

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU GEÇİREN
ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
TEDAVİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

Yurdagül HAZIR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

İSTANBUL-2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU GEÇİREN
ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
TEDAVİ UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

Yurdagül HAZIR

152038061

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

İSTANBUL-2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I




ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Yurdağül Hazır
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik
Danışman : Doç.Dr.Gülçin Bozkurt

Öğrenci No : 152038061
Tez Savunma Tarihi : 27.03.2018
Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : " Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi "

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **33.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr.Gülçin Bozkurt	KABUL	
Yrd.Doç.Dr.Kerime Derya Beydağ	KABUL	
YrD.Doç.Dr.Gülzade Uysal	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr.İlknur Çalışkan		

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, bilimsel gerçeklere inanmama, sosyo-kültürel özellikler, dini inanışlar, ilaçların yan etkilerinden korkma ve immün sistemi güçlendirmek için modern tıp yerine, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri daha çok kullanılmaktadır. Çocuk sağlığı açısından ebeveynlerin sık kullandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin bilinmesi son derece önemlidir. Bu çalışmada, üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda kullanılan, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın verileri, 20 Mayıs-20 Aralık 2017 tarihleri arasında, İstanbul'da Kağıthane ilçesine bağlı bir Aile Sağlığı Merkezinde, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış çocukların ebeveynlerinden elde edildi. Araştırmanın örneklemini 236 ebeveyn oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından, literatür taranarak hazırlanan anket formu ile elde edildi.

Çalışma verilerinin elde edildiği ebeveynlerin %95,8'i anne ve yaş ortalaması $33,38 \pm 6,56$ idi. Çocuğu üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinde ebeveynlerin %86'sının tamamlayıcı ve alternatif tedavi uyguladığı, %73,3'ünün tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı ve ilaç kullanmak istemediği için tercih ettiği ve %92,1'inin ilaç tedavisinden önce uyguladığı belirlendi. Ebeveynlerin öksürük (%66,9) ve boğaz ağrısını gidermek (%41,1) için sıklıkla bitki çayları verdiği saptandı. Ebeveynlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanması ile anne eğitimi arasında ($r=0,271$) pozitif yönde, ailedeki birey sayısı arasında ($r=-0,198$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,01$). Annenin eğitimi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranının azaldığı belirlendi. Sonuç olarak; ebeveynlerin çoğunluğunun çocuğu üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinde tamamlayıcı ve alternatif tedavileri uyguladığı ve öksürük ve boğaz ağrısında en çok bitkisel tedavileri kullanıldığı ve ebeveynlerin eğitimi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranının azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Üst solunum yolu enfeksiyonları, Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, Çocuk, Hemşire.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE TREATMENT PRACTICES IN CHILDREN WITH UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION

Complementary and alternative treatment practices are more often preferred than modern medicine because of fear of drug side effects, religious beliefs, socio-cultural structures, lack of sufficient health services and lack of scientific knowledge. its very important to know which kind of alternative that parents use for their children. This study, focus on the complementary and alternative medicine used by parents for children with acute upper respiratory infection.

A descriptive and cross-sectional study was conducted between 20 May 2017 and 20 December 2017 on parents which their children had treatment of acute upper respiratory infection in Istanbul kagithane district family health center. Total 236 parents participated and for evaluation, we used a questionnaire developed for this study using the literature. In this study 95,8% of parents were mothers with an average age of $33,38 \pm 6,56$ %86 of the parents used alternative treatment and 73,3% of them used alternative medicine because of they didn't get benefit from modern medications and %92,1 of them used alternative medicine before they use the modern medications. Parents use herbal tea 66,9% for a cough and 41,1% for sore throat. there was significant positive correlation between mothers education level and the use of alternative medications ($r=0,271$) and also significant negative correlation was found with the number of family members and use of alternative medication ($r=0,198$) and ($p<0,01$). As the education of the mother increased, the rate of complementary and alternative treatment decreased.

As a result; it was determined that the majority of parents had complementary and alternative treatments when the child had upper respiratory tract infections and that the most alternative treatments were used for a cough and sore throat and that the proportion of complementary and alternative treatments decreased with the increase of parents' education.

Keywords: Upper respiratory tract infections, Complementary and alternative treatment, Child, Nurse.

ÖNSÖZ

Bu araştırma üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesine katkıda bulunan, Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinde ÜSYE tanısı alan çocukların ebeveynlerine ve Hamidiye Aile Sağlığı Merkezin çalışanlarına teşekkür ederim.

Her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği ve sonsuz anlayışı gösteren değerli tez danışmanım sayın Doç. Dr. Gülçin BOZKURT'a ve bölüm hocalarıma,

Aileme, bundan sonra çok özleyeceğim canım babama, yardımları ve desteğinden dolayı ablam Esengül Hazır'a, kardeşim Taner Hazır'a, Caner Hazır'a, bana yardımlarından dolayı kuzenim Tayfun Dalgıç'a teşekkür ederim.

Yurdagül HAZIR

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Yurdagül HAZIR



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Üst Solunum Yolları Enfeksiyonları	4
2.1.1. Etiyoloji.....	5
2.1.2. Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. Bulaşma yolları	6
2.1.4. Belirti Bulgular	7
2.1.5. Tanı	8
2.1.6. Komplikasyonlar.....	9
2.1.7. Tedavi.....	9
2.1.8. Korunma.....	10
2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Yöntemleri	10
2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı	11
2.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması.....	12
2.2.2.1. Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri.....	13
2.2.2.2. Beden-Zihin Tedavileri.....	14
2.2.2.3. Biyolojik Temelli Tedaviler.....	15
2.2.2.4.Manüplatif ve Beden Temelli Tedaviler	16
2.2.2.5. Enerji Tedavileri	17
2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanılma Nedenleri.....	18
2.2.4.Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Etkileri	19
2.2.5. ÜSYE Geçiren Çocuklarda TAT Kullanımı ve Hemşirelik Yaklaşımı ..	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi	22

3.2. Araştırma Soruları	22
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
3.11. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	61
EK-1 ANKET FORMU	61
Ek-2 Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı	66
Ek-3 Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi.....	67
ÖZGEÇMİŞ	68

TABLolar LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri.....	26
Tablo 2. Ebeveynleri Tanıtıcı Özellikler.....	27
Tablo 3. Ebeveynlerin ÜSYE’de Uyguladığı TAT Yöntemleri ile İlişkili Yaklaşımları	28
Tablo 4. Ebeveynlerin ÜSYE Uyguladığı TAT Yöntemleri.....	29
Tablo 5. Ebeveynlerin ÜSYE Semptomlarına Yönelik Uyguladığı Yöntemler	30
Tablo 6. Çocuğu Tanıtıcı Özelliklere Göre Ebeveynlerin TAT Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırması.....	31
Tablo 7. Çocukların Hastalık Durumuna Göre Ebeveynlerin TAT Yöntemlerini Kullanma Sıklığının Karşılaştırılması	33
Tablo 8. Aile Özelliklerine Göre TAT Kullanma Durumunun Karşılaştırması.....	34
Tablo 9. Annelerin Özelliklerine Göre TAT Kullanma Durumunun Karşılaştırması	35
Tablo 10. Ebeveynlerin TAT Yararlanma Durumuna Göre TAT Tekrar Kullanmayı Düşünmesi	36
Tablo 11. Ebeveynlerin TAT Yararlanma Durumuna Göre Diğer Çocuklarında TAT Kullanma Durumu	37
Tablo 12. Ebeveynlerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerinden Yararlanma Durumuna Göre Başkasına Tavsiye Etmesinin Karşılaştırması	37
Tablo 13. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Tercih Edilen TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması	38
Tablo 14. Çocukların Cinsiyetlerine Göre Kullanılan TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması	39
Tablo 15. Ailelerin Sosyo-ekonomik Düzeyine Göre Kullanılan TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması	40
Tablo 16. Değişkenlerle Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 17. Anlamlı Bulunan Değişkenler ile TAT Kullanma Durumunu Yordama Düzeyinin Belirlenmesi.....	41

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AOM	: Akut Otitis Media
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EOM	: Efüzyonlu Otitis Media
GABHAS	:A Grubu Beta Hemolitik Streptokoklar
LTB	: Laringotrakeobronşit
NCCAM	: The National Center For Complementary and Alternative Medicine(Ulusal Alternatif Tıp Merkezi)
RSV	:Respiratory Sinsitiyal Virüs
TAT	:Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
Ark.	: Arkadaşları
Vb	: ve benzeri
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
SPSS	: Statistical Program For Social
\bar{x}	: Ortalama
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Solunum yollarının ağız ve burundan glotise kadar olan bölümü (burun mukozası, nazofarenks, orofarenks, orta kulak, sinüsler, tonsiller ve epiglot) üst solunum yolları ve bu bölgede ortaya çıkan enfeksiyonlar ise üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (ÜSYE) (1-3).

Özellikle kış aylarında daha sık görülen, üst solunum yolları enfeksiyonları kısa sürede kendi kendine iyileşebilen hastalıklardır (1, 4). Çocuk polikliniklerine başvuran çocukların %30-40'ının ÜSYE geçirdiği bildirilmektedir (5-7). Çocuklarda sık tekrarlayan ÜSYE toplum sağlığı açısından risk oluşturmaktadır (1, 6, 8-10).

Modern tıp dışındaki tedavi yöntemleri Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) yöntemleri olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tedavi, modern tıba yardımcı olarak hastanın rahatlaması, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, psikolojisinin düzelmesi gibi amaçlarla uygulanan tedavi yöntemleridir. Alternatif tedavi ise modern tıbbın yerine kullanılan geleneksel tedavi uygulamalarını kapsar (11-13).

Sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, bilimsel gerçeklere inanmama, sosyo-kültürel özellikler, önyargılar, dini inanışlar, ilaçların yan etkilerinden korkma, alternatif tıba inanma ve immün sistemi güçlendirmek için modern tıp yerine, TAT yöntemleri daha çok kullanılmaktadır (11, 14-17). Doğal ve zararsız olduğu düşünülen TAT yöntemleri; kullanımının kolay olması, invaziv girişim gerektirmemesi, ucuz olması ve her yerde satılması nedeniyle yaygın kullanılmaktadır (7, 14, 15, 17).

ÜSYE geçiren çocuklarda, uygun olmayan ilaçlar ve ilaç dışı yöntemlerin kullanılması önemli komplikasyonlara neden olmaktadır (1, 14, 15, 19). TAT yöntemlerinin çocukların sağlığına ve yaşam kalitelerine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (20). TAT yöntemlerini kullananların çoğu neden kullandığını tam olarak açıklayamamaktadır (11, 14-16).

Dünyada ve ülkemizde TAT yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır (12). DSÖ'ne göre Afrika'da %80, Kanada'da %70, Avustralya'da %48, ABD'de %42, Belçika'da %38 ve Fransa'da %49 oranında kullanılmaktadır (21, 22). Uluslararası literatürde TAT yöntemlerinin kullanıldığı hastalıklar ve neden kullanıldığına yönelik ülke çapında nüfusa dayalı yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Avrupa ve

Amerika’da yapılan çalışmalarda ocuklarda TAT kullanım oranının %1,8-70 olduğu bildirilmektedir (23-25). Türkiye’de ise TAT yöntemlerinin kullanımına yönelik yapılmış araştırma sayısı azdır (16, 26). Çocuklarda TAT kullanma oranının %9-73 olduğu ve giderek arttığı bilinmektedir (27).

Türkiye’de hastaların kullandığı yöntemleri gizlemesi, yanlış bilgi vermesi ve araştırmaların yetersiz olması nedeniyle TAT kullanma oranları bilinmemekte, ancak yaygın kullanıldığı ve giderek arttığı tahmin edilmektedir. TAT kullanan kişilerin %62,5’inin kullandığı yöntemi açıklamadığı saptanmıştır (28). Ülkemizde özellikle tıbbi tedavide zorluk yaşanan hastalıklar; kanser, diyabet, hipertansiyon, bronşiyal astım, epilepsi ve st solunum yolu enfeksiyonlarında sık kullanıldığı bildirilmektedir (29,30).

Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarında TAT sık kullanıldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (25, 31). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ebeveynlerin %93,7’sinin ilaç dışı uygulamalardan yararlandığı bulunmuştur (32). Yaygın kullanılmasına rağmen TAT kullanmaya bağlı olası yan etkiler konusunda bilgiler yetersizdir (29). Geleneksel olarak kullanılan birçok TAT yönteminin güvenli olmadığına dikkat çekilmektedir (27). Doğal olduğu düşünülen bitkisel ürünlerin ilaçlarla, besinlerle ya da diğer bitkilerle etkileşimi sonucunda toksik etkiler ve birçok yan etkiye yol açabilir. TAT’lerin çocuklarda kullanımı hakkında yeterli klinik çalışma bulunmamaktadır (33, 34). Bu uygulamaların yan etkilerinin çocuklarda yetişkinlere oranla daha fazla olduğu unutulmamalıdır (34). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının, mevcut tedavi programlarında aksamalara neden olduğu, geleneksel tedavilerle etkileşerek tedavi sonucunu etkilediği veya çeşitli yan etkilere yol açtığı bilinmektedir (16, 26). TAT uygulamalarının yan etkilerinin en sık ürtiker, döküntü ve kontakt dermatit olduğu saptanmıştır. Ayrıca anaflaksi ve karaciğere toksik etkileri olduğu ve yan etkiler nedeniyle ölen hastalar olduğu bildirilmektedir (35). Uygulanacak tedavilerin herkeste aynı etkiyi göstermediği, doktor kontrolünde olmayan bir yöntemi kullanmanın yaşamsal tehlikelere neden olabileceği bilinmelidir (21).

ocuk ve toplum sağlığı açısından ülkemizde ebeveynlerin sık kullandığı TAT yöntemlerinin bilinmesi son derece önemlidir. ocuk hemşireleri; kullanılan TAT yöntemlerinin etkisi, riskleri ve geleneksel tedavi yöntemleri ile etkileşimleri konusunda

bilgi sahibi olmalı, TAT kullanan çocukları saptamalı, ebeveynleri ve toplumu bilgilendirmelidir. Bu çalışmada, ÜSYE geçiren çocuklarda kullanılan, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi uygulamalarının incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Solunum yollarının ağız ve burundan glotise kadar olan bölümü; burun mukozası, nazofarenks, orofarenks, orta kulak, sinüsler, tonsiller ve epiglot üst solunum yolları, glotisten itibaren; larenks, trakea, bronşlar, bronşiyoller, terminal bronşiyoller, alveoler alt solunum yolları olarak kabul edilir. Üst solunum yollarında ortaya çıkan enfeksiyonlar üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak tanımlanmaktadır (1-3).

Bebek ve küçük çocukların burun, nazofarenks ve farenksi yetişkinlere göre daha küçük, trakea yetiştirine göre kısa ve dardır. Yetişkinlerde 20 mm olan havayolu çapı bebeklerde yaklaşık 4 mm'dir. İlk 5 yaşa kadar üst solunum yolunun boyu uzamakta çapı genişlemektedir. Bu anatomik farklılıklar üst solunum yolu enfeksiyonlarına ve tıkanıklıklarına eğilimi arttırmaktadır (36, 37).

2.1.Üst Solunum Yolları Enfeksiyonları

Solunum yollarının ağız ve burundan glotise kadar olan bölümünde ortaya çıkan üst solunum yolu enfeksiyonlar; akut nazofarenjit, akut tonsillofarenjit, akut otitis media, akut rinosinüzit ve krup sendromlarıdır (2).

Akut Nazofarenjit: Çocukluk döneminin en sık görülen üst solunum yolu enfeksiyonu olan nazofarenjit, halk arasında soğuk algınlığı veya nezle olarak bilinir (19, 36, 37).

Akut Tonsillofarenjit: Tonsil ve farenksin lenf dokusunun ve müköz membranlarının enflamasyonudur. Nazofarenjit 4-7 yaşındaki çocuklarda daha sık görülür (1, 2, 18, 37-39).

Akut Otitis Media(AOM): Orta kulağın bakteri veya virüsler nedeniyle enfekte olmasıdır. Orta kulak ve mastoid kemiğin havalı boşluklarını kapsayan mukozada ani ve kısa sürede gelişen bir enfeksiyondur (7, 18, 37, 38, 40-42). Ateş, ağrı, huzursuzluk ve iştah kaybı varsa AOM, bu belirtiler yok ise efüzyonlu otitis media (EOM) olduğu kabul edilir (1).

Akut Rinosinüzit: Paranasal sinüslerin muköz membranlarının enflamasyonudur (7, 18, 38-40).

Krup sendromları: Krup epiglottis ve larenksin inflamasyonu sonucu oluşur. Bakteriyel etkenler bakteriyel trakeit ve epiglottit oluşmasına neden olur. Epiglottit epiglottu saran dokunun inflamasyonudur. Bakteriyel trakeit laringotrakeit gelişmesinden sonra sekonder ÜSYE olarak gelişir. Viral etkenler spazmodik larenjit (spazmodik krup), laringotrakeit, laringotrakeobronşit (LTB) oluşmasına neden olur. Klinik belirtileri spazmodik larenjite benzeyen LTB, enfeksiyonun alt hava yollarına ilerlediği durumlarda ortaya çıkar, larenks, trakea ve bronşları etkiler. Spazmodik krupun prodromal döneminde viral solunum yolu enfeksiyonu bulguları yoktur. İnspiratuvar stridor, boğuk ses ve havlar tarzda öksürükle karakterizedir. Metalik karakterde öksürük görülür. Her iki cinsiyet ve tüm yaş grubu çocuklarda görülür (1, 37, 40, 43).

2.1.1. Etiyoloji

Üst solunum yolları enfeksiyonlarının etyolojisinde virüsler ve bakteriler etkilidir. En sık görülen etken virüslerdir. ÜSYE etyolojisinde 200'den fazla virüsün; rinovirüsler, koronavirüsler, respiratuvar sinsitiyal virüs (RSV), herpes simplex(HSV), influenza, parainfluenza, adenovirus, enterovirus vb. etken olduğu bilinmektedir. A grubu beta hemolitik streptokoklar (GABHS) başta olmak üzere, corynebacterium diptheria, mycoplasma pneumoniae, neisseria meningitis, neisseria gonorrhoea sıklıkla karşılaşılan bakteriyel etkenlerdir. GABHS, 5-15 yaş arası çocuklarda görülen akut tonsillofarenjitin %10-30'unda etkendir. Haemophilus influenza, streptococcus pneumoniae, viridans streptokoklar, staphylococcus aureus, s. Epidermidis ve moraxella catarrhalis farenks ve larenksin normal florasında bulunmaktadır. Üst solunum yollarına sekonder olarak yerleşen haemophilus influenza, staphylococcus pneumoniae ve staphylococcus aureus otitis media, pnömöni sinüzit ve lenfadenit gibi komplikasyonlara neden olabilirler (1, 2, 7, 8, 18, 38, 40).

