıları ile hiç kullanmayanlar arasında HCV RNA seviyeleri arasındaki fark anlamlı değildi.(p:0.08). Ortalama serum ALT düzeyi silymarin kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksekti.(p:0.04). Serum ortalama ALP seviyeleri kullananlarda, kullanmayanlara göre anlamlı düşükken herikisi de normal sınırlar arasındaydı. Hepatik sentez fonksyonları (serum albumin and protrombin zamanı) 2 grup arasında farklılık göstermedi. Karaciğer hastalığı olan hastalarda silymarin popülerlik nedeni, Amanita phalloides zehirlenmesiden kaynaklanan karaciğer hasarı üzerinde koruyucu bir etkisinin olduğu inancından kaynaklanıyor olabilir

Hastaların yaklaşık beşte biri eşzamanlı olarak şifalı bitki kullanmayı seçen kişileri kapsıyordu. Silymarinin HCV enfeksiyonuna karşı antivirütik aktivite

gösterdiğinin hiçbir kanıtı yoktu (Seeff LB).Bu çalışmanın bizim çalışmamız ile paralel yanı bitkisel ürün kullanma ile PCR HCV RNA ve ALT arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmediğidir.Farklı olarak sadece kronik hepatit C'ye bağlı siroz gelişen hastalarında bu çalışmayı yapmış olmaları ve daha çok silymarinin etkinliğini araştırmaya yönelik olmasıdır.

Ankara'da bir Aile hekimliği polikliniğine başvuran 310 hasta üzerinde yapılan anket çalışmasında çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $55,3 \pm 13,1$ dir. Çalışmaya katılanların % 31,9'u (99 kişi) erkek, % 68,1'i (211 kişi) kadındır. Çalışmaya katılan hastaların % 84,5'i bitkisel ürünlerle tedaviye ilgili olduklarını ve zaman zaman uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bu hastaların bitkisel ürünlerle tedaviyi % 21,6 oranında sağlıklı yaşam ve vitamin desteği olarak kullanırken, % 40 oranında direk hastalık tedavisinde kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada bitkisel ürünlere ilgi duyma konusunda erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,065$). Aynı zamanda yaşa göre de bitkisel ürünlere ilgi duyma konusunda anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,243$)(Gamsızkan ve ark, 2012).

Bizim yaptığımız çalışmaya ardışık 200 hasta alınmıştır. Hastaların %54'ü erkek (108/200) hastalardan oluşmaktadır. Çalışmaya alınan 200 hastanın yaş ortalamaları $44,78 \pm 14,112$ Bizim çalışmamızda ise alternatif tıbbi yöntemlere başvuran hastalar tamamen tedavi amaçlı bu ürünleri kullanmışlar. Bu ürünleri kullanan hastaların %46,2'ü kadın hastalardan oluşurken %53,8'i ise erkek hastalardan oluşmakta idi. Yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farkın olmaması çalışmamızla benzer yönü teşkil etmektedir.

Gamsızkan ve arkadaşlarının bu çalışmasında çalışmaya katılan hastaların % 64,5'i (200 kişi) ilkokul mezunu, %35,5'i (110 kişi) lise üstü eğitilmiş olarak iki grup halinde değerlendirildi. İlkokul mezunu hastaları % 82,5'i bitkisel ürünlerle tedaviyle ilgilenirken, lise ve üstü mezunu hastaların % 88,2'si bitkisel ürünlerle ilgilendiklerini ve uyguladıklarını belirttiler. İki grup arasında bitkisel ürünlere ilgi duyma konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,250$). (Gamsızkan ve ark, 2012).

Biz farklı olarak çalışmamızda hastaları eğitim düzeylerine göre 4 gruba ayırdık. Eğitim düzeyi düşük olan ilkokul mezunu hastalarda bu ürünleri kullanım oranı %42,3 (22/52), eğitim düzeyi orta düzeyde olan (ortaokul-lise mezunu) hastalarda %32,6 (17/52), eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda (yüksek okul mezunu) %17,3, okur-

yazarlığı olmayan hastalarda bu oran %7,7 (4/52) olarak tespit edildi. İlk okul mezunu hasta grubunda daha fazla alternatif tıbbi ürün kullanılmasına rağmen eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0.769).

