

T.C.  
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
FİTOTERAPİ ANABİLİM DALI

**MİDE VE BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA  
BİTKİSEL VE DİĞER DOĞAL TEDAVİ  
YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI**  
“Retrospektif Anket Çalışması”

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dyt. YASEMİN BECEREN

İstanbul- 2017

T.C.  
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
FİTOTERAPİ ANABİLİM DALI

**MİDE VE BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA  
BİTKİSEL VE DİĞER DOĞAL TEDAVİ  
YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI**

**“Retrospektif Anket Çalışması”**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dyt. YASEMİN BECEREN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Erdem YEŞİLADA

İstanbul- 2017

## TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü





Program : Fitoterapi

Tez Başlığı : Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Tez Sahibi : Yasemin Beceren

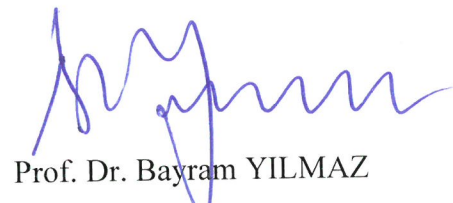
Sınav Tarihi : 31.07.2017

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Erdem Yeşilada (Yeditepe Üniversitesi)	
Tez danışmanı:	Prof. Dr. Erdem Yeşilada	
Üye:	Yrd. Doc. Dr. Hilal Borobkci Atten (Acıbadem Üniversitesi)	
Üye:	Prof. Dr. Hasan Kırmızıbekmez (Yeditepe Üniversitesi)	
Üye:		

### ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 10/08/2017 tarih ve 2017/15-06 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Bayram YILMAZ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında konu seçimi, verilerin yorumlanması ve sonuca ulaőtırılması aőamalarında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danıőman hocam Prof. Dr. Erdem Yeşilada'ya sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tezim boyunca ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hasan Kırmızıbekmez'e göstermiő olduğu sabır ve hoőgörüden dolayı teőekkürü borç bilirim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimimiz boyunca birlikte yol almaktan mutluluk duyduğum değerli arkadaşım Demet Cerit'e, çalıőmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli kız kardeőim Gülin Özcakıcı'ya, yüksek lisans konusunda beni her zaman cesaretlendiren sevgili kardeőim Mehmet Beceren'e, her zaman yanımda olduğunu hissettiren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili niőanlım Burak Ecmel Nayır'a, eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan canım anne ve babama sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER LİSTESİ

	Sayfa
TEZ ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER LİSTESİ	iv
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
RESİMLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
ÖZET	xiv
ÖZET (İngilizce)	xv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gastro- intestinal Sistem Bileşenleri ve Sindirimdeki Rolü	3
2.2. Gastro- intestinal Sistem Hastalıkları	9
2.2.1. Gastroözofageal Reflü	9
2.2.2. Gastrit- Peptik Ülser	10
2.2.3. Dispepsi	11
2.2.4. İntestinal Gaz	12
2.2.5. Konstipasyon	13
2.2.6. İrritabl Bağırsak Sendromu	14
2.2.7. İltihabi Bağırsak Hastalığı	18
2.2.8. Divertiküler Hastalık	21

2.2.9. Hemoroid	22
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	22
2.3.1. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı	23
2.3.2. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri	30
2.4. Gastro- intestinal Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Bazı Doğal Ürünler Hakkında Genel Bilgiler	39
3. GEREÇ ve YÖNTEM	60
4. BULGULAR	67
5. SONUÇ ve TARTIŞMA	96
6. KAYNAKLAR	104
7. EKLER	111
8. ÖZGEÇMİŞ	112

## **TABLolar LİSTESİ**

**Tablo 1.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Bitkiler

**Tablo 2.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Diğer Doğal Ürünler

**Tablo 3.** Demografik Özellikler

**Tablo 4.** Mide ve Bağırsak Hastalıkları Tanısı, Uygulanan Medikal Tedavi ve Medikal Tedaviden Memnuniyet Derecesi

**Tablo 5.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi, Kullanım Oranları, Kullanmama ve Bırakma Nedenleri

**Tablo 6.** Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler, Kullanım Şekilleri, Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanıları

**Tablo 7.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Önerenler

**Tablo 8.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yerleri

**Tablo 9.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Süresi

**Tablo 10.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Sıklığı

**Tablo 11.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar

**Tablo 12.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başlama Zamanı

**Tablo 13.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başvurmada Ana Neden

**Tablo 14.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başladıktan Sonra Medikal Tedavide Yapılan Değişiklikler

**Tablo 15.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

**Tablo 16.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşılma Durumu

**Tablo 17.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşmama Nedenleri

**Tablo 18.** Cinsiyete Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

**Tablo 19.** Cinsiyete Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

**Tablo 20.** Yaşa Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

**Tablo 21.** Yaşa Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

**Tablo 22.** Eğitim Düzeyine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

**Tablo 23.** Eğitim Düzeyine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanım

**Tablo 24.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

**Tablo 25.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

**Tablo 26.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Dereceleri ve Bu Yöntemleri Kullanma Süreleri Arasındaki İlişki

**Tablo 27.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

**Tablo 28.** Uygulanan Medikal Tedaviye Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanma

**Tablo 29.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yeri ve Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar Arasındaki İlişki

**Tablo 30.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Yönelmedeki Ana Nedenler Arasındaki İlişki



**Tablo 31.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanış ve Bu Yöntemleri Kullanımları Arasındaki İlişki

**Tablo 32.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Bırakma Nedenleri Arasındaki İlişki

**Tablo 33.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanmama Nedenleri Arasındaki İlişki

**Tablo 34.** Uygulanan Medikal Tedaviden Memnuniyet ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

**Tablo 35.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Sıklığı ve Fayda Sağlama Durumu Arasındaki İlişki

**Tablo 36.** Cinsiyete Göre Medikal Tedaviden Memnuniyet Durumu

**Tablo 37.** Tam Süresine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Eğitim Durumu

Şekil 2. Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanı Süresi

Şekil 3. Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanısı

Şekil 4. Uygulanan Medikal Tedavi

Şekil 5. Medikal Tedaviden Memnuniyet Derecesi

Şekil 6. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Kullanılan İlaçlar

Şekil 7. Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarının Tedavisinde Kullandıkları Diğer İlaçlar

Şekil 8. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

Şekil 9. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Oranı

Şekil 10. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanmama Nedenleri

Şekil 11. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Bırakma Nedenleri

Şekil 12. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler

Şekil 13. Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler

Şekil 14. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Önerenler

Şekil 15. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yerleri

Şekil 16. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Süresi

Şekil 17. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Sıklığı

Şekil 18. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar

Şekil 19. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başvurmada Ana Neden

Şekil 20. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

Şekil 21. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşılma Durumu

**Şekil 22.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşmama Nedenleri



## RESİMLER LİSTESİ

**Resim 2.1.** Sindirim kanalı

**Resim 2.2.** Tükürük Bezleri

**Resim 2.3.** Peristaltik Kasılma

**Resim 2.4.** Mide

**Resim 2.5.** İnce Bağırsak Bölümleri

**Resim 2.6.** İnce Bağırsak Katmanları

**Resim 2.7.** Kalın Bağırsak Bölümleri

**Resim 2.8.** Rektum

**Resim 2.9.** Sindirim Sistemi Yan Organları

## KISALTMALAR LİSTESİ

ATPaz	Adenozin trifosfataz
cfu	Colony-forming unit
DHA	Dokosaheksaenoik asit
EMA	European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı)
EPA	Eikosapentaenoik Asit
FODMAPs	Fermente oligo-,di ve monosakkaritler ve polioller
FOS	Fruktooligosakkaritler
Gİ	Gastro-intestinal
GİS	Gastro-intestinal Sistem
GOS	Galaktooligosakkaritler
GÖRH	Gastroözofageal reflü
ICAM-1	Intercellular Adhesion Molecule 1
IgE	İmmünglobulin E
IgG	İmmünglobulin G
IgG4	İmmünglobulin G4
IL	İnterlökin
IL- 8	İnterlökin- 8
IL- 10	İnterlökin- 10
IL- 17	İnterlökin- 17
IL- 1 $\beta$	İnterlökin IL-1 $\beta$
IFN	İnterferon
IFN- $\gamma$	İnterferon- $\gamma$

İBH	İltihabi Bağırsak Hastalıkları
İBS	İrritabl Bağırsak Sendromu
KZYA	Kısa Zincirli Yağ Asitleri
NCCAM	National Center for Complementary Alternative Medicine
NF- κB	Nuclear Factor kappa B
NIH	National Institute of Health
NK hücre	Natural killer hücre
NTP	National Toxicology Program
PPİ	Proton Pompo İnhibitörleri
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
T hücre	Timüs Hücre
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TGF	Dönüştürücü büyüme faktörü
TNF- α	Tümör nekroz faktörü- α
QOLRAD	Quality of Life Reflux and Dyspepsia
WHO	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

## ÖZET

**Beceren, Y. (2017). Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fitoterapi ABD, Master Tezi, İstanbul.**

Mide ve bağırsak hastalıklarında kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin yaygınlığının belirlenmesi, kullanılma nedenlerinin ve hastalar üzerindeki etkilerinin araştırılması amacıyla İstanbul, Anadolu Yakası'nda özel bir polikliniğin gastroenteroloji bölümüne ayaktan başvuran 115 gönüllü hasta (yaş ort:  $46 \pm 14,9$  yıl, E/K= 39/76) ile bir anket çalışması yapılmıştır. Buna ek olarak mide ve/veya bağırsak hastalığı tanısı almış hastaların kullandığı bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine ait bilgi kaynaklarının ve kullanımlarını sağlık personeliyle paylaşma oranlarının belirlenmesi ile paylaşmamalarındaki nedenlerin araştırılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS 15.0 Windows programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmamızın sonucunda, erkek ve kadın hastaların bu yöntemleri kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Yapılan analizlerde, bu yöntemlerin kullanımı ve uygulanan medikal tedaviler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmayanların %76'sı farmakoterapi almaktadır. Bu yöntemlere yönelmedeki ana neden ile uygulanan medikal tedavi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0,05$ ). Bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünlerinin satın alınma yerleri ve satın alınırken dikkat edilen unsurlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu yöntemlere inanma dereceleri ve kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,05$ ). Kullanmama nedenleri ve uygulanan medikal tedavi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,05$ ). Rezene çayı, zeytinyağlı kudret narı ve probiyotikler en çok kullanılan ürünler olarak bulunmuştur. Hastaların bu yöntemlerin doğru kullanımı, olası etkileri hakkında bilgilendirilmelerinin ve sağlık personeliyle paylaşımları konusunda bilinçlendirilmelerinin gerekliliği bir kez daha ortaya konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal Hastalıklar, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Bitkisel Tedaviler, Fonksiyonel Sindirim Sistemi Hastalıkları, İltihabi Bağırsak Hastalıkları

## **ABSTRACT**

**Beceren, Y. (2017). The Use of Herbal and Other Natural Therapies in Gastrointestinal Diseases. Yeditepe University, Institute of Health Science, Department of Phytotherapy, MSc thesis, İstanbul.**

A questionnaire was conducted to investigate the prevalence, reasons and effects of herbal and other natural therapies used by 115 outpatient gastrointestinal patients (mean age:  $46 \pm 14,9$  years, M/F= 39/76) visited the gastroenterology department of the private clinic in İstanbul, Asian Side. In addition, determination of information source and declaration to healthcare professionals related to the herbal and other natural therapies, and reasons why not declare their usage to the healthcare professionals were investigated. SPSS 15.0 Windows was used for statistical analysis. There is a statistical difference between the usage rates of male and female gender ( $p < 0.05$ ). It was concluded there is significant difference between the usage of these therapies and applied medical treatment ( $p < 0.05$ ). 76% of nonusers were taken drug treatment. There is a significant correlation between the main reasons of tendency to these therapies and applied medical treatment ( $p < 0.05$ ). There is a significant correlation between where they obtained and what they considered while selecting these products ( $p < 0.05$ ). Between degree of belief in these therapies and usage rates there is a statistical difference ( $p < 0.05$ ). There is a statistical difference between applied medical treatment and why they did not use these therapies ( $p < 0.05$ ). According to the analysis, fennel, bitter melon in olive oil and probiotics are the most used herbal and natural products. The necessity that patients should be informed about correct usage and potential effects of these therapies and their consciousness about the requirement of declaration their usage to the healthcare professionals was showed one more time.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal Diseases, Complementary and Alternative Medicine, Herbal Medicine, Functional Gastrointestinal Diseases, Inflammatory Intestinal Diseases



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) tanımı, NCCAM tarafından “*Ortodoks tıbbın (Batı veya alopantik tıp) parçası olmayan farklı medikal ve sağlık hizmeti sistemleri, uygulamaları ve ürünleri*” olarak ifade edilir. (1) TAT yöntemleri arasında en sık kullanılan bitkisel tedaviler ise sağlık sistemlerinin en eski parçalarından olup tarih boyunca tüm kültürlerde kullanılmıştır. (1,2) Bitkisel tedavi, medikal durumların tedavisinde bitki ve bitki ekstralarının kullanımını temel alan folklorik veya geleneksel tıbbi uygulamalardır. (3) Son yıllarda TAT kullanımı hastalar arasında giderek artmaktadır. (4)

2008 yılında yayımlanan çalışmada, Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran 7520 hastanın 2157’sinin (%31,5) gastro- intestinal (Gİ) semptomlara sahip olduğu bildirilmiştir. (5) Sindirim sisteminde kronik iltihap ile karakterize Crohn hastalığı ve ülseratif kolit ise iltihabi bağırsak hastalıkları (İBH) arasında en yaygın görülenlerdendir. (6) Batı ülkelerinde fonksiyonel Gİ hastalıklardan, fonksiyonel dispepsi ve irritable bağırsak sendromunun (İBS) birlikte görülme oranı %50 olarak bildirilmiştir. (7)

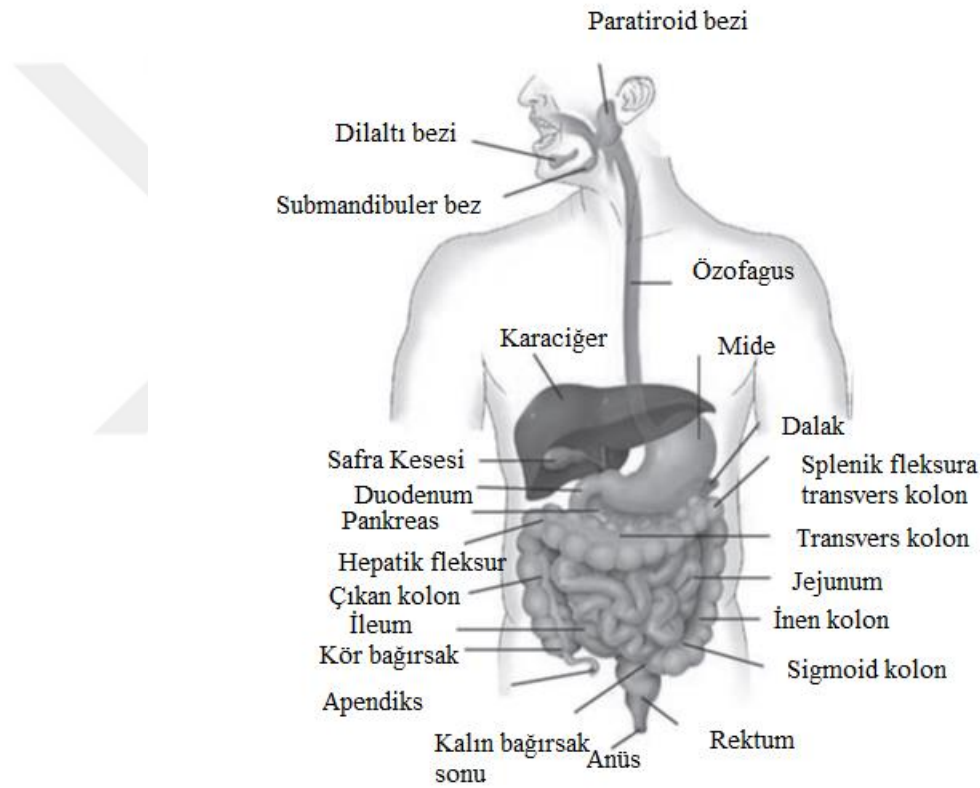
Fonksiyonel Gİ hastalığı olan kişiler birçok zorlukla karşılaşır ve her birey hastalığı ile başa çıkmak için kendi yollarına başvurur. Fonksiyonel sindirim sistemi hastalıklarına sahip bireylerin, uygulanabilir sağlık hizmeti seçeneklerinden olan TAT yöntemlerini deneyimlemelerine yol açar. (7) Yapılan epidemiyolojik çalışmalar demografik olarak incelendiğinde, TAT yöntemlerini kullananların daha çok kadınlar, yüksek gelir ve yüksek eğitime sahip olanlar ve uzun süreli rahatsız edici semptomlara sahip kronik sağlık problemleri olan kişiler olduğu belirtilmiştir. (8) İBH hastalarında da daha ziyade kadınların steroid kullanımını bırakma istekleri, hekime olan güven duygusundaki yetersizlik gibi faktörlerle TAT uygulamalarını tercih ettikleri bildirilmektedir. (1) Son yapılan çalışmalar, yetişkinlerde gastrointestinal sistem (GİS) semptomları için TAT kullanım oranını %20- 26 arası göstermektedir; ancak fonksiyonel GİS hastalıklarında kronik GİS hastalıklarına göre kullanım oranı daha yüksektir. (3) Çalışmaların yapıldığı ülkelere ve GİS hastalık gruplarına göre sonuçlar değişkenlik gösterse de; bitki çayları, keten tohumu, kekik, ısırgan otu, sinameki, *Aloe vera*, probiyotik, balık yağı ve multivitaminler en sık kullanılan bitkisel ve diğer doğal ürünler arasındadır. (7, 9- 11)

Dünyada TAT yöntemlerinin kullanım sıklığını araştıran çalışmalarda, TAT yöntemlerinin tanımına, yöntem çeşitlerinin fazlalığına, çalışmanın yapıldığı coğrafik bölgeye ve araştırmacıların kullanmış olduğu çalışma metoduna bağlı olarak birbirinden oldukça farklı sonuçlar ortaya konmaktadır. Türkiye’de GİS hastalıklarında bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünlerinin kullanımını araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. (9) Yapılan literatür araştırmalarında, Türkiye’de Gİ hastalıklarda TAT kullanımını araştıran sadece Ankara’da gerçekleştirilen bir çalışmaya rastlanmıştır. (9) Yürütmüş olduğumuz bu anket çalışmasında ise ilk kez İstanbul, Anadolu Yakası’nda GİS hastalıklarına sahip kişilerde bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı araştırılmıştır. Yapılan çalışmada GİS hastalıklarında kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanım sıklığının, türünün, kullanım şeklinin belirlenmesi, hangi etkenlerin bu yöntemlere başvurmayaya neden olduğunun araştırılması, şikâyetlerin giderilmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin saptanması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine dair bilgi kaynakları ve kullanımlarını sağlık personeline bildirme oranlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın sonucunda mide ve bağırsak hastalığı olan bireylerin yaygın olarak başvurduğu bitkisel ve diğer doğal tedaviler ve bunların uygulanma şekilleri belirlenecektir. Bu tedavilerin kullanımının doğruluğu ve etkinliği tartışmaya sunulacaktır. Bitkisel ve diğer doğal tedavilere yönelme sebepleri araştırılarak bitkisel ve diğer doğal tedavinin uygulanan medikal tedaviye olumlu/ olumsuz etkileri hakkında hastaların farkındalığının artırılması, uygulanan bitkisel ve diğer doğal tedaviler hakkında sağlık personeli (hekim, eczacı, diyetisyen) bilgilendirmelerinin gerekliliği hakkında bilinçlendirilmeleri sağlanacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

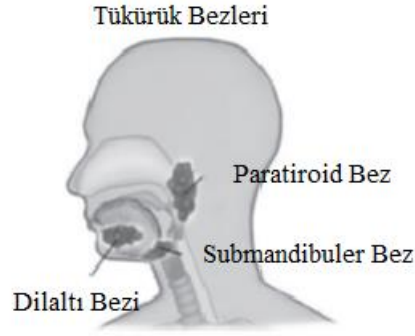
### 2.1. Gastro-intestinal Sistem Bileşenleri ve Sindirimdeki Rolü

GİS; Gİ kanal ve sindirime yardımcı organlardan oluşur. Bütün bileşenler vücut fonksiyonlarının sürdürülebilmesi için gerekli olan besinleri sağlamak adına sindirimde önemli rol oynar. Ağızdan anüse kadar uzanan; özofagus, mide, ince ve kalın bağırsakları kapsayan vücut kısmı “sindirim kanalı” olarak adlandırılır (Resim 2.1.). Yardımcı organlar ise Gİ kanalın dışında yer alan; tükürük bezleri, pankreas ve karaciğer, safra kesesi ve safra kanalından oluşan biliyer sistem olarak tanımlanır (Resim 2.1.). (12)



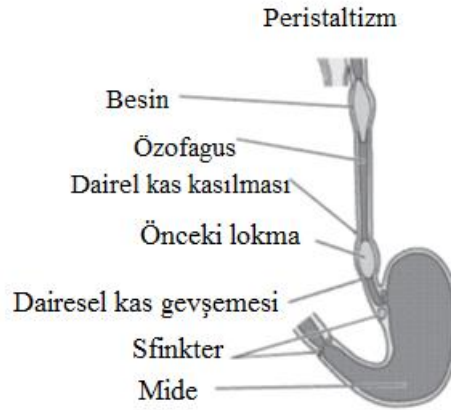
**Resim 2.1.** Sindirim kanalı- (12)

Sindirim, sindirim kanalının girişi olarak kabul edilen ağızda başlar. Dişler ve dil besinlerin çiğneme yolu ile fiziksel parçalanmasını sağlarken; tükürük bezleri besinlerin tükürük salgını ile kimyasal olarak parçalanmalarını sağlar. Tükürük bezleri ağızda tükürük üretimini ve salgınını sağlar (Resim 2.2.). Tükürük salgısı besinlerin daha kolay yutulmaları için ıslanmalarını sağlar. Ayrıca, nişastanın daha basit bileşenlerine parçalanmasını sağlayan amilaz enzimini içerir. (12)



**Resim 2.2.** Tükürük Bezleri- (12)

Yutma, dilin ve ağız içi kasların kullanımı ile besinlerin özofagusa iletilmek üzere yutağa gönderilmesidir. Özofagus soluk borusunun arkasında bulunan, ağız ve mideyi birbirine bağlayan, kas yapısında bir tüptür. Biri üstte diğeri onun altında olan iki adet sfinktere sahiptir. Alttaki sfinkter gastrik reflünün özofagusta engellenmesinde rol oynar. Besin peristaltik kasılmalar ile özofagustan mideye geçer (Resim 2.3.). (12)

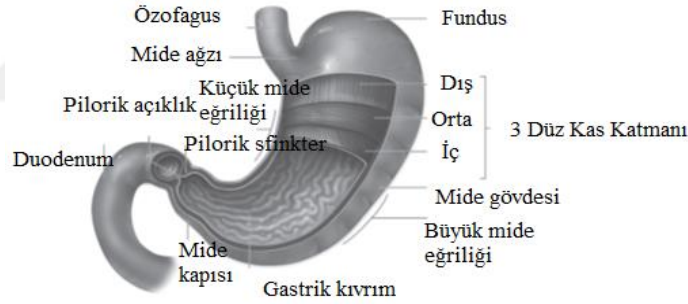


**Resim 2.3.** Peristaltik Kasılma- (12)

Midede besinler fiziksel ve kimyasal sindirime uğrar. Kese şeklinde bir yapıya sahip olan mide, özofagus yoluyla gelen besinlerin parçalanmasında ve saklanmasında rol oynar. Besinleri sıvı kıvamdaki kimusa çevirmek için kas yapısında duvara sahiptir. Mide duvarında bulunan kaslar gastrik asit, besinlerin parçalanmasına yardımcı olan hidroklorik asit ve pepsinin öncüsü olan pepsinojen sindirim enzimlerini salgılar. Pepsin, proteinlerin sindiriminde görevli enzim iken, hidroklorik asit proteinlerin denatüre

olmasında pepsinin ihtiyacı olan asidik ortamı sağlar. Mideden salgılanan mukus, mide zarı hücrelerini kaplayarak midenin gastrik asit ve enzimlerden hasar görmesini engeller. Aynı zamanda mide, besinlerin ince bağırsağa geçene kadar depolanabilmesi için yüksek bir hacme sahiptir. Normal koşullarda mide bir seferde 1000 ml besini saklamak için genişleyebilir; ancak 2000- 3000 ml'ye kadar depolanabilir. (12)

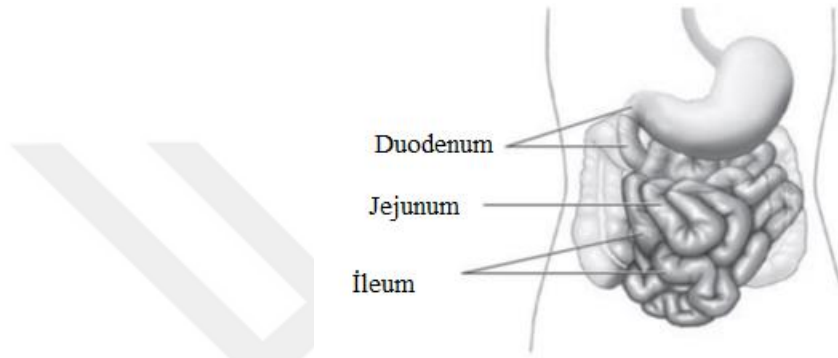
Mide anatomik olarak mide ağzı, fundus, korpus ve pilor olmak üzere dört bölüme ayrılır (Resim 2.4.). Mide ağzı, özofagus içeriğinin mideye boşaltıldığı, özofagusun alt sfinkterinin altında yer alan, midenin ilk bölümüdür. Fundus ise korpusa uzanan, midenin üst kısmındaki kıvrık yerdir. Gastrik boşalmayı kontrol eden pilor, midenin ince bağırsağa bağlanan en uzak bölgesidir. Pilor, korpusun altında yer alan pilorik antrum ve midenin en dar kısmı olan ince bağırsağa bağlanan pilorik kanaldan oluşur. Besin, mide duvarının kasılmaları ile çalkalanır ve parçalanarak kimusa dönüşür. Kimus, pilorik sfinkter yolu ile ince bağırsağa geçebilmek için uygun kıvama ulaşana kadar pilorik kanalda parçalanır. (12)



**Resim 2.4.** Mide- (12)

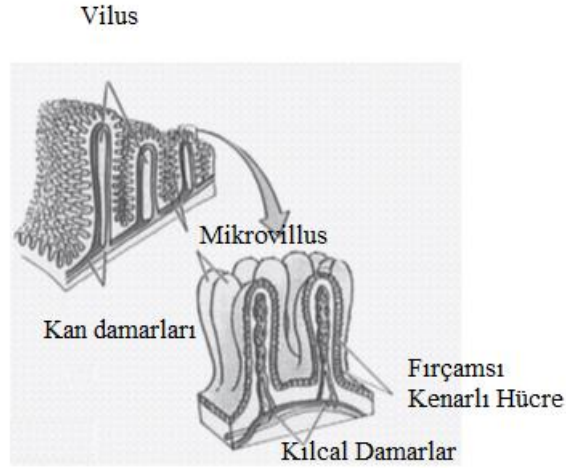
Mideden sonra besinler sindirimin ve emilimin çoğunluğunun gerçekleştiği ince bağırsağa geçer. İnce bağırsak yetişkinlerde yaklaşık 6 metre olan sindirim kanalının en uzun bölümüdür ve her biri sindirimde farklı bir göreve sahip olan duodenum, jejunum ve ileum olmak üzere üç bölümden oluşur (Resim 2.5.). Kimyasal sindirimin büyük bir kısmı duodenumda gerçekleşir. Kimus duodenuma gelir ve safra kesesi ile pankreasa sindirim enzimlerinin açığa çıkması için sinyal gönderen intestinal hormonlar salınır. Safra kesesinden salınan safra, yağların emilimi için yağları emülsifiye eder. Pankreas salgısı karbonhidrat, peptitler ve yağların temel yapı taşlarına parçalanması için gerekli

sindirim enzimlerini içerir. Karbonhidratlar monosakkaritlere; protein ve peptitler aminoasitlere; yağlar gliserol ve yağ asitlerine parçalanır. İnce bağırsağın ikinci bölümü olan jejunum ise duodenumda yapı taşlarına parçalanan besinlerin emilimlerinin büyük çoğunluğunun gerçekleştiği kısımdır. İnce bağırsağın son kısmı ise emilimin kalan kısmının gerçekleştiği ileumdur. İleum özellikle B12 vitamininin ve safra tuzunun emiliminde görevliken; vitaminlerin, elektrolitlerin ve jejunumda emilmemiş olan diğer besinlerin emilimini de gerçekleştirir. (12)



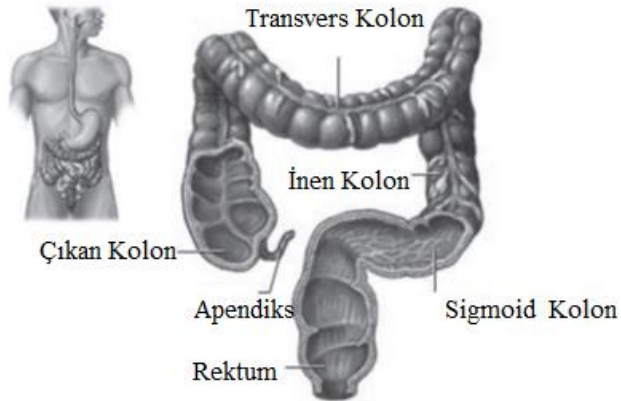
**Resim 2.5.** İnce Bağırsak Bölümleri- (12)

Yüzey alanının artması ile emilimi artırmak için ince bağırsak pek çok sayıda mikroskobik kıvrıma sahiptir. Bağırsak duvarında gözle görülebilir iki katman olan plika sirkularis ve plika gastrika bulunmaktadır. Plika gastrika, ince bağırsağın istendiğinde kasılması ve genişlemesi için ek doku sağlamaktayken; plika sirkularis ince bağırsakta yer alan sabitlenmiş çıkıntılardır. İnce bağırsak yüzeyi emilimde önemli rol oynayan milyonlarca kılımsı çıkıntıya sahiptir. Her bir çıkıntıda birçok sindirim enzimi içeren fırçamsı kenarlı hücrelere sahip mikrovilluslar bulunmaktadır (Resim 2.6.). İntestinal kıvrımlar, bağırsak içi kılımsı çıkıntılar ve mikrovilluslar emilimi en yüksek seviyeye çıkarmak için ince bağırsağın yüzeyini artırır. Bağırsak içi kılımsı çıkıntılarda aynı zamanda emilen besinlerin vena porta (kapı toplardamarı) ile süzülme, işlenme ve vücudun kalan kısmına dağıtılması amacı ile karaciğere taşınarak kan dolaşımına geçmesini sağlayan kılcal damar yatakları vardır (Resim 2.6.). (12)



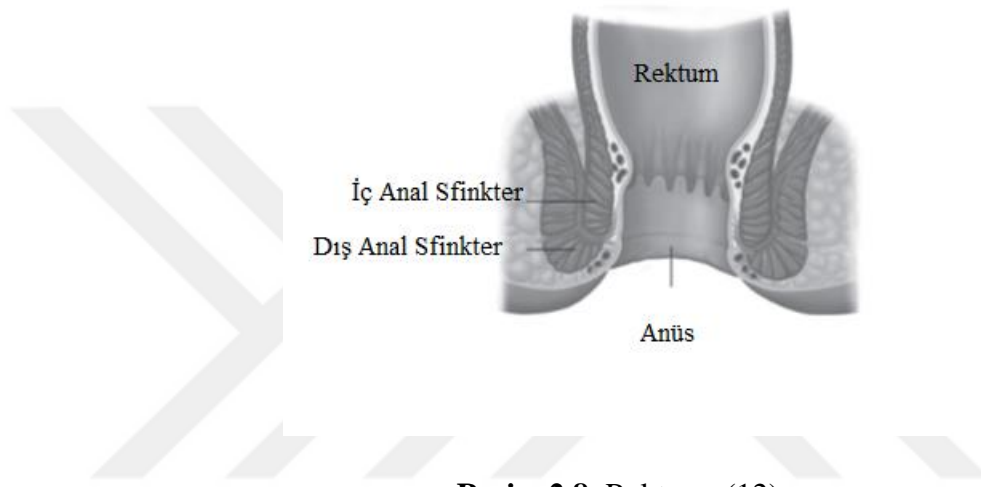
**Resim 2.6.** İnce Bağırsak Katmanları- (12)

İnce bağırsaktan sonra sindirilmemiş besinler, ileoçekal kapak yoluyla kalın bağırsağa geçer. İnce bağırsağın etrafını sarar. Çekum (kör bağırsak), kolon ve rektum olmak üzere üç bölümden oluşan kalın bağırsak, yetişkinlerde yaklaşık 1,5 metre uzunluğunda kaslı bir tüptür. Çekum, ince bağırsaktan sonra besinlerin ilk olarak geldiği geçit rolü üstlenen küçük bir kesedir. Kolon ise çıkan kolon, transvers kolon, inen kolon ve sigmoid kolon olmak üzere dört bölümdür (Resim 2.7.). Çıkan kolon, çekumdan karaciğerin alt sınırına uzanır. Transvers kolon ise karaciğerin alt sınırından dalağın diğer tarafına doğru uzanır. İnen kolon, aşağı doğru döner ve rektum ile bağlantılı olan S-şeklindeki sigmoid kolon ile birleşir. (12)



**Resim 2.7.** Kalın Bağırsak Bölümleri- (12)

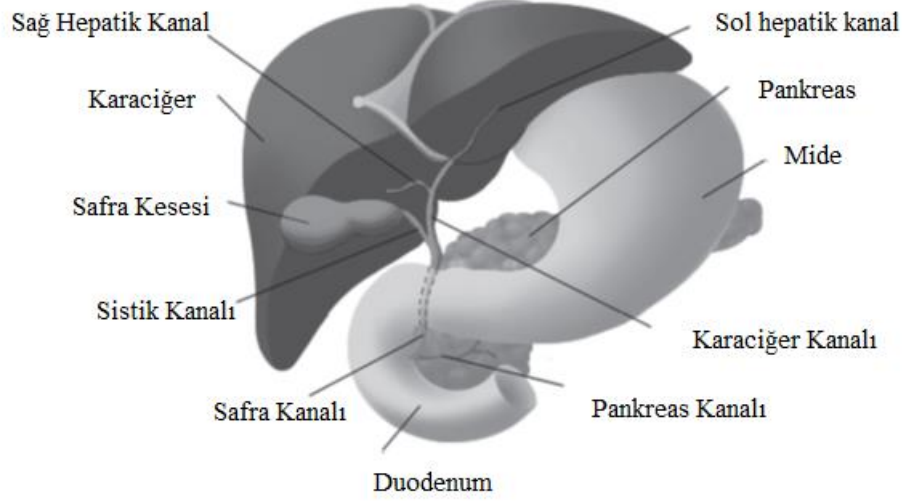
Kolonda geri kalan su ve elektrolitlerin emilimi gerçekleşir. Kalan besin içerikleri ise vücuttan kolay atılması için bolus halinde sıkıştırılır. Rektum, dışkının anüsten vücut dışına atılana kadar depolandığı yerdir. Dışkının uzaklaştırılması iç ve dış sfinkterlere sahip anal sfinkter tarafından düzenlenir. Rektumda basınç hissedildiğinde dışkının geçişine izin veren iç sfinkter, istemsiz düz kaslardan oluşur. İstemli çizgili kaslardan meydana gelen dış sfinkter, anüsün istemli kasılma ve gevşemeleri ile dışkının vücuttan atılımı için bilinçli bir kontrol sağlar (Resim 2.8.). (12)



**Resim 2.8.** Rektum- (12)

Pankreas, karaciğer ve safra kesesi her ne kadar doğrudan sindirim kanalının bir parçası olmasalar da GİS'in önemli bileşenleri olan yan organlardır (Resim 2.9.). Endokrin ve ekzokrin işlevlere sahip olan pankreas, midenin arkasında yer alan pankreatik kanal ile doğrudan duodenuma bağlı salgı bezidir. Endokrin işlev olarak insülinin üretimi yolu ile kan şekerinin düzenlenmesine yardımcı olur. Ekzokrin işlevi ise pankreatik kanaldan ince bağırsağa salınan sindirim için gerekli salgının sentezlenmesidir. Bu salgı özellikle sodyum bikarbonat, amilaz, lipaz ve iki önemli proteaz olan tripsin ve kimotripsinden oluşur. Sodyum bikarbonat, nötr pH'a sahip intestinal ortamı korumak için mideden gelen asidik maddeyi nötrleştirmede görevlidir. Diğer sindirim enzimleri, besinlerin emilimlerinin sağlanması için daha küçük bileşenlere parçalar. Amilaz karbonhidratların, lipaz yağların ve proteaz proteinlerin parçalanmasında etkilidir. (12)





**Resim 2.9.** Sindirim Sistemi Yan Organları- (12)

Karaciğer sindirimde önemli olan salgılayan ve salıcı bir organdır. Karaciğer, sağ üst kadranda diyaframın aşağısında yer alan, insan vücudu için hayati işlevleri gerçekleştiren, vücudun en büyük salgı bezidir. Safra sentezinden ve salınımindan sorumludur. Karaciğerde sentezlenen safra, sonrasında depolanmak üzere armut şeklindeki safra kesesine taşınır. Karaciğerin altında yer alan safra kesesi, karaciğerden gelen safrayı alır; yoğunlaştırır ve safra yolu ile ince bağırsağa taşınana kadar depolar. Safra sindirim için yağların emülsiyonlaştırılmasında ve enzimatik parçalanmaya uygun hale gelmesinde önemli göreve sahiptir. (12)

## **2.2. Gastro-intestinal Sistem Hastalıkları**

Bu başlık altında bitkisel ve diğer doğal sağlık ürünlerinin tedavide ve şikâyetlerin hafifletilmesinde yararlanıldığı GİS hastalıklarının etiyojisinden kısaca bahsedilecektir.

