

EK-1

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA ERİŞKİNLERİN SOĞUK ALGINLIĞINDA
KULLANDIKLARI GELENEKSEL YÖNTEMLERİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SULTAN ASLAN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. TAMER EDİRNE**

DENİZLİ - 2014

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA ERİŞKİNLERİN SOĞUK ALGINLIĞINDA
KULLANDIKLARI GELENEKSEL YÖNTEMLERİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SULTAN ASLAN

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. TAMER EDİRNE**

DENİZLİ - 2014

Doç.Dr. Tamer Edirne danışmanlığında Dr. Sultan Aslan tarafından yapılan “Birinci Basamakta Erişkinlerin Soğuk Algınlığında Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi” başlıklı tez çalışması güntarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA /YANDAL UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Doç. Dr. Tamer Edirne

ÜYE Doç. Dr. Aysun Özşahin

ÜYE Yrd. Doç. Dr. Bayram Özhan

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. Gün

**Prof. Dr. Hasan HERKEN
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı**

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim süresince aklıma takılan her konuda danışabildiğim, bilgi ve tecrübeleri ile ufkumu genişleten, eleştirel bir gözle bakabilmeyi öğreten ve tez danışman hocam olan Doç. Dr. Tamer Edirne'ye ve manevi desteği ve yapıcı tavrı ile hepimizin yanında olduğunu her daim hissettiren hocamız Doç. Dr. Aysun Özşahin'e ve Yrd. Doç. Dr. Kenan Topal'a teşekkür ve saygılarımı sunarım. Tez çalışmamda bana yardımcı olan çalışma arkadaşlarıma ve emeği geçen tüm aile hekimleri ve sağlık personellerine de teşekkür ederim. Son olarak; tezimin her aşamasında desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgili eşime ve babama sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
TABLOLAR DİZİNİ	IX
ÖZET	XI
İNGİLİZCE ÖZET	XIII
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP	3
Tanım	3
TAT ile İlişkili Sık Kullanılan Terimler	3
TAT Sınıflaması	4
TAT Kullanımı ve Yaygınlığı ile İlgili	
İstatistikler.....	7
TAT Yöntemi Kullanımını Etkileyen	
Faktörler.....	9
Türkiye’de Geleneksel Halk Hekimliği ve	
Tarihçe	10
SOĞUK ALGINLIĞI	11
Tanım.....	11
Epidemiyoloji	11
Etyoloji ve Patogenez	12
Klinik Belirti ve Bulgular	14
Tanı ve Ayırıcı Tanı	15
Tedavi	16
<i>Farmakolojik tedavi</i>	17

<i>Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler</i>	19
Türkiye’de Soğuk Algınlığı Semptomlarının Tedavisinde Kullanılan Geleneksel Yöntemler (Kocakarı İlaçları)	22
Soğuk Algınlığı Komplikasyonları	23
Soğuk Algınlığında Tıbbi Müdahale (Yardım) Gereken Durumlar	24
Soğuk Algınlığından Korunma	25
GEREÇ VE YÖNTEM	27
BULGULAR	30
TARTIŞMA	53
SONUÇLAR	61
KAYNAKLAR	62
EKLER	

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AGBHS: A Grubu β -Hemolitik Streptokok

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DSHEA: Dietary Supplement Health and Education Act

EGPRN: European Research Network of General Practitioners

FDA: Food and Drug Administration

ICAM-1: Intracellular Adhesion Molecule-1

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine

NCHS: National Center for Health Statistics

NCPIE: National Council on Patient Information and Education

NHIS: National Health Interview Survey

NHS: National Health Service

NIAID: National Institute of Allergy and Infectious Diseases

NIH: National Institutes of Health

NSAID: Non-steroidal Antiinflammatory Drug

OCCAM: Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine

PCR: Polymerase Chain Reaction

RADT: Rapid Antigen Detection Testing

RSV: Respiratuar sinsityal virüs

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

WHO: World Health Organization

W.S.M.I: World Self Medication Industry

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Soğuk algınlığına neden olan viral ajanlar	13
Tablo 2 Soğuk algınlığı semptomlarında kullanılan ilaçlar ve yan etkileri	17,18
Tablo 3 Hastaların sosyodemografik verileri ve diğer bazı değişkenler	30,31
Tablo 4 Soğuk algınlığı tedavisinde reçetesiz ilaç kullanım sıklığı	32
Tablo 5 Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan reçetesiz ilaçlar ve bunların kullanım sıklığı	32
Tablo 6 Reçetesiz olarak kullanılan boğaz pastili çeşitleri ve bunların sıklıkları	33
Tablo 7 Reçetesiz ilaç kullanımı ile ilişkili değişkenler ve p değerleri	33,34
Tablo 8 Soğuk algınlığı tedavisinde TAT yöntem kullanım sıklığı	35
Tablo 9 Soğuk algınlığı tedavisi için tercih edilen TAT yöntemleri ve bunların kullanım sıklıkları	35
Tablo 10 Soğuk algınlığında TAT yöntemi olarak kullanılan yiyecek-içecekler	36
Tablo 11 Soğuk algınlığında TAT yöntemi olarak kullanılan bitki çayları	37
Tablo 12 TAT yöntemi olarak tercih edilen alkollü içecekler	38
Tablo 13 TAT yöntemi olarak tercih edilen özel tarifler	38
Tablo 14 Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan diğer TAT yöntemleri	39,40
Tablo 15 TAT yöntemi kullanan hastalarla ilgili bazı değişkenler ve p değerleri	41,42
Tablo 16 Hastaların TAT yöntemlerini öğrendikleri kişiler ve bunların sıklıkları	42
Tablo 17 TAT yöntemlerini etrafındakilere önerme durumu	43
Tablo 18 Hastaların soğuk algınlığının kendiliğinden geçme durumu konusundaki bilgi düzeyleri	43
Tablo 19 Hastaların soğuk algınlığını ağır geçirme durumları ile ilgili ifadeleri	44
Tablo 20 Hastaların en son soğuk algınlığına yakalandıklarında TAT yöntemleri için yaptıkları harcamaların tutarları	44
Tablo 21 Soğuk algınlığı tedavisinde hastaların reçetesiz ilaç ve/veya TAT yöntem kullanım sıklığı	44,45
Tablo 22 Bitki çayı hazırlayan hastaların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler ve p değerleri	45,46

Tablo 23	Doktorların ankete katılma durumları	47
Tablo 24	Ankete katılan doktorların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler	47,48
Tablo 25	Soğuk algınlığı tedavisi için doktorların hastalarına TAT yöntemi önerme durumları	49
Tablo 26	Soğuk algınlığına yakalanan doktorların TAT yöntemlerine başvurma durumları	49
Tablo 27	Doktorların TAT yöntemlerine başvurma ve bunları hastalarına önerme durumları	50
Tablo 28	Soğuk algınlığı tedavisinde doktorların kendileri için kullandıkları ve hastalarına önerdikleri yöntemler ve bunların sıklıkları	50,51

ÖZET

Birinci basamakta erişkinlerin soğuk algınlığında kullandıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi

Dr. Sultan Aslan

Soğuk algınlığı, tüm dünyada sık görülen hastalıkların başındadır. Hafif seyirli viral bir hastalık olmasına rağmen ekonomik yönden büyük bir yük teşkil etmektedir. Kesin bir tedavisi ve korunma yöntemi bulunamamıştır.

Bu çalışmanın amacı soğuk algınlığında reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntem kullanımı sıklığının sorgulanması, kullanılan reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntemlerin neler olduğunun saptanması, hastaların soğuk algınlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması ve doktorların tedavide kendileri ve hastaları için uyguladıkları yöntemlerin incelenmesidir.

Çok merkezli olarak planlanan bu kesitsel çalışmada, Denizli Merkezdeki tüm aile hekimlerine ve belirlenen on aile sağlığı merkezindeki beş yüz hastaya yüz yüze anket uygulaması yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılan hastaların %62,2'sinin soğuk algınlığına yakalandığında reçetesiz ilaçlar ve %96'sının da herhangi bir geleneksel yöntem kullandığı saptanmıştır. Reçetesiz ilaç kullanımı açısından cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Soğuk algınlığı için geleneksel yöntemlere başvurma sıklığı kadın cinsiyette, soğuk algınlığını ağır geçirenlerde, soğuk algınlığının kendiliğinden geçmeyeceğini düşünenlerde ve reçetesiz ilaçlara başvuranlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Aile hekimlerinin çalışmamıza katılma oranı %78,6'dır. Aile hekimlerinin %82,6'sının geleneksel yöntemleri kendi tedavileri için kullandıkları ve %85,1'inin hastalarına soğuk algınlığı için geleneksel yöntemleri önerdikleri saptanmıştır.

Aile hekimleri hastalarını 'bütüncül (kişisel, ailesel ve sosyal) yaklaşım' ilkelerine uygun olarak değerlendirmelidirler. Aile hekimleri, soğuk algınlığı semptomları ile başvuran hastalarından dikkatli bir şekilde öykü almalı ve hastalarına iyi bir fizik muayene yapmalıdırlar. Böylece yanlış tanı konmasının ve ciddi hastalıkların atlanmasının da önüne geçebilirler. Hastaların kullandıkları reçeteli ya da reçetesiz tüm ilaçlar ve geleneksel yöntemler titizlikle sorgulanmalıdır. Hastalar,

yan etkiler, ilaç güvenli dozları ve etkileşimler gibi konularda bilgilendirilmelidir. En önemlisi de, hastalara, soğuk algınlığının kendiliğinden geçebilen bir hastalık olduğunun ısrarla anlatılmasıdır. Böylece aile hekimleri, hastalarını gereksiz ve uygunsuz tedavilerden koruma konusundaki sorumluluklarını da yerine getirmiş olacaklardır.

Anahtar kelimeler: Soğuk algınlığı, reçetesiz ila, geleneksel yöntemler, tamamlayıcı ve alternatif tıp, aile hekimliğı

SUMMARY

Traditional methods used by adults for common cold in primary care

Dr. Sultan Aslan

Common cold is one of the most frequent diseases all over the world. Despite being a mild viral illness, it poses a huge burden from the economic aspect. There are no specific treatment and prevention methods.

The goals of this study are to determine the prevalence of over-the-counter drugs and traditional methods that are used for common cold, various over-the-counter drugs and traditional methods that are utilized, patients' knowledge level about common cold and to determine methods for the treatment of common cold used by family physicians for themselves and their patients.

In this multicentered, cross-sectional study, all family physicians and five hundred patients from ten selected family health centers were evaluated by face to face interviews in the city center of Denizli.

We found that, %62.2 of the patients involved in this study used over-the-counter drugs and %96 of them used CAM therapies when they caught the cold. We didn't find a significant difference between gender and age groups for using over-the-counter drugs ($p>0.05$). But, the use of traditional therapies were significantly higher in women, in patients with severe symptoms, in patients believing that common cold is not a self-limited disease and in patients using over-the-counter drugs for common cold ($p<0.05$). Participation rates of family physicians in our study were found to be %78.6. We found that, %82.6 of family physicians use traditional therapies for themselves and %85.1 of them recommend traditional therapies to their patients to manage common cold.

Family physicians should evaluate their patients according to 'holistic (personal, familial and social) approach'. Family physicians should get a full history from their patients that are presenting with symptoms of common cold and do a full physical examination. Thus, the possibility of making diagnosis mistakes and missing serious diseases can be prevented. The prescript or non-prescript drugs and traditional methods that are used by patients should be questioned carefully. Patients should be informed on issues such as side effects, safe dosages and interactions. Most

importantly, patients should be explained insistently that common cold is a self-limited disease. This approach is crucial for family physicians to protect their patients from unnecessary and inappropriate treatments.

Keywords: Common cold, over-the-counter drugs, traditional methods, complementary and alternative medicine, family medicine.

GİRİŞ

Üst solunum yolu enfeksiyonları, insanların yaşamları boyunca en sık karşılaştığı ve bulaşıcılığı yüksek olan hastalıklardır. Farklı etkenlerle oluşan üst solunum yolu enfeksiyonlarının belirtileri genellikle birbirine benzerdir. En önemli özelliklerinden biri de uygunsuz antibiyotik kullanımının en fazla görüldüğü hastalık grubu olmalarıdır (1).

Soğuk algınlığı; burun, boğaz, sinüsler ve üst solunum yollarının kendi kendini sınırlayan, hafif seyirli viral bir enfeksiyondur (2,3). İnkübasyon periyodu 2-5 gündür (1). Soğuk algınlığı ortalama 7-10 gün sürer, ancak bazı hastalarda semptomlar 3 haftaya kadar devam edebilir (4).

Soğuk algınlığına 200'den fazla farklı virüs türü ve nadiren diğer enfeksiyöz ajanlar da neden olabilir (2). Soğuk algınlığına birçok virüs neden olabilese de, en belirgin rol rhinovirüslere düşmektedir. Soğuk algınlığı vakalarının yaklaşık %25'inin etkeni ise bilinmemektedir. Yeni keşfedilen ve soğuk algınlığına neden olduğu bilinen human metapnömovirüs, keşfedilmeyen daha birçok diğer virüs türünün soğuk algınlığı etkeni olabileceğini akla getirmektedir (5).

Nazal konjesyon, burun akıntısı, hapşırma, öksürük ve boğaz ağrısı soğuk algınlığının başlıca semptomlarıdır. Ses kısıklığı (boğuk ses), baş ağrısı, bitkinlik ve letarji de görülebilir. Ateş, daha sık çocuklarda görülür (4).

Sağlık alanındaki büyük gelişmelere rağmen, soğuk algınlığı hem ekonomik kayıp hem de işgücü kaybı açısından topluma büyük yükler getirmeye devam etmektedir (5). Soğuk algınlığı, aile hekimlerine yapılan ziyaretlerin ve okula veya işe gitmemenin en önemli nedenidir (1). ABD'de soğuk algınlığı şikayeti ile aile hekimlerine her yıl 25 milyondan fazla başvuru yapılmaktadır. Soğuk algınlığı, ABD'de her yıl 22 milyon iş ve okul günü kaybına neden olmaktadır (6).

Soğuk algınlığı tedavisi ve soğuk algınlığından korunmak için ilaç kullanımını destekleyen kısıtlı sayıda bilimsel çalışma vardır. Tedavi ise, daha çok semptomları rahatlatmaya yöneliktir (4). Semptomatik tedavide reçetesiz olarak kullanılan ilaçlar (over-the-counter drugs) da dahil olmak üzere en çok kullanılan ilaçlar; ağrı kesiciler, antihistaminikler, nazal dekonjestanlar, öksürük şurupları ve mukolitik ajanlardır (7,3). Her yıl ABD'de soğuk algınlığının semptomatik tedavisinde kullanılan

reçetesiz ilaçlar için ortalama 2 milyar dolar harcanmaktadır (2). Soğuk algınlığı tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin(TAT) kullanımı da çok yaygındır (8). Soğuk algınlığında en sık kullanılan geleneksel olmayan TAT yöntemleri; ekinezya, vitamin C, çinko, hava nemlendiricisi ve bol sıvı alımı olarak sıralanabilir (7). Geleneksel TAT yöntemleri olarak ise; bal, sarımsak, nane, okaliptüs, limon, tavuk çorbası, mentollü kremler, bitki çayları, bir kaptan su buharı soluma, tuzlu su ile gargara ilk olarak sayılabilir (4,9,10). Soğuk algınlığı tedavisinde antibiyotiklerin yeri yoktur. Çünkü soğuk algınlığı viral bir hastalıktır ve kendiliğinden iyileşebilir (11,12,13). Ayrıca uygunsuz antibiyotik kullanımı, antibiyotik direnci gelişiminin artmasına ve ilaca bağlı birçok yan etkiye neden olabilir (13).

Aile hekimlerinin en sık karşılaştığı hastalıkların başında gelen soğuk algınlığı, kesin bir tedavisi olmadığı ve reçetesiz ilaç ve TAT yöntem kullanımı çok yaygın olduğu için önemlidir. Ayrıca, soğuk algınlığı birçok farklı hastalık ile karışabileceği ve ciddi hastalıkların atlanmaması için öykü alınması ve fizik muayene çok dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Aile hekimleri, soğuk algınlığı tanısı konduktan sonra, hastalarına soğuk algınlığının kendiliğinden geçen bir hastalık olduğunu ve bu yüzden çok gerekmedikçe herhangi bir tedaviye gerek olmadığını açıklamalıdır. Semptomatik tedavide kullanılan reçeteli ya da reçetesiz tüm ilaçları ve bunların dozlarını sorgulamalı ve hastaya gelişebilecek yan etkileri ve komplikasyonları özenle anlatmalıdırlar. Ayrıca hastalara hangi semptomlar gelişirse tekrar doktora başvurmaları gerektiği de anlatılmalıdır. Hastalar geleneksel yöntemlerin kullanılması konusunda da uyarılmalıdır. Bu yöntemlerin yan etkileri olabileceği ve ilaç kullanıyorsa olumsuz yönde herhangi bir etkileşim gelişebileceği anlatılmalıdır. Bu çalışmanın amacı; soğuk algınlığında reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntem kullanımı sıklığının sorgulanması, sıklığın demografik verilere göre değişiminin incelenmesi, kullanılan reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntemlerin neler olduğunun saptanması, hastaların soğuk algınlığı hakkındaki bilgi düzeyinin saptanması ve doktorların tedavide kendileri ve hastaları için uyguladıkları yöntemlerin incelenmesi olarak özetlenebilir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarının, halkın reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntem kullanımının zararları konusunda bilinçlendirilmesi ve doktorların geleneksel yöntemlerle ilgili eğitimlere tabi tutulmaları gibi konularda yol gösterici olmasını umuyoruz.

GENEL BİLGİLER

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP

Tanım

WHO(World Health Organization)'nun tanımına göre geleneksel tıp terimi; birbirinden tamamen farklı kültürlerin bedensel ve zihinsel sağlığın bakımı, korunması, hastalıklara tanı konulması ve hastalıkların tedavi edilmesi için kullandığı; teori, inanç ve tecrübelerle dayanan bilgi ve beceriler bütünüdür. Bazı ülkelerde tamamlayıcı ya da alternatif tıp (TAT) olarak da adlandırılır (14).

NCCAM(National Center for Complementary and Alternative Medicine) TAT'ı henüz modern tıbbın içinde yer almayan, sağlık bakımı ve tedavide kullanılan çeşitli sistem, uygulama ve ürünler olarak tanımlar (15).

OCCAM(Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine)'in tanımına göre ise TAT; modern tıbbın bir parçası olmayan, sağlık bakımı ürünleri ve uygulamalarıdır. Tamamlayıcı tıp, standart medikal tedavi ile birlikte kullanılan tedavileri; alternatif tıp ise standart tedavi yerine kullanılan tedavileri ifade eder (16).

McWinney'e göre ise TAT ya da geleneksel tıp, birçok tıp ya da diğer sağlık meslek okullarında öğretilmediği gibi başlıca sağlık kurumlarında da uygulanmayan tıbbi yaklaşımlara verilen isimdir. Tıpta egemen eğilimin dışında yer alan bu uygulamalar alternatif olarak adlandırılmışlardır; ancak bazıları büyük oranda kabul gördüğünden modern tıbbın tamamlayıcısı olarak değerlendirilirken, bazıları da tıbbın ana yaklaşımları arasına kabul edilmişlerdir. Bununla birlikte bu tanımın belirsizliği açıkça görülmektedir. Tarihsel ve geleneksel nedenlerle, bir ülkede alternatif olan bazı uygulamalar başka bir ülkede mesleki uygulamalara dahil edilebilir (17).