Akyüz'ün doktora tez çalışmasında Türkiye'de 308 kronik böbrek hastası üzerinde yapılan çalışmada bitkisel ürün kullanma oranı %58 olarak tespit edilmiş olup eğitim düzeyi düşük hastaların daha sık bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır. (Akyüz,2009). Bu veriler çalışmamızla benzerlik gösterirken Amerika'da ise yapılmış çalışmalarda bitkisel ürün kullananların genelde kadın, yüksek eğitim almış ve 60 yaşın altında oldukları bildirilmiştir.(Kennedy,2005; Bardia ve Nisly,2007)

Gamsızkan ve arkadaşlarının çalışmasında hastalara bitkisel ürünlerle ilgili bilgi kaynakları soruldu. Hastaların % 62,9 oranında bu bilgileri medya aracılığıyla, % 42,6 oranında çevreden (arkadaş, komşu) elde ettiklerini belirtmişlerdir. (Gamsızkan ve ark, 2012).

Bizim çalışmamızda hastaların büyük bir kısmı kullandığı ürün hakkında bilgi kaynağı internet (%34.6), televizyon-radyo (%34.6), akraba-komşu (%25) ve benzer hasta diyenler (3,8) olarak kullandıkları tespit edildi.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Nefroloji polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanım oranının %53 olduğu saptanmıştır. En sık kullanılan bitkisel ürünler limon ve sarımsak olarak bulunmuştur. Hastaların büyük bir kısmı (%83) kullandığı bitkisel ürün hakkında bilgi kaynağını komşu, akraba, arkadaş, yada televizyon, radyo, olarak bildirmiştir. Ürün kullanan hastaların 46 (%87) 'sı ise kullandığı bitkisel ürün hakkında doktoruna bilgi vermemiştir (Biçen,2012).Bu çalışmada hastaların kendisini takip eden ve tedavisini düzenleyen hekime bilgi vermeme oranı bizim çalışmamızdan çok daha yüksek %87 tespit edilmiştir. Fakat bilgi kaynağı olarak istatistiki veriler belirtilmemiştir. Ayrıca en sık kullanılan bitkisel ürünler de farklı olarak tespit edilmiştir.

Bizim hasta grubunda ise hastaların %26 (52/200)'sı tedavi amacıyla alternatif tıbbi ürün almıştır. En sık kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla enginar %44.2, bal %28.8 , maydanoz %15.4 özütü idi .Alternatif tıbbi ürün kullanan hastaların %46.2'si kullandığı ürün hakkında kendisini takip ve tedavisini kontrol eden doktoruna bilgi vermediklerini, %53.8'i ise kullandığı ürün hakkında doktoruna bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların büyük bir kısmı kullandığı ürün hakkında bilgi kaynağını

internet (%34.6), televizyon-radyo (%34.6), akraba-komşu (%25) ve benzer hasta diyenler (3,8) olarak tespit edildi.

Çalışmaya katılan hastalardan sadece bir tanesi kullandığı bitkisel üründen zarar gördüğünü belirtti. Hastalara poliklinik hizmeti alırken bitkisel ürün hakkında doktorlarının bilgi vermesini isteyip istemedikleri soruldu. Hastaların % 83,9'unun (260 kişi) doktorlarından bitkisel ürünler hakkında bilgilendirilmek istediklerini söylediler. Hastaların % 40'ı (124 kişi) bitkisel ürünleri direk hastalık tedavisinde kullanırken % 24,8'i (77 kişi) doktorun verdiği ilaçlara ek olarak kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların % 21,6'sı (67 kişi) ise sağlıklı yaşam .(Gamsızkan ve ark, 2012).

Çalışmamızda alternatif tıbbi ürün kullanan hastalarda herhangi bir yan etki gelişmediği saptandı ve hastalarımız kullandıkları ürünleri tedavi maksadıyla kullanmışlardı. Gamsızkan ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların önemli bir bölümü kullanılan ürünleri doktorun verdiği ilaçlara ek olarak ve sağlıklı yaşam nedeniyle kullanmışlardır.

Çalışmamızda sadece bitkisel ürün kullanan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası PCR HBV DNA, PCR HCV RNA değerlerinde istatistiksel olarak yapılan incelemede anlamlı bir sonuç tespit edilmedi ($p=0.160$). Sadece bitkisel ürün kullanan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası ALT değerlerinde istatistiksel olarak yapılan analizde anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.230$). Çalışmamızda hastalar tek bir ürün ya da birkaçını birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ensık kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla; enginar, bal, maydanoz, hazır preparat + enginar, brokoli, devedikeni, ısırgan otu+ maydanoz vb. kullanmışlardır.

