

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA
TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TEDAVİ (TAT)
KULLANIMI VE NEDENLERİ**

DR. MUHAMMET ALİ KILIÇ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR – 2013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA
TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TEDAVİ (TAT)
KULLANIMI VE NEDENLERİ**

DR. MUHAMMET ALİ KILIÇ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. VİLDAN MEVSİM

İKİNCİ DANIŞMAN: UZM. DR. EDİZ YILDIRIM

İÇİNDEKİLER

	<i>Sayfa</i>
	<i>No</i>
İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	iv
ÖNSÖZ.....	v

	<i>Sayfa</i>
	<i>No</i>
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Kavramı.....	6
2.2. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Tarihçesi.....	6
2.3. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Epidemiyolojisi.....	7
2.4. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Yöntemleri	10
2.4.1. Bitkisel Tedaviler (Herbalizim, Fitoterapi).....	10
2.4.2. Yoga.....	11
2.4.3. Akupunktur.....	13
2.4.4. Diyet Desteği	16
2.4.5. Hipnoterapi	18
2.4.6. Masaj Terapisi.....	20
2.4.7. Homeopati	22
2.4.8. Dua Etme (Ruhsal İyileştirme Tekniği)	23
2.4.9. Refleksoloji.....	24
2.4.10. Alexander Tekniği	24

2.4.11. Reiki.....	26
2.4.12. Renklerle Tedavi	26
2.4.13. Biyoterapi.....	27
2.4.14. Aromaterapi.....	28
2.4.15. Ayurveda.....	30
2.4.16. Müzik Terapisi.....	31
2.4.17. Meditasyon.....	33
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	34
3.1. Araştırma Modeli.....	34
3.2. Araştırma İzinleri Ve Onamı.....	34
3.3. Araştırma Evren Ve Örnekleme.....	34
3.4. Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı.....	34
3.5. Araştırma Uygulaması.....	35
3.6. İstatistiksel Analiz.....	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7. KAYNAKLAR	69
8. EKLER	81
8.1. EK-1: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	81
8.1. EK-2: Anket Formu	83
8.2. EK-3: Etik Kurul Onay Yazısı	87
8.3. EK-4: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı.....	88

TABLÖLER DİZİNİ

	<i>Sayfa</i>
	<i>No</i>
Tablo 1. Akupunkturun Endikasyonları ve Kontraendikasyonları.....	15
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 3. Katılımcıların Bazı Temel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Algılarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 5. Katılımcıların Tıbbi Durumlarına Göre Dağılımı	39
Tablo 6. Kronik hastalıklar listesi	40
Tablo 7. Diğer hastalıklar olarak seçilen kronik hastalıklar listesi	40
Tablo 8. Kullanılan TAT yöntemleri	42
Tablo 9. TAT yöntemi kullananların özelliklerine göre dağılımı	45
Tablo 10. TAT yöntemi kullanılırken karşılaşılan yan etkiler	47
Tablo 11. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.....	48
Tablo 12. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının bazı özelliklerine göre dağılımı.....	50
Tablo 13. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık göstergelerine göre dağılımı.....	51
Tablo 14. Kronik hastalıklara göre TAT yöntemi kullanma durumu	52
Tablo 15. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının nedenlerine göre dağılımı.....	54
Tablo 16. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının tedavi şekline göre dağılımı.....	56
Tablo 17. Kişilerin TAT yöntemlerinin kullanımının kronik hastalık varlığı ile ilişkisi.....	57
Tablo 18. Kişilerin etkin olarak kabul ettikleri tedavi tipine göre dağılımı.....	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<i>Sayfa No</i>
Şekil 1. Kronik hastalıklar listesi.....	41
Şekil 2. Kullanılan TAT yöntemleri listesi.....	43
Şekil 3. Katılımcıların TAT yöntemlerinin kullanılma nedenleri hakkında fikirleri..	44
Şekil 4. TAT Yöntemleri Kullanımında Etkili Olan Durumların Dağılımı.....	46
Şekil 5. TAT yöntemlerinin elde edildiği yerler.....	47
Şekil 6. Kullanılan TAT yöntemlerine göre doktorunun haber durumu.....	60
Şekil 7. Kullanılan TAT yöntemlerinden fayda görme durumları.....	61

KISALTMALAR

TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
NIH	The US Government National Institutes for Health (Amerika Birlesik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü)
NCCAM	The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine (Amerika Birlesik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsüne Bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
CAM	Complementary and Alternative Medicine
ABD	Amerika Birlesik Devleti
RA	Romatoid Artrit
M.Ö.	Milattan Önce
AKAMÇG	Akupunktur _çin Klinik Arastırma Metodolojisi Çalışma Grubu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
MS	Milattan Sonra
OAM	Office of Alternetive Medicine (Alternatif Tıp Bürosu)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ÖNSÖZ

Tıbbi tedavilerden farklı olarak Tamamlayıcı-alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımı dünya çapında giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Aynı şekilde kronik hastalıkların prevelansı dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek olup giderek de sıklığı artmaktadır. Tedavilerinin uzun, devamlı ve hasta uyumuyla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu da hastaların non-medikal uygulamalara daha çok yönelmesinin açıklaması olabilir. Bu grup hastaların sağlık davranışlarını anlamak açısından TAT yöntemleri kullanımının olup olmadığını ve kullanma nedenlerini öğrenmek birinci basamak pratiği açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada amaçlanan, konunun birinci basamak için önemini vurgularken TAT'ın sıklığını, sebeplerini, kronik hastalıklarla olan ilişkisini belirlemek ve birinci basamak hekimlerinin TAT yöntemlerini sorgulayarak hastalarına verecekleri sağlık hizmetinin niteliğini artırmasını sağlamaktır.

Araştırmamın yürütülmesindeki katkılarından dolayı, asistanlığım süresince hep desteğini hissettiğim danışman hocalarım Doç. Dr. Vildan MEVSİM ve Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerimin artmasında katkılarını esirgemeyen, ilgi ve desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek GÜLDAL, Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Doç. Dr. Mehtap KARTAL, Uzm. Dr. Tolga GÜNVAR ve Dr. Zafer ŞİŞLİ'ye, tüm asistan ve mesai arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimim süresince gerekse de tez yolculuğumdaki destek, yardım ve sabırları nedeniyle eşim Yasemin'e ve özellikle tezimi yazmaya başladığım dönemlerde hayatımıza katılan canım oğlum Yusuf Ali'ye, sonsuz teşekkürler...

Dr. Muhammet Ali KILIÇ

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA TAMAMLAYICI- ALTERNATİF TEDAVİ (TAT) KULLANIMI VE NEDENLERİ

Dr. Muhammet Ali KILIÇ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı/İZMİR

Amaç: Birinci Basamağa başvuran hastalarda tamamlayıcı-alternatif tedavi(TAT) kullanım nedenlerini ve yaygınlığını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik olarak yürütülen çalışma İzmir ili 11 merkez ilçe evreninden küme örneklem yönetimiyle seçilmiş 30 Aile Sağlığı Merkezine başvuran 462 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmada kullanılacak soru formu odak grup görüşmeleri ve literatür araştırması sonuçlarına göre oluşturulmuştur. TAT yöntemlerinin kullanımı ile ilgili oluşturulan anket, hastanın sosyodemografik verilerini, kronik hastalık durumunu, TAT kullanma nedenlerini, doktoruyla TAT yöntemi kullanımını konuşma durumunu, TAT nasıl elde ettiğini belirlemeye yönelik sorular içermekteydi. Veriler ASM’lerde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler ve ki kare analizi kullanılmış olup, $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması $50,25\pm11,48$ olan katılımcıların %58,2 (269)’si kadın, %41,8 (193)’i erkekti. Kronik hastalığı olanların %53,2’si herhangi bir TAT yöntemi kullanıyordu. En sık kullanılan TAT yöntemi bitkiler (%89,5) olarak saptandı. Kanseri, tiroit hastalığı, osteoporoz ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan kişiler daha fazla oranda TAT kullanıyorlardı ($p<0,05$). TAT yöntemi kullanma nedenlerine göre değerlendirildiğinde en yüksek çevrenin etkisi (%31) ve umutsuzluk-çaresizlik yüzünden (%30,3) kullandıkları bulunmuştur.

Sonuç: Kronik hastalığı olan hastalarımızın yarısından fazlası başta bitkisel tedavi olmak üzere alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaktadır. Hastalar hastalıklarıyla ilgili olarak bitkisel ürünleri tercih etmekle beraber, medyada sağlıkla ilgili önerileri dinlemektedir. Doktorların kronik hastalığı olan hastalarda alternatif tedavi kullanma sıklığının farkında olması, hastaları bu tedavilere yönlendiren faktörleri daha iyi anlaması gerekir.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı ve alternatif tıp, kronik hastalık, birinci basamak

ABSTRACT

UTILIZATION REASONS OF COMPLEMENTARY-ALTERNATIVE MEDICINE (CAM) ON PATIENTS IN PRIMARY CARE SETTINGS

Dr. Muhammet Ali KILIC, Dokuz Eylul University School of Medicine Department of FamilyMedicine/IZMIR

Objective: The aim of our study is to determine prevalance and reasons of complementary-alternative medicine (CAM) utilization on patients in primary care settings.

Methods: As being conducted as a cross-sectional analytic study, our study was completed on 462 participants who applied to 30 Family Care Centers which were selected by cluster sampling method among 11 central administrative districts of Izmir province. Inquiry form that would be used within the study was created in consequence of focus group conversations and literature review. Inquiry prepared about utilization of CAM methods was consisted of sociodemographic data, chronic disease status, CAM utilization reasons, patient's conversation about CAM method utilization with his/her doctor and by which means he/she reached CAM therapy methods. Data were collected within Family Care Centers by face –to-face conversation method and were assessed by SPSS program version 15.0. While evaluating data, descriptive analysis and chi-square analysis were used and $p<0,05$ was accepted as significant.

Results: Mean age was $50,25\pm11,48$. 58,2 per cent of the participants were female ($n=269$) and 41,8 per cent were male ($n=193$). 53,2 % of the participants who have chronic diseases were using any other CAM methods. The most frequent used CAM therapy method (89,5 %) was herbals. The participants who have cancer, thyroid disorder and osteoporosis and any other psychiatric disorder were using CAM therapy methods more ($p<0,05$). If we assess the reasons of which CAM therapy methods were being used, it was found that most probably the effect of the environment (31 %) and despair-hopelessness (30,3 %).

Conclusion: More than half of the patients were using alternative therapy methods, most of all herbal therapy. Although patients prefer herbal products dealing with their diseases, they also listen to the proposals about health within the media. It is obligated that a doctor should be aware of the frequency of their patients'-who have chronic diseases- alternative therapy utilization and the factors leading patients to these kind of therapies.

Key words: Complementary and alternative medicine, chronic disease, primary care

1. GİRİŞ ve AMAC

Geleneksel tıp mensuplarının önerdikleri tıbbi tedavilerden farklı olarak Tamamlayıcı/alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımı dünya çapında giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Özellikle kanser hastalarının birçoğu geleneksel olmayan tedavilere yönelmektedirler (1). Hastalar bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, yoga, meditasyon, biyoenerji, akupunktur, aromaterapi, dini uygulamalar vb. gibi yöntemler kullanmaktadırlar. Alternatif tedavi, dünyanın birçok değişik kültüründen kaynaklanan, çok geniş bir uygulama yelpazesine sahiptir. TAT'a halk tarafından gittikçe artan şekilde sahip çıkılması sebebiyle, Amerikan Hükümeti Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH -The US Government National Institutes for Health) 1998 yılında, araştırmalar yapmak ve TAT konusunda tavsiyelerde bulunmak ve rehberlik etmek için "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi"ni (NCCAM -The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternati ve Medicine) kurdu.

NCCAM, alternatif ve alternatif tedaviler hakkında birçok değişik alan ve uygulama türlerini anlamak için faydalı bir sınıflandırma sistemi geliştirdi. Bu sınıflandırmada alternatif tedavi uygulamaları beş kategoride incelenmiştir. Bunlar alternatif tıp sistemleri, zihin-beden tıbbı, biyoloji bazlı terapiler, manipülatif ve beden bazlı yöntemler ve enerji terapileri adı altında toplanmıştır.

TAT kullanımı ülkenin coğrafi lokalizasyonu, etnik kökeni, eğitim ve sosyoekonomik faktörler ve dini inanışlara göre farklılıklar göstermektedir (1,2). Tüm dünyada bu konuda gerçekleştirilen çalışmalar kanser hastaları arasında TAT kullanımının %7 ile %84 arasında değişen bir prevalansa sahip olduğunu göstermiştir (3). Çin'de TAT kullanımı konvansiyonel tedaviler kadar yaygın olup %76'nın üzerindedir (4). İngiltere'de yaşayanlar arasında TAT kullanım sıklığı %25, Almanya, Fransız ve Avustralyalı toplumlarda %50 (5), ABD'de %42-69 arasında olduğu tahmin edilmektedir (6). 13 ülkede 26 araştırmanın genel özeti, kanser hastalarında TAT kullanım prevalansının %31,4 olduğunu ortaya çıkarmıştır (1). Ülkemizde ise 1998 yılından beri ülkenin dört farklı bölgesinde altı ayrı çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların tümü tanımlayıcı nitelikte olup, biri hariç hepsi ayakta tedavi edilen onkoloji hastaları üzerinde yürütülmüştür. Bu çalışmalarda, kanser hastaları arasında TAT kullanma prevalansı %39,2 ile %60,1 arasında değişmiştir (3,7,8).

Dünyadaki diğer çalışmalarda kanser hastalarının en sık olarak relaksasyon, meditasyon, hipnozla tedavi, maneviyat, yüksek doz vitaminler ve bitkisel tedaviye başvurduğu saptanırken (1, 9, 10, 11) Türkiye’de en sık olarak kullanılan TAT yönteminin bitkisel tedavi olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaların en önemli özelliği, farklı yıllarda ve ülkenin değişik coğrafik bölgelerinde gerçekleştirilmiş olmalarıdır. Tüm bu çalışmalar tanımlayıcı nitelikte olup, veriler yüz yüze görüşmeler ve anketler aracılığıyla toplanmıştır. Bu çalışmalarda TAT’ın kullanılma prevalansı ve özel türleri incelenmiştir. Kanser hastalarında yürütülen çeşitli çalışmalar arasında, TAT kullanımının prevalansı %39,2 ile %61,1 arasında değişmiştir (3, 7, 8). Bu çalışmalarda, bitkisel tedavinin en sık olarak kullanılan TAT yöntemi olduğu gözlenmiştir. TAT türünün seçilmesinde en sık olarak kullanılan üç bilgi kaynağı aile, akraba ve arkadaşlar olarak saptanmıştır (3, 7). Aralarında kanser hastalarının da bulunduğu sağlık hizmeti alanlarda tüketiciliğin artması, yine onkoloji merkezlerinin bile aralarında yer aldığı geleneksel hastane koşullarında TAT olanaklarının sunulmasına doğru bir yönelimle sonuçlanmıştır (12). Aslında kanserli hastalar nadiren geleneksel tedaviden tümüyle kopmayı yeğlemektedir. Çoğu vakada TAT, geleneksel tedavilerin yerini almak için değil, tamamlayıcı biçimde kullanılmaktadır (13). Yani pek çok kanser hastası TAT’ları konvansiyonel tedaviyle kombine etmektedir.

Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların prevelansı dünyada olduğu gibi ülkemizde de yüksek olup giderek de sıklığı artmaktadır. Tedavilerinin uzun, devamlı ve hasta uyumuyla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu da hastaların medikal olmayan uygulamalara daha çok yönleneceğini düşündürmektedir. Bu grup hastaların sağlık davranışlarını anlamak açısından TAT kullanımının olup olmadığını ve kullanma nedenlerini öğrenmek birinci basamak pratiği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Medikal olmayan kullanımların hekimler tarafından daha az sorgulandığını hastaların da bu yöntemleri kullanımları konusunda hekimlerine bilgi vermedikleri pek ifade etmediklerini düşünmekteyiz. Birinci basamak hekimleri olarak hastaların tedavisinde bu durumun bilinmesi önemlidir. Bu alandaki çalışmalar daha çok onkolojik hasta gruplarında yapılmıştır ve ikinci ya da üçüncü basamaktaki hastalar seçilmiştir. Kronik hastalığı olanlarda yapılmış çalışma pek az olup ve genelde spesifik bir hastalığa yönelik yapılmıştır. Literatürde birinci basamakta kronik hastalıklarda TAT kullanımı ile ilgili yapılmış çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu bağlamda yapacağımız çalışma kronik hastalık TAT ilişkisini tespit ederek birinci basamak hekimlerinin

TAT yöntemlerini sorgulamasını ve hastalarına verecekleri sağlık hizmeti niteliğini artıracaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Kavramı

Genel tıp yöntemlerine tamamlayıcı olarak katkıda bulunan ve klasik tıp adı altında kavramsal olarak yer almayan tanı, tedavi ve hastalıktan korunma uygulamalarına genel olarak tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) adı verilmektedir (14).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM); Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri (TAT) henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (15).

Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün yapmış olduğu tanım bu alanda en çok kabul edilen tanım olmuştur. Bu tanıma göre “tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı” dır (16).

Amerikan Kanseri Birliği (American Cancer Society) ve Ulusal Kanseri Enstitüsü (National Cancer Institute), alternatif tedavileri hastalığın geleneksel tedavisinin yerine kullanılan uygulamalar şeklinde tanımlarken, tamamlayıcı tedavileri ise, modern tıp ile birlikte kullanılan tedavileri tamamlayıcı yaklaşımlar olarak tanımlanmaktadır. Ancak bugün TAT'ların sınırları tam olarak belirlenmiş değildir. Bu konudaki tartışmalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler genellikle birlikte kullanılmaktadır (17).

TAT, beden ve ruh sağlığını korumaya yönelik, kişinin kendisi, ailesi ve çevresi ile barıştırılması, kendini daha iyi tanımasını sağlamak amacıyla doğal madde ve özel solüsyonlar, farklı tedavi ve egzersiz tekniklerini kullanan özel tıp yöntemlerinden oluşur. (14)

2.2. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Tarihçesi

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Eski çağlarda geleneksel iyileştiriciler ve şamanların görev yaptığı toplumlarda, bitkisel tedavilerin kullanımı tıbbın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Homeopati, osteopati, şiropraktör gibi uygulamalar ise XIX. Yüzyılda gelişmiştir. Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında Birleşik

Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Bu merkezin amacı; tamamlayıcı ve alternatif tıp (CAM) uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır (18).

The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health (NIH) 'in içinde yer alan 27 enstitüden biridir. NCCAM'a göre TAT yöntemleri beş katagoride incelenebilir:

- 1- Homeopati benzeri alternatif tıbbi sistemler, geleneksel Çin tıbbı ve ayurvedik tıp,
- 2- Meditasyon, dinsel tedaviler, müzik ve dans gibi “zihin-vücut” teknikleri,
- 3- Bitkisel tedaviler, vitaminler, aromaterapi ve özel diyetler gibi biyolojik temelli tedaviler,
- 4- Manipulasyon ve masaj gibi muskuloskeletal tedaviler,
- 5- Qigong, reiki, magnetik alan gibi enerji temelli tedaviler (19).

2.3. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Epidemiyolojisi

Geleneksel tıp, bilimin kurallarına ve bilimsel yöntemin uygulanmasına dayalıdır. Bu nedenle konvansiyonel tıba “bilimsel tıp” ya da “kanıta dayalı tıp” denir. Hastalık patofizyolojik sürecine göre açıklanır ve tedavi bu süreci etkileyecek şekilde planlanır. Konvansiyonel tedaviler ve uygulamalar bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtlardan şekil almaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ise tıbbi olmayan inançlara dayanmakta ve genellikle de klinik araştırmalarla desteklenmemektedir. Bu tedaviler kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır ve genelde bu alanda yapılan çalışmaların metodolojisi de zayıftır (20,21).

Konvansiyonel tıp fizyoloji ve patofizyoloji temelleri üzerine kurulurken, alternatif tıp, alternatif paradigmlar (çin tıbbında ‘qi’ veya ayurvedic tıpta ‘prana’) veya kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır. Alternatif/tamamlayıcı tıp uygulamaları geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Kullanıcıların genel kanısı doğal, güvenilir ve etkili olduğudur (22). Bu sebeple kullanıcıların %40’a yakınının uygulamalar hakkında hekimleri bilgilendirmediği gösterilmiştir (23).

Konvansiyonel tıbbi alternatif veya tamamlayıcı tedaviler tüm zamanlarda var olmasına rağmen 1990'lı yıllarla kullanımı dramatik olarak artmıştır (22,23). Bu artışta medya, alternatif tedavi uygulayıcıları ve bazı tıp doktorları rol oynamaktadır (24). Birleşik devletlerde 1990 yılında 1539 erişkin arasında ve tekrar 1997 yılında 2055 erişkin arasında yapılmış telefon anketi alternatif/tamamlayıcı tıp uygulamaları oranında %34'ten %42'ye ilerlemeyi ortaya koymuştur. Bu uygulamaların tahmini maliyeti 27 milyar dolardır. Kullanımdaki sebepler sırasıyla sırt problemleri, anksiyete, depresyon ve baş ağrılarıdır (23).

TAT kullanımı son yıllarda gelişmekte olan ve endüstrileşmiş birçok ülkede düzenli bir şekilde artmıştır (25,26). Gelişmiş ülkelerde TAT kullanımı; Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48,2, Fransa'da %49,3, Kanada'da %70,4 iken, gelişmekte olan ülkelerde ise Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (27). McCaffery ve arkadaşlarının çalışmasında, Amerikalıların 1/3 standart konvansiyonel tedavilere ek olarak sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için TAT kullandığı saptanmıştır (28).

Almanya ve Fransa'da 45 yaş üzeri bireylerde fitoterapi kullanım oranının %64-68'lik seviyede seyrettiği, bu süreçte 45 yaş altı bireylerde de kullanım oranının %34'ten 68'e belirgin bir artış olduğu görülmüştür (29).

Günümüzde birçok kanser hastası daha iyi olma ve hastalığının tedavisi için TAT kullanmaktadır (30). Kanser hastalarında TAT kullanım sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda; 13 ülkede 26 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede kanser hastaları arasında TAT kullanım sıklığının %7 ile %64 arasında (ortalama %31,4) değiştiği bulunmuştur (1). Hastanede yatarak tedavi alan Norveçli kanser hastalarında TAT kullanımı %20 olarak bulunmuştur (31). Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 14 Avrupa ülkesinde kanser hastalarında TAT kullanım sıklığının incelendiği bir çalışmada, kanser hastalarının TAT kullanma oranı %36 olarak (%15-73 arasında değişen aralıkta) bulunmuştur (32).

TAT kullanımına dair Türkiye'de yapılan araştırmalar, çoğunlukla kanser hastalarıyla yapılmıştır (7, 8, 33, 34). Kanser hastaları dışında, yetişkinlerin bu tür tedaviler konusundaki bilgi ve kullanım düzeylerine ilişkin çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Türkiye'nin Doğu bölgesinde yaşayan yetişkinlerle yapılan bir çalışmada örneklemin %70'inin TAT yöntemlerinden birini kullandığı ve bitkisel tedavinin en sık kullanılan TAT yöntemi olduğu belirlenmiştir (35).

Türkiye’de kanser hastalarında TAT kullanım sıklığını Ceylan ve arkadaşları %60,1, Samur ve arkadaşları %50, Oğuz ve Pınar %80,2, Taş ve arkadaşları %47,3, Gözümlü ve arkadaşları %41,1, Işıksan ve arkadaşları %39,2, Algier ve arkadaşları %36 şeklinde değişen oranlarda bulmuşlardır (33,36). Son olarak Kav ve arkadaşları tarafından yapılan “Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı”; literatür taramasında, bu oran %22,1 ile %84,1 arasında değişmekte olup, ortalama TAT kullanımı %46,2 olarak bulunmuştur (36).

Alternatif/tamamlayıcı tıp uygulamaları kanser, artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları ve kronik karaciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklarda da giderek artmaktadır (23, 37, 38, 39). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda benzer kullanım oranları bulunmuştur. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalında 44 inflamatuvar barsak hastasında yapılan çalışmada alternatif/tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanım oranları 40 yaş altındaki hastalarda %33,3, 40 yaş üstü hastalarda %47,4’tür (40).

TAT kullanımı hastaların inançlarına, dinlerine, yaşam şekillerine ve kültürlerine (büyük olasılıkla belli coğrafik alanlarda yetişen belli başlı bitkilerin daha iyi bilinmesi) göre değişmektedir. Hastaların TAT’ı niçin tercih ettikleri incelendiğinde; bunu tam olarak açıklayamadıkları; ancak hastalıklarını daha iyi kontrol edebildikleri, karar vermeye aktif katıldıkları (yani kendileri istedikleri için uyguladıkları) ve hastalık sürecinin gerektirdiği uygulamalarda daha kabullenici hissettikleri saptanmıştır. (41). Özellikle kronik hastalığı olanların sıklıkla TAT’ı geleneksel tıptan daha başarılı olarak algıladıkları bildirilmektedir (41).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 65 yaş üstü kadınlarda genel popülasyondaki bitkisel tedavi kullanımı %48,3 olarak bulunmuştur (42). Kronik hastalıklı kişilerde TAT kullanma prevalansının normal popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (43). İngiltere’deki astımlı hastaların sadece %41’i TAT’ı hiç denememiştir (41). Bu oran TAT kullanım oranının yüksek olduğunu desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların, TAT konusunda arkadaşlarından ve medyadan bilgi edindikleri, ancak bu konuda doktorları ile görüşmedikleri saptanmıştır (41).