### **2.2.1. Gastroözofageal Reflü**

GÖRH, toplumda 10 kişiden en az birini bir hafta boyunca etkileyen yaygın bir hastalık olarak gösterilmiştir. GÖRH, mide içeriğinin özofagusu geri kaçması sonucunda semptomların oluşması ve özofagus mukozasının hasar görmesidir. Mide yanması ve regürjitasyon yaygın rastlanan şikâyetlerdir. Ancak göğüs ağrısı, kronik öksürme ve akciğer hastalıkları gibi diğer şikâyetlere de yol açabildiği bildirilmektedir. Şikâyetlerin altta yatan nedeni çoğunlukla gastroözofageal bileşkede reflü bariyerinin bozulmasıdır. Bu bozulmanın daha ciddi olması ile reflüde risk artar ve mide fitiği olabilir. Buna ek

olarak, GÖRH hastaları özofaguslarını etkin şekilde temizleyemez; bu da uzun süre asit maruziyetine ve reflü özofajisi, peptik striksiyon ve Barrett metaplazisi gibi komplikasyonlara neden olur. İkiz çalışmalarında GÖRH’de %20-40 oranında kalıtsal faktörler (*Helicobacter pylori* enfeksiyonları gibi) olduğuna işaret edilmiştir. (13)

Son derlemelerde ise yaşam şekli ve beslenme alışkanlıkları üzerinde durulmuştur. Epidemiyolojik çalışmalarda sigara içenlerde, yorucu fiziksel aktivite gerektiren işlerde çalışanlarda, yüksek beden kitle indeksli kişilerde reflü semptomlarının daha sıklıkla gözlemlendiği görülmektedir. Bu bakımdan son yıllarda obezitenin yaygınlaşması ile GÖRH ve komplikasyonlarının artması arasında bir ilişki söz konusu olabilir. Fazla kilolu olmaları ve obez kişilerin daha büyük porsiyonlarda tüketmeleri, besin seçimleri reflü riskini artırmaktadır. Hastalar ve hekimler tarafından bazı yiyecek ve içeceklerin reflüye neden olduğu veya durumlarını kötüleştirdiği düşünülmektedir. GÖRH tedavisinde yayımlanmış rehberlerde bu besinler “reflüye neden olan besinler” olarak gruplandırılmaktadır. GÖRH tedavisinde beslenmenin etkinliği ise net olarak saptanmamıştır. (13)

### **2.2.2.Gastrit- Peptik Ülser**

Gastrit, mide duvarı veya mukozasında oluşan iltihap olarak ifade edilir. Mide duvarından besinleri parçalamak için asit ve enzimler; mide duvarını asitten korumak için ise mukus salgılanır. Aspirin ve ibuprofen gibi steroid yapısında olmayan antienflamatuvar ilaçların kullanımına bağlı oluşabilen, gastrit yaygın bir iltihaplanmaya neden olmaz. Ancak mide duvarının zamanla aşınmasına neden olabilir. Ayrıca alkol ve kokain kullanımı, radyasyona maruz kalma gibi etkenler de gastrit nedenleri arasında gösterilir. Travma, psikolojik gerilimler, cerrahi durumlar, ağır yanıklar, bazı kritik hastalıklar da gastrite neden olabilir. Bunlar, “strese bağlı gastrit” olarak da adlandırılır. Gastritin en büyük nedenlerinden biri ise *Helicobacter pylori* bakterisinden kaynaklı iltihap olarak gösterilir. Gastrite yol açan etkenler arasında otoimmün hastalıklar, Crohn hastalığı, pernisiyöz anemi, virüsler, parazitler ve *Helicobacter pylori* dışındaki bazı bakteriler de daha düşük insidansla yer almaktadır. *Helicobacter pylori*, iltihaplı kişilerin tükürük, kusma veya dışkıları ile kirlenmiş su ve besinlerin tüketilmesi ile bulaşabilmektedir. (14)

Gastritin belirtisi olmayabilir. Semptomlar oluştuğunda ise dispepsi, kusma veya bulantı gibi şikâyetler olabilir. Kan kusma ve katranımsı, siyah renkte dışkılama ile

görülebilmektedir. Tedavinin amacı ise midedeki asidi azaltmaktır. (14) Hafif seyirli gastritten ülser kadar uzanan mide mukozasının iltihabı antiasit adı verilen asit nötralize edici ajanlar ile tedavi edilir. Antiasitler, asit salınımını engellemelerinin yanı sıra iltihap önleyici etki gösterir ve antibiyotiklerin yaratabileceği olumsuz etkilere karşı korur. (15) Gastrit eğer *Helicobacter pylori* kaynaklı ise 14 gün boyunca antibiyotik protokolü uygulanabilir. Aynı zamanda ise PPI, gastriti tedavi etmek için kullanılabilir. (14)

### 2.2.3. Dispepsi

“Ülser olmayan dispepsi” olarak da adlandırılan fonksiyonel dispepsi, GİS hastalıkları arasında klinik olarak en yaygın görülenidir. Üst karında distansiyon, gaz, şişkinlik veya bulantı olarak tanımlanan, ancak en azından bir organik hastalığa bağlı olmayan Gİ hastalığıdır. Fonksiyonel dispepsinin etiyojisi, iyileştirici ve standart tedavisi tam olarak tanımlanmamıştır. (16)

Epidemiyolojik çalışmalarda batı ülkelerindeki insidansının %15- 25 aralığında olduğu gözlemlenmiştir. Fonksiyonel Gİ hastalıkları (fonksiyonel dispepsi, İBS gibi) semptomlarla ve yetersiz yapısal lezyonlarla karakterizedir. Fonksiyonel dispepsi, üst karında hissedilen kronik ve tekrarlayan semptomlarla karakterize klinik bir sendromdur. Hastaların günlük faaliyetlerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. (17)

Organik dispepsi ve daha yaygın olan fonksiyonel dispepsi (ülser olmayan dispepsi veya irritabl mide) arasındaki semptomların ciddi bir değeri yoktur. 3 ay süren bir çalışmanın sonuçlarına göre toplumda yetişkinlerin dörtte birinin dispeptik semptomlar yaşadığı ve %5'inin hekime veya diğer medikal servislere başvurduğu bildirilmektedir. Fonksiyonel dispepsi teşhisi diğer olası hastalıkların dışlanması ile konur. Bu hastalık pleomorfik ve farklı patojenik mekanizmaların (midenin geç boşalması, midede aşırı salgı, distansiyona viseral aşırı duyarlılık veya yemeğin mide içi dağılımının rahatsız etmesi gibi) tanımlandığı bir durum olabilir. Epidemiyolojik çalışmalarda, dispepside hastanın psikolojik durumunun yanı sıra yaşam tarzının da etkili olabileceği gözlemlenmektedir. (17)

Fonksiyonel dispepsinin kesin bir tedavisi ve uygulanan standart bir tedavi protokolü henüz belirlenmemiştir. Çeşitli teşhis ve tedavi yöntemleri öngörülmüştür; ancak her birinin olumlu ve olumsuz yanları bulunmaktadır. Fonksiyonel dispepsi tedavisi halâ tartışmalıdır. PPI vb. ajanlarla asit salınımının inhibe edilmesi fonksiyonel dispepside yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Tedavide yapılan değişiklikler plasebo

ve gerçek arasında ortalama %10- 15 fark oluştursa da klinik çalışmalarda, istatistiksel olarak plaseboya göre anlamlı bir üstünlük göstermektedir. Protokinetikler için de sonuçların benzer olduğu belirtilmiştir. Ancak, prokinetiklerin faydalı etkilerinin olmasının yanı sıra merkezi sinir sisteminde ve kalp üzerinde olumsuz etkileri de vardır. *Helicobacter pylori* eradikasyon tedavisi, *Helicobacter pylori* kaynaklı fonksiyonel dispepsinin giderilmesinde önemlidir. (17)

#### 2.2.4. İntestinal Gaz

Gİ kanalda normalde az miktarda gaz bulunur. İntestinal lümendeki gaz miktarı son derece hareketli olan gaz-giriş ve -çıkışı ile dengede tutulur. Gaz girişi yutma, kimyasal reaksiyonlar, bakteriyel fermantasyon, bakteriyel tüketim, kana emilim ve anal dışkılama ile olur. Etkenlerin çeşitliliğine rağmen, Gİ kanaldaki gaz hacmi homeostatik kontrol altında sağlıklı kişiler arasında benzer ve daimîdir. Gİ gaz mide, ince bağırsak ve kalın bağırsak olmak üzere üç bölüme dağılır. Her bir bölümdeki gaz hacmi ve içeriği, lümen ve kan arasındaki gaz metabolizmasına ve difüzyonuna bağlıdır. Aşırı gaz bir bölümden diğerine peristalsis ile ileri doğru itilir ve son ürün anüs aracılığı ile atılır. (18)

Hastalar sıklıkla genel bir gaz probleminden şikâyetçilerdir. Hekimler için ilk adım, hastaların kronik erüktasyon, aşırı gaz geçişi, kötü kokulu gaz veya nefes, bozulmuş anal gaz çıkışı, abdominal distansiyon veya şişkinlik olup olmadığını ifade etmelerini sağlamaktır. Her bir şikâyetin farklı bir oluşum nedeni ve tedavisi vardır. Şişkinlik olarak tanımlanan gaz karbonhidratların emilim bozukluğundan kaynaklanabilir (laktoz malabsorbsiyonu, çölyak hastalığı vb.). Hava ile yutulan gazın, bu şikâyetin ikinci bir nedeni olabileceği bildirilmektedir. Diğer bir yandan şişkinlik, abdominal distansiyon gibi diğer GİS semptomların da örnekleriyle ilişkilidir. Şişkinliği olan hastalarda test yemeğinden sonra hem normal hem de aşırı miktarda gaz olan bölümlerin hacimleri toplanmış ve sağlıklı kişilerinkinden farklı bulunmamıştır. Sonuç olarak, fonksiyonel Gİ semptomlara sahip kişilerde artmış kolonik ve rektal algı görülmüştür. Bu durum rektumdan daha düşük ve daha yüksek gaz atımının nedenini açıklamaktadır. “Şişlik” karında basıncın artması hissini; “abdominal distansiyon” ise bel çevresinde objektif bir artışı ifade eder. Distansiyon genellikle yemeklerden sonra veya gün sonunda olur ve kişiler gece rahatlar. Bel çevresinin mezura ile ölçümü veya x-ray ölçümleri objektif olarak karın çevresindeki artışı gösterir. Bazı İBS hastaları objektif bir distansiyon olmamakla beraber rektal aşırı duyarlılık şikâyeti yaşarlar. Gaz ve şişlik şikâyetlerindeki

kompleks ilişkiyi anlamak, tedavinin fizyolojisi açısından önemlidir. Sübjektif şişlik ve objektif distansiyon, intestinal gazın artmış üretim oranı veya hacmi ile ilişkilidir. İBS hastalarındaki şişlik sıklıkla ince bağırsaktaki bakteriyel aşırı gelişim veya emilim bozukluğu ile alakalıdır. (18)

İntestinal karbonhidrat emilim bozukluğunun (laktoz emilim bozukluğu, çölyak gibi) tedavisi ile gaz üretiminde azalma olur. Fonksiyonel gaz hastalarında (intestinal emilim yetersizliği görülmeyenler) gaz üretiminin düşük gaz içeren beslenme önerileri ile azaltılabileceği düşünülmektedir. (18)

### **2.2.5. Konstipasyon**

Konstipasyon, yetişkinlerde önemsiz görülen, ancak sıklıkla tekrarlanan (Batı ülkelerinde toplumun %2-34'ünde) ve kişiyi güçten düşüren medikal bir sorundur. Kişilerin ruhsal sağlığı ve fiziksel durumları üzerinde etkisi vardır. Fonksiyonel konstipasyon (primer veya idiyopatik) nedeni bilinmeyen kronik konstipasyondur. Çeşitli fizyolojik alt türleri tanımlanmıştır. (13)

- Kolonik inertia (yavaş geçişli konstipasyon): GI içeriğin kolon boyunca geçişinin yavaşlamasıdır.
- Tıkayıcı tipte konstipasyon (çıkışın geciktiği konstipasyon): pelvik taban kaslarının birbiriyle dengeli çalışmaması durumu (defekasyon sırasında pelvik taban kaslarının kasılması veya başarısız gevşemesi ile) ve anismus (defekasyon sırasında gevşemesi gereken dış anal sfinkterin kasılması ile).
- Normal geçişli konstipasyon (kolon geçiş zamanında veya çıkışta gecikmenin olmaması): en az tanımlanmış ve en yaygın görülen gruptur.
- Sekonder konstipasyon (organik konstipasyon) ilaç veya medikal durumlardan kaynaklanır. Fekal birikme/impaksiyon boşaltmada zorlanma sonucu oluşur. Tutulan dışkı rektal muayene veya anüs çevresini elle muayenede hissedilebilir.

Konstipasyon kişilerde farklı şekil, sıklık ve yoğunlukta olabilir. Klinik muayene ve araştırmada etkili olan Roma Kriterleri, konstipasyonda altın standartlar olarak belirlenmektedir. Roma 3 Kriterleri fonksiyonel konstipasyonu sürekli zor, sık olmayan veya tamamlanmayan dışkılama olan, fonksiyonel bağırsak hastalığı çeşidi olarak tanımlar. Bristol dışkı skalası ise dışkı tiplerinin tanımlanmasında, geçiş zamanının değerlendirilmesinde ve kapsamlı klinik değerlendirmede kullanılır. (13)

Hastaların konstipasyon algısı, objektif olarak sık olmayan defekasyon; subjektif olarak dışkılamadaki yetersiz boşaltma, abdominal şişkinlik, ağrı, zor ve küçük parçalar halinde dışkılama olarak tanımlanır. Dışkılama sıklığının konstipe kişilerin yanı sıra sağlıklı kişilerde de farklılık gösterebileceği belirtilmiştir. (13)

Konstipasyon görülme sıklığını gösteren verilerin yetersiz olmasına rağmen, birçok araştırmacı konstipasyon nedenlerini artıran belirli demografik ve diyetel faktörleri belirlemiştir. Konstipasyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir (ortalama kadın/erkek oranı 1,5:1). Araştırmacılara göre çok genç veya çok yaşlı kişiler de konstipasyonun görülme sıklığı artar. Yaşlı kişilerde hareket, beslenme, sıvı alımı değişiklikleri olduğundan ve fazla ilaç kullanımından dolayı konstipasyonun daha sık görülebileceği düşünülmektedir. Sağlıklı ve aktif yaşayan kişilerde fonksiyonel konstipasyona daha az rastlandığı bildirilmiştir. (13)

İşlenmiş gıda tüketiminin artmasının ve nişasta olmayan polisakkaritlerin tüketiminin azalmasının konstipasyon görülme sıklığını artırabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte nişasta olmayan polisakkarit içeriği düşük olan diyetlerin konstipasyonun nedeni olarak düşünülmemesi gerektiği; sadece katkı sağlayan bir faktör olduğu vurgulanmıştır. Nişasta olmayan polisakkarit ve çoğunlukla çözünmeyen lif alımı ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları tartışmalı olmasına karşılık sağlıklı kişilerde ve konstipe kişilerde kolon geçiş zamanını etkilediği, fekal ağırlığı ve dışkılama sıklığının artmasını sağladığı bildirilmektedir. Vejeteryanlarda, gelişmekte olan ülkelerde, yüksek miktarda ve çeşitlilikte nişasta olmayan polisakkarit tüketenlerde konstipasyonun daha az görüldüğü belirtilmiştir. Yaşlı kişilerin çiğneme güçlüğü ve diş problemlerinden dolayı nişasta olmayan polisakkaritleri az tükettikleri bildirilmektedir. Ayrıca sağlıklı yetişkinlerde dehidrasyon, kolon geçiş zamanını yavaşlatma ve dışkı çıkışını azaltmada risk faktörü olarak belirlenmiştir. İdrar tutma endişesinden dolayı yaşlı kişilerde sıvı alımının azalması ile bu problemin daha sık olduğu gözlenmektedir. (13)

## **2.2.6. İrritabl Bağırsak Sendromu**

İBS dışkılamadaki değişkenlik nedeniyle abdominal ağrı veya huzursuzluk gibi tekrarlayan semptomları olan kronik ve istikrarsız bir hastalıktır. Batı ülkelerinde İBS'nin toplumun %40'ında; gastroenteroloji kliniğine başvuranların ise %60'ında görüldüğü bildirilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar İBS'de genetiğin de rolü olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmaya göre monozigot ikizlerde (%17,2), dizigot ikizlere

(%8,4) göre ikizlerden birinde İBS'ye rastlandığında diğesinde de görünme oranının daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Antienflamatuvar bir sitokin olan IL-10'un yüksek miktarda üretimiyle 1082G/G geninde meydana gelen polimorfizm bağdaştırılmaktadır. Başka bir çalışma ise İBS hastalarında G/G genotipi sıklığındaki azalmayı göstermiştir. Bu nedenle İBS patofizyolojisinde genetik olarak immün aktivitenin rol oynadığı ifade edilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalar İBS'de tutarlı bir poligenetik yatkınlığın olduğunu desteklemektedir. Bununla beraber klinik olarak daha çok alt gruplara, fenotiplere ihtiyaç vardır. Çevresel ve sosyal faktörlerin de İBS'de etkili olduğu vurgulanmıştır. Psikolojik faktörlerin tek başına veya ciddi semptomların sekeli olarak İBS ile ilgili olup olmadığını önemli derecede tartışan çalışmalar vardır. Çok değişkenli analizlerin yapıldığı bir çalışmada, birinci grupta tıbbi müdahale arayan İBS hastaları, ikinci grupta ise tıbbi müdahale aramayan İBS hastaları ve üçüncü grupta sağlıklı kişiler yer almaktadır. Çalışmanın sonucunda, sağlık hizmetine başvurularındaki ana neden fizyolojik semptomlardan ziyade; psikolojik faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Psikolojik faktörlerin Gİ kanaldaki fizyolojik rahatsızlıklarla etkileşime girebileceği ve bu durumun da hastalığın semptomlarının ortaya çıkışını etkileyebileceği belirtilmiştir. Diğer bir çalışma ise ikinci basamak tedavi alan İBS hastalarında olan psikolojik anormallikleri, tedaviyi kendilerinin seçmeleri ile açıklamaktadırlar. Psikolojik stres semptomlarının tek başına İBS ile ilişkili olmadığını ancak danışmanlık davranışlarının önemli boyutta etkili olduğu söylenmiştir. Yapılan bir prospektif çalışmada ise abdominal ağrının psikolojik bozukluk, sağlık endişesi ve yorgunluk seviyesi ile ilişkili görüldüğü tahmin edilmektedir. Psikolojik faktörler ve İBS arasındaki ilişkinin ilerleyen dönemde tam anlamıyla netliğe kavuşacağı düşünülmektedir. (13)

İBS sıklıkla dışlama yöntemi ile teşhis edilmektedir. Klinik yargılar teşhis sürecinde gerekli olduğunda kullanılmadığıdır. İBS teşhisinde, detaylı tıbbi özgeçmiş ve fiziksel muayene çoğu belirsizliğin ortadan kaldırılmasında etkilidir. Distansiyon, bağırsak hareketleri ile rahatlama, ani ve sık olan ağrılı bağırsak hareketleri İBS teşhisinde en önemli belirleyicilerdir. İBS semptomları besinlere karşı olan intolerans, hassasiyet veya alerji, fermente besinlerden üretilen gaz veya ince bağırsaktaki aşırı bakteriyel çoğalmasının beslenmesiyle artar. Hekimlerin çoğu sık tüketilen besinlerle de İBS semptomları arasında ilişki olduğunu düşünmektedir. Birçok hekimin İBS'yi tetikleyen besinleri hesaba katmamalarından dolayı, hastaların şikâyetlerinin psikolojik sebepli olduğunu düşündükleri savunulmuştur. İBS hastalarının büyük bir kısmının

advers besinlere karşı semptom geliştirdiği bildirilmiştir. Besinlere karşı yüksek hassasiyet durumunda, serum IgE ve IgG4 antikorları artarak İBS’de kabul edilen benzer semptomlara ve atopik durumlara neden olur. İBS hastalarının kr bağırsağındaki mast hücreleri artar. Duyarlaşmadan dolayı bağırsakta salgılayıcı ve sensorimotor anormallikleri tetikleyebilir. Besinlerin diyetten çıkarılması ve ardından tekrar eklenmesi ile yapılan çalışmalar diyetin İBS hastalığının oluşumundaki rolünü desteklemektedir.

(12)

Eliminasyon diyetleri ile semptomları tetikleyen besinlerin diyetten çıkarılması İBS tedavisinin en önemli parçalarındandır. Tarih boyunca İBS protokolünün, semptomları rahatlatıcı ve herkese aynısının uygulandığı diyet tavsiyelerinden oluştuğu söylenmiştir. Günümüzde ise farkındalığın artması ile duruma daha geniş bakıldığı ve iyi sindirilebilir besinlerden oluşmasının amaçlandığı belirtilmiştir. Konstipasyon, diyare, ağrı ve bulantıda farklı diyet tavsiyelerinde bulunulması amaçlanmaktadır. Sindirim semptomlarını tetikleyen besinlerin diyetten çıkarılması, sonrasında tekrar eklenmesi ve kişiye özel farklı yaklaşımların izlenmesi hedeflenmektedir. “FODMAPs” olarak adlandırılan fermente oligosakkaritler, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller, İBS semptomları ile ilişkili olan büyük bir besin grubudur. FODMAPs’in ince bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalmaya neden olduğu ve İBS semptomlarını artırdığı bildirilmiştir.

(12)

İBS’de semptomları tetikleyen besinlerin belirlenmesinde iyi bilinen testlerin olmadığı, ancak deri prik testinin ve besine özgü serum IgG4 ve IgE antikorlarına bakılmasının etkili olabileceği belirtilmiştir. Kişiye zel değerlendirme ile besinleri dışlama, hipoalerjenik diyetler, disodyum kromoglikat ve yeni gelişen kolonoskopik alerjen provokasyon testleri ile araştırılabilir. Aşırı duyarlılık ile uyarılan İBS patofizyolojisi ise halen araştırılmaktadır. Besin alerjilerinin İBS’nin etiyolojisinde önemli olduğu ve son zamanlarda yapılan çalışmaların besin alerjileri ile İBS üzerinde yoğunlaştığı bildirilmiştir. İBS’deki önemli besin alerjilerinin immünolojik olmadığı, bu nedenle alerjiden daha çok besin intoleransı olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada İBS hastalarının yaklaşık üçte ikisi en az bir veya daha fazla besin intoleransına sahip oldukları söylenmiştir. Karbonhidrattan zengin besinler, yağlı yiyecekler, kahve, alkol ve acı baharatlar semptomların nedeni olarak gösterilmiştir. İBS hastalarında besin alerji/intolerans reaksiyonları ile ilişkili olarak anlamlı derecede vazomotor dengesizliğin



(çarpıntı, hiperventilasyon, yorgunluk, aşırı terleme, baş ağrısı gibi) görüldüğü ortaya konmuştur. (12)

Rafine şeker içeriği yüksek olan yiyecekler, bağırsakta aşırı bakteri çoğalmasını besleyerek İBS'yi etkilemekle beraber intestinal hareketliliği de azaltır. Kan şeker seviyesi hızlıca yükselir ve Gİ kanalda peristalsiyi yavaşlatır. Glikozun ilk olarak duodenum ve jejunumda emilmesinden dolayı, Gİ kanalın bu bölümünün çok daha fazla etkilendiği ve bunun sonucunda duodenum ve jejunumun atonik hale geldiği belirtilmiştir. Fruktoz ve sorbitol gibi önemli karbonhidratlar ince bağırsakta tam olarak emilemez. Kontrollü veya kontrolsüz çalışmaların sonuçları emilim bozukluğu olan şekerlerin (fruktoz, sorbitol, laktoz) İBS'de diyetel bir tetikleyici olduğunu göstermektedir. Emilim bozukluğu olan laktoz ve früktozun diyetten çıkarılması İBS tedavisindeki önerilerdendir. (12)

Fruktoz zincirinin sonuna bir glikoz molekülünün eklenmiş hâli olan fruktan oligosakkaritinin az miktarı ince bağırsakta emilir. Fruktanlar bakımından zengin besinler başlıca buğday (buğday ekmeği, makarna, unlu mamuller gibi), soğan ve enginarıdır. Bununla birlikte kuşkonmaz, pırasa, sarımsak, hindiba kökü ve hindiba kahvesi fruktan içerikli ancak şikâyet yaratmayan besinlere örnektir. Fruktozun emilimine engel olabilirler ve bu yüzden fruktoz malabsorbsiyonunda ciddi semptomlar görülebilir. Fruktan ile 10 molekülden fazla fruktozdan oluşan zincir, inülin olarak bilinir ve 10'dan daha az fruktozdan oluşan zincir ise FOS olarak anılır. Fruktanlar, fruktoz malabsorbsiyonunda birçok probleme yol açar. Fruktoz zincirinin sonuna galaktoz eklenmiş hâli olan galaktanlar (stakiyoz ve rafinoz gibi) fruktanlar gibi rol oynar. Galaktandan zengin besinler soya, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi baklagiller, lahanana ve brüksel lahanasıdır. Süt şekeri olan laktoz ise süt ve süt ürünlerinde bulunmakla beraber sos, bira, hazır çorba, çikolata ve tatlılarda da bulunabilir. Laktoz intoleransına özellikle ince bağırsakta aşırı bakteri çoğalması ve Crohn hastalığı, çölyak hastalığı gibi ince bağırsak iltihabı ile seyreden patolojilerde rastlanır. Meyve şekeri olan fruktoz bal, kuru meyve, elma, armut, kiraz, şeftali, agave şurubu, karpuz, papaya gibi besinlerde bol miktarda bulunur. Fruktoz aynı zamanda yüksek fruktozlu mısır şurubu adıyla, ticari olarak üretilmiş besinlere de eklenir. Fazla miktarda fruktoz alımı sağlıklı kişilerde dâhi fruktoz malabsorbsiyonuna ve ince bağırsakta aşırı bakteri çoğalmasına neden olabilir. Şeker alkolü olan polioller ticari olarak üretilen yiyecek ve içeceklerde tatlandırıcı olarak bulunurlar. Sorbitol ise şekeriz sakız veya düşük kalorili besinler olarak adlandırılan

ürünlerde bulunur. Doğal olarak ise şeftali, kayısı, erik gibi sert çekirdekli meyvelerde bulunur. Ksilitol ise doğal olarak çilek, dut, böğürtlen gibi meyvelerde görünür. Sorbitol ve ksilitol içeren sakızlar, çocuklarda ve özellikle fruktoz malabsorbsiyonu veya ince bağırsakta aşırı bakteri çoğalımı olan yetişkinlerde bulantı veya diyareye neden olabilir. Fruktoz malabsorbsiyonu veya ince bağırsakta aşırı bakteri çoğalımı olan kişilerde mannitol, izomalt, arabitol, eritritol, gliserol, laktitol ve ribitol gibi diğer poliollerin de probleme neden olabileceği bildirilmiştir. (12)

Son çalışmalar ince bağırsakta yetersiz emilen FODMAPs kısa zincirli karbonhidratların fonksiyonel bağırsak semptomlarını tetiklemede önemli olduğunu göstermiştir. Çalışmalar İBS hastalarının dörtte üçünün FODMAPs kısıtlaması ile semptomlarının iyileştiğini raporlamıştır. Randomize plasebo kontrollü çalışmaların sonuçları ise tartışmalıdır. (12)

### **2.2.7. İltihabi Bağırsak Hastalığı**

İBH etiyolojisi tam olarak bilinmeyen intestinal iltihap ile karakterize ve hastanın yaşam kalitesini azaltan bir grup immün hastalıktır. Crohn hastalığı ve ülseratif kolit en sık görülenlerdendir. İntestinal yaralardaki doku kaybının yanı sıra iltihaba bağlı termodinamik enerji ve besin gereksinimlerinin de artmasına neden olur. Protein kalori malnutrisyonu ve mikro besin yetersizlikleri, kronik olan katabolik durumun sekeli olarak gösterilir. (12)

İBH ince bağırsağı, kalın bağırsağı veya her ikisini birden tutan kronik, tekrarlayan, hastayı güçsüzleştiren hastalık grubunun genel adıdır. Genellikle gençlik döneminde abdominal ağrı, kramp, diyare, rektal kanama ve malabsorbsiyon gibi semptomlarla ortaya çıkar. İBH'nın Crohn hastalığı ve ülseratif kolit olmak üzere iki çeşidi arasındaki fark, buldukları yer ve hastalıkların şiddetidir. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığının aktif (relaps) ve aktif olmayan (remisyon) dönemlerinde dalgalanmalar görülür. Crohn hastalığı Gİ kanalın herhangi bir bölümünü etkiler. Crohn hastalığı terminal ileum adı verilen ince bağırsağın son kısmında ve kolonun başlangıç bölümünde daha baskınken; ülseratif kolit rektum ve kolon ile sınırlıdır. Crohn hastalığı bağırsağın tüm katlarında görülebilen bir hastalıktır. Buna karşın ülseratif kolit, kolonun sadece yüzeysel bir katmanındadır. Ülseratif kolit ve Crohn hastalığının belirti ve patolojik sonuçlarındaki ayrılık immün- genetik yolaklardaki farklılıklardan kaynaklanabilir. (13) Transmural iltihabın ülseratif kolitte genellikle görünmeyen,

engelleyici bir klinik görünüm olan fibrozise neden olabileceği belirtilmiştir. Crohn hastalığının fistül oluşumu ile karıştırılabileceği düşünülmektedir. (12)

İBH'nın görülme sıklığı son on yılda özellikle endüstriyel ülkelerde artmıştır. Kuzey Avrupa, Birleşik Krallık, Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda' da Crohn hastalığı insidansı ve görülme sıklığı yüksektir. Bununla birlikte Güney ve Orta Avrupa, Asya, Afrika ve Kuzey Amerika'da bu değerler artış göstermektedir. Kentleşme ve endüstrileşmenin yanı sıra diyet gibi faktörler de insidans değişikliklerinde etkilidir. (13)

İltihabi hastalıkların etiyojisi bilinmemektedir; ancak genetik, immünolojik ve çevresel etkenlere sahip multifaktöriyel hastalık oldukları düşünülür. Genetik duyarlılık, lümene ait antijenik uyarı ve çevresel faktörlerin etkisi çok önemlidir. Kronik tekrarlayan, immün aracılı intestinal iltihap ile karakterize İBH, bunların etkileşiminin doğrudan sonucu olmakla beraber hastalığın tam olarak nedenini açıklamada yetersiz kalmaktadır. İBH gelişiminde farklı çeşitlilikte mikroorganizmaların da katkısı olduğu düşünülmektedir; ancak hiçbirisi hastalığın nedeni olarak doğrulanmamıştır. (12)

Aktif İBH'da nötrofil, monosit, dendritik hücreler ve bağışıklık sisteminin parçası olan doğal öldürücü T hücrelerin yanı sıra adaptif bağışıklık hücreleri (T ve  $\beta$  hücreleri) rol oynar. İntestinal mukozada hücrel enflamatuvar aktivite, TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$  ve IFN- $\gamma$  gibi enflamatuvar sitokinlerin açığa çıkması ile sonuçlanır. Luminal antijenlerin kaynağı olan diyet İBH'nın immunopatogeneğinde önemli rol oynar. Diyetel antijenlere karşı olan antikorların doğrudan İBH'da görülen iltihabi cevaba yol açıp açmadığı veya bu antikorların yalnızca intestinal iltihabın bir ürünü olup olmadığı belirsizdir. Epidemiyolojik çalışmaların, İBH'nın başlamasında ve devam etmesinde beslenme faktörlerinin tespit edilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. (12)

Retrospektif çalışmalarla erken yaşta ve sonradan gelişen ülseratif kolit ile inek sütü arasındaki olası ilişkiyi ortaya konmaktadır. Bazı çalışmalarda ise anne sütünü yetersiz almanın, Crohn hastalığı ve ülseratif kolit riskini artırdığı bildirilmiştir. İBH gelişiminde risk faktörü olabilecek beslenme önerileri hakkında fikir birliği bulunmamaktadır. Rafine şeker alımının ve karbonhidrat tüketiminin artmış olmasının İBH (Crohn hastalığı> Ülseratif kolit) öncüsü olabileceği, kimyasal olarak değiştirilmiş yağların (margarin gibi) fazla tüketiminin İBH'nın etiyojisiyle ilgili olabileceği ve fazla yağlı beslenmenin hem ülseratif kolitin hem de Crohn hastalığının öncüsü olabileceği

düşünülmektedir. Sebze, meyve, balık, lif ve omega-3 yağ asitlerinin İBH gelişimi ile ters ilişkisi vardır. (12)

Esansiyel yağ asitleri insan vücudunda sentezlenemeyen, dışarıdan alınması gereken yağlardır. Omega-3 ve omega-6 olan esansiyel yağ asitleri linolenik, linoleik ve oleik asitten türeyen uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleridir. Eikozanoidlerin substati olan linoleik asit kırmızı et, mısır, soya ve ayçiçeği gibi yağlarda bulunan proinflamatuvar omega-6 yağ asitlerinin bir bileşenidir. Diğer bir esansiyel yağ asidi olan omega-3 ise  $\alpha$ -linolenik asitten türer. EPA ve DHA omega-3 esansiyel yağ asitleridir. Ketan tohumu, zeytinyağı, ceviz, kanola yağı, somon, ton balığı, uskumru, ringa balığı ve alabalık gibi balıklarda bulunur. Siklooksijenaz ve 5- lipoksijenaz yolağında inhibe edici özelliği bulunur. Proinflamatuvar lökotrien B<sub>4</sub> üretiminin azalması, omega-3 yağ asitleri transkripsiyon faktörlerini ayarlayarak iltihabi sürecin azaltılarak düzenlenmesi ile sonuçlanır. Aynı zamanda NF- $\kappa$ B inhibe olur, T-hücre sinyalleri baskılanır, iltihaplanmış hücrelerin iyileşmesi azalır ve IL-1 $\beta$  ve TNF- $\alpha$  proinflamatuvar sitokinlerinin açığa çıkması azalır. (12)

Monokarboksilik hidrokarbon olan pirüvik, laktik, formik, asetik, propionik, izobütirik ve bütirik asit gibi KZYA, İBH oluşumunda etkilidir. KZYA besinlerde ve vücutta bulunur veya kolonda endojen bakteriyel florada emilemeyen karbonhidratların sindirilmesi ile üretilir. Bütiratın TNF- $\alpha$  ve NF- $\kappa$ B üretimini azaltmasının yanı sıra sitokin doku kültüründe mesajcı RNA ifadesine antiinflamatuvar etkisi de bulunmaktadır. Diğer yandan İBH vakalarının dışkı örneklerinde, kontrol gruplarına göre yüksek seviyede laktik asit ve pirüvik asit görünür. Bu nedenle KZYA, İBH'da birleşik tedavide önemli rol oynar. Bazı İBH hastalarına diyet takviyesi olarak bütirik asit verilir. (12)

Birçok çalışmada, mukozal immün sistem ve intestinal epitel dokunun İBH'nın oluşumunda önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. İBH'nın immün patogenezi genom çapında araştıran hayvan ve insan çalışmaları bulunmaktadır. Mukozal immün sistemin bileşenleri luminal antijenler, intestinal epitel hücreler, doğuştan ve adaptif immün sistem ve gizli mediyatörlerdir. Crohn hastalığı anormal intestinal geçirgenlik, mukus üretimindeki noksanlık, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$  ve IL-17 gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretiminde yetersizlik ile karakterizedir. Epitel hücrelerde çeşitli sitokinlerdeki anormal

salgı intestinal iltihabı başlatabilir ve idame ettirebilir. Crohn hastalığında iltihabın başlıca aracıları Th1 sitokinleri IL-12, IFN-  $\gamma$  ve TNF olarak gösterilmiştir. Crohn hastalığının diğer sebepleri kesin olarak bilinmemektedir. (13)

Epidemiyolojik ve soy çalışmaları da İBH’da genetik faktörlerin önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan soy ve ikiz çalışmaları ülseratif kolite göre Crohn hastalığının, genetik faktörlere göre ailede görülme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtir. Crohn hastalığı coğrafik olarak birlikte yaşamayan veya aynı zamanda yaşamayan birinci dereeden akrabalarda dâhi daha sıklıkla görünür. İkiz çalışmalarda, monozigot ikizlerde dizigotlara göre görülme oranı daha yüksektir. Farklı aileler ve ikizler ile yapılan çalışmalar genetik anormalliklerin genel olarak mukozal bariyer fonksiyonlarında, immunregulasyonda veya bakteriyel klerenste bozukluğa neden olmakla karakterize olduğu belirtilmektedir. Doğuştan bağışıklık, otofaji, defektif bariyer, IL-10 sinyal, adaptif immunité ile ilgili genlerin Crohn hastalığı ile bağlantılı olduğu keşfedilmiştir. (13)

#### **2.2.8. Divertiküler Hastalık**

Kalın bağırsağın divertikülü, kan damarlarının (vasa rekta) kolonik duvara doğru girdiği noktalarda dairesel kas boyunca çıkıntı yapması ve kolonik mukozanın fıtıklaşması ile oluşur. Yer yer epiploik apendiksler ile kaplanmış uzunlamasına kasların şeritleri arasında dizi oluşturmaya eğilimlidirler. Genellikle sigmoid kolonu kuşatmasıyla beraber pankolonikte de olabilir. Kas tabakasıyla kaplı olan rektum ise etkilenmez. (13)

Divertikülozis, semptomik olmayan divertikül ile kolonik fonksiyonları bozarak distansiyon, ağrı ve dışkıda değişkenlik nedeniyle semptomlara neden olan klinik divertiküler hastalık arasındaki fark önemlidir. Divertiküler hastalık genel adı olup kolonik divertikülle ilgili semptomik ve semptomik olmayan tüm görüntüdür. Divertikülozis ise genellikle iltihaplı olmayan birden çok divertikülün yer aldığı durumdur. Divertikülit ise divertikülozisin klinik semptomlara sahip olan ve apse, tıkanıklık, fistül veya perforasyon gibi durumlara sahip iltihabi bir hastalıktır. (13)

Düşük lifli beslenmenin kolon geçiş zamanını yavaşlatması, fazla miktarda suyun geri emilimi ve bütünlüğün az olduğu dışkı üretimi divertikül oluşumuna neden olur. Düşük lifli beslenme kolonik dairesel kasların aşırı kasılmasına, lümenin birtakım kısımlara ayrılmasına, kolon içi basıncın artmasına ve mukozal fıtıklaşmaya neden olur.

