

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİZ OSTEOARTRİTLİ KADINLARIN TAMAMLAYICI ve
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM ve SEMPTOM-
FONKSİYONEL DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Afra ÇALIK

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİZ OSTEOARTRİTLİ KADINLARIN TAMAMLAYICI ve
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM ve SEMPTOM-
FONKSİYONEL DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Afra ÇALIK

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU**

**ANKARA
2018**

**Diz Osteoartritli Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım ve
Semptom-Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi**

Afra ÇALIK

Bu çalışma 27.12.2017 tarihinde jürimiz tarafından “İç Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN 
	Osmangazi Üniversitesi
Tez Danışmanı:	Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU 
	Hacettepe Üniversitesi
Üye:	Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR 
	Hacettepe Üniversitesi
Üye:	Yrd. Doç. Dr. İsmatullah AKYAR 
	Hacettepe Üniversitesi
Üye:	Yrd. Doç. Dr. Zehra GÖK METİN 
	Hacettepe Üniversitesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

05 Ocak 2018



Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarında (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının ön belleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- Tezimin/Raporumun 01/01/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.
- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

27/12/2017


Afa ÇALIK

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yazarlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Afra ÇALIK

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmam boyunca bana yol gösteren, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanması katkı ve destek sunan Sayın Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU'ya,

Tez uygulamam boyunca sağladıkları bilgiler ve kolaylıklarla desteklerini sunan Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğinde çalışanlara,

Araştırmaya katılarak araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli hasta ve yakınlarına,

Çalışmam boyunca zor anlarımda manevi desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma en içten dileklerle teşekkür ederim.

ÖZET

Çalık, A. Diz Osteoartritli Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım ve Semptom- Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Araştırma diz osteoartritli kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklığı ve semptom-fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran, diz osteoartrit tanısı almış 255 kadın hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür incelenerek geliştirilen Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda; araştırma kapsamına alınan diz osteoartritli kadınların %22'sinin (n=56) tamamlayıcı ve alternatif tedaviye başvurduğu ve başvuran hastaların %75'inin bitkisel destek tedavisini kullandığı, %55,4'ünün çevre tavsiyesi ile bu yöntemle başvurduğu, %83,9'unun ise kullandığı yöntemle ilişkin sağlık personeline bilgi vermediği belirlenmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların ağrı ve günlük yaşam aktivite puan ortalamalarının, kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,003$). Hastaların yaş, eğitim durumu, hastalık yılı, başka kronik hastalık varlığına göre Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; alt boyutları ağrı, günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, spor ve fonksiyonel durum puan ortalamaları yaş, eğitim ve hastalık yılına göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Araştırma sonuçlarına göre, hastaların tamamlayıcı tedavileri ağrı nedeniyle kullanmalarından dolayı, bu konuda bilinçli olmalarını sağlamak için, sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesi ve izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, osteoartrit, semptom, tamamlayıcı ve alternatif tedavi

ABSTRACT

Çalık, A. The Determination of Complementary and Alternative Medicine Using and Symptoms - Functional Status in Women with Knee Osteoarthritis. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing Program, Master's Thesis, Ankara, 2018. The aim of this descriptive study is to determine the symptom and functional status of women with knee osteoarthritis using or not they undergo complementary and alternative medicine. Study sample consists of 255 patients admitted to the Physical Therapy and Rehabilitation Outpatient Clinic of Atatürk Training and Research Hospital and to the Physical Therapy and Rehabilitation Outpatient Clinic of Ankara Training and Research Hospital of the University of Health Sciences. Data were collected using Data Sheet developed by the researcher based on literature review and the Scale of Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Bonferroni correction were used to analyze the data. Results show that 22% of participants use complementary and alternative medicine and 75% of them prefer herbal treatments. 55.4% of the them have turned to herbal treatments with advice from relatives, friends etc. 83.9% of the participants do not inform healthcare personnel regarding the treatments they receive. Pain scores of patients using complementary alternative medicine are statistically significantly higher than those not using complementary and alternative medicine ($p = 0.003$). Mean scores of Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Scores depending on demographic characteristics show that participants pain, daily activities, life quality, sports and functional status scores statistically significant differ by age, education and disease year ($p < 0,005$). In conclusion, as patients use complementary and alternative medicine, particularly due to pain, health personnel inform and monitor the patients in order to make them more conscious about conventional and alternative medicine.

Keywords: Complementary and alternative medicine, nursing, osteoarthritis, symptom

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYAN	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ETİK BEYAN SAYFASI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Diz Osteoartriti	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.4. Risk Faktörleri	5
2.1.5. Belirti ve Bulgular	7
2.1.6. Tanı	9
2.1.7. Tedavi	9
2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi	11
2.2.1. Tarihçesi	11
2.2.2. Tanım ve Sınıflandırılma	12
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımında Hemşirelerin Rolü	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	25

3.5. Araştırmanın Uygulaması	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7 Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1. Sonuç	40
6.2. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER	
EK-1. Etik Kurul Kararı	
EK-2. Hasta Bilgileri Formu	
EK-3. Diz Yaralanma ve Osteoartrit Sonuç Skoru	
EK-4. Hasta Onam Formu	
EK-5. Hastane İzin Yazıları	
EK-6. Ölçek Kullanımı İzin Yazısı	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

OA	: Osteoartrit
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
ACR	: American College of Rheumatology (Amerikan Romatoloji Tanı ve Tedavi Kriterleri Komitesi)
OARSI	: Osteoarthritis Research Society International (Uluslararası Osteoartrit Araştırma Topluluğu)
EULAR	: The European League Against Rheumatism (Avrupa Romatizma Birliği)
TENS	: Transcutaneous electrical nerve stimulation (Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu)
NCCIH	: National Center for Complementary and Integrative Health (Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi)
OMT	: Osteopathic Manipulative Treatment (Osteopatik Manipülatif Tedavi)
DSHEA	: Dietary Supplement Health and Education Act (Diyet Desteği Sağlık ve Eğitim Yasası)
KOOS	: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (Diz Yaralanma ve Osteoartrit Sonuç Skoru)

TABLÖLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	Amerikan Romatoloji Komitesi (ACR) diz osteoartrit tanı kriterleri	9
4.1.	Hastaların sosyodemografik özellikleri	29
4.2.	TAT kullanan hastaların kullanım sıklığı	30
4.3.	TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntem ile gördükleri fayda durumunun karşılaştırılması	31
4.4.	Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KOOS skorları ortalaması	31
4.5.	TAT kullanan ve kullanmayan hastaların KOOS skorlarının karşılaştırılması	34
4.6.	TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntemlere göre KOOS skorları	35

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Osteoartrit, ilerleyici kıkırdak dejenerasyonu ile karakterize olan, tüm kıkırdak ve kıkırdak çevresi dokuları etkileyen, yaş ile görülme sıklığı artan, kompleks ve kronik bir hastalıktır (1, 2). Osteoartrit, ekstrasellüler matriksin kontrolsüz olarak parçalanması ve kıkırdağın yok olması ile tipik olarak etkilenen eklemlerin şeklinin değiştiği ilerleyici bir eklem hastalığı olarak da tanımlanmaktadır (3-5).

Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş üzeri erkeklerin %9.6'sının kadınların ise, %18'nin osteoartrit tanısı aldığını tahmin etmektedir (6). Dünya Hastalık Yüğü 2010 raporunda kas iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığı giderek arttığı belirtilmiş ve görülme oranının Romanya'da %2.8, Macaristan'da ise %18.3 olduğu bildirmiştir (7). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından (2014) gerçekleştirilen Sağlık Araştırması verilerine göre, ülkemizde artrit problemleri yaşayan bireylerin oranının %8 olduğu saptanmış ve aynı araştırmanın 2012 yılındaki raporunda ise, kadınların %9.4'nün osteoartrit tanısı aldığı bildirilmiştir (8, 9).

Osteoartritin kadınlarda daha sık görülmesi daha çok hormonal değişimlerle ilişkili bulunmuştur. İlk kez 1952 yılında osteoartrit ve menopoş sonrası hormonal değişiklik arasındaki ilişki tanımlanmıştır. Bir grup kadın üzerinde yapılan çalışmada menopoş sonrası birçok eklemden olan ve hızlı bir süreç gösteren duruma menopozal artrit denilmişse de, daha sonraları osteoartrit olarak adlandırılmıştır (10). Osteoartrit eklemden ağrı, eklem hareket açıklığında kısıtlanma, kas güçsüzlüğü, eklem tutukluğu, eklem şişliği ve fonksiyon kaybı gibi yaygın sorunlara yol açarak, hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlanmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (11).

Osteoartrit hastalarının çoğunluğunda, semptomların etkin şekilde yönetilemediği bilinmektedir. Bu durum hem hastaları, hem de bakım verenleri semptomların yönetiminde farklı arayışlara yönlendirmiş ve bu amaçla tamamlayıcı ve alternatif tedaviler kullanılmaya başlanmıştır (12-15). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların modern tedavilere katılımını sağlamak amacıyla, 1992

yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı "Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi (NCCIH)" kurulmuştur (16). NCCIH'ın 2012'de tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını belirlemeye yönelik yaptığı kapsamlı bir araştırmada Amerikalı yetişkinlerin %17.7'sinin besin takviyelerini kullandığı saptanmıştır. Ayrıca yoga, meditasyon ve masaj terapisinin, yetişkinler tarafından kullanıldığını fakat en popüler olanın zihin-beden uygulamaları olduğu gösterilmiştir (17). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Solak ve arkadaşlarının (2015) romatizmal hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvuru sıklığı ve nedenlerini araştırdığı bir çalışmada, en sık başvuru TAT yöntemi bitkisel ürünler (%56,7) olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların büyük bir kısmının ağrının giderilmesi ve eklem şişliğini azaltmak için, bu yöntemlere başvurdukları belirtilmiştir (14). Dikici ve arkadaşlarının (2015), dejeneratif osteoartrit tanılı hastalarda en sık kullanılan TAT yöntemlerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada en sık kullanılan yöntemlerin, bitkisel ürünler (%30,8), kırık-çıkıçya başvurma (%20,5) ve kas içi ajanların kullanımı (%19,2) olduğu bildirilmiştir (18).

Artritli hastalarda TAT kullanımı ile ilgili literatür incelediğinde (19-28); Hindistan'da en sık kullanılan yöntemin homeopati ve Ayurveda olduğu ve hastaların çoğunlukla kullandıkları yöntemle ilişkin sağlık personeline bilgi vermediği, Kore'de hastaların geleneksel oryantal dans tedavi yöntemini seçtikleri ve yarısının bu uygulamaları faydalı gördüğü belirtilmiştir (19-22). Taylan'da, romatoid artritli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını inceledikleri çalışmada, hastaların çoğunluğunun masaj yöntemini kullandığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %58,8'i TAT'a ilişkin bilgiyi komşularından aldığını bildirmiştir (23). Çalışmalar (24, 25) incelendiğinde, diz ve kalça osteoartriti olan hastalarda etnik ve kültürel farklılıkların kullanılan ürün seçiminde etkili olduğu ve TAT kullanım sıklığının diğer kronik hastalık gruplarından daha yüksek olduğu görülmektedir (26-29). Shih ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, artritli bireylerin %43.6'sının hafif, orta veya ağır düzeyde tanımlanan fiziksel aktivitelerin herhangi birini yapamadıkları, Hootman ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, artritli bireylerin fiziksel kısıtlanma prevalansının %25.1 olduğu bildirilmektedir (30, 31).

Yapılan araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, araştırmaların çoğunun TAT yöntemlerine başvuru sıklığı, kullanılan yöntemlerin tipleri ve bu yöntemlerin hastalar üzerindeki etkilerini inceledikleri görülmüştür. Ancak, literatürde diz osteoartritli kadın hastalarda TAT kullanımı ile semptom ve fonksiyonel durumun belirlenmesine yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, araştırma diz osteoartriti olan kadınlarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumunun semptom ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek üzere yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1. Diz osteoartritli kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklığı nedir?
2. Diz osteoartritli kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının semptom ve fonksiyonel durum üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Diz Osteoartriti

2.1.1.Tanım

Osteoartrit (OA), eklem kıkırdagının kaybı ve periartriküler kemiğin yeniden şekillenmesi ile karakterize olan, yavaş progresyon gösteren, fonksiyonel sınırlılıkların arttığı ve yaşam kalitesinin düştüğü, eklem ağrısı gibi sorunlara neden olan kronik dejeneratif bir hastalıktır (32-34).

Osteoartrit, eklem kıkırdagının erozyonu ile birlikte, kemiğin hipertrofisi (osteofitler), subkondral skleroz, sinovyal membran ve eklem kapsülünün biyokimyasal ve morfolojik değişiklikleriyle karakterizedir. Ayrıca, osteoartritte eklemi oluşturan kemik yoğunluğunda artma ve osteofitler meydana gelir. Geç dönemde ise; eklem kıkırdagında yumuşama, ülserasyon, fokal parçalanma ve sinovyal inflamasyon oluşabilmektedir (34-36).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş üzeri erkeklerin %9.6'sının kadınların ise %18'nin osteoartrit tanısı aldığını tahmin etmektedir (6). Global Hastalık Yüğü araştırmasına göre; osteoartrit 60 yaş ve üzerinde her iki cinsiyette de, her 10 kişiden birinde ve 70-79 yaş döneminde ise en sık oranda görülmektedir (7).

Amerika'da 30 milyondan fazla osteoartrit tanısı almış birey vardır (37). İngiltere'de yapılan bir araştırma sonucunda 45 yaş üstü bireylerin %18.2'sinin diz osteoartrit tanısı aldığı bildirilmiştir (38). Osteoartritli bireylerin sayısı, nüfus yaşlandıkça artmaktadır. Ayrıca osteoartrite eşlik eden obezite, fiziksel kapasite düzeyinin azalması gibi risk faktörlerinin yaygınlığı da artmaya devam etmektedir (39).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından (2014) gerçekleştirilen Sağlık Araştırması verilerine göre, ülkemizin %8'inin artrit problemleri yaşadığı saptanmış olup, aynı araştırmanın 2012 yılındaki raporuna göre, kadınların %9.4'nün osteoartrit tanısı aldığı bildirilmiştir (8). Osteoartrit, ülkemizde hastalık yükü

çalışmalarında yedinci sırada ve toplam hastalık yükü içinde yüzde 2.9 oranında yer almaktadır (40).

Osteoartritin kadınlarda, erkeklerden daha fazla görülmesinin sebebinin, menopoza sonrası dönemde meydana gelen hormonal değişimlerin birçok eklemi etkilemesi olduğu belirtilmiştir (5, 41).

2.1.3. Etiyoloji

Osteoartritin etiyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen, biyokimyasal, mekanik ve genetik faktörlerle tetiklenen, yıkım ve onarımın bir arada olduğu dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (42). OA'da gelişen ilk patolojik olay kıkırdak dejenerasyonudur. Tekrarlayan lokal travmalar ve diğer etkileyici faktörler sonucunda kıkırdakta kollejen fibrillerde yırtılmalar, yumuşama ve yumuşayan bölgelerde çatlaklar meydana gelmektedir. Bu değişiklikler; matriks şişmesi, kondrosit poliferasyonu veya eklem yüzeyindeki apoptozis sonucu oluşmaktadır. Böylece protokoağulan yayılımı değişmektedir. Osteoartritin ilerlemesi ile eklem kıkırdağı yüzeyi düzensizleşir ve doku içindeki yüzeysel çatlaklar genişlemeye başlar. Kıkırdağın ortasına doğru ilerler. Kıkırdağın hasarlanan tüm kısımları giderek birleşmeye başlar ve fokal lezyonlar oluşur. Durum kötüleşirse çatlaklar derinleşir, yüzeydeki düzensizlikler artar ve sonunda eklem kıkırdağında ülserasyon gelişir. Hastalık süreci devam ederken ülserasyon gelişen kıkırdak kemik dokuya zarar vermeye başlar ve böylece kemiklerde ebürnasyon (kemiğin fildişi benzeri bir kütleye dönüşmesi) ve kalınlaşma görülür. Ebürnasyonlaşan kemik daha da kalınlaşır ve daha aktif bir şekilde metabolik cevap vermeye başlar (35).