Dikkatli bir şekilde bakıldığında aslında bu dört tanımın da ortak tek bir noktası vardır: modern (allopatik) tıbbın sınırları dışında kalan her türlü uygulama TAT olarak adlandırılabilir (18).

TAT ile İlişkili Sık Kullanılan Terimler

Tamamlayıcı tıp: Modern tıbbın dışında kalan ancak modern tıp ile birlikte kullanılan tedavilerdir. Örneğin; ağrıyı azaltmak için NSAID ile birlikte akupunkturun kullanılması gibi (18)

Alternatif tıp: Modern tıbbın dışında kalan ve modern tıbbın yerine kullanılan uygulamalardır. Örneğin; artrit tedavisinde anti-inflammatuar ilaçlar yerine refleksolojinin kullanılması gibi (18).

Integratif (bütünleştirici) tıp: Etkisi ve güvenilirliği bilimsel olarak kanıtlanmış bir ya da daha fazla tamamlayıcı terapi ile modern tıbbın birlikte kullanılmasıdır (18). Örneğin; kanser hastalarının kemoterapi ile birlikte ağrıyı dindirmek için akupunktur ve meditasyondan faydalanması gibi (19). Tanımı tamamlayıcı tıba benziyor gibi görünse de aslında daha geniş bir kapsamı vardır. İnsanları zihinleri, ruhları ve bedenleri ile bir bütün olarak ele alır ve tanı ve tedaviye dahil eder. Diyet, egzersiz, kaliteli uyku, sosyal ilişkiler gibi yaşam tarzı faktörlerini iyileştirmek için hasta ve doktorun işbirliğini gerektirir (20).

Natural (doğal) tıp: Modern (allopatik) tıbbın dışında kalan her terapi yöntemidir (18).

Holistik tıp: Tümüyle bireye odaklı bir yaklaşımdır. Hastanın fiziksel şikayetlerini değerlendirirken aynı zamanda onun yaşam tarzını, çevresini, beslenme alışkanlıklarını, zihinsel, bedensel ve ruhsal sağlığını da göz önünde bulundurur. TAT uygulamalarını savunanlar, holistik tıbbın modern tıptan farklı olarak bireyi her şeyiyle bir bütün olarak ele aldığını iddia ederler (18).

TAT Sınıflaması

2004 NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine)'ye göre TAT 5 kategoriye ayrılabilir (18):

Alternatif tıbbi sistemler: Tamamen teori ve deneyimlere dayanır. Batı ülkelerinde kullanılanları, homeopatik tıp ve naturopatik tıp iken; doğu ülkelerinde kullanılanları, geleneksel Çin tıbbı ve Ayurveda olarak örneklendirilebilir (15).

Geleneksel Çin tıbbı, vücutta dolaştığına inanılan yaşam enerjisinin dengelenmesine dayanır. İnsanın ruhsal, duygusal, mental ve bedensel dengesini düzenleyen bu enerji negatif (yin) ve pozitif (yang) enerjiler tarafından düzenlenir. Hastalıkların nedeni bu negatif ve pozitif enerji dengesinin bozulması ve yaşam enerjisinin akışının bölünmesidir. Geleneksel Çin tıbbı; bitkisel ve nutrisyonel terapileri, rahatlatıcı fiziksel egzersizleri, meditasyonu, akupunktur ve iyileştirici

masajı kapsar (15). Özellikle akupunktur dünyanın her yerinde kullanılan bir TAT yöntemidir (21).

Ayurveda, yaklaşık 5000 yıldır Hindistanda kullanılan bir TAT yöntemidir (15). Ayurveda Sankritçe'de 'yaşam bilimi' anlamına gelmektedir. Tüm nesne ve canlıların 5 elementten (toprak, su, ateş, hava ve gökyüzü) oluştuğu teorisine dayanır. Benzer şekilde çevre ve insanlar arasında temel bir düzen olduğunu kabul eder (mikro ve makro evren ilişkisi). Ayurveda, sadece sağlıkla ilgili bir sistem değildir, bir yaşam biçimidir. Bitki tıbbı ve şifa veren banyoları kullanarak hastalıkları önlemeyi ve iyileştirmeyi sağlar (21).

Homeopati, benzerin benzeri tedavi ettiği yöntem olarak da bilinir. Bir ilacın yüksek dozlarıyla oluşturduğu semptomların, aynı ilacın küçük dozları ile tedavi edilebileceği teorisine dayanır. Her hasta için bireysel bir tanı ve tedavi rejimi oluşturulur. Homeopatik ilaçlar seyreltme yolu ile elde edilir (17). Bu yöntemi ilk önce Hipokrat keşfetse de, temel ilkeleri 18. yüzyılın sonlarında Dr. Samuel Hahnemann tarafından Almanya'da açıklanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Homeopati, birçok ülkede (Hindistan, Meksika, Pakistan, İngiltere) ulusal sağlık sistemine dahil olmuştur (21). Homeopati uygulamalarına örnek olarak; papatyanın çocuklarda sakinleştirici olarak kullanılması, soğandan elde edilen özün alerjik rinitte kullanılması gösterilebilir. Homeopatinin en yaygın kullanım alanları; egzema, migren, dismenore, astım, irritabl kolon sendromu, romatoid artrit, soğuk algınlığı, alerjik rinit, eklem zedelenmeleri, duygudurum bozukluklarıdır (22).

Naturopati, tarih öncesi Hipokrat tıbbının da temelini oluşturan bedenin, doğanın iyileştici güçlerine sahip olduğu öğretisine dayanır. Sağlıklı beslenme, dinlenme, gevşemeyi sağlayan egzersizler ve iyileşme sürecini aktive eden uyarıları kullanarak hastanın kendi iyileştirici gücünü kuvvetlendirir. Naturopatlar, beslenme, homeopati, bitki tıbbı, hidroterapi, masaj, manipülatif (elle) tedavi ve geleneksel Çin tıbbı gibi birçok TAT yöntemini bir arada kullanırlar (15,17).

WHO, burada Unani (Arap tıbbı) olarak bilinen bir TAT yönteminden daha söz etmektedir. Temellerini Hipokrat'ın 4 bedensel kaynak (kan, mukus, sarı safra ve siyah safra) teorisinden alır. Daha sonra Galen, Rhazes ve İbn-i Sina (Avicenna) bu sistemin gelişmesine katkıda bulunmuşlar. Aslında Çin, Mısır, Hindistan, Pers İmparatorluğu ve Arabistan'daki geleneksel tıp uygulamalarından oluşur (21).

Zihin-vücut etkileşimi: Zihin gücünü kullanarak vücuttaki semptom ve bozuklukları iyileştirme tekniklerini kullanır. Modern tıba dahil olanları, hasta destek (grup) terapileri ve bilişsel-davranışçı terapidir. TAT olarak kullanılanları ise; meditasyon, dua etme, mental iyileşme, sanat, müzik veya dans terapileri olarak özetlenebilir (15).

Biyolojik temeli olan terapiler: Doğada bulunan bitkiler, yiyecekler ve vitaminler gibi kaynakları kullanır. Diyet takviyeleri, bitkisel ürünler ve diğer (örnek olarak köpek balığı kıkırdağının kanser tedavisinde kullanılması gibi...) şekline örneklendirilebilir. Diyet takviyesi olarak kullanılan bazı kaynaklar artık modern tıpta da yerini almıştır. Örneğin; gebelere folik asit verilmesi, makula dejenerasyonunu yavaşlatmak için çinko ve bazı vitaminlerin kullanılması gibi (15).

Diyet takviyesi olarak vitaminler, mineraller, bitkiler, aminoasitler, enzimler ve metabolitleri kullanılabilir. Diyet takviyesi terimi, 1994'te DSHEA (The Dietary Supplement Health and Education Act)'da tanımlanmıştır (15).

Manipülatif ve vücut-odaklı metotlar: Vücuttaki belirli kısımların elle uyarılması ya da hareket ettirilmesine dayanır. Örnek vermek gerekirse; kiropraktik veya osteopatik manipülasyon, masaj (15).

Kiropraksi, spinal ağrıyı ve vertebrada mekanik ve dejeneratif nedenlerden kaynaklanan ağrının azaltılmasında kullanılan elle manipülasyon yöntemidir. Ağrının kısa süreli olarak azaltılmasında belirgin yarar sağlar. Ağrıyı gidermek için kullanılan tüm yöntemler (kiropraksi, akupunktur, masaj, transkutanöz elektriksel sinir uyarımı gibi), selektif olarak uyarılan mekanoreseptörlerden enkefalin salınımı sağlayarak etki gösterirler. Kiropraksi kontrendikasyonları: boyunda romatizmal hastalık, baziler yetmezlik (senkop atakları, vertigo), vertebral miyelopati, antikoagülan kullanımı, pıhtılaşma bozuklukları, osteoporoz, spinal metastazlardır (17).

Aromaterapi, bitkilerden, çiçeklerden ya da ağaçlardan elde edilen esansiyel yağların, esansların veya özlerin iyileşmede ve sağlığı geliştirmede kullanılmasıdır. Sıklıkla masajla birlikte kullanılır (15).

Enerji terapileri: Enerji alanlarını kullanarak enerjinin insan vücuduna girmesini sağlamayı hedefler. Örnekleri şunlardır: Reiki, yoga, qi gong, 'therapeutic touch', elektromanyetik alanlar (15).

TAT Kullanımı ve Yaygınlığı ile İlgili İstatistikler

Geleneksel tıp (TAT) öncelikle Çin, Hindistan, Japonya ve Pakistan gibi Asya ülkelerinde popülerlik kazandı. Örneğin Çin'de bitki tıbbı (bitkisel preparatlar) toplam sağlık hizmetlerinin %30-50'sine tekabül etmektedir ve 1993'te bitki tıbbı maliyetleri 2,5 milyar dolardan fazla olmuştur. Japonya'da 1974-1989 yılları arasında geleneksel Çin tıbbi preparatlarının kullanımı 15 kat artmıştır (23).

Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir çoğunluğu birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimlerini geleneksel tıp hizmeti veren kişilerden (geleneksel doğum ebeleri, aktarlar, kırık-çıkık iyileştirme hizmeti veren kişiler gibi) karşılamaktadırlar (23).

Son 10 yılda birçok gelişmiş ülkede de geleneksel tıba olan ilgi giderek artmıştır. 1996 yılı NHS (National Health Service) verilerine göre Amerika'da her 3 yetişkinden 1'i, Hollanda ve Belçika'da nüfusun %60'ı ve İngiltere'de ise nüfusun %74'ü TAT yöntemlerini kullanmaktadır (23).

1997'de ABD'de yapılan ulusal araştırmada, bir önceki yılda erişkin nüfusun %42,1'inin en azından bir TAT yöntemi kullanmış olduğu tahmin edilmiştir. 1990 yılında ise bu oran %33,8 imiş. 1997'de TAT uygulayıcılarına yapılan ziyaretlerin neredeyse yarısı kiropraktörlere ve masaj terapistlerine olmuş. TAT uygulayıcılarına yapılan hasta başvuruları 1990-1997 arasında %36,3'ten %46,3'lere yükselmiş. ABD'de lisanslı olarak hizmet veren ve modern tıba dahil edilen TAT uygulayıcıları şunlardır; kiropraktörler, osteopatistler, homeopatiyi kullanan aile hekimleri ve bazı eyaletlerde akupunktur uzmanları, masaj terapistleri ve naturopatlar (21).

İngiltere nüfusunun sekizde biri TAT uygulamalarına başvurmuş. TAT yöntemlerine en çok başvuranlar, orta yaştaki orta sınıf kadınlar olmuş. En çok tercih edilen TAT yöntemleri; bitki tıbbı, osteopati, homeopati, akupunktur, hipnoterapi, spiritual iyileşme. Kronik hastalıkların tedavisi için birçok TAT hizmeti veren merkez açılmış. 1999'da yaklaşık 50.000 TAT uygulayıcısı varmış ve bunların sadece 10.000 kadarı doktormuş (21).

Çin'de, TAT ve modern tıp (allopatik tıp) bütünleşmiş durumdadır. Hastanelerin %95'inde geleneksel tıp üniteleri vardır ve kırsal kesimdeki doktorların %50'si hem geleneksel hem de modern tıp hizmetlerini sunmaktadır. Geleneksel tıp

üniversiteleri kurularak hem modern tıp hem de TAT uygulamaları öğretilmektedir (21).

Pakistan'da özellikle kırsal kesimdeki nüfusun %70'i TAT kullanmaktadır. Ülke genelinde Unani (Arap Tıbbı) çok yaygın olarak kullanılmaktadır (21).

2002 NHIS raporu sonuçlarına göre, ABD'de erişkinlerin %62'si TAT yöntemlerini kullandığı saptanmış. Bu %62'lik kesimden sağlık nedenleri dolayısıyla duacılara (hocalara) başvuranlar çıkarıldığında TAT yöntemlerine başvurma oranı %36 olarak saptanmış. TAT uygulamalarına en sık başvuru nedenleri; sırt ağrısı, boyun ağrısı, eklem ağrısı, soğuk algınlığı, alt solunum yolu enfeksiyonları, anksiyete ve depresyon olarak saptanmış. En çok başvuru TAT uygulamaları; dua (%74,0), naturopati (%18,9), derin nefes egzersizleri (%11,6), meditasyon (%7,6), kiropraksi (%7,5), yoga (%5,1), masaj (%5), diyet-odaklı terapiler (%3,5) olmuş. Naturopatide en çok kullanılan doğal ürünler; ekinezya (%40,3), ginseng (%24,1), ginkgo biloba (%21,1) ve sarımsak içeren takviyeler (%19,9) olarak bulunmuş. Ayrıca sigarayı bırakmış olanlar, hiç içmemiş ya da içmekte olanlara göre TAT yöntemlerini daha fazla kullanıyorlarmış (24).

2007 NHIS raporu sonuçlarına göre, ABD'de her 10 erişkinden 4'ü (%38,3) ve her 9 çocuktan 1'i (%11,8) TAT terapilerini kullanmış. Erişkinlerde en çok vitamin ya da mineral olmayan doğal (naturopatik) ürünler (%17,7) ve derin nefes egzersizleri (%12,7) iken; çocuklarda en çok vitamin ya da mineral olmayan naturopatik ürünler (%3,9) ve kiropraktik ya da osteopatik manipülasyonlar kullanılmış. Ebeveynleri TAT yöntemlerini kullanan çocuklar, kullanmayanlara göre 5 kat daha fazla (%23,9) TAT yöntemi kullanmış. Üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları için TAT kullanımında 2007'de (%2,0), 2002'ye (%9,5) oranla belirgin bir düşüş gözlenmiş. Son 30 gün içerisinde kullandıkları vitamin ya da mineral olmayan naturopatik ürünler sorulduğunda; erişkinlerin en çok balık yağı ya da omega 3 (%37,4), çocukların ise ekinezya (%37,2) kullandıkları saptanmış. Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça çocukların TAT kullanım düzeyinin de arttığı gözlenmiş (26). 2007'de ABD'de erişkinlerin TAT uygulayıcıları ve ürünleri için yaptıkları harcamalar 33,9 milyar dolar civarındadır ve tüm bu harcamaların %44'ü (14,8 milyar dolar) vitamin ya da mineral olmayan naturopatik ürünler için yapılmış (25).

2012 NHIS raporuna göre, ABD’de erişkinler tarafından en fazla tercih edilen TAT uygulamaları şunlardır: vitamin ya da mineral olmayan diyet takviyeleri (%17,9), kiropraktik ya da osteopatik manipülasyonlar (%8,5), yoga ya da meditasyon (%8,4) ve masaj terapileri (%6,8). Çevresel ve kültürel faktörler, inançlar ve ekonomik durum insanların sağlık tutumlarını ve değerlendirmelerini büyük oranda farklılaştırıyor (27).

TAT Yöntemi Kullanımını Etkileyen Faktörler

TAT popülerliğinin nedenlerini açıklamak oldukça karmaşık bir konudur. Çünkü bu yöntemler yere, zamana, seçilen terapi yöntemine göre hatta bireyden bireye çok büyük bir değişkenlik gösterir. Bu nedenle TAT kullanımına yönelik bakış açısını olumlu yönde etkileyen faktörlerden söz etmek daha doğrudur (28).

Hastaları TAT kullanımına teşvik eden faktörler şunlardır (28,29):

Etkili olduğunun bilinmesi: Akıl sağlığı, hastalıklardan korunma ve kronik hastalıklarda hastanın yaşam kalitesini yükseltme gibi birçok alanda kanıtlanmış etkileri vardır, ancak elbette daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (21).

Güvenilir olduğunun bilinmesi: Hastalar yan etkisi olmayan tedavilere ihtiyaç duymaktadır. Bu açıdan homeopati yöntemleri insanların ilgisini çekmektedir (29).

Hastalıktan çok iyileşmeye (sağlıklı yaşam biçimine) önem vermesi: Modern tıp genellikle hastalık orijinli dar bir pencereden bakarak sadece hastalığı iyileştirmeye yönelik farmakolojik tedaviler ve cerrahi üzerinde yoğunlaşır. Halbuki artık insanlar özbakım, sağlığın korunması gibi bir çok konuda daha çok bilgi edinmek istemektedir (29).

Holistik (bütünleştirici) bir yaklaşım izlemesi: İnsanlar artık yaşam tarzının sağlığı büyük ölçüde etkilediği bilincine sahiptirler. Ayrıca sindirim, uyku düzeni ve postür değişikliği gibi birçok küçük işaretin hastalıklarla ilgili uyarıcı olabildiğine inanıyorlar (29).

Hastalara kendi tedavilerine karar verme imkanı sunması.

Muayeneye daha fazla zaman ayırıp hastayı tetkik yaptırmaktan kurtarması

Hastaya daha fazla zaman ayrılması: Çoğu hekim zamanları kısıtlı oldukları için hastalara patronvari bir tavır sergiler, muayeneyi kısa tutar, hastaların hastalıkları ile ilgili tüm sorularını cevaplamazlar (29).

Hastaların uzun süre sıra beklemek istememesi.

İnvaziv olmayan yöntemlerin kullanılması.

Ulaşmanın kolay olması: Özellikle 3. dünya ülkelerinde tıbbi imkan ve ilaçlara ulaşmak çok zor olduğu için TAT kullanımı çok yaygındır (21).

İnsanların iyileşebilmek için kullanabilecekleri tüm olanakları denemek istemeleri.

Özellikle kronik hastalıklarda TAT yöntemlerinin son umut olarak görülmesi.

WHO 2001 raporunda ise hastaları TAT kullanımına yönelten en belirgin faktörler; modern tıptan daha kolay ulaşılabilir olması, hastanın zihniyetine daha uygun olması ve daha az paternalist olması şeklinde saptanmıştır (21).

Türkiye’de Geleneksel Halk Hekimliği ve Tarihçe

Geleneksel Türk halk hekimliği binlerce yıllık bir geçmişe sahiptir. İslamdan önce ortaya çıkan bu gelenek İslamdan sonra da yaşamaya devam etmiştir. Bu nedenle günümüzde eski geleneksel iyileştirme pratikleri geçmişin inanç ve inanış unsurları ile birlikte uygulanmaya devam etmektedir. Bu gelenek eski dini ve geleneksel ortamda şaman ya da kamlar tarafından uygulanmıştır ki şamanlar eski gelenekte din adamları olarak kabul edilmektedir. Yine kocakarılar, halk hekimleri ve ocaklılar (bir çeşit halk hekimi) da yeni dinde ve gelenekte bu geleneğin yürütücüleridirler. İyileştirme geleneğinde bazı uygulamalar günümüz modern tıbbına ters olmasına rağmen, modern tıp ile uyuşan uygulamalara da rastlanmaktadır.