Bu etkilerin azaltılmasının divertiküler hastalık semptomlarının gelişme olasılığının azalmasını etkilediği düşünülür. (13)

Sistemik derleme çalışmaları, diyetel faktörlerin divertiküler hastalıkların gelişiminde olası bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Yüksek miktarda kırmızı et içeren diyetlerin kolonda bakteriyel metabolizmayı değiştirdiği kanıtlanmıştır. Kırmızı et ve bakterinin etkileşmesi ile bağırsak duvarında spazmı yükselten, kolon duvarlarının zayıflamasına ve divertikül oluşmasına neden olan toksik metabolitler meydana gelir. Düşük lif, yüksek yağ içerikli ve fazla miktarda et tüketiminin bununla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Doymuş, tekli doymamış, trans ve çoklu doymamış yağ tüketimi ve düşük lif alımı ile divertiküler hastalıklar arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Omega 3 yağ asidi ile divertiküler hastalık arasında zayıf ters ilişki bulunmuştur. (13)

### **2.2.9. Hemoroid**

Hemoroid, anal yastıkların aşağıya doğru yer değiştirmesi ve büyümesi ile tanımlanan, oldukça sık rastlanan anorektal bir hastalıktır. Hemoroidin patofizyolojisi, anal yastıklardaki destekleyici dokuların bozulması, vasküler hiperplazi ve hemoroidal damar ağında hiperperfüzyon gibi durumları içerir.

Hemoroidin en yaygın belirtisi ağrısız olarak bağırsak hareketleri ile açığa çıkan açık renkteki kan ve bazen de anal dokunun sarkmasıdır. Detaylı anamnez, fiziksel muayene, dijital rektal muayene ve proktoskopi hemoroid teşhisinde önemlidir. İç hemoroid, dış hemoroid ve ikisinin bir arada görüldüğü hemoroid olarak üç farklı şekilde gözlemlenebilir.

Düşük seviyedeki hemoroidler daha kolay tedavi edilebilir. Beslenme ve yaşam şeklinde yapılan değişiklikler, ilaç tedavileri etkili bir fayda sağlayabilir. Beslenmede lif ve sıvı alımının artırılması, konstipasyon veya diyareye neden olan ilaçların kullanılmaması, düzenli fiziksel aktivite hemoroid tedavisinde etkilidir. Cerrahi müdahaleler ise daha karmaşık ve ciddi boyuttaki hemoroidler için uygulanır. (19)

### **2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp**

NIH'in altında bir kuruluş olan NCCAM, TAT tanımını "*Ortodoks tıbbın (Batı veya alopantik tıp) parçası olmayan farklı medikal ve sağlık hizmeti sistemleri, uygulamaları ve ürünleri*" olarak ifade eder. (20)

WHO Geleneksel Tıp Stratejisi 2014- 2023 Tıp Dökümanı'na göre “tamamlayıcı tıp” veya “alternatif tıp” terimleri “Ülkenin kendi geleneğinin veya geleneksel tıp uygulamalarının bir parçası olmayan ve baskın sağlık hizmeti sistemiyle tam olarak bütünleşmeyen yaygın sağlık hizmeti uygulamaları” olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu terimler bazı ülkelerde geleneksel tıp terimiyle aynı anlama gelecek şekilde birbiri yerine kullanılmaktadır. Geleneksel tıp tanımı ise “fiziksel ve zihinsel hastalıkları önleme, teşhis etme, iyileştirme, tedavi etmenin yanı sıra açıklanabilir olup olmadığına bakılmaksızın sağlığın sürdürülmesi için kullanılan; farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlerden temel alan tüm bilgi, yetenek ve uygulamaların toplamıdır”. (21)

TAT yöntemlerinin NCCAM (2000) tarafından yapılan ve en sık kullanılan sınıflandırılması; alternatif tıp sistemleri, ruh-beden uygulamaları, biyolojik temelli tedaviler, manipülatif ve beden temelli yöntemler ve enerji terapileri olmak üzere beş gruptan oluşur. (22)

Biyolojik temelli tedaviler özelleşmiş diyetleri, bitkisel ürünleri ve mineraller, hormonlar ve biyolojik ürünler gibi diğer doğal ürünleri kapsar. Bitkisel olmayan doğal ürünlere kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan balık yağı örnek olarak verilebilir. (22)

### **2.3.1. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı**

İsveç'te, Roma 2 Kriterleri'ne göre dispepsi tanısı almış hastaların kullandıkları TAT tedavilerinin araştırıldığı bir anket çalışması yapılmıştır. Dispepsi tanımı ve çalışmaya dâhil edilme kriteri olarak kullanılan Roma 2 Kriterleri: (1) son 12 ayda 12 hafta süresince üst karında devamlı veya tekrarlayan ağrı veya rahatsızlık, (2) semptomları açıklayan organik hastalık nedeninin olmaması ve (3) dispepsi semptomlarında dışkılama sırasında veya dışkılama sıklığının değişmesi ile veya dışkı şeklinin değişmesi ile rahatlama olanlar şeklindedir. Psikiyatrik hastalığı olanlar, demans hastaları, alkol veya madde bağımlılığı olanlar, Gİ kanser hastaları, önceden mide veya özofajiyal cerrahi geçirmişler ve nedeni bilinmeyen kilo kaybı, hematemez (kan kusma), melena veya diğer ciddi hastalıklar gibi uyarı semptomları olan kişiler hariç tutulmuşlardır. Hangi TAT yöntemlerinin kullanıldığının araştırılması için hazırlanan doğrulama listesi şeklinde olan 12 soru uzmanlar tarafından hazırlanmıştır. 13'ü kadın 12'si erkek olan 25 katılımcı ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 58'dir (yaş aralığı 18-82 yaş). (23)

Analizler tüm katılımcıların TAT yöntemlerini kullandığını belirtmiştir. TAT yöntemleri çeşitleri dört kategoriye ayrılmıştır ve farklı TAT yöntemleri farklı etki göstermiştir. Beslenmeyle ilgili olan bölümde katılımcılar tükettiklerinde semptomlarını azaltan besinleri söylemişlerdir. Bu besinler muz, süt, kreması alınmış süt, kakuleli süt, karbonat, maden sodası (katkısız, doğal), kremalı maden suyu, krema, kuşburnu çorbası, viski, tereyağlı kahve, tereyağı, sıcak su, tatlı badem ve bisküvidir. Beslenme yöntemlerinde etkiler; koruyucu, kısmen veya tamamen semptom iyileştirici olarak sınıflandırılmıştır. Beslenme yöntemlerinin çoğunun kısmen rahatlama sağladığı bildirilmiştir. Olumlu/olumsuz etkileri ise TAT yöntemlerine erken dönemde veya semptomlar tekrarladığında başvurularıyla ilişkilendirilmiştir. Bazı yöntemler sadece hastalığı önlemek için kullanırken, bazıları semptomların tekrarlamasını önlemek için günlük olarak etkin bir biçimde kullanılmıştır. Koruyucu yöntemler muz, kuşburnu çorbası, kreması alınmış süt, süt, kakuleli süt ve sıcak su olarak raporlanmıştır. Kısmen rahatlatan yöntemler ise doğal maden sodası, krema, viski ve tereyağlı kahveyi kapsar. Karbonat, tereyağı ve kremalı maden suyu semptomlar açısından tam bir rahatlayıcı etki yaratırken, tereyağı ve kremalı maden suyunun etkisinin sadece 2-3 saat sürdüğü belirtilmiştir. Tatlı badem ve bisküviler katılımcılar tarafından hem önleyici hem de kısmen rahatlatıcı olarak kullanılmıştır. (23)

İlaç/biyolojik olarak adlandırılan yöntem grubu ise sağlık hizmeti mağazalarından alınan veya reçeteli/reçetesiz alınan ilaçlardır. Katılımcıların tümü dispepsi için reçetesiz ilaçları, pahalı ve yan etki riskleri olmasına rağmen kullanmıştır. Çalışmada semptomlar oluştuğunda hemen ilaca başlamanın kişiler açısından önemli olduğu, aksi takdirde ilaçların etkisini göstermediği belirtilmiştir. Veriler değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti mağazalarından alınan ilaçlar, katılımcıların çoğu tarafından kullanılmaktadır. Katılımcılar tarafından, uzun süre almak için çok pahalı oldukları düşünülen ilaçlardır. Sağlık hizmeti mağazalarından alınan ilaçları kullanmayan kişilerin sebebi de genellikle pahalı olmalarından dolayıdır. (23)

Faydaları incelendiğinde reçetesiz veya reçeteli ilaçlarla karşılaştırıldığında sonuçlar tartışmalıdır. Katılımcılar, gıda takviyelerinde sıklıkla Silikol (magnezyum ve silikon mineral karışımı), *Aloe vera*, Molkosan (peynir altı ürün), gül kökü, *Dophilus* kapsülü (laktobasil) ve keçi sütü kapsülünü kullanılmıştır. İlaçlardan hiçbiri katılımcılar tarafından koruyucu olarak kullanılmamıştır. Silikol ve keçi sütü kapsülleri hem kısmen hem tamamen iyileştirici olarak kullanılmıştır. *Aloe vera* ve gül kökleri ise sadece ağrı semptomu için kullanılmaktadır. Etkileri kısa süreli olarak gösterilmiştir. Ruhsal/



psikolojik terapiler ve fiziksel aktivite de kullanılan diğer TAT yöntemleridir. Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, çeşitli etkileri olan 26 TAT yönteminin hastalar tarafından en az birisi kullanılmıştır. (23)

2009 yılında yayımlanmış çalışmada Ankara, Türkiye’de özel bir hastanede ayaktan hasta bakan gastroenteroloji kliniğinde TAT kullanımı araştırılmıştır. Gİ problemleri olan 216 hasta üzerinde 8 ay boyunca anket çalışması yapılarak tanımlayıcı kesitsel çalışma sürdürülmüştür. Veriler hastaların demografik bilgilerini ve Gİ semptomlarını içermekle birlikte, bunların tedavisi için kullanılan TAT tedavilerini ve hastaların bunlardan memnuniyetini de içermektedir. Yaş, cinsiyet, meslek, eğitim seviyesi ve medeni durumu ile ilgili bilgilere ankette yer verilmiştir. Ayrıca yaygın Gİ semptomlar, tanı süreleri, hastaların cerrahi geçmişleri ile tedavileri hakkındaki detaylar, bunlardan oluşan yan etkiler ve TAT kullanımları ankette yer almaktadır. Uygulanan tedavilerden bazıları bitki çayları, diğer doğal ürünler, natüropatik veya homeopatik reçeteler ve vitamin takviyeleridir. Kalan diğer sorularda ise kullanım yöntemleri, sıklıkları, nedenleri, faydalı etkileri, yan etkileri ve tedavinin maliyeti sorulmuştur. Vizüel analog skala, sonuçtan memnuniyeti değerlendirmek için kullanılmıştır. Son soruda ise hastaların tedaviyle ilgili bilgiyi ilk olarak nereden aldıkları sorulmuştur. (9)

79 hasta (%36,6) TAT yöntemlerinden bir veya daha fazlasını kullandığını belirtmiştir. En yaygın kullanılan tedavi yöntemi ise genellikle infüzyon olarak alınan bitkisel tedavilerdir. 27 kişi (%29) bitkisel tedavileri kullanmıştır. Kullanımlarındaki yaygın belirteçler ise epigastrik ağrı, konstipasyon, şişkinlik, dispepsi veya hazımsızlıktır. TAT kullanımı üst Gİ hastalarda (%41,8) alt Gİ hastalara (%41,2) göre çok az farkla daha fazla kullanılmıştır. Ancak en fazla kullanım, %53,8 ile karaciğer hastalarında rapor edilmiştir. Hastaların yaklaşık yarısı TAT yöntemlerini akraba veya arkadaşları tarafından öğrenirken; kadınlar erkeklere göre bu yöntemlere daha fazla başvurmuştur ( $p<0,05$ ). Teşhis, semptom süresi ve önceki cerrahi müdahaleler gibi klinik özellikler TAT tedavisi kullanan ve kullanmayanlar arasında farklılık göstermemiştir. Çok değişkenli analizler kadın cinsiyet ve yüksek eğitim seviyesinin TAT yöntemlerinin kullanımı ile pozitif ilişkisi olduğunu göstermiştir ( $p<0,05$ ). (9)

Yapılan bu çalışmada, Gİ hastalarda TAT yöntemlerinin kullanımının, tanımlanan diğer ülkelere ve diğer kronik hastalıklara göre daha düşük olduğu söylenmiştir. Faydanın düşük olabileceği algısı ve deneyimlenen semptomların kısmen kısa süreli olması bunun nedeni olabilir. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının TAT kullanımında bilinçli

olunması için hastaların olası yan etkiler ve ilaç etkileşimleri üzerine eğitilmeleri gerektiği düşüncesine varılmıştır. (9)

2011 yılında yayımlanan bir çalışmada ise fonksiyonel Gİ hastalığına sahip hastalarda semptomların yol açtığı huzursuzluğu azaltmak için kullanılan TAT yöntemlerinin tanımlanması amaçlanmıştır. İsveç'te tek merkezli olarak yapılan bu çalışmaya organik hastalığı olmayan, mental hastalığı, demansı ve bilinen istismar problemi olmayan, abdominal semptomlara sahip, fonksiyonel Gİ hastalık olarak tanımlanmış 137 hasta dâhil edilmiştir. Çalışmada TAT yöntemleri ve her bir yöntemden algılanan etkinin sorulduğu özel olarak hazırlanan anket kullanılmıştır. Hangi TAT yöntemlerinin kullanıldığının araştırıldığı doğrulama listesi şeklinde hazırlanan ankette, hastanın bu semptomlar için kullandığı başka bir yöntemin olup olmadığını varsa da algılanan etkinin ne olduğunu soran açık uçlu soru da vardır. Her bir yöntem için etkinlik değerlendirmesi önleyici etki, kısmen semptom rahatlatıcı, tamamen semptom rahatlatıcı veya etkisiz olarak belirlenmiştir. Ankette aynı zamanda hangi semptomun kişiyi daha fazla sıkıntıya soktuğu, bir semptomu iyileştirmek isteseler hangisini seçecekleri sorulmuştur. (7)

Fonksiyonel Gİ hastalığına sahip 137 hastanın 85'i (%62) kadın, 52'si (%38) erkektir. Yaş aralığı 37-93 arasında (ortalama 58) olup; 50 kişi fonksiyonel dispepsi (%36), 34 kişi semptomatik gastrit (%32), 2 kişi İBS (%1), 43 kişi ise hem fonksiyonel dispepsi ve hem İBS (%32) ve son olarak da hem semptomatik gastrit hem de İBS'si olan 8 kişi (%6) çalışmaya katılmıştır. Toplamda 28 farklı TAT yöntemi belirlenmiştir ve beslenme, ilaç/ biyolojik, psikolojik aktivite ve fiziksel aktivite olarak 4 gruba ayrılmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde, katılımcılar yöntemlerden en az birini kullanmıştır ve en çok da kısmen semptom rahatlatıcı etki sağlamışlardır. (7)

Koreli kadınlarda, nitel ve betimsel araştırma yöntemi kullanılarak kronik konstipasyonda TAT kullanımını araştırılmıştır. Veriler, Birleşik Krallık'taki konstipasyon şikâyeti olan yaş ortalaması 42, 7 olan (32-63 yaş arası) 10 Koreli kadın üzerinde detaylı olarak, yarı-yapılandırılmış görüşmeler ile alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri konstipe olmaları, Koreli kadın olmaları, Birleşik Krallık'ta yaşıyor olmaları ve TAT yöntemlerini kullanma deneyimi olan kişiler olarak belirlenmiştir. Dışlama kriteri ise önemli hafıza kayıpları, demans gibi bilişsel eksiklikleri olanlar, işitme engelli kimseler ve ciddi hastalıkları olup akut tedavi döneminde olanlar veya hafifletici bakım alanlar olarak belirlenmiştir. (24)

Bu çalışmada konstipasyonun öznel tanımı, konstipasyon nedenlerini bulmak için gösterilen çabalar, konstipasyona çözüm bulmak için yapılan girişimler (alt teması; lavman, laksatif ve fitil kullanma sıklıkları; TAT yöntemlerinden beklentileri ve beklentilerinin karşılanmamış olması; konstipasyona bireysel buldukları çözümler) ve yaşam kalitelerine olumsuz etkileri (alt teması; ruhsal rahatsızlık, iştahta değişkenlik ve insan ilişkilerindeki zorluk) olarak dört ana konu belirlenmiştir. (24)

Kişilerin çoğu konstipasyonu; konstipasyon sıklığı ile ilişkilendirmesine rağmen bu çalışmadaki katılımcıların tümü konstipasyon sıklığına bakmaksızın öznel olarak birer tanım yapmışlardır. 10 katılımcı da konstipasyonun; travma, hassas kişilik, yeterli sıvı tüketmeme, düzensiz beslenme, ilaçların yan etkisi, yetersiz fiziksel aktivite, İBS, Crohn hastalığı, yoğun programlar, yetersiz uyku, kirli tuvaletler ve stres gibi çeşitli olası nedenlerinden bahsetmiştir. (24)

Katılımcılardan 8'i ciddi ve kronik konstipasyondan dolayı Ortodoks tıbbına başvururken; diğer 2 kişi sadece doğal yollara ve bitkisel tedavilere başvurmuştur. Düzenli laksatif ve fitil kullananlar 2 kişidir. 4 katılımcı ise laksatif kullanımını karın ağrısı nedeniyle bırakmıştır. 1 katılımcı ise Metamucil ve diğer laksatiflerin şişlik ve karın ağrısı gibi yan etkilerine karşın magnezyum sütünün iyi geldiğini bulmuştur. Fitil ve lavmanların konstipasyonunu rahatlattığını ve tolerans geliştirmediğini söylemiştir. Katılımcılardan biri ise uzun süreli laksatif kullandığını ve bunlara toleransının arttığını belirtmiştir. Ortodoks tıbbında kullanılan ilaçlara karşı olumsuz tutumu vardır. Vokal kord paralizi olmasının nedenini bu kişi, 30 yıldan uzun süre her gün bisakodil almasına bağlamıştır. (24)

Çalışmaya katılan 10 kadın, konstipasyonu hafifletmek için fiziksel aktivite, masaj, yoğurt, sebze, deniz yosunu, mineral yağı, erikli süt, pirinç karışımı, ceviz, greyfurt, elma, portakal, *Aloe vera*, yulaf, soya sütü, tatlı patates, öğütülmüş keten tohumu, alkol gibi yollara başvurduklarını belirtmiştir. Katılımcılar aynı zamanda bitki, akupunktur, moksibusiyon, el akupunkturu, sinameki çayı ve soya fasulyesini de daha öncesinde kullanmışlardır. 10 hastadan 7'si bitkisel tedavilere başvurmuştur. Katılımcılardan 3'ü bitkisel tedavilerin konstipasyonda etkili olduğunu, ancak kullanımlarını bıraktıklarında konstipasyonun tekrar başladığını bildirmişlerdir. Bitkisel tedavilerin pahalıya mal olduğunu da söylemişlerdir. Bir katılımcı 30 yıldır bağırsak hareketlerinde bir dürtü olmadığını ancak; 2 yıl bitkisel tedavi kullandıktan sonra bağırsak hareketlenmelerinin olduğunu söylemiştir. 10 hastadan 9'u deneme yanılma ile uygun yöntemi bulduğunu diğer 1 kişi ise kendisi için iyi olan tedaviyi bulma yolunda

olduğunu söylemiştir. Katılımcılardan 8'i yoğurdu denerken, bunlardan sadece 5'i yoğurttan fayda sağlamıştır. 6 katılımcı ev yapımı yoğurt yemiştir ve 4'ü ev yapımı yoğurdun marketten alınanlara göre konstipasyon şikâyetlerine daha iyi geldiğini söylemişlerdir. Bir katılımcı üniversite öğrencisiyken Tibet mantar yoğurdu yapmayı denediğini, ancak şu an yoğunluğundan dolayı sürekli yapamadığını söylemiştir. Annesi Kore'den adını bilmediği yeni bir yoğurt almıştır. Bu yoğurdu yapmanın diğer ev yoğurtlarını yapmaktan daha rahat ve market yoğurtlarına göre daha etkili olduğunu söylemiştir. Konstipasyon için ayrıca etkili bir masaj bulmuştur. Başka bir katılımcı ise *Aloe vera* içeren sebze sularından fayda sağladığını söylemiştir. *Aloe vera* ilk başta bu kişi tarafından soyularak çiğ tüketilmeye çalışılmıştır; ancak ciddi derecede karın ağrısı ve diyare görülmüştür. Sonrasında eşi *Aloe vera* suyu yapmayı önermiştir. Karın şişliğini azaltmaya yardımcı sebze *Aloe vera* suyunu bulmuş olmasına rağmen 6 ay sonra *Aloe vera* toleransı gelişmiştir ve aynı etkiyi sağlamak için sebzesiz, soyulmuş çiğ *Aloe vera* tüketmiştir. Katılımcıların tümü konstipasyonun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini, iştahlarında değişkenlik olduğunu belirtmişlerdir. Vücutlarının iyi çalışmadığını düşündükleri için de kendilerini huzursuz hissetmektedirler. (24)

San Choon Kong ve arkadaşları bir üniversite merkezindeki gastroenteroloji bölümü hastalarında, oral TAT kullanımı insidansının değerlendirilmesini amaçlayan çalışma yürütmüşlerdir. Eş zamanlı olarak hastane ile aynı bölgede yer alan dört yerel büyük marketteki kontrol grubu olarak kabul edilen müşterilere de anket uygulanmıştır. Hastalar 3 alt gruba ayrılmıştır. Birinci grupta İBH, ikinci grupta İBS (Roma 2 Kriterleri'ne göre) ve üçüncü grupta diğer Gİ hastalıkları olan kişiler yer almaktadır. Üçüncü grupta reflüsü (77), çölyak hastalığı (56), divertiküler hastalığı (53), kolonda polibi (43), Gİ incelemenden sonra nedeni bulunamayan demir eksikliği anemisi (33), peptik ülser hastalığı (16) ve yaygın olmayan Gİ hastalıkları (özofagus darlığı gibi) (62) olan kişiler yer almaktadır ve genel toplumdan oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Toplamda 1409 kişi ele alınmıştır. (11)

Birinci, ikinci ve dördüncü grupların ortalama yaşları benzer iken; üçüncü grup daha yaşlıdır. Kadınların (786 kişinin 307'si, %39,1) erkeklerden (623 kişinin 187'si, %30) daha çok TAT yöntemlerine başvurdukları gösterilmiştir. Teşhisten itibaren geçen süre ile TAT kullanımı arasında ise bir ilişki bulunamamıştır. İBH'da TAT kullanımı %49,5 (311 kişiden 154'ü), İBS'de %50,9 (281 kişiden 143'ü), genel Gİ hastalıklarda %20 (340 kişiden 68'i) ve kontrol grubunda %27 (477 kişiden 129'u) olarak bulunmuştur. Dört grup arasındaki TAT kullanımı karşılaştırıldığında, İBS ve İBH hastaları dışında

anlamli sonuç alınmiştır. İBH veya İBS hastalarının, TAT kullanımına kontrol grubundan daha meyilli oldukları gösterilmiştir. Multivitaminlerin kullanım insidansı İBH’da %25,4 (311 kişinin 79’u), İBS hastalarında %22,8 (281 kişinin 64’ü), genel Gİ hastalıklarda ise %5,3 (340 kişinin 18’i) olarak bulunmuştur. Dört grup hastadan TAT yöntemlerini faydalı bulup bulmadıkları veya semptomik faydalarından emin olup olmadıkları öznel olarak değerlendirmeleri istenmiştir. İBH ve İBS hastalarının büyük bir çoğunluğu faydasız olduğunu veya faydası konusunda kararsız olduklarını raporlamıştır. (11)

Adelina Hung ve arkadaşlarının 2015 yılında yayımlanan çalışmasında bir akademik merkezde bulunan Gİ kliniğindeki hastaların TAT kullanım yaygınlıklarının, ngrclerinin ve nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Prospektif olarak ele alınan, belirli bir Gİ kliniğinde ayaktan tedavi gören hastalarda TAT kullanımının yanı sıra TAT tedavilerinin fayda, zarar ve maliyeti gönüllü, adsız anket uygulamaları ile değerlendirilmiştir. Anketin ilk kısmı yaş, cinsiyet, ırk, yıllık hane geliri, eğitim seviyesi ve medeni durum gibi demografik özellikleri içerirken; ikinci bölümü genel sağlık durumu ve tedavi aradıkları Gİ semptomlar gibi bilgileri içerir. Anketin son kısmı özellikle başvurulan TAT tedavilerini ve reçetelerini, görülen fayda ve zararları, maliyetini, hekimlerle TAT hakkındaki tartışmaları içerir. TAT yaklaşımlarına takviyeler, diyet yaklaşımları (probiyotik/ prebiyotik, keten tohumu, balık yağı, *Aloe vera*, sarımsak, zencefil, nane yağı, herbalistlerden alınan bitkiler, CoQ10, deglisirine meyan kökü, arnika, L- glutamin, betain, kaskar, alfa lipoik asit, kurkumin/ zerdeçal, glutensiz diyet, papaya diyeti, FODMAPs diyeti, taş devri diyeti) ve terapiler (uygulamalı fizyopsikolojik geribildirim, masaj terapileri, meditasyon, homeopati, akupunktur, kayropraksi, refleksoloji, kinesioloji, reiki, hipnoz, kolonterapi, maksibasyon) dhildir. Alternatif tıp ise listelenmemiştir. 269 hasta ile yapılan çalışmadaki anketlerin 20 tanesi hepatoloji hastalarına ait iken, geri kalanı gastroenteroloji hastalarına aittir. (10)

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, TAT kullanım oranı %44 olarak bulunmuştur. TAT yöntemlerine başvuranların çoğu kadındır (%81) ve memnun kalmamışlardır (%22). TAT kullanımından en çok faydalanma konstipasyonda olmuştur. TAT kullanan ve kullanmayanların oranları konstipasyonda %44’e %24; diyarede %47’ye %28; şişlikte %59’a %40 şeklinde-dir. Hastaların %37’si İBS teşhisi, %14’ İBH teşhisi aldıklarını belirtmişlerdir. Yaş, ırk, eğitim, gelir, Gİ teşhis ve semptom süreleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Yüksek eğitim seviyesi ile TAT kullanımı arasında pozitif ilişkisi vardır. TAT kullananların en az %88’i niversite mezunu iken kullanmayanların %82’si niversite mezunudur. TAT kullananların çoğu

(%68) bir yıldan daha uzun bir süredir semptomlara sahiptir ve son 24 ayda en az bir kere TAT kullanmıştır. (10)

TAT kullananların %54'ü takviye veya diyet değişikliği yaptıklarını, %2'si TAT terapilerine başvurduklarını ve %44'ü her ikisini de uyguladıklarını rapor etmiştir. Takviye veya diyet değişikliklerinde en yaygın kullanılanlar; probiyotikler (%64), balık yağı (%36) ve glutensiz diyetlerdir (%26). Glutensiz diyet uygulayan hastalar çölyak hastalığı teşhisi almamıştır. En yaygın kullanılan terapiler ise masaj terapisi (%56), meditasyon (%33) ve akupunktur (%31). Genel olarak daha iyi hissetme dileği hastaların TAT kullanımlarının en sık nedenidir (%68). Sadece takviye veya diyet değişikliği uygulayanlarla (%45) karşılaştırıldığında hem takviye veya diyet değişikliği hem de terapileri uygulayan hastalar (%87) en anlamlıdır. TAT kullananların çoğu (%96) “Bazı TAT yöntemleri yardım edebilir” veya “TAT yöntemleri faydalıdır” düşüncelerine inanır. Hastaların çoğu TAT kullanımını düzenli olarak yaşamlarına eklediklerinde fiziksel iyi olarak iyi hissetmiş (%57) ve Gİ semptomları iyileşmiştir (%62). TAT kullananların hiçbiri olumsuz etki (%67) veya gereksiz zaman/para harcaması (%19) olarak görmemiştir. Hastaların %70'si TAT kullanımlarını hekimleri ile paylaşmış ve hekimlerin %42'si cesaretlendirirken, %37'si tepkisiz kalmıştır. TAT kullanımlarını hekimleri ile paylaşmayan hastaların %82'si bu bilgiyi açıklamamalarının nedenini, hekimlerin TAT kullanımını sormamaları olarak belirtmişlerdir. (10)

### **2.3.2. Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri**

Mide ve bağırsak hastalıklarında sık kullanılan bitkiler ve diğer doğal ürünler Tablo 1 ve 2 de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Bitkiler

Bitkinin Adı	Latince Adı	Kullanılan Kısım	Etken Madde	Endikasyon	Kullanım Şekli	Kaynaklar
Acıdüvelek, deli kavun, cırtatan	<i>Ecballium elaterium</i>	Meyve, Kök	-	Hemoroid	Gıda (meyve suyu, zeytinyağında bekletilmiş meyvesi)	(25)
Adaçayı	<i>Salvia triloba</i>	Yaprak	Sineol	Mide hastalıkları	İnfüzyon	(26)
Akgünlük	<i>Boswellia serrata</i>	Reçine	Boswellik asit, zank reçine	İBH	Preparat	(3, 27)
<i>Aloe vera</i> (Tıbbi sarısabır)	<i>Aloe barbadensis</i>	Yaprak	Mukopolisakkarit	İBH	Su, jel, preparat	(3, 27)
Alıç	<i>Crataegus orientalis</i>	Tomurcuk	-	Mide hastalıkları, hemoroid	Dekoksiyon	(28, 29)
Anason	<i>Pimpinella anisum</i>	Meyve	Anetol	Dispepsi, kolit, intestinal gaz, peptik ülser	İnfüzyon	(30, 31)
Beşparmakotu	<i>Potentilla erecta</i>	Rizom	Tanen	İBH	Preparat	(3)
Biberiye	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Yaprak, çiçek	Uçucu yağ, rozmarinik asit, karnosik asit	Dispepsi, intestinal gaz	İnfüzyon	(26, 32)
Böğürtlen	<i>Rubus sanctus</i>	Yaprak, meyve, kök	-	Hemoroid	İnfüzyon	(33, 34)
Brokoli	<i>Brassica oleracea var. italica</i>	Tomurcuk	Sülforafan	<i>Helicobakter pylori</i>	Gıda	(27)

Buğday çimi	<i>Triticum aestivum</i>	Toprak üstü kısmı	-	İBH	Suyu	(3)
Cadı fındığı	<i>Hamamelis virginiana</i>	Yaprak, kabuk	-	Hemoroid	Haricen (merhem)	(15, 27)
Civanperçemi	<i>Achillea millefolium</i>	Çiçek, toprak üstü kısmı	-	Dispepsi, intestinal gaz, hemoroid	İnfüzyon	(33)
Çörek otu	<i>Nigella sativa</i>	Tohum	Timokinon	Mide hastalıkları	Gıda	(28)
Ekşi ot	<i>Rumex patientia</i>	Meyve	-	Hemoroid	Dekoksiyon	(35)
Elma	<i>Malus domestica</i>	Meyve	Polifenol	Peptik ülser	Gıda	(36)
Ginkgo	<i>Ginkgo biloba</i>	Yaprak	Diterpenler, triterpen, flavonoidler, organik asitler	İBS	Preparat	(37)
Hatmi	<i>Althaea officinalis</i>	Çiçek	-	Mide ağrısı	İnfüzyon	(25)
Hint yağı bitkisi	<i>Ricinus communis</i>	Tohumlarından elde edilen sabit yağ	Trisinolein, gliserol ve risinoleik asit	Konstipasyon, İBH	Preparat	(37)
İhlamur	<i>Tilia rubra</i>	Çiçek	-	İBH	İnfüzyon	(26)
Isırgan	<i>Urtica dioica</i>	Yaprak	-	Mide hastalıkları, hemoroid	İnfüzyon	(25, 26, 28, 29, 38, 39)
Karaağaç	<i>Ulmus fulva</i>	Kabuk	-	İBH	Takviye edici gıda	(3)



Karayemiş, taflan	<i>Laurocerasus officinalis</i>	Yaprak	-	Hemoroid, mide hastalıkları	İnfüzyon	(34)
Karnıyarık otu	<i>Plantago ovata</i>	Tohum, kabuk	Pisilyum	İBH	Preparat	(3)
Kekik	<i>Thymus ssp.</i>	Toprak üstü kısmı	Timol, karvakrol	Mide hastalıkları	İnfüzyon	(26, 28, 37,39)
Keten	<i>Linum usitatissimum</i>	Tohum	Arabinoksilan, polisakkarit, lif (lignan)	Konstipasyon, İBS	Gıda	(40, 41)
Kimyon	<i>Cuminum cyminum</i>	Meyve	Uçuçu yağ	Dispepsi, intestinal gaz	İnfüzyon, gıda (baharat)	(42)
Kişniş	<i>Coriandrum sativum</i>	Meyve	-	Dispepsi, intestinal gaz, İBS	İnfüzyon	(20, 43)
Kudret Narı	<i>Momordica charantia</i>	Meyve	Flavonoid, saponin, sterol	Peptik ülser	Gıda (Zeytinyağında bekletilmiş meyve), preparat	(25, 36, 44)
Kuşburnu	<i>Rosa canina</i>	Meyve	C vitamini, tanen	Hemoroid	Dekoksyon	(28, 29, 39)
Lahana	<i>Brassica oleracea</i> var. <i>capitata</i> f. <i>alba</i>	Yaprak	Glutamin, sülforafan	Peptik ülser, <i>Helicobakter pylori</i>	Suyu	(27, 29)
Lavanta	<i>Lavandula angustifolia</i>	Çiçek	Uçucu yağ, seskiterpen, tanen, flavonoit ve kumarin tipi bileşikler	Dispepsi, gaz	Preparat	(37)

Mayasıl otu	<i>Teuicum polium</i>	Yaprak	-	Hemoroid	İnfüzyon, dekoksasyon	(26, 45)
Mayıs papatyası	<i>Matricaria chamomilla</i>	Çiçek	Apigenin, luteolin, kersetin, kumarinler, terpenoidler ( $\alpha$ - bisabolol, $\alpha$ -bisabolol oksit A ve B, kamazulen, seskiterpen)	Ülser, gaz, dispepsi, mide bulantısı, sindirim kanalında iltihabi hastalıklar	İnfüzyon	(25, 26, 28, 46)
Melisa	<i>Melissa officinalis</i>	Yaprak	Flavonoit, rosmarinik asit	Dispepsi, intestinal gaz, İBS	İnfüzyon	(20)
Meyan	<i>Glycyrrhiza glabra</i>	Kök	Flavonoit, izoflavonoit	Peptik ülser, <i>Helicobakter pylori</i> , İntestinal gaz	Takviye edici gıda, dekoksasyon	(27)
Nane	<i>Mentha piperita</i>	Yaprak	Rezin, flavon, rosmarinik asit, klorojenik asit, tanen ve uçucu yağ ( mentol)	Dispepsi, gaz, mide bulantısı, İBS	Çay, preparat, haricen, takviye edici gıda	(27, 28, 37, 47)
Ökse otu	<i>Viscum album</i>	Yaprak	-	Hemoroid	Dekoksasyon	(35)
Passiflora	<i>Passiflora incarnata</i>	Toprak üstü kısım	Alkaloit, flavonoit, saponozit, siyanogenetik glukozit	Gaz	Preparat	(37)

Patates	<i>Solanum tuberosum</i>	Yumru	Galaktan polisakkarit, pektik polisakkarit	Peptik ülser, <i>Helicobacter pylori</i>	Suyu	(36)
Plantain muz	<i>Musa sapientum</i> var. <i>paradisiaca</i>	Meyve	Lif	Ülser	Preparat	(27)
Ravent	<i>Rheum palmatum</i>	Kök	Astrenjan antrakinon, flavonoid	Gastrik ve duodenal ülser	Takviye edici gıda	(27)
Rezene	<i>Foeniculum vulgare</i>	Meyve	Anetol	Dispepsi, konstipasyon	İnfüzyon, preparat	(37, 38, 40, 48)
Sakız ağacı	<i>Pistacia lentiscus</i>	Reçine	Seskiterpen	Duodenal ülser, <i>Helicobacter pylori</i>	Reçine	(27)
Sarı kantaron	<i>Hypericum perforatum</i>	Çiçek	Hiperisin, hiperforin	İBS, ülser, hemoroid	Preparat, infüzyon	(26, 29, 49, 50, 51)
Sarımsak	<i>Allium sativum</i>	Diş	Allin, allisin	<i>Helicobacter pylori</i> , peptik ülser, hemoroid	Gıda, preparat	(27, 44)
Sarmaşık	<i>Convolvulus arvensis</i>	Çiçek, yaprak	-	Konstipasyon	İnfüzyon	(33)
Seylan tarçını	<i>Cinnamomum zeylanicum</i>	Kabuk	Sinnamaldehit	Dispepsi	İnfüzyon, gıda	(52)
Sinameki	<i>Cassia acutifolia</i> , <i>Cassia angustifolia</i>	Yaprak	Sennozid A ve B	Konstipasyon	İnfüzyon, preparat	(37)
Sinirli ot	<i>Plantago lanceolata</i>	Tohum	-	Konstipasyon	İnfüzyon	(40)

Üzüm	<i>Vitis vinifera</i>	Tohum	Flavonoid, antosiyanin, proantosiyainidin	Peptik ülser	Takviye edici gıda	(36)
Yeşil çay	<i>Camellia sinensis</i>	Yaprak	Epigallokateşin gallat	İBH, peptik ülser	Preparat, infüzyon	(36, 47)
Zencefil	<i>Zingiber officinale</i>	Rizom	Oleorezin, gingeroller, sabit yağlar, bisabol, zingiberen ve zingiberol	Dispepsi, <i>Helicobacter pylori</i> , bulantı-kusma, İBS	Preparat, gıda	(27, 37, 47)
Zerdeçal	<i>Curcuma longa</i>	Rizom	Kurkumin	İBH, İBS, peptik ülser	Preparat	(3, 27, 38, 49)

**Tablo 2.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Sık Kullanılan Doğal Ürünler

<b>Diğer Doğal Tedaviler</b>	<b>Etken Madde</b>	<b>Endikasyon</b>	<b>Kullanım Şekli</b>	<b>Kaynaklar</b>
A vitamini	A vitamini	Kronik gastrik ülser	Takviye edici gıda	(27)
Balık yağı	Araşidonik asit	İBH, peptik ülser	Takviye edici gıda	(36, 47)
Bütirat	Bütirat	İBH	Lavman, takviye edici gıda	(3)
Çinko	Çinko	Peptik ülser	Takviye edici gıda	(27)
Diyet lifi	Pektin, guar, gum, pisilyum	Peptik ülser, gastrit, İBS	Takviye edici gıda, gıda	(27, 47)
E vitamini	E vitamini	Kronik gastrik ülser	Takviye edici gıda	(27)
Kateşin	Kateşin	Peptik ülser	Takviye edici gıda	(27)
Kersetin	Kersetin	İBH	Takviye edici gıda	(27)
L- Triptofan	L- Triptofan, 5- hidroksitriptofan	İBS	Takviye edici gıda	(27)
Prebiyotik	Kepek, pisilyum, dirençli nişasta, inülin, laktuloz, oligosakkaritler	İBH	Preparat, gıda	(27, 53)