Çin'de yapılan bir çalışmada interferon ve nükleozid analoglarının kullanılmasına rağmen kronik hepatit hastalarının % 80'inde geleneksel Çin tıbbi ürünlerini kullandıklarını belirtmişlerdir. Çinde internet tabanlı yapılan bir review çalışmada (China National Knowledge Infrastructure (CNKI) ve PubMed'den) 643 makale tespit edilmiş ve bu makalelerin 596'sı Çince, 47 tanesi İngilizceydi. 487 klinik çalışma, 80 tanesi preklinik ve deneysel çalışma, 76 tanesi ise non-randomize, klinik deneyimlerin özetiydi. Bu makalelerde kullanıldığı tespit edilen 230 farklı formülden her bir karışımın ortalama 9 malzeme içerdiği belirtilmiş. En sık kullanılan bitkisel ilaç;"Mongolian milkvetch root(Huang Qi);230 farklı formül içinde 143 kez

kullanılmış. En değerli buldukları dört bitkisel ürün: Astragalus(Huang Qi), Polygonum cuspidatum (Hu Zhang), Radix et rhizoma rhei (Da Huang), Phyllanthus urinaris (Ye Xian Zhu) olduğunu belirtmişlerdir.

Bu derlemede; son Çin literatürlerinde kronik hepatit tedavisinde Geleneksel Çin Tıbbı (TCM)'nin yararlı etkilerinin olabileceği açıklanmıştır;

1-KHB hastalarında anti-viral aktivitede IFN ve LAM ile benzer iyileştirici etkiye sahip (Bunu serum HBeAg ve HBV DNA'nın kaybolması kanıtlıyor)

2-TCM serum ALT düzeyinin normalizasyonunda daha iyi etkiye sahip

3-TCM, LAM ve IFN'nin anti-viral aktivitesini ve karaciğer fonksiyonlarındaki düzelmeyi artırıyor. Çalışmalarda TCM kombinasyonları ile ilişkili ciddi yan etkisi bildirilmemiştir. Çalışmalar birlikte ele alındığında KHB olgularında TCM tedavisi ile ileri çalışmalar gerektiğini gösteriyor. Kabul edilmesi gerekir ki KHB'den TCM etkisini değerlendiren çalışmaların kalitesi genel olarak çok yüksek değildir. 53 RCT'nin 37'si vasat metodolojik skora sahiptir (Jadad skor:2). Çok merkezli, büyük ölçekli, prospektif, çift kör, kontrollü randomize kontrollü çalışmalar yoktur (Zhang ve ark, 2010).

Geleneksel Çin tıbbında kullanılan ürünler daha çok karışım halinde hazırlanırken ki her bir karışımın ortalama 9 çeşit malzeme içerdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastalar tek bir ürün ya da birkaçını birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ensik kullanılan alternatif tıbbi ürünler sırasıyla; enginar, bal, maydanoz, hazır preparat+ enginar, brokoli, devediken, ısırgan otu+ maydanoz vb. kullanmışlardır.

Türkiye'de yaklaşık 850 aile hekimliği uzmanı veya asistanının üye olduğu web sitesi üzerinden ortak mail grubundan 11 sorudan oluşan bir anket gönderilmiştir. Anketin cevaplanma düzeyi %34,4'dür. Araştırmaya 30 ilden 150 hekim katılmıştır. Çalışmaya katılanların %50 (75 kişi)'si erkek, yaş ortalaması 34.4'dür. Çalışmaya katılan hekimlerin % 63,1'i fitoterapi ile ilgilendiklerini veya uyguladıklarını belirtmiştir. Hekimlerin % 36,9'u ise fitoterapiye karşı olduklarını veya ilgilenmediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin karşı olma veya ilgilenmeme sebeplerinin başlıcaları fitoterapinin kanıta dayalı olmaması ve bu konuda yeterince çalışma yapılmamış olması (%50,0), yasal düzenlemenin yetersiz olması (%16,7), sadece plasebo etkisi olabileceği (%8,3) ve zararlı yan etkilerinin olabileceğinin (%4,2)

düşünülmesidir. Çalışmada cinsiyet ile fitoterapi ile ilgilenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.567$). Çalışmaya katılan hekimlerin %28,2'si hastalarını tedavi ederken ve reçete düzenlemeden önce anamnezlerinde hastalarının bitkisel ürün kullanıp kullanmadıklarını sorguladıklarını belirtmişlerdir (Gamsızkan ve ark, 2010).

Tablo VI: Kullanılan ilk 10 bitkisel ürünün dağılımı

• Bitkisel ürün	Yüzde (%)
• Ihlamur	76.5
• Sarımsak	75.8
• Yeşil çay	75.2
• Rezene	66.4
• Gingko biloba	63.8
• Ketan tohumu	57.7
• Ginseng	57.0
• Üzüm çekirdeği	47.7
• Ekinezya	36.5
• Yosun	34.9

Türkiye’de hastane tabanlı yapılan bir çalışmada bir üniversite hastanesine başvuran her 10 annenin 4’ünün (%42,2) çocuğuna bu tür uygulamaları yaptığı belirtilmiştir. (Özyazıcıoğlu ve ark,2012)

Türkiye’de 18 yaş altında 120 kanser hastası arasında yapılan bir çalışmaya göre hastaların %73,3’ünün en az bir kez bu tür uygulamalara başvurdukları ifade edilmektedir (Karaali ve ark,2012).