Şaman terimi, son 300 yıldır kullanılmaktadır. İlk önce sadece Sibirya’nın belli bir bölgesindeki din adamları için kullanılırdı, fakat 20. yüzyılın başında tüm dünyada yaygın bir kullanım kazandı. Şamanların tedavi için kullandıkları birçok teknik halen Orta Asya’da kullanılmaya devam etmektedir. Şamanların tedavide kullandıkları teknikler; ateş yakıp etrafında dans etme ve şarkı söyleme, kişiler arasında ruh transferi olarak bilinir.

Uzun bir zaman önce Anadolu'da geleneksel halk hekimleri, Orta Asya'daki şamanların yerini almışlardır. Bu lokman hekimler, İslamın başlangıcından günümüze kadar gelen geleneksel halk hekimlerinin ataları olmuşlardır. Lokman hekimler, Türkiye'de en çok bilinen geleneksel halk hekimleridir. Lokman hekimler sadece biyolojik hastalıklarla değil; büyü, nazar gibi inanışlara yönelik de uygulamalarda bulunmuşlardır ve günümüzün 'hacı-hoca'ları (duacılar) böylelikle ortaya çıkmıştır. Ayrıca günümüzde çok popüler olan 'aktar'lar da lokman hekimlerin devamı niteliğindedirler. Lokman hekimlerin iyileştirmede kullandıkları yöntemleri kısaca özetleyecek olursak; ruhani gücü kullanma (irvasa), kanı vücuttan tahliye etme (parpilama), kutsal bir mekanda dua etme, 'okunmuş su' ile tedavi, vücudu yaralama, dua etme, bitkisel ilaçlarla tedavi, hayvansal ilaçlarla tedavi ve mineral içeren ilaçlarla tedavi sayılabilir.

Anadolu'da 'Ocaklılar' olarak bilinen geleneksel halk hekimlerinin şamanların devamı olduğu yönünde tartışmalar vardır. Her hastalıkla uğraşan birçok farklı 'Ocak' vardır. Örneğin; sarılık ocağı, kurşun dökme ocağı, kabakulak ocağı, sıtma ocağı, tonsillit ocağı, infertilite ocağı gibi pek çoğu sayılabilir. 'Ocaklılar'ın bazıları tedavi için sihirli güçleri, bazıları da bitkileri kullanırlar (30).

SOĞUK ALGINLIĞI

Tanım

Soğuk algınlığı terimi; hafif seyirli ve kendini sınırlayan akut üst solunum yolu hastalıklarını ifade eder. (5,31). Başlıca semptomları burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırma, boğaz ağrısı ve öksürüktür (32). Ayrıca akut viral rinit, nezle, akut viral ÜSYE gibi isimlerle de ifade edilebilir(1).

Epidemiyoloji

Akut üst solunum yolu enfeksiyonu (soğuk algınlığı), toplumda en sık görülen hastalıklardan biridir (11). Aile hekimlerine başvuru hastalıklar arasında ikinci ve acil servislerden taburcu edilen vakalar arasında birinci sıradadır (7,33,34).

Soğuk algınlığı, tüm yaş gruplarında sık görülür fakat en sık çocuklarda görülür (35). Çocuklar yılda ortalama 6-8 kez, erişkinler ise 2-4 kez soğuk algınlığına

yakalanırlar (7). Okul çağında olan çocuklarda bu ortalama 12'ye kadar yükselebilir. 60 yaş ve üstü bireyler ise yılda en fazla 1 kez soğuk algınlığına yakalanırlar. 20-30 yaş arasındaki kadınlarda (muhtemelen çocuklarla daha yakın temasta oldukları için) soğuk algınlığı erkeklerden daha sık görülür (36).

1996 yılı ABD verilerine göre; soğuk algınlığı insidansı %23,6 (62 milyon vaka) ve tahmini olarak yılda 1 milyar soğuk algınlığı vakasına rastlanıyormuş (37,38). Yine aynı çalışmada tüm yaş gruplarında erkeklerde soğuk algınlığı insidansı %21,9, kadınlarda ise %25,1 olarak kaydedilmiş (39).

Soğuk algınlığının toplumda bu denli yaygın ve sık görülmesi ekonomik yönden (tedavi masrafları, işgücü kaybı, okul devamsızlığı gibi) büyük bir yük oluşturmaktadır (5,6,36). 1996 yılı ABD verilerine göre, tüm yaş gruplarında işgücü kaybı 45 milyon gün ve okula gidilmeyen gün sayısı 22 milyon olarak hesaplanmıştır (36). Tüm yaş gruplarında soğuk algınlığı vakalarının %43'ü tıbbi yardım için başvuruda bulunmuş ve bu oranın 5 yaş altı çocuklarda %73,8'lere çıktığı görülmüştür (39).

Soğuk algınlığı sıklığı mevsimlere göre belirgin olarak değişmektedir. Kuzey yarımküredeki ılıman iklime sahip bölgelerde sonbaharda belirgin bir artış görülür ve bu artış kışın da devam eder, ilkbaharda (Mart ve Nisan aylarından sonra) ise azalmaya başlar(5,36). Tropik iklime sahip bölgelerde ise yağmurların başladığı dönemde daha sık gözlenir (5). Bu mevsimsel değişiklikler, muhtemelen okulların açılması, soğuk havanın nazosilyer aktiviteyi azaltması ve soğuk hava nedeniyle kapalı ortamlarda geçirilen zamanın artması ile virüsün daha çok insana yayılabilme şansı bulmasıyla ilgilidir (36,40). Ancak soğuk algınlığı sıklığının bu mevsimsel değişiminin nedeni ile ilgili kesin bir açıklama yapılamamaktadır (32,40).

Etyoloji ve Patogenez

Soğuk algınlığına neden olan 200'den fazla farklı virüs tipi ve nadiren neden olan diğer enfeksiyöz ajanlar tanımlanmıştır (2). 1950'li ve 1960'lı yıllarda solunum yolu hastalıklarına neden olan ajanlara yönelik yapılan çalışmaların artmasıyla birlikte adenovirüs, parainfluenza virus, rhinovirüs, RSV, enterovirüs ve coronavirüs keşfedilmiştir (5). Soğuk algınlığına en sık neden olan ajanlar rhinovirüslerdir (5,6,32).

Tablo 1’de soğuk algınlığına neden olan ajanlar ve bunların, vakaların yüzde kaçından sorumlu oldukları gösterilmiştir (5,32).

Tablo 1. Soğuk algınlığına neden olan viral ajanlar.

Virüs tipi	Vakalara göre dağılımı (%)
Rhinovirüsler	% 30-50
Coronavirüsler	% 10-15
Influenza virüsleri*	% 5 –15
RSV	% 5
Parainfluenza virüsleri	% 5
Adenovirüsler	< %5
Enterovirüsler	< %5
Human metapneumovirüs**	bilinmiyor
Bilinmeyen	% 20-30

RSV: respiratory sinsityal virus

* Bazen hafif semptomları olan influenza vakaları, soğuk algınlığı ile karışabilir (32).

** Human metapneumovirüs 2001 yılında yeni keşfedilmiş olan bir soğuk algınlığı etkenidir (41).

Soğuk algınlığına yakalanan hastaların %5’inde 2 ya da daha fazla virüsün eş zamanlı olarak enfeksiyona neden olduğu saptanmıştır (5).

Soğuk algınlığı; spesifik bir hastalık olmaktan ziyade, çok sayıda virüs türünün neden olabildiği bir grup hastalıklar bütünüdür (42). Viral replikasyon ve konağın immün cevabı gibi faktörler patogenezi karmaşık hale getirmektedir. Sayıca çok fazla olan solunum yolu virüslerinin her birinin ve subtiplerinin replikasyon mekanizmaları birbirinden oldukça farklıdır (örneğin; influenza virüsü trakeabronşial epitelde replike olurken, rhinovirüs esas olarak nazofarenkste replike olur). Soğuk algınlığı patogenezi anlamak için en çok çalışma, en sık karşılaşılan etken olduğu için rhinovirüsler ile yapılmıştır. Rhinovirüs enfeksiyonu, virüslerin anterior nazal mukozaya ya da göze yerleşmesiyle başlar, oradan nazofarinksin arkasına kadar nazosilier aktivite ile taşınır. Adenoid bölgede ICAM-1 reseptörleri (rhinovirüs

subtiplerinin %90'ında mevcut) ile bağlanarak epitel hücrelerine girerler ve hızlıca replikasyonlarını tamamlarlar (5). Rhinovirüsün enfeksiyöz dozu oldukça küçüktür ve 8-12 saat içinde replikasyon meydana gelir (inkübasyon periyodu). Ancak buna rağmen enfekte bireylerin sadece %75'inde semptomatik hastalık gelişir (6).

Soğuk algınlığının yayılımı:

1)Direkt temas yolu ile: Soğuk algınlığı virüsü genellikle kişiden kişiye eller yoluyla bulaşır (tokalaşma, dokunma...)

2)Yüzeylerdeki virüslerle temas: Kapı kolu, telefon, bilgisayar gibi ortak kullanılan nesnelere dokunulduğunda bazı virüs türleri bulaşabilir.

3)İnhalasyon yolu ile (damlacık yolu ile): Soğuk algınlığı olan bir kişinin hapşırması, öksürmesi ya da aynı ortamdaki havanın teneffüs edilmesi sonucu bulaş gerçekleşebilir (32,42).

Klinik Belirti ve Bulgular

Soğuk algınlığı birçok farklı virüsten kaynaklanabileceği için semptomların başlama süresi de çok değişken olabilir. Ancak genel olarak semptomlar aniden (10-12 saat içinde) başlar, enfeksiyonun başlangıcından sonraki 2-3 gün içinde pik yapar ve yavaş yavaş azalarak 7-10 gün içinde sonlanır. Bazı hastalarda ise bazı semptomlar, hastalığın başlangıcından sonra 3 haftadan fazla devam edebilir (5).

İlk başlayan semptom genellikle boğaz ağrısıdır. Bunu takiben şeffaf renkli burun akıntısı, nazal konjesyon, hapşırma ve öksürük başlar. Öksürük, hastaların %30'unda görülür ve burun akıntısı ve nazal konjesyonun iyileştiği 4. ya da 5. günde başlar ve nonproduktif karakterde olur (11,32,43). Semptomların en şiddetlendiği günde (2 ya da 3. gün) burun akıntısı mukopürülan bir hal alır ve genellikle boğaz ağrısı kaybolur (5,6). Burun akıntısının mukopürülan olması enfeksiyonun mutlaka bakteriyel olduğunu düşündürmemelidir; çünkü mukopürülan burun akıntısı, viral üst solunum yolu enfeksiyonlarında çok sık görülür (6).

Soğuk algınlığında görülen diğer semptomlar ise şunlardır: Gözlerde sulanma (gözyaşı artışı), bitkinlik (hafif düzeyde), yorgunluk, iştahsızlık, baş ağrısı, sinüslerde ve kulaklarda dolgunluk, artralji, myalji (soğuk algınlığında pek görülmez, genellikle

influenza enfeksiyonunda görülür), ateş (genellikle infant ve küçük çocuklarda), ses kısıklığı, seste boğukluk (6,13).

Soğuk algınlığına yakalanmaya neden olan başlıca risk faktörleri ise şunlardır: Sigara içme, yetersiz beslenme, sıklıkla kalabalık ortamlarda bulunma (kreşler, okul, huzurevleri, cezaevleri), immatür immün sistem (infant ve küçük çocuklar), stres, ağır egzersizler (6,10,11). Ayrıca sigara içenlerde, içmeyenlere göre semptomlar daha ciddi seyreder (9).

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Erişkinlerde ve büyük çocuklarda, soğuk algınlığı tanısı öyküye bakılarak güvenilir ve basit bir şekilde konulabilir. Hatta hastalar kendi tanılarını kendileri bile koyabilirler. Klinik muayene, boğaz sürüntüsü ya da kültürü gibi tetkikler ve görüntüleme yöntemlerinin tanı koymada kullanılması gerekmez (32). Fakat infant ve küçük çocuklarda tanı koymak zorlaşabilir. Özellikle hastalığın erken döneminden itibaren ateşi olan infantlarda basit bir viral enfeksiyon mu yoksa ciddi bir bakteriyel enfeksiyon mu olduğunu ayırt edebilmek güçtür (6). İnfant ve çocuklarda bakteriyel enfeksiyon riskini dışlamak için boğaz; servikal lenf nodları ve kulak muayenesi mutlaka yapılmalıdır ancak boğaz kültürü yapılması gereksizdir (32).

Soğuk algınlığının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklar şunlardır:

-**İnfluenza (grip)**: Asemptomatik taşıyıcılıktan ciddi ve hayatı tehdit eden enfeksiyona kadar çok geniş bir yelpazede hastalık yapar. Başlıca semptomları soğuk algınlığı ile benzerdir. Ancak hastada myalji ve ateş en fazla öne çıkan belirtiler ise influenza düşünmek gerekir (32).

-**Alerjik rinit**: Genellikle atopik bireylerde görülür. Mevsimsel (polenlere bağlı) ya da perennial (ev tozu akarı gibi çevresel faktörler) olabilir. Başlıca semptomları; nazal konjesyon, postnazal akıntı, arka arkaya hapşırma, sulu burun akıntısı, gözlerde yaşarma, burun, göz ve damakta kaşıntıdır (6).

-**Akut bakteriyel rinosinüzit**: Soğuk algınlığı semptomlarının 5-7. günlerde kötüye gitmeye başlaması ya da 10 günden sonra semptomların devam etmesine bakılarak tanı konabilir (6). The American Academy of Otolaryngology'nin belirlediği kriterler tanı koymayı kolaylaştırmıştır. Majör kriterler; yüzde ağrı, nasal konjesyon, burun akıntısı, hiposmi/anosmi, çocuklarda öksürük, erişkinde erken dönemde ateş. Minör

kriterler ise; baş ağrısı, halitosis, bitkinlik, diş ağrısı, erişkinde öksürük, kulak ağrısı. 2 majör ya da 1 majör ve 2 minör kriterin varlığı akut bakteriyel rinosinüzit tanısını koydurur (44).

-Streptokokkal farenjit: En sık 5-15 yaş grubundaki çocuklarda ve kış ve erken ilkbahar döneminde görülür (6). Tanı Centor kriterlerine göre konulur: ateş>38°C, öksürük olmaması, hassas ve şiş ön servikal lenfadenopati ve tonsiller eksuda. Her bir tanı kriteri 1 puan değerindedir. Toplam skor ≤ 1 ise AGBHS farenjiti düşünülmez ve herhangi bir test yapılması gereksizdir. Skor 2 ya da 3 ise RADT ya da boğaz kültürü yapılmalıdır ve sonuç pozitif çıkarsa antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Eğer skor 4 ise AGBHS olma riski fazladır ve ampirik tedavi başlanmalıdır (45).

-Enfeksiyöz mononükleoz: 3-5 günlük bir prodromal dönemden sonra 39°C'ye kadar yükselen ateş, ağrısız servikal lenfadenopati, hiperemik, hipertrofik ve eksüdatif tonsillofarenjit (gri-beyaz membranlar), splenomegali, hepatomegali, gövdede döküntü gibi belirtilerle seyreder (46).

-Menenjit: Ateş, ani başlayan şiddetli baş ağrısı, bulantı ve projektıl kusma, fotofobi, ense sertliği, mental fonksiyon bozukluğu (konfüzyon, delirium, letarji ve komaya kadar gidebilen), çocuklarda epileptik ataklar gibi bir klinik tablo ile karşımıza çıkar (47).

-Boğmaca: 7-14 günlük inkübasyon süresini takiben oluşan hastalık 3 klinik evrede seyreder: Kataral faz, 1-2 hafta sürer ve soğuk algınlığından ayırt edilemez. Paroksizmal devre, öksürük spazmodik bir hal alır ve öksürüğün sonunda hasta genellikle kusar ve uykuya dalar. Yine bu devrede lenfositoz belirgindir. Birkaç hafta sonra öksürüğün ve kusmaların şiddeti azalmaya başlar ve hasta konvalesan devreye girer (48).

-Yabancı cisim: Soğuk algınlığının diğer semptomlarının yokluğunda (boğaz ağrısı, öksürük, hapsırma) persistan unilateral burun akıntısı varsa düşünölmelidir (32).

Tedavi

Soğuk algınlığına 200'den fazla farklı virüs tipi neden olabildiği ve bunların patogenezleri çok fazla çeşitlilik gösterdiği için, dünya genelinde etkili olan bir tedavi bulunamamıştır. Tedavi, genel olarak en çok rahatsızlık veren semptomları

rahatlatmaya yöneliktir (semptomatik tedavi). Antibiyotiklerin virüsler üzerinde etkisinin olmadığı bilinmesine rağmen, halen dünyada komplike olmamış viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi için antibiyotikler kullanılmaya devam edilmektedir (5). Antibiyotiklerin bu gereksiz ve uygun olmayan kullanımı birçok alerjik reaksiyona, diare ve diğer gastrointestinal semptomlara, antibiyotik direnci gelişimine ve tedavi maliyetinin artmasına neden olabilmektedir (9,42,49).

Soğuk algınlığında semptom gidermek için farmakolojik tedaviler ile tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak adlandırılan geleneksel yöntemler kullanılmaktadır (2,6).

Farmakolojik tedavi

Soğuk algınlığında farmakolojik tedavi için kullanılan birçok ilaç, reçetesiz olarak temin edilebilmektedir (self-care medication with over-the-counter drugs). Reçetesiz olarak ilaç kullanılacaksa en iyisi tek bir çeşit ilaç kullanmaktır. Kombine edilerek kullanılan reçetesiz ilaçlar; maliyet artışı, ilaç-ilaç etkileşimi, yan etkilerin artması, kombine terapiye bağlı risk artışı, doz opsiyonunda kısıtlılık, uygun olmayan ilaçların kullanımı gibi birçok olumsuz duruma neden olabilir (6). **Tablo 2**'de soğuk algınlığı semptomlarının farmakolojik tedavisinde kullanılan reçetesiz ilaçlar ve bunların yan etkileri gösterilmiştir (7).

Tablo 2. Soğuk algınlığı semptomlarında kullanılan ilaçlar ve yan etkileri

Semptom	Tedavi seçenekleri	Yan etkileri
Boğaz ağrısı	NSAID	-astım ve/veya peptik ülseri
Ateş		kötüleştirebilir (9).
Baş ağrısı		-asetaminofen (parasetamol) doz aşımında karaciğer hasarına neden olabilir (10).

Tablo 2. Soğuk algınlığı semptomlarında kullanılan ilaçlar ve yan etkileri devamı.

Nazal konjesyon*	Oral dekonjestanlar	-ajitasyon, anoreksi, disritmi, distonik reaksiyonlar, HT, baş ağrısı, bulantı, kusma, çarpıntı, insomni, nöbetler, irritabilite (7).
Burun akıntısı		
Öksürük		
Hapşırma		
	Nazal dekonjestanlar (Topikal)	- ağız ve burunda kuruluk, rebound nazal konjesyon (7).
	Antihistaminikler	- aritmi, ağız kuruluğu, görmede bulanıklık, baş dönmesi, uyku hali, solunum depresyonu, üriner retansiyon, halüsinasyonlar (7).