ABD’de RA, osteoartrit ve fibromiyalji tanısı olan rastgele seçilmiş 612 kişi üzerinde yapılan araştırmada, bu kişilerin %90’ının herhangi bir zamanda TAT uygulaması yaptırdığı, %69’unun ise halen yaptırmakta olduğu gösterilmiştir (44).

2.4. Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Yöntemleri

TAT uygulamaları içerisinde en yüksek oranda kullanılan bitkisel tedavi (herbalizm, fitoterapi) biyolojik tedaviler içerisinde sınıflandırılmıştır.

2.4.1. Bitkisel Tedaviler (Herbalizm, Fitoterapi)

Fitoterapi, “tıbbi bitkilerle tedavi” anlamına gelmektedir. Hastalıkların, tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesi “fitoterapi” olarak değerlendirilmektedir. Fitoterapi, günümüzde alternatif tıp konuları arasında değerlendirilmekte olup tarih süreci içerisinde birikimi, gelişimi ve uygulanışı ile birçok tıp bilimine öncülük etmiştir (45).

"Fitoterapi" teriminin ilk kez 1870- 1953 yılları arasında yaşamış Fransız hekimi Henry Lenclerc tarafından La Presce Medical adlı dergide kullanıldığı iddia edilmiştir. Oysa bu tarihten çok önceleri bitkilerin sağlığı korumak ya da geri kazanmak için, bütün toplumlar tarafından tarihin her döneminde kullanıldığı bilinmektedir. Bu konuda ilk yazılı belge olan M.Ö. 3000 yıllarına ait Ninova tabletleri, Mezopotamya'da kurulan Sümer, Akat, Asur medeniyetlerinde bitkisel ve hayvansal ilaçlarla tedavilerin mevcut olduğunu kanıtlamaktadır. M.Ö. 2500 yıllarında Çin tıbbıyla paralel bir gelişme içinde olan Hint tıbbının önemli temsilcilerinden Rig Veda, eserlerinde bine yakın şifalı bitkiden bahsetmiştir. Yunan tıbbının önemli adlarından Eskulap ve modern tıbbın temeli olarak kabul edilen Hipokrat kitaplarında 400'e yakın bitkisel ürünü anlatmıştır. İslam uygarlığı döneminde, Ebu Reyhan yirmiyeye yakın şifalı bitkiden bahseden Kitab-al Saydalafi al Tıp adlı kitabı, İbn-i Sina ve Al Gafini'nin 800 hayvansal ve bitkisel tedaviden bahseden "Tıp Kanunu" adlı eseri 1650'li yıllara kadar referans kaynaklar olarak kabul edilmiştir (46).

Son yıllarda sentetik ilaçlarla meydana gelebilen ciddi yan etkilerin yol açtığı medikal ve ekonomik sorunlar, endüstrileşmiş ülkelerdeki uluslar arası ilaç sanayinin de neden olduğu çevre kirliliğinin güçlendirdiği ekolojik yaklaşımlar ve hareketler, küratif tedavileri henüz mümkün olmayan bir çok kronik hastalığın oluşturduğu tehdit ve tedavide doğallığın her zaman etkili ve yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi gibi bir çok faktöre bağlı olarak bitkisel tedavi tekrar popüler hale gelmiştir. Herbalistler (bitkisel tedavi uzmanları) bitki tedavisinde,

sadece etken maddenin izole edilip verilmesini amaçlayan tedavinin aksine, maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir payı olduğunu savunmaktadırlar. Saflaştırılmamış bitkinin kullanımı ile bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığının da azaldığını ileri sürmektedirler (47).

“Doğal olan güvenlidir” diye yaygın bir kanı vardır. Ancak doğal olan her zaman güvenli demek değildir. Pek çok bitkinin yüksek derecede toksik olduğu, diğer tedavi yöntemleri içinde fitoterapinin yan etki ve toksisite yönünden çok daha fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir (47). Tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin bir kısmının hepatotoksik olduğu yönünde literatür bilgisi vardır (48, 49). Ayrıca bilinçsiz fitoterapi uygulaması sonucu zaman zaman ölümle sonuçlanan olgular bildirilmiştir (50). Fitoterapi uygulamasının direkt toksik etkilerinden başka hastanın kullandığı diğer ilaçlarla toksikolojik etkileşmelerin olabileceği de gösterilmiştir (51). Yapılan birçok araştırma, fitoterapi uygulamalarının bazen modern tıp metotlarına denk hatta ondan daha üstün olabileceğini de göstermiştir. Binbirdelik otu ile yapılan bir çalışmada, orta dereceli depresyon üzerine amitriptilin ile benzer düzeyde etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (52). Benign prostat hiperplazili hastalarda ve atopik dermatitli hastalarda yapılan çalışmalarda bazı fitoterapi uygulamalarının oldukça etkili olduğu bildirilmektedir (53, 54).

Fitoterapide kullanılan bitkilerin; botanik açıdan tayini yapılmış, mikrobiyolojik ve kimyasal kontrollü, etken madde miktarı belli, standardize edilmiş ve hijyenik şartlarda ambalajlanmış olarak hastaya sunulması gerekir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki çeşitli kuruluşlar, toksik etkileri de olabilen ve oldukça çok rağbet gören tıbbi bitkilere belirli standartlar getirmeye çalışmaktadırlar. Fitoterapinin güvenilirliği ve etkinliği henüz tam olarak kanıtlanmadığı bu yüzden bitkisel ilaçların bazı kurallar çerçevesinde reçete edilmesi gerektiği bildirilmiştir (55).

2.4.2. Yoga

Yoga, binlerce yıl önce Hindistan'da ortaya çıkmış bir felsefe, bir yaşam biçimidir. Yoga sözcüğü Sanskritçe "birleştirmek veya bütünleşmek" anlamına gelir. Bu felsefeyi uygulayan kişiye de "Yogi" denir. Yoganın, bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten, huzur veren ve kişinin kendini tanımasını sağlayan, dünyadaki en eski kişisel gelişim yöntemi olduğu belirtilmektedir (56). Yoganın mevcudiyetine ilişkin en eski arkeolojik bulgular, M.Ö.

3000 yıllarına aittir. İndus vadisinde yapılan kazılarda ortaya çıkartılan bazı tas mühürlerde yoga duruşlarını gösteren figürlere rastlanmıştır. Yogadan ilk kez, M.Ö. 2500 yıllarına ait kutsal yazılar olan Veda'larda bahsedilmektedir. Ancak Veda'ların son kısımlarını oluşturan Upanisad'lar Yoga öğretisinin ve Vedanta felsefesinin temellerini oluşturmaktadır. Vedanta'nın ana fikri şu şekilde belirtilir: Bir tek mutlak gerçek ve bilinç vardır; o da bütün evrenin temeli olan Brahman'dır (Tanrı'dır). Yoga bir din değildir. İnsanları fiziksel, zihinsel ve ruhsal disiplin yoluyla mutluluğa, başarıya ve aydınlanmaya ulaştırmayı amaçlayan bir felsefedir. Yoga, uzun süreli eğitim gerektiren bir yöntemdir. Yoga bir eğiticinin rehberliğinde öğrenilir. M.Ö. 3. yüzyılda yaşamış olan Patanjali, Yoga Sutra'larında, Yoganın sekiz basamaktan oluştuğunu söylemiştir. Bunlar:

1. Yama- Ahlaksal kurallara uymayı öğretir. Şiddeti, hırsızlığı, açgözlülüğü, kişinin kendi nefesine hâkim olamayışını yasaklar.

2. Niyama - Öz disiplini öğretir. Saflığı, sadeliği ve çalışmayı hedefler.

3. Asana - Belirli pozisyonlardaki vücut egzersizleridir.

4. Pranayama - Belirli ritimlerde nefes alıp vermeyi öğretir.

5. Pratyahara - Duyguları kontrol etmeyi sağlar.

6. Dharana - Belli bir fikir üzerinde konsantre olmayı öğretir.

7. Dhayana - Meditasyon.

8. Samadhi - Meditasyonun ulaşacağı son hedef olup; beden ve duyular dinlenirken, aklın ve ruhun uyanık kalması. Üstün bilince erişme halidir (57, 58).

Sürekli yapılan Yoganın faydaları: Vücudun diri ve sağlıklı görünmesini sağlar. Metabolizmanın dengeli, sinir sisteminin güçlü, kan dolaşımının düzenli olmasını sağlar. Zihne, ruha huzur ve mutluluk getirir, olumlu düşüncelerin üretilmesini sağlar. Vücudun esnekliğini artırır. Kasları, eklem yerlerini, iç organları ve sinir sistemini güçlendirir. Solunum organlarının düzenli çalışmasını sağlar. Düzenli nefes almayı öğretir. Sindirim problemlerini çözer. İç salgı bezlerini çalıştırarak normal dengeyi sağlar. Zihnin durulmasını sağlar. Sakinleştirir ve sabırlı olmayı öğretir (57, 58, 59).

2.4.3. Akupunktur

Akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık iki-üç bin yıldan beri kullanılmaktadır. Akupunktur Latince iki kelimeden (acus: iğne ve puncture: batırma) oluşur. Genel olarak çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin akupunktur noktalarına batırılması ile uygulanmakta ve çok eskiden beri birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Akupunkturda uygulama deriye ve deri altındaki kas dokusuna yapılır ve uygulama sırasındaki her türlü uyarıdan deri ve deri altı kas dokusu etkilenir. Akupunktur noktalarının %70- 80 kadarı kasların tetik noktaları ile ve ayrıca birçoğunun da motor noktaları ile aynı olduğu belirlenmiştir. Günümüze kadar pek çok hastaya bu tedavi yöntemi uygulanmış olmasına karşın temel, fizyolojik ve klinik verilerdeki eksiklikler nedeniyle Batı tıbbındaki yerini alması için yüzyıllar geçmesi gerekmiştir (60).

Akupunkturun etki mekanizmasını açıklamaya çalışan çeşitli teoriler olmakla birlikte, geleneksel Çin tıbbına göre akupunkturun asıl etkisi, bütüncül anlayışla vücudun kendi kendini iyileştirmesidir. Buna göre her canlı doğar, büyür ve ölür. Bu doğal devrim sırasında araya giren faktörlerle hastalıklar ortaya çıkabilir. Hastalık faktörleri araya girmediği sürece, canlılar Yin ve Yang adlı birbirine zıt iki kuvvetin altında dengeli ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilir. Yin ve Yang kuvvetlerinin bir araya gelmesinden Tao kuvveti oluşur. Yin ile Yang arasındaki etkileşim Qi'yi üretir. Qi bipolar enerji akısını sağlar ve bu enerji bütün evrene yayılır. Akupunktur iğneleri ile Qi'ye ulaşılır. Qi'nin çoğaltılması veya tüketilmesi mümkündür. Bu ikisinin dengeli olması durumunda sağlık devam eder (61, 62, 63).

Akupunkturun batı ülkelerinde yerini almasıyla birlikte etki mekanizması tartışılmaya başlanmış ve bu konuda çok çeşitli deneysel çalışmalar yapılmıştır. ABD'de akupunktura ilginin artmasıyla birlikte DSÖ bünyesinde bu konu ele alınmış ve akupunkturun bilimsel temellerini araştırmak üzere 1989 yılında bir çalışma grubu oluşturulmuştur. "Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu" (AKAMÇG) adı verilen bu grup beş yıl süren incelemeler sonunda, 1994'te Japonya'da bir akupunktur kılavuzu hazırlamış ve önemli kararlar almıştır (61).

1992 yılında NIH bünyesinde Alternatif Tıp Bürosunun (OAM) oluşturulmasından sonra akupunktur "tamamlayıcı ve alternatif tıp" bağlamında değerlendirilmeye başlanmış ve daha sonra NIH ile Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration - FDA) bu konuda işbirliği yapmaya karar vermiştir. 1996'da OAM ve FDA'nın birlikte düzenlediği bir

çalıstaydan sonra akupunktur resmen bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. OAM ve FDA'nın bu konudaki işbirliği ve ortak çalışmaları devam etmektedir (64, 65).

1996 yılında AKAMÇG tarafından Akupunkturun endikasyonları 7 ana başlık halinde özetlenmiştir.

1. Respiratuvar hastalıklar
2. Bronkopulmoner hastalıklar
3. Göz problemleri
4. Ağız boşluğu problemleri
5. Ortopedik rahatsızlıklar
6. Gastrointestinal bozukluklar
7. Nörolojik bozukluklar

2000 yılında, DSÖ tarafından yayınlanan bir akupunktur kılavuzunda, akupunkturun endikasyonlarını sıralamak yerine yalnızca kontraendikasyonları belirtilmiştir. Bunlar;

- Gebelik
- Acil cerrahi gerektiren durumlar
- Malignansiler
- Kanama ve pıhtılaşma bozukluğu olan hastalardır.

2006 yılında kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada akupunkturun endikasyonları ve kontraendikasyonları tekrar gözden geçirilmiş ve tablo 1'de gösterilen esaslar belirlenmiştir (64, 65).

Tablo 1. Akupunkturun Endikasyonları ve Kontraendikasyonları

Akupunktur Endikasyonları	Akupunktur Kontraendikasyonları
İlaçlarla geçmeyen ağrılı durumlar	1.Klasik akupunktur
İlaçların çok yan etki yaptığı durumlar	Asırı iğne fobisi olanlar
İlaçlarını azaltmak isteyen hastalar	Pıhtılaşma bozukluğu
Operasyon ya da kemoterapi sonrası	Lenfödemli ekstremiteler
aşırı bulantı ve kusmalar	Tümör ve açık yaralar
Tedaviye yanıt vermeyen vazomotor	Spinal instabilite
semptomlar	2.Kalıcı iğne akupunkturu
Radyasyon rektiti	Kalp kapak hastalıkları
Aşırı yorgunluk hissi	Nötropenik hastalar
Uyku bozuklukları	3.Elektro-akupunktur
	İntrakardiyak defibrilatör olan hastalar
	4.Göreceli sakınca
	Gebelik
	Epilepsi
	Konfüzyonlu hastalar
	Kalp pili olan hastalar

Akupunktur araştırmalarında en çok ele alınan konulardan biri de; belirlenmiş akupunktur noktalarının spesifik etkilerinin olup olmadığıdır. Hastalık veya yakınmalara göre hangi noktalara iğne batırılması gerektiğini gösteren çeşitli tedavi tabloları mevcut olmasına rağmen, bu noktaların spesifikliğı konusunda kesin bir kanıt elde edilememiştir. Bunun yanı sıra uyarımın cinsi ve şiddeti de hastaya veya doktora göre değişebilmektedir. Bütün bu faktörler akupunkturla çift körlü, randomize, kontrollü çalışmalar yapılmasını engellemektedir. Ancak her şeye rağmen son yıllarda oldukça iyi düzenlenmiş çalışmalarla akupunkturun

etkinliği araştırılmış ve sonuçlar bir taraftan modern tıp uygulamalarına ağırlık veren dergilerde yayınlanmaya başlamıştır. 2003 yılında 11 çalışmayı kapsayan bir meta-analiz çalışması sonucunda; 11 çalışmadan ikisinin kanıt derecesi yüksek, diğerleri düşük olarak değerlendirilmiştir. Üç çalışmada kontrol grubu kullanılmamış, iki çalışmada akupunkturun tetik nokta enjeksiyonundan veya tens tedavisinden daha etkili olduğu gösterilememiştir. Sekiz çalışma sonucu çıkan düşük kanıt dereceli değerlendirmelere göre, kronik bel ağrısının tedavisinde akupunktur, plasebo veya sham akupunkturdan daha etkili bulunmamıştır (66, 67, 68).

Klasik akupunkturla kıyaslanan en önemli tekniklerden biri kuru iğnelemedir. Kuru iğneleme yöntemi; tetik noktalara yüzeysel veya derin iğnelerin batırılması ve yaklaşık 30 saniye sonra iğnenin çıkarılması şeklinde uygulanan bir tedavi yöntemidir. Kronik boyun ağrılı hastalarda gerçekteştirilen randomize kontrollü bir çalışmada akupunkturun, kuru iğnelemeye göre daha etkili olduğu kanısına varılmıştır (69).

Yapılan çalışmalarda akupunkturun herhangi bir yan etkisinin bulunmadığı bildirilmektedir (62, 63, 66).

Akupunkturun son 30 yılda Batı ülkelerinde yaygınlaşmasına paralel olarak ülkemizde de ilgi artmış ve çeşitli uzmanlık dallarına mensup hekimler tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamaları kontrol altına almak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 17 Eylül 2002 tarihli 24879 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan bir yönetmelikle akupunktur eğitimi ve uygulama esasları yeniden belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre; branş farkı gözetmeksizin tıp doktorları Sağlık Bakanlığı'nın izni ile açılan kurslarda eğitime tabi tutulmaktadır. Ayrıca yurtdışında eğitim aldığını belgeleyen kişiler aldıkları eğitimi tüm ayrıntılarıyla kanıtlamakta ve "Akupunktur Bilim Komisyonu" tarafından uygun görülenler, sınava girmek koşuluyla sertifikaya hak kazanmaktadırlar. Eğitim süreci asgari 480 saat olup modern tıp ve alternatif tıp konularını da kapsamaktadır (61).

2.4.4. Diyet Desteği

Diyet desteği, diyetle vitamin, mineral ve çeşitli antioksidan maddelerin eklenmesi ile vücut direncinin arttırılması, hastalıklardan korunma ve hastalık döneminde iyileşme sürecinin hızlanması amacıyla uygulanan yöntemlerdir. Vitamin Latince yaşam anlamına gelen "vita" sözcüğünden kaynaklanır. Vitaminler normal yaşamın sürdürölmesi için gerekli

olan, yiyecekler içerisinde doğal olarak bulunan basit yapılu bileşiklerdir. Vücut fonksiyonunun düzenlenmesinde ve devamlılığında önemli rol oynarlar. Yağda ve suda eriyenler olmak üzere ikiye ayrılırlar. Yağda eriyenler A - D - E - K vücutta depolandığı için her gün almaya gerek yoktur. Suda eriyenler B - C ise depolanmazlar, fazlası dışarı atılır. Tüketilen besinlerde, özellikle taze sebze ve meyvelerde günlük vitamin ihtiyacını karşılamaya yetecek kadar vitamin bulunur. Ancak besinlerdeki vitaminler, kimi zaman yanlış pişirme, kimi zaman da yanlış muhafaza yöntemleri nedeniyle kayba uğrar. Besinlerde bulunan doğal vitaminlerin dışında, sentetik yoldan laboratuvarlarda üretilen vitaminler de vardır. Ancak, besinlerden alınan doğal vitaminler sentetik vitaminlerden her zaman daha güçlüdür, bu nedenle de, vitaminlerin doğal yollardan alınmasında fayda vardır. Temelde mevsime uygun sebze, meyve tüketimi olan, düzenli fiziksel aktivite yapan, çeşitli besinlerle beslenen, kilosunu koruyan bireyler, insanın yaşamı için gerekli bütün besin öğelerini sağlamış olurlar. İçerik, dozaj, kalite ve önerilecek miktar gibi bilgileri henüz açıklığa kavuşmamış diyet destekleyicilerinin tüketiciler tarafından kullanılmasının uygun olmayacağı bildirilmektedir. ABD’de her yıl yaklaşık 25 milyon yetişkinin yüksek doz vitamin kullandığını bildirilmektedir. Lee ve ark.’nın çalışmasında %8.2, Pud ve ark.’nın çalışmasında ise %13.9 oranında yüksek doz vitamin kullanıldığı bildirilmektedir. (70, 71). Yapılan çalışmalar anne babaların yaklaşık yarısının çocukları için multivitamin desteği kullandıklarını göstermektedir (72). Yapılan çalışmalar alternatif diyet destekleri ile yenidoğanlarda ciddi beslenme bozukluklarının, D vitamini eksikliğinin gözlemlendiğini bildirmektedir (73).

Çalışmalar; astımlı kişilerin belirli besinleri (örneğin; selenyum ve potasyum) düşük düzeyde almaya eğilimli olduklarını ve batı tarzı beslenmenin astım oranlarının yükselmesine yol açtığını göstermiştir. Diyete soğan, sarımsak, baharat ve antioksidanların (vitamin C, E, flavonoid ve beta-karotenden zengin gıdalar) eklenmesinin semptomların hafifletilmesine yardımcı olabileceği bildirilmektedir (74).

Coenzim Q 10: Hücre zarı için vazgeçilmez bir unsur olan, hücre içi fonksiyonlarda önemli görevi üstlenen, enerji üretimi için önemli kofaktördür. Sıklıkla kardiyak hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve kas distrofisi gibi hastalıklarda kullanılır. Bugün sadece kalp hastalıklarında tedavi edici etkisi olduğu bilinirken, diğer hastalıklarda sağlığı destekleyici etkisinin olabileceği ancak tedavi hakkında bilgilerin olmadığı bildirilmektedir. Coenzim Q

10'un iştah kaybı, diyare, gastrit gibi ters etkileri bulunmaktadır. Günde 300 mg'ın üzerinde kullanmak karaciğer fonksiyon testlerinden serum aminotransferazları yükseltmektedir. Ayrıca kanın pıhtılaşma süresini düşürdüğü bilinmektedir (75).

Ginseng: Çin ve Kore'de iyileştirmede kullanılan panax bitkisinden elde edilen ve dünyada çok popüler olarak bilinen üründür. Güçlü afrodisyak olduğu kabul edilmektedir. Stresin kaybolmasına, genel yaşamda yenilenmeye ve vücut fonksiyonlarını güçlendirdiğine inanılmaktadır. Oldukça sınırlı sayıda ve geçerliliği çok kabul edilememekle birlikte hipertansiyon, sinir sistemi bozuklukları ve diyare gibi sonuçlar doğurabileceği yönünde çalışmalar bulunmaktadır (75).

Ginkgo: Ginko biloba Çin'de Alzheimer, demans tipinde, periferik vasküler hastalıklarda ve kognitif fonksiyon bozukluklarında tedavi edici olarak kullanılmaktadır. İçerdiği flavanoidler sayesinde bu fonksiyonları sağladığı bildirilmektedir. Yakın zamanda yapılan çalışmalar orta demansa (unutkanlık) sahip olan hastalarda ginkgo biloba desteğı ile mental fonksiyonlarda düzelme olduğu yönündedir. Ancak aspirin ile birlikte kullanımlarda oküler hemoraji oluşmaktadır. Kalp hastalığı olup aspirin alan bireylerde kesinlikle kullanılmamalıdır (75).

Balık yağı: Balık yağının kalp hastalıklarında kanda trigliserit miktarını %30 kadar azaltarak kanın akışkanlığının artmasını sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca antiinflatuvar etkisi ile romatoid artritli hastalarda nonsteroidal antiinflatuvar ilaç kullanımı ihtiyacını azalttığını bildiren çalışmalar da vardır. Ancak üç aydan uzun süreli kullanımlarda romatoid artritli hastalarda eklemlerde yumuşama, sabah uyanırken kuvvetin azalması gözlenmektedir (75).

Soya proteini: İçerdiği bitkisel kimyasallar ile kan kolesterolünü düşürmekte, kadınlarda meme kanserine karşı korumakta, menopozda oluşabilecek sorunları azalttığını bildirilmektedir (75).