Probiyotik	<i>Saccharomyces boulardii</i> , <i>Lactobacillus-GG</i> , <i>Bifidobacterium</i>	İBS, İBH	Takviye edici gıda	(27)
Soya	İzoflavon (genistein)	İBH	Takviye edici gıda	(47)

## 2.4. Gastro-intestinal Hastalıkların Tedavisinde Kullanılan Bazı Doğal Ürünler Hakkında Genel Bilgiler

### Alman Papatyası (*Matricaria recutita*) (Asteraceae)

Alman papatyası ya da mayıs papatyası olarak adlandırılan *Matricaria recutita*, en sık kullanılan ve en çok araştırılan bitkilerden biridir. Gaz giderici, antimikrobiyal, sakinleştirici, spazm giderici etkilerine karşılık bilimsel veriler oldukça çoktur. Halk tarafından gaz, hazımsızlık, diyare, iştahsızlık, bulantı, kusma, ülser gibi mide ve bağırsak hastalıklarında tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Alman E komisyonu, Gİ spazm ve Gİ kanalın iltihabi hastalıklarında papatyayı önermiştir. (46) WHO Monografi'nda sindirim sistemine ait küçük iltihapların tedavisinde destekleyici olarak kullanımı bildirilmiştir. Deneysel ve klinik çalışmalarla desteklenmeyen, ancak halk arasında antibakteriyel, antiviral ve emetik olarak kullanımı belirtilmiştir. (54) *Matricaria recutita* bitkisinin içeriğinde  $\alpha$  -bisabolol,  $\alpha$  -bisabolol oksit A ve B, kamazulen ve seskiterpenler gibi terpenoidler bulunmaktadır. Kamazulenin ticari yapımı iltihap önleyici, spazm giderici etkilere sahiptir. Bisabolol bileşeni ise intestinal düz kaslarda spazm önleyici etkiler göstermekle beraber iltihap önleyici, antibakteriyel, ülserden koruyucu etki yaratır. Apigenin ve luteolin flavanoidleri iltihap önleyici, gaz giderici ve spazm önleyici özellikler gösterir. Umbeliferon ise antibakteriyel ve spazm giderici olarak rapor edilmiştir. (46)

*Matricaria recutita* ekstresinin, iltihap önleyici ve lökosit filtreleme özelliğinin olduğu bildirilmiştir. Çiçeklerinin metanol ekstratları, gram negatif *Helicobacter pylori* bakterilerine karşı tedavi edici olarak gösterilmiştir. *Iberis amara*, *Melissa officinalis*, *Matricaria recutita*, *Carum carvi*, *Mentha x piperita*, *Glycyrrhiza glabra*, *Angelica archangelica*, *Silybum marianum* ve *Chelidonium majus* bitkilerinin tek başlarına ya da ticari olarak birlikte hazırlanmış şekillerinin, doza bağlı olarak, ülser tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. Asit çıkışı azaltırken, müsin salınımını artırdığı ve bununla birlikte; prostaglandin E2 çıkışı artırırken, lökotrienleri azalttığı belirtilmiştir. (55)

*Matricaria recutita*, çay veya tonik olarak kullanılabilirdiği gibi haricen de kullanılabilir. (46) EMA Monografi *Matricaria recutita*'nın geleneksel kullanımını, yetişkinlerde oral olarak 1,5- 4 g parçalanmış bitki materyalinin, 150 ml kaynamış suda,

infüzyon yöntemiyle hazırlanması olarak bildirmiştir. Günlük dozu 3-4 kez olarak belirtilmiştir. Asteraceae familyasına duyarlılığı olan kişilerde kullanımı kontraendik edir. (56)

### **Aloe Vera, Tıbbi Sarısabır (*Aloe barbadensis*) (Asphodelaceae)**

*Aloe vera* ya da tıbbi sarısabır olarak bilinen *Aloe barbadensis*'in terapötik olarak kullanılan kısmı yapraklarıdır. Yapısındaki mukopolisakkaritler, terapötik etkilerinden sorumlu bileşendir. Geleneksel tıpta su, jel ve preparat gibi çeşitli şekillerde kullanımları mevcuttur. (3, 27) *Aloe vera* jel, *Aloe barbadensis*'in yapraklarındaki müsilajınöz sıvı özüdür. *Aloe vera* suyunun ise iltihap önleyici etkiye sahip olması sebebiyle bazı hekimler tarafından ülseratif kolit hastalığında kullanıldığı bildirilmiştir. Çift körlü randomize çalışma ile *Aloe vera* jelin hafif, orta dereceli aktif ülseratif kolitin tedavisindeki etkinliği ve güvenilirliği araştırılmıştır. 4 hafta boyunca, günde 2 kez olmak üzere, 30 hastaya 100 ml oral *Aloe vera* jel verilirken; 14 hastaya 100 ml plasebo tedavisi uygulanmıştır. *Aloe vera* jel ile tedavi edilenlerde klinik remisyon, iyileşme ve yanıt sırasıyla 9 (%30), 11 (%37) ve 14 (%47) hastada görünürken; kontrol grubunda bu değerler sırasıyla 1 (%7), 1 (%7) ve 2 (%14) hasta olarak bildirilmiştir. Yapılan çalışma az kişi üzerinde olmasına rağmen, *Aloe vera* plasebodan daha etkili bulunmuştur. *Aloe vera*'nın ülseratif kolit üzerindeki mekanizması ise tam olarak belli değildir. İnsan kolon mukozası üzerinde yapılan *in vitro* çalışmalarda, *Aloe vera* jelin mikrop öldürücü ve iltihap önleyici özelliği, prostaglandin E2 ve IL-8 salınımını engellemesi ile gösterilmiştir. (3) EMA Monografi'na göre iyi bilinen kullanım olarak, bitkisel ürünlerinin yoğunlaştırılmış ve kurutulmuş yaprak suyu ve standardize bitkisel preparatları bildirilmiştir. Konstipasyonda, bitkisel tıbbi ürün olarak kısa süreli kullanımı, terapötik endikasyon olarak bildirilmiştir. 1-2 haftadan daha uzun süre kullanımında medikal gözetim gerekir. (57)

### **Balık Yağı**

Etanol, aspirin, indometazin, deksametazon ile uyarılmış gastrik ülserde, balık yağının mide koruyucu etkileri bildirilmiştir. Gastrik asit salınımı ve lipid peroksidasyonunu azaltmasının yanı sıra antioksidan enzimlerin artmasını sağlayarak sıçanlarda mide koruyucu etki gösterdiği raporlanmıştır. (36)



DHA gibi omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin, lökotrien gibi lipid enflamatuvar medyatörleri üzerinde etkilerinin olduğu bildirilmiştir. İnsanlarda balık yağının kullanılmasının, lökotrien B4'ü azaltırken; zayıf bir iltihap ve kemotaktik uyarıcı olan lökotrien B5'i artırdığı söylenmiştir. DHA'nın indometazinin gastrik toksisitesini önlediği bildirilmiştir. DHA, prostaglandin E2'nin gastrik seviyesinin indometazin ile indüklenen azalışını geri döndürememiştir; ancak buna karşın lökotrien B4'ün gastrik seviyelerinin artışı kısmen önlemiştir. Gastrik hasarı ise lökotrien B4 seviyelerindeki azalma sayesinde sağladığı rapor edilmiştir. (36)

Omega-3 yağ asitlerinin iltihap önleyici olduğunu bildiren hayvan ve insan çalışmaları bulunmaktadır. İBH hastalarında, omega-3'ün terapötik etkisi olduğu savunulmaktadır. Ancak omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin, İBH hastaları üzerindeki faydalı etkilerini açıklayan mekanizma tartışmalıdır. Klinik çalışmalar daha çok ülseratif kolitle sınırlıdır. Tüm çalışmaların sonucunda ise bu bileşenlerin steroid/aminosalisilik asit kadar koruyucu etki göstermesi veya remisyonu devam ettirmesi beklenmemektedir. Ülseratif kolitli 18 hasta üzerinde yapılan randomize çapraz çalışmanın sonucunda, balık yağı takviyesi ile rektal diyalizatta lökotrien B4 seviyesi azalmıştır. Çalışmanın sonunda histoloji düzelmiştir ve hastalar kilo almıştır. Buna karşılık, Kanada'da ülseratif kolitli 11 hasta ile yapılan çalışmada klinik fayda sağlanmıştır; ancak mukozal lökotrien B4 azalmamıştır. 6 aydan uzun bir süreçte ise serum lökotrien B4 anlamsız iken NK hücre sitotoksitede eş zamanlı düşüş görülmüştür. Amerika'da, uzun süredir bağırsak problemi yaşayan 47 hasta üzerinde yapılan çalışmada esansiyel yağ asidi eksikliği araştırılmıştır. Hastaların çoğunluğu Crohn hastasıdır. 56 katılımcıdan oluşan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hasta metabolizmalarının esansiyel yağ asidi eksikliği ile kıyaslanabilir olduğu görülmüştür. Hastaların %7'sinde çoklu doymamış yağ asidi seviyesinde, doymuş ve tekli doymamış yağ asidi seviyelerinde düşüklük görülmüştür. İBH hastalarının esansiyel yağ asidi eksikliği açısından değerlendirilmesi ve yüksek esansiyel yağ asidi içerikli takviye ile desteklenmesi önerilmektedir. Buna rağmen, Japonya'da Crohn hastaları ile yapılan çalışmada esansiyel yağ asidi eksikliğine nadir rastlanmıştır. Birleşik Krallık'ta yürütülen çalışmada Norfolk'ta yaşayan 26000 kişinin diyetle omega-3 çoklu doymamış yağ asitleri, EPA ve DHA alımı ile ülseratif kolit gelişme riskindeki azalma ilişkilendirilmiştir. Macaristan'da 51 ülseratif kolit hastası ile yapılan küçük çapraz çalışmada bu sonuca varılamamıştır. Ülseratif kolit hastalarında balık yağının oksidatif stresi azaltıp azaltmadığı Brezilya'da

9 hasta üzerinde yapılan çapraz çalışmada değerlendirilmiştir. Sülfasalazin ile tedavi edilen hastalar 2 ay boyunca ek olarak omega-3 veya 2 ay boyunca plasebo almışlardır. Sağlıklı 9 hasta ile karşılaştırılmışlardır. Hastalık standart serolojik değerlerle, endoskopi ve histoloji ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar balık yağının serbest radikal süpürücü olarak rol oynayarak koruyucu etki sağladığını göstermiştir. Almanya’da yapılan çalışmada, üç aydır remisyon sürecinde olan 64 ülseratif kolit hastasına 5- aminosalisilik asit bileşenlerinin verilmesi durdurulmuştur. Hastalara balık yağı takviyesi verilmiştir ve 24 ay boyunca takip edilmiştir. Çalışmanın başında ve sonunda kolonoskopik değerlendirme yapılmıştır. İlk 2 ayda hastalık semptomları hafiflerken sonrasında nüksetme oranı tedavi alanlar ve plasebo grubu arasında değişkenlik göstermemiştir. Omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin ülseratif kolitin nüksetmesini geciktirebileceği ancak önleyemeyeceği sonucuna varılmıştır. Birleşik Krallık’ta 87 hasta ile yapılan randomize kontrollü körlü çalışmada balık yağının bazı faydaları bulunmuştur. Hastalığın aktif döneminde olan 53 hastanın kortikosteroid gereksinimleri azalmıştır. Balık yağı anlamlı ölçüde olmasa da remisyon dönemine daha hızlı girmelerini sağlamıştır. Buna karşılık eğer hastalar remisyon dönemindeyse nüks oranları arasında fark yoktur. Balık yağı takviyesinin hastalığın aktif döneminde düşük dozda kortikosteroid kullanılmasına izin veren az bir faydasının olduğu görülmüştür. Bununla birlikte idamede bir rolü yoktur. Almanya’da 204 Crohn hastası ile randomize kontrollü çok merkezli bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda omega 3 yağ asitlerinin uzayan remisyon döneminde bir rolü olmadığı belirtilmiştir. Aktif koliti olan 10 hasta ile randomize çapraz çalışma yapılmıştır. Hastalar 2 ay boyunca sülfasalazin veya omega 3 yağ asidi ile tedavi edilmiştir. Çalışmanın sonunda endoskopik, histolojik ve tüm bedendeki protein eksilmesi değerlendirilmiştir. Sadece omega 3 yağ asidi ile tedavi edilenler diğer gruba göre daha az iyileşme göstermiştir. Bu çalışmada aktif ülseratif kolitte sülfasalazinin omega 3’e göre daha iyi sonuç verdiği savunulmuştur. Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde, omega 3 çoklu doymamış yağ asitlerinin İBH üzerinde bazı faydalarının olduğu ancak mekanizmaların çelişkili olduğu görülmektedir. (58)

EPA, DHA ve balık yağına duyarlılığı olan kişilerde, pıhtılaşma bozukluğu (hemofili, trombositopeni) olan hastalarda, diyabet hastalarında, günde 25000IU A vitamini veya 800 IU D vitamini alan hastalarda kullanımına dikkat edilmelidir. Kan sulandırıcılarla etkileşimi bildirilmiş olup kanama riskini artırabilir. Siklosporin ile kullanımı ilacın etkisinin azalmasına neden olabilir. Antidiyabetik ilaçlarla kullanımı kan

şekerinin kontrol altında tutulmasına engel olabilir. Balık yağının uzun süre kullanımı E vitamini eksikliğinin artmasına neden olabilir. Sarımsak, papatya, zencefil, ginkgo ve ginseng gibi kumarin içeren veya antikoagülan etkisi olan bitkilerle kullanımı etkileşim gösterebilir. (59)

### **Biberiye (*Rosmarinus officinalis*) (Lamiaceae)**

*Rosmarinus officinalis*'in kurutulmuş yaprakları terapötik etki için kullanılmaktadır. Aktif bileşenleri rozmarinik asit, karnasol ve karnosik asittir. EMA Monografi, bitkinin dispepsi ve spazm şikâyetlerini giderici etkisinden faydalanmak için oral kullanımını bildirmiştir. EMA Monografi'na göre 2 g kurutulmuş biberiye yaprağı 150 ml kaynamış suda bekletilerek oral olarak günde 2-3 kez kullanılabilir. Bitkinin aktif bileşenlerine karşı hassasiyeti olanlarda kullanımı kontraendikedir. Ayrıca karaciğer hastalığı, safra tıkanıklığı, safra taşı ve safra hastalıkları olanlarda kullanılmadan önce hekime danışılmalıdır. (60)

Bununla beraber, *Rosmarinus officinalis*'in %70'lik etanol ekstresinin sıçanlar üzerinde gastrik ülserle karşı koruyucu etkisi araştırılmıştır. Oksidatif hasar belirteçleri, enzimatik antioksidan savunma sistemi, nitrit- nitrat seviyeleri ve enflamatuvar cevap değerlendirmeleri temel alındığında, anlamlı bir antioksidan seviye ve iltihap önleyici etki sağlanmıştır. (61)

Alman Komisyon E'nin biberiye yapraklarının dispepsi tedavisindeki yerini belirtmesine rağmen, biberiyenin bu kullanımı için anlamlı çalışmalar bulunmamaktadır. (32) Biberiyenin oral kullanımı için bitki çayı, katı veya sıvı takviye formları bulunmaktadır. (60)

### **Çörek Otu (*Nigella sativa*) (Ranunculaceae)**

Latince adı *Nigella sativa* olan çörek otu, Ranunculaceae familyasına aittir. Çörek otunun aktif bileşenleri, timokinon, timohidrokinon, ditimokinon, timol, karvakrol, nigellisin ve alfahedrinindir. Bununla birlikte çörek otunun bağışıklık uyarıcı, iltihap önleyici, kanser önleyici ve antimikrobiyal gibi farmakolojik etkileri tanımlanmıştır. (62)

Yaygın olarak kullanılan çörek otu üzerine yapılan *in-vitro* çalışmalarda *Helicobacter* karşıtı etkisi gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada çörek otunun ülser olmayan dispepsi hastalarındaki *Helicobacter pylori*'ye karşı etkisi araştırılmıştır. 88

yetişkin hasta üzerinde yapılan çalışmada, 4 haftanın sonucunda klaritromisin, amoksisilin, omeprazol alan grup ile 40 mg omeprazole ek olarak 1 g, 2 g ve 3 g çörek otu tohumu verilen dört ayrı grup değerlendiriliyor. *Helicobacter pylori* eradikasyonu sırası ile %82,6; %47,6; %66,7 ve %47,8 olarak bulunmuştur. 2 g çörek otu tohumu verildiğinde ilaç tedavisi ile istatistiksel olarak farklılık yoktur; ancak diğer dozlarda anlamlı olarak ilaç tedavisine göre oran daha azdır. Dispepsi belirtileri ise tüm gruplarda benzer olarak iyileşmiştir. (62)

Bir başka çalışmada çörek otu yağının (0,88g/kg), etanol kaynaklı ülser olan erkek sıçanlarda gastrik salgı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sonuçlar *Nigella sativa* yağının gastrik müsin içeriğini, serbest asiditeyi ve glutatyon seviyesini artırdığını ve gastrik mukozal histamin içeriğini düşürdüğünü göstermiştir. Buna göre de çörek otu yağının etanol kaynaklı ülerde etkili olabileceği savunulmuştur. (63)

Çörek otu yağının (oral yolla 2,5 ml/kg) deneysel kolitte (trinitrobenzensulfonik asit kaynaklı kolit) etkisi araştırılmıştır. Kolit üzerinde enflamatuvar cevap etkisi yarattığı sonucuna varılmıştır. Çörek otunun Gİ hastalıklarda hem tedavi edici hem de koruyucu olduğu düşünülmektedir. (63)

Dispepsi tanısı almış 70 hastanın yarısına ballı çörek otu yağı formülasyonu (5 ml/gün çörek otu yağı, oral yolla), diğer yarısına plasebo verilerek 8 haftalık çift körlü randomize plasebo kontrollü paralel çalışma yapılmıştır. Sonucunda ise ballı çörek otu yağı formülasyonu alan grupta plasebo grubuna göre dispepsi belirtilerinin ve *Helicobacter pylori* iltihabının azaldığı bildirilmiştir. (64)

## **Diyet Lifi**

Diyet lifi alımının, konstipe hastalarda ve konstipasyon ile seyreden İBS hastalarında önemli olduğu düşünülmektedir. Sistemik olmayan veriler, keten tohumunun hekimler ve diyetisyenler tarafından diyet lifi olarak sık kullanıldığını göstermektedir. Sağlıklı gönüllülerle yapılan kontrollü çalışmada, keten tohumunun laksatif etkisine bakılmıştır. 10 sağlıklı gönüllüye günde 50 gram keten tohumu verilerek, bağırsak hareketlerinde haftalık %30'luk artış sağlandığı bildirilmiştir ( $p < 0,05$ ). Başka bir çalışmada ise günlük daha düşük dozda keten tohumu takviyesi verildiğinde, fekal ağırlıkta anlamlı bir artış görünmüştür ( $p < 0,05$ ). Yapılan bir çalışmada ise keten tohumu ve pisilyumun, konstipasyon baskın İBS hastaları üzerindeki etkisine bakılmıştır. 3 ay sonucunda konstipasyon ve abdominal semptomlarda azalmanın olduğu gösterilmiştir.

Keten tohumunun etki mekanizmasının lif içeriği olduğu düşünülmektedir. Keten tohumu, aynı zamanda iyi bir omega 3,  $\alpha$ -linolenik asit ve lignin kaynağı olarak gösterilir. (40)

İBS'nin standart tedavisinde diyet lifinin günlük alımı artırılır. Yapılan bir çalışmada İBS hastalarının diyetlerine 6 hafta boyunca buğday kepeği şeklinde 7 gram diyet lifinin eklenmesi ile bağırsak hareketlerinin anlamlı olarak iyileştiği bildirilmiştir. Buğday kepeğinin etkisini araştırmak için gerçekleştirilen başka bir çift körlü plasebo kontrollü çapraz çalışmada hastalara 3 ay boyunca buğday kepeği veya plasebo bisküvisi dönüşümlü olarak verilmiştir. İki grupta da semptomlarda iyileşme sağlandığı ve ilk 3 aylık tedaviden sonra gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark görülmediği raporlanmıştır. Benzer şekilde ikinci 3 ayın sonunda her iki grupta da ek bir iyileşmeye rastlanmamıştır. Dolayısıyla kepek kullanımına bağlı meydana gelen dışkı hacmindeki artışın, gözlenen iyileşmeye katkıda bulunmadığı, iyileşmenin plasebo etkisinden kaynaklandığı bildirilmiştir. (47) Plasebo kontrollü çapraz çalışmada buğday kepeğinin plaseboya göre daha etkili olduğu gösterilememiştir. Düşük kalite randomize iki çalışmada ise dışkılama sıklığı ve kıvamında az bir etkisi olduğu veya etkisinin olmadığı bildirilmiştir. (65)

Pisilyum, *Plantago ovata* bitkisinin tohum kabuklarıdır. Pisilyumun dışkılama sıklığı ve dışkı kıvamında olumlu etki yarattığı ve dışkılama kolaylığı sağladığı düşünülmektedir. İki çalışmada ise pisilyum ile laktuloz karşılaştırılmıştır. Müshiller, bağırsak atıklarını yumuşatır ve dışkılama sıklığını artırır. Bu temel bilgiye göre karşılaştırıldığında, laktuloz ve pisilyumun büyük ölçüde aynı etkiyi yarattığı söylenmiştir. Çeşitli dozlarda metiselüloz ve pisilyum karşılaştırıldığında ise, her iki ajanın da dışkılama sıklığı ve kıvamında az ve eşit etkiler yarattığı rapor edilmiştir. Bu ajanların sağlıklı kişilerde, konstipasyonu olanlara göre daha etkili olduğu söylenmiştir. (66)

Diyet lifinin bir şekli olan pisilyum başka çalışmada İBS üzerine etkisi için değerlendirilmiştir. 26 İBS hastası ile çift körlü plasebo kontrollü çapraz deney yürütülmüştür. Plasebo grubu ile karşılaştırıldığında, pisilyum kullanan İBS hastalarının %50'sinde iyileşme gözlemlendiğini bildirmiştir. İyileşen hastaların çoğunluğu ise konstipasyonu ve abdominal ağrısı olan hastalardır. Bazı çalışmalar, İBS hastalarında lif kullanımını desteklerken; birkaç kepek şeklindeki diyet lifinin İBS semptomlarını kötüleştirebileceğini bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada, İBS tanısı almış 100 yeni

hastadan alınan anket sonuçlarını değerlendirmiştir. Buna göre, İBS hastalarının %55'inin semptomları kepek ile kötüleşirken, hastaların %10'unda kepek yararlı olmuştur. En çok etkilenilen semptomlar, abdominal gerginlik ve ağrıyı takip eden bağırsaktaki huzursuzluklardır. Çalışmaya göre meyve dışındaki diyet lifi çeşitlerinin semptomları kötüleştirdiği görülmemiştir ve çoğu kişide diyet lifi takviyesinin yararlı olduğu raporlanmıştır. (47)

### **Kudret Narı (*Momordica charantia*) (Cucurbitaceae)**

Kudret narı olarak bilinen *Momordica charantia*, flavonoid, saponin ve sterol bileşenlerini içermektedir. Kudret narındaki flavanoitlerin, radikal temizleyici etki göstermelerinden dolayı, ülser ve iltihap önleyici etkilerinin bulunduğu savunulmaktadır. (67) Ayrıca içeriğindeki  $\beta$ -Sitosterol ve daukosterolün, iltihap önleyici ve bağışıklık düzenleyici etkilerinin olmasının yanı sıra, üreaz engelleyici etkisinin olmasının da insanlarda ülser ve iltihap oluşumunu engellediği düşünülmektedir. (68) Kudret narı meyvesinin metanol ekstresinin, gastrik mukozal içeriği artırarak, asetik asit nedenli gastrik ülserin iyileşmesini hızlandırdığı savunulmuştur. Aynı zamanda sıçanlarda toplam asidite, serbest asidite ve pepsin içeriğini düşürerek, gastrik ülser ve duodenal ülserin gelişmesini önlediği bildirilmiştir. (36) Kudret narı meyve ekstresinin, *Helicobacter pylori* iltihabına ve gastrik ülsere karşı faydalı etkileri raporlanmıştır. (69)

İki farklı ülser modelinde de ülsere karşı etkisinin mevcut olduğu bildirilmiştir. 1999 yılında yapılan bir çalışmada etanol ile indüklenen gastrik lezyon, momordin (10 mg/kg) ile inhibe edilmiştir. Kudret narının süzme bal içerisinde bekletilmiş, kurutulmuş meyve tozu kullanılarak, sıçanlar üzerinde yapılan çalışmada, etanol ile indüklenen ülsere karşı doza bağlı bir etki gösterdiği sunulmuştur. Bununla birlikte, 2000 yılında indometasin tedavisi alan sıçanlarda HCl-EtOH ile indüklenen ülser ve dietilditiyokarbamat ile indüklenmiş ülser modellerinde, kudret narının ülser karşıtı etkileri anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, *Momordica charantia*'nın sahip olduğu *Helicobacter pylori* karşıtı aktivite sayesinde, ülsere karşı faydalı etki gösterdiği başka bir çalışma ile de ortaya konmuştur. (70)

Hipoglisemik etkilerinden dolayı, *Momordica charantia* ekstrelerinin, insülin ve oral hipoglisemik ilaçlarla etkileşiminin bulunduğu bildirilmiştir. Kudret narı kullanan hastaların, kan şekerlerini kontrol etmeleri önerilmektedir. Günlük dozları, bitkinin kullanım şekline göre değişkenlik göstermektedir. Taze kudret narı için günlük doz 50-

100 ml olarak bildirilmiştir. Acı tadından dolayı tüketilmesi zor olan kudret narının, kapsül formunda kullanımı günlük doz olarak 3- 15 g arasında önerilmektedir. Standardize edilmiş kapsül ekstralarının ise günde 3 kez 100- 200 mg arasında kullanılabilceğı bildirilmiştir. (71)

### **Lahana (*Brassica oleracea* var. *capitata* f. *alba*) (Brassicaceae)**

*Brassica oleracea* var. *capitata* f. *alba* yapraklarının glutamin ve sülfurafan içeriğı nedeniyle terapötik etkili kullanımı bulunmaktadır. Çiğ lahana suyunun, peptik ülser tedavisinde kullanımına dair çalışmalar bulunmaktadır. Günde 1 litre taze lahana suyunun, ortalama 10 gün boyunca kullanımının ülseri iyileştireceğı düşünülmektedir. Ülseri tedavi edici özelliğinin ise yüksek glutamin içeriğinden kaynaklandığı çalışmalarda gösterilmiştir. 57 hasta ile yapılan çift körlü çalışmada, 24 kişi günde 1,6 g/kg glutamin kullanırken, kalan kişiler medikal tedaviye (asit giderici, spazm giderici, diyet, süt ve irrite etmeyen diyet) başvurmuştur. Glutaminin daha etkili bir tedavi olduğı raporlanmıştır. Mekanizmanın tam olarak bilinmemesine rağmen, araştırmacılar mukoproteinde, heksosamin kısmının biyosentezinde glutaminin rol alması nedeniyle bu etkinin olabileceğini kabul etmişlerdir. Müsin sentezini uyararak, peptik ülser hastalarına fayda sağladığı düşünülmüştür. Aynı zamanda lahanagillerdeki sülfurafan gibi izotiyosiyanatların, *Helicobacter pylori* karşıtı etki gösterdiği bildirilmiştir. Çift körlü çalışmada *Helicobacter pylori* bulaşmış 48 hasta, 8 hafta boyunca her gün 420 µmol sülfurafan içeren 70 g brokoli veya plasebo ile beslenmiştir. Brokoli tüketenlerde üre nefes testi ile ölçüm yapıldığında üreaz seviyesinin düştüğü raporlanmıştır. Ayrıca dışkıda *Helicobacter pylori* antijen (*Helicobacter pylori* kolonizasyon belirteci) ve serum pepsinojen I ve II (gastrik iltihap belirteci) seviyesi azalmıştır. Tedaviye devam edilmediğı takdirde değerlerin eski seviyelerine döndüğü bildirilmiştir. (27)

### **Meyan (*Glycyrrhiza glabra*) (Fabaceae)**

*Glycyrrhiza glabra* bitki kökünün, bağışıklığı düzenleyici ve adaptojenik özelliğe sahip olduğı bildirilmiştir. İçeriğinde gliserizin gibi aktif kimyasallar bulundurur. Meyan kökenli yarı sentetik bir bileşen olan diamonyum glisirizinat, ülseratif kolit tedavisinde faydalı olabilir. Sıçanlarda, diamonyum glisirizinatın intestinal mukozal iltihabı iyileştirebileceğı ve iltihaplı mukozada NF-κB, TNF-α, ve ICAM-1 ifadesini azaltabileceğı bildirilmiştir. Klinik çalışmalar, meyanın diğer bitkilerle birlikte

kullanımının da ülseratif kolit tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir. (3) EMA Monografi'na göre meyanın bitki çayı, katı veya sıvı formları geleneksel kullanımları olarak bildirilmiştir. Geleneksel kullanımda, mide yanmaları ve dispepsi şikâyetleri için endikasyonu bildirilmiştir. 1,5- 2 g parçalanmış bitki materyalinin 150 ml kaynamış suda infüzyonunun ya da dekoksionunun oral olarak, günde 2- 4 kez kullanımı bildirilmiştir. Ayrıca, 4 haftadan daha uzun süre kullanımı önerilmemektedir. EMA Monografi'na göre, hipertansiyon hastaları, böbrek hastalığı olanlar, karaciğer veya kalp damar hastalığı olanlar ve hipokalemi hastası olanlar meyanın yan etkilerine karşı daha duyarlıdırlar. (72)

### **Patates (*Solanum tuberosum*) (Solanaceae)**

Almanya ve İsviçre'de spazm giderici ve mide asidi giderici etkisi nedeniyle sıklıkla kullanılan patatesin, iki aktif bileşeni  $\alpha$ -kakonin ve  $\alpha$ -solanin steroid alkaloid glikozitleridir. Dispepsi üzerine etkisi net olmamakla beraber, yüksek steroid alkaloid konsantrasyonunun toksik olduğu bildirilmiştir. 2006 yılında organik yetiştirilmiş patates suyunun etkinliği pilot bir çalışma ile gözlemlenmiştir. 42 dispepsi hastası ile yapılan çalışmada, 1 hafta boyunca günde 2 kez 100 ml veya daha fazla patates suyu (Biotta) verilmiştir. Şikâyetler devam ederse 100 ml daha patates suyu önerilmiştir. Tedaviyi değerlendirmek için sindirim sistemi profili, hastalığa özel değerlendirme anketi (QOLRAD) ve kişinin tedavi başarısını değerlendirmesi (Likert Scale) kullanılmıştır. Sindirim sistemi profili, hastalığa özel değerlendirme anketi (QOLRAD) ve kişinin tedavi başarısını değerlendirmesine (Likert Scale) göre sırasıyla 16, 18 ve 26 hasta tedavinin çok iyi ve iyi olduğunu bildirmiştir. Sindirim sistemi profiline göre 13, hastalığa özel değerlendirme anketine (QOLRAD) göre 11 ve kişinin tedavi başarısını değerlendirmesine (Likert Scale) göre 10 hasta tedavi etkinliğinin zayıf olduğunu bildirmiştir. Çalışmanın sonucunda, hastaların yaklaşık üçte ikisi tedaviden fayda sağladığı için patates suyunun, dispepsi şikâyetleri için kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Ancak, plasebo kontrollü çalışmaların gerekli olduğu düşünülmektedir. (73)

Yapılan bir çalışmada iltihabi gastrit/ gastroduodenal hastalığı endoskopi ile doğrulanmış olan 18 hastaya 6 gün boyunca, 5 kat yoğunlaştırılmış patates suyu (Biotta) verilmiştir. 3 hasta günde 2 çay kaşığı, 9 hasta günde 3 çay kaşığı ve 5 hasta günde 3 çorba kaşığı yoğunlaştırılmış patates suyu almıştır. Sindirim sistemi semptomları tedaviden önce ve sonra değerlendirildiğinde, sonuçların doza bağlı değişkenlik



göstermediği bildirilmiştir. 14 hasta sindirim sistemi şikâyetlerinin %60 veya daha fazla iyileştiğini belirtirken, 10 hasta tedavinin etkinliğini çok iyi veya iyi olarak belirtmişlerdir. Yoğunlaştırılmış patates suyunun dispeptik yakınmalarda daha etkili olabileceği düşünüldüğü için daha çok klinik çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. (74)

Galaktan polisakkaridi sayesinde ülserde azalma, mukozal iyileşme ve H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-ATPaz, antioksidan ve antioksidan enzimlerinde normalleşme olduğu bildirilmiştir. Mukozal iyileşmenin, patates galaktan polisakkaridinin sitoprotektif ve DNA koruyucu özellikleri sayesinde ve mukozal tabakanın yenilenmesine katkı sağlaması ile olabileceği belirtilmiştir. Patates galaktan polisakkaridinin aynı zamanda *Helicobacter pylori* gelişimini engelleyici etki gösterdiği savunulmaktadır. Çiğ patates suyunun sindirim sistemini koruyucu etkisinden, bileşenlerinin su içerisinde ayrılması ile faydalanılabileceği bildirilmiştir. Patatesteki diyet lifi olan pektik polisakkaridin, pişmiş veya çiğ olarak kullanılmasına bakılmaksızın sağlığa faydalı etkilerinin bulunduğu söylenmektedir. (36)

### **Prebiyotik**

Prebiyotikler kolonda florayı oluşturan bakterileri destekleyen, patojenik bakterilerin çoğalmasını önleyen, kolon florasının sağlıklı gelişimini sağlayan besin içerikleri olarak ifade edilir. Prebiyotikler, üst GİS’de sindirilemezler. Kolonda fermentasyona uğrayarak, konağın sağlığına olumlu etkisi olan bakteri türlerinin sayısını ve etkinliğini artırır. Böylece, kolon mikroflorasının dengesini korurlar. Ayrıca prebiyotiklerin bağırsak hareketlerini düzenlediği, kolon kanseri riskini azalttığı, patojen mikroorganizmaların çoğalmasını önleyerek intestinal sistemdeki hastalık riskini azalttığı savunulmaktadır. Sindirilmemiş polisakkaritler en etkin prebiyotik içerikleri olarak bildirilirken; inülin tipi fruktanlar, FOS, GOS, isomalt- oligosakkaritler, ksilo- oligosakkaritler, soya fasulyesi oligosakkaritleri, laktuloz ve polidekstrozlar üzerinde en çok çalışılan prebiyotikler olarak bildirilmiştir. (53)

Besinlerden en çok buğday, soğan, enginar, sarımsak ve patateste bulunduğu belirtilen inülinlerin, kolonda KZYA’nın uyarıcıları olduğu belirtilmektedir. Literatürde, inülin *Laktobasillus* ve *Bifidobacteria* türlerinin büyümesini uyararak deneysel İBH modelinde, mukozal iltihapta olumlu etki göstermiştir. İnülinler, sonrasında kolonda anaerobik bakteriler tarafından yıkılırlar. (53)

*Asteraceae* familyasından hindibanın, endüstriyel olarak inülin ekstraksiyonu için kullanıldığı belirtilmiştir. Doğal hindiba inülini taze köklerden değişik ekstraksiyon yolları kullanılarak ayrıştırılır. Mikrobiyal kökenli endo-inulinaz enzimiyle ise  $\beta$  (2-1) bağları ile bağlanmış olan D-fruktoz polimeri olan FOS elde edilir. *Bifidobakter* türleri ve *Laktobasil* türleri tarafından selektif fermantasyon sonucu oluşan oligosakkaritler de FOS gibi prebiyotik özelliğe sahiptir. Bitkisel kökenli FOS olarak inülin ve OF gösterilebilir. Besinlerde sıklıkla hindiba kökü, kuşkonmaz, sarımsak, soğan, enginar, yerelması, buğday, muz ve pırasada bulunurlar. İnülin ve OF'un sindirilmeden kalın bağırsaklara geldiği; ince bağırsakta çok az hidrolize olduğu gösterilmiştir. Düşük molekül ağırlıklı fruktanların, yüksek molekül ağırlıklı fruktanlara göre mide ve ince bağırsaklarda asit ve enzimatik hidrolize daha duyarlı oldukları bildirilmiştir. (53)

Prebiyotiklerle yapılan klinik çalışmalarda yan etki olarak gaz üretimi gözlenmiştir. 10 kişi üzerinde 12 gün boyunca yapılan çalışmada günde 15 g FOS alanlar, sükroz alan grup ile karşılaştırılmıştır. FOS alan grupta anlamlı oranda daha fazla karın ağrısı, geğirme, gaz ve abdominal distansiyonda artışa rastlandığı bildirilmiştir. Ancak bu semptomların şiddetinin orta seviyenin üstünde olmadığı ve günde 14 gram inülinin abdominal distansiyon, gaz ve Gİ spazmlarında artmaya yol açtığı belirtilmiştir. Bireylerin %12'sinde gaz şikâyetlerinin ciddi seviyede olduğu raporlanmıştır. FOS alımı ile gaz ve abdominal şişkinlik yakınmaları değerlendirildiğinde, günlük 10 gram FOS alımının bu prebiyotiklere en uygun toleransı sağladığı gösterilmiştir Farklı FOS dozları (5- 20 g) ile yapılan çalışmalarda, solunumsal hidrojen miktarının, karında gaz ve şişkinlik şikâyetlerinin doza bağımlı olarak arttığı bildirilmiştir. Buna karşın, yapılan bir çalışmada 8 sağlıklı bireye 10 gram trans GOS verilmiştir. Çalışmanın sonucunda, solunumla ve sindirimle atılan hidrojen miktarına bağlı oluşan semptomların azaldığı raporlanmıştır. Ayrıca, inülin alımının konstipasyonu azalttığı, dışkılama sıklığında ve dışkı ağırlığında anlamlı artma sağladığı ve abdominal rahatsızlık, gaz gibi şikâyetlere oldukça az rastlandığı gözlenmiştir. Bununla birlikte OF alımının da konstipasyonu azalttığı bildirilmiştir. Orta/ciddi düzeyde konstipasyon veya diyaresi olan hastalara 2 hafta boyunca günde 8 gram OF uygulandığında dışkı yoğunluğunda olumlu etki yarattığı savunulmuştur. (53)

Anne sütü, inek sütü ve yoğurttaki bulunan GOS da önemli prebiyotiklerdendir. Genellikle laktozdan  $\beta$ -galaktozidaz enzim aktivitesiyle elde edilen GOS, laktulozdan sentetik olarak da üretilebilir. Günde 5 gramın üzerinde GOS alımının dışkılama sıklığını

artırdığı savunulmaktadır. Konstipasyonu olan diyabetik hastalarda GOS alımı sonrasında, dışkıda *Bacteroides* sayısında azalma ile konstipasyon iyileşme hızı arasında ilişki bulunmuştur. (53)

Prebiyotikler üzerine yapılan derlemede, prebiyotiklerin dışkılama sıklığını hafif düzeyde artırırken, dışkı kıvamını düzenlediği bildirilmiştir. GOS'ların dışkılama sıklığında, dışkı kıvamında, kolay dışkılamada ve karın ağrısında etkilerine rastlanmıştır. FOS ve prebiyotiklerin birlikte kullanımı ise dışkılama sıklığı, dışkı kıvamı, zorlu dışkılama ve gaz üzerinde özel etkiler göstermiştir. (75)

### **Probiyotik**

Probiyotikler; oral olarak yeterli miktarda alındığında insan sağlığı üzerinde olumlu etki yaratan, yararlı canlı mikroorganizmalardır. Probiyotikler yüksek miktarda ( $10^8$  cfu/ml-g) canlı mikroorganizma içermelerinin yanı sıra, Gİ kanalda canlı kalabilmeli ve metabolik aktivitelerini devam ettirebilmelidirler. Bununla beraber prebiyotiklerin kısa süre dâhi olsa bağırsakta kolonize olabilmeleri ve doğal mikrofloraya adapte olabilmeleri, etkinlikleri açısından büyük önem taşımaktadır. *Laktobasilli*, mayalar, *Bifidobakteria* ve gram pozitif koklar başlıca prebiyotiklerdendir. Aynı zamanda, konakçının sağlığını olumlu yönde etkileyen, canlı bakteri içeren peynir, turşu ve süt ürünleri gibi besinler de prebiyotik olarak tanımlanmaktadır. (76)

Probiyotikler, bakteri üremesini engelleyen madde üreterek, mukus sentezini artırarak, bağırsak geçirgenliğini koruyarak, mukozal bariyeri güçlendirerek ve bağırsak hareketlerini arttırarak Gİ iltihaplara karşı savunmada rol oynarlar. Gİ kanal epitelinde enzimatik aktiviteyi uyarabildikleri ve bağırsak geçişini hızlandırdıkları bildirilmiştir. (76)

Ülseratif kolitte bağırsakta *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium*'un azaldığı, *Bacteroides vulgatus* ve *Fusobacterium*'un arttığı gösterilmiştir. Crohn hastalığında da aynı şekilde *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium*'un azaldığı bildirilmiştir. Deney hayvanlarında kolit modellerinde prebiyotiklerin etkili olduğunun bildirilmesinin yanı sıra; klinik araştırmalarda remisyon dönemindeki ülseratif kolitte prebiyotikler, tedavide kullanılan diğer ilaçlar kadar etkili bulunmuştur. Kolitin aktif döneminde prebiyotiklerin kullanılması önerilmemiştir. Bunun nedeni, mukozal hasardan dolayı prebiyotiklerin mukozal bariyeri geçerek bakteriyemi yapma olasılığının varlığı olarak gösterilmiştir.

Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı gibi İBH hastalarında, probiyotiklerin hekim gözetiminde kullanılması önerilmektedir. (76)

Probiyotiklerin İBS’de görülen abdominal distansiyonu azalttığı düşünülmektedir. Kronik konstipasyonda ve konstipasyonun baskın olduğu İBS’de *Bifidobacterium* ve *Lactobacillus* sayısının azaldığı, *E. coli* sayısının ise arttığı bildirilmiştir. Ancak konstipasyonun bunun nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu netliğe kavuşmamıştır. Ayrıca bazı olgularda *Bifidobacterium*’un İBS üzerinde olumlu etkiler yarattığı bildirilmiştir. (76)

77 İBS hastası ile yapılan prospektif randomize çalışmada, hastalara *Bifidobacterium infantis* 35624, *Lactobacillus* veya plasebo içeren malt içkiler verilmiştir. Çalışmanın başında ve sonunda yaşam kaliteleri ile IL-10 ve IL-12 seviyeleri değerlendirilmiştir. İBS hastalarının bazılarında proinflamatuvar durumla ilişkili olan IL-10/ IL-12 seviyelerinde anormallik gözlemlenir. *Bifidobacterium infantis* alan hastalarda karın ağrısı, huzursuzluk ve abdominal distansiyonda iyileşme görüldüğü gibi, IL-10/ IL-12 oranının da normal olduğu raporlanmıştır. Ayrıca, 18- 65 yaş aralığında olan ve Roma 2 Kriterleri’ne göre İBS tanısı almış 362 kadın üzerinde çalışma yapılmıştır. Randomize körlü bu çalışmada, 4 hafta boyunca hastalara plasebo veya  $1 \times 10^6$  cfu;  $1 \times 10^8$  cfu ve  $1 \times 10^{10}$  cfu *Bifidobacterium infantis* verilmiştir.  $1 \times 10^8$  cfu dozunda *Bifidobacterium infantis*’in abdominal ağrı, huzursuzluk, gaz, dışkılama sonrası tamamen rahatlama hissi gibi semptomlarda, plaseboya göre anlamlı olarak iyileşme sağladığı bildirilmişken; diğer iki dozda bu duruma rastlanmamıştır. Farklı dozların dışkılama sıklığında anlamlı bir değişiklik yaratmadığı bildirilmiştir. Olumsuz vakaların az sayıda olmasıyla beraber, *Bifidobacterium infantis* ve plasebo arasında fark olmadığı raporlanmıştır. Yüksek dozda kapsüllerin ( $1 \times 10^{10}$ ) pıhtılaşması nedeniyle bakterilerin yeterince açığa çıkmadığı düşünülmektedir. (77)

Probiyotiklerin *Helicobacter pylori* tedavisinde tek başlarına etkisiz olduğu gösterilmektedir. Ancak, *Lactobacillus* GG gibi probiyotiklerin, tedavide kullanılan antibiyotiklerin olası yan etkilerini azalttığı bildirilmiştir. *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* gibi probiyotiklerin açığa çıkardıkları bakteriyosinler veya organik asitler sayesinde *in vitro* *Helicobacter pylori*’nin üremesini inhibe ettiği savunulmaktadır. Ayrıca, probiyotikler mide bariyerini güçlendirdikleri gibi mukozal iltihabı da azaltmaktadırlar. (77)

Fonksiyonel konstipasyon tanısı almış 266 kadın (18- 55 yaş aralığı) ile yapılan çalışmada, hastalara günde 2 kez,  $10^8$  *Bifidobacterim animalis* probiyotiğini içeren yoğurt veya bu probiyotiği içermeyen yoğurt verilmiştir. Probiyotik yoğurt tüketen hastaların, haftalık dışkılama sayısı anlamlı olarak artarken; öznel değerlendirmede daha az ağrı ve bağırsak hareketleri sırasında daha az ıkınma olduğunu raporlamışlardır. Bir başka çalışmada ise üç farklı yoğurdun etkileri karşılaştırılmıştır. Çalışma konstipasyon, gaz ve karın ağrısı gibi şikâyetlere 68 kişi ile yürütülmüştür. İki gruba farklı yoğunluklarda *Lactobacillus plantarum* probiyotik suşları içeren yoğurt verilirken; bir gruba probiyotik eklenmeyen yoğurt (*Lactococcus lactis* ve *Lactobacillus bulgaricus*) 6 hafta boyunca verilmiştir. Çalışmanın sonucunda probiyotik eklenmiş yoğurt tüketen iki grubun, kontrol grubuna göre daha sık dışkıladığı gösterilmiştir. Konstipasyonu olan 300 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada, katılımcılara 1 ay boyunca iki probiyotik bakteri karışımı veya plasebo uygulanmıştır. Probiyotik olarak *Lactobacillus plantarum* ve *Bifidobacterium brew* BR03 verilirken, plasebo olarak *Bifidobacterium animalis lactis* BR01 verilmiştir. Probiyotik bakteri verilen grupta öznel değerlendirmede anlamlı olarak iyileşme olduğu raporlanırken, plasebo grubunda bu sonuca rastlanmamıştır. (78)

### **Rezene (*Foeniculum vulgare*) (Apiaceae)**

Latince adı *Foeniculum vulgare* olan bitkinin, meyvesi ve uçucu yağı kullanılmaktadır. Meyvesi sabit yağ ve flavonoid içermektedir. Uçucu yağında ise metilkavikol, anisaldehyt ve  $\alpha$ -pinen,  $\alpha$ -fellandren, limonen gibi bazı terpenoid hidrokarbonlarını içerir. Uçucu yağı anetol ve fenkon açısından zengindir. Rezene uçucu yağının düz kaslarda spazmolitik ve iltihap giderici rolünün olduğu ve dispepside kullanılabileceği bildirilmiştir. (36) *Foeniculum vulgare* sulu ekstresinin, sıçanlar üzerinde etanol ile indüklenen gastrik lezyonlara karşı koruyucu etki yarattığı gözlemlenmiştir. (79)

EMA Monografı, gaz ve şişkinlik gibi Gİ şikâyetler için rezenenin geleneksel kullanımını bildirmiştir. Yetişkinlerde, taze rezene meyvelerinin 1,5- 2,5 gramının 15 dakika boyunca kaynamış suda bekletilerek günde 3 kez tüketimi önerilmiştir. Aktif bileşenlerine ve Apiaceae familyasına (anason, kimyon, kereviz, kişniş ve dereotu gibi) duyarlılığı olan kişilerde kullanımı kontraendike olarak bildirilmiştir. (48)

### **Sarı Kantaron (*Hypericum perforatum*) (Hypericaceae)**

*Hypericum perforatum*'un İBS hastaları üzerindeki etkileri incelenmiştir. İBS tanısı almış 70 kadın hasta ile randomize, çift körlü, plasebo kontrollü yapılan bir çalışmanın sonuçlarında; sarı kantaron verilen grup ile plasebo grubu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna rağmen, yapılan bir başka çalışma sarı kantaronun psikolojik durumu düzenleyerek, İBS hastalarında stresi azalttığını göstermiştir. Depresyon önleyici etkisi ve psikolojik stresi düzenlemesi İBS hastaları üzerindeki faydalı etkisini açıklamaktadır. (49)

Türkiye'de geleneksel tıpta sarı kantaronun peptik ülser tedavisinde kullanımı bildirilmiştir. Hiperforin, hiperisin ve diğer türevlerinin deri ülserinde etkin olduğu rapor edilmiştir. (65) Yapılan *in vitro* bir çalışmada, Türkiye'de halk tarafından peptik ülser için kullanılan bitkilerin *Helicobacter pylori* üzerine etkisi araştırılmıştır. *Hypericum perforatum* çiçeklerinin peptik ülser tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. (80) Ayrıca, sarı kantaronun toprak üstü kısımlarının zeytinyağı veya ayçiçek yağı içinde bekletilmiş hâlinin, yara iyileştirici etkisinin olduğu bildirilmiştir. (81) 2010 yılında *Hypericum perforatum*'un sindirim sisteminde koruyucu etkilerinin araştırılması amacıyla, gastrik lezyona sahip sıçanlar ile *in vivo* bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, güneş ışığı altında 40 gün boyunca ayçiçek yağı, zeytinyağı ve palm yağında bekletilmiş *Hypericum perforatum*'un taze çiçekleri kullanılmıştır. Kersetin içerikleri değerlendirildiğinde, ayçiçek yağı, zeytinyağı ve palm yağında sırasıyla 15,1; 5,8 ve 21,7 µg/ml olarak belirlenmiştir. Sonuçlara göre, sarı kantaronun tüm ekstrelerinde sindirim sistemi koruyucu etkisi görünmüştür. Zeytinyağı ekstresinin daha düşük kersetin içeriğine sahip olmasına rağmen, gastrik hasardan koruyucu etkisinin daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Araştırmacılar bunun zeytinyağı ekstresindeki diğer bileşenlerin sindirim sistemini koruyucu etkilerinden kaynaklanabileceğini belirtmiştir. (82)

### **Sarımsak (*Allium sativum*) (Liliaceae)**

Liliaceae familyasına ait olan sarımsak (*Allium sativum*), aktif kimyasal bileşen olarak uçucu yağ, allin ve allisin içerir. Tohumları aromatik yağ içermektedir. Yapılan bir çalışmada, sistemin nedeni gastrik ülserle karşı etkilerinin araştırılması amacıyla, sıçanlara oral olarak 250 ve 500 mg/kg dozlarında sarımsak suyu ekstresi verilmiştir. Ekstrenin anlamlı derecede gastrik ve duodenal ülser gelişimini önlediği ve gastrik ülserin iyileşmesini hızlandırdığı bildirilmiştir. (44) WHO Monografi'nda, varfarin tedavisi alan

hastalarda sarımsak takviyesinin kanama süresini artırabileceği bildirilmiştir. Kan pıhtılaşma süresinin, varfarin ile sarımsak takviyesi alan hastalarda iki katına çıktığı belirtilmiştir. (83)

### **Sinameki (*Cassia angustifolia*) (Fabaceae)**

Etkili bileşenleri sennozit A ve B olan sinameki bitkisinin kullanılan kısmı yapraklarıdır. Yapısında diantron diglikozit, monoantrokinon glikozit ve aglikon bulunmaktadır. Müshil özelliğinin olduğu ve konstipasyona karşı kullanıldığı bildirilmiştir. (37) Sinamekinin kısa dönemli oral kullanımının konstipasyonda etkili olduğu bulunmuştur. Sennozit bileşeninin, laksatif etkiden sorumlu olduğu bildirilmiştir. Yaşlılarda konstipasyon tedavisinde, pisilyum ve sinameki kullanımının laktulozdan daha etkili olduğu savunulmaktadır. Sinameki aynı zamanda bağırsak hareketlerini ve mide suyu salınımını düzenleyerek dispepsi tedavisinde olumlu etki sağlar. Sinameki uyarıcı laksatif olarak adlandırılır. Uyarıcı laksatiflerin potasyum seviyesini düşürebileceği ve bu nedenle digoksinin yan etkilerini artırabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda idrar söktürücüler de vücutta potasyum seviyesini düşürebileceğinden, sinameki ile birlikte kullanımlarının fazla potasyum kaybına neden olabileceği savunulmaktadır. Sinameki bazı kişilerde diyareye neden olabilir. Diyare ise varfarinin etkisini ve kanama riskini artırabilir. Kapsül, tablet ve dekoksasyon yöntemi ile hazırlanmış çay olarak farklı şekillerde kullanılabilir. Genellikle yetişkinlerde 10 mg'dan 60 mg'a kadar sennozit içeren kapsül ve tabletlerin 10 gün boyunca kullanılabilmesi bildirilmiştir. 10 günden daha uzun süre kullanımı önerilmez. (84)

### **Tıbbi Nane (*Mentha piperita*) (Lamiaceae)**

Bitkinin kullanılan kısımları yaprak ve uçucu yağdır. Etkin maddelerini ise rezin, flavon, rosmarinik asit, klorojenik asit, tanen ve uçucu yağ oluşturur. Uçucu yağın mentolden zengin olması, antibakteriyel, spazmolitik, kolagog ve karminatif etki sağlar. Antispazmotik etki özellikle mide bağırsak sistemi üzerine belirgindir. Terapötik olarak sindirim sisteminde spazm ve gaz giderici etkilere sahiptir. (37)

Nane yağı, kalsiyum ulaşılabilirliğini, alımını ve benzer olarak dihidropiridin kalsiyum antagonistlerin alımını azaltarak Gİ düz kasları gevşeten, spazm giderici ajan olarak bilinmektedir. Birçok çalışma İBS'de nane yağının yararlarını gösterse de az sayıda iyi tasarlanmış kontrollü çalışma İBS tedavisinde nane yağının faydasını

göstermiştir. Yapılan bir meta- analiz, derleme çalışmasında İBS’de nane yağı kullanımı plasebo kontrollü çalışma ile incelenmiştir. Meta analiz sonuçları nane yağı kullanan İBS hastalarında semptomların, plasebo grubuna göre anlamlı olarak iyileştiğini göstermiştir. (47) Roma 2 Kriterleri’ne göre tanı almış 57 İBS hastasına enterik kaplı nane yağı kapsülü verilerek, randomize çift körlü plasebo çalışma yürütülmüştür. 4 haftalık tedavinin sonucunda nane yağı ile tedavi olan hastaların %75’inde (18/24) İBS semptomlarında %50’den fazla azalma görülürken ( $p<0,01$ ), plasebo grubunun %38’inde (10/26) azalma ( $p<0,05$ ) görülmüştür. Tedaviden 4 hafta sonra İBS semptomlarındaki azalma nane yağı kullanan grubun %54’ünde (13/24) ( $p<0,05$ ) korunurken, plasebo grubunda anlamlı bir değişiklik olmamıştır. Yapılan bu çalışma, İBS hastalarında nane yağı kullanımını desteklemektedir. İBS’de nane yağı kullanımı semptomların tedavisi için güvenilir görülmektedir. Spazmolitik ajan gibi rol alarak sindirim kanalında, düz kasların kasılmasını değiştirir. Buna ek olarak, nane yağı antienflamatuvar ve antimikrobiyal ajan olarak da rol alır. İBH’da bağırsak mikrobiyotasında antimikrobiyal etki yaratarak tedavi amaçlı kullanılabilirliği düşünülmektedir. (85) Fonksiyonel dispepsi tanısı alan 60 hasta ile yürütülen randomize kontrollü çalışmada içerisinde tıbbi nane yapraklarının da olduğu bitkisel karışımın, abdominal ağrı ve dispepsi üzerine etkisi araştırılmıştır. Çalışmada yer alan bitki karışımı tıbbi nane yapraklarının yanında acı hünkâr çiçeği, papatya, kimyon, meyan, melisa, melekotu, kırlangıçotu (basur otu) ve devedikeni içermektedir. Bu karışım, başlangıç seviyedeki Gİ semptomlara sahip hastalarda spazm giderici ilaç olan cisapride kadar etkili görülmüştür. Başka bir çalışmada da dispepsinin akut ve kronik semptomlarına sahip kişilerin kimyon, rezene, centiyan ve 100 mg nane yaprağından oluşan karışım ile iyileştiğini raporlamışlardır. (86)

EMA Monografi’na göre bitkisel tıbbi ürün olarak oral kullanımı özellikle İBS hastalarındaki sindirim sisteminde olan küçük spazmlar, gaz ve karın ağrıları için terapötik kullanımı iyi kurgulanmış kullanım olarak gösterilmiştir. Günde en fazla 3 kez 0,2- 0,4 ml enterik kapsül kullanılabilirliği bildirilmiştir. Nane yağına veya mentole duyarlılığı olanlarda, karaciğer hastalığı, kolanjit, safra kesesi taşı ve safra hastalığı olanlarda kullanımı kontraendikedir. Mide yanması ve mide fitiği olanlarda nane yağı semptomların şiddetlenmesine neden olabilir. Besin veya antiasit ile aynı zamanda kullanılması, kapsül içeriğinin erken açığa çıkmasına neden olabilir. Ayrıca, histamin-2 blokerleri ve PPI gibi diğer medikal ürünler enterik kapsüllerin erken çözünmesine neden olabilir. (87)



### **Yeşil Çay (*Camellia sinensis*) (Theaceae)**

Yeşil çay yaprakları kateşin, epikateşin, epikateşin gallat, epigallokateşin ve epigallokateşin gallat polifenollerinden zengindir. Yeşil çayın hidroalkolik ekstresinin ve etil asetat fraksiyonunun, asetik asit ile uyarılmış gastrik ülseri anlamlı derecede azalttığı gösterilmiştir. Müsin içeriğinin devamlılığını sağlaması, iltihabı ve oksidatif stresi azaltması bu faydayı sağlamasındaki etkili özelliği olarak görülmektedir. Etil asetat fraksiyonunda bulunan bileşiklerin ekstrenin etkinliğinden sorumlu olabileceği düşünülmektedir. (36) Üreaz enzimi, bakterileri mide asidinden koruyarak bakterilerin çoğalmasına katkıda bulunur. Yeşil çaydaki epigallokateşinler ise üreyi amonyağa çevirerek üreaz enziminin aktivitesini durdurur. Yeşil çayın kolondaki dokularda ülseratif kolitte yükselmiş olan indüklenebilir nitrik oksit sentaz ve siklooksijenaz ekspresyonunu inhibe ettiği bulunmuştur. (88)

Yeşil çayın astrenjan özellikte tanen bileşenleri sayesinde, dispepsi, diyare ve diğer Gİ şikâyetlerin hafifletilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte antibakteriyel, antiseptik ve antioksidan özellikleri sayesinde İBH tedavisinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir. (89) E ve C vitaminlerinden daha güçlü antioksidan özelliğe sahip olduğu düşünülen yeşil çay polifenollerini ile *in vivo* çalışma yapılmıştır. Yeşil çay polifenollerinin verildiği farelerde daha az ciddi kolitler görüldüğü raporlanmıştır. Bu verilere dayanarak da yeşil çay polifenollerinin İBH'da faydalı olabileceğini önermişlerdir. (47) Sağlıklı gönüllülere günde 500 mg epigallokateşin gallat tableti verilerek kateşinlerin bağırsak hareketleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda, yeşil çay kateşinlerinin alfa amilaz inhibasyonuna katkı sağlayarak ve dışkı florasını düzenleyerek, katılımcıların bağırsak hareketlerini daha düzenli hale getirdiği savunulmuştur. (88)

Yeşil çayın EMA Monografi'na göre kurutulmuş yaprak olarak kullanımının yanı sıra bitkisel tıbbi ürün olarak da kullanımları mevcuttur. Yeşil çayın aktif bileşenlerine duyarlılığı olanlarda, gastrik ve duodenal ülserde, hipertansiyon, aritmi ve hipertiroidde kullanımı kontraendike olarak bildirilmiştir. (90)

### **Zencefil (*Zingiber officinale*) (Zingiberaceae)**

Zencefilin kullanılan kısımları, oleorezin taşıdığı bilinen rizomlarıdır. Uçucu olmayan kısmında ise gingeroller ([6]-gingerol, [8]-gingerol, [10]-gingerol), dehidrastasyon ürünleri, şogaoller ([6]-şogaol, [10]-şogaol), sabit yağlar, mumlar bulunmaktadır. Bisabolen, zingiberen ve zingiberol başlıca aktif bileşenleridir. %1-3 oranında uçucu yağ içermektedir. %30- 70'ini seskiterpenlerin oluşturduğu bilinen uçucu yağ içeriği bulunmaktadır. (37) Zencefil rizomu, Çin'de uzun yıllardır mide ağrısı, bulantı, diyare gibi şikâyetlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Zencefil, antioksidan etkisinin yanında prostoglandin inhibisyonu gibi birçok farmakolojik özelliğe de sahiptir. En önemli etkilerinden biri ise gastrik hareketleri uyarmak ve bağırsakta spazm giderici etki yaratmaktır. Zencefil rizomlarının besin geçişini artırıp artırmadığının araştırıldığı *in vivo* çalışmada, zencefilin metoklopramid ve domperidon etkisine benzer bir özelliği olduğu bulunmuştur. (47) 24 sağlıklı gönüllü ile zencefilin mide hareketlerine ve boşalmasına etkisini araştırmak için randomize çift körlü plasebo kontrollü çapraz çalışma gerçekleştirilmiştir. Antrum, proksimal gastrik dimansiyon ve antruma ait kasılmalar ultrasonik yolla ölçülmüştür. Gönüllülere 1200 mg toz zencefil içeren 3 kapsül veya nişasta içeren 3 adet plasebo kapsül verilmiştir. 1 saat sonrasında tavuk ve mısır çorbası tüketmişlerdir. Sonuçlar, zencefilin çorbanın mideden boşalmasını önemli derecede hızlandırdığını göstermiştir (yarı boşalma zencefil ile 13,1±1,1 dakika iken plasebo ile 26,7±3,1 dakika;  $p<0,01$ ). Aynı zamanda zencefil plasebo ile karşılaştırıldığında postprandial antruma ait alanı azaltmış ve antruma ait kasılmaları uyarmıştır. Fundus boyutları ise zencefilden etkilenmemiştir. Sağlıklı 14 gönüllü genç erkek ile randomize kontrollü çalışmada, 1 g kurutulmuş toz zencefilin 100 ml su ile süspansiyonu hazırlanmıştır. Sonrasında alt özofajiyal sfinkter baskısı ve özofajiyal peristalsisi manometre ile ölçülmüştür. Bu çalışma alt özofajiyal sfinkter basıncının değişmeden kaldığını, ancak yutkunmalardaki gevşeme yüzdelerinin 180 dakika boyunca arttığını göstermiştir. Özofajiyal kasılma amplitüt ve süresi değişmezken, kasılma dalga hızı 30, 120, 150 ve 180 dakikalarda önerilen gastrik gaz boşalma veya gaz önleyici etkilere benzer olarak azalmıştır. (91) Zencefil rizomu, Komisyon E ve ESCOP tarafından bulantı, kusma ve hazımsızlık endikasyonları için onaylanmıştır. Yapısındaki gingerol ve şogaoller sayesinde bulantı giderici etki yaratmasının yanı sıra, karminatif ve antispazmotik etkili olduğu bildirilmiştir. (37) Zencefilin kanama süresi üzerine etkisi olabileceği için kan sulandırıcı ilaç kullananlarda ve pıhtılaşma sorunu olanlarda

kullanılmadan önce hekime danışılmalıdır. Ayrıca safra kesesi taşı olan hastaları kullanmadan önce hekime danışılmalıdır. (92)

### **Zerdeçal (*Curcuma longa*) (Zingiberaceae)**

Zerdeçal olarak adlandırılan *Curcuma longa*'nın tıbbi olarak kullanılan kısmı rizomdur. Zerdeçal rizomundan elde edilen etkili bileşen ise kurkumindir. Güçlü bir antioksidan ve iltihap önleyici etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Kurkumin H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>- ATPaz genindeki H3 histonunun asetilasyonunu azaltarak düzenler. Böylece H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>- ATPaz gen ifadesini ve transkripsiyonunu inhibe eder. Kurkuminin bu yollarla gastrik ülserle karşı koruyucu ve tedavi edici bir özellik gösterdiği savunulmuştur. (36) Ayrıca yağların parçalanmasına yardımcı olan safranın akmasını sağlayarak midede asit salınımını azaltır. Böylece ilaç, stres veya alkol nedenli ülserle karşı ve mide veya bağırsak duvarındaki iltihap gibi yaralara karşı koruma sağladığı belirtilmiştir. Kurkuminin ülseratif kolit üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, hastalara 6 ay boyunca standart dozda mezalamin veya sülfasalazin ile günde 2 kez 1 g kurkumin veya plasebo uygulanmıştır. 6 aylık süreçte hastalığın tekrarlama oranı plasebo grubunda, kurkumin takviyesi alan gruba göre daha yüksektir (p = 0,049). Bu nedenle ülseratif kolitte iltihap önleyici ilaçlarla birlikte kullanılan kurkuminin olumlu etkilerinin olduğu savunulmaktadır. (3)

Zerdeçal rizomlarının toz, parçalanmış ve kuru ekstre hallerinin kullanımı EMA tarafından bildirilmiştir. Bitki çayı, sıvı veya katı dozaj formları olarak oral kullanımları mevcuttur. Geleneksel bitkisel tıbbi ürünün, safra akışını hızlandırmasıyla hazımsızlık şikâyetlerinin giderilmesi için kullanıldığı bildirilmiştir. Zerdeçalın günlük alımı 1,5- 3 gram olarak önerilmiştir. Farmasötik formda kullanımı ise Avrupa Farmakopesi standartlarında tanımlanmıştır. (93)

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Betimleyici ve retrospektif olan bu anket çalışması, İstanbul Anadolu Yakası'nda bulunan özel bir poliklinikte, ayakta tedavi gören Gastroenteroloji Polikliniği hastaları üzerinde yürütülmüştür. Yapılan çalışmaya 18 yaş ve üstü, mide ve/veya bağırsak hastalığı tanısı almış, anket çalışmasına katılmaya gönüllü olduğunu sözlü olarak belirtmiş olan hastalar dâhil edilmiştir. Mide ve/veya bağırsak kanseri olan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Yarı-yapılandırılmış anket çalışması, hastalarla ilk görüşmede, poliklinikte yüz yüze uygulanmıştır. 115 hasta üzerine yapılan çalışma her hastada yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Anket soruları araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, daha önce yayımlanan benzer çalışmalar incelenerek düzenlenmiştir. (1, 7, 10, 11, 24) Üç bölümden oluşan anketin ilk bölümünde; hangi şikâyetle hekime başvurulduğu, genel sağlık durumu, kullanılan ilaçlar, mide ve/veya bağırsak hastalığı tanısı, tanı zamanı, son bir yılda bu şikâyetle ilgili hekime kaç kere başvurulduğu, alınan tedavi ve kullanılan ilaçlar, uygulanan tedaviden memnun olup olunmadığı sorulmuştur. İkinci bölümde ise hastanın bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inancı, bu yöntemleri kullanıp kullanmadığı, kullanmama ve bırakma nedenleri, kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemleri, kullanım şekilleri, miktarları, süreleri ve sıklıkları araştırılmıştır. Bununla birlikte, bu yöntemleri kullanmaya ne zaman başladığı ve bunlara yönelmesindeki ana sebep, kullanılan bu yöntemlerin medikal tedavisinde değişiklik yapıp yapmadığı, hasta tarafından görünen olumlu/olumsuz etkileri incelenmiştir. Aynı zamanda, yöntemlerin kim tarafından önerildiği, önerildikten ne kadar zaman sonra tedaviye başladıkları, nereden satın aldıkları, hangi markaları tercih ettikleri, satın alırken nelere dikkat ettikleri, kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin hekim, eczacı ve diyetisyen ile paylaşılıp paylaşılmadığı, paylaşılmadıysa nedenleri araştırılmıştır. Son bölümde ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikler sorulmuştur. Hazırlanan anket formu aşağıda verilmiştir.

**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

GÖRÜŞÜLEN TARİH : ..... / ..... / 2017

ID NO: .....

**İyi günler, adım Yasemin Beceren. Yeditepe Üniversitesi'nde Fitoterapi Yüksek Lisansı yapmaktayım. Yüksek Lisans tezim kapsamında yürüttüğümüz bir anket çalışması ile ilgili sizin de görüşlerinizi almak istiyoruz. Sizden ricamız yaklaşık 10 – 15 dakikanızı ayırarak değerli görüşlerinizi bizimle paylaşmanız. Teşekkür ederim.**

S 01- Hangi şikayetinizle ilgili hastanemize geldiniz? (En önemliden, hafife doğru şikayetleri alınız.) K 01 ( )

- 1- .....
- 2- .....
- 3- .....
- 4- .....
- 5- .....
- 6- .....

S 02- Kronik devam eden hastahğiniz/hastahklarınız var mı? . . . . . K 02 ( )

- 1- Hayır - YOK – DİKKAT!
- 2- Evet – VAR – Sorunuz hangi kronik hastahklar? .....

Varsa kullanılan ilaçlar: .....

S 03- Mide ve/veya bağırsak hastahğinizin taması nedir? . . . . . K 03 ( )  
(Tanınızı belirtiniz).....

S 04- Mide ve/veya bağırsak hastahğiniz olduğu taması ne zaman konmuştu? . . . . . K 04 ( )

- |               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| 1. 1-3 Aydır  | 4. 13-24 Aydır (1 yıl üzeri - 2 yıl) |
| 2. 4-6 Aydır  | 5. 25-36 Aydır (2 yıl üzeri - 3 yıl) |
| 3. 7-12 Aydır | 6. 3 yıl üzeri                       |

S 05- Son bir yılda mide ve/veya bağırsak hastahğiniz ile ilgili doktora kaç kez başvurduunuz? K 05 ( )

- 1- Hayır Başvurmadım
- 2- Evet Başvurdum-DİKKAT! Sorunuz kaç defa:..... K 05-1 ( )

S 06- Doktora başvurduğunuzu belirttiniz, ne tür medikal tedavi uygulandı? . . . . . K 06 ( )

- 1- İlaçlı tedavi oluyorum.
- 2- Diyet programını uyguluyorum.
- 3- İlaçlı tedavi ve diyet tedavisi oluyorum. (Her ikisi de beraber)
- 4- Diğer - Yazınız:.....

Varsa kullanılan ilaçlar: .....

S 07- Uygulanan medikal tedaviden ne derece memnunsunuz? (Seçenekleri okuyunuz). . . . . K 07 ( )

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Çok memnunum       | 4. Hiç memnun değilim      |
| 2. Biraz memnunum     | 5. Bilmiyorum / Fikrim yok |
| 3. Pek memnun değilim |                            |

**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

---

**BITKİSEL VE DİĞER DOĞAL TEDAVİLER:**

S 08- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine (Besin destekleri (tablet- kapsül vb.) – ham drog (İçlenmemiş kök, yaprak, çiçek vb.) bitki çayları- aromatik yağlar - tedavi edici özellikteki besinler gibi) tedavilere ne derece inanıyorsunuz? (Seçenekleri okuyunuz)

- |                      |                            |          |
|----------------------|----------------------------|----------|
| 1. Çok inanmıyorum   | 4. Hiç inanmıyorum         | K 08-( ) |
| 2. Biraz inanmıyorum | 5. Bilmiyorum / Fikrim yok |          |
| 3. Pek inanmıyorum   |                            |          |

S 09- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine (Besin destekleri (tablet- kapsül vb.) – ham drog (İçlenmemiş kök, yaprak, çiçek vb.) bitki çayları- aromatik yağlar - tedavi edici özellikteki besinler gibi) Tedavi yöntemlerini kullandınız mı?

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Hayır Kullanmadım - DİKKAT! <u>Soru 10'a</u> geçiniz.                | K 09-( ) |
| 2. Evet Kullandım – Devam ediyorum - DİKKAT! <u>Soru 12'ye</u> geçiniz. |          |
| 3. Evet Kullandım – Devam etmiyorum - DİKKAT! <u>Soru 11'e</u> geçiniz. |          |

S 10- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini neden kullanmadınız? K 10-( )

1. Hekim, eczacı veya diyetisyenim kullanmamam söyledi.
2. İlaç tedavimi olumsuz etkileyebileceğini düşündüm.
3. Bitkisel ve diğer doğal tedavilere inanmıyorum.
4. Bitkisel ve diğer doğal tedaviler hakkında hiç bir bilgim yok.
5. Diğer - Yazınız:.....

S 11- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini neden bıraktınız? K 11-( )

1. Hekim, eczacı veya diyetisyenim karşı çıktı.
2. Olumlu bir etkisini görmedim.
3. Olumsuz etki gördüm.
4. Maddi açıdan karşılayamadım.
5. Diğer - Yazınız:.....

S 12- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemleri kullandığınızı belirttiniz, hangilerini kullandınız/ kullanıyorsunuz?

K 12-( )

Yazınız:.....

S 13- Kullandığınız bu ürünleri ne şekilde ve ne miktarda kullandınız/ kullanıyorsunuz? K 13-( )

Yazınız:.....

**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

---

S 14-Bu ürünleri ne kadar süre kullandınız/ kullanıyorsunuz? K 14-( )

- 1- Birkaç gün
- 2- 1- 4 hafta
- 3- 1 ay üzeri-3 ay
- 4- 3 ay üzeri-6 ay
- 5- 6 ay üzeri – 1 yıl
- 6- 1 yıl üzeri

S 15- Bu ürünleri ne sıklıkta kullandınız/kullanıyorsunuz? K 15-( )

- 1- Her gün düzenli olarak kullandım/kullanıyorum.
- 2- Haftanın birkaç günü düzenli olarak kullandım/kullanıyorum.
- 3- Düzenli olarak kullanmadım, aklıma geldikçe kullandım/kullanıyorum.
- 4- Düzenli olarak kullanmadım, şikayetlerim olduğunda kullandım/kullanıyorum.
- 5- Diğer- Yazınız:.....

S 16- Kullandığınız bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemi kim tarafından önerildi? . . . . . K 16-( )

- 1.Hekim tarafından
- 2.Diyetisyen tarafından
- 3.Eczacı tarafından
- 4.Arkadaşlar tarafından
- 5.Aile akrabalarım tarafından
- 6.Aktar tarafından
- 7.Kitaplardan okudum
- 8.Medya (TV, Radyo, İnternet, Gazete, Dergi vb. gibi)
- 9.Diğer - Yazınız:.....