NSAID: Non-steroidal antiinflammatory drug

*Nazal konjesyon tedavisinde tuzlu su içeren damlalar (okyanus suyu) da kullanılabilir. Ayrıca rebound konjesyon ve irritasyona da neden olmazlar (8).

Ağrı kesici, ateş düşürücü ve antiinflamatuvar etkileri olan NSAID soğuk algınlığı tedavisinde çok kullanılırlar. Bu grup ilaçlara örnek vermek gerekirse; aspirin, parasetamol, metamizol, fenilbütazon, naproksen, ibuprofen, diklofenak olarak sayılabilir. Gebelerde NSAID kullanılacaksa sadece parasetamol kullanılabilir (3). Reye sendromuna neden olabileceği için 8 yaşından küçük çocuklarda aspirin kullanılmamalıdır (9).

Nazal konjesyon için kullanılan nazal dekonjestanlar (ksimetazolin, oksimetazolin) çocuklarda kullanılmamalıdır (10). Sistemik dekonjestanlar

(psödoefedrin) ise bilinen tiroid hastalığı ya da hipertansiyonu olan hastalarda doktora danışmadan kesinlikle kullanılmamalıdır (9).

Öksürük, nazal konjesyon, burun akıntısı ve hapşırmayı azaltmak için 2. kuşak (sedasyon yapmayan) antihistaminikler değil de 1. kuşak antihistaminikler (difenhidramin) tercih edilmelidir. 2. kuşak antihistaminiklerin özellikle öksürüğü azaltmada başarısız oldukları gösterilmiştir (7). Antihistaminiklerin soğuk algınlığının semptomatik tedavisinde tercih edilmelerinin nedeni antihistaminik etkilerinden çok antikolinerjik etkilerine bağlıdır (5). Soğuk algınlığının tedavisinde antihistaminiklerin yararlı olduğunu gösteren hiç bir kanıt yoktur (3).

Dekstrametorfan ve kodein gibi antussif ilaçların öksürüğü azaltmak için kullanılmaları 'The American College of Chest Physicians' rehberlerine göre önerilmemektedir (7).

FDA, 2 yaşından küçük çocuklarda hiçbir öksürük ya da soğuk algınlığı ilacının kullanımını önermemektedir (10).

Grip (influenza) tedavisinde oseltamivir ve ranamivir gibi antiral ilaçlar kullanılabilir iken; soğuk algınlığı tedavisinde kullanılabilen herhangi bir antiviral ajan yoktur (9).

Soğuk algınlığı tedavisinde bakteriyel bir komplikasyon gelişmediği sürece antibiyotiklerin hiçbir şekilde yeri yoktur (9).

Soğuk algınlığında kullanılan reçetesiz ilaçların hiçbirinin semptomları azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı ya da semptomların kötüleşmesini önlediğine dair kesin bir bilgi yoktur; bazı çalışmalar etkili olduğunu gösterirken, bazıları hiçbir etkileri olmadığını göstermektedir. (7).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler

Soğuk algınlığın TAT yöntemlerinin kullanımı çok yaygındır (8) :

-*Tuzlu su ile gargara*: 8 bardak ılık suya yarım ya da dörtte bir çay kaşığı tuz eklenerek 3-4 saatte bir gargara yapılabilir. 2 günden fazla yapılmamalıdır. Boğaz ağrısını hafifletebilir (6,8). Hassasiyeti, yüksek ateşi, şiddetli baş ağrısı, bulantı-kusması ya da döküntüsü olanlarda kontrendikedir (6).

-*Tavuk çorbası*: Hem anti-inflammatuar (nötrofil kemotaksisini inhibe eder) hem de mukolitik (geçici olarak mukus hareketini hızlandırır) etki göstererek, nazal konjesyonda rahatlama sağlar ve virüsün organizmada kalma süresini kısaltır (8).

-*Mentollü kremler*: Boyun ve göğüs bölgesine günde 3 kez kalın bir tabaka şeklinde sürülür ve üzeri kuru, ılık bir bez ile kapatılır. Lokal anestezi gibi etki göstererek soğuk algınlığında nazal konjesyon ve öksürük için geçici bir rahatlama sağlar (6). Çocuklar için de sık kullanılır, sırt ve göğüs bölgelerine sürülebilir ancak ağrı vereceği ve nefes almayı zorlaştıracığı için burun deliklerine sürülmemelidir (3). Deride herhangi bir irritasyon gelişirse derhal kullanımına son verilmelidir (6).

-*Mentol ve okaliptuslu esansiyel yağlar*: Nazal konjesyonu rahatlatır, lokal anestezi etkisi ile boğaz ağrısı ve öksürüğü hafifletir. Antimikrobiyal etkisi de vardır (41).

-*Sarımsak*: Hem soğuk algınlığından korunmada hem de antimikrobiyal etkisi ile soğuk algınlığı tedavisinde kullanılabilir (41).

-*Mentollü şekerler*: Bazı insanlar boğaz ağrısını rahatlattığını düşünürler (3).

-*Buhar inhalasyonu*: Yüze bir havlu örtüp gözleri kapatarak, sıcak su dolu bir kaptan buharın derin nefeslerle solunmasıdır. Mukolitik etki göstererek nazal konjesyonu azaltır. Sıcak suyun içine mentol, okaliptus, defne ya da çam yağı koyulması da burun pasajının açılmasına yardımcı olabilir (3). Buhar inhalasyonu her ne kadar nazal konjesyonda geçici bir rahatlama sağlasa da uzmanlar bunu etkili bir tedavi olarak kabul etmemektedirler (11).

Soğuk algınlığı tedavisinde, etkili olduğu yönünde bir sonuç bulunmayan bazı TAT uygulamaları tavsiye edilmiyor: Çin bitki tıbbı, hanımeli, sarımsak, yeşil çay, bal, hidroterapi (vücut yüzeyine sıcak ve soğuk su ile uyarı verilmesi), nazal irrigasyon, ginseng, vitamin E gibi (50).

Soğuk algınlığında kullanılan geleneksel olmayan TAT yöntemleri ise şunlardır (7):

-*Bol sıvı alımı*: Günde 8 bardak su ve/veya meyve suyu alımı tavsiye edilmektedir. Bu, burun ve boğazın kurummasını önleyerek mukus atılımını kolaylaştırır (9). Ayrıca terleme ve burun akıntısı yoluyla kaybedilen sıvıyı yerine koyabilmeyi sağlar (3).

-*Yatak istirahati*: Ateş ve ciddi öksürük varsa ya da semptomatik tedaviye rağmen halsizlik devam ediyorsa mümkünse evde kalıp istirahat edilmelidir. Böylece diğer insanların da enfekte olması önlenabilir (10). Ancak evde kalınmazsa iyileşmenin gecikeceği söylenemez (9).

-*Sağlıklı beslenme*: Düşük yağlı, yüksek lifli, bol meyve ve sebze (günde 5 porsiyon) içeren bir diyet önerilmektedir. Özellikle soğuk algınlığına yakalanan çocuklarda iştah kaybı sık görülür. Bu; normal bir durumdur ve birkaç gün içerisinde düzeler (3).

-*Çinko*: Antiviral etkisi in vitro olarak gösterilmiştir. Ayrıca immün sistemi güçlendirir. Çinko, en fazla istiridye gibi kabuklu deniz canlılarında, kırmızı ette, karaciğerde bulunur. Yüksek lifli gıdalar (tam tahıllı gevrekler) çinko emilimini inhibe eder (6). Soğuk algınlığında semptomatik tedavi için kullanılan oral ve nazal çinko formları vardır. Oral çinko, bulantı ve diğer gastrointestinal semptomlara neden olabilir. Uzun süre oral çinko kullanımı bakır eksikliğine sebep olabilir ve buna bağlı olarak üriner sistem enfeksiyonları artabilir ve immün sistem zayıflayabilir. İntranazal çinko ise uzun süreli ya da irreversibl anosmiye neden olabilir. 2009'da FDA, anosmi vakalarının kaydedilmesi üzerine soğuk algınlığı için intranazal çinko kullanımını durdurmaya yönelik uyarılarda bulunmuştur (50). Klinik araştırmaların 2011 yılında yapılan analizine göre; oral çinko semptomlar başladıktan sonraki ilk 24 saat içinde alınırsa soğuk algınlığının süresini ve ciddiyetini azaltmada etkili olacaktır (51). Çinko glukonat pastilleri, her 2 saatte bir 13-24 mg dozunda semptomlar devam ettiği sürece alınmalıdır ve toplam doz 150 mg'ı aşmamalıdır (6). Ayrıca analizde en az 5 ay düşük dozda oral çinko kullanımının çocuklarda soğuk algınlığına yakalanma sıklığını azaltacağı da kaydedilmiştir (51). Bazı çalışmalarda ise oral çinko kullanımının herhangi bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Çalışmalardaki bu çelişkili sonuçların sebebi; farklı formülasyonların ya da farklı dozların kullanılması ya da farklı bir virüsün etken olması olabilir (52). Sonuçlar güvenilir ve tutarlı olmadığı için soğuk algınlığı tedavisinde çinko önerilmez (7).

-*Ekinezya*: Bazı insanların soğuk algınlığı tedavisinde kullandığı bitkisel bir diyet takviyesidir (11). Mekanizması anlaşılamasa da immünostimülan etkisi olduğu düşünülmektedir (6). Yan etki olarak dispepsi, baş ağrısı, baş dönmesi ve alerjik reaksiyonlara (döküntü) neden olabilir (6,51). Ekinezya otoimmün hastalığı

olanlarda, HIV+ olanlarda, multipl skleroz ya da tüberkülozu olan hastalarda kontrendikedir. Çocuklarda, gebelerde ve immüsupresan ilaç kullananlarda ekinezya kullanılmamalıdır (6). Bazı ekinezya preparatlarının soğuk algınlığının süresini ve ciddiyetini azalttığı yönünde kısıtlı sayıda çalışma vardır (50). Klinik çalışmalarda kullanılan çok farklı türde ve formülde ekinezya kullanıldığı için, hangi türün hangi dozda soğuk algınlığında etkili olduğunu söylemek güçtür (7). Soğuk algınlığı tedavisinde ekinezya kullanımının etkili olup olmadığı ile ilgili kesin bir bilimsel veri yoktur (50).

-*Vitamin C*: Antioksidan etki gösterir (41). Yüksek dozda alınmadığı sürece güvenli kabul edilir (50). Yüksek dozda vitamin C alınırsa; diyare, demir yüklenmesi, böbrek taşları, bulantı, abdominal kramplar, gaz ve şişkinlik gibi yan etkiler ortaya çıkabilir (6). 2010 yılında 29 klinik araştırmanın sonuçlarından yapılan bir derlemeye göre; düzenli olarak günde en az 200 mg vitamin C kullananlarda soğuk algınlığına yakalanma sıklığında herhangi bir azalma meydana gelmez iken, semptomların süresi ve ciddiyetinde ‘ılımlı’ bir azalma saptanmıştır. Fakat maraton koşucuları, kayakçılar ve askerler gibi ağır egzersizler yapan bir grupta yapılan klinik araştırma sonucunda vitamin C kullanımı, soğuk algınlığına yakalanma sayısını yarı yarıya düşürmüştür (50). Vitamin C kullanımı, toplumda soğuk algınlığı insidansını azaltmaz (7).

-*Hava nemlendiricileri*: Ortama 40-47°C sıcaklık aralığında ve nemlendirilmiş hava veren cihazlar, soğuk algınlığında nazal konjesyon ve boğazdaki irritasyonu azaltmak için kullanılırlar (7,52). Klinik çalışmaların sonuçları kafa karıştırıcı olsa da, soğuk algınlığı semptomlarını rahatlatmada büyük ihtimalle fayda sağlar (7).

Türkiye’de Soğuk Algınlığı Semptomlarının Tedavisinde Kullanılan Geleneksel Yöntemler (Kocakarı İlaçları)

Türkiye’de TAT yöntemlerinin kullanımı ve sıklığı ile ilgili kesin bir veri yoktur (53).

Soğuk algınlığı ve öksürük için sık kullanılan bazı bitkiler şunlardır: ardıç, ebegümece, ekinezya, ıhlamur, karanfil, meyankökü, nane, okaliptus, papatya ve zencefil (54).

Soğuk algınlığına yakalanıldığında; nane, ıhlamur ve limon suyunun kaynatılarak içilmesi sık kullanılan bir geleneksel yöntemdir. Öksürük için sık kullanılan geleneksel yöntemler ise; birkaç gün boyunca her sabah bir yemek kaşığı bal ve limon suyunun karıştırılarak içilmesi, elma ve limon kabuğunun ıhlamur ile birlikte kaynatılarak içilmesi, çiğ maydonoz yenilmesi olarak sayılabilir. Boğaz enfeksiyonu için biber ve hububat alkolü pamuklu bir beze dökülerek boynun etrafı sarılır. Başağrısında; başın etrafı bir yazma ile sıkıca sarılır, kahve serpiştirilmiş patates dilimleri alın üzerine konur, limon dilimlenerek alna konur, şakaklara masaj yapılır. Yüksek ateş için; sirkeli su ile bütün vücut silinir, limon suyunun içine aspirin atılarak bir bezle tüm vücuda sürülür, eklem yerlerine hububat alkolü, aspirin ve birkaç damla zeytinyağından oluşan bir karışım sürülür (55).

Soğuk Algınlığı Komplikasyonları

Soğuk algınlığı vakalarının çoğunda ciddi hastalık ya da komplikasyon gelişmez. Soğuk algınlığına neden olan bazı virüsler, immün sistemi baskılayarak ya da havayolu bütünlüğünü bozarak yeni bir viral ya da bakteriyel enfeksiyona neden olabilirler (42).

Erişkin ve büyük çocuklarda en sık görülen soğuk algınlığı komplikasyonları sinüzit ve alt solunum yolu enfeksiyonları iken; çocuklarda en sık akut otitis media görülür (32).

Soğuk algınlığı komplikasyonları şunlardır (10,32):

-*Akut sinüzit (viral ve nadiren bakteriyel)*: Soğuk algınlığına yakalanan erişkinlerin ve büyük çocukların %0,5-2'sinde gelişir (3,32).

-*Akut otitis media*: Soğuk algınlığına yakalanan 5 yaş altı çocukların ortalama %20'sinde görülür. Ciddi kulak ağrısı, 38°C üzerinde ateş, grip benzeri semptomlar (bitkinlik, kusma, letarji gibi) ve bazı vakalarda işitme kaybı ile kendini gösterir (3).

-*Alt solunum yolu enfeksiyonları (toplum kökenli pnömoni ve akut bronşit)*: Persistan produktif öksürük ve nefes darlığı uyarıcı olabilir (3). Alt solunum yolu enfeksiyonu riskini arttıran faktörler olarak; ileri yaş, immün yetmezlik, altta yatan astım veya KOAH hastalığı ve aktif sigara içiciliği sayılabilir (32).

-*Astımı alevlendirebilir veya kötüleştirir* (32).

-*Streptokokal farenjit* (3)

-Küçük çocuklarda ve bebeklerde krup, bronşiolit ve pnömoni gelişme riski fazladır (32).

Soğuk Algınlığında Tıbbi Müdahale (Yardım) Gereken Durumlar

Soğuk algınlığı sırasında erişkinlerin derhal doktora başvurması gereken durumlar şunlardır:

- Yüksek ateş (39°C ve üzeri ateş) (3)
- Konfüzyon veya dizoryantasyon (3)
- Göğüste keskin ağrı (3)
- Kanlı-mukuslu balgam (3)
- Semptomların 3 haftadan daha uzun süredir devam etmesi (3)
- Sinüslerde ciddi ağrı (10)
- Astım ya da KOAH alevlenmesi (9)
- Reçetesiz ilaçlar kullanılmasına rağmen semptomlarda rahatlama olmaması (13)

Soğuk algınlığında anne ve babaların, çocuklarını derhal doktora götürmesini gerektiren durumlar ise şunlardır (3,10):

- Yenidoğan ve 3 aydan küçük bebeklerde 38°C ateş
- 40°C ve üzeri ateş
- Dehidratasyon bulguları gelişmesi (idrar çıkışında azalma, göz kürelerinde çökme gibi)
- 2 yaşından küçük çocuklarda 24 saatten uzun süren ateş
- 2 yaş üstü çocuklarda 3 günden uzun süren ateş
- Kusma veya karın ağrısı
- Sürekli huzursuzluk hali
- Kulak ağrısı (kulaklarını çekiştirme, asılma ve huzursuzluk hali)
- Ense sertliği
- Solunum güçlüğü
- Persistan öksürük
- Semptomların 10 günden uzun sürmesi, özellikle öksürükle birlikte yeşil, sarı ya da kahverengi balgam gelmesi veya ateşlenmesi

-3-4 günden uzun süren boğaz ağrısı ya da normal olmayan ciddi boğaz ağrısı olması

Soğuk Algınlığından Korunma

Soğuk algınlığına birçok farklı virüs türü neden olabildiği için, soğuk algınlığı için herhangi bir aşı geliştirilememiştir (10).

Soğuk algınlığından korunma ve yayılmasını önlemede kullanılan (önerilen) yöntemler şunlardır (3,10):

-Sık sık el yıkanmalı (su ve sabunla 15 saniye kadar, lavabo yoksa alkollü el dezenfektanları kullanılabilir)

-Mutfak, banyo ve tuvalet hijyenine özen gösterilmeli

-Çocukların oyuncakları düzenli olarak yıkanmalı

-Öksürürken ve hapşırırken her seferinde tek kullanımlık peçeteler kullanılmalı ve sonrasında eller yıkanmalı, peçete yoksa ağız avuç içi ile kapatılmalı

-Diğer aile üyeleri ile bardak, tabak, çatal, kaşık gibi eşyalar paylaşılmamalı

-İşte ya da evde kapı kolu, telefon, merdiven tırabzanları gibi ortak kullanılan objelerin temizliğine özen gösterilmeli (rhinovirüs cansız nesnelere üzerinde 3 saat kadar canlı kalabilir)

-Sağlıklı yaşama özen gösterilmeli (dengeli bir diyet, yeterli uyku, egzersiz, stresten uzak durma gibi) (56)

-Soğuk algınlığı olan kişi ile yakın temasta bulunulmamalı

-Özellikle kronik hastalığı olan kişiler soğuk algınlığına yakalanan kişilerden mutlaka uzak durmalı

Soğuk algınlığından korunmada kullanılan TAT yöntemleri ise şunlardır:

-*Ekinezya*: Bazı çalışmalarda ekinezyanın soğuk algınlığını önlediğine dair veriler elde edilse de bu konuda kesin bir bilimsel veri yoktur (56).

-*Vitamin C*: Yüksek dozda alınan C vitamininin soğuk algınlığını önlediğine dair kesin bir veri yoktur (56).

-*Probiyotikler*: Vücutta bulunan mikroorganizmalara benzeyen ve sağlık için faydalı olan 'iyi bakteri' türleridir. Yoğurt gibi besin takviyelerinde ve supozituar ve krem gibi ürünlerde bulunabilir. Uzun dönemde probiyotik kullanımının yan etkileri

konusunda çok az veri mevcuttur. Çoğu insan hafif gastrointestinal yan etkiler dışında probiyotikleri rahatlıkla kullanabilmektedir. Ancak altta yatan ciddi sağlık problemleri olanlar doktor gözetimi olmadan probiyotik kullanmaktan kaçınmalıdırlar (51). 2011 yılında 10 klinik çalışmanın sonuçlarından yapılan bir derlemede, probiyotiklerin soğuk algınlığından korunmaya yardımcı olabileceğine işaret edilmiştir, ancak kanıtlar zayıftır ve sonuçların kısıtlılıkları vardır (50).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, sistematik örnekleme yöntemine göre seçilen Denizli Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'nin (ASM) dahil edildiği yüz yüze anket uygulaması şeklinde yürütülen çok merkezli, kesitsel bir çalışmadır. Araştırma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 19.11.2013 tarih 15 sayılı kurul kararıyla onay alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra ASM'lerde çalışma yapabilmek için izni gerekli olan Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğüne 09.12.2013 tarihinde 29 sayılı belge ile başvuru yapılmıştır. Denizli Halk Sağlığı Müdürlüğünden 06.01.2014 tarihinde gerekli iznin çıkması sonucunda 07.01.2014 tarihinde çalışmaya başlanmıştır.