2.1.4. Risk Faktörleri

Osteoartrit, bir hastalık veya tek bir durum olarak değil, birden fazla risk faktörü bulunan "yaygın kompleks bir bozukluk" olarak tanımlanır

Osteoartritte risk faktörleri (10);

a) Yaş: Osteoartritte yaş en önemli risk faktörüdür. OA tanısı almış hastaların %80'den fazlasını 75 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. OA'da radyolojik değişiklikleri yaşla birlikte artmasına rağmen yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu

değildir. Fakat yaşla birlikte dokular oksidatif hasara daha çok eğilimlidir ve anabolik faaliyetlere karşı daha az duyarlı hale gelmeye başlar (35).

b) Cinsiyet: OA kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir. 50 yaşına kadar erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmesine rağmen özellikle 50 yaşından sonra kadınlarda görülme sıklığı artmaktadır (35, 43). Bunun nedeni post menopozal dönemde östrojen hormonun azalmasıdır. Eklem kondrositleri fonksiyonel östrojen reseptörlerine sahiptir ve böylece östrojen kondrosit hücrelerinin düzenlenmesinden sorumludur. Bu dönemde östrojen miktarının azalmasıyla osteoartrit görülme sıklığı da artış göstermektedir (35).

c) Genetik Faktörler: OA gelişiminde rol oynayan diğer faktörlerden biri de genetik faktörlerdir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonrasında aile öyküsü, ikiz çalışmalar ve nadir görülen genetik bozuklukların OA'nın genetik etkisine katkısı olduğu görülmüştür. Yapılan ikiz çalışmalar genetik faktörlerin etkisinin, kadınlarda görülen el ve diz radyografik osteoartrit %39-%65 oranında, kalça osteoartritinde %60 oranında ve bel osteoartritli kadınlarda ise yaklaşık %70 oranında olduğunu göstermiştir. Yapılan bu çalışmalar birlikte ele alındığında, osteoartritli bireylerin %50'sinde veya daha fazlasında kalıtsallığın etkili olduğu ileri sürülmektedir (44).

d) Obezite: OA'nın en sık görülen bir diğer risk faktörü de obezitedir (16). Özellikle diz osteoartritiyle yakından ilişkilidir (19, 20). Primer neden, vücut ağırlığının artmasıyla birlikte eklemlerin mekanik güçleri azaltmakta ve sonuçta eklem dejenerasyonu gelişmektedir. Obezite ile birlikte postür değişikliği, yürüyüş bozukluğu, fiziksel aktivite düzeyleri de eklemlerin biyomekanizmasını değiştirmede etkilidir (16). Son çalışmalar osteoartritli obez hastaların kilo vermesiyle fonksiyonel aktivite artışının, diz replasman tedavisi olan hastalarla eşdeğer olduğunu vurgulamaktadır (21).

e) Eklem Travması: Daha önce geçirilmiş bir diz yaralanması diz OA için bir risk faktörü olarak gösterilmiştir (45-48).

f) Meslek: Bazı meslekler diz eklemi üzerindeki yükleri ve kullanımına bağlı olarak diz osteoartrit için bir risk faktörü olarak görülmektedir (49-51). Örneğin meslek gereği çömelme, merdiven inip çıkma ve ağır kaldırma gibi hareketlerin yapılmasının büyük ölçüde risk faktörü olduğu çalışmalarla ortaya konmaktadır (52).

Ayrıca çiftçilik, inşaat çalışanları ve beden eğitimi öğretmenleri gibi spesifik mesleklerin diz osteoartriti için risk faktörü olduğu belirtilmektedir (53-55).

g) Fiziksel Aktivite Azlığı: Hareketsizlik ve diz eklemi kullanmama yumuşak dokularda, diz ekleminde ve çevresinde esneklik kaybına neden olur. Bununla beraber, fiziksel aktivitenin yetersiz olması yürüyüş mekaniğinde bozulmaya, proksimal ve distal eklemlerde kuvvetin eşit olmayan dağılımına ve işlev bozukluğuna sebep olarak OA için risk faktörü oluşturur (56).

h) Sigara: Sigarada bulunan nikotin, kondrosit, glukozaminoglikan ve kollajen sentez aktivitesini fizyolojik düzeyde arttırarak diz OA için bir risk faktörü oluşturduğu bildirilmektedir (57).

2.1.5. Belirti ve Bulgular

Diz OA sinisi ve yavaş seyirlidir. Hastalarda genellikle ağrı, hareket kısıtlılığı ve sabah tutukluğu görülmektedir.

Ağrı: Diz OA'da en sık görülen semptomların başında gelmektedir. Artrit Bakım tarafından yapılan ankette osteoartritli hastaların %81'inin sürekli ağrı içinde olduğu bildirilmiştir (58). Ağrının nedeni tam olarak bilinmemektedir. Osteoartrit esas olarak eklem kıkırdığını etkileyen bir hastalık olmasına karşın, kıkırdak anöral bir dokudur. Dolayısıyla kıkırdakta hissedilen ağrı, indirekt bir ağrıdır ve bu nedenle ağrı eklem çevresindeki dokulardan veya yapılardan kaynaklanmaktadır. Yine de ağrı oluşum mekanizmaları şu şekilde açıklanabilir (59, 60);

- Sinoviyal hipertrofi, artmış sinoviyal sıvı ve eklem kompliansının azalmasına bağlı olarak intraartiküler basınç artışının kapsüler ağrı liflerini ve mekanoreseptörleri uyarması,
- İnflamatuar mediatörlerin sinovyum ve kapsüldeki ağrı liflerini uyarması,
- Eklem kapsülünde gerginlik, kas spazmı, entesopati ve burşite neden olabilen eklem instabilitesi,
- İntraosseöz basınç artışının periosteal sinir liflerini uyarması

Osteoartrit başlangıcında, ağrı gün içinde hareketle artar iken, istirahatla azalmaktadır (61). Fakat hastalığın ileri evrelerinde ağrı, istirahatla geçmez ve genelde hastaları geceleri uyandırabilir. Ayrıca ağrı lokal ya da yansıyan ağrı

şeklinde de görülebilir (60). Ağrı eklem hareketlerinin azalmasına ve kısıtlanmasına, dolayısıyla inaktiviteye yol açabilir. Bireyin egzersiz kapasitesi azalır ve harekete karşı dirençli hale gelir. Bu durum bireyin hastalık sürecinin hızlanmasına, semptomlarının kötüleşmesine, kas gücünün daha da azalmasına neden olur. Dolayısıyla bireylerin günlük yaşam aktiviteleri azalır, bireyler travma ve düşmelere yatkın hale gelir (59-61).

Bu nedenle, hastalarda ağrı kontrolü ve ağrının azaltılması çok önemlidir. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavilerin yanı sıra hemşire yaklaşımları da ağrı kontrolünde oldukça etkindir. Ağrıda hemşirenin rolü, hastaların ağrı davranışlarını ve ağrıyı hastanın nasıl tanımladığını sorgulamaktır. Hemşirelerin hastaya ağrı ile baş etme tekniklerini öğretmesi, bu konuda rehberlik yapması, analjezik uygulaması ve yapılan tüm uygulamaların etkinliğini değerlendirmesi gerekmektedir (62, 63).

Tutukluk: Sık görülen bir semptomdur. Genellikle hareketsiz bir dönemden sonra ve sabah uykudan uyanınca görülür. Osteoartritte bu çoğunlukla 30 dakika veya daha az sürmektedir. (64). Hasta tutukluğu, eklemde bir takılma ve harekete başladıktan bir süre sonra gevşeme olarak tanımlar (61). Eklem tutukluğunun sebepleri; eklem yüzlerinin uygunsuzluğu, kas spazmı, kapsüler kontraktür, osteofit, serbest cisimlerin mekanik engellemesi eklem hareket açıklığında kısıtlılık olarak gösterilmektedir. Hastalık ilerledikçe tutukluk sürekli hale gelebilir ve bu durum eklemde uyumsuzluk ve kapsüler fibrozis nedeniyle oluşabilmektedir (35, 59). Hastaların bu durumu günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya yol açmaktadır.

Eklem Şişliği ve Krepitasyon: Eklemde gelişen sinovyal irritasyon eklem şişliğine yol açarak, eklemde ani kilitlenmeye neden olur. Efüzyonla eklem kapsülünün gerilmesi ağrıyı şiddetlendirmektedir. Ayrıca eklem biyomekaniğinin bozulması periartiküler dokuların irritasyonuna neden olabilmektedir (61). Diz eklemine hareketi sırasında sıklıkla krepitasyon duyulur. Bu seslerin etiyojisi, eklem yüzeyindeki kabalaşmanın ve kenarlardaki kemiksi çıkıntıların eklem yüzleri arasındaki yumuşak hareketi bozması ile ilgilidir (65).

Fiziksel Aktivitede Zorlanma: Ağrı, osteofitler, eklemde yeniden yapılanma ve eklem kapsülündeki kalınlaşma ile beraber görülen eklem tutukluğuna bağlı olarak fiziksel aktivitede zorlanma görülmektedir. Ayrıca diz eklemi vücudun ağırlığını da taşıdığı için fonksiyon kaybına bağlı olarak hareket kısıtlılığına yol

açmaktadır. Hastalar alışverişe gitme, merdiven çıkıp inme, yataktan kalkma, çorap çıkarıp giyme, oturup kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken çok zorlanırlar. Hastalık evresi ilerledikçe bu durum daha da kötüleşir (59, 61, 66, 67). Shih ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada artritli bireylerin %43.6'sının hafif, orta veya ağır düzeyde tanımlanan fiziksel aktivitelerin herhangi birini yapamadıkları, Hootman ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, artritli bireylerin fiziksel kısıtlanma prevalansının %25.1 olduğu bildirilmektedir (30, 31).

2.1.6. Tanı

OA'da, anamnez, fiziksel muayene, radyografi ve nadiren de laboratuvar testleriyle tanı konulur (4). Amerikan Romatoloji Komitesi (ACR) tarafından geliştirilen Tablo 2.1'de ki kriterlere göre hastalar değerlendirilmektedir (68);

Tablo 2.1. Amerikan Romatoloji Komitesi (ACR) diz osteoartrit tanı kriterleri

Diz ağrısı, radyografik osteofitler ve aşağıdaki 3 kriterden en az 1 tanesi:
Yaş > 50
Sabah sertliği ≤ 30 dakika boyunca devam etmesi
Hareket esnasında krepitasyon duyulması

2.1.7. Tedavi

Diz OA'da, tamamen kür sağlama mümkün değildir (69). Ancak tedavi, hastaların ağrılarını azaltmayı, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini artırmayı, prognozu yavaşlatmayı ve önlemeyi amaçlamaktadır (70, 71). Uluslararası Osteoartrit Araştırma Topluluğu tarafından 2008 yılında diz osteoartrit tedavisi ile ilgili yayınlanan kılavuz 2010 yılında güncellenmiştir. Kılavuzda uzman görüşlerine yer verilmiş ve diz OA tedavisi için 25 öneride bulunulmuştur. Bu önerilere göre diz osteoartritin optimal yönetimi farmakolojik, nonfarmakolojik ve cerrahi tedavileri içermektedir (72).

A. Farmakolojik Yöntemler (35, 70, 73, 74)

- Asetaminofen (parasetamol)
- Non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAIDs)

- Oral ve Topikal NSAIDs
- Opiodler
- İntraartiküler kortikosteroidler
- İntraartiküler hyaluronik asid
- Kondroitin sülfat
- Diaserein
- Antirezorbtiif ajanlar

B. Nonfarmakolojik Tedaviler

- Hasta Eğitimi; OA tedavisinin ilk adımıdır. Hasta, tedaviyi gerçekleştiren sağlık ekibi arasında karar verici olarak ekibin ayrılmaz bir parçasıdır. Bunu etkili bir şekilde yapmak için hasta, OA oluşumu, ilerleyişi ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmalıdır (35, 70).
- Eklem korunması; OA ağrısı fiziksel aktivitelerle ilişkilidir. Bu nedenle etkilenen eklem ağrısına neden olan hareketlerden kaçınma, üzerine fazla yük bindirmeme, gerekirse baston kullanma gibi stratejiler hastaların ağrısını azaltmaktadır (35).
- Egzersiz; Ağrının azaltılması ve fonksiyonel düzeyin artırılması için egzersiz rejimleri önemli rol oynamaktadır. Aerobik egzersizler ve kas güçlendirici egzersizlerin, her gün hastalar tarafından gerçekleştirilmesi diz OA tedavisinde en etkili egzersiz rejimlerinden biridir. Fakat bunun yanında hastalar egzersiz rejimlerini bireyselleştirerek uygulamalı ve eklem ağrısını arttıran aktivitelerden kaçınmalıdır (35).
- Kilo Kontrolü; Yapılan bir araştırmada kilo kontrolü sağlandığında ağrı ve fiziksel fonksiyonda düzelme olduğunu belirtmişlerdir (74).
- Akupunktur; Analjezik etkisi nedeni ile yaygın bir kullanıma sahiptir (75). Osteoartritli hastalarda akupunktur kullanımı ile ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında ağrı yoğunluğunda belirgin azalma, fonksiyonel hareketlilikte düzelme ve yaşam kalitesinde artış olduğu belirtilmiştir (76).
- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri; Bu yöntemler alternatif ve medikal sistem tedavileri, zihin-beden tedavileri, biyolojik tedaviler,

manüpülatif ve beden temelli uygulamalar ve enerji tedavileri olarak sınıflandırılmıştır (17).

- TENS; Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS); Osteoartrit tedavisinde kısa süreli ağrı kontrolünde etkili olduğu, yapılan çalışmalar sonucunda ortaya konmuştur (73, 77, 78).

C. Cerrahi Yöntemler

- Eklem replasmanı; farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilerin yetersiz kaldığı, ağrı ve fonksiyon kaybı devam eden hastalara eklem replasman cerrahisi önerilmektedir (35, 77).
- Atroskopi; uygun tedaviye cevap vermeyen osteoartritli hastalara semptomların giderilmesi için sık uygulanan cerrahi yöntemlerden biridir (35, 73, 79). Fakat yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, atroskopinin ağrı ve fonksiyon açısından bir etkisi bulunmadığı bildirilmiştir (80).
- Osteotomi; diz ekstremitte kemiklerinden birinde osteotom ya da cerrahi testerele yardımıyla tam olmayan kırıklar oluşturularak ekstremitenin aksının düzeltilmesini sağlayan bir işlem olarak bilinmektedir (79).

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

2.2.1. Tarihçesi

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT), bütüncül felsefeden yola çıkarak “iyileştirme” kavramına odaklanmıştır (81). Yazılı olarak M.Ö 200 yıllarına dayanmaktadır. Çin, Kore, Japonya, Hindistan ve Vietnam gibi ülkeler kendi geleneksel yöntemlerini geliştirmişlerdir. İyileştirme kavramından hareketle Hindistan'da 5.000 yıldan daha önce her birey için benzersiz bir tedavi biçimi olan Ayurveda ortaya çıkmıştır ve TAT kökeni olarak kabul edilmektedir (82, 83).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren hızla gelişen sağlık hizmetleriyle birlikte TAT yöntemlerinde de artış görülmüştür (84). Amerika’da 1994 ve 1997 yıllarında yapılan araştırmalar TAT kullanımının yaygın olduğunu bildirmiştir (85). Ayrıca 1987 yılında Danimarka’da yapılan bir araştırmada TAT kullananların oranı %10 (86), 1982’de Finlandiya’da yapılan araştırmada %33, 1993’de Avustralya’da

yapılan araştırmada ise %49 olarak belirtilmiştir (87, 88). TAT kullanımının artışıyla birlikte 1990'lı yıllardan itibaren Amerika Birleşik Devletleri tıp fakültelerinde TAT' a yönelik seçmeli dersler verilmeye başlanmıştır (89).