Karaciğer hastaları özellikle bitkisel ürün kullanımı açısından riskli grubu oluşturmaktadır. Toksik karaciğer hastalıkları, birçok farmakolojik ve kimyasal maddenin solunması, ağızdan alınması veya parenteral uygulanması ile ortaya çıkan karaciğer enzimlerinde hafif yükseklikten, ölümle sonuçlanabilecek karaciğer yetmezliğine kadar geniş bir klinik yelpazede kendini gösteren hastalık tablosudur. Karaciğer rahatsızlığı olmayan bir kişide bile bitkisel ürün kullanımına bağlı karaciğer toksisitesi gelişebilmektedir. Toksik hepatite neden olan bitkisel ürünler arasında jin bu

huan, xiao-chai-hu-tang, yer meşesi, çalı, sena, ökse otu, takke otu, yılan otu, karakafes (pirrolizidin alkaloidi içerir) ve bitkisel çaylar sayılabilir. Yakın zamanda ‘jin bu huan’ kullanımına bağlı iyi tanımlanmış akut hepatit benzeri tablo bildirilmiştir. Yüksek dozda kullanılan vitamin A karaciğer hasarına neden olabilir. Benzer şekilde Çin bitkisel karışımlarında bulunan pirrolizidin alkaloidleri venookluziv karaciğer hasarına neden olabilir (Dienstang ve Isselbacher,2005). Ayrıca kullanılan bitkisel ürünler, kullanılan ilaçların farmakokinetiğini değiştirerek, ilaç etkileşiminde bulunup istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Diğer yandan karaciğer hastalığı olan birinin bu tür ürünleri kullanması toksisite riskini daha da arttırmaktadır.

Şifalı bitkiler kitabında karaciğer hastalıkları için de bazı pratik formüller verilmiştir;

- Arı poleni, toz zerdeçal, taze nane ve nöbet şekerinin yenmesi
- Semizotu tohumu ezilir, bir bardak suya sekiz gram konur, bir müddet kaynatılıp şekerle tatlandırılıp içilmesi
- Bal ve zerdeçal ile karışım yapıp yenmesi
- Çilek kökü sapı, ayva yaprağı, ada çayı, koyun otu, nane yaprağının kaynar su ile yapılmış karışımlarının içilmesi
- Karaciğer yağlanması için de; maydanozun sıkılıp, limon ve su eklenerek sabahları aç karna içilmesi gibi öneriler
- Kainat eczanesinden önerilen bitkiler: Karahindiba, havuç, zerdeçal, zencefil, meyan kökü, lavanta kullanımı önerilmiştir (Maranki, 2009).

Hastaların çoğunun bitkisel ürün ile ilgili bilgileri komşu, akraba, arkadaş, televizyon ve radyo aracılığıyla öğrenmiş olması, büyük oranda kullandıkları bitkisel ürünler hakkında araştırma yapmamış olmaları (%39,2) hasta ve hasta yakınlarının okumaktan daha çok dinleyerek öğrenmeyi tercih ettiğinin göstergesi olabilir, dolayısıyla toplumun bilgilendirilmesinde medyaya önemli görevler düşmektedir.

Hastaların büyük çoğunluğu kullandığı bitkisel ürün ile ilgili doktora bilgi vermemektedir bu da istenmeyen sonuçlara neden olabilir (yan etki, ilaç etkileşimi gibi). Dolayısıyla doktorların anamnez alırken bu tür TAT yöntemlerinin kullanımını mutlak sorgulaması gerekmektedir. Ayrıca bitkisel ürün kullanan hastaların asıl medikal tedavilerini aksatabileceği de gözardı edilmemelidir.