Tez çalışmamızın konusu ve tasarımı, 06.11.2013 tarihinde EGPRN (The European Research Network of General Practitioners)'nin çağrısı ile Avrupa çapında bir çok ülkenin dahil edildiği 'What do you do when having a common cold?' (Soğuk algınlığına yakalandığımızda ne yaparsınız?) isimli çalışmadan esinlenerek belirlenmiştir. Bu uluslar arası çalışmanın anket formları, iyi derecede İngilizce bilen ve TAT konusunda deneyimli bir kişi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiş, sahada pilot çalışması yapılmış, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Çalışmamızda hastalara ve doktorlara uygulanacak birbirinden farklı iki anket formu kullanılmıştır. Doktorlara uygulanacak anketler için örneklem seçilmeyip, tüm evrene [Denizli Merkez'deki tüm ASM'lerde (48 adet) çalışan tüm doktorlar (154 kişi)] ulaşılmıştır. Ankete katılmaları için doktorlardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hastalara uygulanacak anket için ise güç analizi (%95 güven ve %90 güç) yapılarak, Denizli Merkez'deki tüm ASM'ler arasından, rasgele sayılar tablosu kullanılarak on adet ASM belirlenmiştir. Bu on ASM'nin her birinden 50'şer hasta ile ardışık olarak görüşülerek toplamda 500 hasta verisi kaydedilmiştir. Hastalar, şikayetleri olup olmadığına ya da şikayetlerinin ne olduğuna bakılmaksızın, sözlü ve yazılı onam alınarak, yüz yüze görüşme metodu ile yapılan anket uygulamasına dahil edilmişlerdir. Hasta anketleri için rastgele sayılar tablosu ile belirlenen Denizli Merkez'deki on ASM'nin isimleri ise şunlardır: Bağbaşı Zümrütevler ASM, Pınarkent ASM, Şifabul ASM, Çamlık ASM, Yeşilyurt ASM, Munise Özcan ASM, Sevindik ASM, Çınar ASM, Zeytinköy ASM, Pamukkale ASM.

Araştırmamızın dışlama kriterleri ise; hasta ve/veya sağlam çocuklar (0-17 yaş), Türkçe bilmeyen yetişkinler (18 yaş ve üzeri) ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar ve doktorlar olarak belirlenmiştir.

EGPRN tarafından düzenlenen ve bizim tarafımızdan Türkçeye çevrilen anket formlarının son şeklinde, hastalar için yirmi beş ve doktorlar için yedi adet soru bulunmaktadır. Hastalara uygulanan anketlerde; sosyodemografik veriler, soğuk algınlığında reçetesiz ilaç kullanımı ve kullanılan ilaçlar, soğuk algınlığında geleneksel yöntem (TAT yöntemi) kullanımı ve kullanılan yöntemler, hastaların soğuk algınlığı hakkındaki bilgi düzeyleri ve soğuk algınlığı tedavisinde ilaç dışı yöntemler için yapılan harcamalar ile ilgili sorular bulunmaktadır. Doktorlara uygulanan anketlerde ise; sosyodemografik veriler, meslek süreleri, günlük hasta ve misafir hasta sayıları, soğuk algınlığı tedavisinde kendileri ve hastaları için kullandıkları yöntemler (tıbbi tedavi, geleneksel yöntemler gibi) gibi sorular bulunmaktadır. Yine doktorlara uygulanan anketlerde bulunan 2012 yılı toplam hasta sayısı ve yaş grubuna göre hasta sayılarını sorgulayan ve istatistik verilerini gerektiren iki soru, yeterli cevap sayısına ulaşamadığı için çalışmadan çıkarılmıştır.

Hem hastaların hem de doktorların yaş gruplarını kategorize etmek için CDC/NCHS tarafından yapılan ‘The 2000 Projected U.S. Population’ araştırmasında kullanılan yaş sınıflaması esas alınmıştır. Buna göre yaş sınıflaması 4 kategoriye ayrılmıştır: 18-24 (genç erişkin), 25-44 (erişkin), 45-64 (orta yaşlı), 65 ve üzeri (yaşlı).

Soğuk algınlığı tedavisinde reçetesiz ilaç kullanım sıklığını ortaya çıkarmak için reçetesiz satılan tabletler, boğaz pastilleri, boğaz spreyi, nazal dekonjestanlar, burun spreyleri ve damlaları ile okyanus suyu kullanımına verilen cevaplar tek tek incelenmiş ve bunlardan herhangi birini kullanan hastalar, ‘ reçetesiz ilaç kullanıyor’ olarak kaydedilmiştir.

Anket sorularında TAT yöntemi (geleneksel yöntemler) kullanımı ile ilgili genel bir soru (Herhangi bir TAT yöntemi kullanıyor musunuz?) bulunmamaktaydı. TAT yöntem kullanım sıklığını ortaya çıkarmak için, ilaç dışında kalan tüm yöntemlerin verileri incelendi ve bunlardan herhangi birini kullananlar ‘TAT yöntemi kullanıyor’ olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın hastalara yapılan anket için araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Hastalar soğuk algınlığının kendiliğinden geçebilen bir hastalık olduğunu biliyorlar mı?
- Hastalar soğuk algınlığına yakalandıklarında reçetesiz ilaç kullanıyorlar mı ve kullanıyorlarsa daha çok hangi grup ilaçları tercih ediyorlar?
- Hastalar soğuk algınlığına yakalandıklarında geleneksel yöntemlere başvuruyorlar mı ve başvuruyorlarsa hangi yöntemleri kullanıyorlar?
- Hastalar soğuk algınlığı tedavisi için kullandıkları yöntemleri(reçetesiz ilaç ve geleneksel yöntemler) kimlerden öğreniyorlar ve bu yöntemleri diğerlerine öneriyorlar mı?
- Hastaların soğuk algınlığı tedavisinde ilaç dışı yöntemlere yaptıkları harcamalar, ortalama kaç Türk Lirası'dır?

Bu çalışmanın aile hekimlerine yapılan anket için araştırma soruları ise aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

- Soğuk algınlığına yakalanan doktorlar geleneksel yöntemlere başvuruyorlar mı, başvuruyorlarsa daha çok hangi yöntemleri tercih ediyorlar ve bu yöntemleri hastalarına öneriyorlar mı?
- Soğuk algınlığı tedavisi için doktorların kendileri için kullandıkları ve hastalarına önerdikleri yöntemler arasında fark var mıdır?

Verilerin istatistiksel analizleri

Veriler SPSS 16.0 paket programıyla analiz edildi. Çalışmanın verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, yüzde) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmamıza, katılan 500 hastanın 272'sinin (%54,4) kadın ve 228'inin (%45,6) erkek olduğu saptadık. Hastaların yaş ortalamalarını 40.45 ± 13.61 (18-82 arası) olarak bulduk. Eğitim düzeyleri açısından 13'ünün (%2,6) okumamış, 152'sinin (%30,4) ilkokul, 81'inin (%16,2) ortaokul, 160'ının (%32,0) lise ve 94'ünün (%18,8) üniversite mezunu olduğu saptadık. Hastaların 155'inin (%31,0) sigara içmekte olduğunu, 345'inin (%69,0) ise sigara kullanmadığını (anketin yapıldığı dönemde) saptadık. Sağlık sigortası yönünden, hastaların 484'ünün (%96,8) SGK'lı, 3'ünün (%0,6) özel sigortalı ve 13'ünün (%2,6) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmadığını saptadık. Hastaların her gün kullandıkları ortalama ilaç sayısını $0,98 \pm 1,5$ olarak bulduk ve 296 (%59,2) hastanın düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanmadığını saptadık. Bazı kronik hastalıklar yönünden incelendiğimizde ise, hastaların 14'ünün (%2,8) kronik böbrek hastalığı, 52'sinin (%10,4) tip 2 diyabet, 27'sinin (%5,4) kronik ağrı/artrit, 34'ünün (%6,8) kalp hastalığı, 28'inin (%5,6) depresyon, 32'sinin (%6,4) astım/kronik bronşit, 81'inin (%16,2) hipertansiyon hastalığı olduğunu saptadık. Hastaların 16'sının (%3,2) doğum kontrol hapları, 34'ünün (%6,8) inme/MI için aspirin ve 1'inin de (%0,2) antikoagülan ilaçlar kullandığını saptadık. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve diğer bazı değişkenler **Tablo.3'**de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik verileri ve diğer bazı değişkenler

Değişken	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Yaş ortalaması	40.45 ± 13.61	
Cinsiyet:		
Kadın	272	54,4
Erkek	228	45,6
Eğitim düzeyi:		
Okumamış	13	2,6
İlkokul	152	30,4
Ortaokul	81	16,2

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik verileri ve diğer bazı değişkenler devamı

Lise	160	32,0
Üniversite	94	18,8
Sigara		
İçen	155	31,0
İçmeyen	345	69,0
Sağlık sigortası:		
SGK	486	96,8
Özel	3	0,6
Yok	13	2,6
Günlük alınan ortalama ilaç sayısı		
	0,98±1,5	
Kronik hastalıklar:		
Kronik böbrek yetmezliği	14	2,8
Tip 2 DM*	52	10,4
Kronik ağrı/artrit	27	5,4
Kalp hastalığı	34	6,8
Depresyon	28	5,6
Astım/kronik bronşit	32	6,4
HT**	81	16,2

*Tip 2 Diyabet(Diyabetes Mellitus)

**Hipertansiyon

Soğuk algınlığı tedavisi için reçetesiz ilaç kullanım (over-the-counter drug) sıklığını incelediğimizde, hastaların 311'inin (%62,2) evet ve 189'unun (%37,8) hayır cevabı verdiği saptadık. En çok tercih edilen reçetesiz ilaçları ise; 128 (%25,6) hasta ile boğaz spreyi, 126 (%25,2) hasta ile boğaz pastili, 107 (%21,4) hasta ile ağrı

kesiciler, 92 (%18,4) hasta ile soğuk algınlığı hapları ve 58 (%11,6) hasta ile ASA/Aspirin olarak belirledik. **Tablo 4'**de soğuk algınlığı tedavisi için reçetesiz ilaç kullanım sıklığı ve **Tablo 5'**de soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan reçetesiz ilaçlar ve bunların kullanım sıklığı görülmektedir.

Tablo 4. Soğuk algınlığı tedavisinde reçetesiz ilaç kullanım sıklığı

Reçetesiz ilaç kullanımı	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet, kullanıyorum	311	62,2
Hayır, kullanmıyorum	189	37,8

Tablo 5. Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan reçetesiz ilaçlar ve bunların kullanım sıklığı

Kullanılan ilaçlar	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Boğaz spreyi	128	25,6
Boğaz pastili	126	25,2
Ağrı kesiciler	107	21,4
Soğuk algınlığı hapları	92	18,1
ASA/Aspirin	58	11,6
Çeşitli burun damlaları/spreyleri	56	11,2
Öksürük şurubu	43	8,6
Okyanus suyu	36	7,2
Vitamin C	21	4,2
Nazal dekonjestanlar	19	3,8
Parasetamol	11	2,2
Çinko	4	0,8
İbuprofen	1	0,2
Kalsiyum	1	0,2
Diğer:	3	0,6
Gripin	3	0,6

Soğuk algınlığı tedavisi için reçetesiz olarak kullanılan boğaz pastili çeşitleri ve bunların sıklıkları **Tablo 6.** da gösterilmiştir.

Tablo 6. Reçetesiz olarak kullanılan boğaz pastili çeşitleri ve bunların sıklıkları

Boğaz pastili	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Naneli	61	12,2
Limonlu	38	7,6
Öksürük için pastil	24	4,8
Okaliptüslü	19	3,8
Tarçınlı	14	2,8
Adaçayı içeren	8	1,6
Bitkisel pastiller	7	1,4
Zerdeçal içeren	5	1,0
Diğer:	5	1,0
Portakallı	2	0,4
Zencefilli	2	0,4
Ballı zencefilli	1	0,2

Soğuk algınlığı tedavisi için reçetesiz ilaç kullanımı ile cinsiyet, yaş grubu ve soğuk algınlığının kendiliğinden iyileşmesi düşüncesi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptamadık ($p < 0,05$). Reçetesiz ilaç kullanma sıklığını, soğuk algınlığını çok ağır geçirmeyenlerde ve lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanlarda anlamlı olarak daha fazla bulduk ($p < 0,05$). **Tablo 7'**de reçetesiz ilaç kullanımı ile ilişkili değişkenler ve p değerleri gösterilmiştir.

Tablo 7. Reçetesiz ilaç kullanımı ile ilişkili değişkenler ve p değerleri

Değişkenler	Sıklık (sayı)	p
Reçetesiz ilaç kullanan toplam hasta sayısı	311	
Cinsiyet:		0,826
Kadın	168	

Tablo 7. Reçetesiz ilaç kullanımını ile ilişkili değişkenler ve P değerleri devamı.

Erkek	143	
Yaş grubu:		0,102
18-24	30	
25-44	186	
45-64	80	
65 ve üzeri	15	
Eğitim durumu:		
Okumamış	7	
İlkokul	78	
Ortaokul	49	
Lise	111	0,007*
Üniversite	66	0,007*
‘Soğuk algınlığı kendiliğinden geçer’	132	0,324
‘Soğuk algınlığı kendiliğinden geçmez’	139	0,324
‘Soğuk algınlığımı çok ağır geçiririm’	103	
‘Soğuk algınlığımı çok ağır geçirmem’	198	0,002*

*p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı)

Soğuk algınlığına yakalanıldığında herhangi bir TAT yöntemi (geleneksel yöntem) kullanım sıklığını incelediğimizde, hastaların 480’inin (%96,0) herhangi bir TAT yöntemine başvurduğunu ve 20’sinin (%4,0) hiçbir TAT yöntemi kullanmadığını saptadık. TAT yöntemi kullanan hastaların; 382’sinin (%76,4) yiyecek-içecek, 364’ünün (72,8) bitki çayları, 20’sinin (%4,0) alkollü içecekler, 111’inin (%22,2) inhaler yöntemler, 138’inin (%27,6) vücut yüzeyi uygulamaları ve 358’inin (%71,6) diğer TAT yöntemlerini (yatak istirahati, dua etme, sıcak banyo, baldırlara masaj gibi) kullandığını saptadık. **Tablo 8**’de soğuk algınlığı tedavisi için

herhangi bir TAT yöntemi kullananların sıklığı ve **Tablo 9**'da tercih edilen TAT yöntemleri ve bunların kullanım sıklıkları gösterilmiştir.

Tablo 8. Soğuk algınlığı tedavisinde TAT yöntem kullanım sıklığı

TAT yöntem kullanımı	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet, kullanıyorum	480	96,0
Hayır, kullanmıyorum	20	4,0

Tablo 9. Soğuk algınlığı tedavisi için tercih edilen TAT yöntemleri ve bunların kullanım sıklıkları

Tercih edilen TAT yöntemi	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Yiyecek-içecek	382	76,4
Bitki çayı	364	72,8
Yatak istirahati	254	50,8
Özel tarifler hazırlama	241	48,2
Sıcak banyo	146	29,2
Vücut yüzeyi uygulamaları	138	27,6
İnhaler yöntem	111	22,2
Dua etme	104	20,8
Sıcak tutan kıyafetler	73	14,6
Boğaz için gargaralar	48	9,6
Burun 'yıkama'	41	8,2
İşten izin/rapor alma	29	5,8
Sıcak su şişeleri koyma	28	5,6
Alkollü içecekler	20	4,0
Pencereleri açma	19	3,8
Elektrikli battaniye	13	2,6
Soğuk duş	10	2,0
Baldırlara masaj	4	0,8
İhlamurlu sıcak banyo	3	0,6

Soğuk algınlığı tedavisi için TAT yöntemlerinden yiyecek-içecek tercih edenlerin özellikle hangi yiyecekleri tercih ettiği **Tablo 10**'da görülmektedir.

Tablo 10. Soğuk algınlığında TAT yöntemi olarak kullanılan yiyecek-içecekler

Yiyecek-içecek	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Portakal(suyu)	163	32,6
Limon(suyu)	156	31,2
Bol meyve	152	30,4
Bol su	80	16,0
Mandalina	65	13,0
Tavuk çorbası	60	12,0
Bal	43	8,6
Bol sebze	40	8,0
Sarımsak	39	7,8
Mercanköşk	39	7,8
Diğer:	58	11,6
Tarhana çorbası	43	8,6
Her çeşit çorba	7	1,4
Yayla çorbası	2	0,4
İşkembe çorbası	1	0,2
Kabak	1	0,2
Nar suyu	1	0,2
Soğan	1	0,2
Havuç	1	0,2
Muz	1	0,2

Soğuk algınlığı tedavisinde TAT yöntemi olarak sıklıkla kullanılan bitki çayları **Tablo 11.** de görülmektedir.

Tablo 11. Soğuk algınlığında TAT yöntemi olarak kullanılan bitki çayları

Bitki çayları	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Ihlamur	217	43,4
Adaçayı	196	39,2
Kekik	145	29,0
Nane	111	22,2
Papatya	58	11,6
Zencefil	55	11,0
Tarçın	50	10,0
Karışık bitki çayları	46	9,2
Siyah çay	40	8,0
Defne	21	4,2
Ekinezya	5	1,0
Sarı kantaron	2	0,4
Okaliptüs	1	0,2
Diğer:	37	7,4
Mercanköşk	7	1,4
Kuşburnu	6	1,2
Kereviz tohumu	6	1,2
Ayva yaprağı	4	0,8
Biberiye	4	0,8
Karanfil	2	0,6
Hindistan cevizi	2	0,4
Yeşil çay	1	0,2
Zerdeçal	1	0,2
Rezene	1	0,2
Keçi boynuzu	1	0,2
Dağ çayı	1	0,2

Soğuk algınlığına yakalanıldığında tercih edilen alkollü içecekler **Tablo 12'**de görülmektedir.

Tablo 12. TAT yöntemi olarak tercih edilen alkollü içecekler

Alkollü içecekler	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Rakı	12	2,4
Sıcak ve baharatlı şarap	4	0,8
Rom eklenmiş çay	4	0,8
Kehribarlı içki	1	0,2
Açıklanmadı*	2	0,4

*Soğuk algınlığı için alkollü içecek kullandığını belirtti ancak içeceğin adını vermek istemedi.

Soğuk algınlığına yakalanıldığında tercih edilen özel tarifler **Tablo 13**'de görülmektedir. Tariflerin çoğu kişiye özel ve tek olduğu için burada en sık kullanılanlar gösterilmiştir.