Tamamlayıcı tıp uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek ve etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların modern tedavilere katılımını sağlamak amacıyla, 1991 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne bağlı "Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi" kurulmuştur (90). Ülkemizde ise 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Tamamlayıcı Tıp Bölümü kurulmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Daire Başkanlığı kurulmuştur ve 2015 yılından itibaren başta Ankara ve İstanbul olmak üzere birçok üniversite hastanelerinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Merkezleri belirlenen bazı tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin alanlarda eğitim vermektedir (91).

2.2.2.Tanım ve Sınıflandırılma

Dünya Sağlık Örgütü, tamamlayıcı ve alternatif tıbbın tanımını şöyle açıklamıştır: "O ülkenin kendi geleneğinin veya konvansiyonel tıbbın bir parçası olmayan ve kullanılan sağlık sistemi içine tam olarak entegre edilmemiş geniş sağlık hizmetleri anlamına gelmektedir" (92).

Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi, 36 GTT yöntemini beş ana kategoride sınıflandırmıştır. Bunlar; alternatif ve medikal sistem tedavileri, zihin-beden tedavileri, biyolojik temelli uygulamalar, manipülatif ve beden temelli uygulamalar ve enerji tedavileridir (93).

A. Alternatif ve Medikal Sistem

I. Aromaterapi

Bitkisel tedavi yöntemlerinin bir parçası olan aromatik bitkilerin kullanımı çok eski zamanlara dayanmaktadır. Damıtma teknolojisinin gelişimi ile birlikte aromatik bitkilerden esansiyel yağlar oluşturulmuş ve günümüzde kullandığımız "aromaterapi" yöntemi adını almıştır (94). Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü aromaterapiyi, fiziksel, duygusal ve ruhsal refahı iyileştirmek için bitkilerden (çiçekler, otlar veya ağaçlar) oluşan esansiyel yağların kullanılması olarak

tanımlamıştır (95). Buckle (2014) aromaterapiyi estetik, klinik ve holistik olmak üzere üç gruba ayırmıştır. Estetik aromaterapi, esansiyel yağların aromasının hoş kokusunun parfüm sektörü gibi alanlarda kullanımı ile ilişkilidir. Klinik aromaterapi ise klinikteki hastaların spesifik semptomlarına (bulantı, kusma vs.) yönelik uygulanan aromaterapi çeşididir. Holistik zihin, beden ve ruh kavramlarını içinde barındıran bir kavram olarak bilinmektedir. Holistik aromaterapi ise aromaterapistler tarafından esansiyel yağ karışımlarının masaj yoluyla bireyleri rahatlatmaya yönelik uygulanması olarak tanımlanmıştır (94).

II. Akupunktur

İlk olarak M.Ö 200 yıllarında Çin İmparatoru Huangdi Neijing' in yazdığı “Sarı İmparatorun Dahili Tıp Kanunları” kitabında belirtilen akupunktur günümüze kadar gelen ilk yazılı kaynak olarak bilinmektedir. Bu kitapta insan vücudundaki 282 akupunktur noktası tanımlanmıştır. 1638’de ise doktor Ryhne kitabında, akupunkturun ağrı tedavisinde etkili olduğunu belirtmiştir (96).

NCCIH, 1997 yılında Akupunkturda Konsensus Geliştirme Konferansı sonucunda yayınlanan raporda bu tedavi yönteminin ağrı profilaksisinin giderilmesi olmak üzere birçok endikasyonda kullanılabileceğini belirtmiştir (97). Dünya Sağlık Örgütü’nün 2003 yılında akupunkturla ilgili yayınladığı kitapta akupunktur tedavisinin diz ağrısında etkili bir tedavi yöntemi olduğunu bildirilmiştir (21).

Etkin bir kullanıma sahip olan akupunktur, ki olarak bilinen enerji akışını geliştirerek hastalık süreçleriyle ilgili enerji tıkanıklığını ortadan kaldırmayı hedeflemektedir (98).

Maa ve arkadaşları akupunkturun diz OA tedavisi için, organlar arasındaki ki enerji bağının yavaşlaması sonucunda eklem hastalıkları ve işlev bozukluğunun ortaya çıktığını belirtmişlerdir (99). Yapılan bir Cochrane incelemesinde, akupunktur tedavisinin periferik eklem osteoartriti için etkili olduğu bildirilmiştir (100). Manheimer ve ark. (2007) diz osteoartritli hastalarda akupunktur tedavisinin etkinliğini belirlediği meta analiz çalışmasında, akupunktur tedavisinin plasebo sahte akupunktur tedavisine göre kısa vadede iyileşmeler sağladığını ve klinik olarak etkili olduğunu belirtmişlerdir (101). Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında OA’lı hastalarda kullanılan akupunktur tedavisinin ağrı yoğunluğunda belirgin azalmalar,

fonksiyonel hareketlilikte düzelme ve yaşam kalitesinde artış sağladığını belirtmiştir (76). Mevcut kanıtların, osteoartritli hastalarda geleneksel tedaviler olarak akupunktur kullanımını desteklediği görülmektedir.

III. Naturapati

Avrupa'da 19. yüzyılda popüler olmaya başlayan naturapati, geleneksel uygulamaların ve sağlık bakım yaklaşımlarının kombinasyonundan oluşmuş alternatif ve medikal bir yaklaşımdır (102).

IV. Homeopati

Yaklaşık 200 yıl kadar önce Dr. Samuel Hahnemann tarafından geliştirilerek dünyaya yayılmış olan homeopati, yaşam gücünü dengeleyerek vücudun kendini doğal olarak iyileştirmesine yardım eden bir geleneksel ve alternatif tedavi yöntemidir (103). Sağlıklı bir bireyde herhangi bir hastalık meydana getiren ve hastalık bulgularını ortaya çıkaran doğal madde veya maddelerin eser miktarda verilmesi aynı bulguları taşıyan sağlıklı bireylere belli yöntemlerle verilmesi sonucu bireyin sağlığına kavuşturulması felsefesine dayanmaktadır (104).

B. Zihin-Beden Uygulamaları

I. Meditasyon

Meditasyon sakinliği ve fiziksel rahatlamayı artırmak, psikolojik dengeyi geliştirmek, depresyonu hafifletmek, hastalıkla baş etmek, genel sağlık ve esenliği geliştirmek için kullanılan bir zihin beden uygulamasıdır. Osteoartritli hastalar, ağrının kaynağını ve nasıl ortaya çıktığını öğrenmek için meditasyon yöntemini kullanmaktadırlar. Meditasyon, ağrının karakteristik özelliklerini öğrenmek için, hasta semptomları üzerine yoğun bir şekilde odaklanır. Meditasyon ilkeleri uyarınca bu aşırı odak, ağrının kaynağına konsantre olmayı, karşı koymayı ve zihinsel irade ile ağrının yoğunluğunu azaltmayı sağlamaktadır (58). Hilton ve ark. kronik ağrısı olan hastalarda uygulanan meditasyon tedavilerinin incelendiği meta analiz çalışmasında, meditasyon yönteminin ağrı şiddetinde hafif bir azalma etkisi olduğuna dair düşük kanıtlar bulduklarını bildirmişlerdir (105).

II. Gevşeme Teknikleri

Gevşeme teknikleri, zihin-beden temelli tedavilerin temelini oluşturmaktadır. Bu teknik anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılmaktadır (106).

III. Sanat Terapi

Amerikan Sanat Terapi Topluluğu'na göre sanat terapi; “bireyin duygularını dışa vurması, duygusal çatışmalarını çözümlemesi, farkındalığını güçlendirmesi, davranışlarını, bağımlılıklarını yönetmesi ve sosyal becerilerini geliştirmesi için bireyin sanatı, yaratıcı süreçleri ve ortaya çıkan sanat çalışmasını kullanarak ruh sağlığı düzenleyen uzmanlık alanı” olarak tanımlamaktadır (107). Sanat terapi söz öncesi ya da söz ötesi yollarla hastaya kendini olduğu gibi ifade edebileceği, eleştirel olmayan, güvenli bir ortam sağlamaktadır. Sözle ifade edilemeyenleri dışa vurmaya çalışır (108). Sanat Terapisi, beynin farklı bölümleri arasındaki iletişimi teşvik ederek, sanatı ve bazen de müzik, drama, hareket ve oyun gibi farklı yaratıcı yöntemleri kullanarak kişinin sorunlarının temelini tanımlamasına ve çözmesine yardımcı olarak nöropsikolojik işlevleri geliştirmektedir (107).

IV. Biofeedback Terapi

Biofeedback, herhangi bir yaralanmadan sonra, bireyin normal fiziksel fonksiyonlarına geri dönmesini kolaylaştıran ve 50 yıldan fazladır kullanılan bir rehabilitasyon çeşididir. Biofeedback terapi sırasında vücuda sensörler yerleştirilerek kas gerginliği, ağrı, vücut sıcaklığı ve kalp atışları gibi vücut fonksiyonları ölçülmektedir. Osteoartritte, bu ölçümlerin yapılması ve kontrol edilmesi sağlanarak konvansiyonel egzersizlerin daha verimli ve amaca uygun olarak yapılabilmesini sağlar (109).

V. Hipnoterapi

Hipnoterapi, hipnoz aracılığı ile uygulanan tedavilere verilen genel isimdir. Tamamen farkında olan bilinçaltı zihninin tüm yararlı önerilere oldukça duyarlı olduğu hallerde, zihnin yargısal kısmının rahatladığı ve zihin halini "trans" olarak adlandırmanın bir yoludur. Farmakolojik tedavilerin yetersiz kaldığı durumlarda

kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (110). Hipnoterapi osteoartrit tedavisinde ağrının yönetiminde kullanılmaktadır. Tedavi, tipik olarak, algı, davranış ve başa çıkma değişiklikleri için önerilerden oluşan bir hipnoz indüksiyonundan oluşmaktadır (111).

VI. Müzik Terapi

Birçok kültürde müzik terapi tedavi sürecinde tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Müzik, beynin işitme merkezi olan temporal lob tarafından algılanarak talamus, medulla, hipotalamus, orta beyin ve ponsda uyarılara neden olmaktadır. Ayrıca limbik sistem vasıtasıyla fizyolojik tepkilere neden olarak, enkefalin ve endorfin salınımını sağlar ve bu da hastalarda ağrı şiddetinde azalmayla sonuçlanır (112). Yapılan araştırmalar müzik terapinin, diz osteoartrit ağrısının giderilmesinde etkili bir hemşirelik uygulaması olduğunu belirtmektedir (113, 114).

VII. Dinsel ve Manevi İyileşme

Din, kurumsal standartlar, uygulamalar ve çekirdek inançlara dayanan ekstrasik örgütlü bir inanç sistemi olarak tanımlanırken; maneviyat ise, içsel ve kişisel inançları yaşanabileceği deneyimler olarak tanımlanmaktadır. Din olmadan da insanların manevi boyutları bulunmaktadır. Tehlike ve ümitsizlik içinde bulunan hastalar dinsel ve manevi değerleri ile kendilerini güvende hissederler (115). Birçok araştırma kendini dindar görenlerin kendilerini bu şekilde görmeyenlere göre daha iyi bir ruh hali içinde oldukları ve bu kişilerin ağrı seviyelerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (116-118).

VIII. Yoga

Yoga, kökenleri eski Hint felsefesine dayanan ve tamamlayıcı tedaviler alanında kullanılan bir zihin-beden uygulamasıdır. Yoga, zihin ve ruhun egzersiz birliği ile vücuda dengeyi getirmekte ve iyileşmeyi hızlandırmaktadır (119). Postür çalışmaları (asanalar), solunum teknikleri (pranayama) ve meditasyon egzersizlerinden oluşmaktadır. Böylece iskelet yapısını yeniden düzenleyerek, eklemler etrafındaki kasları güçlendirir ve sıkı eklem yapılarını gererek OA ile ilişkili ağrı ve sertliği azaltır (120). Diz OA'lı yaşlı kadınlarda yapılan bir randomize

kontrollü çalışmada, yoganın terapötik fayda gösterdiği ve güvenilir bir yöntem olduğu belirtilmiştir (121).



IX. Dans/Hareket Terapi

Amerikan Dans Terapisi Derneği (ADTA), dans/hareket terapisini, “sağlık ve refahı iyileştirmek amacıyla kişinin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel entegrasyonunu teşvik etmek için hareketin psikoterapik kullanımı” olarak tanımlanmaktadır. 1940'lı yıllarda, çoğu başarılı dansçılardan oluşan bir grup, dans ve hareketin bir psikoterapi olarak kullanılmasının yararlarını fark etmeye başlamıştır. Zihin, beden ve ruh birbirinden ayrılmaz parçalar ve bir bütün oldukları için iyileşme sürecinde holistik bir yaklaşım olarak dans/hareket terapisi ortaya çıkmaktadır (122). Dans hareket terapi yöntemi, somutlaştırılmış ve deneyimsel değerlendirmeleri içeren tedavi biçimlerini kullanarak bir davranış müdahalesi olması sebebiyle kronik ağrı yönetiminde sıklıkla kullanılmaktadır (123).

X. Tai Chi

Tai Chi, 17. yüzyılda dövüş sanatı olarak geliştirilen ve sonrasında yumuşak ve zorlamasız hareketlerin derin diyafragmatik solunum eşliğinde yapılan çok bileşenli Çin kökenli zihin-beden uygulamasıdır (124). Tai Chi, aerobik kapasiteyi, kas gücünü ve esnekliği arttırdığı düşünüldüğü için diz osteoartrit tedavisinde kullanılmaktadır. Böylece hastaların alt ekstremitte kas kuvvetini ve eklem stabilitesini arttırmaktadır (125). Tai Chi yöntemi kullanan diz osteoartritli hastaların incelendiği sistemik bir derlemede, Tai Chi yönteminin kısa süreli ağrı, fiziksel fonksiyonlar ve sertliğin giderilmesinde fayda gösterdiği belirtilmiştir (126).

XI. Balneoterapi/Kaplıca Tedavisi

Balneoterapi terimi Latince “balneum” (banyo) kelimesinden gelmektedir. Termal veya mineralli su, şifalı çamur gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon yoluyla kullanıldığı bir tedavi yöntemidir (127). Homeros ve Hipokrat dönemlerinden bu yana termal kaynaklardan gelen suyun çok değerli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hem kişilerin temizlenmesinde ve yenilenmesinde hem de tedavilerde termal sular kullanılmıştır (128). Balneoterapinin (kaplıca tedavisi) amacı, kasların güçlenmesini sağlamak, kas spazmını hafifletmek, fonksiyonel hareketliliği korumak veya geliştirmek, ağrıyı gidermek veya hafifletmek ve hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamaktır (127). Ülkemizde 2001 yılından

itibaren kaplıca tedavisi kas iskelet hastalığı olan ve uygun görülen hastaya reçete edilmektedir (129).

C. Biyolojik Temelli Uygulamalar

I. Bitkisel Tedaviler

Bitkisel tedaviler diğer tedavi yöntemlerine göre, daha ucuz, daha yararlı ve daha az yan etkisi olduğundan dolayı geçmişten günümüze kadar en sık kullanılan geleneksel yöntemlerden birisidir (130). Bu tedavi yöntemi, bitkilerin ya ham maddesi olan yaprakları, yağları ve özlerinden ya da bitki kökleri ve tohumlarından elde edilerek yapılan preparatların birleşiminden oluşmaktadır (131).

II. Beslenme Destekleri

Bireyin sağlığının sürdürülmesi, hastalığının önlenmesi, yaşam süresinin uzatılması, enerjinin artırılması, kilo kontrolünün sağlanması ve özel sağlık sorunlarının ortadan kaldırmasını amaçlayan beslenmeyi destekleyici diyetlerin kullanılmasıdır.