Otitis media etyolojisinde %80-85 oranla bakteriler neden olmaktadır. Kış aylarında veya erken bahar aylarında ortaya çıkan otitis media RSV, parainfluenza virüsleri, influenza A, influenza B gibi bakterilerin ikincil invazyonu sonucu oluşur. Akut sinüzit genellikle viral ÜSYE'nin bakteriyel komplikasyonu sonucu gelişir (1, 7, 18, 19, 42).

2.1.2. Epidemiyolojisi

ÜSYE her mevsimde görülmekle birlikte kış ve ilkbahar aylarında daha sık görülmektedir. Yuva, kreş, okul gibi kalabalık ortamlarda bulunan çocuklarda görülmeye sıklığı artmaktadır. Beslenmesi bozuk, immün sistemi zayıf çocuklarda sık görülür. Çocuklar yıllık ortalama 2-7 kez ÜSYE geçirebilirler (18, 36, 37).

Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) 2016 yılında 0-6 yaş grubu çocukların, son 6 ay içinde geçirdikleri hastalıklardan ÜSYE görülme oranı %42,6 olarak belirtilmektedir (44). 3 aydan daha küçük olan bebeklerde anneden geçen antikorlar nedeniyle ÜSYE görülme insidansı azdır. Bebekler 3-6. aylarda kendi antikorlarını oluşturduğundan, ÜSYE gelişme olasılığı 3 ay- 3 yaş arasında daha fazladır (36, 37). Enfeksiyon sonbahar ve kış aylarında sık görülür. İnkübasyon süresi etkene göre değişiklik gösterir. Ortalama 12-72 saat arasında değişmektedir (36).

AOM sıklıkla 3 ay 3 yaş arasındaki çocuklarda görülür. Üç yaşına kadar çocukların %85'i bir kez, %50'si iki kez ya da daha fazla AOM atağı geçirirler. Yaş ilerledikçe azalmasına rağmen çocuklarda okula başladıkları 5-6 yaşlarında sık görülmektedir. 7 yaşından büyük çocuklarda nadir görülmektedir. (7, 38, 39, 42). Küçük çocuklarda östaki borusunun kısa, geniş ve horizontal olması, destekleyici kıkırdak dokunun gevşek olması, efüzyonlu otitis media gelişmesini kolaylaştırır (37). Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik faktörler, adenoid vejetasyonu, sık viral ÜSYE, allerji, kreş ve okula başlama, pasif sigara içimi, biberonla beslenme ve çeşitli kronik hastalıklar AOM'nın gelişmesinde etkili olan diğer faktörlerdir (1, 39, 40).

Krup tüm yaş grubu çocuklarda görülür. LTB'e, epiglottit, spazmodik laranjit en sık 3 ay 3 yaş arası arasındaki çocuklarda, kış ve ilkbahar aylarında sıktır. Hib aşısının rutin yapılmaya başlanmasıyla epiglottit insidansı azalmıştır. Spazmodik laranjit alerjik ve psikolojik faktörler sebebiyle gelişebilir (1, 40).

2.1.3. Bulaşma yolları

Etken damlacık yolu ve enfekte nazal sekresyona temas ile bulaşmaktadır. Virüsün bulaştığı eşyalar ile yayılma görülür. Özellikle enfeksiyonun ilk üç gününde bulaştırıcılık fazladır (1, 36, 38, 39, 45).

2.1.4. Belirti Bulgular

ÜSYE belirtileri virüsün alınmasından 1-3 gün sonra ortaya çıkar; halsizlik, hafif bir ateş, gözlerde kızarma ve yaşarma, hapşırma ve huzursuzluk ile başlar. Mukopürülan burun akıntısı, burun tıkanıklığı, sekresyonların trakeaya doğru drene olması ile öksürük gelişir (18, 36). Burun tıkanıklığı solunum sıkıntısına yol açabilecek düzeye ulaşabilir. Bazen kusma ve ishal gibi sekonder bulgular ortaya çıkabilir (38). Büyük çocuklarda hastalık burun ile farenkste irritasyon ve kuruluk belirtileriyle başlar. Orofarenks ve tonsillerde hiperemi, eritem, yumuşak damakta peteşi, hapşırma, öksürük, kas ağrıları, yutma güçlüğü, küçük çocuklarda karın ağrısı görülür. Koku alma duyası azalır. İlk gün başlayan burun akıntısı genellikle koyulaşır. 1 hafta sonrasında belirtiler kaybolmaya başlar. Ateşin uzun sürmesi durumunda otitis media gibi komplikasyonlar gelişebileceğinden araştırılmalıdır (2, 7, 36, 40).

AOM'da büyük çocuklarda huzursuzluk, iştahta azalma, işitme kaybı, pürülan akıntı, yüksek ateş, şiddetli kulak ağrısı, laterji gibi belirtiler görülür. Bebeklerde kulağı çekiştirme, sürekli kulağı tutma veya ovma, ağlama, huzursuzluk, iştah kaybı, başı bir taraftan diğer tarafa çevirme gibi belirtiler görülür (1, 7, 18, 39).

Akut rinosinüzitte viral sinüzit genellikle viral riniti takip eder (40). Akut sinüzitin birçok semptomunun ÜSYE'nin viral enfeksiyonlarında görülen semptomlara benzemesi nedeniyle ayrımın yapılması güçtür (39). Belirtiler genellikle akut rinitin 3-5. günlerinde ortaya çıkar. Öksürük genellikle gündüzleri görülür. Geceleri öksürük şiddeti artabilir. Baş ağrısı, yüz ağrısı, burun tıkanıklığı, nazal konuşma, sinüs duyarlılığı ve periorbital şişlik gibi belirtiler görülebilir. Ayrıca ÜSYE bulguları, ağız kokusu, diş ağrısı, yüz ağrısı ve ateş görülebilir (1, 7, 40).

Viral ÜSYE enfeksiyonları 7-10 günde kendiliğinden iyileşir. ÜSYE'nin belirtileri 10 günden fazla sürerse akut sinüzit düşünülmelidir (38, 39). On günden fazla süren ve 30.günden sonra kaybolan nazal veya post nazal akıntı, gündüz öksürüğü sinüzitin en önemli iki bulgusudur. Kronik sinüziti olan hastalarda mukopürülan akıntı ve burun tıkanıklığı görülür. Ateş, ağrı, baş ve yüz ağrısı yoktur (1,7). LTB viral ÜSYE belirtileriyle başlar, boğuk ses, inspiratuvar stridor, günler sonra havlar tarzda ve geceleri şiddeti artan öksürük başlar. Olguların %95'inde tablo hafiftir ve 3-7 günde iyileşme görülür. Viral krupun komplikasyonu olarak trakeit gelişebilir. Bakteriyel

trakeit, stridor, boğuk öksürük, 39 dereceden yüksek ateş ile başlar, hava yolu obstrüksiyonu gelişir. Edotrekeal entübasyon gerekebilir. Spazmodik kurup klinik belirtileri akut LTB'ye benzemektedir. Akut epiglotite şikayetler aniden başlar çocukta ateş 39 dereceyi bulur, inspiratuvar stridor, boğuk ses, yutma güçlüğü ve salya akması görülür. Çocuklar düz yatmak istemezler, yutma ağrılı olduğu için tükürüğünü yutamazlar. Spazmodik krupun prodromal döneminde viral solunum yolu enfeksiyonu bulguları yoktur. Alerjik ve psikolojik faktörler sebebiyle gelişebilir. Akut inspiratuvar stridor atakları özellikle akşam ve gece görülür (1, 40, 46).

2.1.5. Tanı

Tanı genellikle anamnez ve fizik muayene ile konur. Birkaç gün devam eden klinik belirtiler, orofarenkste mukozanın ödemli ve hiperemik olması tanıda önemlidir. Laboratuvar bulguları tanı için ayırıcı değildir. Virolojik yöntemlerle virüs izolasyonu ve hücre kültürü yapılabilir. Bakteriyele trakeitte tanı kan kültürü yapılarak konur. Kan, sedimantasyon, boğaz kültürü ve sürüntüsü rutinde kullanılmaz. Boğmacadan şüphe ediliyorsa kültür ve antijen araştırılmaktadır. Sinüzit şüphesi varsa Waters grafisi çekilebilir. Nazal akıntı devam eder ve kanlı olursa burun difterisi veya yabancı cisim aspirasyonunu düşündürmektedir. Ateşsiz vakalarda akıntının seröz olması, göz ve burun kaşınması, sürekli hapşırma, burun mukozasında solgunluk, nazal akıntıda bol eozinofil bulunması ve antihistaminik ilaçlara yanıt alınması alerjik rinitin ayırıcı bulgularıdır (1, 36, 37, 40).

AOM tanı anamnez alınması ve timpanik membran hareketinin otoskopta incelenmesiyle konur. Timpanosentez ve miringotomi yapılmışsa orta kulak sıvısı alınarak kültür yapılması AOM'da tanı koymada kullanılır (1, 18, 30, 39, 42).

Akut tonsillofaranjitte tanıda amaç viral tonsillofaranjitleri GABHS'e bağlı tonsillofaranjitlerden ayırmaktır. Akut tonsillofaranjit etkeninin GABHS olduğunu belirlemek için laboratuvar testleri yapılması gerekir. Boğaz kültürü sonucunun pozitif olması streptokok infeksiyonunu gösterir (1, 2, 7, 40, 41). Komplike olmayan akut bakteriyel rinosinüzte klinik bulgularla tanı konur. Öykü, fizik muayene, rinoskopi, endoskopi, sinüs aspirasyon kültürü, bilgisayarlı tomografi tanılamada kullanılır (2, 7, 39).

2.1.6. Komplikasyonlar

Hastalığın prodromal döneminde nekroze olan dokularda A grubu streptokok, stafilokok, pnömokok ve H. influenza gibi bakteriler üreyerek çeşitli komplikasyonlara neden olabilirler (36). Nazofaranjit nedeniyle en sık görülen komplikasyon orta kulak iltihabı olmakla birlikte, sinüzit, servikal lenfadenit, mastoidit peritonsiller apse, peritonsiller selülit gibi komplikasyonlarda gelişebilir. Rinovirüsler astım atağını tetikleyebilir, larenjit, bronşit, bronşiolit ve pnomoni gibi alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilir. Ateşin devam etmesi otitis mediaı düşündürmelidir (1, 7, 40). Literatürde otitis medianın, ÜSYE sonrası süt çocuklarının yaklaşık %25'inde görüldüğü belirtilmektedir (36). AOM'da işitme kaybı, subperiostal apse, beyin apsesi, mastoidit, perforasyon, kolesteatom, labirentitit, fasiyal paralizi görülebilir. Menenjit akut ve kronik otitis medianın en çok görülen intrakraniyal komplikasyonudur (1, 42). Akut rinosinüzit hastalık erken dönemde tedavi edilmezse enfeksiyon diğer doku ve organlara yayılabilir. Optik nörit, peri orbital selülit, osteomyelit, beyin apsesi, menenjit, sinüs trombozu, subdural empiyem gibi komplikasyonlar görülebilir. Akut tonsillofaranjit, akut romatizmal ateş, glomerulonefrit gibi komplikasyonlara neden olabilir (1, 7, 39, 40, 47).

2.1.7. Tedavi

Nazofaranjitin özel bir tedavisi yoktur, çocuklar semptomatik olarak evde tedavi edilebilir. GABHS'in neden olduğu tonsillofaranjit tedavisinde penisilin kullanılır. Serum fizyolojikli burun damlaları, analjezikler, topikal veya oral dekonjestanlar kullanılabilir. Antibiyotikler sekonder bakteriyel enfeksiyonların gelişmesini engellemediğinden ve direnç gelişmesine neden olduğundan kullanılmamalıdır. Ellerin yıkanması, enfekte kişilerden, kapalı ve kalabalık ortamlardan uzak durularak hastalıktan korunulabilir (1, 39).

AOM, %86-92 oranında kendiliğinden iyileşebilen bir hastalıktır. Tedavinin amacı primer enfeksiyonun giderilmesi, işitme kaybı ve konuşma bozukluğu gibi komplikasyonların önlenmesidir. İki yaşından küçük çocuklarda kulak ağrısı 48 saatten uzun sürdüğünde antibiyotik kullanılması ve allerjisi olan çocuklarda antihistaminik kullanılması önerilmektedir (1, 39-42).

Komplike olmayan viral rinosinüzit 7-10 gün içinde antibiyotik tedavisi başlanmadan kendiliğinden iyileşir. Bakterilerin neden olduğu akut rinosinüzit tedavisinde antibiyotik verilmektedir. Ortam nemlendirilebilir ve buhar uygulaması yapılabilir (1, 7, 39, 40).

Bakteriyel trakeit tedavisinde antibiyotik verilebilir. LTB hava yolunun açık tutulması önemlidir. Hasta sakin bir ortama alınmalıdır. Laringeal ödemi azaltmak için nebulize epinefrin veya kortikosteroidler kullanılabilir. Üst solunum yollarının nemlendirilmesi için soğuk buhar uygulanabilir. Whezingi ve krupu olan çocuklarda bronkospazma neden olabileceğinden soğuk buhar uygularken dikkat edilmelidir. Oral veya intramüsküler predizolan uygulanabilir. Ağır LTB'lerde hava yolu obstürüksiyonu gelişebilir ve solunum yolu tamamen tıkanırsa endotrakeal entübasyon gerekebilir (1, 40, 43,48).

2.1.8. Korunma

Sekresyonlar damlacık enfeksiyonu ile yayıldığından en iyi korunma yolu enfekte olan kişilerden ve kalabalık ortamlardan uzak durmaktır. Hapşırma ve öksürme ile sekresyonların temizlenmesi sırasında yüz ve burun için ayrı ayrı mendiller kullanılmalıdır. Kirlenen mendiller tekrar kullanılmamalı, diğer kişilere temas ettirmeden atılmalıdır. Ellerin, musluk başlarının, kapı kollarının temizliği, hasta olan çocukların kreşe okula gönderilmemesi yayılmayı önlemede önemlidir (36, 37, 39). Bunların dışında odanın havalandırılması, vücut direncini düşürmemek için beslenmenin düzenli olarak sürdürülmesi koruyucudur (36).

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Yöntemleri

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri, geleneksel tıpta yer almayan, yeterince kanıtlanmamış tedavi ve uygulamalarını içerir (14). Dünya Sağlık Örgütü, günümüzde tıbbi; batı tıbbi, biyotıp, bilimsel tıp, modern tıp şeklinde kavramları kapsayacak şekilde "allopantik tıp" olarak açıklamaktadır. Geleneksel tıbbi ise sağlığı korumak için olduğu kadar, fiziksel ve mental hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde de kullanılan farklı kültürlerle özgü kavram, inanç ve tecrübeye dayanan bilgi, yetenek ve uygulamaların tamamı olarak tanımlamaktadır (49, 50). Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi tarafından, standart tıbbi tedavilerin dışında kalan, çeşitli sağlık bakım sistemleri ve ürünlerini TAT olarak kabul

edilmektedir. Alternatif Tıp, tıbbi tedavilerin yerine geçen, modern tıp ya da tedaviler arasında yer almayan her türlü sağlık hizmetidir. Tamamlayıcı tıp tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemleri olarak tanımlanmaktadır (11-13, 17).

2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

Fosil kayıtlarına göre 60 bin yıl öncesinden günümüze kadar insanlar tarafından bitkiler tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Sadece Türkiye’ de değil dünyanın her yerinde bilimsel tıp dışında tedavi amacıyla tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (21, 30, 51).

DSÖ’ne göre TAT yöntemleri; Afrika’da %68, Kanada’da %70, Avustralya’da %48, Amerika Birleşik Devletleri’nde %42, Fransa’da %49, Belçika’da %38 oranında kullanılmaktadır (21). Kanada, Almanya, İtalya gibi ülkelerde nüfusun %70-90’nının TAT kullandığı bildirilmektedir (52). Çin’de hastanelerin %95’inde geleneksel ve modern tedavi yöntemlerinin birlikte uygulandığı, özellikle akupunktur yönteminin yaygın olduğu, geleneksel tıpla ilgilenen 2500’den fazla hastane, 350000’den fazla sağlık çalışanı olduğu belirtilmektedir (49).

Türkiye’de TAT özellikle kanser hastaları başta olmak üzere tüm hasta grupları tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (52). Araz ve ark.(2007) 1000 yetişkinde yaptığı araştırmada, %50’den fazlasının TAT yöntemlerinden; bitkisel tedaviler, dua etme ve masajı en az 1-2 defa kullandığını belirlemiştir. Ayrıca herhangi bir hastalıkta doktora giden kişilerin %25,7’sinin bu durumu doktora açıklamadığını saptamıştır (53). Sağkal ve ark. (2013) İzmir’de 300 kişiyle yaptığı çalışmada TAT kullanma oranını %98,3, Çetin (2007) Eskişehir’de 300 kişi ile yaptığı çalışmada %60 ve Öztürk ve ark. (2005) Isparta’da yaptığı çalışmada %68 olarak bulmuştur (26, 54, 55). 2001-2007 yılları arasında Türkiye’de yapılan 21 çalışmanın incelenmesi sonucunda TAT kullanım sıklığı ortalama %46,2 olarak belirlenmiştir (13).

Dünya’da ve ülkemizde yapılan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu, sağlık çalışanlarının ve halkın son yıllarda TAT yöntemlerine ilgisinin arttığı bildirilmektedir. Türkiye ‘de 1991 yılında çıkartılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile bu alandaki ilk düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2014 yılında, 29158 sayı ile resmî

gazetede “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği”ni yayınlamıştır (49, 56).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NHIS) raporunda 2002-2007 yılları arasında her dokuz çocuktan birinin TAT kullandığı belirtilmiştir. Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin 2012 raporuna göre ABD'de 4-17 yaş arası 10000'den fazla çocuğun yer aldığı yaklaşık 45000 kişinin TAT kullandığı belirtilmiştir (27). Literatürde Türkiye'de çocuklarda TAT kullanıma sıklığı %18,4-%95 arasında değişen oranlarda olduğu görülmektedir (20). Tuncel ve ark. (2014) çocuklarda TAT kullanım oranını %83, Kaya ve ark. (2009) %66,8, Bozkaya ve ark. (2008) %75,8 olarak bulmuştur (29, 57, 58).