Bazı bitkiler yorgunluğun giderilmesi gibi durumlarda olumlu yönde psikolojik etki yapmış olabilir ve kişide genel bir kendini iyi hissetme hali ortaya çıkarabilirler. Ancak kişinin aldığı ilaçlar varsa bunlarla etkileşebilecekleri ve bunların etkinliklerini azaltma ya da çoğaltma şeklinde değiştirebilecekleri unutulmamalıdır (Meissel ve ark,2003;Van ve ark,2008). Bu konuda Ginkgo biloba'nın bazı ilaçlarla etkileşimi örnek olarak verilebilir; trazodon ile birlikte Ginkgo biloba ekstraktı alan yaşlı bir hastada koma gelişmiştir (Galluzzi ve ark,2000).Ginkgo ekstraktının yüksek dozları antikonvülsanların etkinliğini azaltabildiğinden epileptik atakların kontrolünü zorlaştırır (Manocha ve ark,1996). Selektif serotonin geri alım inhibitörleri ile birlikte Ginkgo tüketimi rijidite, taşikardi, hipertermi, terleme belirtileriyle seyreden 'serotonin sendromu'na yol açar (Cupp,1999;Aruna ve Naidu,2007). Yine "ginkgo biloba" bitkisi, antikoagülan ilaçların (aspirin, varfarin gibi) etkisini arttırarak, kanamaya yatkınlık yapmaktadır (Niggemann ve Gruber,2003)."Glycyrrhize glabra" adlı madde, meyan kökü (licorice) bitkisinde bulunmakta ve yüksek dozlarda veya uzun süre kullanıldığında pseudohiperaldosteronizme yol açmakta ve hipokalemi, hipertansiyon gibi sorunlar gelişebilmektedir (Dahl,2001). Bazı bitkilerin ilaçlarla etkileşimi Tablo VII'da verilmiştir

Tablo VII:Bazı Bitkilerin İlaçlarla Etkileşimi

Bitkiler	İlaçlar
Ginkgo biloba	Aspirin, antikoagülanlar, varfarin, heparin, tiklopidin, klopidoğrel, dipiridamol, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar, antikonvülsanlar
Ginseng	Varfarin, heparin, aspirin, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, östrojen, digoksin, monoamin oksidaz inhibitörleri, antidiyabetikler
Sarımsak, zencefil	Antikoagulan ilaçlar
Kava	Sedatifler, uyku hapları, antipsikotikler
Ekinezya	Anabolik steroidler, amiadaron, metotreksat, ketakonazol, kortikosteroidler, siklosporin

Sonuç olarak hastalıklarda bitkisel ürün kullanımı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Bitkisel ürün kullanan hastaların bu konuda doktorlarına eksik bilgi vermesi, bitkisel ürün ve karışımlarının denetimsiz bir şekilde satışının yapılması, özellikle yazılı ve görsel basında işin ehli olmayan kişiler tarafından bilimsellikten uzak, ticari amaçlı yayınlar yapılması bu sorunu daha da karmaşık hale getirmektedir. Toplumun doğru şekilde yönlendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, doktorlar ve medyaya önemli görevler düşmektedir.

6.KAYNAKLAR

- Akyüz A. Ö. Kronik Böbrek Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları.Doktora tezi.2009
- Aruna D,Naidu MU.Pharmacodynamic interaction studies of Ginkgo biloba with cilostazol and clopidogrel in healthy human subjects. Br J Clin Pharmacol .2007;63(3): 333-338.
- Aşçı A, Baydar T, Şahin G.Yaşıllarda Herbal Preperat Kullanımının Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi.Türk Geriatri Dergisi.2007;10; (4): 203-214.
- Aziz Z,Tey NP.Herbal medicines: prevalence and predictors of use among Malaysian adults.Complement Ther Med.2009 17(1): 44-50.
- Bardia A,Nisly NL,Zimmerman MB,Gryzlak BM, Wallace RB.Use of herbs among adults based on evidence-based indications: findings from the National Health Interview Survey.Mayo Clin Proc.2007;82(5): 561-566.
- Baybuğa MS, Bulut H, Kapucu S.Hipertansiyon tanısı alan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik uyguladıkları yöntemler.Sağlık ve Toplum.2005;15: 73-77.
- Bellinghieri G, Santoro D, Bucca M, Savica V: Therapy of kidney diseases in poor people in France during the 18th century. J Nephrol 2004;17:619–624
- Bıçen, C.Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı.Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2012;29(2): 109-112.
- Bilir N, Subaşı NP.(2006). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Akın. L. Güler Ç. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.2006 Ankara S:1032.
- Bitkisel Ürünler ve Sağlık.Ekim 2012; www.ttb.org.tr.
- Brieger WR:Roll Back Malaria.Pre-testing of needs assessment procedures.IDO Local government,Oyo State Nigeria.Unpublised draft.1998
- Canter PH, Ernst E. (2004). Herbal supplement use by persons aged over 50 years in Britain. Drugs Aging.2004; 21: 597-605.
- Chan,K.Some aspectsof toxic contaminants in herbal medicines. Chemosphere. 2003;52(9): 1361-1371.
- Colin P White,BSc,Gerilynn Hirsch,NP,Sunil Patel,Fatin Adams,MD ve Kevork M Peltekin. Complementary and alternative medicine use by patients chronically infected with hepatitis C virus. Can J Gastroenterol.2007 September;21(9):589-595
- Cupp MJ.Herbal remedies: adverse effects and drug interactions.Am Fam Physician 1999;59:1239-1244
- Çelik İlhami, Akbulut Ayhan.Kronik Hepatitlerin Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar.Bilimsel tıp yayınevi.2007;121-124
- Dahl NV. Herbs and supplements in dialysis patients: panacea or poison.Semin Dialys.2001;14(3):186-192.
- Davies P, Levy S, Pahari A, Martinez D.Acute nicotine poisoning associated with a traditional remedy for eczema.Arch Dis Child.2001; 85: 500-2.
- Davis M.Dietary supplements: Are they safe and reliable?Drug Topics.2001;8: 61.
- Dienstag, J. L. (2009). Chronic Viral Hepatitis. D. Mandell: Mandell, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases,. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier. 7th ed.
- Dienstang JL, Isselbacher KJ.Toxic and Drug- Induced Hepatitis. Principles of Internal Medicine. Kasper DL, et al (eds). McGraw-Hill 16th Edition 2005;1843