Beslenme destekleri, 1994 yılında Amerika Diyet Desteği Sağlık ve Eğitim Yasası (DSHEA) olarak adlandırılan kanunda şöyle tanımlanmıştır (132);

- Diyet desteği, tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir.
- Bir veya daha fazla diyet bileşeninden (vitaminler, mineraller, hormonlar, enzimler, amino asitler gibi) ya da bu bileşenlerin konsantrasyonlarından oluşmaktadır.
- Beslenme destekleri; tablet, kapsül, jel kapsül, sıvı ya da toz olarak kullanılabilir.

D. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar

I. Masaj

Sağlığı geliştirmek ve rahatlık sağlamak amacıyla vücudun yumuşak dokularına elle ya da mekanik olarak uyararak, hareket sistemi ve dolaşım sistemini etkileyerek semptom kontrolüne yardımcı olan bir manüplatif tamamlayıcı tedavi yöntemidir (83, 130). Masajın, lenf dolaşımını artırma, sempatik yanıtı parasempatik yanıtı geçiş sağlama, fibroz önlenme, kan laktatını temizleme,

kaslarda gevşeme, bağışıklık sistemi güçlendirme, biliş ve ağrı üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (131, 132).

II. Osteopati

Kas iskelet sistemi sorunlarına yönelik, vücudun fonksiyonlarını iyileştirmek için çeşitli manuel teknikler kullanarak uygulanan bir manüplatif tedavi yöntemidir (133). Osteopatik manipülatif tedavinin (OMT) temeli, kas, kemik, ligament, organ hareketleri üzerinedir. Tedavi, vücut, beyin ve ruh birlikte bir bütündür felsefesiyle hastaya bütüncül bir yaklaşım sağlamaktadır (134, 135).

III. Akupresör

Vücut boyunca enerji yolları ağı olan meridyenleri uyarak ki'nin (biyoenerji) akışını arttıran ve semptomları önlemeye yönelik vücudun farklı noktalarına fiziksel basınç uygulayan yöntemdir (136). Ki akışının arttırmak için bu yolların el, parmak, avuç içi, el bileği, diz veya akupresör bantları ile uyarılması yöntemidir (137). Akupresör, kapillerde dilatasyon sağlar, yerel kan dolaşımını hızlandırır, opioid sistemleri aktive eder, serebrumun daha az uyarılmasını sağlayarak bireyin ağrısını hafifletmeyi sağlar (138).

IV. Şiropaksi

Dünya Sağlık Örgütü şiropaksi tedavisini, “nöromüsküler iskelet sistemindeki problemlerin tanı, tedavi ve önlenmesiyle ve bu hastalıkların genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgilenen bir sağlık profesyonelinin uyguladığı bir yöntem” olarak tanımlamıştır (139). Yunanca cheir (el) ve praksis (uygulama) kelimelerinden oluşmuş olan şiropaksi terimi elle yapılan tedavi yöntemi anlamını taşımaktadır. Bu yöntem, omurga ve eklemlere uygulanan ve öncelikle hizalama sorunlarını düzeltmeyi, ağrıyı hafifletmeyi ve sinir sisteminde oluşan stres, baskı, basınç ve sıkışmayı gidererek rahatlamayı amaçlamaktadır (140).

E. Enerji Terapileri

I. Terapötik Dokunma

En ilkel duyumlardan biri olan dokunma, yüzyıllardır hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. 1973 yılında hekim Kunz ve hemşire Kieger tarafından ilk kez tıropatik dokunma kavramı ortaya çıkmıştır ve uygulanmıştır. Kieger, terapötik dokunma uygulamasını “hastalara yardımcı olmak için güçlü bir motivasyona sahip olan fiziksel olarak sağlıklı kişiler için doğal bir potansiyel” olarak açıklamıştır. Terapötik dokunma yönteminde, uygulayıcı kişi ellerini kullanarak hastanın vücudundaki sıcaklık değişikliklerini veya diğer enerji farklılıklarını, altta yatan patolojinin ipuçlarını araştırır ve ardından hastalıklı bölgeye terapötik dokunma adımına odaklanmaktadır (141).

II. Reiki

Reiki, bireylere enerji aktarımı sağlayarak şifa verdiği düşünülen enerji terapisi yöntemidir (142). Reiki, Japonca evrensel anlamına gelen “rei” ve hayati yaşam enerjisi anlamına gelen “ki” karakterlerden türemiştir (143). Reiki, canlılığı artırmak ve vücudun iyileştirme kabiliyetini artırmak için uygulayıcının evrensel zeki enerjiiyi bir kişiye vermesini kolaylaştırdığı terapötik bir yaklaşımdır. Bu yöntemin amacı, evrensel zeki enerjinin verilmesi için bir kanal görevi görmek ve böylece enerji akışını ve dengesini yenilemek ve yeniden sağlamaktır (144).

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımında Hemşirelerin Rolü

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemleri ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre farklılıklar göstermektedir. İnsanların TAT’a başvurmasının altında yatan nedenler ortak olmasına rağmen, ülkeler ve bölgeler arasında birçok farklılık vardır. Bazı çalışmalar, bireylerin sağlık hizmetlerine olan talebinin artması, mevcut seçenekler hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaya yönelik arzusu, mevcut sağlık hizmetleri ile artan bir memnuniyetsizlik gibi çeşitli nedenlerle TAT’ı seçtiklerini göstermiştir (25). Dünya Sağlık Örgütü TAT’a başvurunun tek bir nedeni olmadığını ve TAT’ın genel olarak üç madde ile şöyle açıklamıştır (145) :

- Sağlık hizmetlerine ulaşımın genel olarak sınırlı olduğu ülkeler ve TAT'ı primer olarak sağlık bakımlarına entegre etmiş toplumlar, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yönelmektedir
- Toplumların kültürel ve tarihsel etkilerine bağlı olarak, TAT'a başvuru görülmektedir.
- Sağlık sistemi yapısının tipik olarak iyi gelişmiş olduğu ülkelerde tamamlayıcı ve geleneksel tedavilerin kullanımı yaygındır.

Bireylerin TAT'a başvuru nedenleri gibi bireyin hastalıkları da TAT kullanma durumlarını belirler. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalara bakıldığında, tamamlayıcı tedavilerin romatizmal hastalıklarda (osteoartrit, romatoid artrit, fibromiyalji vs.) sıklıkla kullanıldığı bildirilmiştir (18, 146-151). Hastalıklar gibi, cinsiyette TAT kullanım sıklığını etkileyen önemli bir değişkendir ve kadınlarda kullanım oranı daha fazladır (152). Elbaz ve arkadaşları (153), cinsiyet ve beden kitle indeksi ile WOMAC ve Diz Osteoartrit Yaşam Kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada; kadınların ve beden kitle indeksinin yüksek olanların, diz osteoartrit riski taşıdığını belirtmiştir. Jawahar ve arkadaşlarının (154) diz osteoartritli hastaların cinsiyet ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumunu değerlendirdikleri çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla tamamlayıcı tedavi kullandıkları belirlenmiştir. Avustralya'da yapılan iki ulusal çalışmada tamamlayıcı tedavi kullananların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu belirtilmiştir (151, 152).

Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri inceleyen çalışmalarda; Dikici ve ark.'nın (18) çalışmasında dejeneratif osteoartritli hastaların en sık bitkisel ve oral takviyelere başvurdukları görülmüştür. Ulusoy ve ark.'nın (148) romatizmal hastalığı bulunan Türk hastalarda TAT kullanımıyla ilgili çalışmasında, hastaların %28.9'nun beslenme değişiklikleri ve %16.4'ü vücut temelli uygulama kullandıklarını belirtmişlerdir. Nijerya'da osteoartritli hastaların %40.2'sinin tamamlayıcı tedavi kullandığı belirtilmiştir. Bu hastaların da %74'ü bitkisel tedavi, %35'i masaj yöntemi ve %10'u ise spiritüel yöntemleri kullanmıştır (28). Lapane ve ark.'nın (155) yaptığı diz osteoartritli hastaların en fazla biyolojik temelli beslenme takviyelerine başvurdukları bildirmiştir.

Tüm dünyada TAT'a olan ilginin artması ve bu yöntemlerin kullanımının giderek yaygınlaşması ile birlikte, ülke sağlık politikalarının da değişmesine sebep olmuştur. Çin, Kore, Vietnam ve İsviçre gibi birçok ülke TAT'ı kendi sağlık sistemlerine entegre etmiştir. Bu kapsamda ülkelerin kamu ve özel hastanelerinde birçok TAT klinikleri ve uygulayıcıları bulunmaktadır. Ayrıca TAT hizmetleri sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır (145).

Bu tedavileri sağlık bakım hizmetlerine dahil etmek için öncelikle toplumun kültürel bağlamda TAT kullanım sıklığı ölçülmeli ve TAT'ın rolü ve potansiyeli belirlenmelidir. Kullanılan bu yöntemlere ulaşımın sağlanması, sağlık sigortası kapsamına alınması, TAT yöntemleri, ürünleri ve uygulayıcıları ile ilgili politikaların kurulması veya düzenlenmesi gerekmektedir.

Tamamlayıcı tedavileri ulusal sağlık sistemlerine entegre etmek için bilgiye dayalı politikalara ihtiyaç vardır. Bu bilgileri üretmek için ise araştırmalara öncelik verilmeli ve desteklenmelidir. Farklı araştırma yöntemleri kullanılarak geniş bir kanıt temeli oluşturulmalı ve ulusal sağlık politikaları bu temel üzerinde kurulmalıdır.

Ülkemizde 2014 yılında kurulan daire başkanlığı ile birlikte TAT eğitimi ve yöntemlerinin uygulanması açısından büyük bir adım olmuştur. Bu eğitim merkezlerinde belirli alanlarda uygulama ve uygulayıcı doktorlar bulunmaktadır. Gelişen sağlık sistemiyle birlikte hemşirelerinde TAT hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda hemşireler TAT yöntemlerine ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeli, oluşturulan politikalar kapsamında etkin stratejiler belirlenmeli ve TAT kullanan bireyleri doğru ve etkin kullanma konusunda bilgilendirmelidir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, diz osteoartritli kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım ve semptom-fonksiyonel durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, Mayıs ve Aralık 2017 tarihleri arasında Ankara ili sınırları içinde bulunan Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'nde ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği'nde diz osteoartrit tanısı alan hastalarda yapılmıştır.

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği, ana binanın giriş katında yer almaktadır. Poliklinikte, 08:00-12:00 ile 13:00-17:00 arasında, iki uzman doktor ve bir sağlık memuru tarafından hizmet verilmektedir. Ayrıca hekimin konsülte ettiği hastalar fizyoterapistler eşliğinde ayrı bir odada egzersiz yapmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği, Ulucanlar Ek Binasında 4. katta bulunmaktadır. Dört poliklinik ve bir romatoloji polikliniği ile birlikte toplamda 5 uzman doktor ve iki doçent doktor 08:00-12:00 ve 13:00-17:00 arasında hizmet vermektedir. Ayrıca hekimin konsülte ettiği hastalar fizyoterapistler eşliğinde ayrı bir odada egzersiz yapmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğe başvuran diz osteoartriti tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini için 0,05 alpha değerinde, 0,25 etki büyüklüğünde ve %90 güç düzeyinde yapılan güç analizi sonucunda ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 255 olarak belirlenmiştir. Bu

kapsamda araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan tüm hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriteri;

- ACR kriterlerine göre diz osteoartrit tanısı almış olmak
- Kadın olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- İletişime engel olacak fiziksel ve mental bir engeli bulunmama
- Alzheimer ya da Demans tanısı almamış olma

3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Çalışmada araştırmacı tarafından ilgili literatür (14, 18, 156) taranarak hazırlanan anket formu, diz osteoartritinde ağrıyı ve günlük yaşam aktivitelerini ölçen Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru (KOOS) uygulanmıştır.

• Anket Formu (EK-1)

Literatür (14, 18, 156) taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan formda; yaş, eğitim düzeyi, OA tanı alma süresi ve diğer kronik hastalık tanısı üzere dört demografik soru ile hastalar tarafından kullanılan TAT yöntemleri, bu yöntemlerin hangi semptomlara yönelik kullanıldığı ve hastaların TAT yönteminden fayda görüp görmediklerini belirleyen 15 soru bulunmaktadır.

• Diz İncinme ve Osteoartrit Sonuç Skoru (EK-2)

1995 yılında Roos ve ark. tarafından geliştirilen (157), diz yaralanmaları ve diz osteoartritine bağlı semptomları ve fonksiyonel durumu değerlendirmeye yarayan bir ölçektir. Ağrı, diğer semptomlar, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili fonksiyonel durum, spor ve boş zaman değerlendirme aktivitelerindeki fonksiyonel durum ve dize bağlı yaşam kalitesi olmak üzere 5 alt grubu vardır ve 42 sorudan oluşmaktadır. Her alt skala 0-100 arasında skorlanmaktadır (0 ciddi problem olduğunu, 100 ise problem olmadığını belirtir) (158, 159).

Çeşitli dillere uyarlaması yapılmış olan ölçeğin Türkçe versiyonu Parker ve arkadaşları tarafından (2007) diz osteoartritinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik

katsayıları 0.85-0.89 ve cronbach alfa değerleri ise 0.66-0.95 arasında olup güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (158).

3.5. Araştırmanın Uygulaması

Çalışmanın yapılacağı fizik tedavi polikliniklerine gelen diz osteoartrit tanısı olan ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından ilgili açıklama yapılarak onam alınmıştır. Anket formu (EK-1) ve Diz İncinme Osteoartrit Sonuç Skoru (EK-2) kullanılarak, gündüz mesaisinde hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak polikliniklerde hastaları muayene etmek için kullanılan odalarda yürütülmüştür. Hastalar muayene için geldikleri hekim tarafından araştırmacıya yönlendirildi. Soru formunun uygulanması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma 255 diz osteoartritli kadın hastaya uygulanan anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 programına aktararak tamamlanmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” testi (χ^2 -tablo değeri) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için grup farklılığını yaratan grubun belirlenmesi için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit p değerleri için “istatistiksel olarak anlamlı”, büyük değerler için ise “istatistiksel olarak anlamlı değil” yorumu yapılmıştır.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 16.05.2017 tarihli ve GO 17/448 karar numarası ile araştırma izni alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastalardan çalışma ile ilgili

ilgilendirilmiş onam formunu okuması sağlanarak izinleri alınmıştır (EK.4). Araştırmaya katılan 255 hastadan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmayı yapabilmek için resmi izin yazısı alınmış olup Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 24648653-806.01.03 sayı ve 23.06.2017 tarihli (EK.5) resmi izin alınarak çalışmaya başlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışma için resmi izin alınmış olup Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 70629056/604.01.02 sayı ve 19.07.2017 tarihli (EK.5) resmi izin alınarak başlanmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde diz osteoartritli kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı ve semptom-fonksiyonel durumlarının belirlenmesi” başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir;

- 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri
- 4.2. TAT kullanan hastaların kullanım sıklığı
- 4.3. TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntem ile gördükleri fayda durumunun karşılaştırılması
- 4.4. Hastaların demografik özelliklerine göre KOOS skorları
- 4.5. TAT kullanan ve kullanmayan hastaların KOOS skorunun karşılaştırılması
- 4.6. TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntemlere göre KOOS skorları

Tablo 4.1.Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		TAT Kullanan (n=56)		TAT Kullanmayan (n=199)	
		n	%	n	%
Yaş	65 yaş altı	21	37,5	121	60,8
	65 yaş ve üstü	35	62,5	78	39,2
	Ort±SS 62,9±8,41 (min.45-max.85)				
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar değil	12	21,4	44	22,1
	İlkokul	36	64,3	121	60,8
	Lise	6	10,7	20	10,1
	Üniversite	2	3,6	14	7,0
Başka Kronik Hastalık Durumu	Var	23	41,0	80	40,2
	Yok	33	59,0	119	59,8
Hastalık Yılı	0-6 ay	4	7,1	60	30,2
	7-11 ay	5	8,9	16	8,0
	1-5 yıl	19	34,0	77	38,7
	6 yıl ve üzeri	28	50,0	46	23,1
	Ort±SS 5,2±2,22 (min.1 aydan az-max.20 yıl)				

Tablo 4.1’de hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Tabloya göre, TAT kullanan hastaların %62,5’i 65 yaşın üstünde iken, TAT kullanmayanların %60,8’i, 65 yaşın altındadır. TAT kullananların %64,3’ü, kullanmayanların %60,8’i ilkokul mezunudur. TAT kullananların %59’unun, kullanmayanların %59,6’sının osteoartritten başka bir kronik hastalığı yoktur. Hastaların osteoartrit tanısı alma ortalaması 5,25±2,22 yıldır ve %22’si TAT kullanmaktadır.