2.4.5. Hipnoterapi

Hipnoz, sözcükler, bakış ya da bazı yardımcı nesneler kullanılarak telkin gibi tekniklerle oluşturulan ve kişinin duygu, düşünce, algı ve bellek işlevlerinde değişikliklerin gerçekleştirilebildiğı özel bir bilinç durumudur. Hipnozun tedavi amacıyla kullanımına hipnoterapi denir. Hipnozun bütün dünyada analjezik, anestezi ve psikolojik tedavide

kullanıldığı bilinmektedir. Çeşitli alışkanlık ve davranış bozukluklarının giderilmesinde hipnoterapinin yararı olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Ayrıca hipnoz, tıbbi tedavinin yanı sıra eğitim, güzel sanatlar ve sporda etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır (76). Eski Yunancada "hypnos" uykuya anlamına gelir. Ancak hipnoz bir uykuya hali olmayıp, aksine uyanıklık halidir. Elektroensefalografi kullanılan araştırmalarda elde edilen beyin ritim örnekleri, hipnotize edilmiş bir kişinin, uykuya ile uyanıklık arasında olduğunu göstermektedir. Hipnozun insanlar tarafından kullanılmaya başladığını gösteren ilk yazılı belgelere eski Yunan'da rastlanmaktadır. M.Ö. 1400–1300 yıllarından kalan dua taslarında telkinle ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Eski Yunan'da hipnoz, gerginliklerin giderilmesinde ve bazı histerik durumların tedavisinde kullanılmıştır. Eski Galyalılar ise hipnoza "sihirli uykuya" demişler ve onu, siğili olan kişilerin tedavisinde kullanmışlardır. Uzakdoğu dinlerinde ise bu gibi olayların çok eskiden beri bilinmekte ve uygulanmakta olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da ise hipnoz, 1760 yılına kadar halk tarafından bilinmemekteydi. Hipnoz kitlelere yayılmasını sağlayan kişi, onu tedavi vasıtası olarak kullanmanın yanı sıra bir gösteri haline de getirmiş olan, Franz Anton Mesmer'dir. Mesmer, hipnoza "hayvan manyetizması" adını vermiş ve bütün hastalıkların bu hayvan manyetizmasının dengesinin bozulmasından kaynaklandığını söylemiştir. Mesmer birçok hastasında çarpıcı gelişmeler de elde etmiştir. 19 yüzyılda bir İngiliz cerrah olan James Braid, ilk defa hipnoz kelimesini kullanmıştır. Braid, birçok büyük ameliyatta hipnozu kullanmıştır. Pierre Janet ise, telkin ile hipnoz'un ayrımını yapan ilk düşünür olmuştur. Başlangıçta Janet ile aynı görüşte olan Sigmund Freud, psikanaliz açısından hipnozu ele alıp açıklamıştır. Freud hipnozu hastalıkların tedavisinde kullanılacak bir yöntem olarak benimsemiştir. Ancak nevrozlu hastalar üzerinde yaptığı uygulamalarda olumsuz sonuç alması, onun bu yöntemi terk etmesine sebep olmuştur. 1958'de Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association), hipnoz, tıpta kullanılabileceğini kabul etmişlerdir. Günümüzde dünyanın birçok yerinde hipnozla ilgili araştırmalara devam edilmektedir (77, 78, 79, 80).

Hipnoterapinin kullanım alanları:

Doğum ağrısını azaltma

Tüm ağrılı durumlar (romatizma, migren gibi)

Yanıkların tedavisi (ağrısız, hızlı iyileşme için)

Anestezi kullanılmadan yapılan çeşitli ameliyatlar

Bağımlılık tedavisi (alkol, sigara, uyuşturucu tedavilerinde)

Kilo problemleri (diyetsiz, açlık hissini yok ederek, alınmaması gereken gıdalara karşı tiksinti vererek)

Cinsel sorunlar (erkeklerde psikojen empotans, kadınlarda vaginismus)

Okuma, öğrenme ve hafıza kapasitelerinin arttırılması

Kekemelik, tik bozuklukları, anksiyete, depresyon, fobiler, panik bozukluklar
Uyku bozuklukları

Astım, nefes darlığı

Çocuklardaki gece idrar kaçırma, eğitim ve davranış sorunları

Çeşitli psikosomatik hastalıklar

Ülseratif kolon, irritabl kolon gibi barsak hastalıkları

Alerjik deri hastalıkları

Sedef hastalığı

Siğil tedavisi

Tikler

Kekemelik (76,77,78,79,80).

2.4.6. Masaj Terapisi

Masaj 5000 yıllık geçmişe sahiptir. Yeryüzünün en eski uygarlıkları tarafından çok iyi bilinmektedir. Belki bugünkü şekliyle değil ama değişik amaçlarla Hintliler, Çinliler, Grekler ve Mısırlılar masajı geçmişte kullanmışlardır. Yine Mısırlılar, Romalılar, Japonlar, İranlılarda

pratik masaj tedavisini bilmekteydiler. Antik Yunan kültüründe spor ve masaj bir yaşam biçimi olarak bilinmekteydi (81).

MÖ. 460- 380 yıllarında yaşayan Hipokrat omuz çıkıklarında ve kas yırtılmalarından sonra ovmanın yararlı olacağını bildirmiştir (82). Ünlü felsefeci ve tıp adamı olan İbn-i Sina (MS. 980- 1037) da masajın yararlarından bahsetmiştir. Ünlü eseri El Kanun Fit Tıp'ta bu konuya yer vermiştir. Bugünkü klasik masajın temelini 1893 yılında yayınlamış olduğu kitabıyla Albert Hoffa (1859- 1907) kurmuştur. Masaj manipölasyonlarını öfloraj, petrisaj, friksiyon, tapotement ve vibrasyon olmak üzere beş grupta ele almıştır. Hoffa teknikli masaj daha sonra "Gouch Okulu" tarafından sürdürülmüştür (81).

19. yüzyıl da Peter Henry Ling (küratif jimnastiğin kurucusu) Fransız masaj teknikleriyle birleştirerek modern günümüzün ilk masaj manipölasyonlarını oluşturmuştur. 1894 de İngiltere'de dokuz hemşire bir araya gelerek Masaj Derneği kurmuşlardır (81).

Masaj kelimesi; Arapça dokunma anlamına gelen "mass" ve Yunanca yoğurma anlamına gelen "massein" kelimelerinden gelmiştir. Masajın birçok tanımı bulunmaktadır. Bunlardan bazıları:

Muhtelif darbeler ve ovmalarla lokal kan dolaşımını artırma, damarları açma ve dokuya fazla kan gelmesini sağlama usulüdür (81).

Yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak, sistematik manipölasyonlar ile organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratma eğilimidir (83).

Vücut yüzeyinde; el, elektrik, su vb. aracılığı ile çeşitli işlemler yaparak tedavi, bakım ve rahatlatma yöntemidir (83).

Masajın amacı, uygulanan kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatma ve rahat hissettirmektir. Bunun için çok farklı cihazlar kullanılmakla birlikte elle de yapılmaktadır.

Nitekim elle yapılan masaj, klasik masajın temelini oluşturmaktadır (81).

Masaj uygulamaları; kan damarlarında vazodilatasyon, cilt ısısında artma ve kalp hızında azalma yaparak vücutta bir rahatlamaya neden olmaktadır. Masajın etki mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, kas dokusunda laktik asit yapımında azalma, konnektif doku iyileşmesi stimülasyonu, lenfatik ve venöz sirkülasyonda artma gibi çeşitli hipotezler öne sürülmektedir (84, 85).

Masajın endikasyonları: Skar dokuları ve yapışıklıkların çözülmesinde ve giderilmesinde, revaskülarizasyon, kas spazmı, tendinit, bursit, fibrozit, miyozit, uykusuzluk ve nevrasteni durumunda, kas kramplarında, kas rahatsızlıklarında, burkulmalarda akut devreden sonra, tansiyona bağlı bas ağrılarında, migrende, dismenorede, kabızlıkta, obezite sonucu oluşan ağrılarda kullanılabilir (81, 82).

Masajın kontrendikasyonları: Ateroskleroz, tromboemboli, ciddi varikoz venler, akut flebit gibi damar hastalıklarında, sinovit, deri enfeksiyonları ve hastalıklarında, kanser gibi kilo kaybettiren hastalıklarda, akut inflamatuvar hastalık (grip, nezle gibi) durumlarda, yemek ardından ve akut yaralanmalarda kullanılmamalıdır (81, 82).

2.4.7. Homeopati

Homeopati sağlığa kavuşturma sistemi olup, benzeri benzer ile tedavi etme temeline dayanmaktadır. Homeopati kelimesi homoion (benzeri) ve pathos (acı çekme) kelimelerinden türetilmiştir. Homeopati tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. Samuel Hahnemann tarafından kurulmuş ve geliştirilmiştir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) yıllar süren araştırmaları ve gözlemleri sonucu su görüşe varmıştı: her hangi bir madde kişiyi hasta edebiliyorsa, aynı zamanda da iyileştirebilir. Sağlıklı insanda hastalık belirtileri oluşturabilecek herhangi bir şey, hasta insanda bu belirtileri ortadan kaldırabilir. “Benzeri benzer ile tedavi”, homeopatinin temel yasasını oluşturmaktadır. Homeopati, hastalıkların belirtilerini insanın içindeki uyuşmazlığın bir belirtisi olarak kabul etmektedir. Bu tedavideki amaç, hastaya zarar vermeden ılımlı ve güvenilir bir yolla, hastalığı tümüyle ve kökten iyileştirmektir. Aynı hastalığa her insan değişik tepki göstermektedir; “hastalık yoktur, hasta vardır” felsefesi homeopati tedavisinin temelini oluşturmaktadır, bu yüzden hastalığın değil, hastanın tedavi edilmesi öngörülmektedir. Hastalıkla benzer belirtiler oluşturan homeopatik ilaçlar ise, vücudun kendi iyileşme gücünü harekete geçirerek sonuca ulaşmaktadır. Bu güçle, doğal yollardan birçok şikâyetin ortadan kalkması sağlanmaktadır. Klasik homeopati, tek ilaç-minimum doz prensibine dayanmakta olup ilaçlar toplu iğne bası kadar granül veya solüsyon şeklinde olabilmektedir. Bu yöntemin akut ve kronik hastalıklarda kullanılabileceği bildirilmektedir (86, 87, 88).

2.4.8. Dua Etme (Ruhsal İyileştirme Tekniği)

Dua etme ve dini inançlara bağlı olarak çeşitli ibadetler insanların kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına, hayatın anlam ve amacına ilişkin bilgileri elde etmelerine yardımcı olan eylemler olarak tanımlanabilir (89). İnsanların bir hastalıktan ya da herhangi bir sorundan bir mucize ile hemen kurtulma ümidi çağlar boyunca var olmuştur. Ülkemizde de bu ümit ile en çok ziyaret edilen yerler türbe ve yatırlardır. Halk arasında nazar bir hastalık etkeni olarak görülmekte ve nazardan kurtulmak ve korunmak için dua okuma yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır (90). Barnes ve ark.'nın gerçekleştirdikleri bir çalışmada, %36 olarak belirlenen TAT kullanım oranının, dua etme yönteminin eklenmesiyle birlikte % 62'ye kadar artış kaydettiği gösterilmektedir (91).

Dua etme; çoğu toplumda iyileştirici bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrılı bireylerin çoğu dua etme yöntemini kullanmaktadırlar. Dua etmenin birçok sekli olabilmektedir. Bunlar; kendi kendine dua etme ya da bir hemşirelik uygulaması biçiminde ortaya çıkan dua etme olarak sıralanabilir. Diğer sağlık profesyonellerinin ya da dini görevlilerin hasta için dua etmeleri ya da hasta yakınlarının, hastaları için dua etmeleri de gündeme gelebilmektedir. Dua etme sekli dini inançlara dayanmaktadır. Değişik inançlara sahip hastalara karşı hassas ve bilgili olma gerekliliği, hemşirelik açısından üzerinde durulması gereken konudur (92).

Yaslıların fiziksel işlev bozukluğunun hafifletilmesinde ve vücut ağrılarının azaltılmasında dua etmenin olumlu sonuçlarına işaret edilerek, kronik ağrının yol açtığı depresyon ve anksiyetenin azaltılması amacıyla dua etme yönteminin kullanımı önerilmektedir (93).

Dua etme ile kan basıncında azalma ve immün sistem fonksiyonlarında düzelme arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar yanında meditasyon ile hasta grubunda stres hormonu seviyelerinin ve kolesterol seviyelerinin azaldığını bildiren çalışmalar da vardır. Dua etmenin bir relaksasyon cevabı oluşturduğu öne sürülmektedir. Bu açıdan bakıldığı zaman dua etme bir meditasyon yöntemidir. Meditasyon, solunum hızında azalma, kalp hızında azalma, kan basıncında azalma, beyin dalga aktivitelerinde yavaşlama ve hipometabolik bir durum seklinde vücutta meydana gelen değişikliklere neden olmaktadır (94). Neşe, umut, sevgi gibi dua etme ile ilişkili pozitif duygu durum halinin kişinin psikolojik halini iyi yönde etkilediği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda kalp hastalarında

dua etme ile daha iyi sonuçlar olduğu bildirilmekle birlikte yüksek komplikasyon oranları veren çalışmalar da vardır (95, 96, 97).

2.4.9. Refleksoloji

Birçok kültürde eski zamanlardan beri uygulanan refleksoloji, ayaklarda bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktaları olduğu ve bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanan bir yöntemdir. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasını sağlayarak bedende fizyolojik değişikliklere yol açtığı ileri sürülmektedir. Refleksolojinin temelinde, rahatsızlıkların enerjinin belli bir yerde bloke olmasından kaynaklandığı tezi yatar. Bu ilaçsız tedavi, beden fonksiyonlarını normalleştirerek vücudun kendi kendini iyileştirme mekanizmasını harekete geçirir. Refleksoloji tekniği ile bütün vücuda masaj yapmadan stresi vücuttan uzaklaştırmanın, rahatlamayı ve dinlenmeyi sağlamanın mümkün olduğu bildirilmektedir (98).

Refleksoloji stres ve anksiyete, panik atak, sınav stresi, depresyon, bel - boyun fıtığı, mide reflüsü, eklem ağrıları, dikkat eksikliği, otizm, serebral palsy (spastik özür), motor gerilik (yürüme bozukluğu), kas rahatsızlıkları ve kireçlenme, migren, hormon sorunları, astım, enürezis, uykusuzluk, hazımsızlık, konuşma bozukluğu gibi durumlarda kullanılabilir (99).

Refleksoloji, hamileliğin ilk üç ayında düşüğe sebebiyet verebileceğinden tavsiye edilmez ve uygulanmasına dikkat edilmesi gereken bir tedavidir. Bununla birlikte enfeksiyon halinde, ateşlenme durumunda, kanser ve damar tıkanıklığı hastalıkları söz konusu olduğunda kişiye refleksoloji uygulanmamalıdır (98, 99).

2.4.10. Alexander Tekniği

F. Matthias Alexander, nefes alma ve düzgün durma alıştırmaları yaparak, kendini daha sağlıklı hissedip, kendine olan güveninin arttığını görmüş, daha sonra başkalarına da değerli bulgularını öğretip, onları bu konuda cesaretlendirmiş ve iyi sonuçlar almıştır. Bundan sonra kendini ve diğer insanları gözlemleyerek, insanların günlük hayatlarında alışık oldukları, doğal olmayan duruş ve hareketleri bırakmaya cesaretlendirici bir sistem yaratmıştır. Alexander tekniği basit kavramın ötesinde vücudun ve zihnin uyum içinde olmasını sağlayan bir teknik olarak görülmektedir. Alexander tekniği hastaya vücudunu öğrenilmiş veya

sonradan eklenmiş hareketlerden kurtarıp, kendi temel, doğal durusu ve hareket biçimlerini kazanmayı öğretir. Bu teknik bir uzman denetiminde uygulanır (100, 101, 102).

Olgunluk yasına eristiğimizde birçoğumuz zihni ve fiziki gerilim yaratan, zararlı duruş alışkanlıkları kazanmaktayız. Alexander tekniğinin kendini organize etmenin yeni bir yolu olduğu ve ciddiye alınması gerektiği öne sürülmektedir. Bu tekniğin ilk aşaması teşhis koymaktır. Alexander tekniği öğretmenleri kişideki hatalı duruş alışkanlıklarını ortaya çıkarıp kullandıkları metotlarla kişilere, en uygun duruş haline gerilimsiz olarak dönebilmeleri için yardım ederler (100, 101).

Bu teknik günlük faaliyetlerimizde denge, duruş ve harekete ilişkin farkındalığımızı artıran bir yöntemdir. Çoğumuzun bedeninde bilmeden tuttuğu aşırı kas geriliminin daha çok farkına varma olanağı sağlar. Bilincine varılmayan bu gerilimler, zamanla birikerek daha geç dönemlerde, yaşlılığın kaçınılmaz parçası olarak kabul ettiğimiz tutukluk, ağrı ve hatta deformasyonlar olarak sonuçlanmaktadır. Günlük yaşamımızda bizi stres altında bırakan sayısız durumla karşılaşmaktayız. Bu stresler daha sonraları kas gerginliğine dönüşebilmekte ve kontrolsüz bırakılırsa, hipertansiyon, koroner arter sorunları, mide rahatsızlıkları, bas ağrıları ve migren, uykusuzluk, artrit, deformasyon ve sırt ağrılarına da yol açabilmektedir. Sırt ağrıları ve migren günümüzün en yaygın rahatsızlıklarındandır. Sekiz kadından birinde görüldüğü bildirilen bel fıtığı gibi rahatsızlıkların da yanlış duruşun bir sonucu olduğu düşünülmektedir (102).

Stresli yaşam koşullarına ek olarak birçok kişi yürürken, otururken ve dururken tembellik yapmakta ve bunun sonucunda da yıllar geçtikçe bu hareketler alışkanlık haline gelmekte ve vücutlarında bazı değişiklikler oluşmaktadır. Bunlardan bazıları; bezgin bir oturuş, çökmüş omuz basları, çökmüş bir sırt ve düşen bastır. Bezgince eğri oturuş göğüs kafesinin genişleme kapasitesini etkilemekte, bu da solunumu zorlaştırmaktadır (101).

Alexander tekniği düzenli nefes kontrolü ve vücuda duruş dengesini yeniden kazandırmayı amaçladığından özellikle gebeler, aktörler, müzisyenler ve dansçılar için çok değerlidir. Bununla beraber, kişinin kendini iyi hissetmesini sağladığı için bir alternatif yöntem olarak gittikçe daha popüler olmaktadır. Alexander tekniğinin belirli hastalıkları iyileştirme yolu olmadığı, özel duruş problemleri, soluma güçlükleri ve konuşma bozuklukları olan kişilerde faydalı olduğu bildirilmektedir. Alexander'in kendisi de bu tekniğin, tıbbi bir

tedavi yöntemi olmadığını, bir tür kendi kendine yardım tekniği olduğunu belirtmiştir (100, 101, 102).

2.4.11. Reiki

Reiki, şifa ve ruhsal çalışmalara dayanan, 20.yüzyılın başında Japonya'da ortaya çıkan ve enerji aktarımı ile şifa vermeye dayalı olduğuna inanılan bir tekniktir. Rei "her yerde varolan", Ki "ruhsal yaşam enerjisi" anlamına gelmektedir. Batıya yayılmaya başladığında "Evrensel Yaşam Enerjisi" olarak tercüme edilmiştir. Ancak "yüce kaynağın bilincini taşıyan, ruhsal amaçla çalışan yaşam gücü enerjisi" açıklaması anlamını daha iyi ortaya koymaktadır. Reiki'nin bir "Ruhsal Şifa Tekniği" olduğu herhangi bir din ya da inanç şekli olmayıp, herkes tarafından kolaylıkla uygulanabileceği belirtilmektedir. Modern tedaviye destek olmaya çalıştığı da belirtilmektedir. Reikinin hiçbir zararı ya da yan etkisinin de olmadığı bildirilmektedir. Sadece plasebo etkisi olduğu da düşünülmektedir. Reiki'nin, bedende meydana gelen enerji dengesizliklerini ve negatif enerji blokajlarını çözebilmek için yetersiz veya eksik kalan kendi enerji bedenimizi dengeleyip, tamamlayarak ve temelde bilinç değişikliği gerçekleştirerek ruhsal, dolayısıyla da fiziksel iyileşme sürecini başlatmanın yolunu açtığı ifade edilmektedir. Burada bahsedilen 'enerji beden' 'ruh', 'enerji dengesizlikleri' ve 'negatif enerji blokajlarının bilimsel birer açıklamaları bulunmamaktadır. Reiki'nin fiziksel, zihinsel, duygusal sorunların tümünde kullanılabileceği ifade edilmektedir. Reiki'nin ise yaradığı bilim adamlarınca ispat edilememiştir. Tekniği uygulayan ve uygulatanlar bunun birçok hastalıkta tıbbi tedaviyi tamamladığını, zihinsel ve bedensel gerginliklerden kurtulmayı sağladığını, sağlık ve kişisel gelişim üzerinde önemli pozitif etkiler yaptığını söylemektedirler. Reiki bugün dünyada yaklaşık iki milyon kişi tarafından uygulanmaktadır. Dünyada birçok hastane reiki uygulamasını bütünüyle tedavi olarak kabul etmektedir. Reiki'nin evrensel bir enerji olduğu ve hiçbir kişinin tekelinde olmadığı belirtilmektedir. Reiki ile herkesin kendisinin şifacısı olabileceği Reiki uygulayıcıları tarafından söylenmektedir (103, 104, 105).

2.4.12. Renklerle Tedavi

Kromoterapi adıyla bilinen renk tedavisi eski Mısır'da, Çin'de ve Hindistan'da çok eskiden beri bilinen bir tedavi seklidir. Bu tedavi yöntemi insanda bazı renklere ait merkezler olduğu teorisinden yola çıkmaktadır. Çakra adı verilen bu merkezlerin belirli organları yönettiği ve belirli renklerle de uyum halinde olduğu belirtilmektedir. Organik veya psikolojik nedenlerden dolayı bu merkezler görevlerini yapamaz duruma gelince, hem idare ettikleri

organlarda bazı hastalık belirtileri görülmeye başlanmakta, hem de uyum halinde bulundukları renk titreşimleri azalarak bu renge olan ihtiyaçları artmaktadır. Kromoterapide bu duruma gelen hastaya aksayan çakranın rengiyle ilgili tedavi uygulanmakta, ayrıca bu merkezin uyum içinde bulunduğu renkle ilgili besinler de tavsiye edilmektedir. Bazen bu renk merkezi ile ilgili metaller taşınması da önerilmektedir (106, 107).

Renklerin bazı etkileri;

Kırmızı: Psikolojik olarak uyanık ve tetikte olmayı teşvik eder. Fizyolojik olarak kan basıncını artırır ve adrenalin salgılatır.

Turuncu: Psikolojik olarak neşeyi teşvik eder. Fizyolojik olarak sindirim sistemi ve metabolizmaya destek olur.

Sarı: Psikolojik olarak olumluluk ve canlılık özellikleri vardır. Fizyolojik olarak sinirsel bozukluklara iyi gelir.

Yeşil: Uyumlu ve dengeleyici psikolojik özelliklere sahiptir. Fizyolojik olarak kalp ve göğüs sorunlarını hafifletir.

Turkuaz: Canlandırıcı ve serinletici psikolojik özellikleri bulunmaktadır. Fizyolojik olarak ağrı kesici özelliği vardır.

Mavi: İnsan psikolojisi üzerinde barışçıl ve sakinleştirici etki gösterir. Fiziksel olarak kan basıncını düşürür, boğaz sorunlarını çözer.

Mor: İç bilinci teşvik eder. Fizyolojik olarak uykusuzluğa iyi gelir.

Magenta: Sevgi ve şefkat dolu bir renktir. Fiziksel olarak migren ve bas ağrılarını hafifletici etkisi bulunmaktadır (108).

2.4.13. Biyotedavi

Biyoenerji çok farklı şekillerde adlandırılmaktadır Biyoenerji kelimesinin Türkçe karşılığı “Hayat akımı” ya da “Yasam Enerjisidir”. Herkesin içinde bulunduğu varsayılan iyileştirici bir güçtür. Evrensel enerji, yaşam enerjisi, chi, ki, prana, kozmik enerji ifadeleri de biyoenerjiyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu bütün canlılarda hatta cansızlarda var olduğu kabul edilen bir güçtür. Bu kozmik enerjinin tepeden girdiği ve çakralar vasıtasıyla bedenin çeşitli bölgelerine dağıldığı varsayılır. Biyoenerjiye göre her insanın vücudunda yedi tane çakra bulunmakta olup ve bu çakralar enerji merkezleri olarak kabul edilmektedir.

Genelde enerji transferi bu çakralar üzerinden yapılmakta ve fazlasının el ve ayakularından çıktığı varsayılmaktadır. Hastalığın akralardaki enerji akısındaki bozukluktan kaynaklandığı ileri sürülmektedir (109).

Biyoenerji açısından; hastalık, sadece sistem bozukluğu ve vücudun ahenginde görülen bir aksaklıktır. Çevresel negatifler veya kişisel negatiflerin ya da bunların her ikisinin birlikte toplam etkilerinin, insan vücudunda yol açtıkları sistem bozuklukları hastalık olarak ifade edilmektedir. Vücudumuzda bulunan elektrik akımı beden etrafından bir alan oluşturur. Artı ve eksi elektriklerden oluşan bu alana aura denilmekte olup, sağlığın devamı için bu iki akımın dengede olmasının gerektiği ifade edilmektedir. Denge bozulduğunda ise sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Enerji dengesini yeniden sağlamanın yolunun ise, güçlü enerjisi olan bir insanın daha zayıf enerjili bir insana enerjisini aktarması olduğu ifade edilmektedir (110,111).

2.4.14. Aromaterapi

Aromaterapi terimi ilk defa Fransız biyokimyacı Renee Maurice Gattefosse tarafından 1937 yılında ortaya atılmıştır. Son zamanlarda, esans yağları üzerinde detaylı çalışmalar yapılmakta ve bu çalışmaların sayısı her gecen gün artmaktadır (112, 113).