Ebeveynler TAT yöntemlerinin doğal ve zararsız olduğunu düşünmektedir. Ernst tarafından ebeveynlerin TAT yöntemlerini kullanmaya yönelten pozitif ve negatif etmenler belirlenmiştir. Ebeveynleri TAT kullanmaya yönelten; etkin ve güvenilir bulunması, invaziv girişim içermemesi, hastanın tedavide aktif rol alması ve tedaviyi kontrol etme düşüncesi, kolay kabul görmesipozitif etmenlerdir. Ebeveynleri TAT kullanmaya yönelten; tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma, tıp ve teknolojiyi reddetme, hastalığın iyileşeceğine dair umudunun kalmaması, tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, hastaya yeterli zaman ayrılmaması ve hastaların uzun süre beklemesi negatif etmenlerdir (17, 59).

Çocuklarda TAT yöntemlerinin etkinliği ve güvenilirliği test edilmemiştir. Çocuklarda TAT kullanımıyla ilgili yapılan çalışma sayısı yetişkinlerde yapılandan daha azdır. Çocukların karaciğer ve böbrek fonksiyonları immatür olduğu için kullanılan ürünlerden daha çok etkilenirler. Çocuklarda özellikle yenidoğanlarda kullanılan bu maddeler ve ilaçların metabolizması, emilimi, yıkımı ve atılımı yetişkinlere göre daha farklı olduğundan, gelişebilecek yan etkiler daha fazla ve ölümcül olabilir (27, 51, 60, 61). TAT kullanılması mevcut tedavinin yarım kalması ve tedavi süresini uzamasına neden olabilir (29, 51).

2.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Sınıflandırılması

Ulusal Alternatif Tıp Merkezi (The National Center For Complementary And Alternative Medicine-NCCAM); tamamlayıcı ve alternatif tedavileri beş guruba ayırmıştır.

1. *Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri:* Akupunktur, homeopati, ayurveda, geleneksel Çin tıbbı, naturopati.
2. *Beden-Zihin Tedavileri:* Dua, meditasyon, gevşeme, resim, dans, müzik, nöro linguistik programlama (NLP), hipnoz, yoga, psikolojik görüşmeler.
3. *Biyolojik Temelli Tedaviler:* Bitkiler, diyet destek ürünleri, köpek balığı kıkırdağı.
4. *Manipülatif ve Beden Temelli Tedaviler:* Şiroproktör, masaj, osteopati, hidroterapi, refleksoloji.
5. *Enerji Tedavileri:* Teropötik dokunma, reiki, elektromanyetik tedavi (11, 17, 30, 51, 52, 60, 62-64).

2.2.2.1. Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri

Akupunktur, homeopati, ayurveda, naturopati, geleneksel Çin tıbbı alternatif ve medikal sistem tedavileridir (11, 30, 51, 64).

Akupunktur geleneksel Çin tıbbından köken alan 5000 yıldır kullanılmaya başlanmış, bugün Tıp Fakültelerinde de eğitimi verilen bir tedavi yöntemidir (63, 64). Vücudun belirli bölgelerine çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin batırılması deri ve deri altındaki kas dokusunun uyarılması ile yapılan tedavi yöntemi akupunkturdur. Organizmadaki enerji akımları arasında denge birlik ve uyumu sağlama felsefesine dayanır. Özellikle ağrı, uyku bozukları, aşırı yorgunluk durumlarında, ilaçların yan etkisi olduğu durumlarda, kemoterapi sonrası bulantı ve kusma durumlarında kullanılmaktadır (30, 51, 63-66). Bu tedavi yönteminin ülkemizde uygulanması hakkında, 17.09.2002 gün ve 24879 sayılı Resmî gazetede bir yönetmelik yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bu yönetmelikle uygulamaları kontrol altına almayı amaçlamaktadır (56). Bu yönetmelikle tıp doktorları Sağlık Bakanlığı onayıyla açılan kurslarda eğitim alabilmektedir (66).

Homeopati, Dr. Samuel C Hahnemam tarafından geliştirilmiştir. Sağlıklı kişilere verildiğinde hastalık belirtilerine yol açacak maddelerin, dilüe edilerek hasta kişiye verildiğinde aynı ya da benzer belirtiler yaratarak kişinin iyileşmesini sağlayacağı varsayılır. “Benzer benzeri iyileştirir” ilkesine dayandırılır. Homeopatik tedavide “hastalık yoktur, hasta vardır” ve tedavi kişiye özgü uygulanır. Tedavide amaç hastaya

zarar vermeden, yan etkiler olmadan kısa ve etkili bir şekilde hastalığı tümüyle iyileştirmektedir (51, 63, 66).

Ayurvede (hayat bilimi), 3000 yıl önce Hindistan'da kullanılmaya başlanan bir tedavi yöntemidir. Sağlıklı yaşam uygulamalarıyla sağlığı koruma, hastalığı önleme ve tedavi etmeye yönelik bir uygulamadır. Tedavide değerli taşlar, kristaller, metaller, Sanskritçe dini heceler, sesler, bitkiler, masaj iyileştirme amacıyla kullanılır (30, 51, 63, 64, 67).

Naturopati, hastalıkların doğal yaşam kurallarının uygulanmaması sonucu oluştuğu ve vücudun kendi kendini iyileştirebileceği inancına dayanır. Naturopati organik besinlerin tüketilmesi, egzersiz yapılması, yaşam tarzı ve masaj gibi doğal yöntemlerle vücudun tedavi edilebildiği bir yöntemdir (64, 65, 67).

2.2.2.2. Beden-Zihin Tedavileri

Dua, meditasyon, gevşeme, resim, dans, müzik, nöro linguistik programlama (NLP), hipnoterapi, yoga, psikolojik görüşmeler beden zihin tedavileridir (30, 51, 63-66). Dua genellikle hasta ve ümitsizlik içinde olan kişilerin kendilerini güvende hissettikleri başa çıkma yöntemidir. (30). Bu yöntemin depresyon ve anksiyete gibi durumlarda rahatlatıcı etkisi olduğu ve kişilerin ağrılarını azalttığı bildirilmiştir (68, 69). Santral sinir sistemi hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmada ebeveynlerin %62'sinin dua etme yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir (64).

Sanat tedavisi; çeşitli aktiviteler sonucunda duyguların ifade edilmesini sağlar ve stres, anksiyete, korku gibi duyguları azaltarak bağımsızlık duygusunu artırır. Gevşeme ve dikkati başka yöne çekmede etkili olduğu düşünülmektedir (51, 63, 65). Müzikterapi çocuğun dikkat dağınıklığı, motivasyon ve davranış problemlerinin tedavi edilmesinde yardımcı olabilir. Müzik tedavisinin hastaların ağrı ve anksiyete düzeyini düşürdüğü, sedatif ve analjezik kullanma ihtiyacını azalttığı, kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum hızını düşürdüğü, kanser hastalarında semptom kontrolünde yardımcı olduğu bulunmuştur (70,71). Dans etmenin depresyon, anksiyete ve kronik ağrıları hafiflettiği bildirilmektedir (30, 72).

Hipnoterapi, sözcükler ve bazı nesnelere kullanılarak kişinin hafızasında, duygu, düşünce ve algı işlevlerinde istem dışı değişikliklere neden olan bir yöntemdir. Korku,

endişe, davranış problemleri, kronik ağrı, depresyon ve kanser hastalarında bulantı kusmanın giderilmesinde kullanılmaktadır (30, 63, 65-67).

2.2.2.3. Biyolojik Temelli Tedaviler

Diyet destek ürünleri, köpek balığı kıkırdağı, bitkilerle tedavi (Herbalizim-Fitoterapi) biyolojik temelli tedavilerdir (30, 51, 63-66). Kullanılan en eski tedavi yöntemlerinden olan “Fitoterapi” Fransız Hekim Henri Leclere tarafından kullanılmıştır. Fitoterapi; mevcut tedaviyi desteklemek veya hastalıklardan korunmak için bitkilerden ve bitkilerin etken maddelerini taşıyan karışımlardan veya bir işlem yoluyla elde edilmiş ürünlerle (tablet, kapsül) yapılan tedavi olarak tanımlanmaktadır (41). Bitkisel tedaviler özellikle az gelişmiş ülkelerde birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (64, 73). Batı ülkelerinde tedavi amacıyla bitkiler, Çin tıbbında ise bitkisel karışımlar kullanılmaktadır (74,75). Literatürde tedavi amacıyla ıhlamur, ısırgan otu, kekik, sarımsak, yeşil çay, nane çayı, sarı kantaron, ginseng ve ginkgo en çok kullanılan bitkiler olduğu bildirilmektedir (30, 70). Yapılan bir çalışmada bitkisel tedavi kullananların %75’inin ısırgan otu ve tohumunu kullandığı belirlenmiştir (76).

Bitkisel tedavi yöntemleri, ülkemizde ve dünyada kullanılan TAT yöntemleri arasında ilk sırada yer almaktadır (30). Ülkemizde özellikle kanser, diyabet, hipertansiyon, bronşiyal astım, epilepsi, şişmanlık ve üst solunum yolu enfeksiyonu gibi hastalıkların tedavisinde bitkiler TAT sık kullanılmaktadır (29, 30). Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarında TAT’ın sık kullanıldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (25, 31). Tuncel ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ebeveynlerin çocuklarına %15,5’inin solunum yolu enfeksiyonları için bitki çayları (nane-limon, ıhlamur, adaçayı) ballı süt, zencefil verdiğini saptamıştır (57). Peker (2012) yaptığı çalışmada akut solunum yolu enfeksiyonu olan çocuğa ebeveynlerin %10,6’sının ıhlamur, %8,1’inin bitki çayları, %6,5’inin zencefil verdiğini belirlemiştir (77).

Bitkiler ve bitkisel ürünlerin doğal oldukları düşünülmemekte ve bu nedenle de güvenilir ve sağlıklı yöntemler olarak algılanmaktadır. Bitkisel tedaviler diğer TAT yöntemlerine göre yan etkileri açısından daha tehlikeli olabilirler. Birçok bitkinin toksik etkisi olabilir. Ayrıca bitkilerin farklı aktif madde içermesi nedeniyle diğer ilaçlarla etkileşimleri ve yan etkileri tam olarak bilinmemektedir. (30, 63-65, 73)

2.2.2.4.Manüplatif ve Beden Temelli Tedaviler

Manüplatif ve beden temelli tedaviler; şiropraktör, masaj, osteopati, hidroterapi, refleksolojidir (30, 51, 63-66).

Şiropraktik, vücut yapısı ve sinir sistemi tarafından kontrol edilen fonksiyonların sağlığı etkilediği görüşüne dayanmakta ve elle yapılan uygulama anlamına gelmektedir. Şiropraktik görüşüne göre, omurgada meydana gelen bir bozukluk omurganın içerisinde geçen sinirleri etkilemekte, sinirlerin işlevi bozulmakta ve sinirler organlar üzerindeki işlevlerini tam olarak yerine getirememektedir. Omurgada meydana gelen oynamalar elle düzeltilerek iyileşme sağlanmaktadır. Şiropaksi bel, boyun, baş, omuz ağrıları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, el ve ayak gibi eklem problemlerinde kullanılmaktadır (30, 63-65, 78)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen osteopatik manüplasyon; eklemlerdeki problemleri, hareket kısıtlılığını, ağrıyı ve fonksiyonel bozuklukları ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Osteopati şiropraktik tedavi ile birlikte özellikle bel, boyun omuz, diz, kalça gibi rahatsızlıklar ve eklem problemlerinde kullanılmaktadır (30, 63-65, 70).

Masaj ağrı ve stresi azaltmak için vücut dokularının el ile değişik teknikler kullanılarak manüplasyonu olarak tanımlanmaktadır. Masaj kas, sinir, hareket ve dolaşım sistemi üzerinde oluşturdukları etkilerle semptom kontrolüne yardımcı olan bir TAT yöntemidir. Masaj uygulaması sonucunda kan ve lenf dolaşımı hızlanır, damarlarda genişleme gözlenir, kaslar gevşer, yağ ve diğer salgı bezlerinde salgı artışı görülür. Kanseri hastalarıyla yapılan çalışmalarda masaj yönteminin hastalarda anksiyete, depresyon, bulantı, kusma ve ağrı gibi semptomlarının kontrolünde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (30, 51, 64, 67). Çocuklarda yatmadan önce ebeveynler tarafından yapılan düzenli masajın, anksiyeteyi azalttığı ve solunum fonksiyonlarını olumlu etkilediği bildirilmiştir (79).

Hidroterapi suyun değişik şekil ve biçimlerde (sıvı, buz ve buhar, sıcak ve soğuk şekilde) sağlığı koruma ve hastalıkları tedavi etme amacıyla kullanılmasıdır. Hidroterapi yöntemleri vücudun tamamı veya bir kısmına; oturma banyoları, buhar banyoları, kolon irrigasyonu, sıcak ve soğuk kompres ve buz uygulamalarıdır (30, 63, 64, 70).

Refleksoloji, vücutta bulunan sinir noktalarının elle özel teknikler uygulanarak uyarılması ve baskı yapılmasına dayanan bir uygulamadır. Vücudun kendi kendini iyileştirme gücü harekete geçirilerek fizyolojik rahatlama sağlamaktadır. Özellikle el ve ayaklara uygulanan yöntem endişe, stresin azaltılması ve vücudun dengede kalmasını sağlamakta yararlanılmaktadır (30, 63, 70).

2.2.2.5. Enerji Tedavileri

Enerji Tedavileri; reiki, teröptik dokunma ve elektromanyetik tedavidir (11, 30, 51, 52, 63, 64). Reiki, vücutta doğuştan var olan veya vücudun doğal iyileştirme gücünü destekleyen bir enerjinin varlığı inancına dayanmaktadır. Reiki, eğitim almış kişiler tarafından vücuttaki enerji merkezlerine dokunularak uygulanır. Ağrı, gerginlik, öfke gibi fiziksel ve psikolojik semptomların giderilmesinde kullanılmaktadır. Reikinin herkes tarafından uygulanabileceği, yan etkisinin olmadığı bildirilmektedir (17, 64, 66).

Sağlık çalışanları tarafından uygulanabilen Reiki'nin hastanede yatan çocukların ve ailelerinin refahını arttırmada ve hastanenin olumsuz etkilerini azaltmada yararlı olacağı belirtilmiştir. Reiki'nin konfor (%76), rahatlama (%88) ve ağrıyı azaltmada (%41) yararlı olduğu bildirilmiştir (80).

Teröptik dokunma Çin, Hindistan ve Japonya'da başlayan ve teröptik masaj olarak bilinen bir yöntemdir. Bu yöntemle uygulayıcılar parmaklarını kullanarak kişilerdeki enerjisini canlandırmaya ve enerji dengesizliklerini belirleyip iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Teröptik dokunma özellikle kanser hastalarında ağrı ve anksiyeteyi azaltarak uykularını desteklemektedir (30, 51, 63, 65, 78)

Diğer Tedaviler

Aromaterapi, fheng-shui, ozon tedavisi, renklerle tedavi, thai chi NCCAM sınıflandırması dışında kalan yöntemlerdendir (70). Aromaterapi çeşitli bitkilerden (çiçek, yaprak, tohum, meyve, tohum, sap, kök, kabuk) elde edilen esansiyel yağların kişilerin sağlık ve iyilik durumlarını iyileştirmek için genellikle inhalasyon yoluyla uygulanan bir yöntemdir. Aromaterapinin ağrı, uyku problemleri, migren, depresyon, kanserde semptom kontrolü, deri ve saç problemleri, çeşitli cilt hastalıkları, solunum sistemi, sinir sistemi, üreme sistemi üzerine olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (63-65, 70).

Fheng- shui, rüzgâr ve su anlamına gelen eski bir Çin tedavi yöntemidir. Doğadaki su ve rüzgâr ile çevreyle uyum içinde yaşamının şans getirdiğine inanılır. Çin inanışında dünyada düzen ve denge vardır. İnsanlar iyi şansını kendilerine çekebilirler. Temel felsefesi Qi (yaşam enerjisi), Yin ve Yang prensibidir. Fheng- shui etki ve yararlarına ait kanıtlar yoktur (30, 63, 70).

Ozon tedavisi; kanser, hepatit, AIDS, herpes gibi hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Hastalardan alınan 300 ml kan ozon ve oksijenle işlem görmesinden sonra tekrar hastaya verilmektedir. Ozonun yüksek konsantrasyonda verilmesi akciğer epiteline toksik etki yapabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser ve bazı hastalıkların tedavisinde kullanılması onaylanmıştır (30, 63)

Renklerle tedavi kromoterapi adıyla bilinmektedir. Mısır, Çin ve Hindistan'da çok eskiden beri kullanılan bu yöntemde renklerin kişilerin ruh dünyasıyla ilgili olduğu ve bu nedenle kişilerin rahatlamasında kullanıldığı bilinmektedir. İnsanlarda yarattığı etkilere göre sıcak ve soğuk renkler olarak sınıflandırılmaktadır. Kırmızı, turuncu, sarı gibi sıcak renklerin insanlarda canlılık, neşe, rahatlık yarattığı ve mavi, yeşil ve mor gibi soğuk renklerin insanları rahatlattığı ve dinlendirici etki yarattığı bildirilmektedir. Bilimsel olarak renklerle tedavinin etkinliği kanıtlanmamıştır (30, 63, 66).

2.2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanılma Nedenleri

TAT tedavilerinin birçoğunun etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamış olmasına rağmen tüm dünyada kullanımı giderek artmaktadır. TAT yöntemleri kullananlar nedenlerini tam olarak açıklayamamaktadır. Yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre TAT yöntemleri çeşitli nedenlerle kullanılmaktadır. TAT'ın etkili, güvenilir ve doğal olduğunu düşünme, tedavisi olmayan bir hastalığın olması, ümitsizlik duygusundan kurtulmak isteme, ekonomik problemlerin olması, sağlık güvencesinin olmaması, tıbbi tedavilerin yan etkisinden korkma, tıbbi tedaviyi ve teknolojiyi reddetme ve sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, TAT kullanmayı etkileyen faktörlerdir. TAT yöntemlerinin invaziv girişim gerektirmemesi, ucuz yöntemler olması, kolay ulaşılması, her yerde satılması nedeniyle de TAT yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca din, yaşam tarzı, kültürel yapı, yerel bitkileri tanıma, dost, arkadaş, aile büyüklerinin tavsiyelerini dikkate alma gibi nedenler TAT kullanmayı arttırmaktadır (11, 17, 27, 30, 51, 81-83).