Tablo 4.2. TAT kullanan hastaların kullanım sıklığı

TAT Kullanan Hastalar (n=56)		n	%
TAT Yöntemleri	Bitkisel Destek	42	75,0
	Balneoterapi	8	14,3
	Akupresör	6	10,7
TAT Kullandığı Yol	Oral	9	16,1
	Topikal	47	83,9
TAT Kullanım Süresi	0-6 ay	24	42,8
	7-11 ay	7	12,5
	1-2 yıl	22	39,3
	3 yıl ve üzeri	3	5,4
TAT Kullanma Sıklığı	Her gün	7	12,5
	Haftada 3 kez	27	48,2
	Haftada 2 kez	16	28,6
	15 günde bir	6	10,7
TAT Başvuru Nedeni	Ağrı	56	100
TAT Kullanmaya Başladığı Dönem	Tanı konulduktan hemen sonra	2	3,6
	Hastalığın ilerleyen döneminde tedaviyle birlikte	54	96,4
TAT Kullanmak için Tavsiye Alınan Alanlar	Kendisi	6	10,7
	Sosyal çevre	31	55,4
	Aile	11	19,6
	Medya	6	10,7
	Sağlık personeli	2	3,6
TAT Temin Ettiği Yer	Baharatçılardan/aktarlardan	35	62,5
	Eczanelerden	2	3,6
	Kendim topluyorum	13	23,2
	İnternette sipariş verdim	6	10,7
TAT Etkisini Bilme Durumu	Evet	17	30,4
	Hayır	39	69,6
TAT Bilgisi için Sağlık Personeline Başvurma Durumu	Evet	9	16,1
	Hayır	47	83,9
TAT için Sağlık Personelinin Tutumu	Yorum yapmadı	2	22,2
	Kullanmamı destekledi	7	77,8
TAT Sağlık Personeline Başvurmama Sebebi	Onları ilgilendirmedigini düşündüm	46	97,9
	Azarlamalarından korktum	1	2,1
TAT için Fayda Durumu	Çok fayda gördüm	8	14,3
	Fayda gördüm	20	35,7
	Biraz fayda gördüm	24	42,9
	Fayda görmedim	4	7,1
Toplam		56	100

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan toplam 56 hastanın %75'i bitkisel destek yöntemlerini kullanmaktadır. Hastaların %83,9'u kullandıkları yöntemleri topikal olarak uygulamaktadır. Hastaların %54'ü hastalığın ilerleyen dönemlerinde ve %18'i bir yıldır TAT kullanmaktadır. Hastaların %48,2'i TAT'ı haftada 3 kez uygulamaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvuran hastaların hepsi başvuru sebeplerinin diz ağrısı olduğunu belirtmişlerdir. Bu tedaviyi kullanan hastaların %69,6'ü kullandıkları tedavinin etkilerini bilmediğini, tedavinin etkisini bilen 17 hasta ise, tedavinin ağrıyı azaltma etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların %83,9'u kullandıkları yöntemleri sağlık personeline danışmadıklarını bildirmişlerdir. Sağlık personeline başvurmama sebebi olarak hastaların %97,9'u bu durumun sağlık personelinin ilgilendirmediğini ve bir kişi de sağlık personelinin azarlamasından korktuğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.3. TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntem ile gördükleri fayda durumunun karşılaştırılması

TAT Fayda Görme Durumu	TAT Kullanma Yöntemi (n=56)							
	Bitkisel Destek Tedavisi		Balneoterapi		Akupresör		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Çok fayda gördüm	4	9,5	2	25,0	2	33,3	8	14,3
Fayda gördüm	14	33,3	3	37,5	3	50,0	20	35,7
Biraz fayda gördüm	21	50,0	2	25,0	1	16,6	24	42,9
Fayda görmedim	3	7,1	1	12,5	-	-	4	7,1
Toplam	42	100,0	8	100,0	6	100,0	56	100,0

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %42,9'u kullandıkları tedavi yöntemlerinden biraz fayda gördüklerini ve %35,7'si ise fayda gördüklerini ifade etmişlerdir. Hastaların yarısının TAT yönteminden yarar gördüğü, bitki kullanım oranının daha fazla olmasına rağmen (%75) (tablo 4.3.1) yarar görme oranının akupresör (çok fayda+fayda gördüm=%83,3) ve balneoterapide (% 62,5) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre KOOS skorları ortalaması

Değişken (N=255)	n	KOOS Ölçeği				
		Ağrı	Semptomlar	Günlük Yaşam Aktiviteleri	Spor ve Fonksiyonel Durum	Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$
Yaş Grupları						
65 yaş altı	142	38,27±18,53	51,32±16,29	46,52±20,68	19,78±23,71	46,62±16,66
65 yaş ve üzeri	113	32,54±15,74	49,27±12,80	39,68±18,68	7,83±14,99	35,63±16,13
İstatistiksel analiz* Olasılık		Z=-2,804 p=0,005	Z=-1,221 p=0,222	Z=-2,593 p=0,010	Z=-4,295 p=0,000	Z=-5,102 p=0,000
Ek Hastalık						
Yok	142	34,50±17,63	49,11±14,78	41,86±19,93	13,65±20,16	41,48±17,42
Var**	113	37,55±17,35	52,33±14,81	45,90±20,13	15,73±22,54	42,14±17,14
İstatistiksel analiz Olasılık		Z=-1,235 p=0,217	Z=-1,533 p=0,125	Z=-1,458 p=0,145	Z=-0,460 p=0,645	Z=-0,261 p=0,794
Hastalık Süresi						
0-6 ay ⁽¹⁾	64	42,02±15,73	50,50±15,93	51,56±18,33	22,10±23,35	52,55±14,01
7-11 ay ⁽²⁾	21	52,23±17,94	63,76±16,74	62,53±21,94	39,52±29,15	55,86±18,32
1-5 yıl ⁽³⁾	96	31,44±18,40	50,08±14,82	39,06±19,91	10,94±17,13	37,35±16,77
6 yıl ve üzeri ⁽⁴⁾	74	31,18±13,07	46,96±11,04	36,85±15,24	5,41±11,73	34,12±12,97
İstatistiksel analiz Olasılık Fark		$\chi^2=34,680$ p<0,001 [1-2,3,4] [2-3,4]	$\chi^2=18,705$ p<0,001 [2-1,3,4]	$\chi^2=38,553$ p<0,001 [1-2,3,4] [2-3,4]	$\chi^2=43,123$ p<0,001 [1-2,3,4] [2-3,4]	$\chi^2=57,771$ p<0,001 [1-3,4] [2-3,4]
Eğitim Düzeyi						
Okur-yazar değil ⁽¹⁾	56	27,98±17,46	47,04±13,19	34,84±19,23	8,13±15,86	35,39±16,88
İlkokul ⁽²⁾	157	36,80±17,56	51,33±15,26	44,62±20,29	16,21±22,36	42,78±17,33
Lise ⁽³⁾	26	42,88±15,93	50,00±17,20	52,73±18,38	19,04±23,02	44,73±16,14
Üniversite ⁽⁴⁾	16	40,75±10,78	53,81±10,74	47,69±12,83	12,50±18,26	49,06±14,84
İstatistiksel analiz Olasılık Fark		$\chi^2=18,807$ p<0,001 [1-2,3,4]	$\chi^2=4,167$ p=0,244 -	$\chi^2=16,489$ p=0,001 [1-2,3,4]	$\chi^2=7,831$ p=0,049 [1-2,3]	$\chi^2=12,324$ p=0,006 [1-2,3,4]

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, kas-iskelet sistem hastalıkları, astım

Hastaların yaş gruplarına göre; KOOS ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 65 yaş altı ve üstü grupta ağrı, semptomlar, günlük yaşam aktiviteleri, spor ve fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini içeren beş alt boyutta da gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Ek bir kronik hastalık varlığına göre KOOS ölçeği ağrı, semptomlar, günlük yaşam aktiviteleri, spor ve fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Osteoartrit hastalık süresi 7-11 ay olan hastaların KOOS alt boyutlarından aldıkları puanlar diğer hastalar ile karşılaştırıldığında, ağrı ($\chi^2=34,680$; $p<0,001$), semptomlar ($\chi^2=18,705$; $p<0,001$), günlük yaşam aktiviteleri ($\chi^2=38,553$; $p<0,001$) ve spor ve fonksiyonel durum ($\chi^2=43,123$; $p<0,001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyi okur-yazar olmayan hastaların diğer hastalara göre KOOS ölçeği alt boyutlarından semptom dışındaki tüm alt boyutlarında açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18,807$; $p<0,001$; $\chi^2=16,489$; $p<0,001$; $\chi^2=7,831$ $p<0,001$; $\chi^2=12,324$; $p<0,001$).

Tablo 4.5. TAT kullanan ve kullanmayan hastaların KOOS skorlarının karşılaştırılması

KOOS Ölçeği (n=255)	TAT Kullanmayan (n=199)		TAT Kullanan (n=56)		İstatistiksel Analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.D.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D.$	Median [Min-Max]	
Ağrı	34,21 $\pm$ 18,26	33,0 [0,0-81,0]	41,17 $\pm$ 13,55	39,0 [8,0-78,0]	Z=-2,968 p=0,003
Semptomlar	49,84 $\pm$ 15,79	46,0 [4,0-93,0]	52,43 $\pm$ 10,71	52,0 [25,0-71,0]	Z=-1,563 p=0,118
Günlük Yaşam Aktiviteleri	42,26 $\pm$ 20,93	37,0 [0,0-93,0]	47,88 $\pm$ 16,06	48,0 [3,0-81,0]	Z=-2,303 p=0,021
Spor ve Fonksiyonel Durum	14,07 $\pm$ 22,28	0,0 [0,0-85,0]	15,98 $\pm$ 16,53	25,0 [0,0-50,0]	Z=-1,796 p=0,072
Yaşam Kalitesi	42,73 $\pm$ 17,46	44,0 [13,0-75,0]	38,23 $\pm$ 16,28	38,0 [0,0-75,0]	Z=-1,568 p=0,117

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

TAT kullanan ve kullanmayan hastalar KOOS ölçeği alt boyut puanları açısından karşılaştırıldığında; ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri alt boyutlarının puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Her iki alt boyutta da TAT kullanan hastaların puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,005$).

Tablo 4.6. TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntemlere göre KOOS skorları

KOOS Ölçeği	Bitkisel Destek ⁽¹⁾ (n=42)		Balneoterapi ⁽²⁾ (n=8)		Akupresör ⁽³⁾ (n=6)		İstatistiksel Analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.D.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D.$	Median [Min-Max]	
Ağrı	39,74 $\pm$ 14,57	37,5 [8,0-78,0]	42,75 $\pm$ 8,36	39,0 [33,0-58,0]	49,00 $\pm$ 9,33	50,0 [39,0-58,0]	$\chi^2=3,477$ p=0,176
Semptomlar	49,33 $\pm$ 10,58	50,0 [25,0-71,0]	60,50 $\pm$ 1,41	61,0 [57,0-61,0]	63,33 $\pm$ 3,61	61,0 [61,0-68,0]	$\chi^2=18,219$ p=0,000 [1-2,3]
Günlük Yaşam Aktiviteleri	46,33 $\pm$ 17,57	53,0 [3,0-81,0]	48,88 $\pm$ 7,95	46,0 [43,0-68,0]	57,33 $\pm$ 9,37	59,5 [46,0-68,0]	$\chi^2=3,890$ p=0,143
Spor ve Fonksiyonel Durum	13,57 $\pm$ 17,26	0,0 [0,0-50,0]	21,88 $\pm$ 8,84	25,0 [0,0-25,0]	25,00 $\pm$ 15,81	25,0 [0,0-50,0]	$\chi^2=4,355$ p=0,113
Yaşam Kalitesi	36,31 $\pm$ 17,97	31,0 [0,0-75,0]	41,00 $\pm$ 4,54	38,0 [38,0-50,0]	48,00 $\pm$ 9,03	50,0 [38,0-56,0]	$\chi^2=3,933$ p=0,140

*Normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçek puanlarıyla karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntemlere göre (bitkisel destek, balneoterapi, akupresör) KOOS ölçeği alt boyutlarından sadece ağrı alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlılık gösterdiği, gruplar arasındaki farkın bitkisel destek yöntemlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Balneoterapi ve akupresör kullanan hastaların semptom puanı, bitkisel destek yöntemini kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

5. TARTIŞMA

Diz osteoartritli kadınlarda TAT kullanımının semptom ve fonksiyonel durum üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada, TAT kullanan hastaların KOOS skoruna göre; ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Buna göre TAT kullanan hastaların TAT kullanmayanlara göre, daha az ağrı hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini daha rahat gerçekleştirdikleri görülmektedir.

Çalışmada TAT'a başvuran hastaların tamamının ağrı nedeniyle tamamlayıcı tedaviye başvurduklarını ifade ettikleri görülmektedir. Zaman ve ark. (22) Hindistan'da üçüncü basamak bir merkeze gelen romatoid artritli hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımlarına ilişkin çalışmasında, hastaların %69'u ağrı sebebiyle tamamlayıcı tedaviye başvurduklarını bildirmiştir. Solak ve ark. (14)'nın romatizmal hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvuruların incelendiği çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu ağrı nedeni ile tamamlayıcı tedaviye başvurduklarını belirtmiştir. Ağrı, romatizmal hastalıklarda en sık görülen semptomlardan biridir ve bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (59, 60). Romatoloji hastalarını, özellikle osteoartrit hastalarının günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve yaşam kalitelerini düşüren ağrının yönetiminde maalesef hasta ve sağlık personeli sorun yaşamaktadır. Hastalara önerilen farmakolojik yöntemler yetersiz kalmakta ve nonfarmakolojik yöntem desteğine de gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle hastaların ağrı ile baş etmek için tamamlayıcı tedaviye başvurdukları düşünülmektedir.

Çalışmada TAT kullanan hastaların ağrı ve günlük yaşam aktivite puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.5). Literatür (27-32) incelendiğinde, TAT kullanan hastaların ağrı ve günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme görülmektedir. Hua ve ark. (160)'nın yaptığı çalışmada, geleneksel çin tıbbını kullanan hastaların kullanmayanlara göre, WOMAC ağrı puanı anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Kooshki ve ark. (161)'nin çörek otu yağı kullanan diz osteoartritli yaşlı hastaların kullanmayan hastalara göre, ağrısının anlamlı derecede azaldığını belirtmiştir. Yapılan kalitatif bir çalışmada (162), osteoartritli hastalarda uygulanan masaj tedavisinin, günlük yaşam aktivitelerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Manyaga ve ark. (76)'nın yaptığı sistematik derlemede; akupunktur yöntemi

kullanan hastaların ağrısında, fiziksel hareketlerinde ve yaşam kalitesinde belirli bir şekilde gelişme olduğu bildirilmiştir. Çin’de (163) diz osteoartritli hastalarda yoganın etkisi üzerine yapılan sistemik derlemede, yoganın hastalarda ağrıyı ve hareketsizliği azaltmada olumlu etkileri olduğu gösterilmiş ancak, yaşam kalitesine etkisi açık bir şekilde belirlenmemiştir. Shoara ve ark. (164)’nın diz osteoartritli hastalarda aromatik yağ kullanımının etkilerini inceleyen çalışmada, papatya yağının analjezik kullanımını azalttığı, eklem sertliği ve fiziksel hareketler üzerinde olumlu etki gösterdiği bildirilmiştir. Çalışmamızda literatüre uygun şekilde TAT kullanmanın hastaların ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Hastaların ağrı şikayetinde TAT’a başvurma tercihlerinin sonuçla uyumlu olması, hastaların bu yönde sağlık personeli tarafından desteklenmesi düşüncesinde bizlere bilgi sağlamaktadır.