- Dokken D, Sydnor-Greenberg N.Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: parents and professionals working together for new understanding.Pediatr Nurs.2000;26(4): 383-390.
- Erdem S, Ata Eren. P.Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri.Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi.2009;66 (3):133-141.
- Ernst E.The role of complementary and alternative medicine. BMJ 2000; 321: 1133-1135
- Ernst, E. The efficacy of herbal medicine-an overview. Fundam Clin Pharmacol 2005; 19: 405-409.
- Ferrucci LM, Bell BP, Dhotre KB et al. Complementary and Alternative Medicine Use in Chronic Liver Disease Patients.J Clin Gastroenterol.2010 Feb;44(2):40-5
- Galluzzi S,Zanetti O, Binetti G, Trabucchi M, Frisoni GB.Coma in a patient with Alzheimer's disease taking low dose trazodone and ginkgo biloba. J Neurol Neurosurg Psychiatry.2000;68(5): 679-680.
- Gamsızkan Z, Kurt. AE, Yücel A,Kartal M.Hekimlerin Fitoterapi Ürünlerine Bakış Açısı. Journal of Clinical and Analytical Medicine.2010;S:1-3.
- Gamsızkan Zerrin, Yücel. A, Kartal Murat.Using of herbal product.Journal of Clinical and Analytical Medicine.2012;3(3): 300-302.
- Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, World Health Organization Complementary and Alternative Medicine. 2004;109
- Gürson O. Özçelikay G. Asil E.Ankara'daki Aktarlık Uygulamaları Üzerinde Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri J Med Ethics.2005;13: 191-194.
- Gürün MS. Bitkisel tıp. ANKEM Derg 2004; 18: 133-136.
- Hacıhasanoğlu R, Karakurt. P, Yıldırım A, Uslu S.Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin.2010;9(3):209-216
- Hamm BR, Dahl NV.Herbs, menopause, and dialysis.Semin Dialys.2002;15: 53-59.
- Izzo AA, Ernst E.Interactions between herbal medicines and prescribed drugs:A systematic review.Drug Aging.2001; 61: 2163-75.
- Kaleli S,Sigaranın Sağlık Üzerine Zararlı Etkileri.Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. Cilt5: Sayı:14.2010;40-56.
- Karali Y, Demirkaya M, Sevinir B. Use of complementary and alternative medicine in children with cancer: effect on survival. Pediatr Hematol Oncol.2012;29(4): 335-344.
- Kennedy J. Herb and supplement use in the US Population. Clin Therap 2005;27: 1847–1858
- Kleshinski JF, Crews C, Fry E, et al.A survey of herbal product use in a dialysis population in Northwest Ohio.J Ren Nutr.2003;13: 93-97.
- Kostka-Rokosz MD, Dvorkin L, Vibbard KJ, Couris RR .Selected herbal therapies: A review of safety.Nutr Today.2005;40: 17-28.
- Manocha A, Pillai KK, Husain SZ. Influence of G. biloba on the effect of anticonvulsants. Indian J Pharmacol 1996; 28: 84-7.
- Maranki A, Maranki E. Kozmik Bilim Işığında Şifalı Bitkiler. Mozaik yayınları İstanbul.2009;334-342