Aromatik bitkilerden elde edilen esans yağlarının, koku yollarındaki reseptörler üzerinden organizmayı etkilemesi esasına dayanan tedavi sekline aromaterapi denilmektedir. Esans yağlarının kullanımı, kozmetik sanayiinden, medikal uygulamalara kadar geniş bir alanı içermektedir. Aromaterapinin tedavi ve güzellik maksadıyla kullanımı ilk olarak eski Yunan medeniyetlerinde ortaya çıkmıştır. Roma İmparatorluğu devrinde ise aromaterapi banyo sonrası masaj teknikleriyle kullanım alanı bulmuştur. Esans yağları elde etmek için değişik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı ilk olarak İbn-i Sina tarafından uygulanan buhar damıtma yöntemidir. Ayrıca soğuk baskı, karbondioksitli yüksek basınç ve eriyik öz çıkartma yöntemleri ile de esans yağları elde edilebilmektedir (113).

Esans yağlarının buharlaşabilme özelliğinden dolayı, aromaterapi uygulamaları genellikle solunum yoluyla yapılmaktadır. Solunum yoluyla uygulamanın yanı sıra deri yolu ile de kullanılabilir. Dışarıdan alınan esans yağlarının vücuttan atılımı solunum, ter ve idrar yoluyla olmaktadır. Esansiyel yağların herhangi bir durumda ağız yoluyla kullanımı kesinlikle önerilmemektedir (114).

Aromaterapinin medikal, estetik, psikiyatrik ve holistik (beden ve ruh bütünlüğü) olmak üzere dört temel uygulama alanı mevcuttur. Saf esans yağlarının canlı organizmalar üzerinde çeşitli etkileri bulunmaktadır. Esans yağları duygu-durum kontrolü, anksiyolitik, antidepresan, uyarılmışlık, hafızanın arttırılması, demansiyel hastalıklarda kognitif bozukluğun düzeltilmesinde kullanılmaktadır (115, 116, 117, 118).

Esans yağları, bazı yoğun bakım ünitelerinde havadaki bakteri ve mantarlara karşı da kullanılmaktadır. Ayrıca, AIDS gibi hastalıklarda ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonların (candida albicans, cryptococcus neoformans gibi) önlenmesinde de destek amacıyla uygulanmaktadır (119). Yapılan deneysel bir çalışmada, gül esans yağının anti-bakteriyel aktivitesi gösterilmiştir (120). Ayrıca, gül esans yağları kronik ağrı tedavisinde narkotik analjezik ihtiyacını da azaltmaktadır. Bunun yanı sıra, esans yağlarının hafıza, ruhsal denge ve duygulanım üzerine etkili olduğu ve is verimliliğini artırdığı gösterilmiştir. Bu kokuların emosyon ve kognitif fonksiyonlar, endokrin sistem ve otonom sinir sistemi üzerinde çeşitli etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (121, 122, 123). Japon işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada, solunum yolu ile alınan aromaların işçilerin stresini azalttığı, konsantrasyonlarını ve üretkenliklerini de artırdığı tespit edilmiştir (115). Başka bir çalışmada ise, esans yağı verilen bilgisayar operatörlerinde dikkatin ve verimliliğin arttığı gösterilmiştir. Öğrencilerin sınav streslerini azaltmak ve konsantrasyonlarını yükseltmek amacıyla da çeşitli aromalardan faydalandığı bildirilmiştir (124). Benzer şekilde yabancı dil öğrenen öğrencilerin streslerini gidermek ve dikkatlerini artırmak amacıyla limon aroması kullanıldığı ifade edilmiştir (125). Solunum yolu ile uygulanan bazı esans yağlarının Alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklarda yakınmaları azalttığı ve hafızayı kuvvetlendirdiği belirtilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda gül ve lavanta esans yağlarının, kognitif fonksiyonlar üzerinde rahatlatıcı özellik gösterdiği bildirilmiştir. Yapılan birçok çalışmada, çeşitli aromaların öğrenme sürecinde, dikkat düzeyi ve odaklanma, algı, bilişsel performans, hafıza ve duygu-durum üzerinde pozitif etkileri olduğunu göstermektedir (121, 122, 123). Bu etkilerin, başlıca koku yolu olan tractus olfactorius üzerinden limbik sistem ve hipotalamusa kadar uzanan bağlantılar vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir. Aromanın kokusu ile uyarılan olfaktör sinir burun boşluğunda bir elektrokimyasal uyarı gibi kokuları yakalar. Bu uyarı daha sonra limbik sisteme gider ve ağrı kesici etkisi olan serotonin ve salgılanmayı etkilemesi için noradrenalin salgılar. Daha sonra uyarılar otonom, endokrin ve bağışıklık sistemlerini kontrol eden hipotalamusa iletili (115).

2.4.15. Ayurveda

Ayurveda veya Ayurvedik tıp, Hindistan'ın alt kıtasında ortaya çıkan antik bir sağı sistemidir. Günümüzde Hindistan, Nepal, Sri Lanka'da uygulanmaktadır. Çin ve Tibet tı sistemleri üzerinde etkileri olmuştur. Ayurveda "Ayur" ve "veda" olarak iki kelimed oluşmuştur. "Ayur" hayat veya hayat ilkesi anlamına gelen "ayus" kökenlidir, "veda" ise "bilgi" anlamına gelir. Ayurvedik bilginin Hindistan'da Risi ve Munilere ifşa edilen spiritüel bilgiye dayalı olduğuna inanılmaktadır. Modern tıbbın önceliğinin hastalığı tedavi etmek olduğu, ayurvedik tıbbın ise önceliğinin; hastalığı önleme, sağı koruma ve tedavi etmeye yönelik olduğu ifade edilmektedir. Modern tıpta ilaçların hastalığın mikroorganizmalar gibi spesifik nedenlerini yok etmeye yönelik kullanıldığı, ayurvedik tıpta ise; vücut direncini artırmak için verildiğı belirtilip, hastalığın; bedenin hastalığa yönelik dayanıklılığını azaltan bedensel ve zihinsel unsurlardaki dengesizlikten kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu yöntemle dengesizlik düzeltilip, bedenin savunma mekanizması (bitkisel formüllerle, hayat stili değıştirilmesiyle, diyet ile) güçlendirilerek bedene hastalığı yok edecek şekilde direnç kazandırılmaktadır (126, 127).

Ayurvedik sisteme göre sağılıklı olmak, dosa (beden tipi/mizaç), agni (hazım ısısı), dhatu (yedi beden dokusu: lenf, kan, kas, yağ dokusu, kemik, ilik, ersuyu) ve mala (dışkı, üre ve diğ er atıklar) arasındaki denge üzerine kuruludur. Fiziksel, zihinsel ve ruhsal bakımdan iyi olmak sağılıklı olmanın unsurlarıdır. Ayurvedik tıbbı ana kavramlarının basında bedenin "dosa" denilen üç ana tipe ayrılması gelmektedir. Bunlar; Vata, Pitta ve Kapha'dır. Her insanda bu dosa tiplerinden birinin baskın olduğu ve her dosanın özgün bir yaşam sekiyle (beslenme vs.) uyum içinde tam işlevini sürdürdüğü kabul edilmektedir. Ayurvedik hekimler çeşitli teşhis yöntemleriyle kişide hangi dosanın ağır bastığını tespit edip, o kişiyi dosasına uygun yaşam sekline yönlendirmektedirler.

Vata sinir sistemi işlevini harekete geçiren hava ilkesidir.

Pitta sindirim sistemini düzenleyen ateş ilkesidir.

Kapha besin maddelerini dolası m sistemine taşıyan su ilkesidir.

Ayurvedik tıpta hastalık teşhisi hastanın gözle, elle muayenesi ve sorgulanması ile sağılanmaktadır. Muayene su standart noktalarda gerçekleştirilmektedir: Nabız teşhisi, idrar, dışkı (gaita), dil, göz, deri, konuşma- ses ve genel görünüş. Ayrıca hazım kapasitesi, kişisel

alışkanlıklar, bedenin görüntüsü, hastanın direnci de göz önüne alınmaktadır. Bunun yanı sıra teşhiste hastalıkla ilgili belirtiler gözlenmekte ve çeşitli testler de uygulanmaktadır. Tedavide dosalardaki dengesizlik giderilmeye çalışılmaktadır. Tedavide; bitkisel formüller kullanılmakta, dosaların dengeye kavuşması için yemek düzeni ve hayat tarzına müdahale edilmekte, ruhsal sağlık bakımından psikolojik destek verilmekte ve hüznü ruh hali ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır (128, 129).

2.4.16. Müzik Terapisi

Müzik, insanlara özgü ve insanın doğasında bulunan bir davranış biçimidir. Müziğin insanlar üzerinde güçlü bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, psikolojisi bozuk olan insanlara daha iyi bir davranış biçimi kazandırmada yararlı olabilmektedir. Çünkü müzik insanın bozulmuş olan ruhsal dengesini yeniden kurabilen ve bireyin, çevresine gereği gibi uyumunu sağlayabilen bir araçtır. Müziğin insanlar üzerinde güçlü bir etkisinin olması, doğrudan doğruya insanın duyum ve bilinçle ilgili davranışlarının merkezi olan beyni etkilemesindendir. İnsan müzikle yalnızca iletişim kurmakla kalmamış, müziği psikolojik sorunlarını gidermek için de bir yardımcı araç olarak kullanılmıştır. Böylece müziğin terapik etkileri ortaya çıkmıştır. Müziğin terapik etkileri, zihinsel özürü veya emosyonel (duygusal) sorunları olan çocukların ve erişkinlerin psikolojik rahatsızlıklarını belirlemede, bunlara bir çözüm getirmede yol gösteren bir iletişim aracı olmuştur (130, 131).

Müziğin tedavi edici etkileri nedeniyle, pek çok eskiçağ medeniyetlerinden günümüze kadar müzik, tedavide kullanılmıştır. Ancak, ülkemizde müzikle tedavinin önemi iyice anlaşılmamış ve bu alandaki bilimsel çalışmalarda hız kazanmamıştır. İnsanın aklını, bedenini, duygularını etkileyen müziğin çocukların kişilik gelişimlerinin sağlanmasında etkili bir araç olabileceği öne sürülmektedir. Müzik ile sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, kendine güvenin kazandırılması, fizik egzersizler, motor kontrol ve konsantrasyonun artırılması gibi kazanımlar sağlanabilmektedir (132).

Müzik-terapi, sanat-terapi yöntemlerinden biri olup, insandaki iletişim kanallarını açmak ve tedavi etkilerini sağlamak için uygulanmaktadır. Müzikle tedavi yöntemi, hastaların aktif ve yaratıcı katılımını gerektirmektedir. Terapist, hastaların durumlarını ve uygulanan tedavileri ayrıntılarıyla bilmeli ve hastaya ilginç gelen bir müzik dilini kullanmaya özen göstermelidir, aksi takdirde hastayla iletişim kurmakta zorlanabilir. Bu aşamada, terapistin yeteneği önem arz etmektedir (132).

Müzik terapi, bütünüyle deneyim üzerine kurulmuştur. İnsanlar arasındaki iletişimde ortak bir dil ve güç olan müzik sanatı, İnsanların duygularına yaklaşabilme, hissedebilme ve iletişim kurabilmelerinde önemli bir araçtır. Müziğin psikolojik rahatlamayı sağlayıcı etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, psikolojisi bozuk olan insanlara daha iyi bir davranış biçimi kazandırmada yarar sağlayabilir. İnsanın ruh sağlığında müziğin tartışılmaz bir işlevi vardır (130, 133).

Müzikle tedaviyi kliniğe sokma düşüncesini ilk defa ortaya atanlardan biri, tanınmış nörolog Philippe Pinel'dir. 1792'de Fransa'da Pinel'e henüz genç yaşındayken, ihtilal komitesi tarafından iki büyük kilise hastanesindeki elli akıl hastasını güneşe çıkarma ve ayak zincirlerini kırma izni verilmiştir. Pinel, sonradan Bicetre Hastanesi'nde çalışırken moral tedavisinin içine müziğin de sokulmasını önermiştir. 19. yüzyılda müzikle tedavi Brieredi Boismant (1868), Laurent (1870), Choment (1874), Vinchon (1913), Van de Wall (1943) tarafından ileri sürülmüş ve savunulmuştur. Wall, 1920 yılında, Pensilvannia ve New York eyaletlerinin hastane ve hapishanelerinde, müziğin insan ruhu üzerindeki etkisini araştırmıştır (134).

Wall'a göre, müziğin insan ruhu üzerinde yatıştırıcı ve stimüle edici etkisi vardır. Altshuler, 1947'den beri Michigan Devlet Hastanesi'nde, müziği tedavi programı içine sokmuştur. Gaerdner ve Paul, nevrozlarda, psikozlarda, Gillis ve Lesdles, sizofrenide, Lucas ve Altshuler, depresyonda, Zanker ve Glatt da alkoliklerde ve nevrozlarda müzikle tedaviyle olumlu sonuçlar almışlardır. Grup psikoterapilerinde müzikle tedavi ile olumlu sonuçlar olduğunu bildirilmektedir. 20.yy.da okullarda, araştırma merkezlerinde, hastanelerde ve özel psikiyatri kliniklerinde hem çocuklar hem de erişkinler için müzikle tedavi seansları düzenlenmeye başlanmıştır. Özellikle çocuk hastalara uygulanan müzikle tedavi seanslarından oldukça başarılı sonuçlar alınmıştır (135, 136).

İngiliz filozof ve devlet adamı Francis Bacon ölümünden sonra yayınlanan Sylva Sylvarum adlı eserinde, müziğin insan ruhuna olan etkilerinden bahsetmiştir. Her gün müzik dinlemekle ruhunun canlılığını ve beslendiğini belirterek, "Müzik ruhun gıdasıdır" sözünü dile getirmiştir (133).

2.4.17. Meditasyon

Meditasyon, Latince meditatio kelimesinden türetilmiş, sözcük anlamıyla birçok Batı dilinde "derin düşünme" anlamına gelen bir terim olup, mistik anlamıyla sözlüklerde, "kişinin iç huzuru, sükûnet, değişik şuur halleri elde etmesine ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad" olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel olarak meditasyon ruhsal gelişim için kullanılmıştır. Daha bilinçli olmak, içinizdeki ışığı ve sevgiyi çıkarmak, bilgelik, içimizdeki rehberin daha çok farkında olmak, gerçek benliğinize ve ruhunuza ulaşma yolculuğunuzu hızlandırmak ve özellikle stresi atmak, rahatlamak için son derece değerli bir araç haline gelmiştir (137). Meditasyonun tarihi oldukça geçmişe dayansa da onunla ilgili bilimsel araştırmalar 1960'lı ve 70'li yıllara dayanmaktadır. O yıllarda Hindistan'da bazı kişilerin otonom sinir sistemlerini istediklerinde kontrol edebildikleri bildirilmekteydi. Daha sonraları yan etkileri fazla olan stres giderici ilaçların yanında alternatif olabileceği düşünülerek bu konu ile ilgili araştırmalara ağırlık verilmiştir. Harvard Tıp Okulu'ndan Dr. Herbert Benson, meditasyonu gevşeme tepkisi olarak tanımlamıştır. Çeşitli yogiler ve uzun süreler boyunca meditasyon yapan insanlar üzerinde yaptığı araştırmalarda meditasyon işleminin sempatik sinir sistemi etkilerine karşı tavrını keşfetmiştir. Sempatik sistem kalp ritmini, solumayı ve kan basıncını artırırken, meditasyon sırasında aktif hale gelen parasempatik sistem bunun tam karşısını yapmaktadır. Meditasyon sırasında; kaslardaki gerginliğin azaldığı, kan basıncının düştüğü (bazı olgularda vücut ısısının azaldığı, bazal metabolizmasının yavaşladığı), vücudun oksijen ihtiyacının azaldığı ve beyin dalgalarının yoğun beta dalgasından sakin alfa dalgasına geçtiği gözlemlenmiştir. Günde 1-2 kez yapılan 20 dakikalık meditasyon hem fiziksel hem zihinsel sağlığınıza açısından önemli gelişmeler sağlayacağı bildirilmektedir (138).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma kesitsel analitik olarak İzmir ili merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastalarda yürütülmüştür. Araştırmaya, Ağustos-Ekim 2012 tarihleri arasında İzmir merkez ilçelerinden seçilen 30 ASM'de 35 yaş ve üstü başvuran 470 katılımcı alınmıştır.

3.2. Araştırma İzinleri Ve Onamı

26 Ocak 2012'de Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu'ndan 2012/03-27 karar numarası ile anketin oluşturulması süreci için izin alındı. Çalışmaların birinci basamakta yapılabilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 19 Mart 2012 tarih ve 28158 numaralı izin alındı (EK-4). 23 Mart 2012'de birincisi, 26 Haziran 2012'de de ikincisi olmak üzere odak grup görüşmeleri yapıldı. Odak grup görüşmeleri sonrası oluşturulan anketin bir örneği Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu'na gönderilerek 9 Ağustos 2012 tarih ve 2012/27-12 karar numaralı izin alındı (EK-3). Araştırma amacını belirten bir açıklama ve gönüllü onam formu tüm katılımcılara verilerek onayları alınmıştır (EK-1).

3.3. Araştırma Evren Ve Örneklemi

Araştırma evreni İzmir ili 11 merkez ilçe Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar olarak belirlenmiştir. Anket geliştirme çalışması için maksimum çeşitlilik sağlayacak şekilde örneklem yöntemi kullanıldı, ikinci aşamada Ağustos-Eylül-Ekim 2012 zaman diliminde küme örneklem yönetimiyle seçilmiş 30 ASM'ye başvuran hastalar kullanıldı. Örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde, $\alpha=0,05$ hata payı, evren ortalaması 0,50 olacak şekilde 382 olarak belirlenmiştir. Minimum örneklem sayısını %20 artırarak 470 kişi hedeflenmiştir. 462 anket geçerli kabul edildi.

3.4. Veri Toplama Yöntemi Ve Aracı

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) ile ilgili anket sorularını oluşturmaya yönelik iki farklı ASM' de ortalama 10 kişiden oluşan grupla odak grup görüşmeleri yapıldı. Bu görüşmeler sonucu ve literatürden elde edilen bilgiler ışığında TAT anketi hazırlandı (EK-2).

Hazırlanan anket yaklaşık 20 kişiye uygulanarak sorular hakkında geribildirim alındı. Geribildirimler de değerlendirilerek ankete son şekli verildi. Anket katılımcının sosyodemografik verilerini, kronik hastalık durumunu, TAT kullanma durumu ve sebeplerini, TAT ile ilgili bilgi durumunu belirlemeye yönelik soruları (32 adet) içermekteydi.

3.5. Araştırma Uygulaması

Veriler örnekleme dâhil olan ASM'lere gidilerek, yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak toplandı. Araştırmacı tarafından uygulanan anket katılımcı tarafından dolduruldu.

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistik analizi SPSS 15.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (frekans, ortalama, standart sapma, yüzde) ve ki-kare analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı bulgular

Araştırmaya dâhil edilen gönüllü 462 kişinin %58,2'si (n:269) kadın, %41,8'si (n:193) erkek olup, yaşları ortalaması $50,25 \pm 11,48$ yıl idi (min:35, max:87). Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde katılımcıların en çok 35-44 yaş arası (%38,5) grupta olduğu saptandı (Tablo 2).

Katılımcıların %3,9'unun (n:18) sosyal güvencesi yoktu. Öğrenim durumları değerlendirildiğinde ilkokul mezunu olan kişiler çoğunlukta idi (%28,4). Evli olan kişilerin oranı %77,9 (n:360) ve ev hanımı meslek grubundaki kişi oranı ise %31,8 (n:147) olarak saptandı. Çalışmayan kişi oranı %57,6 (266) ile daha fazlaydı (Tablo 2).

Çalışmaya katılan kişilerin bölge bazında doğum yerleri değerlendirildiğinde en fazla ege bölgesi doğumlular (%60,4) vardı. Evde üç ve üzeri kişi yaşayanların oranı ise %62,8 (n:290) olarak saptandı. Kişilerin çoğu (%41,8) gelir durumunu yeterli olarak değerlendirdi (Tablo 3).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	Oran (%)
Cinsiyet	Kadın	269	58,2
	Erkek	193	41,8
Yaş Grubu	35-44 yaş	178	38,5
	45-54 yaş	116	25,1
	55-64 yaş	101	21,9
	65-74 yaş	56	12,1
	75 ve üzeri yaş	11	2,4
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	28	6,1
	İlkokul mezunu	131	28,4
	Ortaokul mezunu	60	13,0
	Lise mezunu	127	27,5
	Yüksekokul/üniversite mezunu	116	25,1
Medeni Durum	Evli	360	77,9
	Bekâr	42	9,1
	Dul	40	8,7
	Boşanmış	20	4,3
Meslek Grupları	Serbest meslek	103	22,3
	Memur	117	25,3
	Ev hanımı	147	31,8
	Emekli	95	20,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	196	42,4
	Çalışmıyor	266	57,6
Sağlık güvencesi	Yok	18	3,9
	Sgk-emekli	212	45,9
	Sgk-çalışan	204	44,2
	Yeşil kart	9	1,9
	Özel sağlık sigortası	19	4,1
Toplam		462	100,0

Tablo 3. Katılımcıların Bazı Temel Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Oran (%)
Doğum yeri (bölge bazında)	Marmara bölgesi	30	6,5
	Ege bölgesi	279	60,4
	Akdeniz bölgesi	18	3,9
	İç Anadolu bölgesi	45	9,7
	Karadeniz bölgesi	24	5,2
	Doğu Anadolu bölgesi	45	9,7
	G.doğu Anadolu bölgesi	14	3,0
	Yurt dışı	7	1,5
Çocuk durumu	Var	400	86,6
	Yok	62	13,4
Gelir Durumu	Çok az	34	7,4
	Az	169	36,6
	Yeterli	193	41,8
	İyi	56	12,1
	Çok iyi	10	2,2
Evde yaşayan kişi sayısı	Bir kişi	38	8,2
	İki kişi	134	29,0
	Üç ve daha fazla kişi	290	62,8
Toplam		462	100,0

Kişilerin çoğu (%47,6) sağlık algısını iyi olarak değerlendirdi (Tablo 4).

Katılımcıların %35,9'u (n:166) sigara, %23,4'ü (n:108) alkol, %2,2'si (n:10) madde kullanıyordu. Sürekli ilaç kullanımı %51,3 idi. Kronik hastalığı olan (%56,9) kişi sayısı 263'dü. TAT yöntemi kullananların oranı %47,6 ile kullanmayanlara göre daha azdı (Tablo 5).