Çalışmada TAT kullanan hastalar sağlık personeli danışmanlığından ziyade çevre, aile, medya gibi kaynaklardan bilgi edindiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Tamamlayıcı tedavi kullanımını inceleyen çalışmalarda (14, 23, 150, 168), hastaların çoğunluğunun tedaviye ilişkin bilgiyi, aile ve çevresinden aldığını belirtmiştir. Ayrıca çalışmamızda, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %83,9’u kullandığı yöntem hakkında sağlık personelini bilgilendirmediğini ve bunun nedeni olarak tedavinin sağlık personelini ilgilendirmediğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Clynes ve ark. (169) yaptıkları çalışmada hastaların yaklaşık yarısı romatologlara ve hemşirelere tamamlayıcı tedavi kullanımı hakkında bilgi vermediğini ve bunun en yaygın nedenin, sağlık personelinin bu konuda kendilerini sorgulamasını belirtmiştir. Kore’de artritli hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımlarını belirleyen bir çalışmada (20), hastaların %72’si kullandıkları yöntemler hakkında doktora bilgi vermediğini bildirilmiştir. Romatizmal hastalıklarda, tamamlayıcı tedavilere başvurunun giderek artması sağlık personelinin de kullanılan bu tedaviler konusunda bilgi sahibi olmaları gerektiğini göstermektedir (170). Sağlık personeli hastaların başvurdukları tamamlayıcı tedaviler hakkında bilgi sahibi oldukları ve hastalarla bu bilgileri paylaştıkları takdirde, daha fazla hasta tamamlayıcı tedaviye başvurmadan önce sağlık personeline danışır ve bilgilendirir (171). Aslında bulgumuz konu ile ilgili gözlem ve literatür ile uygunluk göstermektedir. Ancak konu oldukça hassastır ve önem arz etmektedir. Nitekim sağlık personeli kontrolü ve bilgisi olmadan

kullanılan ve hastalara ciddi organ hasarı veren pek çok TAT yöntemi ve içeriği hakkında duyularımız olmaktadır. Son yıllardaki çoğu toplantı ve tartışmalarda sağlık personelinin hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini bilmeleri ve takip etmeleri, gerekli durumlarda ise danışmanlık yapmaları konusu gündeme gelmektedir. Bu nedenle romatoloji alanındaki hastaların bu yönde takip edilmesi önemlidir.

Çalışmada TAT yöntemlerini kullanan hastaların yarısından fazlası kullandıkları yöntemin etkisini bilmediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Sağkal ve ark. (172) kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarını inceledikleri çalışmada, yaşlıların %98,3'ünün tamamlayıcı tedavi kullandığını fakat etkilerini bilmedikleri belirtmiştir. Dikici ve ark. (18) yaptıkları çalışmada, hastaların %43,6'sının kullandıkları yöntemden biraz fayda gördüğünü ifade etmiştir. Karadağ'ın (166) romatizmal hastalarda tamamlayıcı tedavi kullanımının belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, hastaların %41'i kullandıkları TAT yönteminin faydası olduğunu bildirmiştir. Ulusoy ve ark. (150) yaptığı çalışmada, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların sadece %25,6'sı fayda görürken, %73,5'i tedavinin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Çalışmada TAT kullanan hastaların yarısı fayda gördüğünü bildirmişlerdir (Tablo 4.4). Bu durumda hastaların KOOS skorları alt grubu olan ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamalarının yüksek olması ile uyum göstermektedir. Hastaların çoğunluğu eklem ağrıları ve ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı sorunu ile baş etmek için TAT yöntemlerine başvuruyor ve bu konuda yarar görmeyi bekliyorlar. Çalışmadaki hasta grubunun da bu yönde yarar görmesi TAT kullanımı için teşvik edici olabileceğini düşündürmektedir.

Kullanılan TAT yöntemlerinin çeşitliliği kültürler arasında farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar coğrafi ve etnik kökenli olabilmesine rağmen, sıklıkla TAT'a ulaşım kolaylığı ve toplumun bilgisiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmada hastaların dörtte biri bitkisel destek tedavi yöntemlerine başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3). Almanya'da yapılan bir çalışmada (173) hastaların %41,9'u ilk tıbbi şikayetlerinde bitkisel ilaç kullandığını ve bunların %57,4'ü de bu yöntemden yarar gördüğünü bildirmiştir. Amerika'da yapılan bir sistematik derlemede (174), hastaların daha çok bitkisel tedaviye başvurdukları belirtilirken,

Hindistan’da yapılan bir çalışmada (19) hastalar sıklıkla homeopati ve Ayurveda’yı kullanmıştır. Dente ve ark. (24) osteoartritli yetişkin bireylerde tamamlayıcı tedavi kullanımında etnik farklılıkların etkisini incelediği çalışmada, daha çok bitkisel tedaviye başvuru olduğu ve genel kullanım üzerine etnik farklılığın etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda (14, 150, 166) hastaların en sık biyolojik temelli ve zihin-beden temelli yaklaşım yöntemlerini kullandıkları bildirilmiştir. Hastaların sıklıkla bitkisel TAT yöntemlerine başvurmalarının nedeninin, kültürün yanı sıra, kolay ulaşım ve uygulama imkanı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada kullanılan yöntemler ile KOOS skoru ölçeğinin alt boyutları ağrı, günlük yaşam aktiviteleri, spor ve fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$). Balneoterapi ve akupresör yöntemi kullanan hastaların semptom puanı, bitkisel destek yöntemini kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Sorour ve ark. (165)’nın diz osteoartritli kadın hastalarda akupresör tedavisinin etkisini inceledikleri çalışmada; hastaların ağrı, eklem sertliği ve fiziksel fonksiyonlarında iyileşme sağladığını bildirmiştir. Literatür (34-39) incelendiğinde, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların kullandıkları yöntemlerin etkilerini inceleyen çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Yapılan sistematik derlemelerde (98, 166-169), incelenen araştırmalar herhangi bir yöntemi önermek ve bu yöntemlerin etkisine ilişkin yeterli düzeyde kanıt olmadığı belirtilmemiştir. Kanıt düzeyi yetersiz olmasına rağmen, osteoartritli hastalar semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitelerini artırmak için artan oranda daha fazla tamamlayıcı tedavilere başvurumaktadırlar (170).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamız bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- TAT kullanan hastaların %75'i bitkisel destek tedavisini kullanmaktadır (Tablo 4.2).
- Hastaların yaş ve eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutları olan ağrı, günlük yaşam aktiviteleri, spor ve fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.4).
- TAT kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ölçek alt boyutları olan ağrı ve günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.5).
- TAT kullanan ve kullanmayan hastalar arasında ölçek alt boyutları olan semptom, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.5).
- Balneoterapi ve akupresör yöntemi kullanan hastaların semptom puanları, bitkisel destek yöntemi kullanan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda;

- Hastaların, TAT yöntemlerini en çok ağrı şikayeti nedeni ile kullandıkları ve bu nedenle TAT yöntemlerine ilişkin bilinçlendirmeleri ve daha yakından izlenmeleri,
- Diz osteoartritli hastaların 1/5'inden fazlasının TAT yöntemi kullandıkları ve bu durumu sağlık personeli ile paylaşmadıkları için, sağlık personelinin TAT konusunda bilgi sahibi olması ve hastalara danışmanlık yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler İçin yaşlı sağlığı tanı ve tedavi rehberi 2010. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.
2. Slemenda C, Brandt KD, Heilman DK, Mazzuca S, Braunstein EM, Katz BP, et al. Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee. *Annals Of Internal Medicine*. 1997;127(2):97-104.
3. Brandt KD, Dieppe P, Radin EL. Etiopathogenesis of osteoarthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2008;34(3):531-59.
4. Michael JW-P, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010;107(9):152.
5. Page CJ, Hinman RS, Bennell KL. Physiotherapy management of knee osteoarthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2011;14(2):145-51.
6. World Health Organization. Chronic rheumatic conditions [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 06/07/2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/#.WXC3gRWCqIU.link>.
7. The European Musculoskeletal Conditions Surveillance. Musculoskeletal health in europe report v5.0:17-22. [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 06/07/2017]. Erişim adresi: <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf>.
8. TÜİK. Sağlık araştırması [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi: 10/09/2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>.
9. TÜİK. Sağlık araştırması health survey [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 10/09/2017]. Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=223.
10. Kellgren J, Moore R. Generalized osteoarthritis and heberden's nodes. *British Medical Journal*. 1952;1(4751):181.
11. Öncel S. Günümüzde osteoartrit korunma ve tedavisinde kaplıcanın yeri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2011;14(Özel Sayı 1):111-7.
12. Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapies in Medicine*. 2000;8(1):32-6.
13. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*. 2008;18(1).
14. Solak Ö, Ulaşlı AM, Çevik H, Dikici A, Devrimsel G, İnal EE, et al. Romatizmal hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvuru. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2015;16(2).

15. Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative Therapies In Health And Medicine*. 2005;11(1):42.
16. National Center for Complementary and Integrative Health. Important events in NCCIH history: U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 06/08/2017]. Erişim adresi: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>.
17. National Center for Complementary and Integrative Health. What complementary and integrative approaches do americans use? [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 06/08/2017]. Erişim adresi: <https://nccih.nih.gov/research/statistics/NHIS/2012/key-findings>.
18. Dikici A, Ulaşlı AM, Çevik H, Erođlu S, Solak Ö, Dünder Ü. Dejeneratif osteoartrit tanılı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Euras J Fam Med* 2015;4(3):126-30.
19. Chandrashekara S, Anilkumar T, Jamuna S. Complementary and alternative drug therapy in arthritis. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 2002;50:225-7.
20. Lee M-S, Lee MS, Yang C-Y, Lee S-I, Joo M-C, Shin B-C, et al. Use of complementary and alternative medicine by rheumatoid arthritis patients in Korea. *Clinical Rheumatology*. 2008;27(1):29-33.
21. World Health Organization. Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials [Internet]. 2003 [Erişim Tarihi: 21/09/2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/BP6_12Osteo.pdf?ua=1.
22. Zaman T, Agarwal S, Handa R. Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis: An audit of patients visiting a tertiary care centre. *The National medical journal of India*. 2007;20(5):236-9.
23. Sukitawut W, Wichainun R, Kasitanon N, Louthrenoo W. Use of complementary and alternative medicine in patients with rheumatoid arthritis. *Chiang Mai Medical Journal*. 2003;42(3):105-11.
24. Dente JM, Herman CJ, Allen P, Hunt WC. Ethnic differences in the use of complementary and alternative therapies among adults with osteoarthritis *Prev Chronic Dis*. 2006;3(3):1-15.
25. Roberti Di Sarsina P. The social demand for a medicine focused on the person: The contribution of CAM to healthcare and healthgenesis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2007;4(1):45-51.
26. Alaaeddine N, Okais J, Ballane L, Baddoura RM. Use of complementary and alternative therapy among patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(21-22):3198-204.
27. Long L, Soeken K, Ernst E. Herbal medicines for the treatment of osteoarthritis: A systematic review. *Rheumatology*. 2001;40(7):779-93.

28. Obalum D, Ogo C. Usage of complementary and alternative medicine (CAM) among osteoarthritis patients attending an urban multi-specialist hospital in Lagos, Nigeria. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*. 2011;18(1):44-7.
29. Yang S, Dubé CE, Eaton CB, McAlindon TE, Lapane KL. Longitudinal use of complementary and alternative medicine among older adults with radiographic knee osteoarthritis. *Clinical Therapeutics*. 2013;35(11):1690-702.
30. Hootman JM, Helmick CG, Barbour KE, Theis KA, Boring MA. Updated projected prevalence of self-reported doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation among US adults, 2015–2040. *Arthritis & rheumatology*. 2016;68(7):1582-7.
31. Shih M, Hootman JM, Kruger J, Helmick CG. Physical activity in men and women with arthritis: National health interview survey, 2002. *American Journal Of Preventive Medicine*. 2006;30(5):385-93.
32. Grainger R, Cicuttini FM. Medical management of osteoarthritis of the knee and hip joints. *Medical Journal of Australia*. 2004;180(5):232.
33. Kutsal Y, Kara M. Diz Osteoartriti. M S, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007. 149-61 p.
34. The Osteoarthritis Research Society International. What is osteoarthritis? [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 05/10/2017]. Erişim adresi: <https://www.oarsi.org/what-osteoarthritis>.
35. Firestein GS, Budd R, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Kelley and Firestein's textbook of rheumatology e-book. China: Elsevier Health Sciences; 2016. 1685-8 p.
36. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (Great Britain), & National Institute for Clinical Excellence (Great Britain). Osteoarthritis: national clinical guidelines for care and management in adults. Royal College of Physicians; 2008. Report No: 1860163297.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Osteoarthritis fact sheet [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 10/09/2017]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/osteoarthritis.htm>.
38. Arthritis Research. Prevalence of osteoarthritis in england and local authorities: Rutland [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi: 07/10/2017]. Erişim adresi: <http://www.arthritisresearchuk.org/~media/Files/Data%20and%20stats/Bulletins/Osteoarthritis/East%20Midlands/Rutland-OA.ashx>.
39. National Institute For Clinical Excellence. Osteoarthritis: Care and management in adults. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. 2014.
40. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N, all e. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2004:1-71.
41. Tanamas SK, Wijethilake P, Wluka AE, Davies-Tuck ML, Urquhart DM, Wang Y, et al. Sex hormones and structural changes in osteoarthritis: A systematic review. *Maturitas*. 2011;69(2):141-56.

42. Dennison E. Osteoarthritis epidemiology and classification. *Rheumatology*. 2003;1781-92.
43. Srikanth VK, Fryer JL, Zhai G, Winzenberg TM, Hosmer D, Jones G. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2005;13(9):769-81.
44. Spector TD, MacGregor AJ. Risk factors for osteoarthritis: Genetics. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2004;12(Supplement):39-44.
45. Hootman JM, Macera CA, Helmick CG, Blair SN. Influence of physical activity-related joint stress on the risk of self-reported hip/knee osteoarthritis: A new method to quantify physical activity. *Preventive Medicine*. 2003;36(5):636-44.
46. Jinks C, Jordan K, Blagojevic M, Croft P. Predictors of onset and progression of knee pain in adults living in the community. A prospective study. *Rheumatology*. 2008;47(3):368-74.
47. Toivanen AT, Heliövaara M, Impivaara O, Arokoski JP, Knekt P, Lauren H, et al. Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis—a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology*. 2009;49(2):308-14.
48. Wilder F, Hall B, Barrett J, Lemrow N. History of acute knee injury and osteoarthritis of the knee: A prospective epidemiological assessment: The clearwater osteoarthritis study. *Osteoarthritis And Cartilage*. 2002;10(8):611-6.
49. Manninen P, Heliövaara M, Riihimäki H, Suomalainen O. Physical workload and the risk of severe knee osteoarthritis. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*. 2002;28(1):25-32.
50. Seavey WG, Kurata JH, Cohen RD. Risk factors for incident self-reported arthritis in a 20 year followup of the alameda county study cohort. *The Journal Of Rheumatology*. 2003;30(10):2103-11.
51. Yoshimura N, Kinoshita H, Hori N, Nishioka T, Ryujin M, Mantani Y, et al. Risk factors for knee osteoarthritis in japanese men: A case-control study. *Modern Rheumatology*. 2006;16(1):24-9.
52. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, Jordan KP. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(1):24-33.
53. Holmberg S, Thelin A, Thelin N. Is there an increased risk of knee osteoarthritis among farmers? A population-based case-control study. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*. 2004;77(5):345-50.
54. Sandmark H. Musculoskeletal dysfunction in physical education teachers. *Occupational And Environmental Medicine*. 2000;57(10):673-7.
55. Sandmark H, Hogstedt C, Vingård E. Primary osteoarthrosis of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*. 2000;26(1):20-5.