S 17- Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemi önerildikten ne kadar zaman sonra tedaviye başladınız? K 17-( )

1. 0 -1 Hafta içinde (1-6 gün)
2. 1 -2 Hafta içinde (7-14 gün)
3. 3 -4 Hafta içinde (15-30 gün)
4. 2 Ay içinde bir zamanda
5. 3 Ay içinde bir zamanda
6. 4 Ay ve üzere bir zamanda

**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

- S 18- Kullandığımız bitkisel ürün/ürünleri nereden satın aldınız? . . . . . K 18- ( )
1. Eczaneden satın aldım.
  2. Hekimden/Muayenehanesinde satın aldım.
  3. Besin destek mağazalarından satın aldım.
  4. İnternet üzerinden satın aldım.
  5. Aktardan satın aldım.
  6. Marketten satın aldım.
  7. Diğer - Yazınız:.....
- S 19- Kullandığımız bitkisel ürün/ürünlerde hangi markaları tercih ediyorsunuz? . . . . . K 19 ( )
1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....
- S 20- Tedaviniz için kullandığımız bitkisel ürün/ürünleri alırken nelere dikkat edersiniz? . . . . . K 20 ( )
1. Firma güvenilirliğine
  2. Ambalaj bilgilerine
  3. Ürün için onay veren kurumlara
  4. Satın aldığı yere
  5. Diğer - Yazınız:.....
- S 21- Bitkisel ve diğer doğal tedaviye ne zaman başladınız? . . . . . K 21- ( )
1. Hekime başvurmadan önce başladım.
  2. Hekime başvurup teşhis konduktan sonra başladım.
  3. Diğer - Yazınız:.....
- S 22- Bitkisel ve diğer doğal tedaviye yönelme, kullanma ana sebebiniz nedir? . . . . . K 22- ( )
1. İlaç tedavisine başlamak için kullanıyorum.
  2. Medikal tedavimden memnun değildim.
  3. İlaç tedavime destek olarak kullanıyorum.
  4. İlaç kullanımına son vermek için kullanıyorum.
  5. İlacın yan etkilerini hafifletmek için kullanıyorum.
  6. Hastalığımın tamamen iyileşmesi için kullanıyorum.
  7. Hastalığın ilerlemesini, yol açabileceği diğer hastalıkları önlemek için kullanıyorum.
- S 23- Bitkisel ve diğer doğal tedaviye başladığımızda medikal tedavinizde nasıl değişiklik oldu? . . . . . K 23- ( )
1. İlaç tedavimle birlikte ek olarak kullanmaya devam ettim.
  2. Kullandığım ilaçların miktarını düşürdüm
  3. İlaç tedavimin yerine kullandım
  4. Diğer - Yazınız:.....
- S 24- Bitkisel ve diğer doğal tedaviden fayda sağladınız mı? . . . . . K 24 ( )
1. Evet - **DİKKAT! Soru 25'e geçiniz.**
  2. Hayır - **DİKKAT! Soru 26'ya geçiniz.**



**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

---

S 25- Bitkisel ve diğer doğal tedaviden ne tür fayda sağladınız? (En önemli üç tanesini yazınız). K 25- ( )

1. Mide yanma, kaynama, ağza acı su gelme, boğaz yanması öksürme gibi reflü, gastrit, ülser şikayetlerim geçti.
2. Gaz, şişkinlik, hazımsızlık şikayetlerim geçti.
3. Tuvalete daha rahat çıkabildim.
4. Tuvalete çıkma sıklığım azaldı.
5. Karn ağrısı, dışkıda sümük, mukus, kan, köpük engellendi.
6. Hastalığın ilerlemesini önledi.
7. Kullandığım ilaç miktarı, sıklığı azaldı.
8. Diğer-Yazınız:.....

S 26- Bitkisel ve diğer doğal tedaviden hangi faydaları görmediniz? (En önemli üç tanesini yazınız). K 26- ( )

1. Mide yanma, kaynama, ağza acı su gelme, boğaz yanması öksürme gibi reflü, gastrit, ülser şikayetlerim arttı.
2. Gaz, şişkinlik, hazımsızlık şikayetlerim geçmedi.
3. Tuvalete daha rahat çıkamadım.
4. Tuvalete çıkma sıklığım azalmadı.
5. Karn ağrısı, dışkıda sümük, mukus, kan, köpük arttı.
6. Hastalığın ilerlemesini önlemedi.
7. Kullandığım ilaç miktarı, sıklığı arttı.
8. Diğer-Yazınız:.....

S 27- Bitkisel ve diğer doğal tedaviye başladığınızı hekim, eczacı veya diyetisyeninize paylaştınız mı? K 27- ( )

1. Hayır Paylaşmadım.
2. Evet Paylaştım - Hekimle .....
3. Evet Paylaştım - Eczacı ile
4. Evet Paylaştım - Diyetisyen ile
5. Evet Paylaştım - Hekimle + Diyetisyen
6. Evet Paylaştım - Hekimle + Eczacı
7. Evet Paylaştım - Eczacı + Diyetisyen
8. Evet Paylaştım - Hekimle +Eczacı + Diyetisyen .....

S 28- Bitkisel ve diğer doğal tedaviye başladığınızı paylaşmama nedeniniz nedir? . . . . . K 28- ( )

1. Sağlık personeli (hekim, eczacı, diyetisyen) sormadı.
2. Sağlık personelinin (hekim, eczacı, diyetisyen) karşı çıkacağını düşündüm.
3. Tedavimin seyri için önemli olabileceğini düşünmedim.
4. Doğal olduğu için herhangi bir etkileşiminin olabileceğini düşünmedim.
5. Diğer-Yazınız:.....

**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ FİTOTERAPİ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI**  
**- Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımının**  
**Araştırılması Soru Formu**

**DEMOGRAFI:**

D 01 - Görüşülen kişinin adı soyadı:..... KD-1-( )

D 02 - Görüşülen kişinin cinsiyeti . . . . . KD-2-( )  
1- Kadın  
2- Erkek

D 03 - Görüşülen kişinin yaşı. . . . . KD-3-( )  
1- Yaşını yazınız: .....

D 04 - En son mezun olduğunuz okul düzeyini belirtir misiniz? . . . . . KD-4-( )

- |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Eğitimsiz/ Eğitimi yok | 5. Yüksekokul (2 yıllık) |
| 2. İlkokul                | 6. Üniversite (4 yıllık) |
| 3. Ortaokul               | 7. Yüksek lisans         |
| 4. Lise                   | 8. Doktora               |

D 02 - Görüşülen kişinin Cep telefonu numarası : 0- ..... - .....

D 03 - Görüşülen kişinin Mail adresi:.....@.....

*BİZE ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDER, İYİ GÜNLER DİLERİZ.*

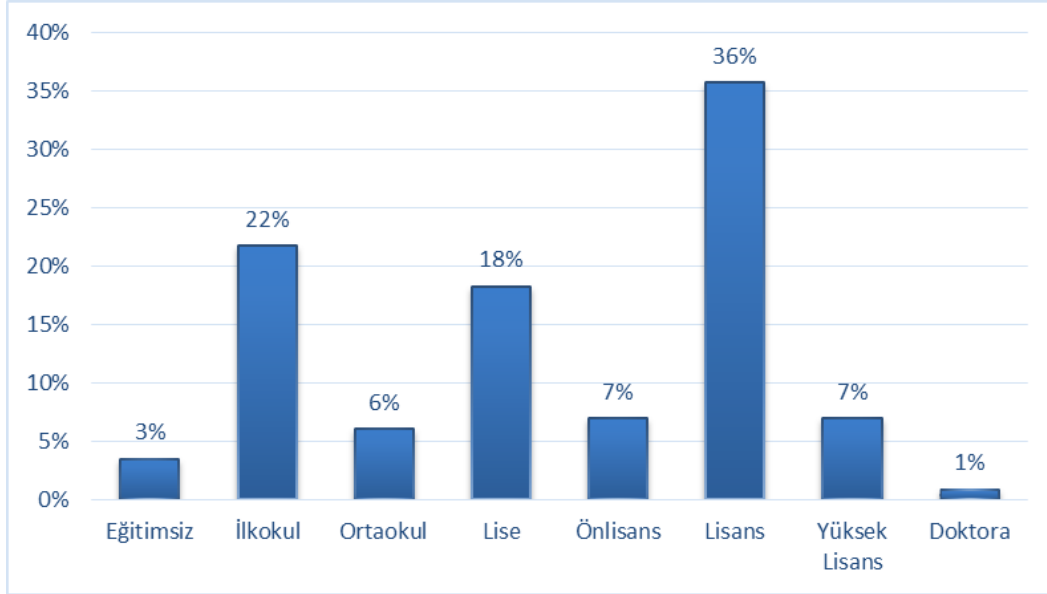
Verilerin istatistik analizi SPSS 15.0 Windows programı kullanılarak yapılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare Analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Bu anket çalışmasının, Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.04.2017 tarihli toplantıda incelenmiş olup 711 sayılı karar numarasıyla onaylandığı bildirilmiştir. Etik kurul karar yazısı Ek1’de sunulmuştur.

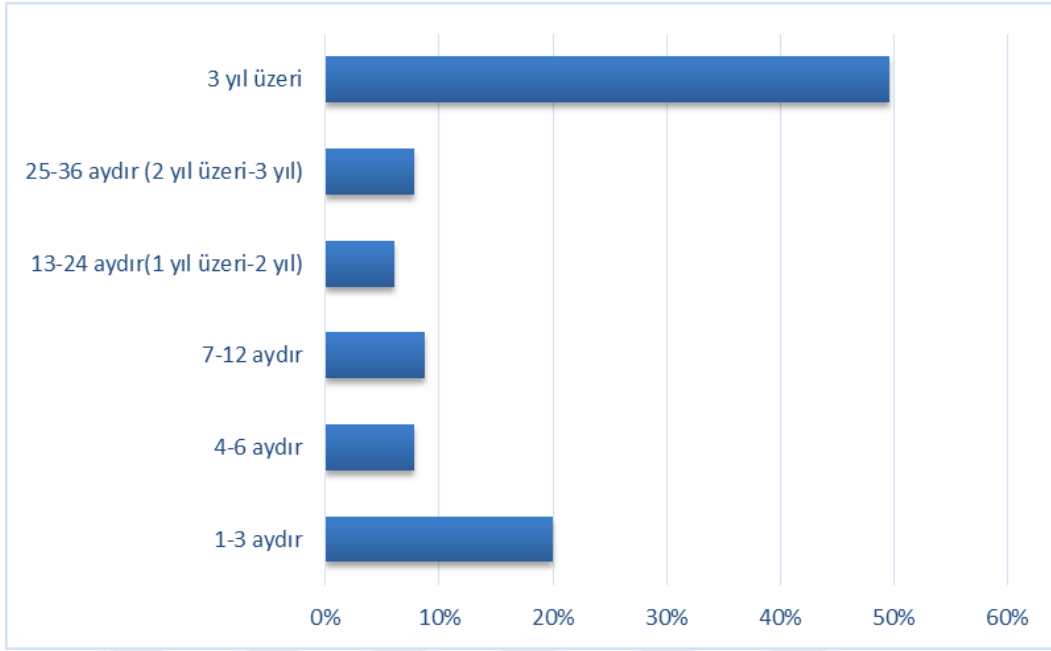
#### 4. BULGULAR

**Tablo 3.** Demografik Özellikler

		Ort.±SD	(Min-Maks)
<b>Yaş</b>		46 ± 14,9	(20-83)
		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	76	66.1
	Erkek	39	33.9
			0.0
<b>Eğitim</b>	Eğitimsiz	4	3.5
	İlkokul	25	21.7
	Ortaokul	7	6.1
	Lise	21	18.3
	Önlisans	8	7.0
	Lisans	41	35.7
	Yüksek Lisans	8	7.0
	Doktora	1	0.9



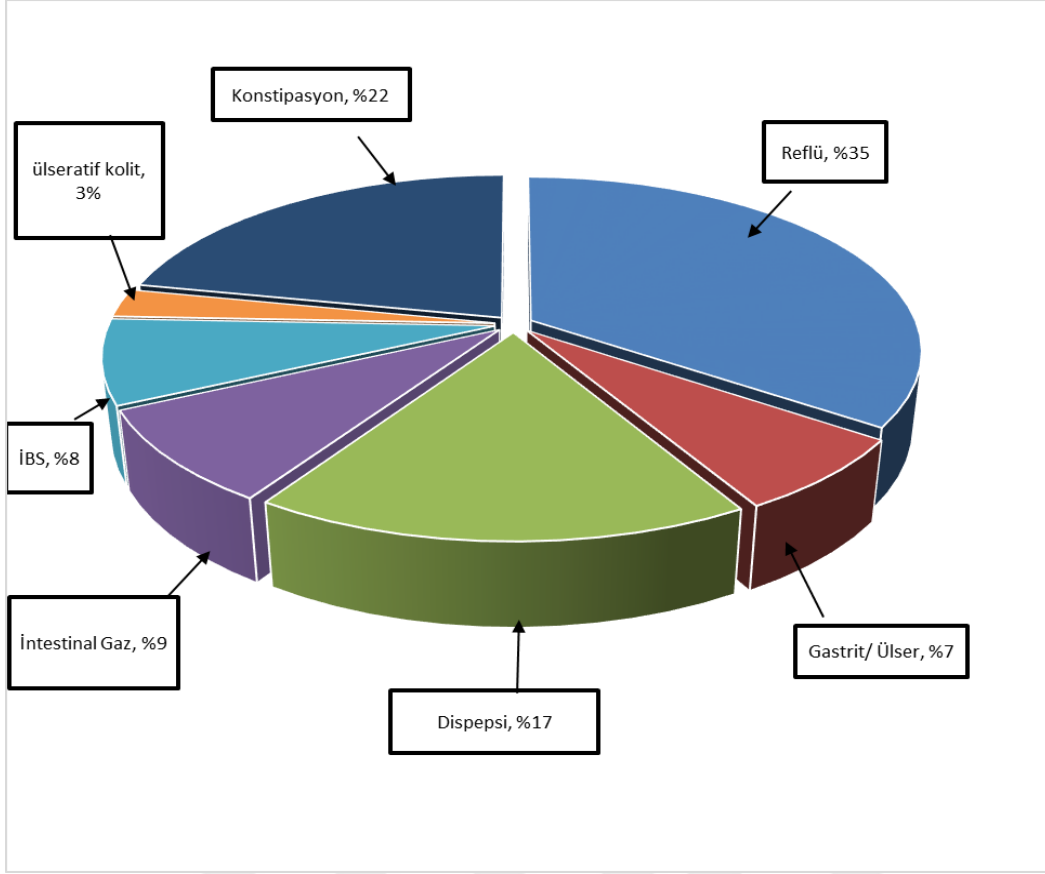
**Şekil 1.** Eğitim Durumu



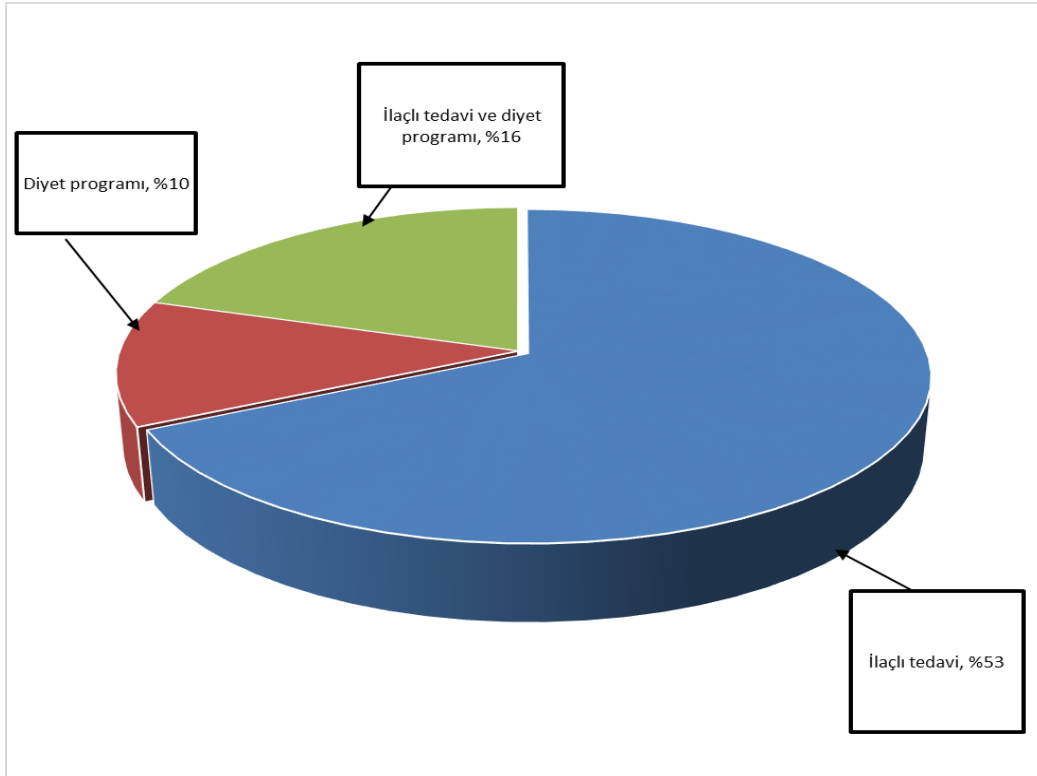
**Şekil 2.** Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanı Süresi

**Tablo 4.** Mide ve Bağırsak Hastalıkları Tanısı, Uygulanan Medikal Tedavi ve Medikal Tedaviden Memnuniyet Derecesi

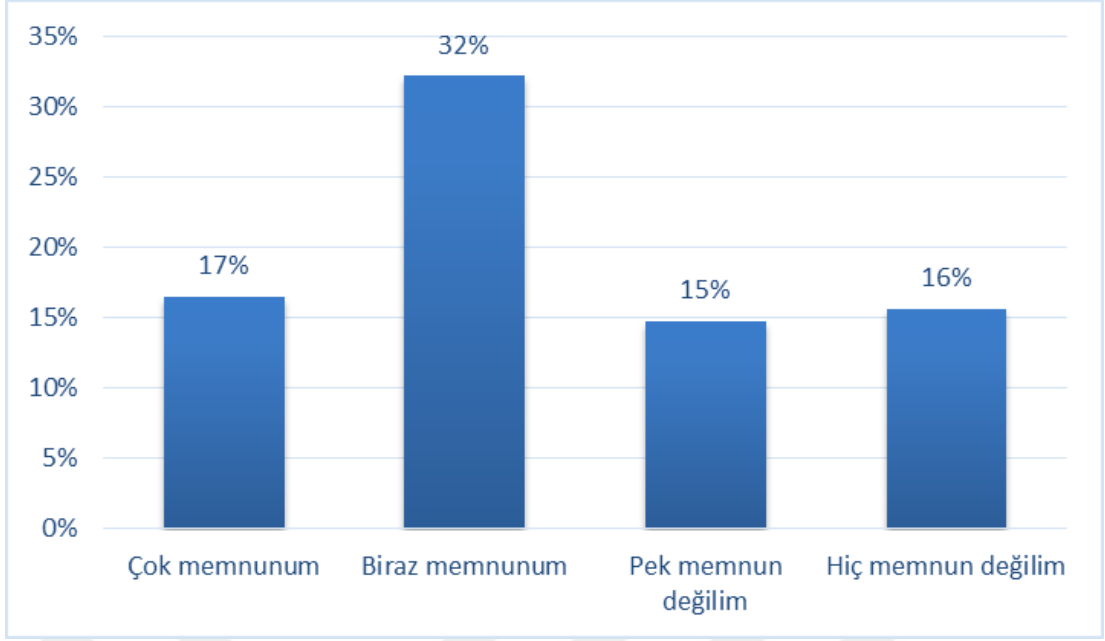
	n	%	
<b>Mide Bağırsak Hastalığı Tanısı</b>	Reflü	40	34.8
	Gastrit/Ülser	8	7.0
	Dispepsi	20	17.4
	İntestinal gaz	10	8.7
	İBS	9	7.8
	Ülseratif kolit	3	2.6
	Konstipasyon	25	21.7
<b>Uygulanan Medikal Tedavi</b>	İlaçlı Tedavi	61	53.0
	Diyet Programı	11	9.6
	İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı	18	15.7
<b>Medikal Tedavi Memnuniyeti</b>	Çok memnunum.	19	16.5
	Biraz memnunum.	37	32.2
	Pek memnun değilim.	17	14.8
	Hiç memnun değilim.	18	15.7



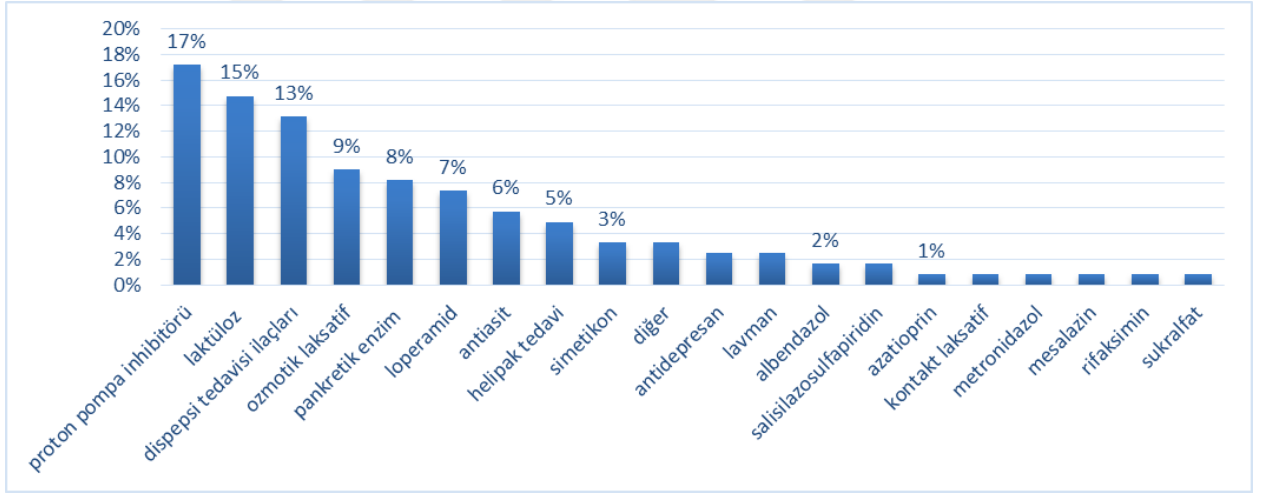
**Şekil 3.** Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanısı



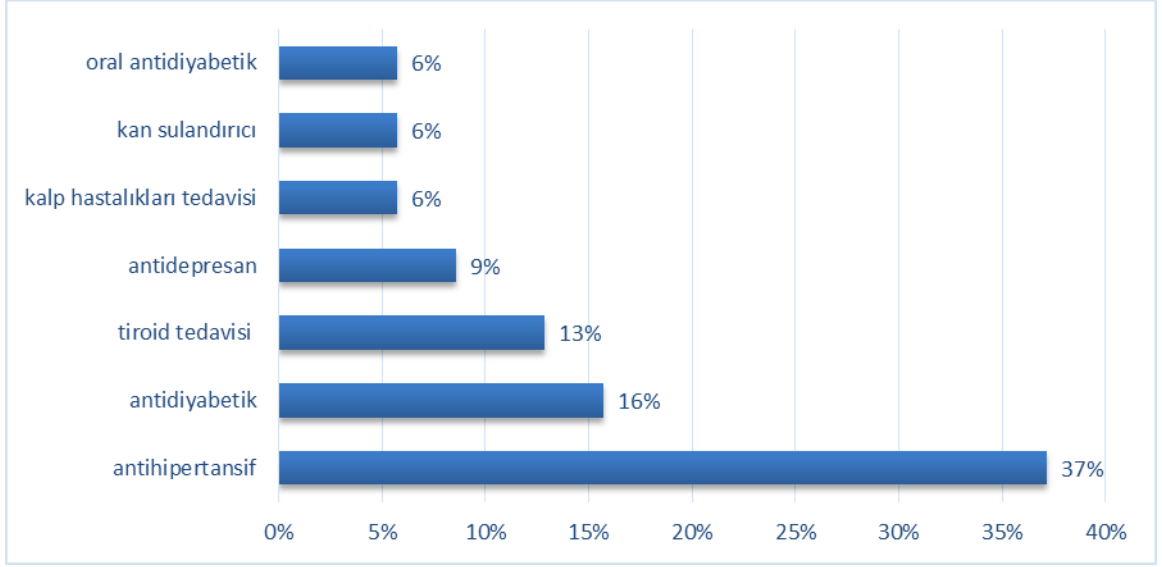
**Şekil 4.** Uygulanan Medikal Tedavi



**Şekil 5.** Medikal Tedaviden Memnuniyet Derecesi



**Şekil 6.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Kullanılan İlaçlar

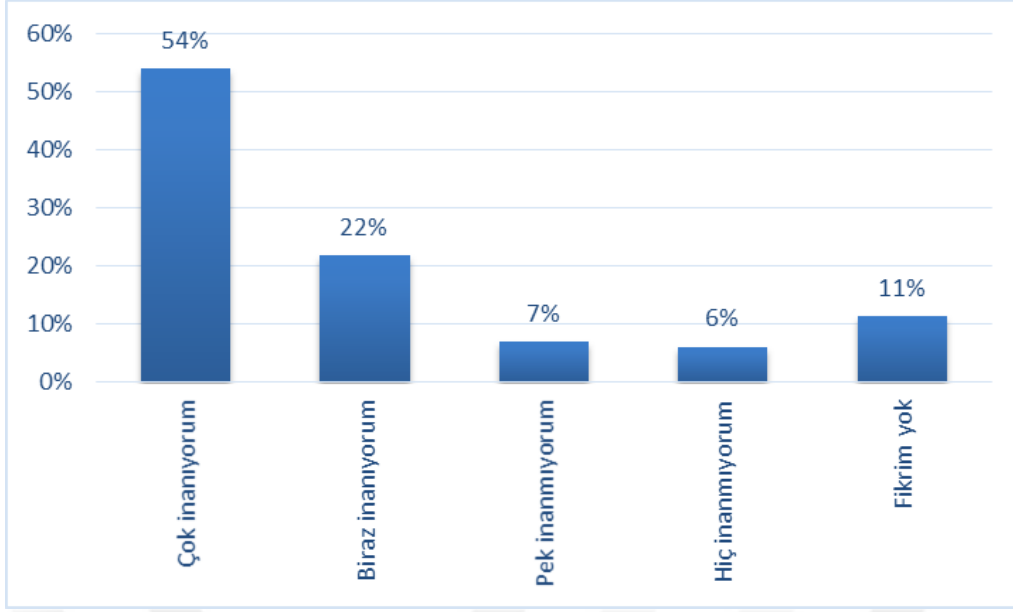


**Şekil 7.** Katılımcıların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarının Tedavisinde Kullandıkları Diğer İlaçlar

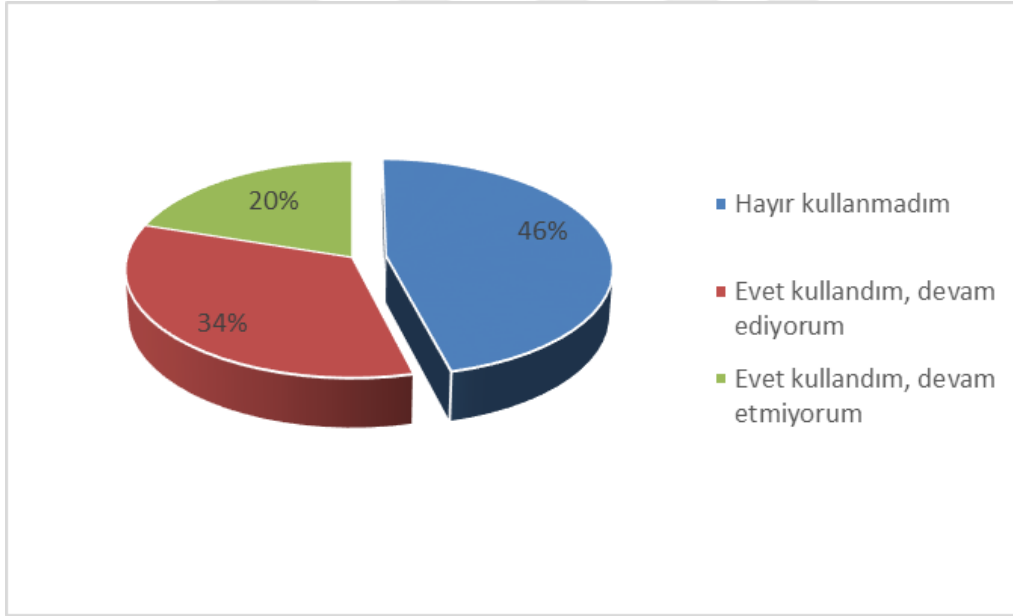
**Tablo 5.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi, Kullanım Oranları, Kullanmama ve Bırakma Nedenleri

	n	%
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi</b>		
Çok inanıyorum.	62	53.9
Biraz inanıyorum.	25	21.7
Pek inanmıyorum.	8	7.0
Hiç inanmıyorum.	7	6.1
Fikrim yok/bilmiyorum.	13	11.3
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımı</b>		
Hayır kullanmadım.	53	46.1
Evet kullandım, devam ediyorum.	39	33.9
Evet kullandım, devam etmiyorum.	23	20.0
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanmama Nedeni</b>		
Hekim, eczacı veya diyetisyenim kullanmamamı söyledi.	1	0.9
İlaç tedavimi olumsuz etkileyebileceğini düşündüm.	3	2.6
Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanmıyorum.	6	5.2
Bitkisel ve diğer doğal tedaviler hakkında hiçbir bilgim yok.	39	33.9
Tatlarını beğenmiyorum.	1	0.9
Tavsiye eden bir sağlık personeli olmadı.	1	0.9
Şikayetlerim çok artmadığı için kullanmadım.	2	1.7
İlaçlar şikayetlerimi giderdi.	1	0.9
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Bırakma Nedeni</b>		
Olumlu bir etkisini görmedim.	5	4.3
Olumsuz etki gördüm.	1	0.9
Maddi açıdan karşılayamadım.	1	0.9
Tadını beğenmedim.	2	1.7
Şikayetlerim azalınca bıraktım	7	6.1
Yanlış bir kullanım olduğunu öğrendim.	1	0.9
Bir kutu bitince bıraktım.	1	0.9
Kür olarak uygulandı.	2	1.7
Tedavi gördüğüm yere gitmeyi bıraktım.	1	0.9
Yan etkilerini okuyunca zarar görmemek için bıraktım.	1	0.9

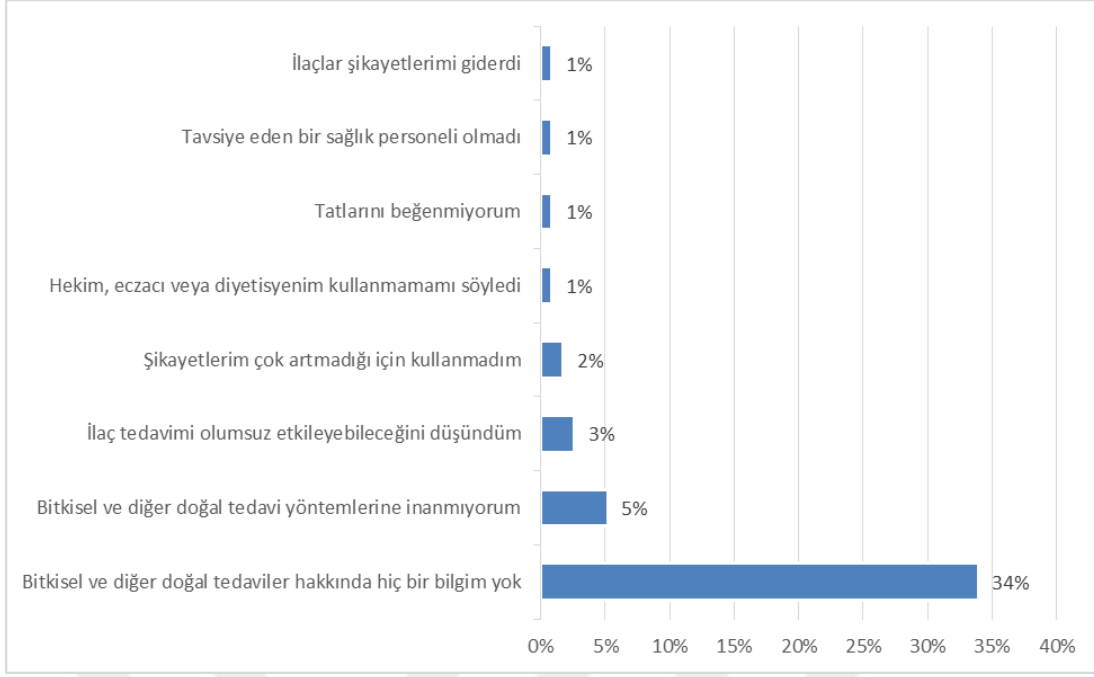




Şekil 8. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi



Şekil 9. Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Oranı



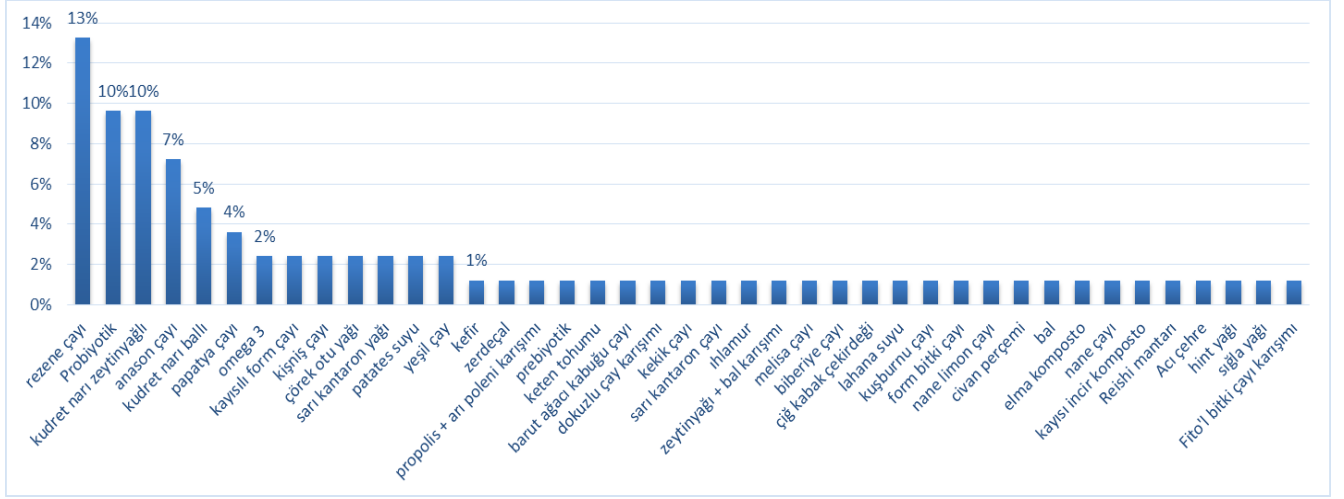
**Şekil 10.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanmama Nedenleri



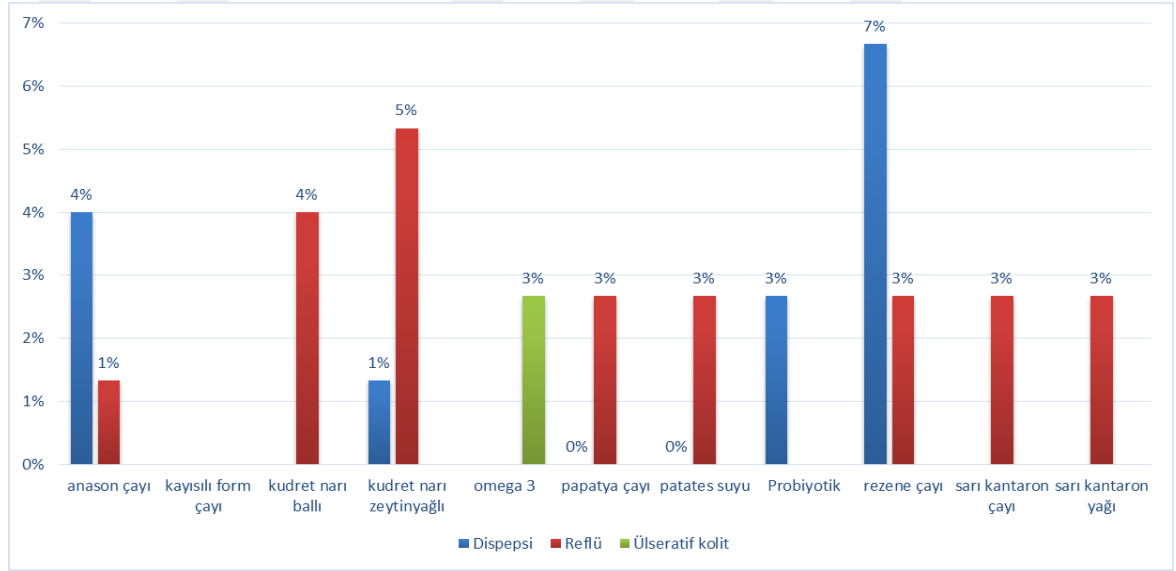
**Şekil 11.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Bırakma Nedenleri

**Tablo 6.** Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler, Kullanım Şekilleri, Mide ve Bağırsak Hastalığı Tanıları

Bitkiler	%	Kullanım Şekli	Mide ve bağırsak hastalığı tanısı
Rezene çayı	13	İnfüzyon	Konstipasyon/Dispepsi/İBS/ İntestinal gaz/ Reflü
Kudret narı/zeytinyağı	10	Oral	Reflü/İBS/Gastrit/Ülser/Dispepsi
Probiyotik	10	Toz formu	İBS/Konstipasyon/Dispepsi
Anason çayı	7	İnfüzyon/ Dekoksiyon	Dispepsi/İBS/İntestinal gaz/Reflü
Kudret narı/ballı	5	Oral	İntestinal gaz/ Reflü
Papatya çayı	4	İnfüzyon	Reflü/ Gastrit
Çörek otu yağı	2	Gıda olarak	Dispepsi / Konstipasyon
Kayısıllı form çayı	2	İnfüzyon	Konstipasyon
Kişniş çayı	2	İnfüzyon	İBS/İntestinal gaz
Omega 3	2	Kapsül/ Tablet	Ülseratif kolit
Patates suyu	2	Oral	Reflü
Sarı kantaron yağı	2	Oral	Reflü
Yeşil çay	2	İnfüzyon	Reflü/ Dispepsi
Acı çehre	1	Çiğneme	Konstipasyon
Adaçayı	1	İnfüzyon	Dispepsi
Bal	1	Gıda olarak	Reflü
Barut ağacı kabuğu çayı	1	İnfüzyon	Konstipasyon
Biberiye çayı	1	İnfüzyon	Dispepsi
Civanperçemi	1	Dekoksiyon	Reflü
Çiğ kabak çekirdeği	1	Gıda olarak	Dispepsi
Dokuzlu çay karışımı	1	İnfüzyon	İntestinal gaz
Elma kompostosu	1	Gıda olarak	Konstipasyon
Fito'l bitki çayı karışımı	1	İnfüzyon	Gastrit
Form bitki çayı	1	İnfüzyon	Konstipasyon
Hint yağı	1	Oral	Konstipasyon
Ihlamur	1	İnfüzyon	Reflü
Kayısı/incir kompostosu	1	Gıda olarak	Konstipasyon
Kefir	1	Gıda olarak	Konstipasyon
Kekik çayı	1	İnfüzyon	Dispepsi
Keten tohumu	1	Gıda olarak	Konstipasyon
Kuşburnu çayı	1	İnfüzyon	Konstipasyon
Lahana suyu	1	Oral	Dispepsi
Melisa çayı	1	İnfüzyon	Reflü
Nane çayı	1	İnfüzyon	Reflü
Nane limon çayı	1	Dekoksiyon	İntestinal gaz
Prebiyotik	1	Toz formu	Konstipasyon
Propolis + arı poleni	1	Oral	Reflü
Reishi mantarı	1	Kapsül	Dispepsi
Sarı kantaron çayı	1	İnfüzyon	Reflü
Sığla yağı	1	Oral	Reflü
Zerdeçal	1	Kapsül/ Tablet	Ülseratif kolit
Zeytinyağı + bal karışımı	1	Gıda olarak	Konstipasyon