2.2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Etkileri

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır. TAT hastalıkların tedavilerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Bazı TAT modern tedavilerle etkileşmesi genel durumun kötüleşmesine neden olabilir. TAT yöntemlerini kullananlar doğal olduğu için zararsız olduğunu düşünmektedir (30). Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler: doğada mikroorganizmalar, pestisitler, ağır metaller, bakteriler, virüsler, mantarlar ve böceklere bulaşabilirler. Bitkilerin toplanma şekli, depolanma, taşınma, işlenme yöntemleri konusunda belli bir standardizasyon yoktur. Ayrıca bitkiler ışık, sıcaklık, toprağın kalitesi gibi özelliklerden etkilenmektedir. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler alerjik ve toksik reaksiyon, mutajenik etkiler ve ilaçlarla etkileşim gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (30, 52, 73).

Alerjik rinit, soğuk algınlığı ve zayıflama diyetlerinde kullanılan efedra (*Herba ephedrae*) preparatları monamin inhibitörleri ile kullanıldığında hipertansiyona, karaciğer yetmezliğine, dehidratasyon ve kalp rahatsızlıklarına neden olabilir. 2004 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından efedra alkaloidlerinin gıdalarda bulundurulması yasaklanmıştır (34, 73). Depresyon tedavisinde kullanılan sarı kantaronotu siklosporin, amitriptilin digoksin, nifedrin, varfarin ve teofilik gibi ilaçlarla kan konsantrasyonunun azalmasına neden olabilir. Yeşil çay (*camellia sinensis*) teofilinle birlikte kullanıldığında santral sinir sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir ve serum teofilin düzeyinin artışına neden olabilir. Soğuk algınlığı için kullanılan ekinezya bulantı, kusmaya ve kanın pıhtılaşmasına yol açabilir (52, 73). Yapılan çalışmalarda karamuk kabuğunun (*cortek berberidis*) içeriğinde bulunan berberidin maddesinin insanda çoklu ilaç genini ortaya çıkardığı ve özelliğini değiştirdiği, kemoterapi ajanlarının tutulumunu azaltarak etkinliğini azalttığı belirlenmiştir. Yeşil papaya yağı (*carica papaya*) gibi bitkilerin çocuklarda kullanılmasının sakıncalı olduğu bildirilmektedir (34). İngiltere ilaç kontrol ajansı birçok bitkisel ürünün kurşun, civa ve arsenik içerdiğini bildirmiştir. DSÖ'ne bitkisel tedavilerin yan etkileriyle ilgili 5000'den fazla rapor gönderilmiştir (30).

Bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmamış TAT yöntemleri sağlığının korunmasını veya iyileştirilmesinde fizyolojik ve psikolojik destek sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin yaşam kalitesini arttırdığı, korku ve kaygıyı

azalttığı, hastaların motivasyonunu arttırdığı ve hastalığı tedavi etmediği semptomların azaltılmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (17, 30).

2.2.5. ÜSYE Geçiren Çocuklarda TAT Kullanımı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Günümüzde birçok insan sağlıklarını korumak veya geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıkları iyileştirmek ve mevcut tedaviye destek olmak için TAT yöntemlerini sıklıkla kullanmaktadır. TAT yöntemlerine ilginin artması nedeniyle sağlık profesyoneli olmayan kişiler ve kuruluşlar tarafından TAT yöntemleri sıklıkla uygulanmaktadır. Halkın TAT yöntemlerini tercih etmeleri nedeniyle aile, birey ve toplumun sağlığını korumak için hemşirelerin TAT uygulamaları konusunda sorumluluklarını yerine getirmesi ve aktif rol alması önemlidir (72, 78, 84, 85). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %97,6'sının TAT konusunda eğitim almadığı, %21,4'ünün hastaları TAT kullanmaya teşvik ettiği, %50,5'inin kendilerin de TAT yöntemleini kullandığı belirlenmiştir (30). Lafçı ve Kaşıkçı'nın (2014) sağlık çalışanlarının TAT yöntemlerini bilme ve kullanma durumuna ilişkin yaptığı bir çalışmada, %59,5'inin tedavi, %47,6'sının destek, %46,5'inin koruma ve %29,8'inin rahatlama amacıyla TAT kullandığı ve %75'inin mesleki eğitimde ya da mezuniyet sonrasında TAT yöntemlerine yönelik eğitim verilmesini istediği belirlenmiştir (12).

Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler nedeniyle hemşirelerin rol ve sorumlulukları da değişmiştir. Hemşirelerin TAT yöntemlerinin kullanımına yönelik hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı veya hasta bireyleri TAT yöntemlerini doğru kullanmaları, riskleri, kullanım amaçları konusunda yönlendirmeleri beklenmektedir (72, 78, 85). Tüm sağlık ekibinin ve hemşirelerin kullanılan TAT yöntemlerinin geleneksel tedavilerle birlikte veya tek başına kullanıldığında etkileri, yararları, riskleri, yan etkileri ve ilaç-bitki etkileşimleri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (27, 30).

ÜSYE tanısı alan çocuklara yaklaşımda temel amaç, çocuğun sağlığını etkileyen yanlış uygulamaları saptamak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğretmektir (36, 86). Çocukluk çağında ÜSYE sık görülmekte ve ebeveynler çocukları hastalandığında tedirgin olmaktadır. Hemşirelerin üst solunum yolu enfeksiyonları geçiren çocuğun bakımı kapsamında TAT uygulamalarının etkisi ve komplikasyonları konusunda aileleri bilgilendirmelidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda TAT'ın üst solunum yolu

enfeksiyonlarında ve akut semptomların giderilmesinde sık kullanıldığı bildirilmektedir (57, 83, 87).

Ebeveynler çocukları ateşlendiğinde ateş düşürmek için yanlış yöntemlere başvurmaktadır (55). Ebeveynlere ateşi düşürmek ve dehidratasyonu önlemek için sıvı vermenin önemi ve ateş düşürücü ilaçların nasıl verileceği konusunda bilgi verilmelidir (37). Ebeveynlere ÜSYE olan çocuklarının ateşi, öksürüğü, burun tıkanıklığı ve boğaz ağrısı olduğunda TAT uygulamalarından yararlanmalarının çocuğun sağlığına zarar verebileceği anlatılmalıdır (14). Çocuk hemşirelerinin hastaların sağlığını etkileyecek TAT uygulamalarını bilmeleri kanıta dayalı bilgi sunmaları verecekleri bakımın kalitesini arttıracaktır (27, 30, 66).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda kullanılan, TAT uygulamalarının incelemek amacı ile yapılan araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırma Soruları

ÜSYE geçiren çocuklarda TAT uygulama oranı nedir?

ÜSYE geçiren çocuklarda TAT tercih etmede etkili olan faktörler nelerdir?

ÜSYE geçiren çocukların ve ailelerini tanıtıcı özellikler TAT uygulamalarını etkiliyor mu?

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ebeveyn ve çocuğa ait sosyo demografik özellikler (ebeveyn yaş, eğitim durumu, sosyal güvence, aile tipi, oturulan ev tipi, çocuk yaş, cinsiyet, çocuğa ait oda olması, çocukta kronik hastalık varlığı) idi. Bağımlı değişkeni olarak ise ebeveynlerin TAT kullanma durumu alındı.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 20 Mayıs-20 Aralık 2017 tarihleri arasında, Kağıthane ilçesine bağlı Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Hamidiye Aile Sağlığı Merkezi Kağıthane'de orta gelirli ailelere hizmet veren bir merkezdir. Bu bölge araştırmacının oturduğu bölgeye yakındır. Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinde 6 birim bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde; toplam 2 ebe, 4 hemşire, toplam 6 aile hekimi ve 1 hizmetli personel çalışmaktadır. Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinde her yıl ortalama 10.000 çocuk üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almaktadır. Aile sağlığı merkezinde kayıtlı hasta muayeneleri, aile planlaması hizmetleri, aşılama, gebe-lohusa takibi, bebek-çocuk takipleri ve izlemi, ev ziyareti hizmetleri, çeşitli laboratuvar tetkikleri, kanser taraması hizmetleri, eğitim hizmetleri ve enjeksiyon-pansuman hizmetleri verilmektedir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 20 Mayıs-20 Aralık 2017 tarihleri arasında, Hamidiye Aile Sağlığı Merkezine başvuran, çocukları üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış ebeveynler oluşturdu.

Hamidiye Aile Sağlığı Merkezinden alınan bilgiye göre 2016 yılında bu merkezde, üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan 10.000 çocuk olduğu görüldü. Araştırma örneklemini hesaplanırken 2016 yılında üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı belirlenen çocukların ebeveynleri çalışmanın evrenine kabul edilmiştir. GPOWER 3.0 istatistik programında iki grupta (TAT kullanan ve kullanmayan) 0.05 anlamlılık, % 95 güç ve orta etki büyüklüğünde (0.5) çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü 176 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı dönemde veri kaybı olabileceği göz önünde bulundurularak elde edilen 236 ebeveyne ait veri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Örneklem seçim kriterleri

- Annelerin Türkçe konuşabilmesi,
- Bilinen kronik ruhsal bir sorununun olmaması.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından literatür (7, 14, 15, 32, 82, 83, 92) taranarak hazırlanan, 39 adet sorudan oluşan anket formu (**Ek-1**) veri toplama aracı olarak kullanıldı. Anket formu; ailelerin sosyo-demografik özellikleri, aile yapısı, yaşanan fiziki çevre, ÜSYE'da uyguladıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kapsamaktadır. Soru formunun içeriği, sorulan soruların işlevliliği ve anlaşılabilirliği açısından öğretim üyesinin görüşüne başvurulmuştur. Gelen görüş ve öneriler doğrultusunda soru formunda düzenlemeler yapılmıştır.

Anket formunun anlaşılabilirliğini test etmek için 10 ebeveyn ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamada elde edilen bilgilere göre soru içerikleri değişmeden yalnızca küçük bazı ifade değişiklikleri yapıldığı için 10 ebeveyninden elde edilen bu veriler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırıcı tarafından, haftanın 3 günü (salı, arşamba, cuma) Aile Sağlığı Merkezine gidilerek elde edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere, anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Anket formunun uygulama süresi 10-15 dakika kadar srmştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında, parametrik ve nonparametrik tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı ve yüzde, değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılmasında pearson ki-kare, yates ki-kare ve fisher ki-kare analizleri, Anlamlı çıkan değişkenlerle TAT kullanımı arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile, anlamlı çıkan değişkenlerin TAT kullanma durumunu yordama düzeyi lojistik regresyon analizi, değişkenler arasında çoklu bağıntı olup olmadığı, değişkenlerin regresyon modeline dahil edilip edilmeyeceğini belirlemek için tolerans ve VIF analizi kullanılmış, tolerans değeri 0.2 ve VIF değeri 10'un altında olan değişkenler regresyon modeline dahil edilmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (**Ek 2**) etik kurul onayı ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Sayı/No: 64222187-030.03) (**Ek 3**) yazılı izin alındı.

Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyuldu. Araştırmaya katılan tüm ebeveynlere araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılıp katılmayacakları konusunda zgr oldukları ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmayı bırakabilecekleri belirtildi. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildiği için elde edilen sonuçlar kurumla sınırlıdır. Örneklem

büyüküğü güç analizi yapılarak belirlendiğı için elde edilen sonuçlar ÜSYE geçiren çocuklarda kullanılan, TAT uygulamalara yönelik genelleme yapılabilir.

3.11. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar

Olumlu Durumlar

- Araştırmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezinde çalışan ekip ile uyum içinde çalışıldı.
- Ebeveynlerin çocuk sağlığına yönelik soruları yanıtlanarak güvene dayalı bir ilişki kuruldu.
- Anneler çalışmaya katkı vermekten memnun olduklarını ifade etti.

Olumsuz Durumlar

- Araştırma verilerinin toplanması için ayrılan sürede bazı ebeveynlerin muayene süreleri kısa olduğu için araştırmaya alınamadı.
- Veri toplama araçlarının uzun olması bazen dikkatin dağılmasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde çocuklar ve ebeveynleri tanıtıcı özelliklerin dağılımı, çocuk ve ebeveynin özelliklerine göre tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri kullanma durumu, ebeveynlerin üst solunum yolları enfeksiyonlarında uyguladığı tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri, değişkenler ile tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri kullanma arasındaki ilişkiyle ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1’de çocukların tanıtıcı ve hastalanma durumuna ait özellikler verilmiştir.

Tablo 1. Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (N=236)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (ortalama/min-max) (5,04±3,69/1-18)		
Cinsiyet		
Kız	109	46,2
Erkek	127	53,8
Yaş		
1-3 yaş	94	39,8
4-6 yaş	86	36,5
7-12 yaş	42	17,8
13-18 yaş	14	5,9
Çocuk sayısı		
1 çocuk	76	32,2
2 çocuk	104	44,1
3 çocuk	37	15,6
4 ve üstü çocuk	19	8,1
Aile tipi		
Çekirdek aile	219	92,8
Geniş aile	17	7,2
Evde yaşayan birey sayısı		
3 kişi	71	30,1
4 kişi	92	39,0
5 kişi	41	17,3
6 kişi ve üzeri	32	13,6
Sağlık güvencesi		
SGK	232	98,3
Özel sağlık sigortası	4	1,7
Sosyo ekonomik durum		
Gelir giderden az	102	43,2
Gelir gidere eşit	112	47,5
Gelir giderden fazla	22	9,3
Oturulan ev tipi		
Apartman dairesi	232	98,3
Müstakil	4	1,7
Oturulan dairenin konumu		
Bodrum kat/ son kat	40	16,9
Ara kat	196	83,1
Çocuğa ait oda		
Var	155	65,7
Yok	81	34,3
Çocuğun hastalanma sıklığı		
Ayda bir- iki defa	107	45,3
İki ayda bir defa	64	27,2
Üç-Dört ayda bir defa	65	27,5
Çocuğun kronik hastalığı		
Var	17	7,2
Yok	219	92,8

Çocukların yaşları ortalama $5,04 \pm 3,69$ (%39,8'u 1-3 yaş aralığında) olup %53,8'inin erkek olduğu belirlendi. Ailelerin %44,1'i iki çocuklu, %92,8'i çekirdek aile tipinde, %39'unun dört kişilik bir aile olduğu, %47,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %98,3'ünün apartman dairesinde oturduğu, %83,1'inin oturduğu dairenin ara katta olduğu saptandı. Çocukların %65,7'sinin kendine ait odası olduğu, %45,4'ünün ayda bir- iki defa hastalandığı ve %7,2'sinin kronik bir hastalığı olduğu (%4,3'ünün astımı ve %2,9 böbrek yetmezliği/hipotroidi/biotinaz eksikliği/epilepsi) görüldü (Tablo 1).

Tablo 2'de ebeveynleri tanıttıcı özellikler verilmiştir.

Tablo 2. Ebeveynleri Tanıtıcı Özellikler (N=236)

Ebeveyn Özellikleri	Anne n (%)	Baba n (%)
Görüşme yapılan ebeveyn	226 (95,8)	10 (4,2)
21-30 yaş	92 (39,0)	62 (26,3)
31-40 yaş	115 (48,7)	129 (54,6)
41 yaş yaş ve üstü	29 (12,3)	45 (19,1)
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	9 (3,8)	3 (1,3)
İlköğretim mezunu	93 (39,4)	104 (44,1)
Ortaöğretim mezunu	69 (29,2)	73 (30,9)
Üniversite ve üstü	65 (27,5)	56 (23,7)
Çalışma durumu		
Çalışıyor	57 (24,2)	228 (96,6)
Çalışmıyor	179 (75,8)	8 (3,4)
Ebeveyn kronik hastalığı		
Astım	11 (4,7)	4 (1,7)
Hipertansiyon	3 (1,3)	4 (1,7)
Kalp yetmezliği	1 (0,4)	1 (0,4)
Kronik böbrek yetmezliği	2 (0,8)	1 (0,4)
Hipotroidi	3 (1,3)	1 (0,4)
Hipertroidi	3 (1,3)	1 (0,4)
Diyabetes mellitus	2 (0,8)	1 (0,4)
Hepatit B ve C	2 (0,8)	
Yaş (ortalama/min-max)	(33,38±6.56.21-54)	(35,30±6.66.22-56)

Çalışma grubunda görüşülen ebeveynlerin %95,8'i anne olduğu, yaş ortalamasının $33,38 \pm 6,56$ yaş olduğu, %24,2'inin çalıştığı, %39,4'ünün ilkokul mezunu olduğu ve %4,7'sinin astımı olduğu saptandı. Babaların yaş ortalamasının $35,30 \pm 6,66$ yaş olduğu, %96,6'sının çalıştığı ve %44,1'inin ilkokul mezunu olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3'te ebeveynlerin ÜSYE'lerinde uyguladığı TAT yöntemleri ile ilişkili yaklaşımları verilmiştir.

Tablo 3. Ebeveynlerin ÜSYE'da Uyguladığı TAT Tedavi Yöntemleri ile İlişkili Yaklaşımları (N=236)

ÜSYE'de TAT uygulama	N	%
Evet	203	86,0
Hayır	33	14,0
TAT uygulamalarından yararlanma (n=203)		
Yararlandı	193	95,1
Yararlanmadı	10	4,9
TAT uygulama zamanı (n=203)		
İlaç tedavisinden önce	187	92,1
İlaçlarla birlikte	12	5,9
İlaçlara cevap almazsa	4	2,0
TAT yöntemlerini kullanma sıklığı (n=203)		
Çoğu zaman	142	70,0
Bazen	37	18,2
Nadiren	24	11,8
TAT yöntemlerini diğer çocuklarında kullanma (n=160) *		
Kullanan	128	80,0
Kullanmayan	32	20,0
TAT yöntemlerini tekrar kullanmayı düşünme (n=203)		
Evet	192	94,6
Hayır	11	5,4
TAT yöntemlerini başkasına tavsiye etme(n=203)		
Tavsiye ederim	155	76,4
Tavsiye etmem	12	5,9
Bilmiyorum	36	17,7
TAT ile ilgili bilgi kaynakları**		
Sağlık çalışanları (doktor/ebe/hemşire/eczane)	8	3,4
Komşular/arkadaşlar	77	32,6
İnternet-Televizyon	64	27,1
Aile büyükleri/akrabalar	162	68,6
Kitaplar	15	6,4

*160 ebeveynin iki ve daha fazla çocuğu var

**Birden çok yanıt verilmiştir.

Ebeveynlerin ÜSYE'da TAT yöntemlerine ilişkin yaklaşımları incelendiğinde; ebeveynlerin %86'sının çocuğu ÜSYE geçirdiğinde TAT uyguladığı, %95,1'inin TAT uygulamalarından yararlandığı ve %92,1'inin TAT ilaç tedavisinden önce uyguladığı saptandı. Ebeveynlerin %70'inin çoğu zaman TAT yöntemlerini kullandığı, %80'inin diğer çocuklarına da TAT uyguladığı, %94,6'sının TAT yöntemlerini tekrar kullanmayı düşündüğü ve %76,4'ünün başkasına da TAT kullanmasını tavsiye ettiği görüldü. Ebeveynlerin %68,6'sının TAT ile ilgili bilgi kaynaklarının aile büyükleri ve akrabaların olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4'te ebeveynlerin ÜSYE'da Uyguladığı TAT yöntemleri verilmiştir.