56. Esser S, Bailey A. Effects of exercise and physical activity on knee osteoarthritis. *Current Pain And Headache Reports*. 2011;15(6):423-30.
57. Gullahorn L, Lippiello L, Karpman R. Smoking and osteoarthritis: Differential effect of nicotine on human chondrocyte glycosaminoglycan and collagen synthesis. *Osteoarthritis And Cartilage*. 2005;13(10):942-3.
58. Arthritis Care. What's the worst thing about living with arthritis? [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 05/10/2017]. Erişim adresi: <https://www.arthritiscare.org.uk/what-is-arthritis/faqs/arthritis>.
59. Bartlett SJ, Bingham CO, Maricic MJ, Iverson MD, V. R. Romatizmal hastalıklarda klinik tedavi. *Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Yayınları*. 2007;32:211-9.
60. Ergin S. Osteoartritte ağrı oluşum mekanizmaları ve güncel medikal tedavi yaklaşımları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;14(1):63-7.
61. Sarıdoğan M. Osteoartritte eklemlere göre klinik bulgular. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2011;14(1):31-6.
62. Chiou AF, Lin HY, Huang HY. Disability and pain management methods of taiwanese arthritic older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(15):2206-16.
63. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartritli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi*. 2014;20(3):117-24.
64. Arthritis Foundation National. Arthritis symptoms [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 21/09/2017]. Erişim adresi: <https://www.arthritiscare.org.uk/do-i-have-arthritis/symptoms>.
65. Karadakovan A, Aslan EF. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım 2017.
66. Fernandes L, Storheim K, Nordsletten L, Risberg MA. Development of a therapeutic exercise program for patients with osteoarthritis of the hip. *Physical Therapy*. 2010;90(4):592-601.
67. Çağlar A, Kolbaşı E, Tamer D, Gürbüz M, Aytar A. Diz osteoartritli bireylerde kısa süreli pedometre kullanımının egzersiz kapasitesi ve ağrı üzerine etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 2016;1(1).
68. Hochberg M, Moskowitz R, Schnitzer T. American college of rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. *Arthritis and Rheumatism*. 2000;43(21):1905-15.
69. Allen KD, Nelson AE. Chapter 96 - osteoarthritis and other musculoskeletal diseases In: Troisi R, Rexrode KM, editors. *Women and Health (Second Edition)*: Academic Press; 2013. p. 1415-29.
70. Uçar D, Bozkurt M. Osteoartritte güncel tedavi yöntemleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2012;3(1):137-40.
71. Doral MN, Dönmez G, Atay ÖA, Bozkurt M, Leblebicioğlu G, Üzümcügil A, et al. Dejeneratif eklem hastalıkları. *Totbid Dergisi*. 2007;6:56-65.

72. Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis And Cartilage*. 2008;16(2):137-62.
73. Uysal GF, Başaran S. Diz osteoartriti *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2009;55:1-7.
74. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(4):476-99.
75. Manheimer E, Cheng K, Linde K, Lao L, Yoo J, Wieland S, et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *The Cochrane Library*. 2010.
76. Manyanga T, Froese M, Zarychanski R, Abou-Setta A, Friesen C, Tennenhouse M, et al. Pain management with acupuncture in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2014;14(1):312.
77. Atalay SG, Alkan BM, Aytekin MN. Osteoartrite güncel yaklaşım. *Ankara Medical Journal*. 2013;13(1):26-32.
78. Kirazlı Y. Osteoartrit tanı ve tedavi kılavuzlarına güncel bakış öz. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;Supplement(4):119-25.
79. Kılıç B, Turhan Y, Demiroğlu M, Akçay S, Gürcan S. Diz osteoartriti'nde cerrahi tedavi yöntemleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;6(2):135-8.
80. Moseley JB, O'malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(2):81-8.
81. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: What is their place in the management of chronic pain? *Nursing Clinics of North America*. 2003;38(3):495-508.
82. Tabish SA. Complementary and alternative healthcare: Is it evidence-based? *Int J Health Sci* 2008;2(1):V–IX.
83. Ceyhan D, Yiğit TT. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;6(3):178-89.
84. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(1):93-8.
85. Paramore LC. Use of alternative therapies: Estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1997;13(2):83-9.
86. Rasmussen NK, Morgall JM. The use of alternative treatments in the danish adult population. *Complementary Med Res*. 1990;4:16-22.
87. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *The Lancet*. 1996;347(9001):569-73.

88. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: Results of a follow-up national survey. *Jama*. 1998;280(18):1569-75.
89. Topuz E. Kanserde alternatif ve tamamlayıcı tıp (bilimsel yaklaşım) İstanbul: İletişim Yayınları; 2008.
90. National Center for Complementary and Integrative Health. Important events in NCCIH history [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 06/08/2017]. Erişim adresi: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>.
91. TC Sağlık Bakanlığı. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp daire başkanlığı uygulama merkezleri [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 28/12/2017]. Erişim adresi: <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/TR,21264/uygulama-merkezleri.html>.
92. World Health Organization. Traditional and complementary medicine [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 05/08/2017]. Erişim adresi: <http://who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.
93. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? : U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 05/10/2017]. Erişim adresi: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>.
94. Buckle J. Clinical aromatherapy-e-book: Essential oils in practice: Elsevier Health Sciences; 2014.
95. National Cancer Institute. Aromatherapy and essential oils [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 13/10/2017]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam/patient/aromatherapy-pdq#link/45>.
96. Göksoy T. Akupunkturun tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Özel Dergisi*. 2010;3(1):1-5.
97. Statement NC. Acupuncture National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement [Internet]. 1997 [Erişim Tarihi: 05/10/2017]. Erişim adresi: <https://consensus.nih.gov/1997/1997acupuncture107html.htm>.
98. Fouladbakhsh J. Complementary and alternative modalities to relieve osteoarthritis symptoms: A review of the evidence on several therapies often used for osteoarthritis management. *Orthopaedic Nursing*. 2012;31(2):115-21.
99. Maa S-H, Sun M-F, Wu C-C. The effectiveness of acupuncture on pain and mobility in patients with osteoarthritis of the knee: A pilot study. *Journal of Nursing Research*. 2008;16(2):140-8.
100. Lee SM, Ernst E. Acupuncture for pain: An overview of cochrane reviews. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2011;17(3):187-9.
101. Manheimer E, Linde K, Lao L, Bouter LM, Berman BM. Meta-Analysis: acupuncture for osteoarthritis of the knee. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(12):868-77.

102. National Center for Complementary and Integrative Health. Naturopathy U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 05/10/2017]. Erişim adresi: <https://nccih.nih.gov/health/naturopathy>.
103. Arslan M, řar S. An alternative treatment system: Homeopathy. Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2013;1(1):38.
104. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2):124-30.
105. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2017;51(2):199-213.
106. Irnich C. Chapter 24 - relaxation techniques: Body and mind. *Myofascial Trigger Points*. Oxford: Churchill Livingstone; 2013. p. 245-52.
107. Art Therapy International Centre. What is art therapy? [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 22/09/2017]. Erişim adresi: <https://aticarthrapy.com/art-psychotherapy-in-dubai-uae/>.
108. Göktepe KA. Sanat terapi. İstanbul: Nesil Yayınları; 2015.
109. Giggins OM, Persson UM, Caulfield B. Biofeedback in rehabilitation. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 2013;10(1):60.
110. Colón Y, Avnet MS. Medical hypnotherapy for pain management. *Journal Of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2014;28(2):174-6.
111. Elkins G, Johnson A, Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012;54(4):294-310.
112. Le Scouranec R-P, Poirier R-M, Owens JE, Gauthier J. Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: A pilot study of tape preference and outcomes. *Alternative Therapies In Health and Medicine*. 2001;7(1):58.
113. Ottaviani S, Jean-Luc B, Thomas B, Pascal R. Effect of music on anxiety and pain during joint lavage for knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*. 2012;31(3):531-4.
114. McCaffrey R, Freeman E. Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *J Adv Nurs*. 2003;44(5):517-24.
115. Phillips I. Infusing spirituality into geriatric health care: Practical applications from the literature 2003:249-56.
116. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med*. 2011;43(4):316-22.
117. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The Relationship Between Religion/Spirituality And Physical Health, Mental Health, And Pain In A Chronic Pain Population. *Pain*. 2005;116(3):311-21.

118. Yates JW, Chalmer BJ, Stjames P, Follansbee M, McKegney FP. Religion in patients with advanced cancer. *Med Pediatr Oncol*. 1981;9(2):121-8.
119. Garfinkel M, Schumacher HR. Yoga. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2000;26(1):125-32.
120. Taylor MJ. Yoga therapeutics: An ancient, dynamic systems theory. *Techniques in Orthopaedics*. 2003;18(1):115-25.
121. Cheung C, Wyman JF, Resnick B, Savik K. Yoga for managing knee osteoarthritis in older women: a pilot randomized controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2014;14(1):160.
122. The American Dance Therapy Association. What is dance/movement therapy? [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi: 04/10/2017]. Erişim adresi: <https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/#>.
123. Bojner-Horwitz E, Theorell T, Maria Anderberg U. Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *The Arts in Psychotherapy*. 2003;30(5):255-64.
124. Tsang WW, Hui-Chan CW. Comparison of muscle torque, balance, and confidence in older tai chi and healthy adults. *Medicine and science in sports and exercise*. 2005;37(2):280-9.
125. Yıldırım P. Tai chi egzersizinin etkileri ve klinik uygulamaları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2014;60(Özel Sayı;2):36-42.
126. Lauche R, Langhorst J, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of tai chi for osteoarthritis of the knee. *Complementary Therapies in Medicine*. 2013;21(4):396-406.
127. Gutenbrunner C, Bender T, Cantista P, Karagülle Z. A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology and climatology. *International Journal of Biometeorology*. 2010;54(5):495-507.
128. Van Tubergen A, Van Der Linden S. A brief history of spa therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2002;61(3):273-5.
129. T.C Sağlık Bakanlığı. Kaplıcalar yönetmeliği In: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, editor. 2001. p. 1.
130. Pizzorno JE. *Textbook of natural medicine*: Elsevier Health Sciences; 2013.
131. Cameron M, Chrubasik S. Oral herbal therapies for treating osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(5).
132. The National Center for Complementary and Integrative Health. Using dietary supplements wisely [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi: 22/10/2017]. Erişim adresi: <https://nccih.nih.gov/health/supplements/wiseuse.htm>.
133. DiGiovanna EL, Schiowitz S, Dowling DJ. *An Osteopathic Approach To Diagnosis And Treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

134. Franke H, Franke J-D, Fryer G. Osteopathic Manipulative Treatment For Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review And Meta-Analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014;15(1):286.
135. Vaughan B, Morrison T, Buttigieg D, Macfarlane C, Fryer G. Approach To Low Back Pain-Osteopathy. *Australian Family Physician*. 2014;43(4):197.
136. Song HJ, Seo H-J, Lee H, Son H, Choi SM, Lee S. Effect of self-acupressure for symptom management: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 2015;23(1):68-78.
137. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;42(4):589-603.
138. Hakverdioğlu G, Türk G. Acupressure. *Journal of Hacettepe University School of Nursing*. 2006;13(2):43-7.
139. World Health Organization. Who guidelines on the basic training and safety in chiropractic. Glossary; 2005. Contract No: 06/10.
140. The National Center for Complementary and Integrative Health. Chiropractic: In depth NCCIH [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 06/10/2017]. Erişim adresi: <https://nccih.nih.gov/health/chiropractic/introduction.htm>.
141. Krieger D. Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *The American Journal of Nursing*. 1975:784-7.
142. Vitale A. An Integrative Review Of Reiki Touch Therapy Research. *Holistic Nursing Practice*. 2007;21(4):167-79.
143. Bullock M. Reiki: A complementary therapy for life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 1997;14(1):31-3.
144. VanderVaart S, Gijzen VM, De Wildt SN, Koren G. A Systematic Review Of The Therapeutic Effects Of Reiki. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*. 2009;15(11):1157-69.
145. World Health Organization. Who traditional medicine strategy: 2014-2023 China 2013.
146. Breuer GS, Orbach H, Elkayam O, Berkun Y, Paran D, Mates M, et al. Use of complementary and alternative medicine among patients attending rheumatology clinics in israel. *IMAJ-RAMAT GAN*. 2006;8(3):184.
147. Rao JK, Kroenke K, Mihaliak KA, Grambow SC, Weinberger M. Rheumatology patients' use of complementary therapies: Results from a one-year longitudinal study. *Arthritis Care & Research*. 2003;49(5):619-25.
148. Ulusoy H, Güçer TK, Murat A, Arslan Ş, Habİboğlu A, Akgöl G, et al. The use of complementary and alternative medicine in turkish patients with rheumatic diseases. *Archives of Rheumatology*. 2012;27(1):31-7.
149. Yang L, Sibbritt D, Adams J. A critical review of complementary and alternative medicine use among people with arthritis: A focus upon prevalence, cost, user profiles, motivation, decision-making, perceived benefits and communication. *Rheumatology International*. 2017;37(3):337-51.

150. Herman CJ, Allen P, Prasad A, Hunt WC, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Preventing Chronic Disease*. 2004;1(4).
151. Armstrong AR, Thiébaud SP, Brown LJ, Nepal B. Australian Adults Use Complementary And Alternative Medicine In The Treatment Of Chronic Illness: A National Study. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health*. 2011;35(4):384-90.
152. MacLennan AH, Myers SP, Taylor AW. The Continuing Use Of Complementary And Alternative Medicine In South Australia: Costs And Beliefs In 2004. *Medical journal of Australia*. 2006;184(1):27.
153. Elbaz A, Debbi EM, Segal G, Haim A, Halperin N, Agar G, et al. Sex and body mass index correlate with western ontario and mcmaster universities osteoarthritis index and quality of life scores in knee osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(10):1618-23.
154. Jawahar R, Yang S, Eaton CB, McAlindon T, Lapane KL. Gender-specific correlates of complementary and alternative medicine use for knee osteoarthritis. *Journal of Women's Health*. 2012;21(10):1091-9.
155. Lapane KL, Sands M, Yang S, McAlindon T, Eaton CB. Use of complementary and alternative medicine among patients with radiographic-confirmed knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2012;20(1):22-8.
156. Karagöz G. Sırt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşirürji hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2006.
157. Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, Ekdahl C, Beynnon BD. Knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS)—development of a self-administered outcome measure. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 1998;28(2):88-96.
158. Paker N, Buğdaycı D, Sabırlı F, Özel S, Ersoy S. Knee injury and osteoarthritis outcome score: Reliability and validation of the Turkish version. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;27:350-6.
159. Roos EM, Lohmander LS. The knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS): From joint injury to osteoarthritis. *Health And Quality Of Life Outcomes*. 2003;1(1):64.
160. Hua B, Ryan P, Varma D, Belski R, Nelson L, Hayes A, et al. Efficacy of a Chinese herbal medicine in the treatment for patients with knee osteoarthritis: A randomised, double blind, placebo controlled pilot trial. *European Journal of Integrative Medicine*. 2013;5(6):553-60.
161. Kooshki A, Forouzan R, Rakhshani MH, Mohammadi M. Effect of topical application of nigella sativa oil and oral acetaminophen on pain in elderly with knee osteoarthritis: A crossover clinical trial. *Electronic physician*. 2016;8(11):3193.