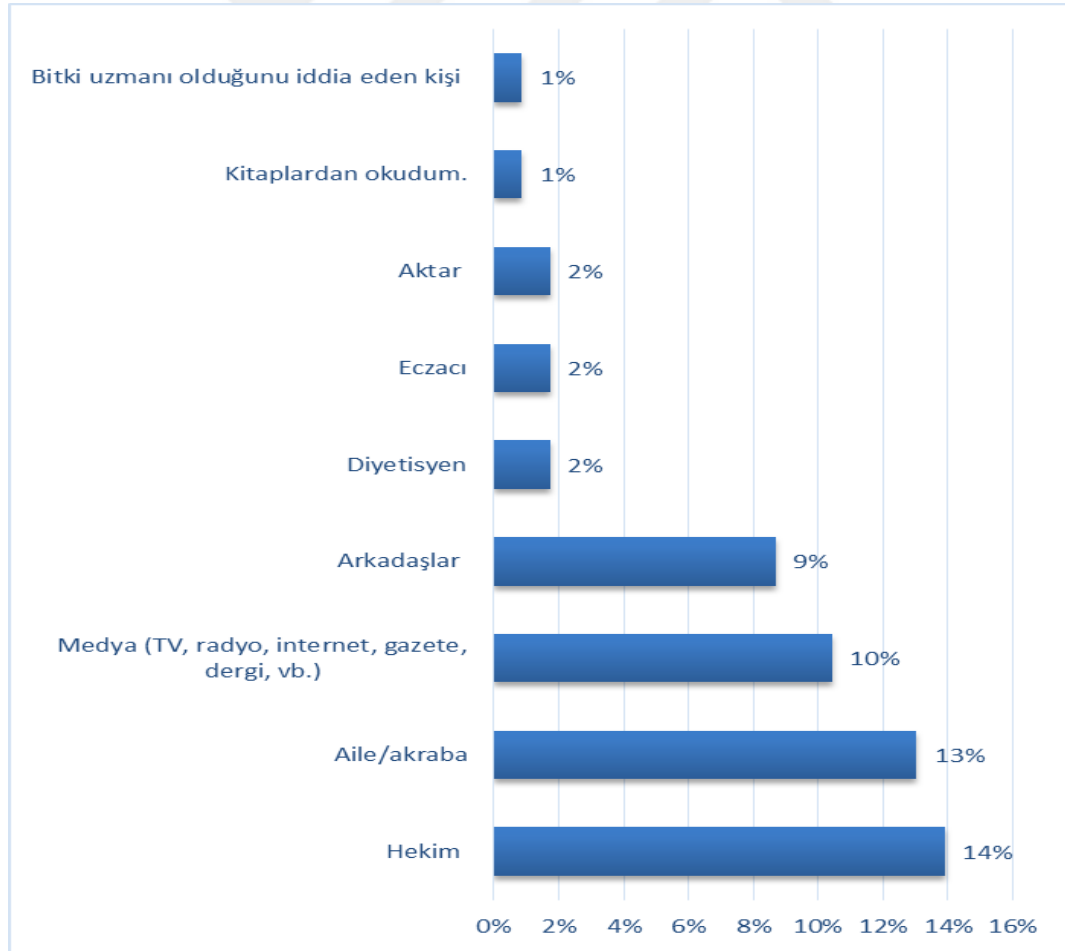
**Şekil 12.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler



**Şekil 13.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Kullanılan Bitkisel ve Diğer Doğal Ürünler

**Tablo 7.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Önerenler

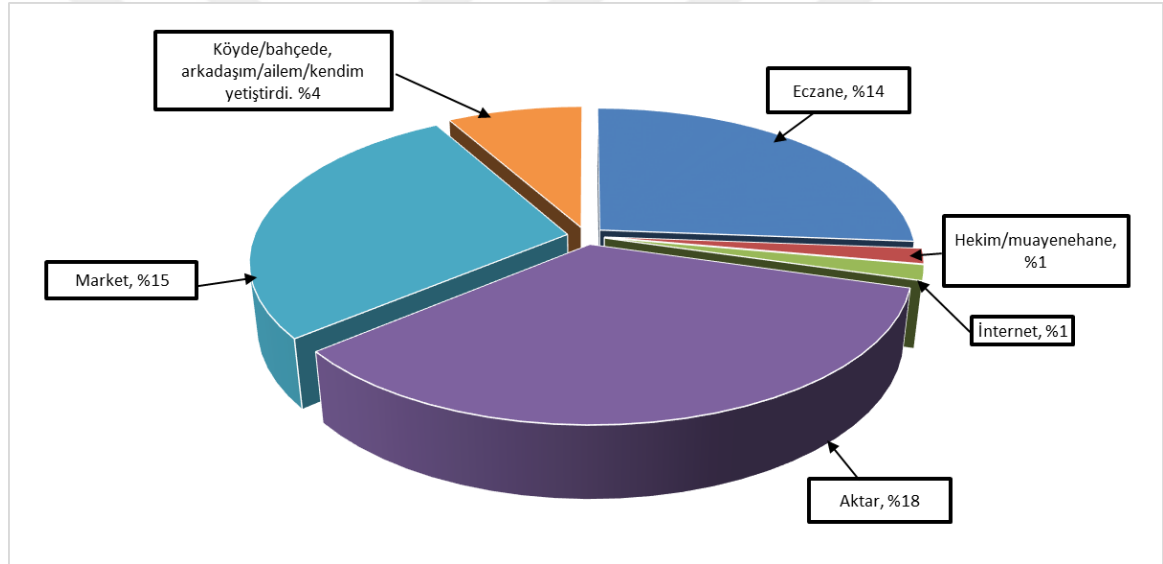
	n	%
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Öneren</b>		
Hekim	16	13.9
Diyetisyen	2	1.7
Eczacı	2	1.7
Arkadaşlar	10	8.7
Aile/ akraba	15	13.0
Aktar	2	1.7
Kitaplardan okudum.	1	0.9
Medya (TV, radyo, internet, gazete, dergi, vb.)	12	10.4
Bitki uzmanı olduğunu iddia eden kişi	1	0.9
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>



**Şekil 14.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Önerenler

**Tablo 8.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yerleri

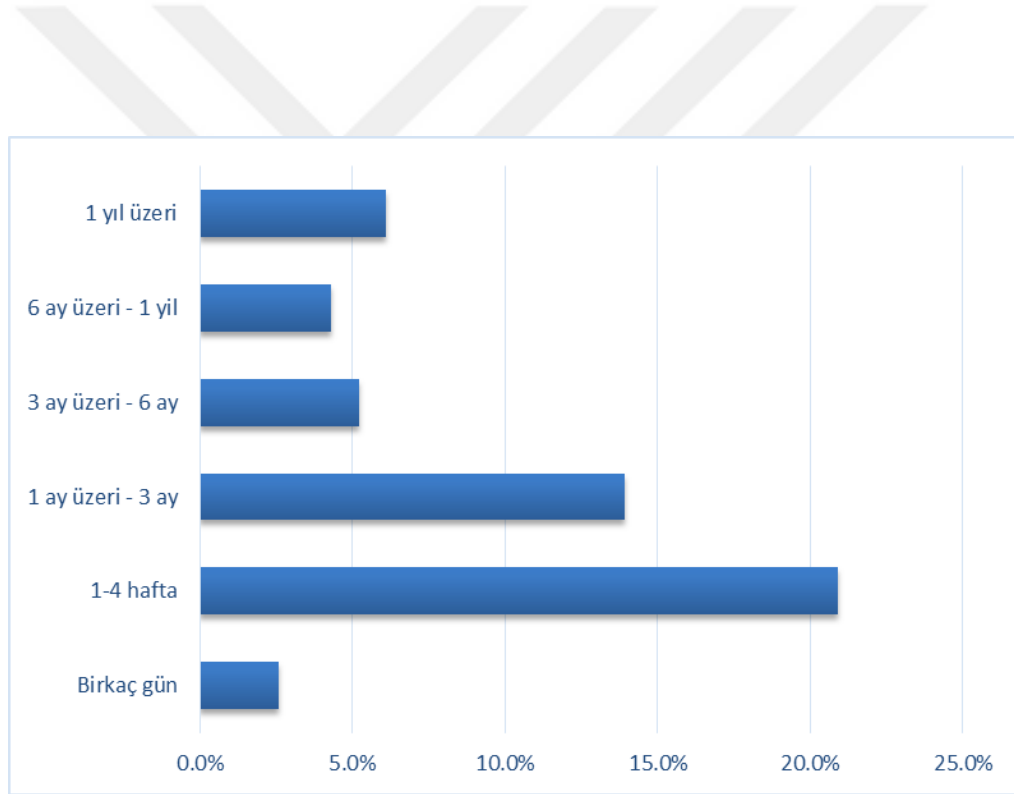
Satın Alınan Yer	n	%
Eczane	16	13.9
Hekim/muayenehane	1	0.9
İnternet	1	0.9
Aktar	21	18.3
Market	17	14.8
Köyde/bahçede, kendim/arkadaşım/ailem yetistirdi.	5	4.3
Toplam	61	53.0



**Şekil 15.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yerleri

**Tablo 9.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Süresi

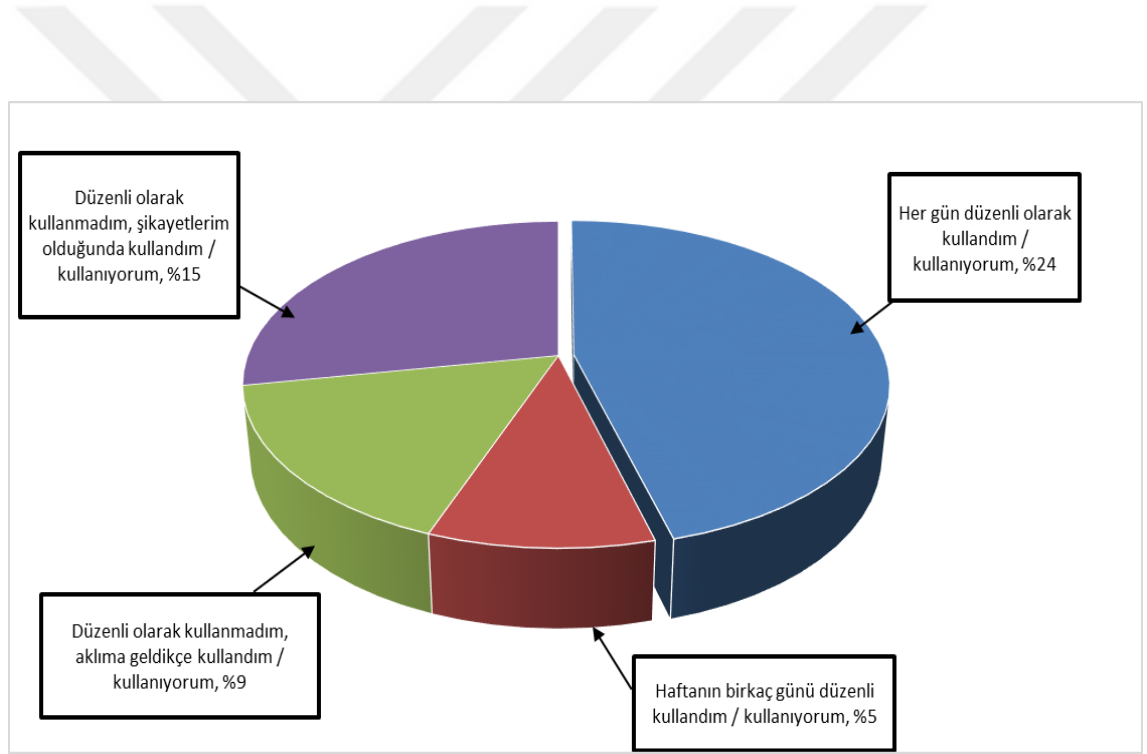
	n	%
<b>Kullanım Süresi</b>		
Birkaç gün	3	2.6
1-4 hafta	24	20.9
1 ay üzeri - 3 ay	16	13.9
3 ay üzeri - 6 ay	6	5.2
6 ay üzeri - 1 yıl	5	4.3
1 yıl üzeri	7	6.1
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>



**Şekil 16.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Süresi

**Tablo 10.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Sıklığı

	n	%
<b>Kullanım Sıklığı</b>		
Her gün düzenli olarak kullandım/ kullanıyorum.	28	24.3
Haftanın birkaç günü düzenli kullandım/ kullanıyorum.	6	5.2
Düzenli olarak kullanmadım, aklıma geldikçe kullandım / kullanıyorum.	10	8.7
Düzenli olarak kullanmadım, şikayetlerim olduğunda kullandım / kullanıyorum.	17	14.8
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>



**Şekil 17.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerinin Kullanım Sıklığı



**Tablo 11.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar

	n	%
<b>Dikkat Edilen Unsurlar</b>		
Firma güvenilirliğine	10	8.7
Ambalaj bilgilerine	4	3.5
Ürün için onay veren kurumlara	2	1.7
Satın alınan yere	35	30.4
Hekim önerisine	2	1.7
Diyetisyen önerisine	1	0.9
Hiçbir kriterim yok.	2	1.7
Doğal/organik olmasına	4	3.5
Aile/arkadaş/akraba tavsiyelerine	1	0.9
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>



**Şekil 18.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar

**Tablo 12.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başlama Zamanı

	n	%
<b>Başlama Zamanı</b>		
Hekime başvurmadan önce başladım.	8	7
Hekime başvurup teşhis konduktan sonra başladım.	53	46
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53</b>

**Tablo 13.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başvurmada Ana Neden

	n	%
<b>Ana Neden</b>		
İlaç tedavisine başlamamak için kullanıyorum.	10	8.7
Medikal tedavimden memnun değildim.	3	2.6
İlaç tedavime destek olarak kullanıyorum.	12	10.4
İlaç kullanımına son vermek için kullanıyorum.	13	11.3
İlacın yan etkilerini hafifletmek için kullanıyorum.	1	0.9
Hastalığımın tamamen iyileşmesi için kullanıyorum.	22	19.1
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53.0</b>



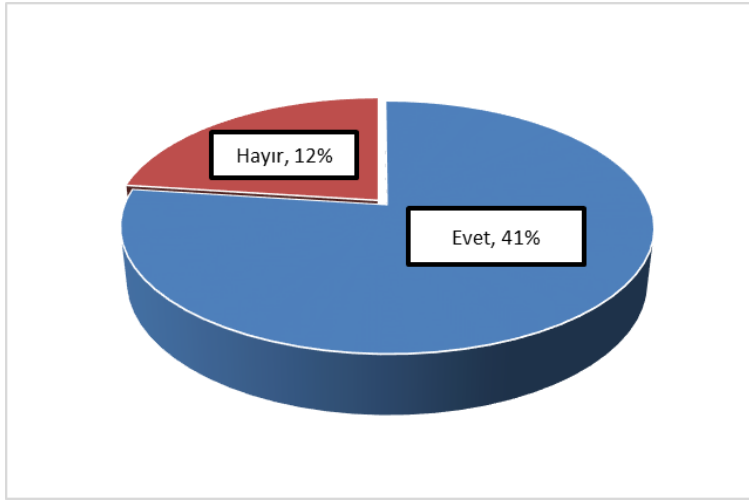
**Şekil 19.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başvurmada Ana Neden

**Tablo 14.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Başladıktan Sonra Medikal Tedavide Yapılan Değişiklikler

	n	%
<b>Medikal Tedavideki Değişiklik</b>		
İlaç tedavimle birlikte ek olarak kullanmaya devam ettim.	33	29
Kullandığım ilaçların miktarını düşürdüm.	1	1
İlaç tedavimin yerine kullandım.	27	24
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>53</b>

**Tablo 15.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

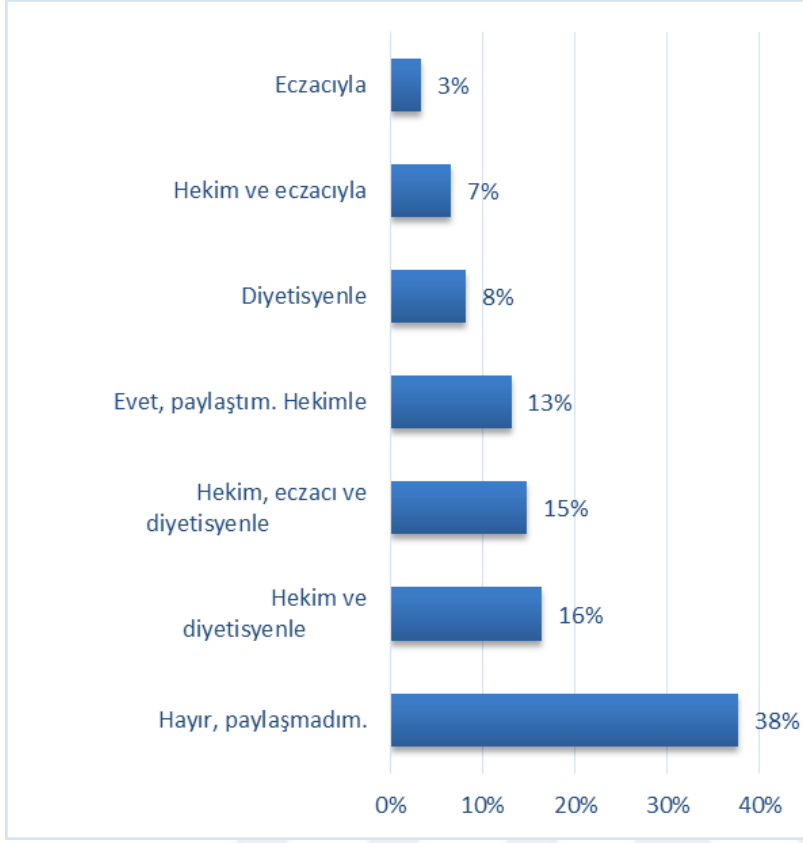
	n	%
<b>Fayda Sağladınız Mı?</b>		
Evet	47	41
Hayır	14	12
Toplam	61	53



**Şekil 20.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

**Tablo 16.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşılma Durumu

	n	%
<b>Paylaşma Durumu</b>		
Hayır, paylaşmadım.	23	37.7
Evet, paylaştım. Hekimle	8	13.1
Eczacıyla	2	3.3
Diyetisyenle	5	8.2
Hekim ve Diyetisyenle	10	16.4
Hekim ve Eczacıyla	4	6.6
Hekim, Eczacı ve Diyetisyenle	9	14.8
	61	100.0



**Şekil 21.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşılma Durumu

**Tablo 17.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımının Sağlık Personeliyle Paylaşmama Nedenleri

		n	%
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri</b>			
<b>Kullanımını Paylaşmama Nedeni</b>			
	Sağlık personeli sormadı.	10	8.7
	Sağlık personelinin karşı çıkacağını düşündüm.	2	1.7
	Tedavinin seyri için önemli olabileceğini düşünmedim.	5	4.3
	Doğal olduğu için herhangi bir etkileşimin olabileceğini düşünmedim.	4	3.5
	Bu süreçte sağlık personeline başvurmadım.	2	1.7



**Şekil 22.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Sağlık Personeliyle Paylaşmama Nedeni

**Tablo 18.** Cinsiyete Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

İnanma Derecesi		Erkek		Kadın		p
		n	%	n	%	
İnanma Derecesi	Çok inanıyorum	14	22.6	48	77.4	0.07
	Biraz inanıyorum	11	42.3	15	57.7	
	Pek inanmıyorum	3	42.9	4	57.1	
	Hiç inanmıyorum	4	66.7	2	33.3	
	Bilmiyorum / Fikrim yok	6	46.2	7	53.8	

Cinsiyet gruplarında bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanış oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,07$ ).

**Tablo 19.** Cinsiyete Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Bitkisel ve Diğer Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı		Erkek		Kadın		p
		n	%	n	%	
Bitkisel ve Diğer Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı	Hayır, kullanmadım.	24	46.2%	28	53.8%	0.018
	Evet kullandım, devam ediyorum.	7	17.9%	32	82.1%	
	Evet kullandım, devam etmiyorum.	7	30.4%	16	69.6%	

Cinsiyet gruplarında bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,018$ ). Kadın katılımcıların bitkisel ve doğal tedavi yöntemlerini kullanıp devam etme oranı yüksektir.

**Tablo 20.** Yaşa Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

Yaş aralığı	Çok inanıyorum		Biraz inanıyorum		Pek inanmıyorum		Hiç inanmıyorum		Bilmiyorum / Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-25	7	11.3	2	7	0	0.0	1	16.7	0	0.0
26-33	6	9.7	3	11	1	14.3	0	0.0	1	9.1
34-41	13	21.0	7	26	3	42.9	1	16.7	3	23.0
42-49	12	19.4	6	22	0	0.0	2	33.3	3	23.0
50-57	12	19.4	3	11	1	14.3	0	0.0	2	15.0
58-65	5	8.1	2	7	0	0.0	1	16.7	2	15.0
66 ve üzeri	7	11.3	4	15	2	28.6	1	16.7	2	15.0
<b>Toplam</b>	<b>62</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

**p = 0.979**

Yaş gruplarında bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerine inanış oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,9).

**Tablo 21.** Yaşa Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Yaş aralığı	Hayır kullanmadım		Evet kullandım, devam ediyorum		Evet kullandım, devam etmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
18-25	4	7.7	2	5.1	4	17.4
26-33	5	9.6	2	5.1	4	17.4
34-41	15	28.8	9	23.1	3	13.0
42-49	11	21.2	9	20.5	3	13.0
50-57	7	13.5	6	15.4	5	21.7
58-65	4	7.7	4	10.3	2	8.7
66 ve üzeri	6	11.5	8	20.5	2	8.7
<b>Toplam</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

**p = 0.627**

Yaş gruplarında bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerine kullanım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,6).

**Tablo 22.** Eğitim Düzeyine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

Eğitim Düzeyi	Çok inanıyorum		Biraz inanıyorum		Pek inanmıyorum		Hiç inanmıyorum		Bilmiyorum / Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitimsiz	1	1.6	0	0	0	0.0	1	16.7	2	15.4
İlkokul	11	17.7	6	22.2	2	28.6	2	33.3	4	30.8
Ortaokul	4	6.5	1	3.7	1	14.3	0	0.0	0	0.0
Lise	11	17.7	6	22.2	1	14.3	1	16.7	3	23.1
Önlisans	6	9.7	2	7.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Lisans	24	38.7	9	33.3	2	28.6	2	33.3	4	30.8
Yüksek lisans	5	8.1	2	7.4	1	14.3	0	0.0	0	0.0
Doktora	0	0.0	1	3.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

p = 0.77

Eğitim düzeylerine göre bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerine inanış oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,7).

**Tablo 23.** Eğitim Düzeyine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Eğitim Düzeyi	Hayır kullanmadım		Evet kullandım, devam ediyorum		Evet kullandım, devam etmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Eğitimsiz	2	3.8	2	5	0	0
İlkokul	10	19.2	9	22.5	6	26.1
Ortaokul	2	3.8	3	7.5	1	4.3
Lise	8	15.4	9	22.5	5	21.7
Önlisans	3	5.8	2	5	3	13
Lisans	22	42.3	11	27.5	8	34.8
Yüksek lisans	4	7.7	4	10	0	0
Doktora	1	1.9	0	0	0	0
<b>Toplam</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

p = 0.842

Eğitim düzeylerine göre bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerini kullanım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,8).



**Tablo 24.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi

Mide ve Bağırsak	Hayır kullanmadım.		Evet kullandım, devam ediyorum.		Evet kullandım, devam etmiyorum.	
	n	%	n	%	n	%
Reflü	22	42.3	10	25.0	9	39.1
Gastrit/Ülser	4	7.7	4	10.0	0	0.0
Dispepsi	6	11.5	5	12.5	8	34.8
İntestinal gaz	5	9.6	4	10.0	1	4.3
İBS	6	11.5	3	7.5	0	0.0
Ülseratif kolit	1	1.9	1	2.5	1	4.3
Konstipasyon	8	15.4	13	32.5	4	17.4
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

p = 0.127

Mide ve bağırsak hastalıklarına göre bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerine inanışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,2).

**Tablo 25.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Mide ve Bağırsak Hastalıkları Tanısı	Hayır kullanmadım.		Evet kullandım, devam ediyorum.		Evet kullandım, devam etmiyorum.	
	n	%	n	%	n	%
Reflü	22	42.3	9	23.1	9	39.1
Gastrit/Ülser	4	7.7	4	10.3	0	0.0
Dispepsi	6	11.5	5	12.8	8	34.8
İntestinal gaz	5	9.6	4	10.3	1	4.3
İBS	6	11.5	3	7.7	0	0.0
Ülseratif kolit	1	1.9	1	2.6	1	4.3
Konstipasyon	8	15.4	13	33.3	4	17.4
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

p = 0.127

Mide ve bağırsak hastalıklarına göre bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerini kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,1).

**Tablo 26.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Dereceleri ve Bu Yöntemleri Kullanma Süreleri Arasındaki İlişki

		Birkaç gün		1-4 hafta		1 ay üzeri - 3 ay		3 ay üzeri - 6 ay		6 ay üzeri - 1 yıl		1 yıl ve üzeri		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Bitkisel ve Diğer Tedavi Yöntemlerine İnanma</b>														
<b>Derecesi</b>	Çok inanıyorum.	3	7	16	36	10	23	5	11	4	9	6	14	0.531
	Biraz inanıyorum.	0	0	3	30	5	50	1	10	0	0	1	10	
	Pek inanmıyorum.	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	
	Bilmiyorum / Fikrim yok.	0	0	4	80	1	20	0	0	0	0	0	0	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanma derecesi ve bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanım süresi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,531).

**Tablo 27.** Mide ve Bağırsak Hastalıklarına Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinden Fayda Sağlama Durumu

		Evet		Hayır		p
		n	%	n	%	
<b>Mide ve Bağırsak Hastalıkları Tanısı</b>						
	Reflü	12	26	6	43	0.758
	Gastrit/Ülser	3	6	1	7	
	Dispepsi	10	21	2	14	
	İntestinal gaz	4	9	1	7	
	İBS	3	6	0	0	
	Ülseratif kolit	1	2	1	7	
	Konstipasyon	14	30	3	21	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinden fayda sağlanıp sağlanmaması ve mide bağırsak hastalığı oranları arasında istatistiksel anlamda bir fark saptanmadı (p=0,758).

**Tablo 28.** Uygulanan Medikal Tedaviye Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

		İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı						p
		İlaçlı Tedavi		Diyet Programı		İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemleri Kullanımı</b>	Hayır kullanmadım.	32	76	6	14	4	10	0.03
	Evet kullandım, devam ediyorum.	15	50	4	13	11	37	
	Evet kullandım, devam etmiyorum.	15	83	1	6	2	11	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı ve uygulanan medikal tedavi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,029). Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmayanların %76'sı ilaçlı tedavi almıştır.

**Tablo 29.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Ürünlerini Satın Alma Yeri ve Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar Arasındaki İlişki

		Eczane		Hekim / Muayenehane		İnternet		Aktar		Market		Köyde/Bahçede, Kendim/Arkadaşım/ Ailem yetiştirdi.		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Bitkisel ve Diğer Tedavi Ürünleri Satın Alırken Dikkat Edilen Unsurlar</b>	Firma güvenilirliğine	3	19	0	0	1	100	1	4.80	5	29	0	0	0
	Ambalaj bilgilerine	0	0	0	0	0	0	1	4.80	3	18	0	0	
	Ürün için onay veren kurumlara	1	6	0	0	0	0	0	0.00	1	6	0	0	
	Satın aldığım yere	9	56	1	100	0	0	18	85.70	6	35	1	20	
	Hekim önerisine	2	13	0	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	
	Diyetisyen önerisine	0	0	0	0	0	0	0	0.00	1	6	0	0	
	Hiçbir kriterim yok.	1	6	0	0	0	0	1	4.80	0	0	0	0	
	Doğal / organik olmasına	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0	4	80	
	Aile/arkadaş/akraba bilgisine	0	0	0	0	0	0	0	0.00	1	6	0	0	
<b>Toplam</b>		<b>16</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünlerinin satın alınma yerleri ve satın alınırken dikkat edilen unsurlar oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,00). Katılımcıların %18'i ürünlerini aktardan satın alıyor ve bu grup katılımcıların %86'sı satın aldıkları yere güveniyor.

**Tablo 30.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine Yönelmedeki Ana Nedenler Arasındaki İlişki

Ana Neden	İlaçlı tedavi		Diyet Programı		İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı	
	n	%	n	%	n	%
İlaç tedavisine başlamamak için kullanıyorum	0	0	4	80	0	0
Medikal tedavimden memnun değildim	1	3	0	0	1	8
İlaç tedavime destek olarak kullanıyorum	6	21	0	0	5	39
İlaç kullanımına son vermek için kullanıyorum	11	38	0	0	2	15
İlacın yan etkilerini hafifletmek için kullanıyorum	0	0	0	0	1	8
Hastalığımın tamamen iyileşmesi için kullanıyorum	11	38	1	20	4	31
<b>Toplam</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

p = 0.001

Bitkisel ve diğer doğal tedavileri kullanmada ana sebep ve uygulanan medikal tedavi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001).

**Tablo 31.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanış ve Bu Yöntemleri Kullanımları Arasındaki İlişki

		Hayır kullanmadım		Evet kullandım, devam ediyorum		Evet kullandım, devam etmiyorum		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerine İnanma Derecesi</b>	Çok inanıyorum	18	29.0	28	45.2	16	25.8	0.018
	Biraz inanıyorum	16	61.5	6	23.1	4	15.4	
	Pek inanmıyorum	4	57.1	2	28.6	1	14.3	
	Hiç inanmıyorum	6	100.0	0	0.0	0	0.0	
	Fikrim yok / bilmiyorum	8	61.5	3	23.1	2	15.4	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanma derecesi ve bitkisel ve diğer tedavi yöntemlerini kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,018). Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine çok inanların %45'i bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmış ve devam etmektedirler. Hiç inanmayanların %100'ü ise hiç kullanmamıştır.

**Tablo 32.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Bırakma Nedenleri Arasındaki İlişki

		İlaçlı tedavi		Diyet programı		İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Bırakma Nedeni</b>	Olumlu bir etkisini görmedim.	3	21.4	0	0	1	50	0.976
	Olumsuz etki gördüm.	1	7.1	0	0	0	0	
	Maddi açıdan karşılayamadım.	1	7.1	0	0	0	0	
	Tadını beğenmedim.	1	7.1	0	0	0	0	
	Şikayetlerim azalınca bıraktım.	4	28.6	1	100	0	0	
	Bir kutu bitince bıraktım.	1	7.1	0	0	0	0	
	Kür olarak uygulandı.	1	7.1	0	0	1	50	
	Tedavi gördüğüm yeri bıraktım.	1	7.1	0	0	0	0	
	Yan etkilerini okuyunca zarar görmemek için bıraktım.	1	7.1	0	0	0	0	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini bırakma nedeni ve uygulanan medikal tedavi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,976).

**Tablo 33.** Uygulanan Medikal Tedavi ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanmama Nedenleri Arasındaki İlişki

		İlaçlı tedavi		Diyet programı		İlaçlı Tedavi ve Diyet Programı		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Kullanmama nedeni</b>	Hekim, eczacı veya diyetisyenim kullanmamamı söyledi.	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0.644
	İlaç tedavimi olumsuz etkileyebileceğini düşündüm.	3	100.0	0	0.0	0	0.0	
	Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanmıyorum.	3	75.0	0	0.0	1	25.0	
	Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemleri hakkında hiçbir fikrim yok.	24	75.0	5	15.6	3	9.4	
	Tatlarını beğenmiyorum.	1	100.0	0	0.0	0	0.0	
	Tavsiye eden bir sağlık personeli olmadı.	1	100.0	0	0.0	0	0.0	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmama sebebi ve uygulanan medikal tedavi oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,644).

**Tablo 34.** Uygulanan Medikal Tedaviden Memnuniyet ve Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

		Hayır, kullanmadım		Evet kullandım,		Evet kullandım, devam etmiyorum.		
		n	%	n	%	n	%	p
<b>Medikal Tedavi</b>								
<b>Memnuniyeti</b>	Çok memnunum.	6	32%	9	47%	4	21%	0.75
	Biraz memnunum.	19	51%	10	27%	8	22%	
	Pek memnun değilim.	9	53%	6	35%	2	12%	
	Hiç memnun değilim.	8	44%	6	33%	4	22%	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemleri kullanımı ve medikal tedavi memnuniyeti oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,75$ ).

**Tablo 35.** Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Sıklığı ve Fayda Sağlama Durumu Arasındaki İlişki

		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	p
<b>Kullanım Sıklığı</b>	Her gün düzenli olarak kullandım / kullanıyorum.	21	44.7	7	50.0	0.544
	Haftanın birkaç günü düzenli olarak kullandım / kullanıyorum.	6	12.8	0	21.4	
	Düzenli olarak kullanmadım, aklıma geldikçe kullandım / kullanıyorum.	7	14.9	3	0.0	
	Düzenli olarak kullanmadım, şikayetlerim olduğunda kullandım / kullanıyorum.	13	27.7	4	28.6	

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanım sıklığı ve bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinden fayda sağlanıp sağlanmaması oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,544$ ).

**Tablo 36.** Cinsiyete Göre Medikal Tedaviden Memnuniyet Durumu

		Kadın		Erkek		p
		n	%	n	%	
<b>Medikal Tedavi Memnuniyeti</b>	Çok memnunum.	12	19.4	7	24.1	0.867
	Biraz memnunum.	27	43.5	10	34.5	
	Pek memnun değilim.	11	17.7	6	20.7	
	Hiç memnun değilim.	12	19.4	6	20.7	

Cinsiyet gruplarında medikal tedaviden memnuniyet oranlarında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,867).

**Tablo 37.** Tanı Süresine Göre Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu

		Hayır kullanmadım		Evet kullandım, devam ediyorum.		Evet kullandım, devam etmiyorum.		p
		n	%	n	%	n	%	
Tanı Süresi	1-3 aydır	13	56.5	7	17.5	3	13.1	0.146
	4-6 aydır	6	66.7	0	0.0	3	33.3	
	7-12 aydır	7	70.0	1	2.5	2	20.0	
	13-24 aydır(1 yıl üzeri-2 yıl)	2	28.6	2	5.0	3	42.8	
	25-36 aydır (2 yıl üzeri-3 yıl)	3	33.3	4	10.0	2	22.3	
	3 yıl üzeri	21	37.5	26	65.0	10	17.9	

Tanı süresilerine göre bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,146).

## 5. SONUÇ ve TARTIŞMA

Yapılan anket çalışmasında mide ve bağırsak hastalığı tanısı almış hastalarda semptomların tedavisi ya da hafifletilmesi amacıyla bitkisel ve diğer doğal tedavilerin kullanım sıklığı ve sonuçlarına ait bilgiler toplanarak istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Ankete katılan 76'sı kadın (%66), 39'u erkek (%34) olmak üzere toplam 115 gönüllü hastanın yaş ortalaması  $46 \pm 14,9$ 'dur (20- 83 yaş aralığı). Katılımcıların çoğunluğu (%36) lisans eğitimi mezunudur (Tablo 3; Şekil 1).

Demografik özellikler ve hastalık öyküleri değerlendirildikten sonra hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine güvenip güvenmedikleri ve bu yöntemleri kullanıp kullanmadıkları değerlendirilmiştir. Yapılan ankette katılımcıların yarısından fazlası (%54) bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine çok inandığını belirtmiştir (Tablo 5; Şekil 8). Benzer çalışmalarda (9- 11) hastaların TAT yöntemlerine olan inançları sorgulanmamışken; bizim çalışmamızda bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı ve bu yöntemlere inanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,018$ ). Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine çok inanan katılımcıların %45'i kullanmaya devam etmekteyken; inananların tamamı daha önce bu yöntemleri hiç kullanmamıştır (Tablo 31). Bununla birlikte, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri ile bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanışları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 18, 20, 22). Yaş ve eğitim düzeyleri ile bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemişken; cinsiyet grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,018$ ). Kadın katılımcıların bitkisel ve doğal tedavi yöntemlerini kullanıp devam etme oranı daha yüksektir (Tablo 19, 21, 23). Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer olarak kadınların TAT yöntemlerini daha çok kullandıkları rapor edilmiştir. (9- 11) Hung ve arkadaşlarının Gİ hastalıklara sahip kişilerde TAT yöntemlerinin kullanımını araştıran anket çalışmasında da benzer olarak yaş ve TAT kullanımı arasında bir ilişki bulunamamıştır. (10) Buna benzer şekilde Türkiye'de Kav'ın yürüttüğü çalışmada da yaş ve TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki gösterilemezken; Hung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı destekler biçimde bu çalışmada da eğitim seviyeleri ile TAT yöntemlerine başvuruları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. (9, 10) 2005 yılında Birleşik Krallık'ta



yapılan çalışmada İBH hastalarında her artan bir yaş için TAT kullanımını %1,2 oranında düşmesine rağmen, diğer hastalık gruplarında böyle bir ilişki gözlenmemiştir. (11)

Mide ve bağırsak hastalıklarına yönelik bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini hastaların %46'sı daha önce hiç kullanmadığını söylerken, %34'ü kullanıp devam ettiğini, %20'si ise daha önce kullandıklarını ancak devam etmediklerini söylemişlerdir (Tablo 5; Şekil 9). Daha önce bahsedilen Hung ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada ise TAT kullanım oranı %44 olarak bildirilmiştir. (10)

Anket çalışmasına katılan hastaların %35'i reflü, %22'si konstipasyon, %17'si dispepsi, %9'u intestinal gaz, %8'i İBS, %7'si gastrit/ülser, %3'ü ülseratif kolit tanısı almıştır (Tablo 4; Şekil 3). Uygulanan ankette, mide ve bağırsak hastalığı türlerinin, hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine inanışları ve bu yöntemleri kullanımları üzerine bir etkisi görülmemiştir (Tablo 24, 25). 2009 yılında Türkiye'de Kav tarafından yapılan çalışmada ise epigastrik ağrı (%29,8), konstipasyon (%16,9), abdominal distansiyon (%14,5) ve dispepsi (%9,6) hastalarının TAT yöntemlerini daha sık kullandığı bildirilmiştir. Ancak, sindirim sistemi hastalığı çeşitleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer bir açıdan ise fonksiyonel Gİ hastalıklar ve İBH'ya sahip hastaların bitkisel ürünleri kullanım yatkınlığı daha çoktur. (9) Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmada ise İBH hastalarının %49,5'i, İBS hastalarının %50,9'u, genel Gİ hastalığa sahip olanlarının ise %20'sinin TAT yöntemlerine başvurduğu bildirilmiştir. (11) 2015 yılında Hung ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise TAT yöntemlerine en sık başvuran hasta grubu konstipasyon tanısı alanlar olmasına rağmen, hastalık grupları arasında anlamlı fark yoktur. İBS ve İBH hastaları TAT yöntemlerine en az başvuran gruplardır. (10) Geniş bir yaş dağılımına (18-82 yaş) sahip dispepsi hastalarının TAT yöntemlerinin kullanımını araştıran çalışmada her hastanın bir veya daha fazla TAT yöntemine başvurduğu bildirilmiştir. (23) Daha önce Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan benzer anket çalışmalarının, hastalık grupları ve TAT türleri açısından çeşitlilik gösteriyor olması TAT kullanım oranlarının değişkenlik göstermesine neden olabilir. Bizim çalışmamızda hastaların sadece bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanımını araştırılmışken; diğer çalışmalar (9- 11) biyolojik temelli, beden temelli ve akupunktur gibi kullanılan diğer TAT yöntemlerini ele almıştır. Ayrıca yapılan anketler arasındaki yaş, cinsiyet, eğitim, ırk ve kültürel farklılıklar TAT kullanım oranlarında farklılık yaratabilir. Farklı hastalıkların yol açtığı anksiyeteye varan şikâyet, semptom veya komplikasyonlarının değişkenlik göstermesi hastaların farklı tedavi arayışlarına girmelerine ve TAT kullanım oranları açısından

farklılık göstermelerine neden olabilir. Birleşik Krallık'ta (11) yapılan çalışmanın sonucuna benzer olarak, hastalıkların tanı sürelerinin, bitkisel ve diğer doğal tedavilere yönelmelerinde anlamlı bir etkisi yoktur (Tablo 37).