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Algılarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Oran (%)
Sağlık algısı	İyi	220	47,6
	Orta	184	39,8
	Kötü	58	12,6
Toplam		462	100,0

Tablo 5. Katılımcıların Tıbbi Durumlarına Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Oran (%)
Sigara	Kullanıyor	166	35,9
	Kullanmıyor	223	48,3
	Bırakmış	73	15,8
Alkol	Kullanıyor	108	23,4
	Kullanmıyor	338	73,2
	Bırakmış	16	3,5
Madde	Kullanıyor	10	2,2
	Kullanmıyor	452	97,8
Sürekli ilaç kullanımı	Kullanıyor	237	51,3
	Kullanmıyor	225	48,7
Kronik hastalık durumu	Var	263	56,9
	Yok	199	43,1
TAT yöntemi	Kullanıyor	220	47,6
	Kullanmıyor	242	52,4
Toplam		462	100,0

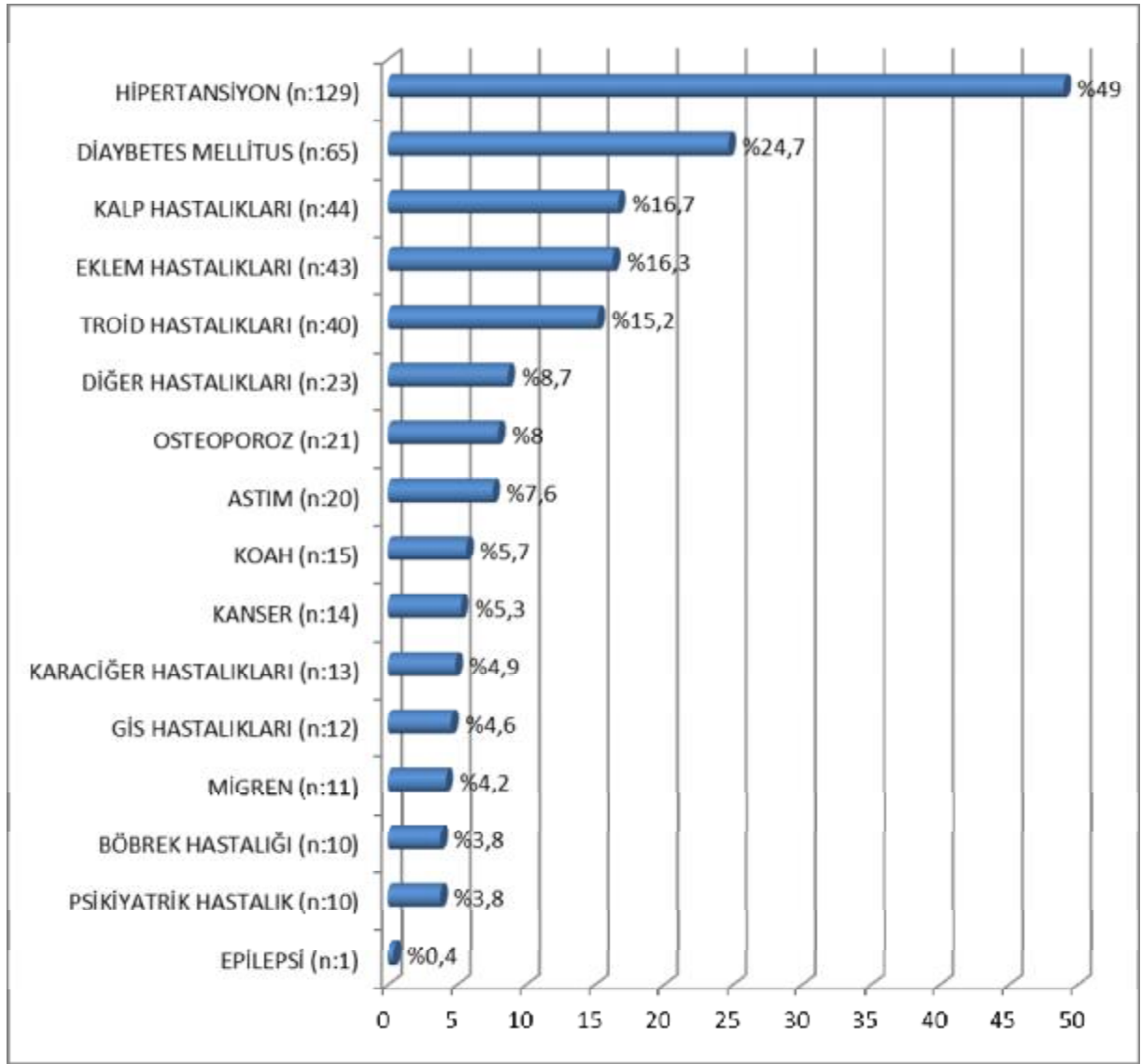
Tablo 6 ‘da kronik hastalığı olduğunu ifade eden 263 kişinin hastalıkları listelenmiştir. En fazla olan hastalık ikilisi hipertansiyon (%49,0) ve diyabetes mellitus (%24,7) idi. 23 kişi diğer hastalık grubunda hastalığı olduğunu belirtti. Diğer kronik hastalıklar tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 6. Kronik hastalıklar listesi

Kronik hastalıklar	Sayı (n)	Oran (%)
Hipertansiyon	129	49,0
Diyabetes mellitus	65	24,7
Kalp hastalıkları	44	16,7
Eklem hastalıkları	43	16,3
Troid hastalıkları	40	15,2
Diğer hastalıklar	23	8,7
Osteoporoz	21	8,0
Astım	20	7,6
KOAH	15	5,7
Kanser	14	5,3
Karaciğer hastalığı	13	4,9
Gis hastalıkları	12	4,6
Migren	11	4,2
Böbrek hastalığı	10	3,8
Psikiyatrik hastalık	10	3,8
Epilepsi	1	0,4

Tablo 7. Diğer hastalıklar olarak seçilen kronik hastalıklar listesi

Diğer kronik hastalıklar	Sayı (n)	Oran (%)
Kolesterol yüksekliği	4	17,3
Deri hastalıkları	3	13,1
Kulak burun boğaz hastalıkları	3	13,1
Beyin hastalıkları	3	13,1
Göz hastalıkları	3	13,1
Prostat hastalığı	3	13,1
Kas hastalıkları	2	8,6
Kan hastalığı	1	4,3
Periferik vasküler hastalık	1	4,3
Toplam	23	100,0

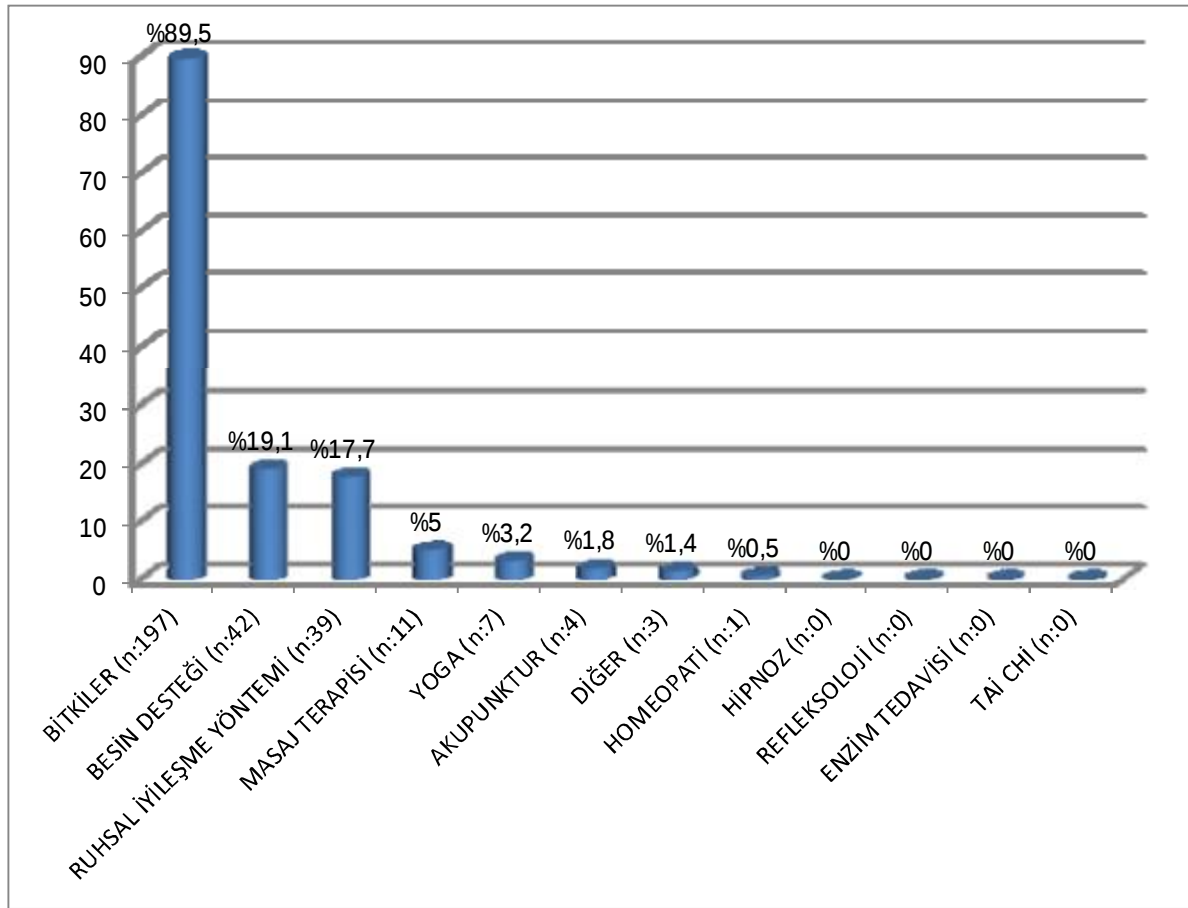


Şekil 1.Kronik hastalığı olanların hastalıklarına göre dağılımları

Tablo 8’de kullanılan TAT yöntemleri gösterilmiştir. En fazla kullanılan yöntem bitkiler (%89,5) yöntemi idi. Hipnoz, refleksoloji, enzim tedavisi, tai chi yöntemlerini kullanan yoktu. Üç kişi listede olmayan TAT yöntemi kullandığını belirtti. Bu yöntemler; pilates yapmak, terapi yapmak, ve değişik su içmek olarak ifade edildi (Tablo 8).

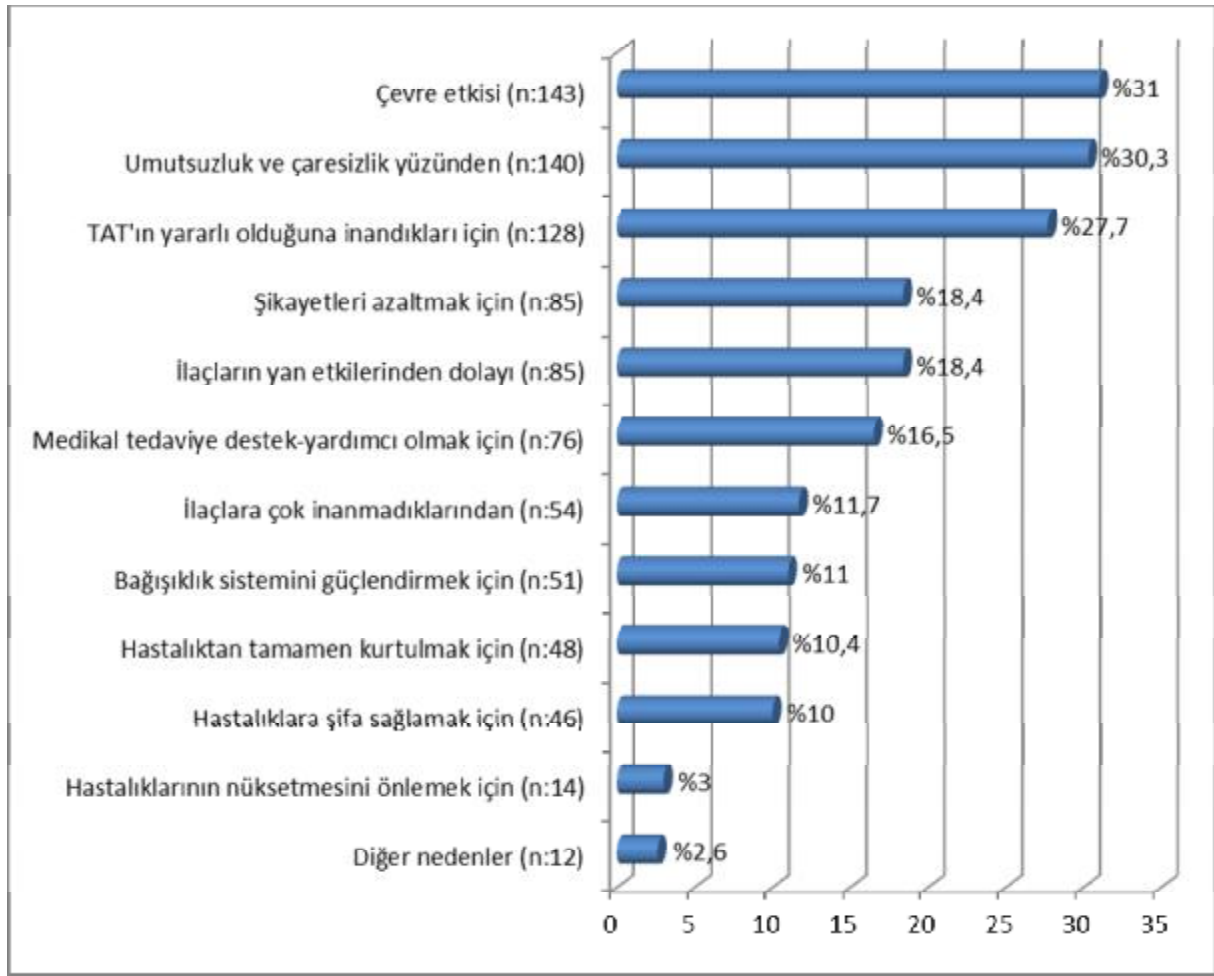
Tablo 8. Kullanılan TAT yöntemleri

TAT Yöntemleri	Sayı (n)	Oran (%)
Bitkiler	197	89,5
Besin desteği	42	19,1
Ruhsal iyileşme yöntemi	39	17,7
Masaj terapisi	11	5,0
Yoga	7	3,2
Akupunktur	4	1,8
Diğer yöntemler	3	1,4
Homeopati	1	0,5
Hipnoz	0	0,0
Refleksoloji	0	0,0
Enzim tedavisi	0	0,0
Tai chi	0	0,0



Şekil 2. Kullanılan TAT yöntemleri listesi

Çalışmaya katılan kişilere “sizce toplumda insanların tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemlerine yönelmelerinin sebepleri neler olabilir?” sordüğümüzda sırasıyla yüksek oranda; “çevrenin etkisi (%31,0), umutsuzluk ve çaresizlik yüzünden (%30,3), TAT yönteminin yararlı olduğuna inandıkları için (%27,7)” cevabını verdiler. 12 kişi (%2,6) diğer nedenler olarak belirtti. Bu diğer nedenler cahillik (n:4), ekonomik sebepler (n:3), psikolojik nedenler (n:3), doktorlardan korkulduğu için (n:1), sağlık sistemindeki bozulmalardan dolayı (n:1) olarak ifade edildi (Şekil 3).



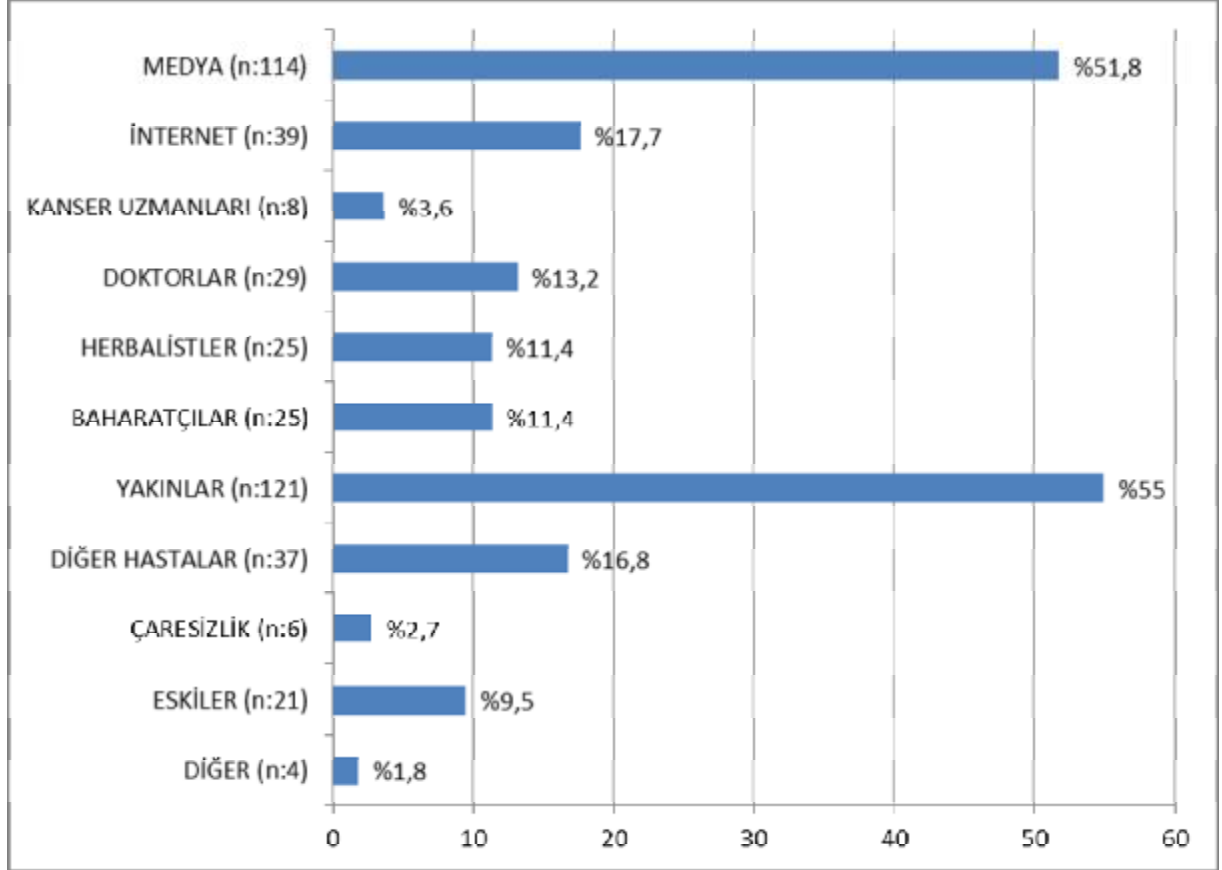
Şekil 3. Katılımcıların TAT yöntemlerinin kullanılma nedenleri hakkında fikirlerinin dağılımı

TAT yöntemi kullananların özellikleri incelendiğinde katılımcıların %34,5'i (n:76) doktoruyla TAT yöntemlerini hiçbir zaman konuşmadıklarını, kişilerin %52,3'ü (n:115) doktorunun TAT yöntemi kullandığından haberi olmadığını, TAT yöntemi kullandığını doktoruyla paylaşan 105 kişinin (%47,7) doktoru tarafından bu yöntemi kullanması yönünde nadiren destek aldığını (n:37 %35,2) TAT yöntemi kullananların büyük çoğunluğu TAT yöntemini medikal tedavi ile beraber kullandığını (n:187 %85,0), kişiler kullandıkları TAT yönteminden fayda gördüklerini (%74,1) belirttiler (Tablo 9).

Tablo 9. TAT yöntemi kullananların özelliklerine göre dağılımı

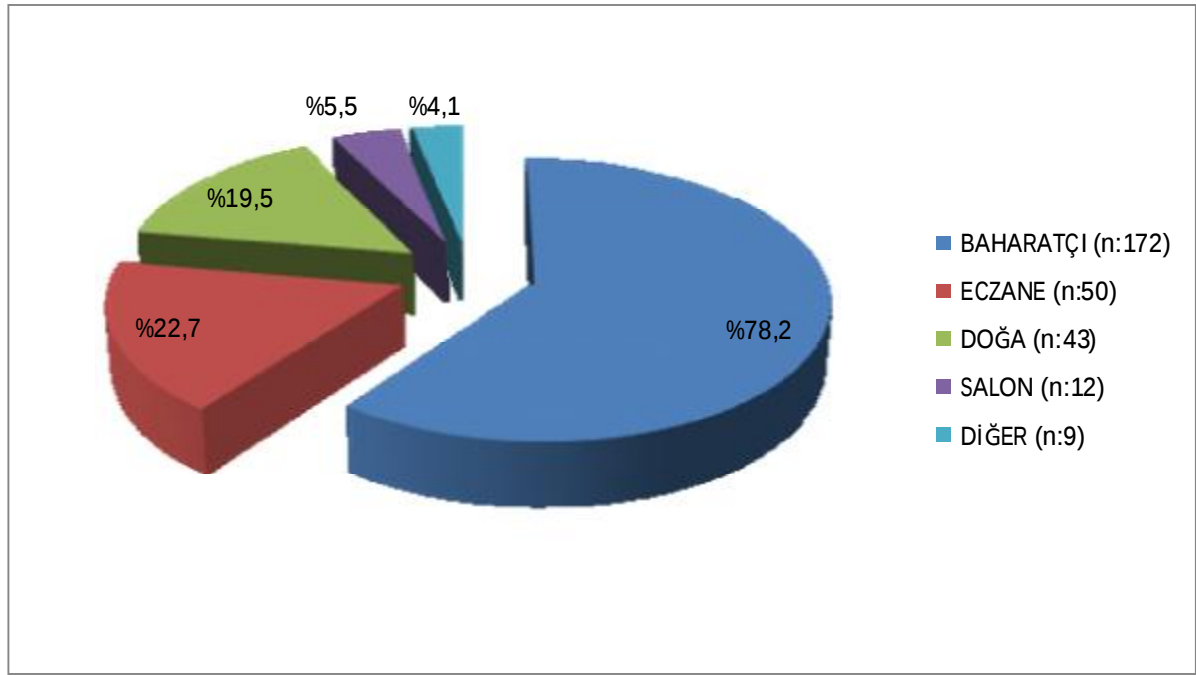
		Sayı (n)	Oran (%)
Doktorun haberdar olma durumu	Var	105	47,7
	Yok	115	52,3
	Toplam	220	100,0
TAT yöntemini doktoruyla konuşma durumu	Hiçbir zaman	76	34,5
	Nadiren	70	31,8
	Bazen	49	22,3
	Sıklıkla	12	5,5
	Her zaman	13	5,9
	Toplam	220	100,0
Doktorun TAT yöntemini kullanmasını destekleme durumu	Hiçbir zaman	7	6,7
	Nadiren	37	35,2
	Bazen	35	33,3
	Sıklıkla	9	8,6
	Her zaman	17	16,2
	Toplam	105	100,0
Tedavi tercihi durumu	Medikal-TAT beraber	187	85,0
	Yalnız TAT yöntemi	33	15,0
	Toplam	220	100,0
TAT yönteminden fayda görme durumu	Evet	163	74,1
	Hayır	18	8,2
	Fikrim yok	39	17,7
	Toplam	220	100,0

TAT yöntemi kullananların bu yöntemleri kullanmasında nelerin etkili olduğu incelendiğinde 121 kişi (%55) ile yakınlarının etkili olduğunu belirtenler en fazla orandaydı. Bunu 114 kişi ile medya (%51,8) takip etti. Dört kişide (%1,8) diğer etkili olan şeylerin olduğunu belirtti. Bu kişilerin üçü kitaplar, biri de kendi kendime cevabını verdi (Şekil 4).



Şekil 4. TAT Yöntemleri Kullanımında Etkili Olan Durumların Dağılımı

TAT yöntemi kullananlara kullandıkları yöntemleri en fazla baharatçılardan (%78,2) temin etmekteydiler. Diğer yerlerden temin ettiklerini söyleyen dokuz kişinin sekizi yakınlarından temin ettiğini, biri ise doktorundan temin ettiğini belirtti (Şekil 5).



Şekil 5. TAT yöntemlerinin elde edildiği yerler

14 kişi TAT yöntemi kullanırken yan etki ile karşılaştığını belirtti. Karşılaştığı yan etkiler tablo 10’de gösterilmiştir.

Tablo 10. TAT yöntemi kullanılırken karşılaşılan yan etkiler

TAT kullanılırken karşılaşılan yan etkiler	Sayı (n)	Oran (%)
Alerji	2	14,1
Baş ağrısı	2	14,1
Bulantı	2	14,1
Çarpıntı	2	14,1
Eklem ağrısı	1	7,1
Ellerde-ayaklarda şişme	1	7,1
Medikal ilacın etkisini azaltma	1	7,1
Tansiyon yükselmesi	1	7,1
Zehirlenme(fenalaşma)	1	7,1
Ayaklarda şişme	1	7,1
Toplam	14	100,0

4.2. Analitik Tablolar

TAT kullanımını sosyodemografik verilere göre değerlendirdiğimizde; kadınların (%56,9) erkeklere göre, 75 ve üzeri (%72,7) yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre ve ev hanımı (%57,8) meslek grubunun diğer meslek gruplarına göre TAT kullanımı en yüksek oranda saptandı ($p=0,000$ $p=0,045$ $p=0,007$) (Tablo 11).

Diğer sosyodemografik verilere göre TAT kullanımı değerlendirildiğinde eğitim durumunda okur-yazar olmayanlar (%67,9) diğer eğitim durumundakilere göre TAT kullanımı daha yüksek saptandı. Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 11).

Sosyoekonomik durumu iyi olan grupta (%60,6) diğer gruplara göre TAT kullanımı en yüksek oranda saptandı. Orta sosyoekonomik grup (%57,7) ise diğer gruplara göre daha az TAT yöntemi kullandığı saptandı ($p=0,019$) (Tablo 12).