162. Ali A, Rosenberger L, Weiss TR, Milak C, Perlman AI. Massage therapy and quality of life in osteoarthritis of the knee: A qualitative study. *Pain Medicine*. 2016;pnw217.
163. Kan L, Zhang J, Yang Y, Wang P. The effects of yoga on pain, mobility, and quality of life in patients with knee osteoarthritis: A systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2016;2016.
164. Shoara R, Hashempur MH, Ashraf A, Salehi A, Dehshahri S, Habibagahi Z. Efficacy and safety of topical matricaria chamomilla (chamomile) oil for knee osteoarthritis: A randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2015;21(3):181-7.
165. Sorour AS, Ayoub AS, Abd El Aziz EM. Effectiveness of acupressure versus isometric exercise on pain, stiffness, and physical function in knee osteoarthritis female patients. *Journal of Advanced Research*. 2014;5(2):193-200.
166. Macfarlane GJ, Paudyal P, Doherty M, Ernst E, Lewith G, MacPherson H, et al. A systematic review of evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of rheumatic diseases: Osteoarthritis. *Rheumatology*. 2012;51(12):2224-33.
167. Zochling J, March L, Lapsley H, Cross M, Tribe K, Brooks P. Use of complementary medicines for osteoarthritis—a prospective study. *Annals Of The Rheumatic Diseases*. 2004;63(5):549-54.
168. Cameron M, Chrubasik S. Topical herbal therapies for treating osteoarthritis. *The Cochrane Library: Cochrane Database Of Systematic Reviews*; 2013.
169. Chyu MC, Von Bergen V, Brismée JM, Zhang Y, Yeh JK, Shen CL. Complementary and alternative exercises for management of osteoarthritis. *Arthritis*. 2011;2011.
170. Scher JU. Several approaches are combined with a focus on alleviating symptoms--managing osteoarthritis: The treatment options. *The Journal of Musculoskeletal Medicine*. 2006;23(10):701-19.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 839

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 30 MAYIS 2017 SALI
Toplantı No : 2017/14
Proje No : GO 17/448 (Değerlendirme Tarihi: 16.05.2017)
Karar No : GO 17/448- 11

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU' nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Arş. Gör. Afra ÇALIK' ın yüksek lisans tezi olan, GO 17/448 kayıt numaralı, **"Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanan ve Kullanmayan Diz Osteoritritli Kadınların Semptom ve Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurtan AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| İZİNLI | |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARI (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAGLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGEL (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLI |
| | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-2. Hasta Bilgileri Formu

1. Yaşınız :
2. Eğitim düzeyiniz?
☐İlkokul ☐Üniversite
☐Lise ☐Lisansüstü
3. Hastalığınız kaç yıldan itibaren sürüyor?
4. Başka kronik bir hastalığınız var mı?
5. Herhangi bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi kullanıyor musunuz?
☐Evet
☐Hayır
6. Kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi nedir?

7. Kullandığınız yöntemi hangi yol ile uyguluyorsunuz?

8. Ne kadar süredir bu yöntemi kullanıyorsunuz?

9. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma sıklığınız nedir (günde/hafta/ay)?

10. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemine başvuru nedeniniz nedir?

11. Bu tedaviyi hastalığınızın hangi döneminde kullanmaya başladınız?
☐ Tanı konulduktan hemen sonra
☐ Hastalığınızın ilerleyen dönemlerinde tedaviyle beraber
12. Bu tedaviyi kullanma kararınızda etkili olan faktörler nelerdir?
☐ Kendisi ☐Çevre ☐Aile ☐Medya ☐Sağlık Personeli

13. Nereden alıyorsunuz/Nasıl ulaşıyorsunuz?
- ☐ Baharatçılardan/aktarlardan
- ☐ Eczanelerden
- ☐ Kendim topluyorum
- ☐ Televizyon, internetten sipariş verdim
14. Bu tedavinin etkilerini biliyor musunuz?
- ☐ Evet ☐ Hayır
15. Cevabınız evet ise bunlar nelerdir?
-
16. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi kullanmadan önce / sırasında sağlık personeline danıştınız mı / bilgi verdiniz mi?
- ☐ Evet (Lütfen 15.soruya geçiniz)
- ☐ Hayır (Lütfen 16.soruya geçiniz)
17. Sağlık personelinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi kullanmanız karşısında tutumu ne oldu?
- ☐ Yorum yapmadı
- ☐ Kullanmamı destekledi
- ☐ Tedavi süresince kullanmamamı önerdi
- ☐ Desteklemedi, neden belirtmedi
- ☐ Desteklemedi, zararlarını açıkladı
18. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı hakkında sağlık personeli ile konuşmamanızın nedeni/nedenleri nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- ☐ Onları ilgilendirmediğini düşündüm
- ☐ Bu konuda bilgileri olduğunu sanmıyorum
- ☐ Azarlamalarından korktum

☐ Ciddiye almamalarından çekindim

☐ Diğer

19. Size göre kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tıp yönteminden fayda görüyor musunuz / gördünüz mü?

☐ Çok fayda gördüm

☐ Fayda gördüm

☐ Biraz fayda gördüm

☐ Fayda görmedim

☐ Zarar gördüm



EK-3. Diz Yaralanma ve Osteoartrit Sonuç Skoru

TALİMAT: Bu sorgulama diziniz hakkında kendi görüşünüzü sormaktadır. Bu bilgi, diziniz ile ilgili hissettiklerinizi ve olağan aktivitelerinizi ne kadar iyi yapabildiğinizi anlamamızda bize yardımcı olacak.

Her soruyu uygun kutucuğu işaretleyerek cevaplayınız, her soru için sadece bir kutucuk işaretleyiniz. Eğer bir soruyu nasıl cevaplayacağınızdan emin değilseniz, lütfen verebileceğiniz en uygun cevabı veriniz.

BELİRTİLER

Bu sorular geçen hafta dizinizdeki belirtiler düşünülerek cevaplandırılmalıdır.

S1. Dizinizde şişlik var mı?

Hiç ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman ☐

S2. Dizinizi hareket ettirirken gıcırdama hisseder misiniz, çıtırdama veya başka tipte sesler duyar mısınız?

Hiç ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman ☐

S3. Hareket ederken diziniz takılır veya kilitlenir mi?

Hiç ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman ☐

S4. Dizinizi tam olarak uzatabiliyor musunuz?

Her zaman ☐ Sık sık ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç ☐

S5. Dizinizi tam olarak bükabiliyor musunuz?

Her zaman ☐ Sık sık ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç ☐

SERTLİK

Aşağıdaki sorular geçen hafta boyunca dizinizde yaşadığınız eklem sertliğinin miktarı ile ilişkilidir. Sertlik, diz ekleminizin hareketindeki kolaylığın kısıtlanması veya yavaşlığı şeklinde bir duyudur.

S6. Sabah ilk uyandığınızda diz ekleminizdeki sertlik ne kadar şiddetli olur?

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

S7. Günün ilerleyen saatlerinde oturduktan, uzandıktan, dinlendikten sonra diz sertliğiniz ne kadar şiddetli olur?

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

AĞRI

P1. Dizinizde ne kadar sık ağrı olur?

Hiç ☐ Aylık ☐ Haftalık ☐ Günlük ☐ Her zaman ☐

Geçen hafta boyunca aşağıdaki aktiviteler sırasında ne miktarda diz ağrısı yaşadınız?

P2. Dizinizi kıvrırmak/kendi ekseninde döndürmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P3. Dizi tam düzleştirmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P4. Dizi tam bükmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P5. Düz zeminde yürümek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P6. Merdiven inmek veya çıkmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P7. Gece yataktayken

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P8. Oturmak veya yatmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

P9. Ayakta dik durmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

FONKSİYON, GÜNLÜK YAŞAM

Aşağıdaki sorular fiziksel fonksiyonunuz ile ilişkilidir. Bununla etrafta dolaşma ve kendine bakım yeteneğinizi kastediyoruz. Aşağıdaki aktivitelerin her biri için lütfen geçen hafta dizinizden dolayı yaşadığınız zorluk derecesini belirtin

A1. Merdiven inmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A2. Merdiven çıkmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A3. Oturduğunuz yerden kalkmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

Aşağıdaki aktivitelerin her biri için lütfen geçen hafta dizinizden dolayı yaşadığınız zorluk derecesini işaretleyin

A4. Ayakta durmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A5. Yere eğilmek/ Bir nesne almak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A6. Düz zeminde yürümek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A7. Arabaya binmek/inmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A8. Alışverişe gitmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A9. Çorap/Külotlu çorap giymek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A10. Yataktan kalkmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A11. Çorap/Külotlu çorap çıkarmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A12. Yatakta yatmak (dönmek , diz pozisyonunu devam ettirmek)

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A13. Banyoya girmek/çıkarmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A14. Oturmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A15. Tuvalete girmek/çıkarmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A16. Ağır ev işleri (ağır kutular taşımak, yerleri ovalamak, vb.)

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

A17. Hafif ev işleri (yemek pişirmek, toz almak vb.)

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

FONKSİYON, SPOR VE BOŞ ZAMAN DEĞERLENDİRME AKTİVİTELERİ

Aşağıdaki sorular daha yüksek düzeyde aktif olduğunuz zamanki fiziksel fonksiyonunuzla ilişkilidir. Sorular geçen hafta dizinizden dolayı yaşadığınız zorluğun ne derecede olduğu düşünülerek cevaplandırılmalıdır.

SP1. Çömelmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

SP2. Koşmak Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

SP3. Zıplamak Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

SP4. İncinen dizinizi kıvırmak/kendi ekseninde döndürmek

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

SP5. Diz üstü oturmak

Yok ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐

YAŞAM KALİTESİ

Q1. Ne kadar sık diz probleminizin farkındasınız?

Hiç ☐ Aylık ☐ Haftalık ☐ Günlük ☐ Sürekli ☐

Q2. Dizinize zarar verme potansiyeli olan aktivitelerden kaçınmak için yaşam şeklinizi değiştirdiniz mi?

Hiç ☐ Hafif derecede ☐ Orta derecede ☐ Ciddi derecede ☐ Tamamen ☐

Q3. Dizinizdeki güvensizlikten dolayı ne kadar sıkıntılısınız?

Hiç ☐ Hafif derecede ☐ Orta derecede ☐ Ciddi derecede ☐ Aşırı derecede ☐

Q4. Genelde dizinizle ilgili ne kadar zorluğunuz var?

Hiç ☐ Hafif derecede ☐ Orta derecede ☐ Ciddi derecede ☐ Aşırı derecede ☐

Bu sorgulamadaki bütün soruları tamamladığınız için çok teşekkür ederiz

EK-4. Hasta Onam Formu

Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmamanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, adı, soyadı, okul numarası gibi kişiyi tanıtıcı bilgilerin yazılamaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Katılımcılar,

“Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanan ve Kullanmayan Diz Osteoartritli Kadınların Semptom ve Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi” **başlıklı** bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma diz osteoartrit tanısı alan kadınlarda, geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlere başvurma sıklıkları, nedenleri, bu yöntemlerin neler olduğu, hastaların kullandıkları yöntemlerden fayda görüp görmediği ve geleneksel ve tamamlayıcı yöntemler kullananların osteoartrit semptomlarıyla ilişkisine bakılmak amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla, hastaların geleneksel ve tamamlayıcı yöntem kullanmanın semptom ve fonksiyonel durumlarıyla ilişkisi belirlenecek ve oluşabilecek hatalı uygulamaları önlemek için öneriler sunulacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz iki bölümden oluşmaktadır. Toplam 59 soruluk, 10-15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu: Sevgisun KAPUCU

Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yard. Araştırmacı: Arş. Gör. Afra ÇALIK, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0505 866 11 11

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

EK-5. Hastane İzin Yazıları



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

17/07/2017 17:11 - 93471371 - 929 - E.11154



009499731158

Sayı : 93471371-929
Konu : Araş.Gör. Afra ÇALIK-Araştırma İzni

ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 20/06/2017 tarihli ve 70629056-602.01.02-372 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Sevgişun KAPUCU' nun danışmanlığında Arş.Gör.Afra ÇALIK ile birlikte yapılması planlanan "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanan ve Kullanmayan Diz Osteoartritli Kadınların Semptom ve Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi" konulu tez çalışması Klinik işleyişini aksatmayacak şekilde; saat 15:00 den sonra anket çalışmalarının yapılması şartıyla Hastane Yöneticiliğimizce uygundur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Mevlüt Recep PEKÇİCİ
Hastane Yöneticisi V.

Şükriye Mh. Ulucanlar Cd. No:89 Altındağ / ANKARA

Bilgi için:Hakan ORHAN

Faks No:

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İslt.

e-Posta:hakan.orhan2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ankarahastanesi.gov.tr/

Telefon No:+90 312 595 30 81

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2dd3c3ff-4196-45e1-b1e2-b0ab8cb0957d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
23/06/2017 09:10 - 24648653 - 806.01.03 - E 3698



00047739367



Sayı : 24648653-806.01.03
Konu : Tez Uygulama İzni (Afra ÇALIK)



RR04500588583

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

ÇOK İVEDİ



İlgi: 15/06/2017 tarihli 627 sayılı yazımız.

İlgi yazınızla tarafımıza bildirilen, Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü yüksek lisans öğrencisi **Afra ÇALIK**' ın, Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU danışmanlığında yürüttüğü "**Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanan ve Kullanmayan Diz Osteoartritli Kadınların Semptom ve Fonksiyonel Durumlarının Belirlenmesi**" başlıklı tez çalışmasında kullanmak üzere hazırladığı uygulama çalışmasını, **19 Haziran-31 Aralık 2017** tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için gerekli izin verilmesi talebiniz; uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa Sırrı KOTANOĞLU
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Ek: Atatürk EAH' nin 21/06/2017 Tarihli ve 8595 sayılı Yazısı (1 Sayfa)

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
23.06.2017

(Handwritten signature)

Ankara 3. Bölge
Kamu Hastaneleri Birliği G.S.
Murat SAYIN
Uzman

Demirlibahçe Mah. Mamak Cd. No:11 Mamak/ANKARA

Faks No:0312 201 9137

e-Posta:h.akcelik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ankara3bolge.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Hatice Asude AKÇELİK

Unvan:EBE

Telefon No:0312 201 91 00/159

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 860e6698-dff7-4c91-8695-33c13189c5e7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. Ölçek Kullanımı İzin Yazısı

28.11.2017

Sayın Sevgisun Kapucu,

2007 yılında Türk toplumuna geçerlilik ve güvenirliğini yapmış olduğumuz "DİZ İNCİNME VE
OSTEOARTRİT SONUÇ SKORU" ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Saygılarımla,

Doç. Dr. NURDAN PAKER

İSTANBUL FTR EA HASTANESİ



9. ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	Afra ÇALIK
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	06/11/1992- Ankara
UYRUĞU:	Türkiye
HALEN GÖREVİ: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	
TELEFON: 0312 305 15 80	
E-MAIL: afracalik@hacettepe.edu.tr	

II. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2015-halen	Y. Lisans	Hacettepe Üniversitesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
2014	Lisans	Sakarya Üniversitesi	Hemşirelik Bölümü

III. MESLEKİ DENEYİMİ

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	ÇALIŞMA ALANI	ÇALIŞILAN KURUM
2016-halen	Araştırma Görevlisi	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi
2015-2016	Hemşire	Servis Hemşiresi	Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

IV. BİLİMSEL FAALİYETLER

1. Çalık A, Kapucu S. Diyabet tedavisinde kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler: literatür derlemesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;1(2):27-32.
2. Çalık A, Kapucu S. Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: pender'in sağlığı geliştirme modeli. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2017;4(2):62-75.
3. Külcür İ, Çalik A, Koç G, Kapucu S. Menstrual ağrının giderilmesinde aromaterapi kullanımı: literatür derlemesi, 5. Uluslararası16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 5-8 Kasım 2017. (poster sunum).
4. Calik A. Aromatherapy oils used for symptom management in rheumatic diseases: a literature review, 1. Uluslararası Tıbbi ve Aromatik Bitkiler Kongresi, Konya, 10-11 Mayıs 2017. (poster presentation).