Tablo 13. TAT yöntemi olarak tercih edilen özel tarifler

Özel tarif	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Nane limon	89	17,8
Limonlu ve ballı sıcak su	71	14,2
Ballı sıcak süt	50	10,0
Elma kabuğundan çay	16	3,2
Şekerli siyah turp	8	1,6
Tereyağlı sıcak süt	3	0,6
Nane ve limon ile hazırlanan diğer tarifler*	15	3,0
Tarçın ve/veya zencefil ile hazırlanan tarifler**	13	2,6
Elma kabuğu ile hazırlanan diğer tarifler***	6	1,2
Bal ve/veya karabiber ile hazırlanan tarifler****	27	5,4

* Nane ve limon ile hazırlanan diğer özel tariflerde nane limonun içine mercanköşk, bal ve/veya karabiber, adaçayı, maydanoz ve kekik ilave edildiği saptandı.

**Tarçın ve/veya zencefil ile hazırlanan tarifler şu şekildedir:

- Tarçın, zencefil ve kekik limon suyuna eklenir.
- Zencefil ve bal limon suyuna eklenir.
- Tarçın, bal ve karabiber karıştırılarak yenir ya da sıcak suda bekletilip içilir.
- Zencefil, bal ve tarçın karıştırılarak yenir ya da sıcak suda bekletilip içilir.
- Tarçın ve zencefil limon suyuna eklenerek içilir gibi.

***Elma kabuğu ile hazırlanan tarifler şunlardır:

- Elma ve portakal kabukları ile birlikte kaynatılıp içine karanfil, zencefil ve tarçın eklenir.
- Elma kabuğu, ayva yaprağı ve havuç birlikte kaynatılır.
- Elma kabuğu ile kaynatılıp içine bal, karabiber ve limon suyu eklenir.
- Elma kabuğu ve ıhlamur kaynatılıp içine limon suyu eklenir.
- Elma ve portakal, kabukları ile birlikte ayva yaprağı, biberiye, defneyaprağı ve ıhlamur ile kaynatılır gibi.

****Bal ve/veya karabiber ile hazırlanan özel tarifler ise şunlardır:

- Ballı ıhlamur, siyah turp oyulup içine bal katılır ve 1 gün bekletildikten sonra yenir.
- Sıcak süt, siyah çay veya sıcak suya bal ve/veya karabiber eklenir.
- Karabiber, bal veya pekmez ile karıştırılarak yenir.
- Kekik ve mercanköşk kaynatılıp bol karabiber eklenir gibi.

Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan diğer TAT yöntemleri **Tablo 14**'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan diğer TAT yöntemleri

TAT yöntemi	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
İnhaler yöntemler:	111	22,2
Hava nemlendiricisi	13	2,6
Okaliptüs(yağı)	2	0,4
Nane	32	6,4
Bir kaptan su buharı soluma	42	8,4

Tablo 14. Soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan diğer TAT yöntemleri devamı.

Tuzlu su	14	2,8
Defne(yağı)	1	0,2
Papatya	3	0,6
Yağlı esanslar	7	1,4
Bir kaba sıcak su ve mentollü krem koyup soluma	14	2,8
Bir kaba sıcak su, kekik ve adaçayı koyup koklama	1	0,2
Bir kaba sıcak su ve meyve kabukları koyup koklama	1	0,2
Mendile mentollü krem sürüp koklama	1	0,2
Soğan soyup koklama	1	0,2
Açıklanmadı*	1	0,2
Boğaz için gargaralar:	48	9,6
Tuzlu su ile gargara	31	6,2
Papatya suyu ile gargara	2	0,4
Adaçayı ile gargara	17	3,4
Tuz ve soda ile gargara	1	0,2
Sirke ile gargara	1	0,2
Hazır naneli gargaralar	5	1,0
Açıklanmadı*	2	0,4
Vücut yüzeyi uygulamaları:	138	27,6
Sırtta bardak çekme	16	3,2
Alkolle göğsü ovma	3	0,6
Mentollü krem	106	21,2
Bitki yağları ile göğsü ovma	22	4,4

*Bir TAT yöntemi kullandığını ancak açıklamak istemediğini belirten kişileri ifade etmek için kullandık.

Soğuk algınlığı tedavisi için TAT yöntemlerine başvurma sıklığını kadın cinsiyette, soğuk algınlığını çok ağır geçirenlerde, soğuk algınlığının kendiliğinden geçmeyeceğini düşünenlerde ve reçetesiz ilaçlara başvuranlarda anlamlı olarak daha fazla saptadık ($p<0,05$). TAT yöntemlerine başvurma sıklığı ile sigara kullanımı, yaş, eğitim durumu ve diyabet hastası olma arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık ($p>0,05$). **Tablo 15'**de TAT yöntemi kullanan hastalarla ilgili bazı değişkenler ve p değerleri gösterilmiştir.

Tablo 15. TAT yöntemi kullanan hastalarla ilgili bazı değişkenler ve p değerleri.

Değişkenler	Sıklık (sayı)	p
TAT yöntemi kullanan toplam hasta sayısı	480	
Cinsiyet:		
Kadın	266	0,025*
Erkek	214	
Yaş grupları:		0,863
18-24	52	
25-44	266	
45-64	134	
65 ve üzeri	28	
Eğitim durumu:		0,362
Okumamış	12	
İlkokul	150	
Ortaokul	77	
Lise	152	
Üniversite	89	

Tablo 15. TAT yöntemi kullanan hastalarla ilgili bazı değişkenler ve p değerleri devamı.

Reçetesiz ilaç kullananlar	304	0,001*
Reçetesiz ilaç kullanmayanlar	176	
‘Soğuk algınlığı kendiliğinden geçer’	198	
‘Soğuk algınlığı kendiliğinden geçmez’	211	0,037*
‘Soğuk algınlığını ağır geçiririm’	137	0,034*
‘Soğuk algınlığını çok ağır geçirmem’	324	
Diyabetes Mellitus hastası olma	50	0,952

*p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı)

Soğuk algınlığı tedavisinde, bu çalışmada da görüldüğü gibi hastalar sıklıkla TAT yöntemlerine başvurmaktadır. **Tablo 16’**da hastaların bu TAT yöntemlerini kimlerden öğrendikleri gösterilmiştir.

Tablo 16. Hastaların TAT yöntemlerini öğrendikleri kişiler ve bunların sıklıkları

TAT yöntemini öğreten	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Anne baba	332	66,4
Diğer aile büyükleri	92	18,4
Doktor	81	16,2
Arkadaşlar/komşular	73	14,6
Gazete/ internet	67	13,4
Eczacı	14	2,8

Soğuk algınlığı tedavisinde TAT yöntemlerini kullanan hastaların 249’unun (%49,8) bu yöntemleri etrafındakilere önerdiğini ve 203’ünün (%40,6) ise

önermediğini saptadık. **Tablo 17**'de TAT yöntemi kullanan hastaların etrafındakilere bu yöntemleri önerme durumu gösterilmiştir.

Tablo 17. TAT yöntemlerini etrafındakilere önerme durumu

Tavsiye etme durumu	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet	249	49,8
Hayır	203	40,6
Bilmiyorum	48	9,6

Soğuk algınlığı bilindiği üzere kendiliğinden geçebilen bir hastalıktır. Hastaların 212'sinin (%42,4) soğuk algınlığının kendiliğinden geçebileceği fikrine katıldığını, 215'inin (%43,0) ise katılmadığını saptadık. **Tablo 18**'de hastaların bu konudaki bilgi düzeyleri gösterilmiştir.

Tablo 18. Hastaların soğuk algınlığının kendiliğinden geçme durumu konusundaki bilgi düzeyleri

Soğuk algınlığı kendiliğinden geçebilir	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet, katılıyorum	212	42,4
Hayır, katılmıyorum	215	43,0
Bilmiyorum	73	14,6

Hastaların soğuk algınlığı için bitki toplayıp kullanma durumları sorgulandığımızda, 105'inin (%21,0) bitki toplayıp kullandığını ve 395'inin (%79,0) ise bitki toplamadığını saptadık.

Hastaların 138'inin (%27,6) soğuk algınlığını çok ağır geçirdiğini, 343'ünün (%68,6) çok ağır geçirmediğini ve 19'unun (%3,8) ise bilmediğini tespit ettik. **Tablo 19**'da hastaların soğuk algınlığını ne kadar ağır geçirdikleri ile ilgili düşünceleri gösterilmiştir.

Tablo 19. Hastaların soğuk algınlığını ağır geçirme durumları ile ilgili ifadeleri

Soğuk algınlığını çok ağır geçiririm	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet	138	27,6
Hayır	343	68,6
Bilmiyorum	19	3,8

Hastalara en son soğuk algınlığına yakalandıklarında ilaç dışı yöntemler için yaptıkları harcamaların tutarları ile ilgili durumları **Tablo 20**'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Hastaların en son soğuk algınlığına yakalandıklarında TAT yöntemleri için yaptıkları harcamaların tutarları

Harcama tutarları	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Bilmiyorum/hatırlamıyorum	323	64,6
0-5 TL	107	21,4
6-10 TL	70	14,0

Soğuk algınlığı tedavisi için hastaların 304'ünün (%60,8) hem reçetesiz ilaçlar kullandığını hem de herhangi bir TAT yöntemine başvurduğunu, 13'ünün (%2,6) ise her 2 yönteme de başvurmadığını saptadık. Reçetesiz ilaçları alıp kullanan 311 (%62,2) hastanın 7'sinin herhangi bir TAT yöntemi kullanmadığını, herhangi bir TAT yöntemine başvuran 480 hastanın (%96,0) ise 176'sının ise reçetesiz ilaçlara başvurmadığını saptadık. Reçetesiz ilaç ve/veya TAT yöntem kullanımı sıklığı ile ilgili veriler **Tablo 21**'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Soğuk algınlığı tedavisinde hastaların reçetesiz ilaç ve/veya TAT yöntem kullanımı sıklığı

Başvurulan yöntem	Sıklık (sayı)
Reçetesiz ilaç kullananlar	311
Reçetesiz ilaç kullanıp TAT yöntemi kullanmayanlar	7
Herhangi bir TAT yöntemi kullananlar	480

Tablo 21. Soğuk algınlığı tedavisinde hastaların reçetesiz ilaç ve/veya TAT yöntem kullanımını sıklığı devamı.

TAT yöntemi kullanıp reçetesiz ilaç kullanmayanlar	176
Reçetesiz ilaç+TAT yöntemi kullananlar	304
Hiçbir yöntem kullanmayanlar	13

Soğuk algınlığı tedavisinde bitki çayı hazırlayan 364 hastanın 135'inin erkek ve 229'unun kadın olduğunu saptadık ve bitki çayı hazırlayanların çoğunun (204) 25-44 yaş grubunda olduğunu bulduk. Bitki çayı hazırlayan bu 364 hastanın 118'inin ilkokul, 111'inin lise, 65'inin üniversite, 58'inin ortaokul düzeyinde eğitim aldığını ve 12'sinin ise okumamış olduğunu saptadık. Bitki çayı hazırlayan hastaların 264'ünün sigara içtiğini, geri kalan 100'ünün ise sigara içmediğini tespit ettik. Bitki çayı hazırlayan hastaların 212'sinin soğuk algınlığına yakalandıklarında hazırladıkları özel bir tarifleri bulunduğunu, 152'sinin ise herhangi bir tariflerinin olmadığını saptadık. Soğuk algınlığı tedavisi için bitki çayı hazırlama ile kadın cinsiyette olma, sigara kullanmama, özellikle tercih edilen yiyecek/içeceğin olması ve özel bir tarifin olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık ($p<0,05$). Bitki çayı hazırlayan hastaların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler ve p değerleri **Tablo 22'**de gösterilmiştir.

Tablo 22. Bitki çayı hazırlayan hastaların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler ve p değerleri

Değişkenler	Sıklık (sayı)	p
Bitki çayı hazırlayan toplam hasta sayısı	364	
Cinsiyet:		
Kadın	229	0,000*
Erkek	135	
Eğitim durumu:		0,204
Okumamış	12	

Tablo 22. Bitki çayı hazırlayan hastaların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler ve p değerleri devamı.

İlkokul	118	
Ortaokul	58	
Lise	111	
Üniversite	65	
Sigara içenler	264	
Sigara içmeyenler	100	0,005*
Özel tarifi bulunanlar	212	0,000*
Özel tarifi olmayanlar	152	
Yaş grupları:		0,950
18-24	36	
25-44	204	
45-64	100	
65 ve üzeri	22	
Reçetesiz ilaç kullananlar	235	0,075
Reçetesiz ilaç kullanmayanlar	129	
Yiyecek/içecek tercihi olan	296	0,000*
Yiyecek/içecek tercihi olmayan	68	

*p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı)

Denizli Merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 154 doktordan 121'inin (%78,6) anket çalışmamıza katıldığını ve 33'ünün (%21,4) çeşitli nedenlerden dolayı katılmadığını saptadık. Ankete katılmayan bu 33 doktordan 15'inin (%9,7) izinli olduğunu, 14'ünün (%9,1) katılmak istemediğini, 3'ünün (%1,9) görevli olduğunu ve

1'inin (%0,6) eğitimde olduğunu tespit ettik. **Tablo 23'**de doktorların ankete katılma durumları gösterilmiştir.

Tablo 23. Doktorların ankete katılma durumları

Ankete katılma durumu	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Ankete katılan	121	78,6
Ankete katılmayan:	33	21,4
Katılmak istemeyen	14	9,1
İzinli	15	9,7
Görevli	3	1,9
Eğitimde	1	0,6

Ankete katılan 121(%78,6) doktorun 73'ünün (%47,4) 45-64 yaş grubunda ve 48'inin (%31,2) 25-44 yaş grubunda olduğunu saptadık. Ankete katılan doktorların 36'sının (%23,4) kadın ve 85'inin (%55,2) erkek olduğunu; 89'unun (%57,8) 6-15 yıldır, 29'unun (%18,8) 0-5 yıldır ve 3'ünün (%1,9) ise 16-25 yıldır şu anda görev yaptığı ASM'de çalıştığını saptadık. Ankete katılan doktorların 74'ünün (%61,2) 4 ve daha az, 47'sinin (%38,8) ise 5 ve daha fazla doktor ile birlikte görev yapmakta olduklarını saptadık. Doktorların 50'sinin (%41,3) günde ortalama 61-80 ve 49'unun (%40,5) ise 41-60 hasta muayene ettiklerini saptadık. Doktorların 119'unun (%98,3) misafir hastaları olduğunu, sadece 2'sinin (%1,7) misafir hastaları olmadığını saptadık. **Tablo 24'**de çalışmamıza katılan 121 doktorun demografik verileri ve diğer bazı değişkenler gösterilmiştir.

Tablo 24. Ankete katılan doktorların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler

Değişkenler	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Cinsiyet:		
Kadın	36	23,4
Erkek	85	55,2

Tablo 24. Ankete katılan doktorların demografik verileri ve diğer bazı değişkenler devamı.

Yaş grupları:		
25-44 yaş	48	39,7
45-64 yaş	73	60,3
Bulunduğu ASM'deki görev süresi:		
0-5 yıl	29	24,0
6-15 yıl	89	73,6
16-25 yıl	3	2,5
ASM'deki doktor sayısı:		
1-4 doktor	71	61,2
5-8 doktor	47	38,8
Günde muayene edilen hasta sayısı:		
10 ve daha az hasta	1	0,8
16-25 hasta	1	0,8
26-40 hasta	5	4,1
41-60 hasta	49	40,5
61-80 hasta	50	41,3
81 ve üzeri hasta	15	12,4
Misafir hasta:		
Evet	119	98,3
Hayır	2	1,7
Hastaların % kaçını misafir*:		
% 1-10'u	73	60,3
% 11-20'si	20	16,5
% 21-30'u	20	16,5
% 31-40'ı	6	5,0

*30 (%24,8) doktor misafir hastalarının toplam hastalarının %5'i olduğunu ve 28 (%23,1) doktorun ise misafir hastalarının toplam hastalarının %10'u olduğunu belirtti.

Çalışmamıza katılan 121 doktordan 103'ünün (%85,1) soğuk algınlığı tedavisi için hastalarına çeşitli TAT yöntemleri önerdiğini, 100'ünün (%82,6) de soğuk algınlığına yakalandıklarında çeşitli TAT yöntemlerine başvurduklarını saptadık. **Tablo 25** ve **Tablo 26**'da doktorların soğuk algınlığı tedavisi için hastalarına TAT yöntemleri önerme durumları ve kendileri soğuk algınlığına yakalandıklarında TAT yöntemlerine başvurma durumları gösterilmiştir.

Tablo 25. Soğuk algınlığı tedavisi için doktorların hastalarına TAT yöntemi önerme durumları

TAT yöntemi önerme durumu	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet, öneriyorum	103	85,1
Hayır, önermiyorum	18	14,9

Tablo 26. Soğuk algınlığına yakalanan doktorların TAT yöntemlerine başvurma durumları

TAT yöntemi kullanma durumları	Sıklık (sayı)	Sıklık (%)
Evet, kullanıyorum	100	82,6
Hayır, kullanmıyorum	21	17,4

Soğuk algınlığı tedavisi için herhangi bir TAT yöntemini hem kendisi için kullanan hem de hastalarına bu yöntemleri öneren 96 doktor olduğunu saptadık. Doktorların 14'ünün ise ne kendisinin TAT yöntemlerini kullandığını ne de hastalarına TAT yöntemi önerdiğini saptadık. **Tablo 27**'de doktorların TAT yöntemlerine başvurma ve bunları hastalarına önerme durumları gösterilmiştir.

Tablo 27. Doktorların TAT yöntemlerine başvurma ve bunları hastalarına önerme durumları

TAT yöntemi kullanma/önerme durumu	Sıklık (sayı)
Hem kullanıyorum hem de öneriyorum	96
Ne kullanıyorum ne de öneriyorum	14
Kullanıyorum ancak önermiyorum	4
Öneriyorum ancak kullanmıyorum	7

Doktorların soğuk algınlığı tedavisinde hem kendilerinin kullandıkları hem de hastalarına önerdikleri yöntemleri; TAT yöntemleri, ilaç tedavileri ve ‘bekle gör’ olarak üç grupta sınıflandırdık. **Tablo 28**’de soğuk algınlığı tedavisinde doktorların kendileri için kullandıkları ve hastalarına önerdikleri yöntemler ve bunların sıklıkları gösterilmiştir.

Tablo 28. Soğuk algınlığı tedavisinde doktorların kendileri için kullandıkları ve hastalarına önerdikleri yöntemler ve bunların sıklıkları

Tedavi yöntemleri	Doktor sıklık (sayı)	Hastasına öneren sıklık (sayı)
Bekle gör	9	4
İlaç tedavileri:	89	112
Semptomatik tedavi	87	110
Antiviral tedavi	2	3
Antibiyotik tedavisi	0	2
Boğaz pastili	2	1
Hazır gargaralar	1	1
Okyanus suyu	1	1
TAT yöntemleri:	100	103
İstirahat	60	77
Bol sıvı alımı	44	51
Beslenmeye özen gösterme	19	29

Tablo 28. Soğuk algınlığı tedavisinde doktorların kendileri için kullandıkları ve hastalarına önerdikleri yöntemler ve bunların sıklıkları devamı.

Sıvı ve gıda takviyesi	7	5
Bitki çayları hazırlama*	36	11
Özel tarif hazırlama**	17	2
Maske kullanımı	1	0
Sıcak tutan kıyafetler giyme	1	0
Terleme	1	1
Düzenli uyku	0	1
Korunma önerileri	0	2
Vücut yüzeyi uygulamaları:		
Mentollü krem	1	0
Nane ve okaliptüs yağı	1	0
Özellikle tercih edilen yiyecek:		
Limon	1	0
Kivi	0	1
Acılı tarhana çorbası	1	0

*Bitki çayı olarak doktorların 31'inin karışık bitki çayları, 4'ünün ıhlamur ve 2'sinin de adaçayı kullandıklarını saptadık. Ayrıca doktorların, bitki çayı olarak hastalarına sadece karışık bitki çaylarını (11 doktor) önerdiklerini tespit ettik.