Uygulanan ankette katılımcıların çoğunluğu (%53) ilaç tedavisi alırken, %16'sına ek olarak diyet tedavisi de uygulanmaktadır. Çoğu aldığı medikal tedaviden sınırlı derecede memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 4; Şekil 4, 5). Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanmayan hastaların büyük bir kısmı farmakoterapi almaktadır (Tablo 28). Hung ve arkadaşlarının sonuçları kullanıcıların çoğunluğunu oluşturan kadınların, medikal tedaviden memnuniyetsiz olduğunu göstermektedir. (10) Bizim çalışmamızda ise medikal tedaviden memnuniyet ile bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 34, 36). Katılımcıların %29'u bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini ilaç tedavileri ile birlikte kullanırken; %23'ü ilaç tedavilerinin yerine kullanmayı tercih etmiştir (Tablo 14). Yapılan bir çalışmada hastaların daha teşhis konmadan, semptomlara yönelik TAT yöntemlerine başvurduğu belirtilmiştir. Bu hastaların çoğunluğunun konstipasyon, diyare, abdominal distansiyon gibi semptomlara sahip olan İBS ve İBH hastaları olduğu görülmektedir. (10) Bunun aksine, bizim çalışmamızda bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullananların %87'si hekime başvurup teşhis konduktan sonra bu yöntemlere yönelmişlerdir (Tablo 12). Hastaların TAT yöntemlerini medikal tedavileri ile birlikte kullanmalarının nedenleri, doğal olduklarını ve yan etkisi olmayacaklarını düşünmeleri, TAT yöntemlerinin medikal tedavilerine destek olarak görmeleri olabilir. Hastaların hekim kontrolünde olmamaları, medikal tedaviden memnun olmamaları, medikal tedavilerinin yan etkilerinin olabileceğini düşünmeleri TAT yöntemlerini medikal tedavilerin yerine kullanmalarına yol açmaktadır. Tüm bunlara bağlı olarak, yeni tanı almış hastaların hekime başvurduklarında TAT yöntemleri hakkında bilgilendirilmeleri önemli bir aşama olabilir.

Hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerine yönelmelerinin ana sebebi araştırılmıştır. Hastaların çoğunluğu bu tedavilere hastalıklarının tamamen iyileşebileceği düşüncesiyle başvurmuşlardır (Tablo 13; Şekil 19). İsveç'te yapılan çalışmada ise TAT kullanım nedenleri; tamamlayıcı tıp hakkında olumlu düşünme, şikâyetlerin giderilmesinde Ortodoks tıp tedavisinin yetersiz kalması, medikal tedavinin yan etkilerinin olduğunu düşünmeleri, hekimlerle olan iletişimsizlik ve hastalara önem verilmemesi, tamamlayıcı tıp tedavilerine kolay ulaşılabilirlik olarak sıralanmıştır. (7) Benzer diğer bir çalışmada ise kendilerini daha iyi hissetme ve kişisel değerlere uygun

olma nedenleri TAT tedavilerine yönelmelerindeki sebepler olarak gösterilmiştir. (10) Mide ve bağırsak hastalıkları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, kronik olabilen ve zaman zaman semptomların şiddetlenmesiyle seyreden hastalıklardır. Dolayısıyla, hastalar temel olarak semptomları gidermek, remisyon süresini uzatmak ve hastalığın tamamen iyileşmesini sağlamak amaçlarıyla farklı tedavi yöntemlerinde çare aramaktadır. Her ne kadar bizim çalışmamızda medikal tedavi memnuniyeti ile bitkisel ve diğer doğal tedavilerin kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunamasa da benzer çalışmada (7) memnuniyetsizliğin bu yöntemlere yönelmede etkili olabileceği gösterilmiştir. Buna ek olarak TAT'ın farklı yöntemler sunması ve ulaşılabilir olması bu yöntemlere başvurmalarına katkı sağlıyor olabilir.

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullananların büyük çoğunluğu kullandıkları tedavilerden fayda sağlamıştır (Tablo 15; Şekil 20). Türkiye'de yapılan diğer çalışmada ise TAT kullananların %40,5'i kendini daha iyi hissettiğini söylerken, yine aynı oranda katılımcı herhangi bir fayda sağlamadığını ifade etmiştir. (9) Yapmış olduğumuz çalışmada mide ve bağırsak hastalığı türleri ile bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinden fayda sağlamaları arasında ise anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 27). Buna zıt olarak, başka bir çalışmada TAT kullanımının faydaları öznel olarak değerlendirildiğinde İBS ve İBH hastaları TAT yöntemlerinden fayda sağlamadıklarını veya ne derecede etkili oldukları konusunda kararsız kaldıklarını söylemişlerdir. (11) Hastalıkların ilerleyişlerinin, semptomlarının, nedenlerinin, yol açtığı şikâyetlerin ve aynı zamanda kullanılan TAT yönteminin, kullanım şeklinin, süresinin ve dozunun farklılık göstermesi nedeniyle TAT yöntemlerinden beklenen yararın sağlanmasında farklılıklar gözlenmesi mümkündür. Diğer taraftan, hastaların TAT tedavilerinden gördükleri faydayı öznel olarak değerlendirmesi doğru sonuca ulaşmayı engelleyebilir. Ayrıca, plasebo etkisinin varlığı göz ardı edilmemelidir. Bu bakımdan TAT yöntemlerinden sağlanan faydayı değerlendirmek için genel değerlendirme anketlerine, kan değerlerine, ultrason görüntülerine ve endoskopik sonuçlarına bakmak daha etkili olabilir. Bununla birlikte, bazı hastaların medikal tedavilerine devam ederken, bazılarının bırakması da TAT etkinliğinin değerlendirmesinde farklılık yaratabilir.

Uygulanan ankette hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini bırakma nedenleri Şekil 11'de detaylı olarak gösterilmiştir. Hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini en sık bırakma nedeni şikâyetlerin azalması olarak gösterilmiştir. Yapmış olduğumuz bu çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu bitkisel ve diğer doğal

tedavi yöntemlerini kullanmama nedeni olarak, bu tedavi yöntemleri hakkında bilgilerinin olmamasını göstermişlerdir (Tablo 5; Şekil 10).

Yapılan anket çalışmasında mide ve bağırsak hastalıklarında en çok kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünü rezene çayı (%13) iken, bunu zeytinyağlı kudret narı (%10) ve probiyotikler (%10) takip etmektedir. Dispepsi, İBS, konstipasyon, intestinal gaz ve reflü tanısı almış hastalar tarafından rezene çayı infüzyon yöntemi kullanılarak hazırlanmıştır. Zeytinyağında bekletilmiş kudret narı reflü, gastrit, ülser, dispepsi ve İBS tanısı almış hastalar tarafından kullanılmıştır. Bazı katılımcılar, zeytinyağlı kudret narını bal ile karıştırarak tüketmeyi tercih etmiştir. Toz halindeki probiyotikler su ya da yoğurt ile karıştırılarak İBS, konstipasyon ve dispepsi hastaları tarafından kullanılmıştır (Tablo 6; Şekil 12).

İsveç'te yapılan çalışma ise en sık kullanılan doğal ürünler; kesilmiş süt, karbonatlı su, muz ve *Aloe vera* olarak belirtmiştir. (7) İsveç'te yapılan diğer bir çalışmada ise dispepsi hastalarında başvuru TAT yöntemleri araştırılmış, muz, süt, sıcak su ve tereyağı en sık kullanılan ürünler olarak kaydedilmiştir. (23) Bizim çalışmamızda ise dispepsi hastalarının en sık kullandığı bitki rezene olmuştur (Şekil 13). Literatüre göre rezene meyvesinin uçucu yağı düz kaslar üzerinde spazmolitik etkili olup dispeptik rahatsızlıklarda kullanılmaktadır. (37) EMA Monografi'nda da gaz ve şişkinlik için rezenenin geleneksel kullanımı bildirilmiştir. Yetişkinlerde taze rezene meyvelerinin 1,5- 2,5 gramının kaynamış suda 15 dakika boyunca bekletilerek günde 3 kez bitki çayı olarak tüketimi önerilmiştir. (48) Kav'ın Türkiye'de yaptığı çalışmada mide ve bağırsak hastalıkları için en sık bitki çaylarının kullanıldığı belirtilmiştir. Reflü hastalarının yaygın olarak kullandığı TAT yöntemleri ilişkilendirilemezken; abdominal distansiyon ve konstipasyonda en sık kullanılanlar keten tohumu, kekik, ısırgan otu ve sinameki olarak raporlanmıştır. (9) Konstipasyon tanısı almış Koreli kadınlar üzerinde yapılan çalışma şikâyetlerin giderilmesi için yoğurt, soya fasulyesi çorbası, elma ve bazı bitkisel tedavileri en sık kullanılan TAT ürünleri olarak göstermiştir. (24) Bizim çalışmamızın sonucunda ise konstipasyon hastalarında en sık kullanılan gıda takviyesi probiyotiklerdir (Şekil 13). Probiyotiklerin konstipasyon üzerindeki olumlu etkileri literatürde gösterilmiş olup; Gİ kanalda canlı kalabilmeleri ve metabolik aktivitelerini devam ettirebilmeleri etkileri açısından önemlidir. (76, 78) Probiyotiklerin yanı sıra içeriğinde sinameki olan bitki çayı karışımları da bu hasta grubu tarafından sık kullanılmıştır. Uyarıcı laksatif olarak adlandırılan sinameki yapraklarının etkili ana bileşenleri, sennozid A ve B'dir. (37, 85) Sinamekinin idrar söktürücüler, digoksin ve varfarin ile birlikte kullanımı

önerilmemektedir. Sinameki yaprak veya ekstresi kapsül, tablet ve dekoksasyon yöntemi ile çay olarak farklı şekillerde kullanılabilir. 10 günden uzun bir süre kullanımı önerilmez. (85)

Probiyotikler ve balık yağı, Hung ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en çok tercih edilen takviye edici gıdalar olarak gösterilmiştir. (10) Bizim uygulamış olduğumuz ankette ise, balık yağı ülseratif kolit hastaları tarafından en çok tercih edilen takviye edici gıda olmuştur (Şekil 13). Omega-3 yağ asitlerinin iltihap önleyici etkilerinin olduğunu bildiren hayvan ve insan çalışmalarının bulunmasıyla beraber İBH hastaları üzerindeki faydalı etkilerini açıklayan mekanizmalar tartışmalıdır. (58) Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmanın sonucu ise multivitamin takviyelerinin zararsız oldukları düşüncesiyle yaygın olarak kullanıldığı raporlanmıştır. (11) Kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavilerin yaygınlığı tüm bu çalışmalara göre değerlendirildiğinde, hastalık gruplarına ve farklı ülkelerdeki coğrafik, kültürel ve etnik farklılıklara bağlı olarak kullanılan ürünlerin çeşitlilik gösterdiği söylenebilir. Ulaşılabilirliği ve maliyeti sadece ülkeler arasında değil aynı topluluktaki kişiler arasında bile farklılık yaratabileceğinden, kullanım oranları değişkenlik gösterebilir.

Katılımcıların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanımı daha çok hekim (%14), aile/akraba (%13) ve medya (%10) önerisi ile olmuştur (Tablo 7; Şekil 14). Ancak, Türkiye'de yapılan diğer çalışmada ve İsveç'te yürütülen çalışmada hekim önerisinden daha çok aile ve akraba önerileri ile kullanım gösterilmiştir. Aile, akraba önerilerini ise ikinci sırada medya izlemektedir. Bizim çalışmamızın aksine yapılan bu iki çalışmada kişiler tıbbi tedavi merkezlerine başvurmaktansa, kendileri çözüm bulmayı tercih etmektedir. (7, 9) Diğer ülkelerde TAT kullanımına yönelmede medya önerilerinin yaygın olmasının nedeni, günümüzde internet kullanımının artmış olması olabilir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmada (9) medya etkisinin yüksek olması televizyon, radyo ve internet gibi medya araçlarındaki bilgi kirliliğinden, uzman olmayan kişilerin hastaları yönlendirmesinden ve denetimlerin yetersizliğinden kaynaklanabilir. Ayrıca, yapılan farklı çalışmalara katılan hastaların yaşlarındaki ve eğitimlerindeki farklılık da sonuçların değişkenlik göstermesine sebep olabilir. Bununla birlikte, kişilerin bir sağlık merkezine başvurmak yerine sosyal çevresinden aldığı tavsiyeleri uygulamaları kişilere daha kolay ve daha düşük maliyetli gelebilir. Hastaların aile/akraba ve medya önerileri ile bitkisel ve diğer doğal tedavileri kullanmaları sağlıkları açısından risk oluşturabilir. Hastaların eşlik

eden hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar nedeniyle, önerilen bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünleri kişilerde olumsuz etki yaratabilir.

Yapılan çalışmada aktarların bitkisel ve diğer doğal ürünlerin en çok satın alındığı yer olmasıyla beraber, market ve eczaneler de hastalar tarafından sıklıkla tercih edilmiştir (Tablo 8; Şekil 15). Benzer olarak, Türkiye’de yapılan diğer çalışmada market ve aktarlar bitkisel ürünlerin en çok temin edildiği yerler olarak gösterilmiştir. (9) Bitkisel ve diğer doğal ürünleri satın alırken hastaların dikkat ettiği hususlar Şekil 18’de gösterilmiş olup hastalar tarafından en çok önem verilen unsur, satın alınan yer (%30) olmuştur. Bitkisel ve diğer doğal tedavi ürünlerinin satın alma yerleri ve satın alırken dikkat edilen unsurlar oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0,001$ ). Katılımcıların %18’i ürünlerini aktardan satın almakta ve ürünleri aktardan satın alan katılımcıların %86’sı satın aldıkları yere güvendiklerini söylemektedir (Tablo 29). Türkiye’de aktar denetimlerinin yeterince yapılmaması, hastalıkları iyileştirici iddialarda bulunmaları ve doğal izlenimi yaratmaları kişilerin sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Aflatoksin riski oluşturmaları, kalite ve etkinliklerinin net olmaması nedeniyle özellikle kalite ve güvenilirlik açısından aktar denetimlerinin artırılması faydalı olabilir.

Bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanan hastaların büyük bir kısmı bu bilgiyi sağlık personeliyle paylaşmamıştır (Tablo 16; Şekil 21). İsveç’te yapılan çalışmanın sonuçları, katılımcıların %70’si TAT kullanımlarını hekimleri ile paylaşırken; İBH hastalarının %46’sının TAT kullanımlarını hekimleriyle paylaşmadıklarını göstermiştir. (10) Hastaların sağlık personeli (hekim/eczacı/diyetisyen) ile kullanmış oldukları bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini paylaşıp paylaşmamaları sağlık personelinin tutumu, hastaların bu ürünleri doğal olarak düşünmeleri nedeniyle ilaçlarla etkileşim yapabileceğini, yan etkilerinin olabileceğini düşünmemeleri olabilir. Yapılan çalışmada hastaların çoğunluğu kullandıkları bitkisel ve diğer doğal tedavileri paylaşmama nedeni olarak sağlık personelinin sormamasını göstermiştir (Tablo 17; Şekil 22). Hastaların büyük bir kısmının bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerini kullanımını sağlık personeline bildirmemesi ve buna sebep olarak sağlık personelinin sorgulamaması olarak göstermesi, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin yetersiz olduğunu veya bitkisel ürünler veya fitoterapi konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olmadıklarını göz önüne sermektedir. Yapılan çalışmada hastaların bir kısmının diğer kronik hastalıklara sahip olduğu ve başka ilaçlar kullandığı gözlemlenmiştir (Şekil 7). Kronik hastalıklar için en sık kullanılan ilaç grubunun antihipertansifler olduğu gösterilmişken, antidiyabetikler ve kan sulandırıcılar da kullanılan ilaçlar arasındadır. Katılımcılar tarafından sıklıkla

kullanılan kudret narının kan şekeri düşürücü etkisinden dolayı antidiyabetik ilaçlarla kullanımı hipoglisemi risk oluşturabilir. (71) Balık yağının da benzer şekilde antidiyabetik ilaçlarla etkileşimi olabileceği gibi, özellikle bizim çalışmamızda da kullanımı yüksek çıkan kan sulandırıcılar ile birlikte kullanımı kanama riskini artırabilir. (59) İsveç'te fonksiyonel Gİ hastalıklarda en çok kullanılan ilaçlar olarak antiasit ve PPI gösterilmiştir. (7) Yapmış olduğumuz çalışmanın sonucu da PPI ve laktülozları, mide ve bağırsak hastalıkları için en çok kullanılan ilaçlar olduğunu göstermiştir (Şekil 6). Probiyotiklerin, laktüloz ve lavman gibi ilaçlarla birlikte yüksek dozlarda kullanımı gaz şikâyetleri yaratabilirken bağırsak hareketlerinde de bozulmalara neden olabilir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, hastaların önemli bir kısmının bitkisel ve diğer doğal tedavileri aile/akraba önerileri üzerine kullanıyor oluşu ve bitkisel ve diğer doğal ürünleri sıklıkla aktarlardan satın almaları; kullanıcıların doğru bilgiye ve güvenilir ürüne ulaşmalarını engelliyor olabilir. Güvenilir olmayan bilgilerle, etkinliği ve kalitesi belli olmayan ürünlerin kullanımı hastaların yan etkilere, toksisiteye maruz kalma ihtimalini artırır. Bu sebeple, sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişimin kuvvetlendirilmesi ve hastaların bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmelerinin sağlanması konusunda sağlık personeline büyük görev düşmektedir.

Uygulanan bu anket çalışması, Türkiye'de yapılan diğer çalışmanın (9) daha çok TAT yöntemleri üzerinde yoğunlaşması ve Gİ hastalıklar açısından bu çalışmaların sınırlı olması nedeniyle önem taşımaktadır. İstanbul, Anadolu Yakası'nda mide ve/veya bağırsak hastalığına sahip hastalarda bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı araştıran ilk çalışmadır. Diğer çalışmalardan farklı olarak, tüm sindirim sistemi hastalıkları çalışmaya dâhil edilmeyip sadece mide ve bağırsak hastalıkları üzerinde yoğunlaşmıştır. Yapılan çalışma, TAT yöntemlerinin her dalının incelenmemesi; sadece bitkisel ve diğer doğal tedavilerin ele alınması açısından da farklılık göstermektedir. Uygulanan ankette kullanılan bitkisel ve diğer doğal tedavi yöntemlerinin kullanım şekillerinin ve sıklığının araştırılmasının yanı sıra; hastaların bilgiye ulaşma kaynakları, sağlık personeli ile paylaşım paylaşımları, satın alırken dikkat ettikleri unsurlar, medikal tedavilerinde yaptıkları değişiklikler, hastalar tarafından görülen olumlu/olumsuz etkiler detaylı olarak sorgulanmıştır.

## 6. KAYNAKLAR

- 1) Rahimi R, Mozaffari S, Abdollahi M. On the use of herbal medicines in management of inflammatory bowel diseases: a systematic review of animal and human studies. *Dig Dis Sci*. 2009; 54(3): 471-480.
- 2) Brinkhaus B, Hentschel C, Keudell CV ve ark. Herbal medicine with curcuma and fumitory in the treatment of irritable bowel syndrome: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Scand J Gastroenterol Suppl*. 2005; 40(8): 936-943.
- 3) Ke F, Yadav PK, Ju LZ. Herbal medicine in the treatment of ulcerative colitis. *Saudi J Gastroenterol*. 2012; 18(1): 3.
- 4) Zhu J, Liu S, Su X ve ark. Efficacy of Chinese herbal medicine for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2016; 2016: 15.
- 5) Oğuz D, Köksal AŞ, Özden A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı görülme sıklığı. *Akad Gastroenterol Derg*. 2008; 7(3).
- 6) Gilardi D, Fiorino G, Genua M ve ark. Complementary and alternative medicine in inflammatory bowel diseases: what is the future in the field of herbal medicine?. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014; 8(7): 835-846.
- 7) Stake- Nilsson K, Hultcrantz R, Unge P ve ark. Complementary and alternative medicine used by persons with functional gastrointestinal disorders to alleviate symptom distress. *J Clin Nurs*. 2012; 21(5- 6): 800-808.
- 8) Usher L, Fox P, Lafarge C ve ark. Factors associated with complementary and alternative medicine use in irritable bowel syndrome: A literature review. *Psychology, Community & Health*. 2013; 2(3): 346-361.
- 9) Kav T. Use of complementary and alternative medicine: a survey in Turkish gastroenterology patients. *BMC Complement Altern Med*. 2009; 9(1): 41.
- 10) Hung A, Kang N, Bollom A ve ark. Complementary and alternative medicine use is prevalent among patients with gastrointestinal diseases. *Dig Dis Sci*. 2015; 60(7): 1883.



- 11) Kong SC, Hurlstone DP, Pocock CY ve ark. The incidence of self-prescribed oral complementary and alternative medicine use by patients with gastrointestinal diseases. *J Clin Gastroenterol*. 2005; 39(2): 138-141.
- 12) Mullin GE, Matarese LE, Palmer M. ed. *Gastrointestinal and liver disease nutrition desk reference*. CRC Press: U.S.; 2011.
- 13) Lomer M. ed. *Advanced nutrition and dietetics in gastroenterology*. John Wiley & Sons: UK; 2014.
- 14) Coates ARM. ed. *Dormancy and Low Growth States in Microbial Disease*. Cambridge University Press: UK; 2003.
- 15) Schultz V, Hänsel R, Tyler VE. *Rational phytotherapy: a physician's guide to herbal medicine*. USA: Psychology Press; 2001.
- 16) Qin F, Huang X, Ren P. Chinese herbal medicine modified xiaoyao san for functional dyspepsia: Meta- analysis of randomized controlled trials. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009; 24(8): 1320-1325.
- 17) Rösch W, Liebrechts T, Gundermann KJ ve ark. Phytotherapy for functional dyspepsia: a review of the clinical evidence for the herbal preparation STW 5. *Phytomedicine*. 2006; 13: 114-121.
- 18) Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*, NY: Elsevier Health Sciences 2010.
- 19) Lohsiriwat V. Approach to hemorrhoids. *Curr Gastroenterol Rep*. 2013; 15(7): 332-332.
- 20) <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- 21) [http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm\\_strategy14\\_23/en/](http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/)
- 22) Sherman KJ. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington, DC: National Academies Pr; 2005
- 23) Stake-Nilsson K, Söderlund M, Hultcrantz R ve ark. A qualitative study of complementary and alternative medicine use in persons with uninvestigated dyspepsia. *Gastroenterol Nurs*. 2009; 32(2): 107-114.
- 24) Lee EJ, Warden S. A qualitative study of quality of life and the experience of complementary and alternative medicine in Korean women with constipation. *Gastroenterol Nurs*. 2011; 34(2): 118-127.
- 25) Polat R, Satıl F. An ethnobotanical survey of medicinal plants in Edremit Gulf (Balıkesir–Turkey). *J Ethnopharmacol*. 2012; 139(2): 626-641.

- 26) Bulut G, Tuzlacı E. An ethnobotanical study of medicinal plants in Bayramiç (Çanakkale-Turkey). *Marmara Pharm J.* 2015; 19:268-282.
- 27) Pizzorno JE, Murray MT. ed. *Textbook of natural medicine*. Elsevier Health Sciences: NY; 2013.
- 28) Savran A, Bağcı Y, Kargioğlu M. Gemerek (Sivas) ve çevresindeki bazı bitkilerin yerel adları ve etnobotanik özellikleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 2008; 8(1): 313-321.
- 29) Sezik E, Yeşilada E, Honda G ve ark. Traditional medicine in Turkey X. Folk medicine in central Anatolia. *J Ethnopharmacol.* 2001; 75(2): 95-115.
- 30) Langmead L, Rampto DS. Herbal treatment in gastrointestinal and liver disease- benefits and dangers. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001; 15(9): 1239-1252.
- 31) Shojaii A, Abdollahi Fard M. Review of pharmacological properties and chemical constituents of *Pimpinella anisum*. *ISRN Pharm*, 2012.
- 32) Kinder FJ, Phillips G, Runnels L ve ark. What Is Rosemary Used for Today?. *Nat.* 1995; 82: 171-172.
- 33) Cakilcioglu U, Turkoglu I. An ethnobotanical survey of medicinal plants in Sivrice (Elazığ-Turkey). *J Ethnopharmacol.* 2010; 132(1): 165-175.
- 34) Erdemoglu N, Kúpeli E, Yeşilada E. Anti-inflammatory and antinociceptive activity assessment of plants used as remedy in Turkish folk medicine. *J Ethnopharmacol.* 2003; 89(1): 123-129.
- 35) Tuzlacı E, Doğan A. Turkish folk medicinal plants, IX: Ovac. *Marmara Pharm J.* 2010; 14(3): 136-143.
- 36) <http://www.smgebooks.com/peptic-ulcer-disease/chapters/PUD-16-05.pdf>
- 37) Süzgeç-Selçuk S, Eyisan S. Türkiye'deki eczanelerde bulunan bitkisel ilaçlar. *Marmara Pharm J.* 2012; 16(3): 164-180.
- 38) Pieroni A, Muenz H, Akbulut M ve ark. Traditional phytotherapy and trans-cultural pharmacy among Turkish migrants living in Cologne, Germany. *J Ethnopharmacol.* 2005; 102(1): 69-88.
- 39) Honda G, Yeşilada E, Tabata M ve ark. Traditional medicine in Turkey VI. Folk medicine in West Anatolia: Afyon, Kütahya, Denizli, Muğla, Aydın provinces. *J Ethnopharmacol.* 1996; 53(2), 75-87.
- 40) Cockerell KM, Watkins ASM, Reeves LB ve ark. Effects of linseeds on the symptoms of irritable bowel syndrome: a pilot randomised controlled trial. *J Hum Nutr Die.* 2012; 25(5): 435-443.

- 41) Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*. 2011; 11(1): 52-67.
- 42) Saini MN. Pharmacological evaluation of a polyherbal formulation for its antispasmodic activity. *IJGP*. 2015; 9(2): 104-109.
- 43) Vejdani R, Shalmani HRM, Mir-Fattahi M ve ark. The efficacy of an herbal medicine, Carmint, on the relief of abdominal pain and bloating in patients with irritable bowel syndrome: a pilot study. *Dig Dis Sci*. 2006; 51(8): 1501-1507.
- 44) Vimala G, Gricilda Shoba F. A review on antiulcer activity of few Indian medicinal plants. *Int J Microbiol*. 2014.
- 45) Sevgi E, Kızıllarslan Ç. Bir isim çok bitki Mayasıl Otu. *Avrasya Terim Dergisi*. 2013; 1(1): 17-29.
- 46) Gardiner P. Chamomile (*Matricaria recutita*, *Anthemis nobilis*). *LHTF*. 1999.
- 47) Haas L, McClain C, Varilek G. Complementary and alternative medicine and gastrointestinal diseases. *Curr Opin Gastroenterol*. 2000; 16(2): 188-196.
- 48) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2009/12/WC500018464.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2009/12/WC500018464.pdf)
- 49) Hussain Z, Quigley EMM. Systematic review: complementary and alternative medicine in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 23(4): 465-471.
- 50) Tuzlacı E. Turkish folk medicinal plants, X: Ürgüp (Nevşehir). *Marmara Pharm J*. 2011; 15: 58-68.
- 51) Yeşilada E, Honda G, Sezik E ve ark. Traditional medicine in Turkey. V. Folk medicine in the inner Taurus Mountains. *J Ethnopharmacol*. 1995; 46 (3): 133-152.
- 52) Mullin GE, Clarke JO. Role of complementary and alternative medicine in managing gastrointestinal motility disorders. *Nutr Clin Pract*. 2010; 25(1): 85-87.
- 53) Sakin Y S, Tanoglu A. Prebiotics and Their Effects on Human Health [Prebiyotikler ve İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri]. *Med Sci Monit*. 2016; 5(3): 210-23.
- 54) <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2200e/11.html>
- 55) Gupta V, Mittal P, Bansal P ve ark. Pharmacological potential of *Matricaria recutita*-A review. *Int J Pharm Sci Drug Res*. 2010; 2(1): 12-16.

- 56) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2014/07/WC500170082.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2014/07/WC500170082.pdf)
- 57) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2009/12/WC500017826.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2009/12/WC500017826.pdf)
- 58) Farrukh A, Mayberry JF. Is there a role for fish oil in inflammatory bowel disease?. *World J Clin Cases*. 2014; 2(7): 250.
- 59) [http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/pharmacy/currentstudents/OnCampusPharmDStudents/ExperientialProgram/Documents/nutr\\_monographs/Monograph-fish\\_oil.pdf](http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/pharmacy/currentstudents/OnCampusPharmDStudents/ExperientialProgram/Documents/nutr_monographs/Monograph-fish_oil.pdf)
- 60) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2009/12/WC500018299.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2009/12/WC500018299.pdf)
- 61) Amaral GP, de Carvalho NR, Barcelos RP ve ark. Protective action of ethanolic extract of *Rosmarinus officinalis* L. in gastric ulcer prevention induced by ethanol in rats. *Food Chem Toxicol*. 2013; 55: 48-55.
- 62) Salem EM, Yar T, Bamosa AO ve ark. Comparative study of *Nigella sativa* and triple therapy in eradication of *Helicobacter pylori* in patients with non-ulcer dyspepsia. *Saudi J Gastroenterol*. 2010; 16(3): 207.
- 63) Shakeri F, Gholamnezhad Z, Mégarbane B ve ark. Gastrointestinal effects of *Nigella sativa* and its main constituent, thymoquinone: a review. *Avicenna J Phytomed*. 2016; 6(1), 9.
- 64) Mohtashami R, Huseini HF, Heydari M ve ark. Efficacy and safety of honey based formulation of *Nigella sativa* seed oil in functional dyspepsia: A double blind randomized controlled clinical trial. *J Ethnopharmacol*. 2015; 175, 147-152.
- 65) Emmanuel AV, Tack J, Quigley EM ve ark. Pharmacological management of constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2009; 21(s2), 41-54.
- 66) Emmanuel A. Current management strategies and therapeutic targets in chronic constipation. *Therap Adv Gastroenterol*. 2011; 4(1), 37-48.
- 67) Patel S, Patel T, Parmar K ve ark. Evaluation of antioxidant activity, phenol and flavonoid contents of *Momordica charantia* Linn fruit. *Adv Res Pharmacol Biol*. 2011; 1, 120-9.
- 68) Kim HY, Kwon SH, Cho EJ. Phytochemical constituents of bitter melon (*Momordica charantia*). *Nat Prod Sci*. 2013; 19(4), 286-289.
- 69) Tripathi UN, Chandra D. The plant extracts of *Momordica charantia* and *Trigonella foenum graecum* have antioxidant and anti-hyperglycemic properties

- for cardiac tissue during diabetes mellitus. *Oxid Med Cell Longev.* 2009; 2(5), 290-296.
- 70) Grover JK, Yadav SP. Pharmacological actions and potential uses of *Momordica charantia*: a review. *J ethnopharmacol.* 2004; 93(1), 123-132.
- 71) <http://www.altmedrev.com/publications/12/4/360.pdf>
- 72) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2012/08/WC500131287.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2012/08/WC500131287.pdf)
- 73) Chrubasik S, Chrubasik C, Torda T ve ark. Efficacy and tolerability of potato juice in dyspeptic patients: a pilot study. *Phymed.* 2006; 13(1), 11-15.
- 74) Vlachojannis JE, Cameron M, Chrubasik S. Medicinal use of potato- derived products: a systematic review. *Phytother Res.* 2010; 24(2), 159-162.
- 75) Yu T, Zheng YP, Tan JC ve ark. Effects of prebiotics and synbiotics on functional constipation. *Am J Med Sci.* 2017; 353(3), 282-292.
- 76) Özden A. Probiyotik: sağlıklı yaşam için yararlı dost bakteriler. *Guncel Gastroenterol Derg.* 2006; 17 (1)
- 77) Lacy BE, Weiser K, De Lee R. The treatment of irritable bowel syndrome. *Ther Adv Gastroenterol.* 2009; 2(4), 221-238.
- 78) Cherniack EP. Use of complementary and alternative medicine to treat constipation in the elderly. *Geriatr Gerontol Int.* 2013; 13(3), 533-538.
- 79) Badgajar SB, Patel VV, Bandivdekar AH. *Foeniculum vulgare* Mill: a review of its botany, phytochemistry, pharmacology, contemporary application, and toxicology. *BioMed Research Int.* 2014; 2014
- 80) Yeşilada E, Gürbüz I, Shibata H. Screening of Turkish anti-ulcerogenic folk remedies for anti-*Helicobacter pylori* activity. *J Ethnopharmacol.* 1999; 66(3), 289-293.
- 81) Başaran A. ed. Ülkemizde Kullanılan Bazı Bitkisel Droglar. *Mised.* 2012; 27- 28, 17
- 82) Arsić I, Žugić A, Antić DR ve ark. *Hypericum Perforatum* L. Hypericaceae/Guttiferae Sunflower, Olive and Palm Oil Extracts Attenuate Cold Restraint Stress-Induced Gastric Lesions. *Molecules.* 2010; 15(10), 6688-6698.
- 83) <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2200e/4.html>
- 84) Balasankar D, Vanilarasu K, Preetha PS ve ark. Senna- A Medical Miracle Plant. *J. Med. Plants. Stud.* 2013; 1 (3), 41- 47

- 85) Shams R, Oldfield E C, Copare J ve ark. Peppermint Oil: Clinical Uses in the Treatment of Gastrointestinal Diseases. *JSM Gastroenterol Hepatol*. 2015; 3 (1), 1036
- 86) McKay D L, Blumberg J B. A review of the bioactivity and potential health benefits of peppermint tea (*Mentha piperita L.*). *Phytother Res*. 2006; 20(8), 619-633.
- 87) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2010/01/WC500059313.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2010/01/WC500059313.pdf)
- 88) Koo M W, Cho C H. Pharmacological effects of green tea on the gastrointestinal system. *EJP*. 2004; 500(1), 177-185.
- 89) Sharangi A B. Medicinal and therapeutic potentialities of tea (*Camellia sinensis L.*) –A review. *Food Res Int*. 2009; 42(5), 529-535.
- 90) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2013/04/WC500142250.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2013/04/WC500142250.pdf)
- 91) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_HMPC\\_assessment\\_report/2011/09/WC500112678.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_HMPC_assessment_report/2011/09/WC500112678.pdf)
- 92) <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2200e/30.html>
- 93) [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Herbal\\_-\\_Community\\_herbal\\_monograph/2010/02/WC500070703.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Herbal_-_Community_herbal_monograph/2010/02/WC500070703.pdf)

## 7. EKLER

### EK 1. Etik Kurul Karar Yazısı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 37068608-6100-15-1327  
Konu: Klinik Araştırmalar  
Etik kurul Başvurusu hk.

27/04/2017

İlgili Makama (Yasemin Beceren)

Yeditepe Üniversitesi, Farmakognози Bölümü Prof. Dr. Erdem Yeşiladalı'nın sorumlu olduğu "**Mide ve Bağırsak Hastalıklarında Bitkisel ve Diğer Doğal Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı**" isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası ( **1316** kayıt Numaralı KAEK Başvuru Dosyası ), Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **26.04.2017** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu, yukarıdaki isimi belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir ( **KAEK Karar No: 711** ).

Prof. Dr. Turgay ÇELİK  
Yeditepe Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Yasemin	<b>Soyadı</b>	Beceren
<b>Doğum Yeri</b>	Denizli	<b>Doğum Tarihi</b>	22.05.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>T.C. Kimlik No</b>	28408493514
<b>E- mail</b>	yaseminbeceren90@gmail.com	<b>Tel</b>	0542 544 55 84

### Öğrenim Durumu

<b>Derece</b>	<b>Alan</b>	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Beslenme ve Diyetetik	Yeditepe Üniversitesi	2014
<b>Lise</b>	Fen Bilimleri	Denizli Anadolu Lisesi	2008

<b>Bildiği Yabancı Dilleri</b>	<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>
İngilizce	54 (2014 YDS)

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Diyetisyen	Intermed Bağdat Caddesi- Nişantaşı Poliklinikleri	11/2014-03/2017
Diyetisyen	Hisar Intercontinental Hospital	06/2014-11/2014

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Excel	İyi
PowerPoint	Çok iyi
Adobe Photoshop	İyi