- Meisel C, Johne A, Roots I. Fatal intracerebral mass bleeding associated with G. biloba and ibuprofen. *Atherosclerosis*. 2003;167(2): 367.
- Nal Institute of Health. Panel on definition and description. Defining and describing complementary and alternative medicine. CAM Research Methodology Conference. April 1995. *Altern Ther and Health Med* 1997; 3: 49-57.
- Niggemann B, Gruber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy*. 2003;58 (8):707-716.
- Ozyazicioglu N, Ogur P, Tanrıverdi G, Vural P. Use of complementary and alternative medicine and the anxiety levels of mothers of children with chronic diseases. *Jpn J Nurs Sci*. 2012; 9(1): 19-27.
- Public education in rational drug use: A global survey. Geneva, WHO, 1997
- Pullukçu Hüsni , Hizel Kenan, Erdem Hakan. Kronik Hepatit C tedavisi ve Tedaviye Bağlı İstenmeyen Etkilerin Yönetimi. Ankara, Bilimsel tıp yayınevi. 2009;9-21
- Robert B Saper, MD, MPH. Overview of herbal medicine and dietary supplements. 2012 www.uptodate.com.
- Russell Jones R. Recurrent facial herpes associated with Chinese herbal remedy. *Lancet*. 1991; 338: 55.
- Saltoğlu Neşe. Nükleozid ve Nükleotid analogları. Günel bilgiler ışığında Antibiyotikler. 2008;555-568
- Seeff LB, Curto TM, Szabo G, Everson GT, Bonkovsky HL, Dienstag JL, Shiffman ML, Lindsay KL, Lok AS, Di Bisceglie AM, Lee WM, Ghany MG; HALT-C Trial Group. Herbal product use by persons enrolled in the hepatitis C Antiviral Long-Term Treatment Against Cirrhosis Trial. *Hepatology*. 2008 Feb;47(2):605-12.
- SGK SUT'ta Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ Yayımlandı. Resmi gazete. <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>. Ankara. 2013.
- Stephen Bent, MD, Richard Ko, PharmD, PhD. Commonly Used Herbal Medicines in the United States. A Review *The American Journal Of Medicine*. 2004 April;116:478-485.
- Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. *Sted* 2005; 14: 182-187
- TC Ankara Valiliği Sağlık Müdürlüğü Umumi Hıfzısıhha Kurulu Başkanlığının 2004/3 karar sayılı 27 Ekim. 2004 tarihli Kararı. 27 Ekim 2004 tarihli Karar
- Tekeli E, Birengel S. Kronik Hepatit B'de Epidemiyolojik özellikler ve tanımlar. *Kronik Hepatitlerin Tedavisinde Günel Yaklaşımlar*. Bilimsel tıp yayınevi. 2007;11-21
- Upchurch DM, Dye CE, Chyu L, Gold EB, Greendale GA. Demographic, behavioral, and health correlates of complementary and alternative medicine and prayer use among midlife women: 2002. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Jan;19(1):23-30
- Van Breemen RB, Frong HH, Farnsworth NR. Ensuring the safety of botanical dietary supplements. *Am J Clin Nutr*. 2008;87: 5095-135.
- Viral Hepatit Tanı ve Tedavi Rehberleri. Vhsd.mail@gmail.com, 2011
- WHO guidelines for governments and consumers regarding the use of alternative therapies. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3): 218-221.
- WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva, WHO. 2002

- www.ieg.gov.tr. 5777 sayılı yazı. Ankara, T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
- Yoon SL, Schaffer SD. Herbal, prescribed, and over-the-counter drug use in older women: Prevalance of drug interactions Geriatric Nursing. 2006;27: 118-129.
- Zhang L, G Wang, et al. Contemporary clinical research of traditional Chinese medicines for chronic hepatitis B in China: an analytical review. Hepatology. 2010;51(2): 690-698.

7.EKLER

Adı:

Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Dosya no:

Tel:

Özgeçmiş

- Kronik Böbrek yetmezliği
- Hipertansiyon
- Karaciğer Sirozu
- İmmünyetmezlik
- Malignite
- Hamilelik
- Diğer

Aldığı ilaçlar:

☐ KT

☐ Steroid

☐ TNF blokörler

☐ Diğer

TANI

☐ Hepatit B

☐ Kronik HepatitB

☐ İnaktif Hepatit B taşıyıcı

☐ Nüks

☐ Relaps

☐ Kompanse Karaciğer Hastalığı

☐ Dekompanse Karaciğer Hastalığı

Hepatit B Hastalığının süresi	Ay	Yıl
3 ay		
3-6 ay		
1 yıl		
1-3 yıl		
3-5 yıl		
5 -10 yıl		
10 yıldan daha fazla		

☐ Hepatit B Tedavisi

a)Alıyor

b)Almıyor

İlaç

Tedavi süresi

1-Lamivudin.....

2-Lamivudin+Peg-İnterferon.....

3-İnterferon.....

4-Entekavir.....

5-Tenofovir.....

6)Telbivudin.....