**Doktorların kendileri için kullandıkları özel tariflerde en sık kullandıkları malzemelerin bal ve zencefil olduğunu saptadık. Kullandıkları tarifleri ise şu şekilde sıralamayı tercih ettik:

- Bal, zencefil ve limon suyunun ılık suda bekletip içilmesi
- Ballı ıhlamur içilmesi
- ıhlamur, adaçayı ve hibisküsün ılık suda bekletilerek içilmesi
- Çörek otu, zencefil ve balın karıştırılarak yenmesi
- Limon, bal ve zencefilli çay
- Nane limon kaynatıp içine bal ve zencefil ekleyerek içilmesi
- Zencefilli ıhlamur
- Zencefil ve meyan kökünü ılık suda bekletip içine bal ekleyerek içilmesi

- Nane limon içilmesi
- Karabiber ve balın karıştırılarak yenmesi
- Siyah turpu oyup içine bal kattıktan sonra bir gece bekletip yenmesi
- Çörek otu yağı içilmesi
- Limonlu çay

Doktorların hastalarına önerdikleri özel tarifler ise şu şekilde sıraladık: Çörek otu, zencefil ve balı karıştırıp yemek, nane limon ve zencefilli çay.

TARTIŞMA

Dünya genelinde reçetesiz ilaçlar ve çeşitli TAT yöntemleri ile kendi kendini tedavi etme metodu, yararları ve zararları ile en çok tartışılan konulardan birisidir. Yapılan çalışmalarda kendi kendini tedavi etme metodunun en çok minör ve toplumda sık görülen sağlık problemleri için kullanıldığı gösterilmiştir (57-67).

Çalışmamızda hastaların yaklaşık %62'sinin soğuk algınlığına en son yakalandığında reçetesiz ilaçlar kullandığını saptadık. ABD'de yapılan bir çalışmada soğuk algınlığı için reçetesiz ilaç kullanım prevalansı %56 olarak, Hindistan'da üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da %57,8 olarak bildirmiştir (58,61). Yine 2000 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada reçetesiz ilaç kullanım prevalansı %45 olarak bulunmuştur (68). Bu veriler bizim sonuçlarımız ile uyumludur.

'W.S.M.I (The World Self Medication Industry) tarafından 2008 yılında hazırlanan raporda sık karşılaşılan sağlık problemleri (baş ağrısı, soğuk algınlığı, gastrointestinal hastalıklar, kas ağrıları gibi) için reçetesiz ilaç kullanma prevalansları; ABD'de %33, İngiltere, İspanya ve İsveç'te %24, Almanya'da %28 ve Güney Afrika'da %37 olarak bildirilmiştir (57). 2001 yılında yapılan bir çalışmaya göre ABD'de bir önceki yılda reçetesiz ilaç kullanma prevalansı %77 ve 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise bu oran %35 olarak saptanmıştır (58,91,108). 2002 yılında NCPIE (The National Council on Patient Information and Education) tarafından yapılan çalışmada ise son 6 ayda ABD'de en az bir reçetesiz ilaç kullanım sıklığı %59 olarak bildirilmiştir (59). İngiltere'de yapılan çalışmalarda minör sağlık problemleri için reçetesiz ilaç kullanma sıklığı ise çok daha düşük (%24) olarak saptanmıştır (65).

Çalışmamızda hastaların soğuk algınlığı tedavisinde en sık kullandığı reçetesiz ilaçlardan biri olan analjeziklerin kullanım prevalansını %21 olarak saptadık. Slone Survey çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (58). Yine ABD'de annelerle yapılan bir çalışmada da soğuk algınlığı tedavisinde tüm etnik gruplarda en çok kullanılan reçetesiz ilaçlar analjezikler olarak bildirilmiştir (69). Hindistan'da ve Arabistan'da yapılan çalışmalarda ise daha yüksek (%75 ve %70) oranlar bildirilmiştir (61). Ali ve arkadaşlarının sağlık sektörü çalışanları ile

yaptıkları çalışmada ise reçetesiz olarak en sık kullanılan ilaçların analjezikler olduğu saptanmıştır (70).

Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanım sıklığı ile yaş ve cinsiyet parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Lise ve üzeri düzeyde eğitim alanlarda ve soğuk algınlığını çok ağır geçirdiğini düşünenlerde ise reçetesiz ilaç kullanım sıklığı anlamlı olarak daha fazla bulundu. 2002 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada ise kadınların reçetesiz ilaç kullanım sıklığı erkeklerden anlamlı olarak daha fazla bildirilmiştir (58). Yapılan çalışmalarda, bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyi yüksek olanlarda reçetesiz ilaç kullanım sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir (57,71).

Çalışmamızda soğuk algınlığı tedavisi için herhangi bir TAT yöntemi kullananların sıklığını %96 olarak saptadık. Dünya üzerinde birçok çalışmada buna benzer yüksek TAT kullanma oranları bildirilmiştir. Singapur’da yapılan bir çalışmada %93, Kanada ve Avusturya’da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda sırasıyla %70 ve %81 ve ABD’de birinci basamak sağlık hizmeti için başvuran hastalarda %50 oranında herhangi bir TAT yöntemi kullanıldığı saptanmıştır (72-74).

On beş ülkede yapılan çalışmaların bir derlemesinde ise dünya genelinde bir yılda TAT kullanım prevalansının %9,8–76 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır (75). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının kırsal bölgede yaşayan yaşlılarla yaptıkları bir çalışmada yaşlıların %65’inin soğuk algınlığı tedavisi için geleneksel yöntemlere başvurdukları bildirilmiştir (76). Türkiye’de yapılan araştırmalarda Araz ve Bülbül ebeveynlerin %72’sinin kendileri ve %59’unun çocukları için, Aydın ve arkadaşları katılımcıların %58’inin kendileri ve %27’sinin çocukları için ve Tan ve arkadaşları ise katılımcıların %70’inin bir önceki yılda herhangi bir TAT yöntemi kullandığı rapor edilmiştir (77-79). Ben-Arye ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bir önceki yılda TAT yöntemi kullanım prevalansı %45 olarak bulunmuştur (80). ABD’de yapılan çalışmalarda erişkinlerde TAT yöntem kullanım sıklığının %30-62 arasında değiştiği bildirmiştir (81). Almanya’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %40’ının herhangi bir TAT yöntemi kullandığı saptanmıştır (82). MONICA projesinin sonuçlarına göre son 2 hafta içinde herhangi bir TAT yöntem kullanım prevalansı %30 olarak bulunmuştur (83). 2007 NHIS verilerine göre ise son

1 yılda erişkinlerin herhangi bir TAT yöntemi kullanma prevalansı %38 iken solunum yolları enfeksiyonlarının tedavisi için herhangi bir TAT yöntemi kullanım prevalansı ise bizim çalışmamıza göre hayli düşük (%2) olarak saptanmıştır (26). Güney Kore’de yapılan bir klinik derlemede, TAT yöntem kullanım prevalansının %29-83 arasında değiştiği bulunmuştur (84).

Çalışmamızda TAT yöntem kullanım sıklığı kadın cinsiyette olanlarda, reçetesiz ilaç kullananlarda, ‘soğuk algınlığının kendiliğinden geçebilen bir hastalık’ olduğunu düşünenlerde ve ‘soğuk algınlığını çok ağır geçirdiğini’ düşünenlerde anlamlı olarak daha yüksekti; yaş, eğitim durumu ve DM hastası olma ile TAT yöntem kullanım sıklığı arasında ise anlamlı bir ilişki saptamadık. Tortumluoğlu ve arkadaşlarının yaşlılarla yaptıkları çalışmada, TAT yöntem kullanım sıklığı bizim çalışmamız ile benzer olarak kadınlarda anlamlı olarak daha fazla bulunurken, bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyi düşük olanlarda da anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (76). Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak diyabeti olan hastalarda TAT yöntem kullanım sıklığı diyabeti olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (85). Brunei’de yapılan çalışma da bizim çalışmamıza benzer olarak TAT yöntem kullanım sıklığı kadınlarda anlamlı olarak daha fazla bulunurken, bizim çalışmamızdan farklı olarak 56 ve üzeri yaş grubunda olanlarda da TAT yöntem kullanım sıklığı anlamlı olarak diğer gruplardan fazla olarak bildirilmiştir (86). Yine bizim çalışmamıza benzer şekilde diğer çalışmalarda da TAT yöntem kullanım sıklığının anlamlı olarak kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (81,83,84,87). ABD’de yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim ve gelir düzeyi arttıkça TAT yöntem kullanım sıklığının da anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir (73,81,83,88,89). Araz ve Bülbül’ün çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak TAT kullanım sıklığı ile herhangi bir sosyodemografik değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ancak TAT kullanım sıklığının en fazla üniversite mezunlarında olduğu saptanmıştır (77). Almanya’da yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak TAT yöntem kullanım sıklığı ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (82). 2002 ve 2007 NHIS verilerine göre, TAT yöntem kullanım sıklığı bizim çalışmamıza benzer olarak kadınlarda, bizim çalışmamızdan farklı olarak ise 30-69

yaş grubunda ve eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanlarda anlamlı olarak daha fazla bildirilmiştir (26).

Çalışmamızda %80 ile soğuk algınlığı tedavisinde en sık tercih edilen TAT yöntemi olarak vitamin ve mineral olmayan doğal ürünlerin (meyveler, sebzeler, çorbalar, bitkisel ürünler, su gibi) kullanıldığını belirledik. Yapılan diğer çalışmalarda ise bu oran bizim çalışmamıza göre düşük (%17-20) olarak bildirilmiştir (26,90,91). Bunun nedeni katılımcı sayılarının ve coğrafi bölgenin farklılıkları olabilir. Ayrıca biz çalışmamızda, diğer çalışmalardan farklı olarak spesifik tek bir sağlık sorununa yönelik sorgulama yaptığımız için de oranlar çok yüksek bulunmuş olabilir. Çünkü yapılan birçok çalışmada geleneksel yöntemlere en çok başvuru hastalığın soğuk algınlığı olduğu gösterilmiştir (64,66,67,92,93).

Çalışmamızda soğuk algınlığı tedavisi için bitkisel ürün kullanım oranını %72,8 olarak saptadık. Yapılan birçok çalışmada, bizim çalışmamıza çok benzer sonuçlar elde edilmiştir (64,72,82,94). Yine soğuk algınlığında bitkisel ürünlerin tedavi amaçlı kullanılması açısından, Araz ve Bülbül tarafından yapılan çalışmada %82, Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %62 ve Tan ve arkadaşlarının çalışmasında %41 ile bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bildirilmiştir (77-79). Brunei’de yapılan bir çalışmada bitkisel ürün kullanım oranı %91 olarak bildirilmiştir (86). WHO, gelişmekte olan ülkelerde bitki tıbbi kullanım oranının %80 civarında olduğunu bildirmiştir ve bu oran bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerdir (64). Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada ise bitki tıbbi kullanım prevalansı %10 gibi çok düşük bir oranda saptanmıştır (95). Yine Güney Afrika’da yapılan başka bir çalışmada ise soğuk algınlığı tedavisi için bitki tıbbi kullanım prevalansı %48 olarak bulunmuştur (96). İngiltere’de 2002 NHIS çalışmasında ise bitkisel ürün kullanım prevalansı %20 ile bizim çalışmamızdan çok daha düşük olarak bildirilmiştir (93).

Çalışmamızda soğuk algınlığı tedavisi için bitkisel ürün kullanım prevalansını, kadın cinsiyette, sigara içmeyenlerde ve özel bir yiyecek/içecek tercihi olanlarda anlamlı olarak daha yüksek saptadık. Buna karşılık; yaş, eğitim durumu ve reçetesiz ilaç kullanım durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamadık. 2002 NHIS çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak bitkisel ürün kullanım sıklığı anlamlı olarak kadınlarda daha fazla bulunurken, bizim çalışmamızdan farklı olarak

gelir ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve reçetesiz ilaç kullanmayı tercih edenlerde de bitkisel ürün kullanım sıklığı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (93,97). Yapılan bir çalışmada ise bitkisel ürün kullanımı, bizim çalışmamızdan farklı olarak erkeklerde, 35-54 yaş grubunda ve ortaokul düzeyinde eğitim almış kişilerde anlamlı olarak daha fazla bildirilmiştir (64).

Çalışmamızda soğuk algınlığı tedavisinde en sık kullanılan bitkilerin; ıhlamur ve adaçayı, en sık kullanılan özel tarifin ise nane limon olduğunu saptadık. Araz ve Bülbül tarafından yapılan çalışmada, bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak yeşil çay, sarı kantaron ve ısırgan otu da sık kullanılan bitkiler arasında saptanmıştır (77). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak en sık kullanılan bitki olarak ıhlamur bildirilmiştir (78). Tortumluoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak soğuk algınlığı tedavisi için en sık kullanılan tarifin nane-limon kombinasyonu olduğu bildirilmiştir (76). Diğer çalışmalarda ise bizim çalışmamızdan farklı olarak en sık kullanılan bitkinin ekinezya olduğu paylaşılmıştır (67,93,97,98).

Arikpo ve arkadaşlarının Afrika'da soğuk algınlığı tedavisi ile ilgili yaptıkları çalışmadan elde edilen sonuçlar büyük oranda bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Afrika çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak antibiyotik kullanımı da sorgulanmıştır (96). Çalışmamızda vitamin/mineral preparatı kullanan hasta sıklığının çok düşük olduğunu gözledik, ancak yapılan birçok çalışmada bu oran oldukça yüksek olarak bildirilmiştir (77,81,88,90,91,99).

Çalışmamızda hastaların soğuk algınlığı tedavisi ile ilgili bilgilerini en çok ebeveynlerinden öğrendiklerini saptadık. Yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (72,77,81,100). Bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların bu bilgileri büyük oranda medya yayınlarından(gazete, internet vb.) öğrendikleri bildirilmiştir (59,66). Hindistan'da yapılan bir çalışmada yine bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların bu bilgileri doktorlarından öğrendikleri bulunmuştur (71).

Çalışmamızda kendi kendini tedavi etme metotlarını kullanan hastaların çoğunun, bu yöntemleri çevresindekilere de önerdiğini gözlemledik. Pakistan'da yapılan bir çalışmada da bu davranışın benzer olduğu bildirilmiştir (100).

Çalışmamıza katılmayı Denizli Merkezde çalışan aile hekimlerinin %78,6'sı kabul etmiştir. Türkiye'de Özçakır ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada aile hekimlerinin katılım oranları %29, Almanya'da benzer bir çalışmaya aile hekimlerinin katılma oranı %56,3 ve Avustralya'da yapılan bir çalışmada ise katılım oranları %64 ile bizim çalışmamıza göre daha düşük olarak bildirilmiştir (82,101,102).

Çalışmamızda soğuk algınlığına yakalandıklarında aile hekimlerinin sadece %7,4'ünün 'bekle gör' yöntemini kullandıkları ve %3,3'ünün hastalarına bu yöntemi önerdiklerini saptadık. Ali ve arkadaşlarının sağlık sektörü çalışanları ile yaptıkları çalışmada ise bu oran %11,2 olarak bildirilmiştir (70).

Çalışmamızda aile hekimlerinin çoğunun hem kendi tedavileri için ilaçlara başvurdukları hem de hastaları için ilaç reçete ettiklerini saptadık. Aile hekimlerinin soğuk algınlığı tedavisi için reçete ettikleri ya da kendi kullandıkları ilaçları tek tek bildirmeyerek, 'semptomatik tedavi' adı altında genel bilgi verdiklerini saptadık. Çalışmamızda aile hekimlerinin kendileri için soğuk algınlığı tedavisinde antibiyotik kullanmadıklarını ve sadece iki aile hekiminin (%1,6) hastalarına antibiyotik reçete ettiklerini gözlemledik. Ancak bunun anketlerin yüz yüze yapılmasına bağlı olarak güvenilir bir veri olmadığını düşünüyoruz. Çünkü ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada üst solunum yolu enfeksiyonlarında gereksiz antibiyotik reçete edilme oranları hayli yüksek bulunmuştur (61,63,70,103-106).

Çalışmamızda soğuk algınlığı tedavisi için aile hekimlerinin TAT yöntemlerine başvurma sıklığını %82,6 ve hastalarına TAT yöntemleri önerme sıklığını da %85,1 olarak saptadık. TAT yöntemlerine hiç başvurmadığını veya hastalarına hiç önermediğini bildiren aile hekimi oranı %11,4 idi. Özçakır ve arkadaşlarının çalışmasında, aile hekimlerinin kendi tedavileri için TAT yöntemlerine başvurma oranları bizim çalışmamıza göre hayli düşük saptanmıştır (101). Buna karşılık, Ali ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak doktorların büyük çoğunluğunun kendi kendini tedavi etme yöntemini kullandıkları saptanmıştır (70). Ben-Arye ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, aile hekimlerinin kendileri için TAT yöntemi kullanma oranları bizim çalışmamıza göre çok daha düşük olarak bildirilmiştir (80).

Aile hekimlerinin hastalarına herhangi bir TAT yöntemi önerme sıklığı Almanya’da yapılan iki farklı çalışmada bizim oranlarımıza göre çok daha düşük olarak bildirilmiştir (82,104). Avustralya, ABD ve Rusya’da yapılan çalışmalarda, doktorların hem kendi tedavileri için TAT yöntemine başvurma oranları hem de hastalarına TAT yöntemi önerme oranları bizim çalışmamızdan daha yüksek olarak bildirilmiştir (100). İtalya’da ise doktorların %58’inin herhangi bir TAT yöntemi kullandığı ve sadece %13’ünün hastalarına bu yöntemleri önerdiği saptanmış, bu oranların bizim çalışmamıza göre hayli düşük olduğu görülmüştür (100). Astin ve arkadaşlarının ABD’de yaptığı bir klinik derlemede, doktorların TAT yöntemi önerme oranları bizim çalışmamıza göre çok daha düşük olarak bildirilmiştir (107).

Çalışmamızda aile hekimlerinin soğuk algınlığı tedavisinde kendileri için en sık tercih ettikleri TAT yöntemlerinin istirahat, bol sıvı alımı ve bitkisel ürünler olduğunu, hastalarına en çok önerdikleri TAT yöntemlerinin de istirahat, bol sıvı alımı ve beslenmeye özen gösterme olduğunu saptadık. Fischer ve arkadaşlarının çalışmasında da hastalara önerilen yöntemler bizim çalışmamız ile benzer, ancak bu yöntemleri öneren aile hekimi sıklığı daha düşük olarak bulunmuş ve bizim çalışmamızdan farklı olarak hastalara inhalasyon yöntemleri de önerilmiştir (104). Himmel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak aile hekimlerinin kendileri için en sık tercih ettiği TAT yönteminin bitkisel ürünler olduğu saptanmış ve bu oran bizim çalışmamızdan çok daha yüksek olarak bulunmuştur (82).

Çalışmamızda hastaların en son soğuk algınlığına yakalandıklarında ilaç dışı yöntemler için yaptıkları harcamaları sorguladığımızda; hastaların %64,6’sının bilmediklerini/hatırlamadıklarını, %21,4’ünün 0-5 TL ve %14,0’inin da 6-10 TL harcadıklarını saptadık. TAT yöntemleri için harcanan para miktarı hakkında ülkemizde yeterli çalışma bulunmamaktadır. ABD’de 1990-1997 yılları arasında hastaların TAT terapileri için kendi ceplerinden tahmini olarak 27 milyar dolar harcadıkları bildirilmiştir (81). Kanada’da hastaların TAT terapileri için 1996-1997 yılları arasında 1,2 milyar dolardan fazla ve 2005-2006 yılları arasında ise 7,84 milyar dolar civarında harcama yaptıkları bildirilmiştir (109,110).

Çalışmamızda en son soğuk algınlığına yakalandıklarında hastaların %4,2’sinin vitamin C, %0,8’inin ekinezya, %1,0’inin çinko, %7,8’inin sarımsak

kullandığını ve %14,6'sının sıcak tutan kıyafetler giydiğini saptadık. Ancak çalışmamızda bunları kullanan hastaların tedavi sürelerinde kısalma, semptom şiddetlerinde azalma ya da bu yöntemleri korunma amaçlı kullanma ile ilgili bir sorgulama bulunmamaktaydı. Kanada'da yapılan bir klinik derlemede, günde en az 1 g vitamin C kullanımının soğuk algınlığından korunmayı sağladığı, semptom süresini erişkinlerde %8 ve çocuklarda %18 oranında azalttığı ve bunun özellikle kış aylarında kullanılmasının daha etkili olabileceği gösterilmiştir. Ginseng ve sarımsak (allicin etken maddesi) kullanımının da etkili olabileceği düşünülmektedir, ancak bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca hastalardan edinilen kanıta dayalı bilgilere göre, soğuk havalarda sıcak tutan kıyafetler giymenin soğuğa karşı direnci arttırdığı bildirilmiştir. Çinko tabletleri ve ekinezyanın da soğuk algınlığının başladığı ilk günlerde kullanılması halinde hastalık süresini ve semptomların şiddetini azaltabileceği düşünülse de, yayınlanan çalışmalardaki doz ve formülasyon farklılıklarının kafa karıştırıcı olduğu ve daha fazla çalışma yapılması gerektiği bildirilmiştir (109).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp, toplumun ihtiyaçları doğrultusunda şekillenen ve sürekliliği olan bir alandır. TAT kullanım sıklığı yüksek orandadır ve insanların sağlık bilincinin artmasıyla birlikte yükselmeye devam edecektir. İnsanları TAT kullanımına yönelten nedenler oldukça karmaşıktır; maliyeti daha uygun bulma, daha 'bütüncül' bir yaklaşım içeren tedavi isteği, tedaviye daha fazla dahil olma ve mevcut tedavilerden memnun olmama bunlardan sadece birkaçıdır. TAT tanımının, terminolojisinin ve tedavi protokollerinin sadeleştirilmesi sağlanabilirse, insanların bunları anlaması kolaylaşacaktır. TAT terapilerinin modern tıp uygulamaları ile bütünleştirilebilmesi için TAT yöntemlerinin faydalarını açıklayan ve bilimsel dergilerde yayınlanan daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Ayrıca geleceğin hekimlerine, hastalarının ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmeleri için TAT terapileri konusunda daha fazla eğitim verilmesi gerektiği de dikkate alınmalıdır (111).

SONUÇLAR

Çalışmamızda hastaların soğuk algınlığına yakalandıklarında kendi kendini tedavi etme metotlarını büyük oranda kullandıklarını saptadık. En çok kullanılan reçetesiz ilaçların boğaz spreyi, boğaz pastili ve analjezikler, en çok kullanılan TAT yöntemlerinin ise vitamin ve mineral olmayan doğal ürünler ile bitkisel ürünler olduğunu belirledik. Kullanılan boğaz spreyleri ile ilgili ayrıntılı sorgulama yapmadığımız için içerikleri hakkında ayrıntılı bilgi elde edemedik. Reçetesiz ilaç kullanım oranı eğitim düzeyi yüksek olanlarda, TAT yöntem kullanım oranı ise kadın cinsiyette anlamlı olarak daha yüksekti. Aile hekimlerinin soğuk algınlığı tedavisi için TAT yöntemlerine büyük oranda başvurduklarını ve bu yöntemleri hastalarına da önerdiklerini saptadık.

Dünya genelinde minör sağlık problemleri için doktora başvurmayı, kendi kendini tedavi etme oranı giderek artmaktadır. Minör sağlık problemleri için reçetesiz ilaç kullanımı sağlık harcamalarından tasarruf etmeyi ve aile hekimlerinin iş yüklerini azaltmayı sağlarken, öte yandan gereksiz ve yanlış tedavilere, antibiyotik direnci gelişiminin artmasına ve doğru tanı ve gerekli tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir. Reçeteli ya da reçetesiz ilaçlarla birlikte doktora danışılmadan ya da bilgi verilmeden bilinçsizce kullanılan TAT yöntemleri ise yan etkilere, zehirlenmelere ve istenmeyen etkileşimlere neden olabilmektedir.

Aile hekimleri, hastalarını kendi kendini tedavi metotlarının yarar ve zararları konusunda bilinçlendirmeli, hastalarına bu konuda danışmanlık verebilmeli ve hastalarını bu konuda mutlaka sorgulamalıdır. Özellikle TAT yöntemlerinin giderek artan popülaritesini takip edebilmeleri ve hastalarına doğru bilgiler verebilmeleri için aile hekimlerinin bu konuda özel eğitimler almaları gerektiği açıkça görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü. Ailenin Sağlık Eğitimi, Gündelik Hayata Kılavuz Dizisi. 2004.
2. J.V.West. Acute upper airway infections. British Medical Bulletin 2002; 61: 215-230. <http://bmb.oxfordjournals.org/>
3. NHS Choices. Cold, common.
<http://www.nhs.uk/Conditions/Cold-common/pages/Introduction.aspx>
4. Common Cold. MeReC Bulletin Vol 17,Number 3, Dec. 2006
www.npc.nhs.uk
5. T. Heikkinen. The common cold. The Lancet. Vol 361:51-59, January 4, 2003
6. Treating the Common Cold: An Expert Panel Consensus Recommendation for Primary Care Clinicians. IAFP Vol 5(4):October 2004.
<http://www.iafp.com/pdfs/common%20cold%20guideline%20final.pdf>
7. MADELINE SIMASEK, M.D. and DAVID A. BLANDINO, M.D. Treatment of the Common Cold; Am Fam Physician 2007;75: 515-20, 522. www.aafp.org/afp
8. Cold remedies: What works, what doesn't, what can't hurt.
<http://www.mayoclinic.org/>
9. American Lung Association. Cold and Flu Guidelines.
<http://www.lung.org/lung-disease/influenza/in-depth-resources/cold-and-flu-guidelines.html>

10. Diseases and Conditions: Common Cold.

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/common-cold/basics/definition/con-20019062>

11. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. The Common Cold. Dec.2004. <http://www.niaid.nih.gov>

12. Common Cold.

<http://www.niaid.nih.gov/topics/commoncold/Pages/overview.aspx>

13. Common Cold and Runny Nose.

<http://www.cdc.gov/getsmart/antibiotic-use/uri/colds.html#h>

14. Traditional medicine.

www.who.int/topics/traditional_medicine/en/

15. Get The Facts. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is complementary and alternative medicine(CAM)?

16. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Complementary and Alternative Medicine. www.cancer.gov/cancertopics/com

17. McWhinney, Freeman. Textbook of Family Medicine. Türkçe Çevirisi 1. Baskı 2012

18. Introduction to complementary and alternative medicine and overview.

<http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780443073748/9780443073748.pdf>

19. National Center for Complementary and Alternative Medicine.

Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?

20. Integrated medicine. Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ* 2001;322:119-20.
21. World Health Organization 2001. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review.
22. Vickers and Zollman. ABC of complementary medicine: Homoeopathy. *BMJ* Volume 319, 23 October 1999
23. Traditional medicine. Fact Sheet NI34, Sep 1996.
www.chiro.org/acupuncture/FULL/TRADITIONAL_MEDICINE.shtml
24. Barnes et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002. CDC. Advance Data No. 343, 2004.
25. Nahin et al. Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007. National Health Statistics Report no. 18, 2009.
26. Barnes et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. National Health Statistics Reports No. 12, 2008.
27. Peregoy et al. Regional Variation in Use of Complementary Health Approaches by U.S. Adults. NCHS Data Brief No. 146, 2014.
28. E. Ernst. The role of complementary and alternative medicine. *BMJ* 2000; 321: 1133-5.
29. A. Furnham. Complementary and alternative medicine. *The Psychologist* Vol. 15 No. 5, 2002.

30. Serdar Uğurlu. Traditional Folk Medicine in the Turkish Folk Culture. Turkish Studies – International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 6/4 Fall 2011, p.317-327, TURKEY.
31. Babak Amra et al. Prevalence of the Common Cold Symptoms and Associated Risk Factors in a Large Population Study. Tanaffos 2006; 5(3): 13-17.
32. National Institute for Health and Care Excellence. Common Cold. <http://cks.nice.org.uk/common-cold>
33. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. Adv Data 2004;340:1-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068333>
34. Woodwell DA, Cherry DK. National ambulatory medical care survey: 2002 summary. Adv Data 2004;346:1-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15460863>
35. What is Common Cold? www.rightdiagnosis.com/c/cold/basics.htm
36. The Common Cold, NIAID Fact Sheet: NIAID. http://www.rightdiagnosis.com/artic/the_common_cold_niaid_fact_sheet_niaid.htm
37. Prevalence and Incidence of Common Cold. <http://www.rightdiagnosis.com/c/cold/prevalence.htm>
38. Statistics by Country for Common Cold. <http://www.rightdiagnosis.com/c/cold/stats-country.htm>
39. Current Estimates From the National Health Interview Survey, 1996; series 10; no. 200. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr

40. R.Eccles. An explanation for the Seasonality of Acute Upper Respiratory Tract Viral Infections. *Acta Otolaryngol* 2002; 122: 183–191
41. Cardiff University-Common Cold Centre. General Common Cold Information. <http://www.cardiff.ac.uk/biosi/subsites/cold/commoncold.html>
42. Daniel J. Sexton. Patient information: The common cold in adults (Beyond the Basics). <http://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-beyond-the-basics>
43. Rees GL, Eccles R. Sore throat following nasal and oropharyngeal bradykinin challenge. *Acta Otolaryngologica*(Stockholm) 1994; 114:311-314.
44. Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2000; 123 (suppl 1 part 2): S1-S32.
45. Beth A. Choby. Diagnosis and Treatment of Streptococcal Pharyngitis. *Am Fam Physician* 2009 Mar 1; 79(5): 383-390.
46. F. Vardar. EBV. www.guncelpediatri.com/sayilar/86/62-65.pdf
47. Saban Çavuşlu. Akut Menenjit Sendromu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi No:31. Kasım 2002; s.141-151.
48. E. Özcengiz. Boğmaca: Her zaman gündemde. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*. 35(3): 215-231, 2005.
49. B. Arroll, T. Kenealy. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000247.pub2/abstract>

50. Get the facts: The Flu, The Common Cold, and Complementary Health Approaches.

http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Get_The_Facts_Flu_and_Colds.pdf

51. Time to Talk About Natural Products for the Flu and Colds: What Does Science Say? www.nccam.nih.gov/health/tips/flucold.htm

52. Sherif B. Mossad. Treatment of the common cold. BMJ VOLUME 317 4 JULY 1998 www.bmj.com

53. Turan ve arkadaşları. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3, Sayı:1.2010

54. E. Faydaoğlu ve M. Saip Sürücüoğlu. Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. Kastamonu Üni., Orman Fakültesi Dergisi, 2011, 11 (1): 52-67.

55. Folk medicine. www.kultur.gov.tr/EN,35066/folk-medicine.html

56. Get Set for Winter Illness Season.

<http://www.fda.gov/forconsumers/consumerupdates/ucm092805.htm>

57. W.S.M.I. Responsible Self-Care and Self-Medication. A Worldwide Review of Consumer Surveys. www.wsmi.org

58. Over-the-Counter Medications: Use in General and Special Populations, Therapeutic Errors, Misuse, Storage and Disposal. American College of Preventive Medicine, 2011.

59. A National Survey of Consumers and Health Professionals. National Council on Patient Information and Education (NCPIE), 2002.

60. DTC National Conference, 2012. OTC Perspectives Vol 3 No 2 Fall 2011.
61. Mrinmory Adhikary et al. Self-Medication Practices and Its Determinants Among College Students of Delhi University North Campus, New Delhi, India. International Journal of Medical Science and Public Health 2014, Vol 3, Issue 4.
62. Gutema et al. Self-Medication Practices among Health Sciences Students: The Case of Mekelle University. Journal of Applied Pharmaceutical Science 01 (10); 2011: 183-189.
63. Jasim et al. Self Medication Practice among Iraqi Patients in Baghdad City. American Journal of Pharmacological Sciences, 2014, Vol. 2, No. 1, 18-23.
64. D. Picking et al. The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicine in Jamaica. Journal of Ethnopharmacology 137 (2011) 305-311.
65. D Huw V Thomas and Peter R Noyce. The interface between self medication and the NHS. BMJ 1996; 312: 688-91.
66. F. D: Aldahash et al. Attitude towards the use of complementary and alternative medicine by patients in Saudi Arabia. Biomedica Vol. 28 (Jan.-Jun. 2012).
67. Bennett and Brown. Use of herbal medicine by patients in a health maintenance organization. Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington D.C.: 1996) [2000, 40 (3): 353-358]
68. Shoaib et al. Survey based study on the use of non-prescription drugs among pharmacists and non-pharmacists. African Journal of Pharmacy and Pharmacology Vol. 7(38), pp. 2652-2656, 2013.

69. Pachter et al. Home-Based Therapies for the Common Cold among European American and Ethnic Minority Families. The Interface Between Alternative/Complementary and Folk Medicine. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152: 1083-1088.
70. Ali et al. Self-medication practices among health care professionals in a Private University, Malaysia. International Current Pharmaceutical Journal 2012, 1(10): 302-310.
71. Verma et al. Evaluation of self medication among Professional students in North India: proper statutory drug control must be implemented. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research Vol.3 Issue 1, 2010.
72. Hwee-Ling Koh et al. A Survey on Knowledge, Attitudes and Usage of Complementary and Alternative Medicine in Singapore. APBN Vol. 8, No. 23, 2004.
73. Teper and Tsai. Complementary and Alternative Medicine Use by Canadian University Students. Can J Clin Pharmacol Vol 15 (1), 2008.
74. Elder et al. Use of Alternative Health Care by Family Practice Patients. Archives of Family Medicine [1997, 6(2): 181-184]
75. Harris et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Int J Clin Pract, 2012, 66, 10, 924-939.
76. Tortumluoğlu ve arkadaşları. Kırsal Alandaki Yaşlıların Yaygın Sağlık Problemlerinde Başvurdukları Geleneksel Yöntemler. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303-5134.

77. N. Araz ve S. Bülbül. Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern Turkey. *Clin Invest Med* 2011; 34(1): E21-E29.
78. S. Aydın ve arkadaşları. What Influences Herbal Medicine Use? ~ Prevalence and Related Factors. *Turk J Med Sci* 2008; 38 (5): 455-463 © TÜBİTAK
79. Tan ve arkadaşları. Trends in Complementary and Alternative Medicine in Eastern Turkey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009, Vol: 10, Issue: 5
80. Ben-Arye et al. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Education and Counseling* 70 (2008) 395-402.
81. National Academy of Sciences. Complementary and Alternative Medicine in the United States. <http://www.nap.edu/catalog/11182.html>
82. Himmel et al. Complementary medicine: are patients' expectations being met by their general practitioners? *British Journal of General Practice*, 1993, 43, 232-235.
83. M. Nilsson et al. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. *Journal of Internal Medicine* 2001; 250: 225-233.
84. Seo et al. Prevalence of complementary and alternative medicine use in a community-based population in South Korea: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* [2013, 21 (3): 260-271]
85. Egede et al. The Prevalence and Pattern of Complementary and Alternative Medicine Use in Individuals with Diabetes. *Diabetes Care* 25: 324-329, 2002.

86. Dk Nurolaini P. H. M. Kifli et al. Prevalence & factors affecting the use of traditional medicine in Brunei Darussalam. *Altern Integ Med* 2013, 2:10
87. K. J. Hunt et al. Complementary and Alternative Medicine Use in England: Results from a National Survey. *Int J Clin Pract* 2010; 64(11): 1496-1502
88. E. Ernst. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (2)
89. David M. Eisenberg et al. Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs and Patterns of Use. *The New England Journal of Medicine* 1993, Vol. 328 No. 4
90. Patterns of Medication Use in the United States 2004: A Report from the Slone Survey.
91. 2010 Survey of Health Care Consumers: Key Findings, Strategic Implications.
92. J. B. Calixto. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (2000) 33: 179-189
93. P. Gardiner et al. Factors associated with herbal therapy use by adults in the United States. *Alternative Therapies*, 2007, Vol. 13, No. 2
94. Strange et al. Complementary and Alternative Medicine: Attitudes and Patterns of Use by German Physicians in a National Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2008, 14 (10): 1255-1261
95. K. Peltzer. Utilization and Practice of Traditional/Complementary/Alternative Medicine (TM/CAM) in South Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, Vol. 6, No. 2, 2009, pp. 168-174

96. Arikpo et al. Self Medication in Rural Africa: The Nigerian Experience. The Internet Journal of Health 2009, Vol. 11, No. 1
97. Bruno and Ellis. Herbal Use among US Elderly: 2002 National Health Survey. Ann Pharmacother April 2005, Vol. 39, No. 4, 643-648.
98. Graham et al. Risk of Concurrent Use of Prescription Drugs with Herbal and Dietary Supplements in Ambulatory Care.
www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK437772
99. N. Bello et al. Disclosure and adverse effects of complementary and alternative medicine used by hospitalized patients in the North East of England. Pharmacy Practice 2012; 10 (3): 125-135
100. R. Junaid et al. Attitude and Practice of Patients and Doctors towards Complementary and Alternative Medicine. JPMA 62: 865; 2012
101. Ozçakır ve arkadaşları. Turkish General Practitioners and Complementary and Alternative Medicine. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine Volume 13, Number 9, 2007, pp. 1007–1010.
102. Pirotta et al. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? MJA 2000; 172: 105-109
103. Oğuz Karabay. Antibiyotik Kullanımında Yanlışlar ve Doğrular. ANKEM Derg 2013;27(Ek 2): 165-167
104. Fischer et al. Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study. BMC Family Practice 2005, 6: 6
105. Altınkaynak ve arkadaşları. Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Antibiyotik Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni 23, (2): 405-412, 1991

106. Akıcı ve arkadaşları. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisinde Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçiminin Değerlendirilmesi. *Sted* 2004, cilt 13, sayı 7
107. Astin et al. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 2303-2310
108. Harrington and Shepherd. Analysis of the Movement of Prescription Drugs to Over-the-Counter Status. *J Managed Care Pharm.* 2002, (8)6: 499-508
109. R. Nahas and A. Balla. Complementary and alternative medicine for prevention and treatment of the common cold. *Can Fam Physic* 2011; 57: 31-6
110. Nadeem Esmail. Complementary and Alternative Medicine in Canada: Trends in Use and Public Attitudes, 1997-2006. © The Fraser Institute ISSN 1206-6257
111. Frass et al. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among The General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J.* 2012 Spring; 12(1): 45-56