Çalışmaya katılan kişilerin doğum yerlerine ve gelir durumlarına göre TAT kullanımı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 11. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Cinsiyet				
Erkek	67 (34,7)	126 (65,3)	193(100)	0,000
Kadın	153 (56,9)	116 (43,1)	269(100)	
Yaş gruplaması				0,045
35-44	85 (47,8)	93 (52,2)	178(100)	
45-54	45 (38,8)	71 (61,2)	116(100)	
55-64	57 (56,4)	44 (43,6)	101(100)	
65-74	25 (44,6)	31 (55,4)	56(100)	
75 ve üzeri	8 (72,7)	3 (27,3)	11(100)	

Tablo 11. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (devamı)

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Meslek grupları				0,007
Serbest meslek	36 (36,4)	63 (63,6)	99(100)	
Memur	57 (49,6)	58 (50,4)	115(100)	
Ev hanımı	85 (57,8)	62 (42,2)	147(100)	
Emekli	41 (43,2)	54 (56,8)	95(100)	
Medeni durum				0,241
Evli	167 (46,4)	193 (53,6)	360(100)	
Bekâr	18 (42,9)	24 (57,1)	42(100)	
Dul	25 (62,5)	15 (37,5)	40(100)	
Boşanmış	10 (50,0)	10 (50,0)	20(100)	
Eğitim durumu				0,104
Okur-yazar değil	19 (67,9)	9 (32,1)	28(100)	
İlkokul mezunu	64 (48,9)	67 (51,1)	131(100)	
Ortaokul mezunu	30 (50,0)	30 (50,0)	60(100)	
Lise mezunu	51 (40,2)	76 (59,8)	127(100)	
YO/üniversite mezunu	56 (48,3)	60 (51,7)	116(100)	
Çalışma durumu				0,167
Çalışıyor	86 (43,9)	110 (56,1)	196(100)	
Çalışmıyor	134 (50,4)	132 (49,6)	266(100)	
Sağlık güvencesi				0,388
Yok	5 (27,8)	13 (72,2)	18(100)	
SGK-emekli	104 (49,1)	108 (50,9)	212(100)	
SGK-çalışan	95 (46,6)	109 (53,4)	204(100)	
Yeşil kart	5 (55,6)	4 (44,4)	9(100)	
Özel sağlık sigortası	11 (57,9)	8 (42,1)	19(100)	

Tablo 12. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının bazı özelliklerine göre dağılımı

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Doğum yeri (bölgesel)				0,115
Marmara bölgesi	14 (46,7)	16 (53,3)	30(100)	
Ege bölgesi	143 (51,3)	136 (48,7)	279(100)	
Akdeniz bölgesi	8 (44,4)	10 (55,6)	18(100)	
İç Anadolu bölgesi	20 (44,4)	25 (55,6)	45(100)	
Karadeniz bölgesi	8 (33,3)	16 (66,7)	24(100)	
Doğu Anadolu bölgesi	15 (33,3)	30 (66,7)	45(100)	
G.doğu Anadolu bölgesi	10 (71,4)	4 (28,6)	14(100)	
Yurt dışı	2 (28,6)	5 (71,4)	7(100)	
Gelir durumu				0,231
Çok az	14 (41,2)	20 (58,8)	34(100)	
Az	92 (54,4)	77 (45,6)	169(100)	
Yeterli	83 (43,0)	110 (57,0)	193(100)	
İyi	27 (48,2)	29 (51,8)	56(100)	
Çok iyi	4 (40,0)	6 (60,0)	10(100)	
İkamet yeri durumu				0,019
İyi	43 (60,6)	28 (39,4)	71(100)	
Orta	105 (42,3)	143 (57,7)	248(100)	
Kötü	72 (50,3)	71 (49,7)	143(100)	

TAT yöntemleri kullanma durumları değerlendirildiğinde kronik hastalığı olanlar (%53,2) kronik hastalığı olmayanlara (%40,2) göre, sürekli ilaç kullananlar (%54,0) sürekli ilaç kullanmayanlara (%40,9) göre daha fazla oranda TAT yöntemi kullanıyordu ($p=0,005$, $p=0,005$) (Tablo 13).

Kişilerin sağlık algılarında kötü hissetme durumu arttıkça TAT yöntemi kullanma durumu artmaktaydı ($p=0,022$). Sigara, alkol, madde kullanımına göre TAT yöntemi kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık göstergelerine göre dağılımı

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Kronik hastalık durumu				0,005
Kronik hastalığı olan	140 (53,2)	123 (46,8)	263(100)	
Kronik hastalığı olmayan	80 (40,2)	119 (59,8)	199(100)	
Sürekli ilaç kullanımı				0,005
Var	128 (54,0)	109 (46,0)	237(100)	
Yok	92 (40,9)	133 (59,1)	225(100)	
Sağlık Algısı				0,022
İyi	93 (42,3)	127 (57,7)	220(100)	
Orta	91 (49,5)	93 (50,5)	184(100)	
Kötü	36 (62,1)	22 (37,9)	58(100)	
Sigara durumu				0,251
Kullanıyor	72 (43,4)	94 (56,6)	166(100)	
Kullanmıyor	108 (48,4)	115 (51,6)	223(100)	
Bırakmış	40 (54,8)	33 (45,2)	73(100)	
Alkol durumu				0,489
Kullanıyor	46 (42,6)	62 (57,4)	108(100)	
Kullanmıyor	166 (49,1)	172 (50,9)	338(100)	
Bırakmış	8 (50,0)	8 (50,0)	16(100)	
Madde kullanma durumu				0,428
Kullanıyor	6 (60,0)	4 (40,0)	10(100)	
Kullanmıyor	214 (47,3)	238 (52,7)	452(100)	

Kronik hastalıkları ayrı ayrı değerlendirdiğimizde kanser olanlar (%78,6), troid hastalığı olanlar (%70,0), osteoporoz hastalığı olanlar (%76,2) ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olanlar (%90,0) olmayanlara göre daha fazla oranda TAT yöntemi kullandıkları saptandı ($p=0,044$, $p=0,021$, $p=0,028$, $p=0,018$). Bu hastalıklar dışındaki diğer kronik hastalıkların olması ile TAT yöntemi kullanılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo14).

Tablo 14. Kronik hastalıklara göre TAT yöntemi kullanma durumu

	TAT kullanma durumu		Toplam	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Kanser				0,044*
Var	11 (78,6)	3 (21,4)	14(100)	
Yok	129 (51,8)	120 (48,2)	249(100)	
Troid hastalığı				0,021
Var	28 (70,0)	12 (30,0)	40(100)	
Yok	112 (50,2)	111 (49,8)	223(100)	
Osteoporoz				0,028
Var	16 (76,2)	5 (23,8)	21(100)	
Yok	124 (51,2)	118 (48,8)	242(100)	
Psikiyatrik hastalık				0,018
Var	9 (90,0)	1 (10)	10(100)	
Yok	131 (51,8)	122 (48,2)	253(100)	
Migren				0,186
Var	8 (72,7)	3 (27,3)	11(100)	
Yok	132 (52,4)	120 (47,6)	252(100)	
Mide-bağırsak hastalığı				0,411
Var	5 (41,7)	7 (58,3)	12(100)	
Yok	135 (53,8)	116 (46,2)	251(100)	
Diğer hastalıklar				0,915
Var	12 (52,2)	11 (47,8)	23(100)	
Yok	128 (53,3)	112 (46,7)	240(100)	

Tablo 14. Kronik hastalıklara göre TAT yöntemi kullanma durumu (devamı)

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Hipertansiyon				0,284
Var	73 (56,6)	56 (43,4)	129(100)	
Yok	67 (50,0)	67 (50,0)	134(100)	
Diyabetes mellitus				0,302
Var	31 (47,7)	34 (52,3)	65(100)	
Yok	109 (55,1)	89 (44,9)	198(100)	
Astım				0,869
Var	11 (55,0)	9 (45,0)	20(100)	
Yok	129 (53,1)	114 (46,9)	243(100)	
KOAH				0,112
Var	5 (33,3)	10 (66,7)	15(100)	
Yok	135 (54,4)	113 (45,6)	248(100)	
Kalp hastalığı				0,130
Var	28 (63,6)	16 (36,4)	44(100)	
Yok	112 (51,1)	107 (48,9)	219(100)	
Eklem hastalığı				0,299
Var	26 (60,5)	17 (39,5)	43(100)	
Yok	114 (51,8)	106 (48,2)	220(100)	
Karaciğer hastalığı				0,964
Var	7 (53,8)	6 (46,2)	13(100)	
Yok	133 (53,2)	117 (46,8)	250(100)	
Böbrek hastalığı				0,835
Var	5 (50,0)	5 (50,0)	10(100)	
Yok	135 (53,4)	118 (46,6)	253(100)	
Epilepsi				0,348
Var	1(100,0)	0 (0,0)	1(100)	
Yok	139 (53,1)	123 (46,9)	262(100)	

*Fisher's exact test

Çalışmayan katılan kişilerin TAT yöntemlerinin kullanılma nedenlerine verdikleri cevaplar ile TAT yöntemi kullanma durumu incelendiğinde “hastalıktan tamamen kurtulmak için”, “ilaçlara çok inanmadıklarından”, “çevrenin etkisiyle”, “umutsuzluk ve çaresizlik yüzünden”, “alternatif tedavinin yararlı olduklarına inandıklarından”, “bağışıklık sistemini güçlendirmek için” ve “doktorun verdiği tedaviye destek ve yardımcı olmak için” cevapları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Diğer TAT yöntemi kullanma nedenlerine verdikleri cevaplar ile TAT yöntemi kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo15).

Tablo 15. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının nedenlerine göre dağılımı

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Hastalıktan tamamen kurtulmak için				0,029
Evet	30 (62,5)	18 (37,5)	48(100)	
Hayır	190 (45,9)	224 (54,1)	414(100)	
İlaçlara çok inanmadıklarından				0,050
Evet	19 (35,2)	35 (64,8)	54(100)	
Hayır	201 (49,3)	207 (50,7)	408(100)	
Çevrenin etkisiyle				0,001
Evet	52 (36,4)	91 (63,6)	143(100)	
Hayır	168 (52,7)	151 (47,3)	319(100)	
Umutsuzluk ve çaresizlik yüzünden				0,050
Evet	57 (40,7)	83 (59,3)	140(100)	
Hayır	163 (50,6)	159 (49,4)	322(100)	
Alternatif tedavinin yararlı olduğuna inandıklarından				0,000
Evet	92 (71,9)	36 (28,1)	128(100)	
Hayır	128 (38,3)	206 (61,7)	334(100)	

Tablo 15. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının nedenlerine göre dağılımı(devamı)

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Bağışıklık sistemini güçlendirmek için				0,004
Evet	34 (66,7)	17 (33,3)	51(100)	
Hayır	186 (45,3)	225 (54,7)	411(100)	
Doktorun verdiği tedaviye destek ve yardımcı olmak için				0,000
Evet	54 (71,1)	22 (28,9)	76(100)	
Hayır	166 (43,0)	220 (57,0)	386(100)	
İlaçların yan etkilerinden dolayı				0,184
Evet	46 (54,1)	39 (45,9)	85(100)	
Hayır	174 (46,2)	203 (53,8)	377(100)	
Şikâyetlerini azaltmak için				0,909
Evet	40 (47,1)	45 (52,9)	85(100)	
Hayır	180 (47,7)	197 (52,3)	377(100)	
Hastalıklarına şifa sağlamak için				0,224
Evet	18 (39,1)	28 (60,9)	46(100)	
Hayır	202 (48,6)	214 (51,4)	416(100)	
Hastalıklarının nüksetmesini önlemek için				0,205
Evet	9 (64,3)	5 (35,7)	14(100)	
Hayır	211 (47,1)	237 (52,9)	448(100)	
Diğer sebepler				0,112
Evet	3 (25,0)	9 (75,0)	12(100)	
Hayır	217 (48,2)	233 (51,8)	450(100)	

Alternatif tedaviyi daha etkin bulan kişiler (%66,7) medikal tedaviyi (% 63,5) ve her iki yöntemi (%64,9) daha etkin olduğunu düşünen kişilere göre daha fazla oranda TAT kullanıyordu (p=0,00). TAT yöntemlerinin yan etkisi olmadığını düşünenler (%61,7) yan etkisi olduğunu düşünenlere (%40,5) ve fikri olmayanlara (%46,9) göre daha fazla oranda TAT yöntemi kullanıyordu. (p=0,002) (Tablo16).

Tablo 16. Kişilerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarının tedavi şekline göre dağılımı

	TAT kullanma durumu		Toplam n (%)	p
	Kullanıyor n (%)	Kullanmıyor n (%)		
Etkin tedavi kabul etme durumu				0,000
Alternatif tedavi	6 (66,7)	3 (33,3)	9(100)	
Medikal tedavi	103 (36,5)	179 (63,5)	282(100)	
Her ikisi	111 (64,9)	60 (35,1)	171(100)	
TAT yönteminin yan etkisi ile ilgili düşünce durumu				0,002
Yan etki var	79 (40,5)	116 (59,5)	195(100)	
Yan etki yok	66 (61,7)	41 (38,3)	107(100)	
Fikrim yok	75 (46,9)	85 (53,1)	160(100)	

Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan kişilerin kullandıkları TAT yöntemlerini teker teker incelendiğimizde kronik hastalık varlığı bitkiler ve ruhsal iyileşme tekniği(dua) yöntemlerini kullanmayı artırmaktadır. Bu sonuç, istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05). Kronik hastalık varlığının diğer yöntemleri kullanma durumu ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p>0,05) (Tablo17).

Tablo 17. Kişilerin TAT yöntemlerinin kullanımının kronik hastalık varlığı ile ilişkisi

	Kronik hastalık varlığı		Toplam n (%)	p
	Var n (%)	Yok n (%)		
Bitkileri kullanma				0,002
Evet	132 (67,0)	65 (33,0)	197(100)	
Hayır	8 (34,8)	15 (65,2)	23(100)	
Yoga				0,717
Evet	4 (57,1)	3 (42,9)	7(100)	
Hayır	136 (63,8)	77 (36,2)	213(100)	
Akupunktur				0,105
Evet	1 (25,0)	3 (75,0)	4(100)	
Hayır	139 (64,4)	77 (35,6)	216(100)	
Besin desteği(vitamin)				0,092
Evet	22 (52,4)	20 (47,6)	42(100)	
Hayır	118 (66,3)	60 (33,7)	178(100)	
Masaj terapisi				0,054
Evet	4 (36,4)	7 (63,6)	11(100)	
Hayır	136 (65,1)	73 (34,9)	209(100)	
Ruhsal iyileşme tekniği(dua)				0,001
Evet	34 (87,2)	5 (12,8)	39(100)	
Hayır	106 (58,6)	75 (41,4)	181(100)	
Homeopati				0,449
Evet	1 (100)	0 (0,0)	1(100)	
Hayır	139 (63,5)	80 (36,5)	219(100)	
Diğer TAT yöntemi kullanma				0,187
Evet	3 (100)	0 (0,0)	3(100)	
Hayır	137 (63,1)	80 (36,9)	217(100)	

Kişilerin etkin olarak kabul ettikleri tedavi tipine göre; kronik hastalığı olanlar (%68,4) kronik hastalığı olmayanlara (%51,3) göre, TAT yöntemi kullanmayanlar (%74,0) TAT yöntemi kullananlara (%46,8) göre, erkekler (%69,4) kadınlara (%55,0) göre daha fazla oranda medikal tedaviyi etkin bulduklarını ifade ettiler ($p=0,00$ $p=0,00$ $p=0,006$) (Tablo 18).

Sağlık güvencesi olmayanlar (%66,8) sağlık güvencesi olanlara göre ve gelir durumunu az olarak ifade edenler (%69,2) diğer gelir durumunda olduklarını ifade edenlere göre daha fazla oranda medikal tedaviyi etkin bulduklarını belirttiler ($p=0,012$ $p=0,009$). Sağlık algısında kötüleşme durumunda TAT yöntemlerini etkin bulma oranı azalmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Kişilerin etkin olarak kabul ettikleri tedavi tipine göre dağılımı

	Etkin olarak kabul edilen tedavi tipi				p
	TAT n (%)	Medikal tedavi n (%)	Her ikisi n (%)	Toplam n (%)	
Kronik hastalık durumu					0,000
Kronik hastalığı olan	2(0,8)	180(68,4)	81(30,8)	263(100)	
Kronik hastalığı olmayan	7(3,5)	102(51,3)	90(45,2)	199(100)	
Sürekli ilaç kullanımı					0,005
Var	3(1,3)	168(70,9)	66(27,8)	237(100)	
Yok	6(2,7)	114(50,7)	105(46,7)	225(100)	
Sağlık Algısı					0,068
İyi	6(2,7)	121(55,0)	93(42,3)	220(100)	
Orta	3(1,6)	123(66,8)	58(31,5)	184(100)	
Kötü	0(0,0)	38(65,5)	20(34,5)	58(100)	
TAT kullanma durumu					0,000
Kullanıyor	6(2,7)	103(46,8)	111(50,5)	220(100)	
Kullanmıyor	3(1,2)	179(74,0)	60(24,8)	242(100)	

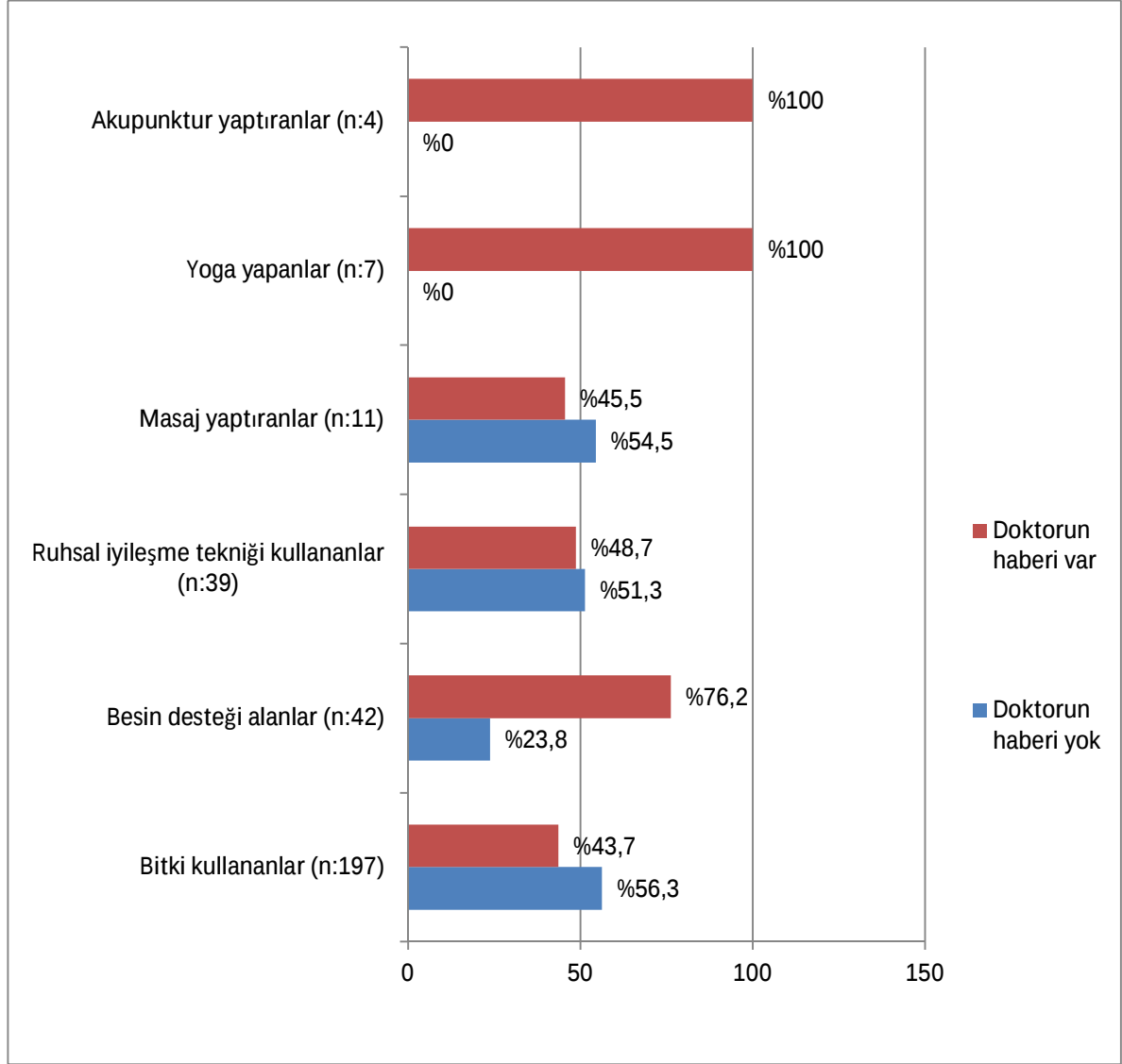
Tablo 18. Kişilerin etkin olarak kabul ettikleri tedavi tipine göre dağılımı(devamı)

	Etkin olarak kabul edilen tedavi tipi				p
	TAT n (%)	Medikal tedavi n (%)	Her ikisi n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet					0,006
Kadın	5(1,9)	148(55,0)	116(43,1)	269(100)	
Erkek	4(2,1)	134(69,4)	55(28,5)	193(100)	
Sağlık güvencesi					0,012
Yok	2(11,0)	12(66,8)	4(22,2)	18(100)	
SGK-emekli	1(0,5)	140(66,0)	71(33,5)	212(100)	
SGK-çalışan	5(2,5)	117(57,3)	82(40,2)	204(100)	
Yeşil kart	0(0,0)	6(66,7)	3(33,3)	9(100)	
Özel sağlık sigortası	1(5,3)	7(36,8)	11(57,9)	19(100)	
Gelir durumu					0,009
Çok az	2(5,9)	23(67,6)	9(26,5)	34(100)	
Az	1(0,6)	117(69,2)	51(30,2)	169(100)	
Yeterli	3(1,6)	112(58,0)	78(40,4)	193(100)	
İyi	2(3,6)	26(46,4)	28(50,0)	56(100)	
Çok iyi	1(10,0)	4(40,0)	5(50,0)	10(100)	

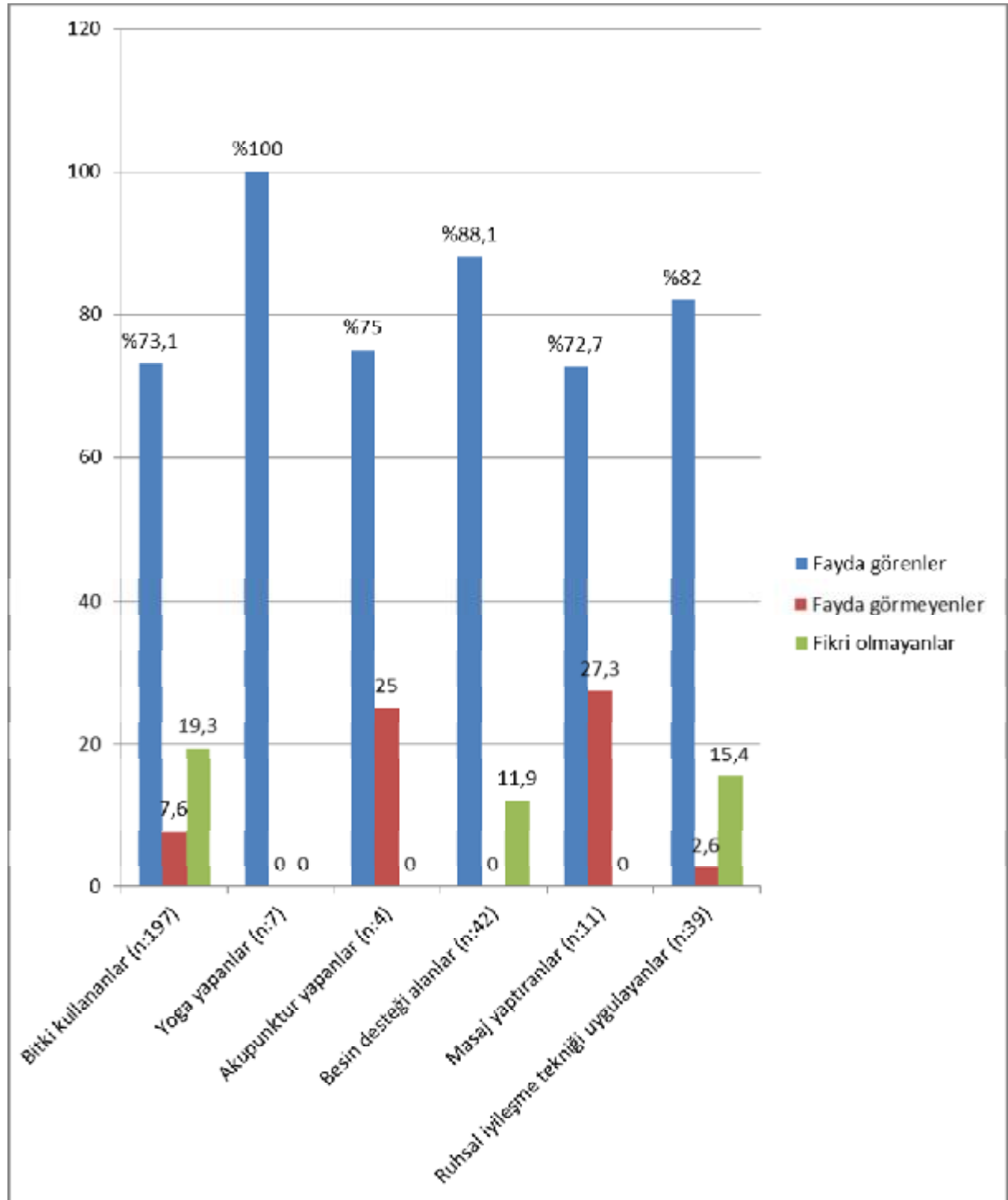
TAT yöntemlerini kullananların doktorlarının bu yöntemleri kullanmalarından haberdar olması durumuna baktığımızda yoga ve akupunktur yöntemlerini kullananların tamamı doktorlarıyla bunu paylaştığını belirttiler (%100). Bitkiler, ruhsal iyileşme tekniği ve masaj yöntemlerini kullananlar ise daha az oranda doktoruyla yöntemi kullandığını paylaştığını belirtti (%43,7) (%48,7) (%45,5). Besin desteği aldığını belirtenlerin ise doktoruyla bu durumu paylaşma durumu daha fazlaydı (%76,2) (Şekil 6).

TAT yöntemleri kullananların bu yöntem fayda görüp görmedikleri yönündeki cevapları değerlendirildiğinde genelde tüm yöntemlerde fayda gördükleri yönünde cevaplar daha fazlaydı. Bitkileri kullananlar %73,1 yoga yapanlar %100 akupunktur yaptıranlar %75 besin

desteği alanlar %88,1 masaj yaptırılanlar %72,7 ruhsal iyileşme tekniği kullanan kişiler %82 oranında faydalandıklarını belirttiler. Şekil 7’de fayda görme hakkındaki fikirleri yer almaktadır.