☐ Toplam Tedavi süresi

☐ Hepatit C

☐ Tedaviye yanıtız

☐ Relaps

☐ Kalıcı cevap

☐ Kompanse Karaciğer Hastalığı

☐ Dekompanse Karaciğer Hastalığı

Hepatit C Hastalığın süresi	Ay	Yıl
3 ay		
3-6 ay		
1 yıl		

Hepatit C Tedavi

☐ Alıyor

☐ Almıyor

Alıyor ise Tedavi süresi

1-Rib+İNF

2-Rib+INF+Boceprevir.....

☐ Hepatit B + Hepatit C

☐ Hepatit D

☐ Hepatit B + Hepatit D

☐ Hepatit B+HIV

☐ Hepatit C+HIV

☐ Diğer yazınız.....

☐ Hepatit B de Başlangıç

PCR HBV DNA

ALT

.....

.....

☐ Hepatit C de Başlangıç

PCR HCV DNA

ALT

.....

.....

☐ Karaciğer Biyopsi yöntemi

☐ Ishak

☐ Metavir

☐ Knodell

☐ MHAİD

☐ MHAİE.....

Karaciğer biyopsi sonucunu biliyormusunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Karaciğer biyopsi sonucunu biliyorsanız hangi düzeyde biliyorsunuz?

☐ Hafif

☐ Orta

☐ Şiddetli-ileri

Olası bulaş yolu ve Risk faktörleri:

☐ Diş çekimi/kanal tedavisi

☐ Kan tranfüzyonu

☐ Geçirilmiş Operasyonlar

☐ Şüpheli riskli cinsel teması

☐ Anneden bebeğe bulaş

☐ Aile öyküsü:

☐ Baba

☐ Anne

☐ Kardeş

☐Eşi☐Çocuklar☐Diğer

Kronik hepatit B ve C ile enfekte hastalıklarda hastaların demografik özellikler

MEDENİ DURUM
☐ Evli
☐ Bekar
☐ Eşi ölmüş
☐ Diğer
ÖĞRENİM DURUMU
☐ Okur- Yazar değil, Okur-Yazar
☐ İlkokulu bitirmiş ,
☐ Ortaokul veya dengini bitirmiş
☐ Lise veya dengini bitirmiş
☐ Yüksekokul bitirmiş
☐ Diğer

Kronik Hepatit b ve c hastalıkları grubunda yer alan hastaların

1)Bitkisel tedaviyi alıyormusunuz

☐ Evet☐ Hayır:☐ Teşekkürler anket bitmiştir

2)Bitkisel ilaç kullandığına dair doktoruna bilgi veriyormusunuz?

☐Evet☐Hayır

Bitkisel İlaç Kullanım dönemi

☐ Tedavi öncesi☐ Tedavi ile birlikte☐ Tedavi sonrası

Tablo: Kronik Hepatit B ve C Hastalıklarında Bitkisel Ürün Kullanımı ile İlgili Özellikleri

Bitkisel Ürün Kullanımını Tavsiye Eden
☐ Kendim
☐ Akrabalar
☐ Benzer hastalığı Olan

☐ Diğer
Bitkisel Ürün Hakkında Araştırma
☐ Kendim araştırma yaptım
☐ Yakınım araştırma yaptı
☐ Araştırma yapmadım
☐ Diğer
Bitkisel Ürün Hakkında Bilgi Kaynağı
☐ Televizyon, radyo
☐ Komşu, akraba, arkadaş
☐ İnternet
☐ Diğer hastalar
☐ Diğer
Bitkisel Ürün Kullanma Sıklığı
☐ Her gün
☐ Haftada iki üç defa
☐ Ayda bir defa
☐ Düzensiz aralıklarla
☐ Diğer
Bitkisel Ürün Kullanma Süresi
☐ Bir aydan az
☐ Bir-üç ay
☐ Üç-on iki ay
☐ Bir yıldan fazla
☐ Diğer

Tablo: Kronik Hepatit B ve C Hastalarının Kullandığı Bitkisel Ürünler

☐ Hazır preparat (İnternet üzerinden ya da ak tarlardan)
☐ Maydanoz
☐ Enginar

☐ Bal
☐ Hazır preparat + enginar
☐ Brokoli
☐ Deve dikenı
☐ Ada ayı
☐ Isırgan otu + maydanoz
☐ Deve dikenı + enginar + kekik
☐ Greyfurt
☐ Diğer

Bitkisel rnlerin neden tercih edildiği

- ☐ Basın-yayın etkisi
- ☐ Benzer hastalığı olan hastaların telkinleri
- ☐ Medikal tedaviye karşı olan güvensizlik
- ☐ Bitkisel rnlerin tedavi edici etkisine inanmak
- ☐ Diğer yazınız