Tablo 4. Ebeveynlerin ÜSYE'da Uyguladığı TAT Yöntemleri (N=236)

Çocuk ÜSYE geçirdiğinde öncelikle yapılanlar**	n	%
Evdeki ilaçları kullanırım	173	73,3
TAT yöntemlerini uyguladım	158	66,9
Doktora götürürüm	87	36,9
Dua ederim	7	3,0
TAT yöntemlerini tercih nedeni**		
Tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı, ilaç kullanmayı istemedi için	173	73,3
Kolay erişilebilir olduğu için	129	54,7
Aile bireyleri/tanıdıklar kullanmamı istediği için	39	16,5
Hastanelerde çok beklediği için	30	12,7
Ucuz olduğu için	24	10,2
Bağıışıklığı güçlensin diye	5	2,1
ÜSYE'de uygulanan tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri (n=203)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayları verme	113	55,7
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma	17	8,4
Bitki çayları verme	11	5,4
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitkisel karışımlar verme	8	3,9
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/kulağına sıvı uygulama	7	3,4
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayı/bitkisel karışım	29	14,3
Soğuk uygulama/ılık duş/giysileri çıkartma/bitki çayları/ kulağına sıvı uygulama	18	8,9
TAT uygulamalarında gözlenen yararlar(n=193) **		
Daha kısa sürede iyileşti	82	34,7
Doktora götürmeden ilaç kullanmadan iyileşti	26	11,0
Ateşi düştü	51	21,6
Öksürüğü azaldı	19	8,1
Burun tıkanıklığı geçti	44	18,6
Hastalığı daha hafif geçti ve rahatladı	26	11,0
Boğaz ağrısı geçti	8	3,4

**Birden çok yanıt verilmiştir.

Çocuğı ÜSYE geçirdiğinde ebeveynlerin öncelikle; %73,3'ünün evdeki ilaçları kullandığı, %66,9'unun TAT yöntemlerini uyguladığı ve %36,9'unun doktora götürdüğü belirlendi. Ebeveynlerin TAT uygulama yöntemleri incelendiğinde; %73,3'ünün tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı ve ilaç kullanmak istemediği için TAT'ı tercih ettiği, %55,7'sinin çoğunlukla soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayları verme uygulamalarını yaptığı ve %34,7'sinin gözlediğı yararın çocuğun daha kısa sürede iyileştiğı yönünde olduğu saptandı (Tablo4).

Tablo 5’de ebeveynlerin ÜSYE semptomlarına yönelik uyguladığı yöntemler verilmiştir.

Tablo 5. Ebeveynlerin ÜSYE Semptomlarına Yönelik Uyguladığı Yöntemler (N=236)

Çocuğun ateşini ölçme	n	%
Ateş ölçer	224	94,9
Ateş ölçmez	12	5,1
Ateşi düşürmek için öncelikle yapılanlar**		
Doktora götürün	67	28,4
Doktora danışmadan ateş düşürücü veren	174	73,7
Doktora danışmada antibiyotik veren	6	2,5
TAT yöntemlerini uygulayan	162	68,6
Ateşi düşürmek için yapılanlar**		
Soğuk uygulama/ılık duş aldırın/giysileri çıkaran	207	87,7
Sirkeli su ile vücudu silen	65	27,5
Bitki çayları içiren	8	3,4
Öksürüğü kesmek/azaltmak için yapılanlar**		
Doktora götürün	44	18,6
Bitki çayları içiren	158	66,9
Bitkisel karışım veren	57	24,2
Bal-pekmez veren	82	34,7
Öksürük şurubu veren	11	4,7
Boğaz ağrısını gidermek için yapılanlar **		
Doktora götürün	95	40,3
Bitki çayları içiren	97	41,1
Gargara yapan	10	4,2
Ballı süt, zencefilli bal, pekmez yediren	59	25,0
Burun tıkanıklığını gidermek için yapılanlar**		
Doktora götürün	79	33,5
Burun lavajı	113	47,9
Aspiratör ile aspire eden	6	2,5
Buhar uygulamaları	28	11,9
Diğer (6 kişi nane yağı, 2 kişi viki burun kenarına sürmüş)	8	3,4
Kulak ağrısını gidermek için yapılan uygulamalar**		
Doktora götürün	155	65,7
Anne sütü damlatan	40	16,9
Soğan suyu damlatan	10	4,2
Zeytinyağı, ozon yağı, gliserin damlatan	6	2,5
Kulağının üzerine sıcak havlu koyan	8	3,4

**Birden çok yanıt verilmiştir

Ebeveynlerin ÜSYE semptomlarına yönelik uygulamaları incelendiğine; %73,7’sinin doktora danışmadan ateş düşürücü verdiği, %87,7’inin ateşi düşürmek için çocuğa soğuk uyguladığı, ılık duş aldırıldığı ve giysilerini çıkarttığı ve öksürüğü kesmek veya azaltmak için %66,9’unun bitki çayları verdiği (ıhlamur, anason çayı, nane limon, hatmi çiçeği çayı, rezene çayı, yeşil çay, adaçayı, elma, tarçın) saptandı (Tablo 5).

ÜSYE geçiren çocuğun boğaz ağrısını gidermek için %41,1’inin bitki çayları verdiği (ıhlamur, nane limon), burun tıkanıklığını gidermek için %47,9’unun burun lavajı (üç kişi tuz/su/limon, bir kişi tuz/karbonat/su karıştırıp) uyguladığı ve kulak ağrısı için %16,9’unun kulağa anne sütü damlattığı görüldü (Tablo 5).

Tablo 6’da çocuğu tanıtıcı özelliklere göre ebeveynlerin TAT yöntemlerini kullanma durumunun karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 6. Çocuğu Tanıtıcı Özelliklere Göre Ebeveynlerin TAT Yöntemlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırması (N=236)

Tanıtıcı Özellikler	Ebeveynlerin Tat Kullanma Durumu		X ² _{Yates**}	P
	Kullanan n (%)	Kullanmayan n (%)		
Cinsiyet			0,000	1,000
Kız	94(86,2)	15(13,8)		
Erkek	109(85,8)	18(14,2)		
Yaş grubu			X ²	P
1-3 Yaş	80(85,1)	14(14,9)	3,338	0,342
4-6 Yaş	75(87,2)	11(12,8)		
7-12 Yaş	34(81,0)	8(19,0)		
13-18 Yaş	14(100)	-		
Çocuk sayısı			X ²	P
Bir Çocuk	59(77,6)	17(22,4)	7,223	0,065
İki Çocuk	92(88,5)	12(11,5)		
Üç Çocuk	34(91,9)	3(8,1)		
Dört ve üstü Çocuk	18(94,7)	1(5,3)		
Hastalanma sıklığı			X ²	P
Ayda bir kez	95(92,0)	12(8,0)	2,636	0,268
İki ayda bir kez	56(87,5)	8(12,5)		
Dört ayda bir kez	52(80,0)	13(20,0)		
Kronik hastalık			X ² _{Fisher*}	P
Var	13(76,5)	4(23,5)		0,270
Yok	190(86,8)	29(13,2)		
Ev tipi			X ² _{Fisher*}	P
Apartman dairesi	200(86,2)	32(13,8)		0,455
Müstakil	3(75,0)	1(25,0)		
Çocuk odası			X ² _{Yates**}	P
Var	126(81,3)	29(18,7)	7,282	0,007
Yok	77(95,1)	4(4,9)		

* Beklenen değerlerden ikisi 5’in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

** Gözlenen değerlerden biri 25’in altında olması nedeniyle Yates ki-kare testi yapılmıştır

Kız çocuğu olan ebeveynlerin %86,2’si TAT kullanırken, erkek çocuğa olanların %85,8’i TAT kullanmaktadır. Çocukların cinsiyetlerine göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Ebeveynler 1-3 yaş grubundaki çocukların %85,1’inde, 4-6 yaş grubu çocukların %87,2’sinde, 7-12 yaş grubu çocukların %81’inde ve 13-18 yaş grubu çocukların hepsinde TAT kullandığı görüldü. Yaş gruplarına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6).

Bir çocuğu olan ebeveynlerin %77,6'si, iki çocuğu olan ebeveynlerin %88,5'i, üç çocuğu olan ebeveynlerin %91,9'u ve dört ve üstü çocuğu olan ebeveynlerin %94,7'si TAT kullanmaktadır. Çocuk sayısına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da çocuk sayısı arttıkça TAT kullanımının arttığı görülmektedir (Tablo 6).

Çocukların hastalanma sıklığına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumu karşılaştırıldığında; ayda bir kez hastalanan çocuğu olanların %92'sinin, iki ayda bir hastalanan çocuğu olanların %87,5'inin ve dört ayda bir kez hastalanan çocuğu olanların %80'inde TAT kullanıldığı, çocukların hastalanma sıklığına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Çocuğunda kronik hastalık olan ebeveynlerin %76,5'inin ve kronik hastalık olmayanların %86,8'inin TAT kullandığı, çocukta kronik hastalık olmasına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p<0,05$) (Tablo 6).

Apartman dairesinde oturan ebeveynlerin %86,2'sinin, müstakil evde oturan ebeveynlerin %75'inin TAT kullandığı, oturuşan ev tipine göre TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Ayrı odası olan çocukların ebeveynlerinin %81,3'ünün, ayrı odası olmayanların ise %95,1'i TAT kullanmaktadır. Çocuğun ayrı odası olmasına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7’de çocukların hastalık durumuna göre ebeveynlerin TAT yöntemlerini kullanma sıklığının karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 7. Çocukların Hastalık Durumuna Göre Ebeveynlerin TAT Yöntemlerini Kullanma Sıklığının Karşılaştırılması (N=236)

Tanıtıcı Özellikler	TAT Kullanma Sıklığı			X ²	p
	Çoğunlukla n (%)	Bazen n (%)	Nadiren n (%)		
Kronik hastalık					
Var	8(61,5)	2(15,4)	3(23,1)	1,690	0,430
Yok	134(70,5)	35(18,4)	21(11,1)		
Hastalanma sıklığı				X ²	p
Ayda bir kez	67(70,5)	20(21,1)	8(8,4)	5,165	0,271
İki ayda bir kez	39(69,6)	11(19,6)	6(10,8)		
Dört ayda bir kez	36(69,2)	6(11,5)	10(19,3)		

Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin %61,5’i çoğunlukla, %15,4’ü bazen ve %23,1’i nadiren TAT kullanırken, kronik hastalığı olmayan çocuk ebeveynlerin %70,5’i çoğunlukla, %18,4’ü bazen ve %11,1’i nadiren TAT kullanmaktadır. Çocukta kronik hastalık olma durumuna göre ebeveynlerin TAT kullanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05)(Tablo 7).

Çocuğu ayda bir kez hastalanan ebeveynlerinin %70,5’i çoğunlukla, %21,1’i bazen ve %8,4’ü nadiren TAT kullanırken, çocuğu iki ayda bir hastalanan ebeveynlerin %69,6’si çoğunlukla, %19,6’si bazen ve %10,8’i nadiren TAT kullanmaktadır. Çocuğu dört ayda bir hastalanan ebeveynlerin %69,2’sinin çoğunlukla, %11,5’inin bazen ve %19,3’ünün nadiren TAT kullandığı belirlenmiştir. Çocukların hastalanma sıklığına göre ebeveynlerin TAT kullanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0,05)(Tablo 7).

Tablo 8’de aile özelliklerine göre TAT kullanma durumunun karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 8. Aile Özelliklerine Göre TAT Kullanma Durumunun Karşılaştırması (N=236)

Aile özellikleri	TAT Kullanan	TAT Kullanmayan	X ² Fisher*	p
	n (%)	n (%)		
Aile tipi				
Çekirdek Aile	187(85,4)	32(14,6)		0,480
Geniş Aile	16(94,1)	1(5,9)		
Ailede birey sayısı			X ²	p
Üç kişi	54(76,1)	17(23,9)	9,916	0,019
Dört kişi	81(88,0)	11(12,0)		
Beş kişi	37(90,2)	7(9,8)		
Altı ve üstü kişi	31(96,9)	1(3,1)		
Sosyo-ekonomik durum			X ²	p
Geliri Giderinden Düşük	91(89,2)	11(10,8)	1,596	0,450
Geliri Giderine eşit	94(83,9)	18(16,1)		
Geliri Giderinden Fazla	18(81,8)	4(18,2)		

* Beklenen değerlerden biri 5’in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

Çekirdek aileye sahip ebeveynlerin %85,4’ü ve geniş aileye sahip ebeveynlerin %94,1’i TAT kullanmaktadır. Aile tipine göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05)(Tablo 8).

Ailesinde üç birey olan ebeveynlerin %76,1’i, dört birey olan ebeveynlerin %88’i, beş birey olan ebeveynlerin %90,2’si ve alt ve üstü birey olan ebeveynlerin %96,9’ü TAT kullanmaktadır. Ailedeki birey sayısına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir (p<0,05). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, satır ki-kare değeri en yüksek olan altı ve üstü bireyin olduğu satır analiz dışı bırakılmış, analiz sonucunda yeni ki-kare değeri 5,718 ve p değeri 0,057 olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda farkın altı ve üstü birey olan ebeveynlerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Geliri giderinden düşük olan ebeveynlerin %89,2’si, geliri giderine eşit olan ebeveynlerin %83,9’ü ve geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin %81,8’i TAT kullanmaktadır. Sosyo-ekonomik duruma göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9’da annelerin özelliklerine göre tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumunun karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 9. Annelerin Özelliklerine Göre TAT Kullanma Durumunun Karşılaştırması (N=236)

AnneyeAit Özellikler	TAT Kullanan n (%)	TAT Kullanmayan n (%)		
Anne yaşı			X ²	p
21- 30 yaş	81(88,0)	11(12,0)	2,636	0,268
31-40 yaş	95(82,6)	20(17,4)		
41 yaş ve üstü	27(93,1)	2(6,9)		
Annenin eğitimi			X ²	p
Okur-yazar değil	9(100,0)	-	18,741	0,000
İlköğretim	87(93,5)	6(6,5)		
Ortaöğretim	61(88,4)	8(11,6)		
Üniversite	46(70,8)	19(29,2)		
Anne çalışma			X ² Yates**	p
Çalışan	46(80,7)	11(19,3)	1,231	0,267
Çalışmayan	157 (87,7)	22(12,3)		
Kronik hastalık			X ² Fisher*	p
Var	27(96,4)	1(3,6)		0,067
Yok	174 (84,5)	32 (15,5)		
Sosyal Güvence			X ² Fisher*	p
Sgk	199(85,8)	33(14,2)		0,545
Özel	4(100,0)	-		

* Beklenen değerlerden ikisi 5’in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

** Gözlenen değerlerden biri 25’in altında olması nedeniyle Yates ki-kare testi yapılmıştır

Tablo 9 incelendiğinde; anne yaşı 21-30 arasında olanların %88’i, 31-40 arasında olanların %82,6’si ve yaşı 41 ve üstünde olanların %93,1’i TAT kullanmaktadır. Anne yaşına göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 9).

Annenin eğitim durumuna göre TAT kullanma durumları incelendiğinde; okur-yazar olmayan annelerin %100’ü, ilköğretim mezunu olanların %93,5’i, ortaokul mezunu olanların %88,4’ü ve üniversite mezunu annelerin %70,8’si TAT kullanmaktadır. Anne eğitim durumuna göre ebeveynlerin TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05)(Tablo 9). Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, satır ki-kare değeri en yüksek olan üniversite satırı analiz dışı bırakılmış, analiz sonucunda yeni ki-kare değeri 2,241 ve p değeri 0,326 olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda farkın üniversite mezunu olan ebeveynlerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışan annelerin %80,7'si ve çalışmayan annelerin %87,7'si TAT kullanmaktadır. Annelerin çalışma durumuna göre TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Kronik hastalığı olan ebeveynlerin %96,4'ü ve olmayan ebeveynlerin %84,5'i TAT kullanmaktadır. Ebeveynlerde kronik hastalık olmasına göre TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 9).

Sosyal güvenceyesi SGK olan ebeveynlerin %85,8'i ve özel sigortası olan ebeveynlerin %100'ü TAT kullanmaktadır. Sosyal güvence türüne göre TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10'da Ebeveynlerin TAT uygulamalarından yararlanmasına göre tekrar TAT kullanmayı düşünme durumunun karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 10. Ebeveynlerin TAT Yararlanma Durumuna Göre TAT Tekrar Kullanmayı Düşünmesi (N=236)

TAT uygulamalarından yararlanma (n=203)	Tekrar TAT Kullanmayı Düşünme		X ² _{Fisher*} p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Yararlandı	187(96,9)	6(3,1)	0,000
Yararlanmadı	5(50,0)	5(50,0)	

* Beklenen değerlerden birisi 5'in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

Ebeveynlerin TAT yararlanma durumuna göre tekrar TAT kullanmayı düşünme durumu karşılaştırıldığında; TAT uygulamasından yararlanan ebeveynlerin %96,9'unun, yararlanmayanların ise %50'sinin TAT uygulamasını tekrar kullanmayı düşündüğü görüldü. Ebeveynlerin TAT uygulamasından yararlanma durumuna göre Tekrar TAT kullanmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10). TAT bir kez kullanma (OR: 1,938) yeniden TAT kullanmayı 1,938 artırmaktadır.

Tablo 11’de ebeveynlerin TAT uygulamalarından yararlanma durumuna göre diğer çocuklarında TAT kullanma durumunun karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 11. Ebeveynlerin TAT uygulamalarından Yararlanma Durumuna Göre Diğer Çocuklarında TAT Kullanma Durumu (N=236)

TAT uygulamalarından yararlanma (n=203)	Diğer Çocuklarda TAT Kullanma Durumu		X ² _{Fisher*}	p
	Kullanan n (%)	Kullanmayan n (%)		
Yararlandı	121(89,6)	14(10,4)		0,074
Yararlanmadı	6(66,7)	3(33,3)		

* Beklenen değerlerden birinde 5’in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

TAT uygulamasından yararlanan ebeveynlerin %89,6’si, yararlanmayan ebeveynlerin ise %66,7’si diğer çocuklarında da TAT kullanmaktadır. Ebeveynlerin TAT uygulamasından yararlanma durumuna göre diğer çocuklarında TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 11).

Tablo 12’de ebeveynlerin kullandığı TAT’dan yararlanmasına göre başkasına tavsiye etme durumlarının karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 12. Ebeveynlerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerinden Yararlanma Durumuna Göre Başkasına Tavsiye Etmesinin Karşılaştırması (N=236)

TAT Uygulamadan Yararlanma	TAT Tavsiye Etme Durumu		X ² _{Fisher*}	p
	Tavsiye Eden n (%)	Tavsiye Etmeyen n (%)		
Yararlandı	153(79,3)	40(20,7)		0,000
Yararlanmadı	2(20,0)	8(80,0)		

* Beklenen değerlerden ikisi 5’in altında olması nedeniyle fisher ki-kare testi yapılmıştır

Ebeveynlerin TAT yararlanmasına göre %79,3’ü ve yararlanmayan ebeveynlerin %20’si başkasına TAT kullanmayı tavsiye etmiştir. Ebeveynlerin kullandığı TAT’dan yararlanma durumuna göre başkasına TAT kullanmayı tavsiye etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001) (Tablo 12). TAT fayda görme (OR: 3,964) TAT kullanmayı tavsiye etme durumunu 3,964 kat arttırmaktadır.

Tablo 13'te çocukların yaş gruplarına göre kullanılan TAT yöntemlerinin karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 13. Çocukların Yaş Gruplarına Göre Tercih Edilen TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması (N=236)

ÜSYE'de Uygulanan TAT Yöntemi	1-3 Yaş	4-6 Yaş	7-12 Yaş	13-18 Yaş
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma	5(6,3)	9(12,0)	1(2,9)	2(14,3)
Bitki çayları vermek	7(8,8)	3(4,0)	1(2,9)	-
Soğukuygulama/ılık duş/giysileri çıkartma/ bitki çayları vermek	42(52,5)	44(58,7)	19(55,9)	8(57,1)
Soğuk uygulama/ılık duş/giysileri çıkartma/ bitkisel karışımlar verme	2(2,5)	2(2,7)	4(11,9)	-
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/kulağına sıvı uygulama	3(3,8)	3(4,0)	1(2,9)	-
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/ Bitki çayları/ Bitkisel karışımlar verme	12(15,0)	7(9,3)	6(17,6)	4(28,6)
Hepsi	9(11,3)	7(9,3)	2(5,9)	-
X ² ; p	19,580; 0,357			

Yaş gruplarına göre en fazla kullanılan yöntem incelendiğinde; 1-3 yaş grubunda %52,5, 4-6 yaş grubunda %58,7, 7-12 yaş grubunda %55,9, 13-19 yaş grubunda %57,1 oranında, soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayları verildiği saptanmıştır. Yaş gruplarına göre kullanılan TAT yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 14'te çocukların cinsiyetlerine göre kullanılan TAT yöntemlerinin karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 14. Çocukların Cinsiyetlerine Göre Kullanılan TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması (N:203)

TAT Yöntemi	Kız	Erkek	X ²	p
	n (%)	n (%)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma	7(7,4)	10(9,2)	8,677	0,193
Bitki çayları verme	4(4,3)	7(6,4)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/Bitki çayları vermek	48(51,1)	65(59,6)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/Bitkisel karışımlar verme	2(2,1)	6(5,5)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/Kulağına sıvı uygulama	3(3,2)	4(3,7)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/Bitki çayları/Bitkisel karışımlar verme	18(19,1)	11(10,1)		
Hepsi	12(12,8)	6(5,5)		

Kız ve erkek çocuklarda en çok kullanılan TAT yöntemleri; kızlarda %51,1 ve erkeklerde %59,6 oranında soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayları olduğu görüldü. Çocukların cinsiyetlerine göre kullanılan TAT yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15'te ailelerin sosyo-ekonomik düzeyine göre kullanılan TAT yöntemlerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 15. Ailelerin Sosyo-ekonomik Düzeyine Göre Kullanılan TAT Yöntemlerinin Karşılaştırması (N:203)

TAT Yöntemi	Geliri Giderden Az	Geliri Gidere Eşit	Geliri Giderden Fazla	X ²	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma	7(7,7)	10(10,6)	-	18,088	0,113
Bitki çayları vermek	4(4,4)	6(6,4)	1(5,6)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma /Bitki çayları vermek	55(60,4)	51(54,3)	7(38,9)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/ bitkisel karışımlar verme	3(3,3)	4(4,3)	1(5,6)		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysileri çıkartma/ kulağına sıvı uygulama	4(4,4)	3(3,2)	-		
Soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/Bitki çayları /Bitkisel karışımlar verme	9(9,9)	12(12,8)	8(44,4)		
Hepsi	9(9,9)	8(8,4)	1(5,6)		

Ailelerin gelirine göre kullanıldığı TAT yöntemleri incelendiğinde; geliri giderinden az olanların %60,4'ünün, geliri giderine eşit olanların %54,3'ünün ve geliri giderinden fazla olanların %38,9'unun, en çok soğuk uygulama/ılık duş/giysilerini çıkartma/bitki çayları verdiği saptandı. Sosyo-ekonomik düzeye göre kullanılan TAT yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16’da değişkenler ile TAT kullanma arasındaki ilişki verildi.

Tablo 16. Değişkenlerle Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Arasındaki İlişki

Değişkenler	1	2	3	4
1.TAT Kullanma	1,00			
2.Anne Eğitim	0,271*	1,00		
3.Ailedeki Birey Sayısı	-0,198*	-0,377*	1,00	
4.Çocuğun Odasının olması	-0,189*	-0,346*	0,484*	1,00

* $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı

Tablo 16’da değişkenler ile TAT kullanma arasındaki ilişki incelendiğinde; TAT kullanma ile anne eğitimi arasında ($r=0,271$) düşük düzeyde pozitif yönde, TAT kullanımı ile ailedeki birey sayısı arasında ($r=-0,198$) düşük düzeyde negatif yönde ve TAT kullanımı ile çocuğun odasının olması arasında ($r=-0,189$) düşük düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 16).

Tablo 17’de anlamlı bulunan değişkenlerin lojistik regresyon analizi ile TAT kullanma durumunu yordama düzeyinin belirlenmesi verildi.

Tablo 17. Anlamlı Bulunan Değişkenler ile TAT Kullanma Durumunu Yordama Düzeyinin Belirlenmesi

Değişkenler							%95 CI	
	B	SE	Wald	Df	Sig.	Exp (B)	Lower	Upper
Birey Sayısı	0,302	0,266	1,293	1	0,255	1,353	0,804	2,277
Anne eğitimi	-1,113	0,423	6,908	1	0,009	0,329	0,143	0,754
Çocuk Odası olması	0,777	0,619	1,578	1	0,209	2,176	0,647	7,317
-2Log likelihood	170,532	Cox & Snell R Square	0,083	Nagelkrke R Square	0,150			
Hosmer and Lemeshow Test								
Chi-square	2,918	Df	6	Sig.	0,819			

Hosmer ve Lemeshow testi sonucunda modelin uyumlu ve anlamlı olduğu belirlenmiştir. Modeldeki üç değişken TAT kullanma durumunu %15 açıklamaktadır. Değişkenler tek tek incelendiğinde ise TAT kullanımını etkileyen tek anlamlı değişkenin anne eğitimi olduğu, annenin eğitiminin artmasının TAT kullanım oranını azalttığı, annenin üniversite eğitimi alması TAT kullanımını ($\beta=0,329$) 0,329 kat azalttığı saptanmıştır (Tablo 17).

5. TARTIŞMA

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde TAT yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır (12, 64). Türkiye’de TAT kullanan kişilerin (%62,5) kullandığı yöntemleri gizlemesi, yanlış bilgi vermesi ve araştırmaların yetersiz olması nedeniyle TAT kullanma oranları bilinmemektedir (28). Bu çalışmada, ÜSYE geçiren çocuklarda kullanılan, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi uygulamaları incelenmiştir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin %86’sının çocuğu ÜSYE geçirdiğinde TAT uyguladığı belirlendi. Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarında TAT kullanıldığı birçok çalışmada gösterilmiştir (25, 31, 83, 87, 88). Simith ve ark. (2006) ebeveynlerin kas iskelet sistemi ve solunum sistemi şikayetlerini gidermek veya azaltmak amacıyla TAT yöntemlerini kullandığını saptamıştır (89). Avrupa ülkelerinde çocuklarda TAT kullanılma oranının %56 olduğu bildirilmiştir (90). Pitetti ve ark (2001) Pittsburg’da çocuk acil servisine başvuran 525 ebeveynin en sık solunum sistemi sorunları için %12’sinin en az bir çeşit TAT kullandığını saptamıştır (25). Ülkemizde yapılan çalışmalarda TAT’ın üst solunum yolu enfeksiyonlarında sık kullanıldığı (83, 87, 88), çocuklarda TAT kullanılma sıklığının %18-95 arasında değiştiği bildirilmektedir (20). Orhan ve ark. (2003) 1-16 yaş arası astımlı çocuklarda %38 oranında TAT kullanıldığını saptamıştır (91). Kaya ve ark. (2009) İstanbul’da bir eğitim araştırma hastanesi enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde takip edilen 253 astımlı çocuk ebeveyni ile yaptığı çalışmada, çocuklarda TAT kullanma oranını %66,8 olarak belirlemiştir (58). Topaloğlu ve ark. (2013) Çanakkale’de çocuk polikliniğine başvuran solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan 214 çocuk ebeveyni ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin %93,7’sinin TAT kullandığını bulmuştur (32). Aydın ve ark. (2015) Bandırma’da beş aile sağlığı merkezinde solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış 220 çocuk ebeveyni ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin %69,4’ünün TAT uyguladığını saptamıştır (92). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçları ile kıyaslandığında sonuçların birbirine yakın olduğu ve ÜSYE’de TAT uygulama oranının yüksek olduğu düşünülebilir. Ülke genelinde TAT kullanma yaygınlığı, toplumsal özellikler ve sağlık sisteminin etkisinin belirlenmesi için çok merkezli araştırmaların yapılması gerekmektedir.

TAT ürünlerine kolay erişilmesi, ekonomik problemlerin olması, sağlık güvencesinin olmaması, toplumun alternatif tıbbın etkili olduğuna inanması, tıbbi tedavilerin yan etkisinden korkma, tıbbi tedaviyi reddetme ve sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, sosyokültürel özellikler, davranışlar ve tutumlar, TAT kullanımını etkileyen faktörlerdir. Ayrıca din, yaşam tarzı, kültürel yapı, yerel bitkileri bilme, dost, arkadaş, aile büyüklerinin tavsiyeleri dikkate alma gibi nedenler ile TAT'ın kullanımı hızla artmaktadır (11, 17, 27, 30, 51, 81-83). Keçeci (2013) Konya'da 0-18 yaş, 753 sinir sistemi hastalığı olan çocuğun ebeveyni ile yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %37,7'sinin çocuğun hastalığına kısmen de olsa yararlı olduğu, kültürel inanışlar, hastalığın tamamen iyileşmesi, vücut direncini arttırmak için TAT'ı tercih ettiğini belirlemiştir (64). Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin büyük çoğunluğunun tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı, ilaç kullanmak istemediği (%73,3) ve kolay erişilebilir olduğu (%54,7) için TAT'ı tercih ettiği belirlendi. Tıbbi yöntemlerin yararına inanmama ve kolay erişilebilir olduğu için TAT tercih edilmesi ve ebeveynlerin tamamına yakınının (%94,6) TAT yöntemlerini tekrar kullanmayı düşünmesi kaygı vericidir.

Taşar ve ark. (2014) Ankara'da düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında uyguladıkları TAT uygulamalarını araştırdığı 500 ebeveyn ile yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayanların %24,6'sının, geniş ailede yaşayanların %75,4'ünün TAT kullandığını saptamıştır (83). Çalışma grubumuzda çekirdek ailede yaşayanların %85,4'ünün, geniş ailede yaşayanların %94,1'inin TAT kullandığı görüldü. TAT kullanımı ile ailedeki birey sayısı arasında ($r=-0,198$) düşük düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Geniş ailelerde aile büyükleri bildiği yöntemleri aktararak TAT kullanımının artmasına katkıda bulunmaktadır.

Çocuğun yaşının TAT kullanımını etkilediği, yaş arttıkça TAT kullanımının arttığı (83, 93) ve ergen yaş grubunda TAT kullanımının daha fazla olduğu bildirilmektedir (94). Taşar ve ark. (2011) ebeveynlerin %52'sinin yenidoğan döneminde TAT kullanmaya başladığını belirlemiştir (83). Tuncel ve ark 2014'te Diyarbakır'da 206 ebeveynin kronik hastalığı olmayan çocuklarında TAT kullanımını araştırdığı çalışmada, çocuğun yaşının artmasıyla TAT kullanımının 1,17 kat arttığını saptamıştır (57). Araştırma grubumuzdaki çocukların yaş gruplarına göre TAT

kullanma oranları açısından fark saptanmamıştır. Çocuğun yaşının TAT kullanımını etkisini irdeleyen daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça TAT kullanım sıklığını (annenin üniversite eğitimi alması 0,329 kat) azalttığı belirlenmiştir. TAT kullanma ile anne eğitimi arasında ($r=0,271$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Araştırmalar ebeveyn eğitim düzeyinin, TAT kullanımını etkilediğini göstermektedir. Öztürk ve Karayağız (2008) 600 çocuğun ebeveyni ile yaptığı çalışmada, annenin eğitim düzeyi arttıkça TAT kullanma sıklığının arttığını saptamıştır (87). Taşar ve ark. (2011) Ankara’da gelir düzeyi düşük 500 ebeveynin, çocuklarına uyguladığı TAT yöntemlerini araştırdığı çalışmada, eğitim düzeyi düştükçe TAT kullanım sıklığının arttığını belirlemiştir (83). Orhan ve ark. (2003) eğitim düzeyi ile TAT kullanımını arasında bir ilişki bulmamıştır (91). Topaloğlu ve ark. (2013) Çanakkale’de çocuk polikliniğine başvuran solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış 214 çocuğun ebeveyni ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça ilaç dışı uygulamaları kullanma sıklığının azaldığını saptamışlardır (32). Sonuçlarımız Taşar ve ark., Topaloğlu ve ark., sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça TAT kullanımı gibi riskli olabilecek davranışları tercih etmediği ve TAT kullanımına daha bilinçli yaklaştıkları düşünülmektedir.

Ailelerin gelir düzeyinin TAT kullanımını etkilediği bildirilmektedir (87, 94, 95, 96). Birde ve ark. (2010) ABD’de çocuklarda yaptığı bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça TAT kullanım sıklığının arttığını belirlemiştir (94). Kaya ve ark. (2009), Taşar ve ark. (2011), Öztürk ve Karayağız (2008) gelir düzeyi azaldıkça ebeveynlerin çocuklarında TAT kullanım sıklığının arttığını saptamıştır (58, 83, 87). Yeter (2012) Mersin’de kanser hastası 85 çocuğun ebeveyni ile yaptığı çalışmada gelir düzeyinin TAT kullanımını etkilemediğini bulmuştur (51). Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte gelir düzeyi düştükçe TAT kullanma oranının yükseldiği görüldü. Sonuçlar benzer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin %92,1’i TAT ilaç tedavisinden önce uygulamıştır. Topaloğlu ve ark.(2013) ailelerin %56,7’sinin ilaç tedavisinden önce TAT uyguladığını saptamıştır (32). Her iki sonuç ilaç tedavisinden önce TAT kullanılmasının tercih edilmesinin, TAT yöntemlerine olan ilgiyi göstermesi açısından düşündürücüdür.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin evde %94,9'unun çocuğunun ateşini ölçtüğü, ateşi olan çocuğa doktora danışmadan öncelikle ateş düşürücü verdiği (%73,7), daha sonra TAT uyguladığı (%68,6) ve ateş için doğru ve hatalı uygulamaları bir arada kullandığı (ateşi düşürmek için soğuk uyguladığı, ılık duş aldırıldığı ve giysilerini çıkarttığı (%87,7) belirlendi. Ebeveynlerin yaklaşık 1/3 oranında sirkeli su ile silme (%27,5) yöntemini kullanıldığı saptandı. Ateş çocukluk çağında sık görülen ve ebeveynleri endişelendiren bir belirti olmasına rağmen yapılan çalışmalarda ateş konusundaki bilgilerin yetersiz olduğu belirlenmiştir (77). Araz (2013) Gaziantep'te çocuk acil servise başvuran 400 çocuğun ebeveyninin ateşi olan çocuğa ilk uygulamalarının ılık uygulama ve ateş düşürücü ilaç vermek olduğunu saptamıştır (97). Literatürde çocuklarının ateşini düşürmek için çocuğun giysilerini çıkarma, ılık duş aldırma ve ılık uygulama yapmanın doğru uygulamalar olduğu, soğuk suyla duş aldırma, soğuk uygulama, sirkeli su ile silme, alkollü suyla silme ve kolonya uygulamanın hatalı uygulamalar olduğu bildirilmektedir (55, 97). Yapılan çalışmalarda bir yenidoğanda vücuduna sirke sürülmesi sonrasında yanık oluştuğu, iki süt çocuğunda bitkisel çay içirilmesi sonucu çoklu organ yetmezliği geliştiği, bir çocukta bitkisel ilaç sonrası ensefalopati görüldüğü bildirilmektedir (64). Tuncel ve ark (2014) ebeveynlerin %9,7'sinin ateş için sirkeli suyla silme, sirke içirme, biber sürme, kırmızı renkli şeylerden uzak durma gibi uygulamalar yaptığını saptamıştır (57). Ebeveynlerin çocukları ateşlendiğinde uygun müdahaleyi yapabilmeleri için öncelikle çocuğun ateşinin olup olmadığını anlamaları gerekir. Doktora danışmadan ateş düşürücü kullanılması ve sirkeli su ile silme gibi hatalı kullanılan TAT yöntemlerinin oranının yüksek olması kaygı vericidir.

Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin öksürüğü kesmek veya azaltmak için sıklıkla %66,9'unun bitki çayları verdiği (ıhlamur, anason çayı, nane limon, hatmi çiçeği çayı, rezene çayı, yeşil çay, adaçayı, elma, tarçın), %34,7'sinin bal veya pekmez verdiği ve %24,2 oranında bitkisel karışımlar verdiği saptandı. Çocuklarda viral ÜSVE enfeksiyonlarında ateşten sonra en sık görülen semptom olan öksürük genellikle kendiliğinden düzelebilen bir semptomdur (14). Bülbül ve ark (2009) öksürük için ebeveynlerin %22,5'inin doğal/bitkisel ürün kullandığını saptamıştır (95). Büyük ve ark. (2014) Samsun'da üniversite hastanesinde öksürük şikayeti olan 180 çocuk ebeveyni ile yaptığı çalışmada öksürük için bitkisel ürün kullanma oranının %72,8 olduğunu belirlemiştir (14). Tuncel ve ark. (2014) ebeveynlerin %23,8'inin öksürük için

TAT yöntemlerinden; bitki çayları (ıhlamur, hatmi çiçeği, tarçın, nane-limon, papatya), bal, pekmez, süt ve zeytinyağı içirme/sürme, gazete ile ovmak gibi uygulamalar yaptığını saptamıştır (57). Topaloğlu ve ark. (2013) ebeveynlerin öksürüğü kesmek veya azaltmak için %30,6'sının sade bal verdiğini bulmuştur (32). Oduwole ve ark. (2014) Nijerya'da öksürükte balın etkinliğini araştırmak için 265 çocukta yaptıkları çalışmada, öksürük semptomlarını geçirmede balın etkinliğine yönelik kanıt olmasada, hiçbir şey yapmaktan bal verilebileceğine dikkat çekilmektedir (98). Öksürüğü kesmek veya şiddetini azaltmada balın etkili olmadığı, plaseboya göre öksürük sıklığını azaltmada daha etkili olduğu görülmüştür (14). Yeşil çayın (camellia sinensis) teofilinle birlikte kullanıldığında santral sinir sistemi üzerinde olumsuz etkilere ve serum teofilin düzeyinin artışına neden olduğu bildirilmektedir (52). Bitki çayları kullanma oranı benzer araştırmalarla karşılaştırıldığında sonuçların, Büyük ve ark. desteklediği, bitkisel karışım kullanma oranının (1/4) kaygı verici oranda yüksek olduğu görüldü. Çocuk sağlığı ve toplum sağlığının korunması açısından yaygın olarak kullanılan TAT yöntemlerinin etkisinin araştırılması, etkinliği kanıtlanmamış yöntemler konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynler ÜSYE geçiren çocuğun boğaz ağrısını gidermek için %41,1'i bitki çayları vermiş (ıhlamur, nane limon), %25'i ise ballı süt, zencefilli bal, pekmez yedirmişti. Aydın ve ark. (2015) ebeveynlerin boğaz ağrısını gidermek için %60,1'nin bitki çayı verdiği, %25, 5'inin bal verdiği,%8,6'sının elma sirkesiyle gargara yaptığı belirlemiştir (92). Uğurlu ve ark. (2014) İzmir'de 0-1 yaş arası 195 bebek ebeveyni ile yaptığı çalışmada ebeveynlerin boğaza ağrısını gidermek için %26,1'inin bitki çayları içirdiğini bulmuştur (99). Farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda boğaz ağrısında yapılan uygulamaların benzer olduğu ancak TAT kullanma oranlarının çalışma grubumuzda yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynler burun tıkanıklığını gidermek için sıklıkla (%47,9) okyanus suyu/serum fizyolojik ile burun lavajı yaptığı (yalnız üç kişi tuz/su/limon, bir kişinin tuz/karbonat/su karıştırarak lavaj yaptığı) ve sıcak su buharı (%11,9) uygulamıştı. Bebeklerde ve çocuklarda burun tıkanıklığı yaşa göre değişkenlik göstermekle birlikte en sık viral ÜSYE nedeniyle oluşur (36). Aydın ve ark. (2015) ebeveynlerin burun tıkanıklığını gidermek için %32,3'ünün tuzlu su ile yıkadığını saptamıştır. Literatürde burun tıkanıklığında tuzlu su ile nazal yıkama yapmanın kronik

ve alerjik sinüzitte yardımcı tedavi yöntemi olduğu, uygulama şekli ve sıklığının hala tartışmalı olduğu belirtilmektedir (36, 92). Ebeveynlerin birçok uygulamada olduğu gibi burun tıkanıklığına yönelik sık yaptığı uygulamaların etkisinin deneysel çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırma grubumuzdaki ebeveynlerin kulak ağrısını gidermek için anne sütü (%16,9), soğan suyu (%4,2) ve zeytinyağı, ozon yağı, gliserin (%2,5) damlattığı ve kulağının üzerine sıcak havlu koyduğu (%3,4) görüldü. Efe ve ark. (2012) Antalya’da sağlık ocağına ağrı şikayetiyle başvuran 512 çocuğun ebeveyni ile yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %30,3’ünün kulak ağrısını gidermek için çocuğun kulağına anne sütü damlattığı, %2,9’unun zeytinyağı, gliserin damlattığı ve gliserinli pamuk koyduğu belirlemiştir. Aynı çalışmada ebeveynler kulağa bağırdığını, kulağa duman üflediğini belirtmiştir (86). Uğurlu ve ark. (2014) İzmir’de çocuk polikliniğine ağrı şikâyeti ile başvuran 0-1 yaş arası 195 bebeğin ebeveynlerinin %26,1’sinin kulak ağrısında bitki çayları içirdiği ve %5,6’sının anne sütü ve soğan suyu damlattığını saptamıştır (99). Benzer araştırmacılar ile karşılaştırıldığında kulak ağrısında kullanılan TAT yöntemlerinin ve oranlarının farklılığı dikkat çekmektedir. Çocuklarda ağrının doğru yöntemler ile ve zamanında tedavi edilmesi çocuğun konforu açısından önemlidir. Ancak etkinliği kanıtlanmamış TAT uygulamalarının riskleri akıldan çıkarılmamalıdır.

Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%95,1) TAT yöntemlerinden fayda gördüğü belirlenmiştir. TAT yöntemlerinden fayda gören ebeveynlerin tamamına yakını (%96,9), görmeyenlerin ise yarısının (%50’si) tekrar kullanmayı düşündüğü, TAT yöntemlerini bir kez kullanmanın tekrar TAT kullanmayı 1,938 oranında arttırdığı saptanmıştır. Diğer araştırmacılar ile karşılaştırıldığında oranların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde TAT yöntemlerinin hastalığı tedavi etmediği semptomların azaltılmasına yardımcı olduğu, korku ve kaygıyı azalttığı, hastaların motivasyonunu ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (17, 30). Soo ve ark. (2005) Çocuk nöroloji kliniğinde 135 ebeveyn ile yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin %59’u TAT’ın faydalı olduğunu belirtmiştir (100). Topaloğlu ve ark. (2013) ebeveynlerin %49,3’ünün, Ünal (2014) %58’inin TAT uygulamalarından faydalandığını saptamışlardır (32, 60).

TAT yöntemleri karaciğer ve böbrek fonksiyonları iyi gelişmemiş olan çocuklarda zararlı yan etkilere, mevcut tedavinin yarım kalmasına ve tedavi süresini

uzamasına neden olabilmektedir (51, 83). İsveç'te yapılan bir çalışmada TAT uygulamalarının ürtiker, döküntü ve kontak dermatit gibi yan etkilere neden olduğu, yedi hastanın yan etkiler nedeniyle öldüğü, hastaların %2'sinde anaflaksi, %2,8'inde karaciğere toksik etkileri olduğu bildirilmiştir (35). Taşar'ın (2011) yaptığı çalışmada ebeveynlerin sadece %1'i TAT'ın zararlı etkileri olduğu, %77'sinin yararlı etkisi olduğunu belirtmiştir (83). Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin sadece %4,2'si TAT uygulamalarından zarar gördüğünü ve çocuğun hastalığında iyileşme olmadığını bildirmişti. Geniş toplum kesimlerine sorunun ciddiyetinin anlatılması için daha fazla eğitim yapılması gerekmektedir.

Toplumda bilinen TAT yöntemleri genellikle sözlü tavsiyeler ile nesilden nesile aktarılmaktadır. Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin %76,4'ü TAT yöntemlerini başkalarına önereceğini belirtti. TAT fayda gören ebeveynlerin %79,3'ünün ve fayda görmeyenlerin %20'sinin TAT kullanmayı önerdiği, TAT yöntemlerinden fayda görenlerin 3,96 kat daha fazla TAT önerdiği saptandı. Topaloğlu ve ark. (2013) %87,5'inin, Ünal (2014) TAT kullananların %60'ının bu yöntemleri başkalarına da önerdiğini saptamıştır (32, 60). TAT yöntemlerini kullanma, yararlandığını düşünenlerin ve başkalarına önerme oranlarının yüksek olması, uzun yıllar bu yöntemlerin kullanımının ve aktarımının süreceğini düşündürmektedir.

Çalışma grubumuzdaki ebeveynlerin TAT ile ilgili bilgi kaynaklarının çoğunlukla aile büyükleri, akrabalar (%68,6), komşular ve arkadaşlar (%32,6), internet/televizyon %27,1, kitaplar %6,4 olduğu belirlendi. Ebeveynlerin TAT yöntemlerini genellikle birbirlerine tavsiye ederek aktardığı bilinmektedir (32, 60). Kaya ve ark. (2009) ebeveynlerin TAT'ı; arkadaşlar (%26), aile büyükleri (%18,9) veya birden çok kaynaktan öğrendiğini (%47,3) saptamıştır (58). TAT yöntemlerinin Taşar ve ark. (2011) %60, Bozkaya ve ark. (2009) %68,9, Topaloğlu ve ark. (2013) %69,4 oranlarında aile büyüklerinden ve akrabalarından öğrenildiğini bulmuştur (29, 32, 83). Ebeveynlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hakkında en çok aile büyüklerinden, yakın çevrelerindeki kişilerden bilgi aldığı görüldü. Bu sonuçlar TAT uygulamalarına yönlendiren kişilerin profesyonel kişiler olmadığını bu nedenle TAT konusunda bilgilendirme eğitimlerinin yapılması gerektiğini göstermektedir. TAT yöntemleri çoğunlukla anne tarafından uygulandığı için bu yöntemlerinin etkileri konusunda annelere ve bilgi kaynağı olan aile büyüklerine birlikte eğitim verilmelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı alan çocuklarda ebeveynlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarını incelemek için 236 ebeveyn ile yaptığımız araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Ebeveynlerin %86'sı ÜSYE'de TAT yöntemlerinden birini kullanmaktadır.
- Çocuğu ÜSYE geçirdiğinde ebeveynler öncelikle; %73,3'ü evdeki ilaçları kullanmakta, %66,9'u TAT yöntemlerini uygulamaktadır.
- ÜSYE geçiren çocuklarda soğuk uygulama/ılık duş aldırma/giysilerini çıkartma/bitki çayları (%55,7) en sık kullanılan TAT yöntemleridir.
- Ebeveynlerin %92,1'i ilaç tedavisinden önce TAT yöntemlerini kullanmaktadır.
- Ebeveynlerin %95,1'i TAT yöntemlerinden yararlandığını bildirmiştir.
- Ebeveynlerin TAT hakkında %68,6'sının bilgi kaynağı aile büyükleri ve akrabalarıdır.
- Ebeveynlerin %73,3'ü tıbbi yöntemlerin faydası olmadığı ve ilaç kullanmak istemediği için TAT uygulamayı tercih etmektedir.
- Ebeveynlerin %80'i diğer çocuklarına da TAT kullanmaktadır.
- Ateşi düşürmek için ebeveynlerin %68,6'u TAT yöntemlerini kullanmaktadır.
- Ateşi düşürmek için %27,5'i sirkeli su ile çocuğun vücudunu silmektedir.
- Ebeveynler öksürük(%66,9)ve boğaz ağrısını gidermek (%41,1) için sıklıkla bitki çayları içirmektedir.
- Ebeveynler burun tıkanıklığı için %47,9 oranında burun lavajı uygulamaktadır.
- Ebeveynler kulak ağrısı olduğunda (%16,9) kulağa anne sütü damlatmaktadır.
- Annenin eğitimi arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranları azalmaktadır.
- Ebeveynlerin TAT kullanması ile ailedeki birey sayısı arasında ($r=-0,198$) negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
- Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%76,4) TAT'ı başkasına da önermektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- TAT yöntemleri konusunda yeterli bilginin olmaması nedeniyle bu yöntemlerin etkileri ile ilgili çalışmaların yapılması etkileri ve yan etkilerinin araştırılması gerekmektedir.
- Hemşirelerin TAT yöntemleriyle ilgili bilgilerini geliştirmeleri, bağımsız fonksiyonları kapsamında TAT yöntemleri konusunda yapabileceklerinin belirlenmesi ve hizmet içi eğitim programlarında konunun yer alması önemlidir.
- Hemşireler ÜSYE geçiren çocuk ile karşılaştığında TAT kullanımını sorgulamalıdır. Çocuk ve aile ile iletişim kurarak onları TAT kullanımıyla ilgili bilgilendirmeli ve sorularını yanıtlamalıdır.
- Hemşirelik ve tıp eğitimi sürecinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yer verilmelidir. TAT yöntemlerinin sağlığa etkileri konusunda kitle iletişim araçları ile toplum bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Açıkgoz E. *0-12 Yaş arası çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarında etken olarak RSV (Tez)*. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009.
2. Set T, Avşar Ü. “Birinci basamakta üst solunum yolu enfeksiyonları: Akut streptokoksik tonsillofaranjit ve ateş”, *Eurasian Journal of Family Medicine*, 2013, 2(2): 51-56.
3. Pettigrew MM, Gent JF, Pyles RB, Miller AL, Noksokoivisto J, Chonmaitree T. “Viral bacterial interactions and risk of acute otitis media complicating upper respiratory tract infection”, *Journal Clinical Mikrobiology*, 2011,49(11): 3750-3755.
4. Tosun E, Topaloğlu O, Yalçın A. “Solunum yolu enfeksiyonları: antibiyotik kullanım oranı ve tedavi maliyeti”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2008, 12(1): 25-30.
5. Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tekin M, Saçar S, Peker E, Şahin EM. “Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ailelerin influenza aşısı hakkındaki düşünceleri”, *International Journal Of Clinical Resarch*, 2013, 1(1): 10-13.
6. Çiçek C, Arslan A, Karakuş HS, Yalaz M, Saz EU, Pullukçu H, Çok G. “Akut solunum yolu enfeksiyonu olan hastalarda solunum viruslarının prevelansı ve mevsimsel dağılımı”, *Mikrobiyoloji Bülteni*, 2015, 49(2): 188-200.
7. Arslan M. *5-15 yaşlar arasındaki çocuklarda viral/bakteriyel üst solunum yolları enfeksiyonlarının ayırımında klinik skorlama (Tez)*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
8. Önlen Y, Özer C, Akoğlu E, Songün Ö, Özer B, Savaş L, İncecik F. “Sağlık çalışanları ve ailelerin akut solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımı”, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Sciences*, 2006, 26: 364-369.

9. Ecemiş T, Yılmaz Ö, Şanlıdağ T, Akçalı S, Yüksel H. “Üst solunum yolu enfeksiyonlu çocuklarda viral etkenlerin mütipleks pcr ile araştırılması”, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2012, 2(1): 1-5.
10. Tregoin JS, Schwarze J. “Respiratory viral infections in infants: causes, clinical symptoms, virology and immunology”, *Clinical Mikrobiology Reviews*, 2009, 23(1): 74-98.
11. Özçelik G, Toprak D, “Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor?”, *Ankara Medical Journal*, 2015, 15(2): 48-58.
12. Lafçı D, Kaşıkçı MK. “Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(4): 1114-1131.
13. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. “Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması”, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2008, 1(8): 32-38.
14. Büyük ET, Gürel E, Kalaycı N. “Annelerin öksürüğü olan çocuklara yaklaşımları”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3(4): 1019-1031.
15. Tokem Y. “Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı”, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2006, 54(2): 189-196.
16. Turan N, Öztürk A, Kaya N. “Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1): 103-107.
17. Ceyhan D, Yiğit TT, “Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6(3): 178-189.

18. Türker E. *Viral üst solunum yolu enfeksiyonu olan çocuklarda ambroksol tedavisinin yeri* (Tez). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
19. Ulusoy S. *Üst solunum yolu enfeksiyonlarında tetkik gerekli mi? Toplumda Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyumu Dizisi*, No: 61, İstanbul 2008, 67-70.
20. Özcebe H, Sevecan F. “Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009, 52: 183-194.
21. Polat G, Yıldırım G, Polat HH. “Tamamlayıcı alternatif tıp ile ilgili gazete haberlerinin gazetecilik, halk sağlığı ve tıbbi etik boyutuyla değerlendirilmesi”, *International Journal of Human Sciences*, 2014, 11(1): 814-835.
22. WHO. “Traditional stragey 2002-2005”, *World Heath Organization Geneva, 2002*. www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_stragey_2002.pdf Erişim tarihi: 16 Aralık 2017
23. Medsen H, Andersen S, Nielsen R, Dolmer BS, Host A, Damkier A. “Use of complemantary/alternative medicine among pediatric patients”, *Europen Journal of Pediatrics*, 2003, 162: 334- 341.
24. Davis MP, Darden PM. “Use of complemantary and alternative medicine by childeren in the united states”, *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 2003, 157: 393-396.
25. Pitetti R, Singh S, Hornayak D, Garcia SE, Herr S. “Complementary and alternative medicine use in childeren”, *Pediatric Emergency Care*, 2001, 17: 165-169.
26. Çetin OB. “Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı”, *Sosyo Ekonomi*, 2007, 2: 97-105.
27. Cırık V, Efe E. “Pediatri hemşireliği ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının önemi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, 14(2): 144-149.

28. Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. “Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi”, *Spatula DD*, 2013, 3(3): 107-112.
29. Bozkaya ÖG, Akgün İ, Bilgi E, Gürkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. “Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008, 22(3): 129-135.
30. Bal B. *Hemşire ve hekimlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin görüşleri*(Tez). Haccettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; 2009.
31. Rabinson N, Blair M, Lorenc A, Gully N, Fox P, Mitchell K. “Complementary Medicine Use İn Multi-Ethic Pediatric Out Patients”, *Complement Therapies in Clinical Practice*, 2008, 14: 17-24.
32. Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tenkin M, Uludağ A, Özgen K. “Türkiye’nin batısında solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda alternatif tedavi uygulamaları”, *Güncel Pediatri*, 2013, 11(1): 23-26.
33. Solmaz E. “Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2009, 66(3): 133-141.
34. Uzun MB, Aykaç G, Özçelik G. “Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı”, *Lokman Hekim Journal*, 2014, 14(3): 1-5.
35. Jacobson I, Jönsson AK, Gerden B, Hagg S. “Spontaneously reported adverse reactions in association with complementry and alternative medicine substance in Sweden”, *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2009, 18(11): 1039-47.
36. Bülbül F. *Bebeklerdeki burun tıkanıklığının giderilmesinde iki farklı yöntemin fizyolojik parametreler, ağlama süresi üzerine etkisi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi; 2018.

37. Törüner EK, Büyükgönenç L. “Solunum Sistemi Sorunu Olan Çocuk”, Koçak H. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Göktuğ yayıncılık, Ankara, 2013: 571-594.
38. Akşit S. “Akut üst solunum yolu enfeksiyonları”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11(4): 132-135.
39. Leblebicioğlu H. *Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları. İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Toplumda Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi*. No: 31. İstanbul, 2002, 167-182.
40. İnci E. *Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Semptomatik Tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, No:61. İstanbul, 2008, 49-66.
41. Kocabaş E. “Pediatrik çağda üst solunum yolu enfeksiyonlarında akılcı antibiyotik kullanımı”, *Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi*, 2014, 28: 195-191.
42. Topal K. “Akut otitis media hastaya yaklaşım”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2003, 7(2): 77-83.
43. Koturoğlu G. “Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları”, *The Journal Pediatric Research*, 2015, 2(2): 62-65.
44. Türkiye İstatistik Kurumu. “Çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık / sağlık sorunların cinsiyete göre dağılımı, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016”, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, Erişim: 25 Aralık 2017 .
45. Chirico G, Beccagutti F. “Nasal obstruction in neonates and infants”, *Minerva Pediatrica*, 2010, 62(5): 499-505.
46. Jain N, Lodha R, Kabra SK. “Upper respiratory tract infections Indian”, *Journal Pediatr*, 2001, 68(12): 1135-1138.
47. Casati M, Picca M, Marinello R, Quartarone G. “The nasal aspirator narinelin the treatment of nasal congestion in babies”, *Minerva Pediatr*, 2007, 59: 315-326.

48. Fitzgerald DA. "The assesment and managment of croup", *Pediatr Respiratory Reviews*, 2006, 7: 73-81.
49. Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal GZ, Hayırlıdağ M, Büken NÖ. "Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağının karşılaştırılması", *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2015, 2(2): 117-126.
50. WHO. "Legal status of traditional meddicine and complementary/alternative medicine: a worldwide rewiew", *World Health Organization*, 2001, 15-195.
51. Yeter G. *Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı* (Tez), Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
52. Gültekin H. *Türkiye 'de alternatif tedavi yaklaşımında kullanılan bitkisel ürünlerin toksikolojik açıdan değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmasötik Toksikoloji Programı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
53. Araz A, Harlak H, Meşe G. "Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(12): 112-122.
54. Sağkal T, Eşer İ. "Hemşirelikte yeni bir uygulama: reiki dokunma terapisi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2011, 4(1): 182-189.
55. Öztürk Ö, Topan A, Ayyıldız TK. "Ateş şikayetiyle acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi", *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015, 2(3): 285-296.
56. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. "Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem", *Ankara Medical Journal*, 2015, 15(2):102-105.
57. Tuncel T, Şen V, Kelekçi S, Karabel M, Uluca Ü, Karabel D, Haspolat YK. "Kronik hastalığı olmayan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı", *Türk Pediatri Arşivi*, 2014, 49.
58. Kaya Y, Ergüven M, Tekin E, Özdemir M, Hamzah ÖY. "Bölgemizde çocuklarda bronşial astım tedavisinde alternatif tedavi yöntemlerinin Kullanımı", *Çocuk Dergisi*, 2009, 9(2): 84-89.

59. Ernst E. "The role complementary and alternative medicine" *British Medical Journal*,2000, 321: 1133-1135.
60. Ünal AS. *Epilepsi tanılı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımının araştırılması* (Tez). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
61. Pearce A, Simpson N. "A pediatricians's guide to complementary medicine", *Current Paediatrics*, 1998, 8: 62-67
62. National center for complementary and alternative medicine. National institutes of health: cam use and children, http://nccam.nih.gov/health/children/d383_bkg.pdf Erişim tarihi: 29 Aralık 2017.
63. Kaynak İ. *Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi* (Tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
64. Keçeci HN. *Sinir sistemi hastalığı olan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı* (Tez). Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2013.
65. Bilge Z. *Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı* (Tez). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
66. Köksoy S. *Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları* (Tez). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
67. Doğan B, Abuaf ÖK, Karabacak E. "Tamamlayıcı/alternatif tıp ve dermatoloji", *Türk Derm*, 2012, 46: 62-6.
68. Meissenheldor JB, Chandler EN. "Prager and health outcomes in elderly native Americans", *Clinical Nursing Research*, 2009, 9(2): 191-203.

69. Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. “Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi”, *Spatula DD* 2013, 3(3): 107-112.
70. Koçdaş M. *Hekim, hemşire ve hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi konusunda bilgi, tutum ve davranışları* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
71. Birkan B. “Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları”, *Ankara Akapunktur ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Dergisi*, 2014, 37-49.
72. Gülgün CPD. *Akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
73. Erdem S, Eren PA. “Tedavi amacıyla kullanılan bitki ve bitkisel ürünlerin yan etkileri”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2009, 66(3): 133-141.
74. Altun R, Özer A. “Tamamlayıcı ve alternatif tıp”, *Güncel Gastroenteroloji*, 2004, 8(3): 231-235.
75. Leonard B. Seeff Et Al. “Complementary and alternative medicine in chronic liver disease”, *Hepatology*, 2001, 34: 472-483.
76. Yıldız İ. *Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanım* (Tez). İstanbul Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006.
77. Peker E. *Annelerin akut solunum yolu enfeksiyonları ile ilgili bilgi tutum ve davranışları* (Tez). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi; 2012.
78. Turan N, Öztürk A, Kaya N. “Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı tamamlayıcı terapi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1): 103-108.
79. Hassed C. “An integrative approach to asthma”, *Australian Family Physican*, 2005, 34(7): 112-122.

80. Kundu A, Dolan-Oves R, Dimmers MA, Towle CB, Doorenbos AZ. "Reiki training for caregivers of hospitalized pediatric patients: a pilot program", *Complement Therapies in Clinical Practtice*, 2013, 19(19): 50-54.
81. NIH. "National center for complementary and alternative medicine", <http://nccam.nih.gov/health/whotisccm/> Erişim Tarihi: 26 Aralık 2017.
82. Yakupoğlu FN. *Diabetes mellituslu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının belirlenmesi* (Tez). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
83. Taşar MA, Potur ED, Kara N, Bostancı İ, Dallar Y. "Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında uyguladıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları: Ankara hastanesi verileri", *Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2011, 5(2): 81-88.
84. Walker LA, Budd S. "Uk: Thecurrentstate of regulation complementary and alternative medicine", *Complementary Therapies in Medicine*, 2002, 10: 8-13.
85. Aktaş B. "Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları", *Journal of Academic Research in Nursing*, 2017, 3(2): 55-59.
86. Efe E, Öncel S, Yılmaz M. "Kadınların diş, karın ve kulak ağrısı olan çocuklara yaklaşımları", *Klinik Çalışma*, 2012, 24(2): 69-76.
87. Öztürk C, Karayağız GJ. "Exploration of the use of complementary and alternative medicine among turkish children", *Clinical Nursing*, 2008, 17(19): 2558-2564.
88. Araz N, Bülbül S. "Use complementary and alternative medicine a pediatric population in southern Turkey", *Clinical and Investigative Medicine*, 2011, 34: 21-29.
89. Simith C, Eckert K. "Prevalance of complementary and alternative medicine and use among children in south Australia", *Journal of Pediatrics and Child Health*, 2006, 42: 538-543.

90. Zuzak TJ, Bonkova J, Careddu D, et al. "Use of complementary and alternative medicine by children in Europe: published data and expert perspectives", *Complement Therapies Medicine in Journal*, 2013, 31: 34-47.
91. Orhan F, Sekerel BE, Kocabaş CN, Saçkesen C, Adalıoğlu G, Tuncer A. "Complementary and alternative medicine in children with asthma", *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2003, 90(6): 611-615.
92. Aydın D, Çiftçi EK, Kahraman S, Şahin N. "Solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda annelerin alternatif tedavi uygulamaları", *The Journal of Pediatric Research*, 2015, 2(4): 212-217.
93. Zuzak TJ, Zuzak-Siegrist I, Simões-Wüst AP, Rist L, Staubli G. "Use of complementary and alternative medicine by patients presenting to a pediatric emergency department", *European Journal Pediatrics*, 2009, 168(4): 431-437.
94. Birdee GS, Philips RS, Davis RB, Gardiner P. "Factors associated with pediatric use of complementary and alternative medicine", *Pediatrics*, 2010, 125(2): 249-256.
95. Bülbül SH, Turgut T, Köylüoğlu S. "Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009, 52: 195-202.
96. Jean D, Cry C. "Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic", *Pediatrics*, 2007, 120(1): 138-41.
97. Araz NÇ. "Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları", *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2013, 1: 27-32.
98. Oduwole O, Meremikwu MM, Oya-Lta A, Udoh EE. "Honey for cough in children", *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2014, 23(12).
99. Uğurlu E, Kalkım A, Sağkal T. "0-1 yaş bebeklerde sık karşılaşılan ağrı durumları ve ailelerin yaklaşımları", *Fırat Tıp Dergisi*, 2014, 19(1): 25-30.
100. Soo I, Mah. JK, Barlow K, Hamiwka L, Wirrell E. "Use of complementary and alternative medical therapies in a pediatric neurology clinic", *Canadian Journal Neurological Sciences*, 2005, 32(4): 524-8.

EKLER

EK-1 ANKET FORMU

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi

Bu çalışma üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada elde edeceğimiz sonuçlar sizlere daha iyi hizmet sunmamıza yardımcı olacaktır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire: Yurdağül HAZIR

Danışman: Doç. Dr. Gülçin BOZKURT

Anket No:

- 1- Çocuğun cinsiyeti Kız Erkek
- 2- Yaşı:.....
- 3- Ailenin çocuk sayısı: ...
- 4- Aile Tipi: Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile/boşanmış
- 5- Evde yaşayan birey sayısı: ...
- 6- Sağlık güvencesi SGK Özel Sağlık Sigortası Diğer.....
- 7- Sosyo ekonomik durum:
 Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla
- 8- Görüşme yapılan ebeveyn: Anne Baba
- 9- Anne yaşı.....Baba yaşı:
- 10- Anne çalışma durumu: Çalışıyor Çalışmıyor
- 11- Baba çalışma durumu: Çalışıyor Çalışmıyor
- 12- Anne eğitim durumu: Okuryazar değil İlköğretim Ortaöğretim Üniversite ve üstü
- 13- Baba eğitim durumu: Okuryazar değil İlköğretim Ortaöğretim Üniversite ve üstü
- 14- Oturduğu ev tipi: Bina Müstakil
- 15- Binada oturuyor ise oturduğu dairenin konumu Bodrum kat Ara kat Çatı/son kat
- 16- Çocuğa ait ayrı bir oda var mı? Evet Hayır
- 17- Çocuğunuz ne sıklıkta hasta olur?.....

18- Çocuğunuzun kronik bir hastalığı var mı?

Evet (Belirtiniz.....) Hayır

19- Sizde (anne veya baba) kronik bir hastalık var mı?

Evet (Belirtiniz.....) Hayır

20- Çocuğunuz üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinde öncelikle ne yaparsınız?
(Birden fazla seçenek belirtilebilir)

1. Doktora götürürüm
2. Evdeki ilaçları kullanırım
3. İlaç dışı (TAT) yöntemleri uygulayım
4. Dua ederim
5. Hiçbir şey
6. Diğer.....

21- Çocuğunuz ÜSYYE geçirdiğinde ilaç dışı (TAT) yöntemleri kullanıyor musunuz?

Evet Hayır

22- Çocuğunuz ÜSYYE geçirdiğinde hangi ilaç dışı yöntemleri (TAT) uyguluyorsunuz?

.....

23- ÜSYYE geçiren çocuğunuza ilaç dışı (TAT) uygulamaları ne zaman uygularsınız?

1. İlaç tedavisinden önce
2. İlaçlarla birlikte
3. İlaçlara cevap alınmadığında
4. Hiç uygulamıyorum

24- ÜSYYE geçiren çocuğunuzda ilaç dışı (TAT) yöntemleri tercih etme nedeniniz nedir?
(Birden fazla seçenek belirtilebilir)

1. Hastanelerde çok beklediğim için
2. Kolay erişilebilir olduğu için
3. Ucuz olduğu için
4. Tıbbi yöntemlerin faydasının olmadığını düşündüğüm için
5. Aile bireyleri/tanıdıklar kullanmamı istediği için
6. Yararlı olduğuna inandığım /denediğim için
7. Diğer.....

25- Bu yöntemleri kimden öğrendiniz? (Birden fazla seçenek belirtilebilir)

1. Doktorlar
2. Ebe /hemşire
3. Komşular/arkadaşlar
4. İnternet-Televizyon

5. Eczane
6. Aile büyükleri/akrabalar
7. Kitaplar
8. Diğer

26- İlaç dışı (TAT) yöntemleri ÜSYYE geçiren diğer çocuklarınızda da kullandınız mı?
 Evet Hayır

27- İlaç dışı (TAT) uygulamaların faydasını gördünüz mü? Evet Hayır

28- Cevabınız evet ise gözlediğiniz faydalarını belirtiniz

.....

29-Cevabınız hayır ise gözlediğiniz zararları belirtiniz

.....

30- Çocuğunuzun evde ateşini ölçer misiniz? Evet Hayır

31- ÜSYYE geçiren çocuğunuzun ateşini düşürmek için ne yaparsınız? (*Birden fazla seçenek belirtilebilir*)

1. Doktora götürürüm
2. Doktora danışmadan ateş düşürücü veririm
3. Doktora danışmadan antibiyotik veririm
4. İlaç dışı (TAT) yöntemlerini uygulayım
5. Diğer

32- Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğunuzun ateşini düşürmek için yaptığımız ilaç dışı (TAT) uygulamaları belirtiniz (*birden fazla seçenek belirtilebilir*)

.....

33-ÜSYYE geçiren çocuğunuzun öksürüğünü kesmek veya azaltmak için yaptığımız uygulamaları belirtiniz (*birden fazla seçenek belirtilebilir*)

.....

34- ÜSYYE geçiren çocuğunuzun burun tıkanıklığını gidermek için yaptığımız uygulamaları belirtiniz (*birden fazla seçenek belirtilebilir*)

.....

35- ÜSYYE geçiren çocuğunuzun boğaz ağrısını gidermek için yaptığımız uygulamaları belirtiniz (*birden fazla seçenek belirtilebilir*)

.....

36- ÜSYYE geçiren çocuğunuzun kulak ağrısını gidermek için yaptığımız uygulamaları belirtiniz (*birden fazla seçenek belirtilebilir*).

.....

37-ÜSYYE geçiren çocuğunuzda kullandığımız ilaç dışı (TAT) yöntemleri tekrar kullanmayı düşünür müsünüz?

- Evet Hayır

38- Çocuklarınızda ilaç dışı (TAT) tedavi yöntemlerini ne sıklıkta kullanırsınız?

- Çoğunlukla Bazen Nadiren

39- ÜSYE geçiren çocuğunuza kullandığınız ilaç dışı (TAT) tedavi yöntemlerini başkalarına tavsiye eder misiniz?

1. Tavsiye ederim
2. Tavsiye etmem
3. Bilmiyorum



BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Ebeveynler için)

Solunum yollarının (ağız, boğaz, orta kulak, bademcikler, küçük dil) her türlü enfeksiyon türü üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak tanımlanmaktadır.

Bu çalışma Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının bu yöntemlerle ilgili bilgi edinip ailelere doğru bilgilendirme ve yaklaşımda bulunmaları amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya, katılıp katılmama konusunda, hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemez iseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz. Çalışmada kesinlikle isim sorulmayacak, kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişi ile paylaşılmayacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Yurdağül HAZIR

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Adres: Güzeltepe mah. Yenidüvar sok. No: 14 D: 11 Eyüp/İSTANBUL

Tel: (0532)4919364 e-posta: yrdgl-hzr@hotmail.com

Danışman: **Doç. Dr. Gülçin BOZKURT**

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyesi

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Çocuğumun araştırmaya gönüllü olarak katılabileceğini kabul ediyorum.

Adı- Soyadı: İmza:

Ek-2 Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 20.04.2017

Toplantı Sayısı: 82

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 20.04.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;


Karar 25. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü - Hemşirelik Bölümünden **Yurdagül HAZİR**'in "Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamalayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



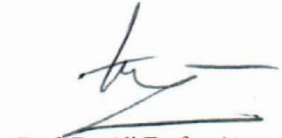
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye) (Katılmadı)

Ek-3 Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Araştırma İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİğİ
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼



Sayı : 64222187-030.03
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yurdag¼l
HAZIR)

Sayın Yurdag¼l HAZIR
(Kaptanpaşa Mah. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi 5. Kat
Okmeydanı/ şişli / İstanbul)

04.04.2017 tarih ve 8698 sayılı dilekçeniz ile izin talebinde bulunduğunuz "¼st Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi " başlıklı çalışmanız M¼d¼rl¼ę¼m¼z tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuş olup, imzalanan protokol ekte tarafınıza sunulmuştur. Uygulama esnasında protokol¼n dışına çıkılmaması ve çalışma sonucunun bir örneğinin tarafımıza iletilmesi hususu; Bilgilerinize sunulur.

Dr. Erdoğan KOCAYIğİT
M¼d¼r a.
Halk Sağlığı M¼d¼r Yardımcısı

EKLER:
1) Protokol (1 Sayfa)

Bu Belge Elektronik İmzalı
Aslı İle Aynıdır.

Veysel ÜNAL
İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼
Evren Kavut Memuru

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No: 81-83 Zeytinburnu İSTANBUL

Bilgi için:Yasin TEZCAN

Faks No:

Unvan:SOSYAL ÇALIşMACI

e-Posta:yasin.tezcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Telefon No:02124092000

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8116ec9b-8c2d-4837-96b3-4160c3034027 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	YURDAGÜL	Soyadı:	HAZIR
Doğ. Yeri	GÖLKÖY	Doğ. Tar:	01.04.1984
Uyruğu	T.C.	Tel:	
E-mail:	yrdgl-hzr@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2006
Lise	Ordu Atatürk Lisesi	2002

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Servis Hemşiresi	Florence Nightingale Hastanesi	4 yıl (2006-2010)
Servis Hemşiresi	Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	(2010-devam ediyor)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS/ YDS Puanı	(Diğer) Puan
İngilizce	Orta	Zayıf	Zayıf	-	-