Şekil 6. Kullanılan TAT yöntemlerine göre doktorunun haberdar olma durumunun dağılımı



Şekil 7. Kullanılan TAT yöntemlerinden fayda görme durumlarının dağılımı

5. TARTISMA

TAT kullanımına dair Türkiye’de yapılan araştırmalar, çoğunlukla kanser hastalarıyla yapılmıştır (7, 8, 33, 34). Kanser hastaları dışında, yetişkinlerin bu tür tedaviler konusundaki bilgi ve kullanım düzeylerine ilişkin çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Türkiye’nin Doğu bölgesinde yaşayan yetişkinlerle yapılan bir çalışmada örneklemin %70’inin TAT yöntemlerinden birini kullandığı ve bitkisel tedavinin en sık kullanılan TAT yöntemi olduğu belirlenmiştir (35). Yine Türkiye’de sağlıklı popölasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada, paramedikal yöntemlerin (bitkiler, kaplıca ve halk arası tıbbi yöntemler) hastaların %80,2’si tarafından kullanıldığı saptanmıştır (139). Gözlemlerimize dayalı olarak, toplumumuzda bu tip uygulamalara, küçük sağlık problemlerinin (soğuk algınlığı, baş ağrısı, mide ağrısı) tedavisi için ve korunma önlemi olarak sıkça başvurulduğunu söyleyebiliriz. Kanser hastalarında ise TAT kullanımıyla ilişkili bugüne kadar ölkemizde yapılan 6 önemli çalışmada en az 1 çeşit TAT kullanımı %36 ile %60,1 arasında değişmektedir (3, 7, 8, 140, 141, 142). Çalışmamızda kronik hastalığı olanların % 53,2’si en az bir TAT yöntemi kullandığı bulunmuştur. Bu sonuç ta ölkemizde yapılan diğer çalışmalar gibi bir sonuç vermiştir.

Çalışmamızda en az bir çeşit alternatif tedavi alanlar %47,6, en popüler alternatif tedaviler ise bitkisel tedaviler (%89,5), besin desteği (%19,1), ve ruhsal iyileşme tekniği (%17,7) olarak bulunmuştur. Bu bulgular ölkemizdeki diğer çalışmalarla uyumludur (8, 33, 142, 143).

Batı ölkelerinde en sık kullanılan TAT türleri; multivitaminler, meditasyon, hipnoterapi, homeopati, geवंeme egzersizleri ve aromaterapi iken, doğuda daha çok bitkisel karışımlar ön planda görünmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1980’lerdeki ve 1990 başlarındaki ulusal araştırmalarda en popüler yaklaşımların metabolik, diyetle ilgili ve megavitamin yaklaşımları, manevi tedaviler ve elektronik tedaviler (144) olduğu ve tipik TAT kullanıcısının beyaz, daha zengin, daha eğitimli, 30-50 yaşında ve ölkenin batı ya da kuzey doğu bölümlerinde yaşayanlardan oluştuğu bildirilmiştir (144, 145). Ölkemizde en sık TAT yöntemi bitkisel tedaviler iken, yapılan geniş tabanlı iki çalışmada; İsrail’de, homeopati, geवंeme tedavisi ve refleksoloji , ABD’de de ise manevi tedaviler (%35), vitaminler ve şıfalı bitkiler (%41), zihin/beden yaklaşımları (%10) en sık TAT tipleri olarak bulunmuştur (146, 147).

Birkaç istisna dışında (145, 148, 149, 150) literatür genç hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğunu göstermektedir (2, 31, 151, 152, 153, 154). Çalışmamızda 75 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalarda kullanıcı olma olasılığı daha fazla bulunmuştur ($p=0,045$). Ancak, literatürde TAT kullanımı üzerinde cinsiyetin etkisine ilişkin sonuçlar değişkendir. Hiç ilişki bulunamamış (2, 31, 148, 149) ya da kadınlarda daha fazla kullanım gözlenmiştir (144, 154, 155, 156,). Ülkemizdeki çalışmalarda ise genel olarak TAT kullanımı kadınlarda ve biri dışında (7) düşük eğitimlilerde daha yaygın bulunmuştur (3, 8, 33, 143). Çalışmamızda kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranda TAT kullanmaktadırlar ($p=0,000$) fakat eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Katılımcıların gelir düzeylerine ilişkin kendi algıları değerlendirilmiş ve gelir düzeyleri arasında TAT kullanımı açısından fark olmamakla birlikte, gelir durumunu az (%54,4) olarak nitelendiren kişilerde kullanıcı olma olasılığı çalışmamızda daha fazla bulunmuştur. Literatüre göre daha yüksek geliri olan (6, 23, 157) iş sahibi olan ya da profesyonel mesleklerde bulunanlar (154) birkaç istisna dışında (2,153) TAT kullanmaya daha eğilimlidirler. Çalışmamıza katılanları sosyoekonomik düzeylerine göre iyi, orta ve kötü diye sınıflandırdığımızda sosyoekonomik düzeyi iyi olan grupta (%60,6) daha fazla oranda TAT kullanımı bulunmuştur. Ülkemizdeki çalışmalarda ise TAT kullanımı daha ziyade düşük sosyoekonomik düzey (S.Ceylan ve ark., 2002, S.Akyürek ve ark., 2005) ile ilişkili bulunmuştur. Ancak F.Tas ve ark.nın yaptığı çalışmada çalışmamızdaki gibi TAT kullanımı yüksek gelirle ilişkili bulunmuştur (142).

Bizim çalışmamızda da ülkemizdeki çalışmalarda ve literatürdeki birçok çalışmada olduğu gibi TAT kullanımıyla medeni durum arasında ilişki bulunmadı (145, 149, 153, 154).

Sağlık ile ilgili parametrelerde kişilerin kendilerini sağlıklı hissetmeleri azaldıkça TAT yöntemlerini kullanma durumları artış göstermekteydi ($p=0,022$). Bu durum çalışmamızdaki tezimizi desteklediği yönünde olarak değerlendiriyoruz. Kişilerin kronik hastalıklarının olması kendilerini sağlıklı hissetmemelerine neden olmaktadır. Diğer sağlıkla ilgili olan sigara, alkol ve madde kullanımıyla TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların bilgi edindikleri ve alternatif tedavi kullanımına yönlendirilme kaynakları olarak en önemli grubu kişilerin yakınları (%55,0) ve medya (%51,8) oluşturmuştur. Hekim

gibi sağlık uzmanlarından bilgi aldığını belirten hastaların yüzdesi düşük olarak saptanmıştır (%13,2). Bu sonuç, ülkemizdeki bu alanda gerçekleştirilen diğer çalışmalarla uyumludur (158). ABD’de ise bir çalışmada hastalar kitaplardan ya da broşürlerden (%90.4) ve doktorlardan (%50) bilgi edinme talebinde bulunmuşlardır. Aynı çalışmada kabul edilebilir bulunan diğer bilgi kaynakları videolar (%44,2), alternatif tıp pratisyenleri (%40.1), hemşireler (%26) ve hasta grupları (%26.0) olarak bulundu. Batıda ise medya ve internet, TAT hakkında en önde gelen bilgi edinme yöntemleridir (9, 146).

Çalışmamızda hastaları alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya sevk eden başlıca faktörler yakın çevresindeki kişilerin etkisi (%31,0), umutsuzluk ve çaresizlik (%30,3) ve alternatif tedavilerin yararlı olduğuna gerçekten inanmadır (%27,7). Bu bulgu ülkemizdeki çalışmalara benzerdir (8, 141, 143). Literatürde de hastalar genellikle aile ve arkadaşları tarafından bu tedaviye yönlendirilmiştir.

Richardson ve arkadaşlarının (9) yaptığı çalışmada en sık TAT kullanım nedeni olarak hastalar, umutlu olma isteğinin varlığını (%73) bildirmişlerdir. TAT yaklaşımlarının toksik olmayışını (%48) ve tıbbi bakımları ile ilgili kararlarda daha fazla kontrolü ellerinde tutmak istemelerini (%43,8) de TAT kullanım nedenleri arasında bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların çoğunluğu TAT tedavisinin yaşam kalitelerini arttıracığına (%76,7), bağışıklık sistemlerini güçlendireceğine (%71,1), yaşamlarını uzatacağına (%62,5) ya da semptomlarını gidereceğine (%44) inanmaktadır. Ancak, hastaların (%37,5) TAT tedavisinin hastalıklarını şifaya kavuşturacağına inanmaktadır. Çalışmamızda da kullanıcıların %10’u hastalıklarının şifaya kavuşacağını beklemektedir ve bu diğer çalışmaları doğrulamaktadır (144, 145, 154, 159). Bunun yanında kullanıcıların %25’den fazlası alternatif tedavilerin gerçekten etkinliğine inanmaktaydı. Downer ve arkadaşlarının (154) yaptığı çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğu konvansiyonel tedavilerine destek olmak amacıyla TAT yöntemlerine başvurduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda ise TAT kullanıcılarının %16,5’i doktorunun verdiği tıbbi tedaviye yardımcı olmak, %18,4 şikayetlerini azaltmak, %11’i bağışıklık sistemini kuvvetlendirmek, %3’i hastalığın nüksetmesini önlemek inancıyla TAT kullandıkları saptandı. Bu sonuçlar ülkemizde S.Akyürek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın verilerini doğrulamaktadır.

Literatürde TAT kullanıcıları arasında doktora tam güven durumunun bildirilme ve kullanıcıların alternatif tedavi ile ilgili olarak doktorlarına danışma olasılığı az bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, TAT kullanıcılarının doktorlara daha az güvendiği, doktorlarının kendisini terk ettiğini düşündükleri (145, 160) ve konvansiyonel tedaviden daha az memnun oldukları bildirilmiştir (2, 145). Cassileth ve ark. doktor-hasta ilişkilerinin tek başına konvansiyonel tedavi alanlara göre konvansiyonel ve TAT tedaviyi birlikte alan kanser hastalarında daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. Daha önceki genel popülasyonda yapılan Amerikan ve İsrail taramaları (6, 161) doktor-hasta memnuniyetsizliği ve TAT kullanımı arasında ilişki bulunduğunu göstermemiştir. Ancak A.B.D’ de hastaların dörtte üçü, başlıca doktorlarından olmak üzere, TAT hakkında daha fazla bilgi edinme konusunda istekli olduklarını belirtmiştir; fakat TAT kullanan hastaların çoğunluğu konuyu doktorları ile ele aldıkları hissini taşımamaktadırlar. Çalışmamızda ise kullanıcıların yarısından fazlasının (%52,3) alternatif tedavileri kullandığından doktorları haberdar değildir. Haberdar olan doktorların ise sadece %16,2’si hastaların TAT kullanmasını her zaman destekliyordu. Hastaların %34,5’i hiçbir zaman doktoruyla bu tedavileri konuşmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda alternatif tedavileri doktorla konuşan hastaların kullanıcı olma olasılığı daha az bulundu. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada da TAT kullanıcıların %88’i TAT yöntemlerini doktorlarıyla paylaşmamaktadır (143).

Literatürde (147, 162) ve ülkemizdeki çalışmalarda olduğu gibi hastaların çoğu (%85) bu tedavileri alternatif olarak değil, tamamlayıcı tedavi olarak kullanmaktadır. Çalışmamızda da sadece TAT kullananlar %15 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın katılımcılarının çok azı (14 kişi) TAT’ın zararlı etkisini bildirmesine karşın, zararlı ilaç-şifalı bitki-vitamin etkileşimleri potansiyeli vardır (1, 163) Bu durum doktorlar ile daha fazla iletişim ve hastalara daha güvenilir bilgi verilmesi gereğine işaret etmektedir. Şifalı bitkiler ya da vitaminler konvansiyonel tedavinin etkilerini maskeleyebilir ya da bozabilir (164, 165); ancak, kullanılan ilaç ya da antioksidan kombinasyonuna bağlı olarak antioksidanların eş zamanlı kullanımı standart kemoterapiye bağlı yan etkileri arttırabilir ya da azaltabilir (166, 167, 168). Kesin kanıtlar bulunmadığı için bu konu tartışmalı olmaya devam edecektir.

Türkiye’de kültürel bir alışkanlık olarak, bitkisel tedavilere diğer TAT yöntemlerine kıyasla daha sık olarak başvurulmakla birlikte, bitkisel tedavilerin daha popüler olmalarının nedeni, daha kolaylıkla bulunmaları ve nispeten ucuz olmaları olabilir. Birçok insan bitkisel tedavileri, “doğal” olanın “güvenli” olduğuna dair inanca bağlı olarak kullanmaktadır (Geleneksel Tıp ile ilgili WHO Raporu, 2002). Bununla birlikte bitkisel ürünlerin yan etkileri, alerjik reaksiyonları ve toksik etkileri ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (3, 9, 169, 170). Bu nedenle, sağlık uzmanlarının bitkisel ürünlerin etkileri konusunda bilgi sahibi olması ve kanser hastalarında TAT kullanımını gözlemleyerek, gerekli olduğunda doğru bilgiler vermeleri önemlidir. Çalışmamızın gelişmiş batı ülkelerinde yaygın olan gevşeme teknikleri ve homeopati gibi yöntemlerin çok düşük oranlarda kullanıldığını göstermesinin nedeni, bu tekniklerle ilgili yeterli bilgi olmaması, erişimlerinin nispeten zor olması ve maliyetlerinin de bitkilere kıyasla yüksek olması ile açıklanabilir.

Son on yıl içinde alternatif tedavilerde bir canlanma yaşamaktadır ve bunun sebebi kısmen kişilerin kendi sağlık bakımına katılma arzusu ve kronik hastalıkların prevalanslarının giderek artması şeklindeki algılamadır. Bu çalışma, hastaya hizmet sunanların iletişim kurması ve TAT hakkında hasta eğitiminin iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, ilaç ve şifalı bitkiler ya da vitamin etkileşimlerinin güvenlik ve etkinliğinin belirlenmesi için daha genişletilmiş araştırma insiyatifleri gereklidir. Tıbbi camiada bu tür yaklaşımları alternatif, konvansiyonel olmayan ya da tamamlayıcı yaklaşımlar ya da doğal şifalı bitkiler olarak adlandırsak da bu yaklaşımlara olan ilgi sürmektedir (171). Bu nedenle, sağlık çalışanları, hastalar ile TAT hakkında iletişim kurmaya ve hastaları olası kontrendikasyonlar ya da yararlar hakkında bilgilendirmeye, güvenlik ve etkinlik ile ilgili soruların yanıtlanması için titiz araştırmalara katılmaya istekli olmalıdır. Ancak bu şekilde ticari amaçlarla suistimal edilen hasta sayısı azaltılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, TAT kullanma oranları literatürdeki çalışmalardaki gibi çıkmış, yurt dışında sık kullanılan yöntemler bitkisel tedaviler, multivitaminler, meditasyon, hipnoterapi, homeopati, gevşeme egzersizleri ve aromaterapi iken, çalışmamızda ülkemizdeki diğer çalışmalar gibi daha çok bitkisel karışımlar ön planda görünmektedir. Farklı olarak ruhsal iyileşme yöntemi (dua etme) öne çıkmıştır.

Günümüzde tıbbi uygulamaların büyük çoğunluğunun konvansiyonel olmasına karşın, tüm dünyada birçok hasta, hastalıklarının tedavisinde ve/veya semptomlarının hafifletilmesinde/giderilmesinde TAT metotlarını kullanmaktadır. Bazı tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin tehlikeli yan etkileri olabilmektedir. Ayrıca konvansiyonel tıbbi tedavi yerine alternatif tedavi uygulanması, hastaların bilimsel dayanağı olan tedavilerden yararlanma şansını geciktirebilmekte ya da kaybettirebilmektedir.

Alternatif tıbbın, kötü amaçlı insanlarca maske olarak kullanımı veya istenmediği halde asıl tedaviyi geciktireceği gibi çekincelerle, alternatif tıp da artık araştırma ve geliştirmelere tabii tutularak birçok ülkede tedaviye yardımcı amaçla kullanılmaya başlanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin ve tüm insanların sağlığını korumak ve optimum seviyede tutmak sağlık personelin ilk ve en önemli amacıdır. Yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek olması ve sağlık güvencelerinin bulunması sağlık sorunları için ilaçları ve tıbbi tedavilerden yararlanmaları açısından önemli olduğu görülmektedir. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri uygulamaları bireylerin kültürü, dini, inançları ve değerleri ile ilgili olduğu literatürde de gösterilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin kullandıkları ilaçlar ve bitkisel ürünler/karışımlarla ilgili olarak ilaç-ilaç, ilaç-gıda, ilaç-bitki etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Görüşmeler sırasında tıbbi durumları, ilaçları, tedavisi değerlendirilirken alternatif ve tamamlayıcı uygulamalarının da sorulması gerekmektedir. Burada önemli olan kişiye zarar vermeyen, psikolojik, sosyal, spiritüel olarak ona yarar sağlayan ve stresle baş etmesine yardımcı olan uygulamalar desteklenebileceğini düşünmekteyiz.

Ne yazık ki birçok olgu, bitkisel ilaçların doğal oldukları için yan etkilerinin olmadığına inanmaktadır ve bu ilaçları kullandıklarını doktoruna anlatmamaktadır. Bizim çalışmamızda bu konu üzerinde hastalardan bilgi alınmamıştır. Daha sonra planlanacak çalışmalarda hastaların bu yöntemleri kullanmalarını neden doktoruyla konuşmadığı araştırılabilir. Bu nedenlerle, hekimin bu metotları tümüyle reddetmeden bilerek ve hangi olguların hangi

metotlara başvurabileceğini tahmin ederek olguya yaklaşması, hasta-hekim diyalogunun gelişmesini sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/ alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer* 1998;83(4):777-82.
2. Begbie, SD, Kerestes ZL, Bell DR. Patterns of alternative medicine use by cancer patients: *Med J Aust* 165:545-8, 1996.
3. Gözüim, S., Tezel, A., Koç, M., 2003. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. *Cancer Nursing* 26 (3), 230-236
4. Liu, JM, Chu HC, Chin YH, et al. Cross sectional study of use of alternative medicines in Chinese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 27:37-41, 1997
5. Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe. *Br Med J* 309:107-111, 1994
6. Astin JA: Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA* 279:1548-1553, 1998
7. M. Samur, H.S. Bozcuk, A. Kara and B. Savas, Factors associated with utilization of nonproven cancer therapies in Turkey, *Supportive Care in Cancer* 5 (2001) (6), pp. 452–458
8. S. Ceylan, O. Hamzaoglu, S. Kömürcü, C. Beyan and A. Yalçın, Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients, *Complementary Therapies in Medicine* 10 (2002) (2), pp. 94–99.
9. M.A. Richardson, T. Sanders, J.L. Palmer, A. Greisinger and S.E. Singletary, Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer and the implications for oncology, *Journal of Clinical Oncology* 18 (2000) (13), pp. 2505–2514.
- 10 L.M. DiGianni, J.E. Garber and E.P. Winer, Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer, *Journal of Clinical Oncology* 20 (2002), pp. 34–3811. M.A. Navo, J. Phan, C. Vaughan, J.L. Palmer and L. Michaud et al., An assessment of the utilization of complementary and alternative medication in women with gynecologic or breast malignancies, *Journal of Clinical Oncology* 22 (2004) (4), pp. 671–677.
12. Richardson MA: Research of complementary/alternative medicine therapies in oncology: Promising but challenging. *J Clin Oncol* 17 (suppl 11s): 38-43, 1999
13. Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, et al: Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 340: 1733-1759, 1999
14. Ernst E, Resch KL, Mills S et al. Complementary Medicine, a definition. Adopted by Cochrane Field in Complementary Medicine. *Br J Gen Pract* 1996;48:506.

15. Ades T, Yarbro HC. "Alternative and complementary therapies in cancer management." In: Yarbro HC, Frogge MH, Goodman M, editors. Cancer Nursing Principles and Practice. 5th ed. 2000. p. 617-28.
16. National Institute of Health. Panel on definition and description. Defining and describing complementary and alternative medicine. CAM Research Methodology Conference. April 1995. Altern Ther and Health Med 1997; 3: 49-57.
17. American Cancer Association. "Alternative and Complementary Methods." http://www.cancer.org/alt_therapy/overview.html. Erişim tarihi: 08.09.2012.
18. Dokken D, Sydnor-Greenberg N. Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: parents and professionals working together for new understanding. Pediatr Nurs 2000; 26: 1-15.
19. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Available from: URL:<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>.
20. Sandler AD, Brazdziunas D, Cooley WC, et al. Counseling families who choose complementary and alternative medicine for their child with chronic illness or disability. Pediatrics 2001; 107: 598-601.
21. Suzuki N. Complementary and alternative medicine: a Japan perspective. Evid. Based Complement, Altern, Med 2004; 1: 113-118.
22. Complementary medicine is booming worldwide. Br Med J 1996; 313: 131-3
23. Eisenberg DM, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow up national survey. JAMA 1998; 280: 1569-75.
24. Gaudet TW. Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education. Integr Med 1998; 1: 67-73.
25. Rafferty AP, McGee HB, Miller CE, Reyes M. Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Am J Public Health 2002;92(10):1598-600.
26. Vallerand AH, Fouladbakhsh JM, Templin T. The use of complementary/alternative medicine therapies for the self-treatment of pain among residents of urban, suburban, and rural communities. Am J Public Health 2003;93(6):923-5.
27. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. Am J Public Health 2002;92(10):1582-91.

28. McCaffrey AM, Pugh GF, O'Connor BB. Understanding patient preference for integrative medical care: results from patient focus groups. *J Gen Intern Med* 2007;22(11):1500-5.
29. Doruk H. Yaşlılarda ilaç kullanımının temel ilkeleri II. Ulusal Geriatri Kongresi Kongre Kitabı Antalya; 2003
30. Adams M, Jewell AP. The use of Complementary and Alternative Medicine by cancer patients. *Int Semin Surg Oncol* 2007 Apr 30;4:10
31. Risberg T, Kaasa S, Wist E, Melsom H. Why are cancer patients using non-proven complementary therapies? A cross-sectional multicentre study in Norway. *Eur J Cancer* 1997;33(4):575-80.
32. Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005;16(4):655-63.
33. Algier L, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2005; 9: 138-146.
34. Çetingöz R, Tanrıver Y, Ataman ÖU, Kınay M. Kanser hastalarında tıp dışı tedavi yöntemlerinin araştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2000; 14 (3): 245-249.
35. Tan M, Uzun Ö, Akçay F. Trends in complementary and alternative medicine in Eastern Turkey. *The Journal of Alternative and Complementary medicine*. 2004; 10(5): 861-865.
36. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2008;18(1):32-8.
37. McGinnis LS. Alternative therapies, 1990. An overview. *Cancer* 1991; 67; 1788-92.
38. Hilsden RJ, et al. Complementary medicine use by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93: 697-701.
39. Strader DB, et al. Use of CAM among patients with liver disease: survey of six hepatology outpatient clinics. Unpublished data.
40. Törüner ve ark. Bildiriler, 19.Ulusal Gastroenteroloji Haftası 1-6 ekim 2002, Antalya.
41. Steurer-Stey C, Russi E. Complementary and alternative medicine in asthma-do they work? *Swiss Med Wkly* 2002; 132: 338-344.

42. Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G, et al. Use of alternative medicine by allergic patients in Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2004; 32: 289-94.
43. Gozum S, Unsal A. Use of herbal therapies by older, community-dwelling women. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46: 171-8.
44. Herman CJ, Allen P, Hunt WC, Prasad A, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis* 2004;1:A12. Epub 2004 Sep 15.
45. Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütölümar N, Meriçli F. *Fitoterapi*. İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Yayın No: 79, İstanbul, 2002.
46. Sarısen Ö, Çalıskan D. *Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat*. Sted, 2005; 14; 182- 188.
47. Vickers A, Zollman C: ABC of complementary medicine-herbal medicine. *BMJ*, 1999; 319; 1050–1053.
48. Sheikh NM, Philen RM, Love LA. Chaparral-associated hepatotoxicity. *Arch Intern Med*, 1997; 157; 913- 919.
49. Woolf GM, Petrovic LM, Rojter SE, Wainwright S, Villamil FG, Katkov WN, Michieletti P, Wanless IR, Stermitz FR, Beck JJ, Vierling JM. Acute hepatitis associated with Chinese herbal product in Jin Bu Huan. *Ann Intern Med*, 1994; 121; 729- 735.
50. Mostefa KN, Paulvels A. Fatal hepatitis after herbal tea. *Lancet*, 1992; 340: 674,
51. Miller LG: Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interaction. *Arch Intern Med*, 1998; 158; 2200- 2211.
52. Linde K, Ramirez G. St John's wort for depression. *BMJ*, 1996; 313; 253- 258.
53. Willt JT, Ishani A et al: Saw palmetto extracts for treatment of benign prostatic hyperplasia. *JAMA*, 1998; 280; 1604- 1609.
54. Sheehan MP, Rustin NHA et al: Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis. *Lancet*, 1992; 340; 13–17.
55. Özbek H. Cinsel ve jinekolojik sorunların tedavisinde bitkilerin kullanımı. *Van Tıp Dergisi*, 2005; 12; 170– 174.
56. Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Re*, 2006; 8: 767- 71.
57. Pilkington K, Rampes H, Richardson J. Complementary medicine for depression. *Expert Rev Neurother*, 2006; 6; 1741- 51.

58. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: the research evidence. *J Affect Disord*, 2005; 89: 13- 24.
59. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, 2004; 343: 1- 19.
60. Cabioğlu MT, Ergene N. Akupunkturun etki mekanizması ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Derg*, 2003;13: 35- 40.
61. Kalyon TA. Akupunktur tedavisi. *Türk J Phys Med Rehab*, 2007; 53: 52- 57.
62. Evans D. Acupuncture. In: Prithvi Raj P, Editor. *Practical management of pain*. 3rd edition. St Louis: Mosby; 2000; p. 815- 23.
63. Çevik C. Akupunkturun bilimsel temelleri. In: *Medikal Akupunktur*. Ankara: Promat Afi; 2001; 25- 39.
64. WHO-Guidelines for clinical research on acupuncture. Washington. 2000.
65. Eskinazi D, Hoffman FA. Progress in complementary and alternative medicine: Contribution of the National Institutes of Health and Food and Drug Administration. *J Altern Complement Med*, 1998; 4: 459- 67.
66. White AR, Filshie J, Cummings M.- Clinical trials of acupuncture: Consensus recommendations optimal treatment, sham controls and blinding. *Complement Ther Med*, 2001; 9: 237- 45.
67. Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. Acupuncture for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000; 3: CD001351.
68. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002;3: CD002123.
69. Irnich D, Behrens N, Gleditsch JM, Stör W, Schreiber MA, Schöps P, et al. Immediate effects of dry needling and acupuncture at distant points in chronic neck pain: results of a randomized, doubleblind, shamcontrolled crossover trial. *Pain*, 2002; 99: 83- 99.
70. Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: A UK survey. *Eur J Oncol Nurs*, 2005; 9: 131- 7.
71. Lee MM, Lin SS, Wrench MR, Adler SR, Eisenberg D. Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst*, 2000; 92: 42- 7.
72. Jean D, Claude C. Use of complementary and alternative medicine in general pediatric clinic. *Pediatrics*, 2007; 120: 138- 141.

73. Carvalho NF, Kenney RD, Carrington PH, Hall DE. Severe nutritional deficiencies in toddlers resulting from health food milk alternatives. *Pediatrics*, 2001; 107: 46- 52.
74. Miller AL. The etiologies, pathophysiology, and alternative/ complementary treatment of asthma. *Altern Med Rev*, 2001; 6: 20- 47.
75. Kapoor R, Huang YS. Gamma linolenic acid: an antiinflammatory omega-6 fatty acid. *Curr Pharm Biotechnol*, 2006; 7: 531- 534.
76. Olness K. Helping children and adults with hypnosis and biofeedback. *Cleve Clin J Med*, 2008; 75: 39-43.
77. Anbar RD, Zoughbi GG. Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: a retrospective chart review. *Am J Clin Hypn*, 2008; 50: 35–41.
78. Walsh BJ. Hypnotic alteration of body image in the eating disordered. *Am J Clin Hypn*, 2008; 10: 01–10.
79. Norelli LJ, Harju SK. Behavioral approaches to pain management in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 2008; 4: 35– 44.
80. Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, Delucchi K. Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine Tob Res*, 2008; 10: 811– 818.
81. Madenci E. Klasik Masaj. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2007; 53; 58- 61.
82. Corbin L. Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. *Cancer Control*, 2005; 12: 158- 64.
83. Field TM. Massage therapy effects. *Am Psychol*, 1998; 53: 1270- 1281.
84. Ironson G, Field T, Scafidi F, Hashimoto M, Kumar M, Kumar A, Price A, Goncalves A, Burman I, Tetenman C, Patarca R, Fletcher MA. Massage therapy is associated with enhancement of the immune system's cytotoxic capacity. *Int J Neurosci*, 1996; 84: 205- 217.
85. Zeitlin D, Keller SE, Shiflett SC, Schleifler SJ, Bartlett JA. Immunological effects of massage therapy during academic stress. *Psychosom Med*, 2000; 62: 83- 84.
86. Tokem Y. The use of complementary and alternative treatment in patients with asthma. *Tuberk Toraks*, 2006; 54: 189- 96.
87. Milgrom LR. Homeopathy and the new fundamentalism: a critique of the critics. *J Altern Complement Med*, 2008; 14: 589- 94.
88. Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K. Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system. *Homeopathy*, 2008; 97: 70- 5.

89. Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M. Utilization of complementary/alternative services by women with breast cancer. *J Health Soc Policy*, 2003; 16: 75- 84.
90. Kırımlı Y. Nazar ve nazara karşı tuzla yapılan pratikler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Basımevi, 2002; 2: 558- 561.
91. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, 2004; 27: 1- 19.
92. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*, 2003; 38: 495- 508.
93. Meisenhelder JB, Chandler EN. Faith, prayer, and health outcomes in elderly Native Americans. *Clin Nurs Res*, 2000; 9: 191- 203.
94. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am Psychol*, 2003; 58: 53- 63.
95. Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J*, 2002; 95: 1429- 1434.
96. Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W, Levitsky S, Hill PC, Clem DW Jr, Jain MK, Drumel D, Kopecky SL, Mueller PS, Marek D, Rollins S, Hibberd PL. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J*, 2006; 151: 934- 942.
97. Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*, 1988; 81: 826- 829.
98. Konvicka JJ, Meyer TA, McDavid AJ, Roberson CR. Complementary/Alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *J Perianesth Nur*, 2008; 23: 17- 23.
99. Chenot JF, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Baum E, Pfingsten M, Hildebrandt J, Basler HD, Kochen MM. Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study. *BMC Complement Altern Med*, 2007; 18: 7- 42.
100. Stallibrass C, Sissons P, Chalmers C Randomized controlled trial of the Alexander technique for idiopathic Parkinson's disease. *Clin Rehabil*, 2002; 16: 695- 708.
101. Stallibrass C. An evaluation of the Alexander Technique for the management of disability in Parkinson's disease--a preliminary study. *Clin Rehabil*, 1997;11:8-12.

102. Schlinger M. Feldenkrais Method, Alexander Technique, and yoga--body awareness therapy in the performing arts. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2006; 17: 865- 75.
103. Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*, 2008; 12: 489- 94.
104. Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE. Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. *J Altern Complement Med*, 2008; 14: 417- 22.
105. Lee MS, Pittler MH, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*, 2008; 62: 947- 54.
106. Coclivio A. Coloured light therapy: overview of its history, theory, recent developments and clinical applications combined with acupuncture. *Am J Acupunct*, 1999; 27: 71– 83.
107. Azeemi ST, Raza SM. A critical analysis of chromotherapy and its scientific evolution. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2005; 2: 481- 8.
108. Andrews J. Renklerle Tedavi. İstanbul: Arıtan Yayınevi, 1995.
109. Altun R, Özden A. Alternatif tıp. *Güncel Gastroenteroloj.*, 2004; 8; 231- 235.
110. Clarke JO, Mullin GE. A review of complementary and alternative approaches to immunomodulation. *Nutr Clin Pract*, 2008; 23: 49- 62.
111. Markowitz JE, Mamula P, del Rosario JF, Baldassano RN, Levis JD, Jawat AF, Culton K, Strom BL. Patterns of complementary and alternative medicine use in a population of pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 2004; 10: 599- 605.
112. Umezu T. Behavioral effects of plant-derived essential oils in the Geller type conflict test in mice. *Jpn J Pharmacol*, 2000; 83: 150- 153.
113. Lis-Balchin M. Essential oils and ‘aromatherapy’: their modern role in healing. *J R Soc Health*, 1998; 118: 126.
114. Köse E, Sarsılmaz M, Ögetürk M, Kus , Kavaklı A, Zararsız . Öğrenme davranışlarında gül esans yağ aromasının rolü: deneysel bir çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 2007; 12: 159- 162.
115. Broughan C. Odours, emotions, and cognition- How odours may affect cognitive performance. *Int J Aromatherapy*, 2002; 12: 92- 98.
116. Carvalho-Freitas MI, Costa M. Anxiolytic and sedative effects of extracts and essential oil from *Citrus aurantium* L. *Biol Pharm Bull*, 2002; 25: 1629- 1633.
117. Komori T, Fujiwara R, Tanida M, Nomura J. Potential antidepressant effects of lemon odor in rats. *Eur Neuropsychopharmacol*, 1995; 5: 477- 480.

118. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, McAdam V, Galamaga R, Galamaga M. Aromatherapy positively affects mood. EEG patterns of alertness and math computations. *Int J Neurosci*, 1998; 96: 217- 224.
119. Mahmood N, Piacente S, Pizza C, Burke A, Khan AI, Hay AJ. The anti-HIV activity and mechanisms of action of pure compounds isolated from *Rosa Damascena*. *Biochem Biophys Res Commun*, 1996; 229: 73-79.
120. Basim E, Basim H. Antibacterial activity of *Rosa damascena* essential oil. *Fitoterapia*, 2003; 74: 394-396.
121. Buckle RJ. Aromatherapy in the USA. *Int J Aromatherapy*, 2003; 13: 42- 46.
122. Campenni CE, Crawley EJ, Meier ME. Role of suggestion in odor-induced mood change. *Psychol Rep*, 2004; 94: 1127- 1136.
123. Clark DM. On the induction of depressed mood in the laboratory. Evaluation and comparison of the Velten and Musical Procedures. *Behav Res Ther*, 1983; 5: 27- 49.
124. Moss M, Cook J, Wesnes K, Duckett P. Aromas of rosemary and lavender essential oils differentially affect cognition and mood in elderly adults. *Int J Neurosci*, 2003; 113: 15- 38.
125. Akpinar B. The Effects of Olfactory Stimuli on Scholastic Performance. *Irish Journal of Education*, 2005; 36: 86- 90.
126. Cooper EL. Ayurveda and eCAM: A Closer Connection. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2008; 5(2): 121- 2.
127. Vaidya AD, Devasagayam TP. Current Status of Herbal Drugs in India: An Overview. *J Clin Biochem Nut*, 2007; 41(1): 1- 11.
128. Cooper EL. Ayurveda is Embraced by eCAM. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2008; 5: 1- 2.
129. Amruthesh S. Dentistry and Ayurveda - IV: classification and management of common oral diseases. *Indian J Dent Re*, 2008; 52- 61.
130. Somakcı P. Türklerde müzikle tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2003; 15; 131- 140.
131. Choi BC. Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theoretical approaches. *J Music Ther*, 2008; 45: 93- 109.
132. Çoban A. Müzikterapi Ruh Sağlığı için Müzikle Tedavi. İstanbul: Timas yayınları, 2005: 40- 58.

133. Nilsson U. The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN J*, 2008; 87: 780- 807.
134. Bueno JL, Ramos D. Musical mode and estimation of time. *Percept Mot Skill*, 2007; 105: 1087- 92.
135. Mandel SE, Hanser SB, Secic M, Davis BA. Effects of music therapy on health-related outcomes in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. *J Music Ther*, 2007; 44: 176- 97.
136. Roy M, Peretz I, Rainville P. Emotional valence contributes to music-induced analgesia. *Pain*, 2008; 134: 140- 7.
137. Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res*, 2007; 62: 189– 195.
138. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Bialy L, Hooton N, Buscemi N, Dryden DM, Klassen TP. Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Ases*, 2007; 155: 1- 263.
139. Oguz, S., Pinar, R., 2000. Which complementary therapies are preferred the most? 1st International & VIII. National Nursing Conference Proceedings, 29 October–2 November, pp. 358–359 (in Turkish).
140. Isikhan, V., Borazan, E., Kömürcü, S., Özer, A., Arpacı, F., Öztürk, B., et al., 2003. Alternative therapies used by cancer patients. XV. National Cancer Conference Abstract Book, 23–27 April, Antalya, Turkey, p. 61 .
141. Tas, F., Karagöl, H., Üstüner, Z., Yazar, A., Can, G., et al., 2003. Prevalence and indicators of complementary and alternative therapies used by cancer patients in Turkey. XV. National Cancer Congress Abstract Book, 23–27 April, Antalya, Turkey, p.58.
142. Tas F, Üstüner Z, Can G, Eralp Y, Camlıca H, Basaran M, Karagöl H, Sakar B, Disci R, Topuz E: The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologica*, 2005;44:161- 167
143. Akyürek S, Önal C, Kurtman C :Akciğer Kanseri Hastalarda Alternatif Tedavi Kullanımı *THOD cilt:15 (2) 2005*
144. Lerner IJ, Kennedy BJ: The prevalence of questionable methods of cancer treatment in the United States. *CA Cancer J Clin* 42:181-191, 1992

145. Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al: Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine. *Ann Intern Med* 101: 105-112, 1984
146. By O. Paltiel, M. Avitzour, T. Peretz, N. Cherny, L. Kaduri, R. M. Pfeffer, N. Wagner, V. Soskolne: Determinants of the Use of Complementary Therapies by Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, Issue 9 (May), 2001: 2439-2448
147. By Mary Ann Richardson, Tina Sanders, J. Lynn Palmer, Anthony Greisinger, S. Eva Singletary: Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 18, Issue 13 (July), 2000: 2505-2514
148. Sollner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, et al: Attitude toward alternative therapy, compliance with standard treatment, and need for emotional support in patients with melanoma. *Arch Dermatol* 133:316-321, 1997
149. Grothey A, Duppe J, Hasenburg A, et al: Use of alternative medicine in oncology [in German]. *Dtsch Med Wochenschr* 123:923-929, 1998
150. Obrist R, von Meiss M, Obrecht JP: The use of paramedical treatment methods by cancer patients: An inquiry on 101 ambulatory patients [in German]. *Dtsch Med Wochenschr* 111:283-287, 1986
151. Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe. *Br Med J* 309:107-111, 1994
152. Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, et al: Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. *N Engl J Med* 340: 1733-1759, 1999
153. Crocetti E, Crotti N, Feltrin A, et al: The use of complementary therapies by breast cancer patients attending conventional treatment. *Eur J Cancer* 34:324-328, 1999
154. Downer SM, Cody MM, McCluskey P, et al: Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. *Br Med J* 309:86-89, 1994
155. Weis J, Bartsch H, Hennies F, et al: Complementary medicine in cancer patients: Demand, patients' attitude, and psychological belief. *Onkologie* 21:144-149, 1998
156. Adler SR, Foskett JR: Disclosing complementary and alternative medicine use in the medical encounter: A qualitative study in women with breast cancer. *J Fam Pract* 48:453-458, 1999
157. Verhoef MJ, Hagen N, Pelletier G, et al: Alternative therapy use in neurologic diseases: use in brain tumor patients. *Neurology* 52:617-22, 1999

158. Lerner M: Emerging forces in cancer care. *Cancer: Towards innovative health promotion approaches*. WHO Regional Publication, European Series 44: 115-132, 1992
159. Fernandez CV, Stutzer CA, MacWilliam L, et al: Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in British Columbia: Prevalence and reasons for use and nonuse. *J Clin Oncol* 16:1279-1286, 1998
160. Munstedt K, Kirsch K, Milch W, et al: Unconventional cancer therapy: Survey of patients with gynecological malignancy. *Arch Gynecol Obstet* 258:81-88, 1996
161. Amir A, Shamai N, Lewin-Epstein N, et al: Use of health services, health insurance, satisfaction and health status among 45-75-year-olds. Tel Hashomer, Tel Aviv Israel, Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research, Research Report No. 1, 1994
162. McGinnis LS: Alternative therapies, 1990: An overview. *Cancer* 67:1788-1793, 1991
163. Gurenwald J, Brendler T, Jaenicke C: PDR for Herbal Medicines. Montvale, NJ, Medical Economics Co, 1998
164. DiPaola RS, Zhang H, Lambert GH, et al: Clinical and biologic activity of an estrogenic herbal combination (PC-SPES) in prostate cancer. *N Engl J Med* 339:785-791, 1998
165. Labriola D, Livingston R: Possible interactions between dietary antioxidants and chemotherapy. *Oncology* 19:1003-1008, 1999
166. Lamson D, Brignall M: Antioxidants in cancer therapy: Their actions and interactions with oncologic therapies. *Altern Med Rev* 4:304-329, 1999
167. Weijl NI, Cleton FJ, Osanto S: Free radicals and antioxidants in chemotherapy-induced toxicity. *Cancer Treat Rev* 23:209-240, 1997
168. Zeisel S, Salganik R: Special commentary: Antioxidants and nutrition support. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2:1-3, 1999
169. A. Vickers and C. Zollman, Herbal medicine, *BMJ* 319 (1999), pp. 1050–1053
170. M.Y. Hasan, M. Das and S. Behjat, Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners, *East Mediterranean Health Journal* 6 (2000) (1), pp. 25–33
171. Hoey J: The arrogance of science and the pitfalls of hope. *Can Med Assoc J* 159:803-804, 1998

8. EKLER

8.1. EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Medikal tedaviyle beraber kullanılan non medikal yöntemler tamamlayıcı, medikal tedavilerin yerine kullanılan yöntemler alternatif tıp olarak adlandırılmaktadır. Geleneksel tıp mensuplarının önerdikleri tıbbi tedavilerden farklı olarak Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımı dünya çapında giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, yoga, meditasyon, biyoenerji, akupunktur, aromaterapi, vb. gibi yöntemler kullanılmaktadırlar. Bu yöntemler de hastalığın seyrini olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) ile ilgili olan bu çalışma kapsamında bölgemizdeki TAT sıklığı ve nedenleri değerlendirilecektir. Bu amaçla size araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket uygulanacaktır. Verdiğiniz yanıtlar kimliğinizi belli etmeyecek şekilde sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Katkınız için teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı:

Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı: Muhammet Ali

Soyadı: KILIÇ

Tel: 0232 4124951

0506 7400367

İletişim adresi:

Dokuzeylöl Üniversitesi Tıp Faköltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltıYerleşkesi \ İZMİR

Yukarıda gönüllölle araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum.

Tarih:

İmza:

8.2. EK-2 Anket Formu

ANKET

Tamamlayıcı-alternatif tıp (TAT) ile ilgili olan bu uzmanlık tez çalışması kapsamında bölgemizdeki TAT sıklığı ve nedenleri değerlendirilecektir. Bu amaçla size hazırlanan bir anket uygulanacaktır. Verdiğiniz yanıtlar kimliğinizi belli etmeyecek şekilde sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Katkınız için teşekkür ederiz.

*Dr. Muhammet Ali KILIÇ
Doç. Dr. Vildan Mevsim
Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak.
Aile Hekimliği AD.*

1.	Yaşınız	
2.	Cinsiyetiniz	a) Kadın b) Erkek
3.	Doğum yeriniz	
4.	Medeni Durumunuz	a) Evli b) Bekâr c) Dul d) Boşanmış
5.	Eğitim durumunuz	a) Okur –yazar değil b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Yüksekokul/Üniversite mezunu
6.	Çalışma durumunuz	a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum
7.	Mesleğiniz	
8.	Şu an oturduğunuz ilçe	
9.	Çocuğunuz	a) Var b) Yok
10.	Sağlık güvenceniz	a) Yok b) Sgk-emekli c) Sgk-çalışan d) Yeşil kart e) Özel sağlık sigortası
11.	Şu anki gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	a) Çok az b) Az c) Yeterli

		d) İyi e) Çok iyi
12.	Evde sizinle beraber toplam kaç kişi yaşıyor?	a) 1 kişi b) 2 kişi c) 3 ve daha fazla
13.	Şu anki sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz?	a) İyi b) Orta c) Kötü

14.	Kişilik yapınızı tarifler misiniz?	a) Kötümser b) İyimser c) Kararsız d) Kuşkucu e) Diğer(lütfen yazınız).....
15.	Sigara kullanıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır c) Bıaktım
16.	Alkol kullanıyor musunuz?	a) Evet b) Hayır c) Bıaktım
17.	Sürekli kullandığınız ilaç var mı?	a) Var b) Yok
18.	Herhangi bir bağımlılık yapıcı madde kullanımınız var mı?	a) Var b) Yok
19.	Kronik hastalığınız var mı? (birden fazla kronik hastalığınız varsa olanların hepsini lütfen işaretleyiniz)	a) Kronik hastalığım yok b) Hipertansiyon c) Diyabet mellitus(şeker hastalığı) d) Astım e) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) f) Kanser g) Kalp hastalıkları h) Romatizmal eklem hastalığı i) Troid hastalıkları(guatr) j) Karaciğer hastalıkları k) Böbrek hastalıkları l) Kemik erimesi(osteoporoz) m) Epilepsi(sara) n) Migren o) Diğer(lütfen yazınız).....

20.	Yandaki tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden herhangi birini kullanıyor musunuz ya da hayatınızın herhangi bir döneminde kullandınız mı? Kullandıklarınız hangileri lütfen işaretleyiniz. (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	a) Hiçbirini kullanmıyorum/kullanmadım b) Bitkiler c) Yoga d) Akupunktur e) Besin desteği(vitamin) f) Hipnoz g) Masaj terapisi h) Homeopati ı) Ruhsal iyileşme tekniği(dua) i) Refleksoloji j) Enzim tedavisi k) Tai chi l) Diğer(lütfen yazınız).....
21.	Sizce toplumda insanların tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine yönelmelerinin sebepleri neler olabilir? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	a) Hastalıktan tamamen kurtulmak için b) İlaçlara çok inanmadıklarından c) Çevrenin etkisiyle d) Umutsuzluk ve çaresizlik yüzünden e) Alternatif tedavinin yararlı olduğuna inandıklarından f) İlaçların yan etkilerinden dolayı g) Bağışıklık sistemini güçlendirmek için h) Doktorun verdiği tedaviye destek ve yardımcı olmak için ı) Şikâyetlerini azaltmak için i) Hastalıklarına şifa sağlamak için j) Hastalıklarının nüksetmesini önlemek için k) Diğer(lütfen yazınız).....
22.	Sizce hangi tedavi daha etkindir?	a) Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri b) Medikal tedavi(tıbbi tedavi) c) Her ikisi de etkindir
23.	Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin sizce yan etkisi var mıdır?	a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

Herhangi bir tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntem kullanıyorsanız ya da daha önce kullandıysanız lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

24.	Bu yöntemleri kullandığınızdan doktorunuzun haberi var mı?	a) Evet b) Hayır
25.	Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini doktorunuzla konuşabiliyor musunuz?	a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen

		d) Sıklıkla e) Her zaman
26.	Doktorunuz tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullanmanızı destekliyor mu?	a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman
27.	Bu tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini diğer tıbbi tedavilerle beraber kullanıyor musunuz?	a) Evet beraber b) Hayır sadece alternatif tıp yöntemini kullanıyorum
28.	Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden fayda gördünüz mü?	a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
29.	Bu tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullanmanızda hangileri etkili oldu? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	a) Medya(TV,gazete) b) İnternet c) Kanseri uzmanları d) Doktorlar e) Bu konuyla ilgilenen kişiler(herbalistler) f) Baharatçılar-aktarlar g) Yakınlarım h) Diğer hastalar i) Çaresizlik j) Diğer(lütfen yazınız).....
30.	Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini nerelerden temin ediyorsunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)	a) Baharatçılar(aktar) b) Eczaneler c) Doğa d) Diğer (lütfen yazınız).....
31.	Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullanırken herhangi bir istenmeyen etki ile karşılaştınız mı?	a) Evet b) Hayır
32.	Karşılaştıysanız nedir? Yazar mısınız?	

Teşekkür ederiz.

8.3. EK-3 Etik Kurul Onay Yazısı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/27-12	Tarih: 09.08.2012
	Doç.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu Dr.Muhammet Ali KILIÇ'ın yürüttüğü olduğu "Birinci Basamakta Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi (TAT) Kullanımı ve Nedenleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Besti</i>
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Osman</i>
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Adnan MENDERES	Plastik Cerrahi	DEU Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Adnan</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Hüseyin</i>
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Servet</i>
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Mukaddes</i>
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Meltem Kutlu GÖRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Katılmadı</i>
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>İhsan</i>

8.4. EK-4 İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

T.C.
İZMİR VALİSİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

19.03.2012 16:12:49 / 28158

EĞİTİM

Kayıt yapan: FİGEN TURAN

1200

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/ 1200
KONU: Araştırma İzni.

SAYIN DR.MUHAMMET KILIÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olup; Doç.Dr.Vildan MEVSİM danışmanlığında, 01.03.2012 – 01.11.2012 tarihleri arasında, ekte belirtilen Kurumumuza bağlı Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde “Birinci Basamakta Kronik Hastalığı Olan Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi (TAT) Kullanımı ve Nedenleri” konulu Araştırmanızı yapmak istemektesiniz.

Başvurunuz tarafımızca değerlendirilmiş olup, elde edilen çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze bildirilmesi kaydıyla araştırmanızı yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Şenol SARIACI
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı