

**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**



**GEBE VE EMZİREN KADINLARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP  
KULLANIM SIKLIĞI VE BU KONUDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**Dr. Muhammed KAYĞUSUZ**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üy. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM**

**KAHRAMANMARAŞ-2020**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki gelişimime katkısı olan, tecrübesinden faydalandığım, tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doktor Öğretim Üyesi Raziye ŞULE GÜMÜŞTAKIM'a;

Her konuda desteğini yanımda hissettiğim, eğitimime olan katkılarından dolayı sayın Doktor Öğretim Üyesi Celal KUŞ'a;

Tezime olan katkılarından dolayı sayın Doktor Öğretim Üyesi Hatice Tuba AKBAYRAM;

Tez yazım sürecinde her an ve her koşulda yanımda olan ve desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Kübra KAYĞUSUZ'a; ve oğum Enes'e;

Beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca bana güvenen, desteğini esirgemeyen ve her konuda daima beni cesaretlendiren kıymetli anneme, babama ve aileme;

Tezimde yine yardımlarını esirgemeyen sayın Doktor Öğretim Üyesi Abdullah TOK ve sayın Doktor Öğretim Üyesi Sevcan İPEK hocalarıma;

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Muhammed KAYĞUSUZ

# GEBE VE EMZİREN KADINLARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KULLANIM SIKLIĞI VE BU KONUDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr. Muhammed KAYĞUSUZ

KAHRAMANMARA SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Mayıs-2020

ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışma gebe ve emziren kadınların TAT kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri belirlemeyi ve bu yöntemleri kullanan kadınların karakteristik özellikleri hakkında fikir sahibi olmayı amaçlamaktadır. Çalışmada ayrıca gebe ve emziren kadınların TAT yöntemlerine karşı tutumları, kadınları alternatif tıba yönlendiren nedenler, en sık hangi semptomatik yakınmalar için TAT yöntemlerine başvurdukları, TAT yöntemlerini tavsiye eden bilgi kaynakları ve TAT yöntemine ulaşım şekilleri incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan araştırmamız 19.09.2019 - 21.11.2019 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi obstetri, pediatri ve aile hekimliği polikliniklerine başvuran 212 gebenin ve 152 emziren annenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler literatür taraması sonucu oluşturulmuş her biri 27 sorudan oluşan anketlerin araştırmaya gönüllü kişilere yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanması ile elde edilmiştir. Anketlerin ilk kısmında sosyodemografik bilgiler, ikinci kısmında ise TAT kullanımı ile ilgili veriler sorgulanmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin %38,7'sinin gebelikleri sırasında ve emziren annelerin %63,2'sinin emzirme sırasında TAT yöntemlerine başvurdukları belirlenmiştir. Her iki grup için en

sık kullanılan yöntemler bitkisel ürünler olmuştur. Gebeler için en sık kullanılan bitkisel ürünler nane (%57,3), kekik (%29,6) ve ıhlamur (%24,4) olurken emziren anneler için ise rezene (%75), anason (%29,2) ve nane (%28,1) olmuştur. Emziren anneler TAT yöntemlerini en sık anne sütünü arttırmak için kullanırken, gebeler daha çok bulantı-kusma, kabızlık, soğuk algınlığı gibi gebelikte sık görülen semptomlara yönelik kullanmışlardır. Gebe grubunda TAT yöntemlerini güvenli bulanların ( $p<0,001$ ), TAT yöntemlerini etkili bulanların ( $p=0,019$ ) ve gebelikten önce TAT kullananların ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde TAT yöntemlerine daha sık başvurdukları görülmüştür. Emziren grubunda ise sadece konvansiyonel ilaçları güvenli bulanların ( $p<0,001$ ), sadece konvansiyonel ilaçları etkili bulanların ( $p<0,001$ ) TAT yöntemlerine daha az başvurdukları görülmüştür. Aynı zamanda anne sütünün yeterli olmadığını düşünenlerin ( $p=0,029$ ), yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin ( $p=0,027$ ) ve daha genç yaşta olanların ( $p=0,049$ ) TAT yöntemlerine daha sık başvurdukları görülmüştür.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçları gebe ve emziren kadınlar arasında TAT kullanımının yaygın olduğunu ve gebelik ve emzirme döneminde en sık kullanılan TAT yöntemlerinin bitkisel ürünler olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca gebelerin ve emziren annelerin TAT yöntemlerini güvenli bulduklarını ve TAT yöntemlerini güvenli ve etkili bulan kadınların daha sık TAT kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür. Gebelik bakımı ve emzirme danışmanlığı veren her sağlık personeli TAT kullanımı hakkında literatürde yayınlanmış en son bilgilerin farkında olmalı ve hastalarına kanıta dayalı bilgiler sunarak bu dönemlerde TAT kullanımının olumsuz sonuçlar doğurabileceğine dair hastalarını bilgilendirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** TAT, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Gebe, Emziren

**Sayfa Adedi:**112

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

**FREQUENCY OF USE THE COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE  
MEDICINE OF PREGNANT AND BREASTFEEDING WOMEN AND THEIR  
ATTITUDE AND BEHAVIOR IN THIS TOPIC**

**(Specialization Thesis)**

**MD Muhammed KAYĞUSUZ**

**KAHRAMANMARAS SUTCU IMAM UNIVERSITY**

**FACULTY OF MEDICINE**

**May-2020**

**ABSTRACT**

**Introduction and Aim:** This study aims to specify pregnant and nursing women's CAM usage frequency, most commonly used methods and have an idea about women's characteristic features who use these methods. Besides in this study, pregnant and nursing women's attitudes toward CAM methods, causes directing women to alternative medicine, most common resorting to CAM methods for what symptomatic complaints, data sources advising CAM methods, and ways of reaching CAM methods have been studied.

**Equipment and Methods:** Our study which is cross sectional and definitive has been made with 212 pregnant and 152 nursing women participants who resort to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Application and Research Center, obstetric, paediatry and family practice polyclinics dates between 19.09.2019 - 21.11.2019. Data have been acquired owing to application of questionnaires consisting of 27 questions each and have been polled using face to face interview method with voluntary participants. In the first part of the questionnaire, sociodemographic data and in the second part of the questionnaire data about CAM usage have been questioned.

**Findings:** It is determined that 38,7% of pregnant during pregnancy and 63,2% of nursing mothers during nursing resort to CAM method. Most commonly used methods

are herbal products for both groups. Most commonly used herbal products are mint (57,3%), thyme (29,6%) and linden (24,4%) for pregnant; on the other hand fennel (75%), anise (29,2%) and mint (28,1%) are most commonly used for nursing mothers. Although nursing mothers most commonly use CAM methods to increase breast milk, pregnant mostly use them against commonly seen symptoms during pregnancy such as nausea, vomit, costiveness, cold. It is observed that people in pregnant group who assume CAM methods are safe ( $p < 0,001$ ), people who assume CAM methods are effective ( $p < 0,019$ ) and people before pregnancy who use CAM ( $p < 0,001$ ), resort to CAM methods more common statistically and in a meaningful way. On the other hand, it is observed that people in nursing group who assume only conventional medicine is safe ( $p < 0,001$ ), who assume only conventional medicine is effective ( $p < 0,001$ ) resort to CAM methods less. Furthermore it is observed that people who think mother milk is not enough ( $p = 0,029$ ), people who have high education level ( $p = 0,027$ ) and people who are younger ( $p = 0,049$ ) resort to CAM methods more common.

**Result:** Result of our study prove that CAM usage is common among pregnant and nursing women and most common CAM methods during pregnancy and nursing periods are herbal products. Besides it is determined that pregnant and nursing mothers find CAM methods safe and women who find CAM methods safe and effective tend to use CAM methods more common. Every health personel who provides pregnancy care and consulting service, should be aware of that the latest data published in the literature about Cam usage and during these periods should enlighten patients by providing clue based data about CAM usage which may have negative consequences.

**Keywords:** CAM, Complementary and Alternative Medicine, pregnant, Nursing Mother

**Page Number:**112

**Advisor:** Asist. Prof. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa NO</u>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbın Tanımı .....	4
2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Tarihiçesi.....	5
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri ve Sınıflandırılması .....	7
2.3.1. Alternatif Medikal Sistemler .....	8
2.3.2. Zihin-Beden tıbbı .....	12
2.3.3. Biyolojik Temelli Yöntemler .....	15
2.3.4. Manipülatif ve Bedene Dayalı Yöntemler .....	20
2.3.5. Enerji Alanlarının Kullanımına Dayanan Yöntemler.....	23
2.3.6. Diğer Uygulamalar .....	25
2.4. Gebelerde ve Emziren Annelerde TAT Kullanımı .....	30
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>31</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	31
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	31
3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....	31
3.4. Verilerin toplanması .....	32
3.4.1. Hasta Bilgi ve Sosyodemografik Veri Formu .....	32
3.5. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler .....	33
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>34</b>
4.1. Gebe Grubuna Ait Bulguların İncelenmesi.....	34
4.2. Emziren Grubuna Ait Bulguların İncelenmesi .....	52
<b>5.TARTIŞMA</b> .....	<b>70</b>
5.1. Gebeler Arasında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı.....	70
5.2. Emziren Anneler Arasında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı .....	80
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>91</b>

7.KAYNAKLAR.....	93
8.TABLolar LİSTESİ .....	106
9.EKLER .....	108





## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>MÖ</b>	: Milattan Önce
<b>NCCAM</b>	: The National Center for Complementary and Alternative Medicine
<b>NIH</b>	: National Institute of Health
<b>NLP</b>	: Nöro-Linguistik Programlama
<b>PAF</b>	: Platelet aktive edici faktör
<b>TAT</b>	: Tamamlayıcı ve alternatif tıp
<b>UNESCO</b>	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

## 1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbı "Sağlığın korunmasında, fiziksel ve psikolojik hastalıkların önlenmesinde, teşhisinde veya tedavisinde kullanılan farklı kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan, açıklanabilen veya açıklanamayan uygulamaların toplamıdır" şeklinde tanımlamıştır. DSÖ aynı zamanda "Tamamlayıcı Tıp" veya "Alternatif Tıp" terimlerini " Geleneksel tıbbın bir parçası olmayan ve o ülkede kullanılan baskın sağlık sistemine tam olarak dahil olmayan geniş sağlık hizmeti uygulamalarıdır" şeklinde tanımlar. Geleneksel ve tamlayıcı tıp tanımı her iki tanımı birleştirir. Bazı ülkelerde bu terimler birbirlerinin yerlerine kullanılırlar (1).

Geleneksel ve alternatif tedavi uygulamaları çoğu toplumda uzun yıllardır bilinmekte ve kullanılmaktadır. Günümüzde ise ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekle beraber hemen her ülkede kullanım sıklığı gittikçe artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) kullanımı genellikle kolay erişilebilir olması ve ucuz olmasıyla ilişkilendirilir. Gelişmiş ülkelerin TAT kullanımının artmasının nedenleri arasında kimyasal ilaçların yan etkileri hakkındaki endişeler, modern yaklaşımın ve varsayımların sorgulanması sayılabilir. Son yıllarda yaşam süresinin uzamasıyla birlikte diyabetes mellitus, kanser, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Geleneksel tıp bu hastalıkların tedavisinde modern tıba göre daha yumuşak ve hastayı daha az rahatsız eden yöntemler sunduğu için hastalar tarafından daha çok tercih edilir hale gelmiştir (1)

Türkiye'ye bakıldığında sağlık hizmetlerinde konvansiyonel tıp, allopatik tıp da denilen modern tıp esas olmasına rağmen son yıllarda tüm dünyada kullanımı artmış olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları Türkiye'de de toplum tarafından ilgi duyulan ve kullanılan bir alan haline gelmiştir. Türkiye'de TAT kullanım sıklığı ile ilgili bölgesel çalışmalar mevcuttur. TAT kullanım sıklığı Eskişehir'de %60 (2), Kayseri'de %65,8 (3) olarak bulunmuştur. Türkiye'de kronik hastalıklı bireylerle yapılan bazı çalışmalarda; kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) veya astımı olan bireylerin TAT yöntemlerine başvurma oranı %86,3 (4), diyabeti olan bireylere uygulanan bir çalışmada kullanım oranı %41,8 (5), kronik böbrek hastalıklı bireylerle yapılan başka bir çalışmada kullanım yüzdesi %25,2 (6) olarak bulunmuştur. Tüm bu çalışmaların

ışığında dünyada olduğu gibi ülkemizde de TAT yöntemleri yaygın olarak kullanılmaktadır ve insanımız tarafından ilgi görmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi gebelerde ve emziren kadınlarda TAT kullanım prevalansının arttığına dair çalışmalar mevcuttur. Yirmi üç ülkenin dahil edildiği çok uluslu bir çalışmada gebelik döneminde bitkisel ilaç kullanma oranları Rusya'da %69, Avustralya'da %43,8 ve Polonya'da %49,8 olarak tespit edilmiştir (7). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ankete katılan kadınların %14,2'sinin gebelik, %13'ünün ise emzirme döneminde bitkisel ilaç kullanmaya başladığı bildirilmiştir (8). Türkiye'de gebelerin katılımıyla yapılan 2 çalışmada gebelerin TAT yöntemi kullanım oranları %41,1 ve %47,3 olarak bulunmuştur (9,10)

Gebelerin ve emziren kadınların TAT yöntemlerini kullanma nedenleri, motivasyonları ve TAT kullanımının gebelik, doğum ve doğumdan sonra emzirme üzerine etkisi ve bu dönemlerde kullanımının güvenliği hakkında sınırlı bilgiye sahibiz (11,12).Yapılan bazı nitel çalışmalar; kadınların kendilerini doğuma hazırlamak, rahatlamak, normal doğum şanslarını arttırmak ve kendi sağlıkları hakkındaki kararlar üzerinde kontrolü ellerinde tutmak amacıyla TAT yöntemlerine başvurduklarını belirtmişlerdir (13-14). Ulaşımının kolay olması, kullanmak için reçete gerektirmemesi, doğal ve zararsız olduğu şeklindeki algı kullanım nedenleri arasında olabilir (15). Konvansiyonel tıptan duyulan rahatsızlık, daha az girişimsel işlem barındırması, arkadaş ve ailelerinden gelen olumlu geri bildirimler TAT kullanım nedenleri arasında sayılabilir (16) Emziren anneler konvansiyonel ilaçların anne sütüne geçip bebeklerine zarar vereceği, anne sütünün miktarını ve kalitesini olumsuz etkileyeceği düşüncesiyle ilaç almaktan kaçınırlar (11). Bu nedenlerden dolayı emziren anneler TAT yöntemlerine yönelebilirler.

Gebeler ve emziren kadınlar kullandıkları TAT yöntemini sağlık çalışanlarından gizleme eğilimindedirler. Batı Avustralya'da yapılan ve emziren kadınlara uygulanan bir çalışma bitkisel ilaç kullanan katılımcıların sadece %28,6'sının bitkisel ilaç kullanma kararlarını doktorlarına açıkladıklarını bildirmiştir (11). Başka bir çalışmada TAT yöntemi kullanan gebelerin %62'sinin doktorlarını bilgilendirmedikleri tespit edilmiştir (17). Gebeler TAT kullanımlarını alay edilme korkusuyla ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları nedeniyle doktorlarına açıklamaktan kaçınabilirler (18,19). Bu durum hastanın alması gereken tedavide gecikmeye, kullanılan reçeteli ilacın etkisinin

baskılanmasına neden olabilir. Aynı zamanda bu gecikme anne ve bebeğinin sağılığını tehlikeye sokabilir (20).

Gebelik ve emzirme sırasında kullanılan TAT yöntemini kimin önerdiği konusunda araştırmalar kısıtlıdır ve bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Norveç'te yapılan bir çalışmada en sık bilgi kaynağı aile üyeleri ve arkadaşlar olarak bulunmuştur. Almanya'da yapılan başka bir çalışmada ise en sık başvuru bilgi kaynağının ise ebeler olduğu ortaya çıkmıştır (21-22). Gebelerin ve emziren kadınların bilgi almak için başvurdukları kişilerin belirlenmesi; tavsiye veren kişilerin eğitilmesine imkan tanır ve bu kişilerin verecekleri tavsiyelerde daha doğru bilgiler aktarmalarını sağlar ve sonuç olarak gebeler ve emziren kadınlar güvenli TAT yöntemlerini kullanarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumlardan kendilerini ve bebeklerini korumuş olurlar.

TAT yöntemlerinin kullanım sıklığındaki artışa rağmen gebe ve emziren kadınlar arasında bu yöntemlerin kullanımı ve güvenliği ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışma gebe ve emziren kadınların TAT kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri belirlemeyi ve bu yöntemlerin etkinliği ve yan etkileri hakkında fikir sahibi olmayı amaçlamaktadır. Çalışmada ayrıca gebe ve emziren kadınların TAT yöntemlerine karşı tutumları, kadınları alternatif tıba yönlendiren nedenler, en sık hangi semptomatik yakınmalar için TAT yöntemlerine başvurdukları, bilgi kaynakları ve TAT yöntemine ulaşım şekilleri incelenmiştir. Bu bilgiler gelecekteki araştırmalara veri sağlayacak ve gelecekteki araştırmaları yönlendirecektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbın Tanımı

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın; içerdiği tedavi yöntemlerinin çeşitlilik göstermesi ve uygulanan tedavilerin kültürden kültüre, bölgeden bölgeye farklılık göstermesi nedeniyle tanımının yapılması kolay değildir. Kullanılan yöntemleri ve bu yöntemlerin felsefesini anlayabilmek için bir çok tanım yapılmıştır ve bu alanda yapılan çalışmalar arttıkça tanımlar sürekli güncellenmektedir.

DSÖ geleneksel tıp tanımını şöyle yapmıştır: Sağlığın korunmasında, fiziksel ve psikolojik hastalıkların önlenmesinde, teşhisinde veya tedavisinde kullanılan farklı kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan, açıklanabilen veya açıklanamayan uygulamaların toplamıdır. DSÖ tamamlayıcı tıp ve alternatif tıbbı " Geleneksel tıbbın bir parçası olmayan ve o ülkede kullanılan baskın sağlık sistemine tam olarak dahil olmayan geniş sağlık hizmeti uygulamalarıdır" şeklinde tanımlar (1). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere DSÖ tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp için tek bir tanım yapmış ve ayırmamıştır. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO= United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) geleneksel tıbbı "güvenli, psikolojik, sosyal, iyilik halini içeren sağlık düzeyini geliştirme beklentisi" şeklinde tanımlamıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tıba ise " genel anlamda bir ülkede kullanılan sağlık hizmetlerine entegre olmayan ve geleneklerinin bir parçası olmayan bir grup sağlık hizmet uygulamasıdır" şeklinde bir tanım getirmiştir (23).

TAT uygulamalarının toplum tarafından kullanımının artması nedeniyle 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH= National Institute of Health), TAT konusunda araştırmalar yapmak, tavsiyelerde bulunmak, bu alandaki haberleri ve bilgileri yayınlamak, eğitim programları oluşturmak ve rehberlik etmek için Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal merkezi'ni (NCCAM= The National Center for Complementary and Alternative Medicine) kurmuştur. Bu merkezin yaptığı tanım en çok kabul gören tanım olmuştur. NCCAM'ye göre TAT tanımı; "henüz modern tıbbın bir parçası olarak kabul edilmemiş, tedavide ve sağlık bakımında kullanılan çeşitli tıbbi bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünler" şeklindedir (24). Bu uygulamalar ve ürünler çoğunlukla tıp fakültelerinin eğitim programlarında yer almayan, hastanelerde

uygulanmayan ve hastalıkların tedavisinde modern tıbbın kullandığı ilaçları, operasyonları ve diğer tıbbi prosedürleri kullanmayan yöntemlerdir.

Alternatif tedavi, bu uygulamaların modern tıp yöntemlerinin yerine tek başına kullanılmasıdır. Örneğin kanseri tedavi etmek için modern tıbbın tavsiye ettiği radyoterapi, kemoterapi veya kanserli hücrelerin operasyonla çıkarılmasının yerine, hastanın özel diyet uygulamalarını tercih ederek hastalığı tedavi etmeye çalışması. Tamamlayıcı tedavi ise bu uygulamaların modern tıp yöntemleriyle birlikte kullanılmasıdır. Tamamlayıcı tıba örnek olarak NCCAM; ameliyat sonrası bir hastanın ağrılarının azaltılması için aromaterapinin kullanılmasını göstermektedir (24). Tamamlayıcı tedavi ve alternatif tedavi tanımları farklı olsa da literatürde birlikte kullanılmasının sonucu olarak TAT terimi ortaya çıkmıştır.

## **2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Tarihçesi**

Geleneksel ve tamamlayıcı, alternatif tıbbın tarihçesi oldukça uzun bir geçmişe dayanmaktadır. TAT uygulamaları köken olarak Eski Çin'deki Qi gong'a ve Hindistan'da ortaya çıkan Ayurveda'ya dayanacak kadar eskidir (26). Bu uygulamalara benzer TAT yöntemlerini Kore, Japonya, Doğu ve Güney Asya eski çağlardan bu yana kullanmaktadır (27). Homeopati, osteopati, kayropratik gibi uygulamalar ise 19. yüzyılda TAT yöntemleri arasındaki yerini almıştır (26).

İklim ve tabiat koşulları, dini inanışlar toplumları şekillendiren en önemli faktörlerdir. Bu faktörler toplumların sağlık kültürlerini ve kullandıkları tedavi yöntemlerini de etkilemiştir. Kullanılan metotlar toplumdan topluma ve bölgeden bölgeye farklılık göstermiştir. Her toplum yaşadığı iklim özelliklerine bağlı olarak çevrelerinde daha çok yetişen bitki türlerini kullanma eğiliminde olacaktır. Aynı zamanda kullanılan yöntemler toplumların kültürlerine ve inançlarına uygun olduğu takdirde kabul edilebilirliği artacak ve ömürleri daha uzun olacaktır.

Tıp tarihinde çeşitli tedavi metotları var olmuştur. İlk çağlarda insanlar hastalanınca çözümü çevresindeki nesnelere, doğayı ve hayvanları gözlemlemekte aramışlardır. Zaman ilerleyip toplumlar göçebelikten yerleşik hayata geçtikten sonra sağlık problemleri ve bu problemlerin çözümü için gerekli olan tedavi metotları da değişikliğe uğramıştır. Ağrı, enfeksiyon, salgın gibi problemler baş göstermiş ve toplumlar bu problemlerin çözümü için deneme yanılma yöntemini kullanmışlardır. Büyüsel ve dini

ritüelleri bilhassa ağrının tedavi edilmesinde kullanmışlardır. Mısır ve Mezopotamya uygarlıkları bu tür tedavilere sıklıkla başvurmuştur. Sülük uygulaması, hacamat, kupa gibi yöntemler Mısır uygarlığı tarafından kullanılmıştır. Mezopotamya kalıntılarında yer alan bilgelere göre bu uygarlık muska hazırlama, bir şeyin kurban edilmesi gibi dini ritüelleri, bitkileri, hacamat gibi uygulamaları tedavide kullanmışlardır (25). İlkçağlarda; insanlar hastalıkların doğa üstü güçlerce kendilerine gönderildiğine inanmaktaydı. Bu güçlerin aynı zamanda kendilerini iyileştireceğine dair bir inanca sahiptiler. Antik Yunanistan toplumunda mitolojik tanrıların insanları kötülükten ve hastalıktan koruduğuna inanılıyordu (26).

Kuzey Irak'ta 1957-1961 yıllarında yapılan kazı çalışmalarında bulunan insan kemikleriyle beraber efedra, civanperçemi, kanarya otu, mor sümbül, gül hatmi, peygamber çiçeği gibi bitkilerin olduğu tespit edildi. Bu keşif bitki ve insanlar arasındaki ilişkiye ait ilk bilgi olarak kabul edilmiştir. Altmış bin yıllık olduğu düşünülen bu mezarın bir şamana ait olduğu ve bu bitkilerin; kişinin ölümden sonra tekrar hayata döndüğünde kullanması için konulduğu tahmin edilmektedir. Fakat bu bitkilerin neden konulduğuna ait bir kanıt bulunmamıştır. Kişi yeniden yaşama döndüğünde bu bitkileri besin olarak kullanması için mi veya herhangi bir hastalıkta kullanması için mi konulduğu net değildir (28).

Birçok medeniyet tedavi yöntemleri arasında bitkisel tedavilere yer vermiştir. Yunan tıp tarihinde önemli bir yer tutan Eskulap ve Hipokrat eserlerinde 400 bitki hakkında bilgi vermiştir. Eski Hint tıbbında önemli bir yer tutan Rig Veda ise yazdığı eserinde yaklaşık 1000 bitki türü hakkında bilgi vermiştir. İslam tarihinde de bitkilerin tedavi amacıyla kullanıldığını görmekteyiz. İbn-i Sina tarafından yazılan El-Kanun fi't-Tıbb adlı eserde 800'e yakın sağıltıcı bitkisel ve hayvansal ilacın tanıtımı ve kullanımına ait bilgilere yer verilmiştir. Ebu Reyhan da eserinde 20 adet bitkisel ilaçtan bahsetmiştir (29). Mısır, Roma medeniyetleri kötülüklerin uzaklaştırılması, insanları sakinleştirmek ve hastalara güç kazandırmak için müziği kullanmışlardır. Türk devletlerinden Selçuklular ve Osmanlılar da su sesini ve müziği tedavi amacıyla kullanmışlardır (30).

Günümüzde halen toplumların kültürel birikimlerinden gelen ve sahip olunan hastalığa iyi geldiği düşünülen binlerce bitki türü, bitki ekstreleri, muska, tılsım (nazar boncuğu), kaplıcalar, dini ritüeller gibi alternatif tıp yöntemleri sıklıkla kullanılmaktadır.

### 2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri ve Sınıflandırılması

Küresel ölçekte TAT kullanımını giderek artmaktadır. Çok fazla sayıda ve çeşitte TAT yöntemi bulunması nedeniyle araştırmacılar TAT yöntemlerinin sınıflandırılmasını önermişlerdir. Tüm TAT yöntemleri modern tıbbın sınırları dışında kalan uygulamalar olarak tanımlanmasına rağmen, bu yöntemlerin temellerinde, uygulanış biçimlerinde, felsefelerinde büyük farklılıklar vardır. Bundan dolayı bu uygulamaların incelenmesinin ve araştırılmasının daha kolay olması için sınıflandırılma ihtiyacı doğmuştur.

TAT uygulamalarının toplum tarafından kullanımının artması, bu uygulamalar üzerine yapılan araştırmaların eksik olması, etkilerinin tam olarak bilinmemesi nedeniyle 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), TAT konusunda araştırmalar yapmak ve yapılan araştırmalara finansal destek sağlamak, tavsiyelerde bulunmak, bu alandaki haberleri ve bilgileri yayınlamak, eğitim programları oluşturmak, bu uygulamaları kullanan hastalar ve sağlık çalışanlarına rehberlik etmek için NCCAM'yi kurmuştur. Bu merkez TAT yöntemlerini 5 ayrı başlık altında incelemiştir (24,31). Bu başlıklar ve içerdikleri yöntemler şu şekildedir;

#### 1- Alternatif medikal sistemler

a-Akupunktur

b-Homeopati

c-Ayuverdik tıp

d-Naturopati

e-Geleneksel Çin tıbbı

#### 2-Zihin-Beden tıbbı

a-Zihin beden yöntemleri (Yoga, hipnoz)

b-Dinsel ve spirituel iyileşme

c-Sanat terapisi

d-Nöro-Linguistik Programlama

#### 3-Biyolojik temelli yöntemler



a-Bitkiler ile tedavi

b-Özel diyet tedavisi ve gıda takviyeleri

c-Aromaterapi

d-Apiterapi

4-Manipülatif ve bedene dayalı yöntemler

a-Kayropraksi

b-Osteopati

c-Refleksoloji

d- Masaj terapisi

e-Hidroterapi

5-Enerji alanlarının kullanımına dayanan yöntemler

a-Biyoalan terapileri (Reiki, Qi Gong)

b-Biyoelektromanyetik temelli terapiler (Biyorezonans terapisi)

### 2.3.1. Alternatif Medikal Sistemler

#### Akupunktur

Dünyanın en eski tedavilerinden olan Akupunktur binlerce yıldır başta Çin, Japonya gibi Asya ülkeleri olmak üzere birçok ülkede çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır. Akupunktur'un kelime anlamına bakıldığında iğnelemek, iğne batırmak anlamlarına geldiği görülür. Latince "acus" iğne anlamına, "punctura" ise delmek, batırmak anlamına gelir. Geleneksel Çin tıbbında insan tüm evrenin ve yaşayan enerjinin bir parçası olarak kabul edilir. Aynı zamanda tüm evrendeki yaşam enerjisinin insan vücudunun içinde de olduğuna ve insan vücudunun içinde dolaştığına inanılır. Bu dolaşımın meridyen adı verilen enerji kanalları üzerinden olduğu kabul edilir. İşte bu meridyenlerde meydana gelen bir tıkanıklık enerji akışını kesintiye uğratacak ve bunun sonucunda insan vücudunda çeşitli hastalıklar baş gösterecektir. Akupunktur enerji akışında meydana gelen kesintileri gidererek hastalıkları ortadan kaldırmayı amaçlar.

Çin, Japonya gibi Asya ülkelerinde akupunkturun binlerce yıldır kullanıldığı bilinmektedir. Çin'de yapılan bazı kazılarda akupunktur uygulamalarına ait 5000 yıllık iğneler bulunmuştur. Uzak doğu ülkelerinde uzun bir tarihi geçmişi olan akupunkturun Avrupa'da kullanılması 17. yüzyılı bulmuştur. Avrupa'daki asıl gelişmeler ise 20. yüzyılda olmuştur. Şu an akupunktur birçok ülke tarafından kabul edilmiştir. Bazı ülkelerde sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir. Halen bazı Asya ülkelerinde, bazı hastalıkların tedavisinde konvansiyonel tıbbi metotlardan önce uygulanmaktadır. DSÖ 1979 yılında yararlı olabileceği hastalıklar hakkında bilgi vermiş ve bilimsel bir metot olarak akupunkturu kabul etmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 1991 yılında akupunktur yönetmeliğini yayınlamıştır. Bu yönetmelikle akupunktur resmi olarak kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığının 2014 yılında yayınladığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama Yönetmeliği'nde akupunkturun kimler tarafından uygulanabileceği ve endikasyonları belirlenmiştir.

İnsan vücudu kendisinde meydana gelen herhangi bir dengesizliği, hastalığı, enfeksiyonu sürekli gidermeye çalışır. Akupunktura göre bu onarımı harekete geçirmek için belli noktalara belli şiddette ve belli yöntemler kullanılarak uyarı vermek gerekir. Bu uyarılar sonucunda meridyenler üzerinde meydana gelen tıkanıklıklar ortadan kalkacak, vücut kendini tekrar onaracak ve sonuç olarak hastalık ortadan kalkacaktır. Bu uyarım noktalarına "Akupunktur noktaları" denilmektedir. Farklı hastalıklar için farklı noktalar uyarılmalıdır. Bu noktaların birçoğu kasların tetik ve motor noktalarıyla aynıdır. Akupunkturda iğneler cilt ve cilt altına uygulanır.

Geleneksel Çin tıbbına göre insan vücudunda bulunan meridyenler vücuttaki organlara karşılık gelir. Çin tıbbının tanımladığı organların isimleri modern tıptaki organ isimlerine benzer, fakat fizyolojileri ve anatomileri tamamen aynı değildir. İnsan vücudunda geleneksel Çin tıbbının tanımladığı organlara karşılık gelen 12 ana meridyen ve 8 tane ekstra meridyen bulunmaktadır. Bunlara karşılık gelen organlar ise idrar torbası, safra kesesi, mide, perikard, kalp, ince bağırsak, kalın bağırsak, akciğer, karaciğer, böbrek, dalak ve üçlü ısıtıcıdır ve bu organların tümü birbirleriyle bağlantılıdır.

Akupunktur uygulamalarında sadece iğne kullanılmaz. Akupunktur noktalarına lazer, ısı, basınç veya elektrik akımıyla da uyarı verilip istenilen etki yakalanmaya çalışılır. Lazer, elektrik gibi uygulamalar teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan

yöntemlerdir. İğne ile akupunktur, elektro akupunktur, intra dermal iğne yerleştirilmesi akupunkturun invaziv yöntemleridir. Akupunktur uygulamalarında daha çok çelik, altın veya gümüş iğneler kullanılmaktadır. Noninvaziv metotlar ise lazer ile uyarı verilmesi, transkutanöz elektrik uygulaması, basınç uygulanması şeklindedir (32).

Akupunkturun sedasyon yapıcı, analjezik, immün sistemi düzenleyici etkilerinin olduğu ileri sürülmektedir. Akupunkturun olası etki mekanizmasına bakıldığında akupunktur noktalarına herhangi bir yolla bir uyarı verildikten sonra bu uyarılar sinir sistemiyle beyine iletilir. Beyine ulaşan bu uyarılar beyinde bazı refleks mekanizmalarını tetikler ve bu uyarılar organlara ulaştırılıp, organlardaki enerji dengeleri sağlanır ve istenilen etki ortaya çıkmış olur. Başka bir mekanizma ise verilen uyarılar sonucunda sinir sisteminin çeşitli kısımlarında endorfin salınımının artmasıdır.

Ağrı tedavisinde, depresyonda, sigara bırakılmasında ve birçok hastalıkta akupunkturun kullanıldığı bilinmektedir. DSÖ kronik ağrı tedavisinde akupunkturun yaygın olarak kullanıldığını belirtmiştir. NCCAM herhangi bir hastalıkta öncelikle konvansiyonel tıbbın kullanılması gerektiğine dikkat çeker. Akupunktur uygulamalarının hastalara tavsiye edilmesi hususunda halen bir standardın ve fikir birliğinin oluşmadığını bildirir. Ayrıca bu merkez bel-boyun ağrıları, kronik baş ağrısı, diz ağrısı gibi kronik ağrı tedavisinde akupunkturun faydalı olabileceğini fakat diğer sağlık sorunlarında akupunktur kullanımı hakkında yeterince kanıtın bulunmadığını belirtir (33,34). DSÖ'ye göre akupunkturun tercih edilme nedenleri arasında kimyasal ilaçların yan etkisinden uzak durmak, konvansiyonel tıba göre güvenli olduğuna dair oluşan algı ve toksik olmaması gösterilebilir (34).

Akupunkturun yan etkilerinin sıklığı, ciddiyeti ve yan etkilerinin neler olduğu hakkında bildirim düşük olması sebebiyle yeterince bilgi sahibi değiliz. Akupunktur uygulanan noktaların anatomik yerleşimine göre, yaralanma riski değişebilmektedir. Bazı noktalar yaralanma potansiyeli açısından çok riskli iken, bazı noktaların riski yok denecek kadar azdır. Göğüs ve karın üzerine uygulanacak akupunktur, uygulayıcının tecrübesine bağlı olarak potansiyel olarak organ ve damar yaralanması riski taşımaktadır. Akupunktur uygulaması sırasında plevra hasarı oluşabilir ve hastada pnömotoraks gelişebilir. Ayrıca sinir sistemine yakın noktalara uygulanan yanlış bir işlem sinir hasarına yol açabilir. İnvaziv bir işlem olması sebebiyle bulaşıcı hastalık riski de göz ardı edilmemelidir. Doğabilecek ciddi sonuçlar nedeniyle genital bölgelere,

göz küresine, umblikusa, meme başlarına ve fontanellere akupunkturun uygulanmaması gerektiği DSÖ tarafından bildirilmiştir (35).

## **Homeopati**

Homeopati hastayı bir bütün olarak ele alır. Kelime olarak benzer anlamına gelen homoion ve acımak, acı çekmek anlamına gelen pathos kelimelerinin birleşmesiyle ortaya çıkmıştır. Homeopatinin temel felsefesi potansiyalize edilmiş ilaçların hastanın doğal kapasitesini ve immün sistemini uyarmak amacıyla hastaya verilmesidir. Bu sistem Alman hekim Samuel Hahnemann tarafından geliştirilmiştir. Bu sistem benzerin benzerle tedavi edileceğini savunur. Buna göre sağlıklı bir bireyde bir madde hastalık oluşturuyorsa , aynı madde hastalıklı bir bireyde hastalığın ortadan kalkmasını sağlayabilir. Homeopatiye göre tüm hastalıklar insanın içindeki uyumsuzlıklardan kaynaklanır. Hastaya verilen ilaçlar çok düşük dozda olduğu için yan etki görülme olasılığı azdır. Görülen yan etkiler az olduğu için hastalar tarafından sık başvurulan bir metot olmuştur (36).

Homeopatide hastaya verilecek ilaçlar "potansiyalizasyon" denilen bir yöntemle elde edilir. Bu yöntemde ilaçlar ileri derecede dilüe edilirler ve mekanik olarak çalkalama işlemine tabi tutulurlar. Homeopatiye göre bu işlemler ne kadar çok tekrar edilirse ilaç bir o kadar kaliteli ve etkili olur. Elde edilen ilaçlar belli aralıklarla tek doz halinde hastaya verilir. Bu ilaçların etki mekanizmaları konvansiyonel tıpta kullanılan ilaçların etkilerine benzemez. Çok düşük dozlarda olduğu için doz aşımı olmaz, dolayısıyla toksisite ve yan etkiler görülmez.

## **Ayurveda**

Ayurveda çok eski zamanlardan beri uygulanan bir alternatif tıp yöntemidir. Köken olarak Hindistan'a dayanan bu yöntem Hindistan'da yaklaşık 3000 yıldır uygulanmaktadır. Bu sisteme göre hastalıklar, insanın fiziksel ve ruhsal durumundaki dengesizlikler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu dengesizliklerin ortadan kaldırılması kişiyi hastalıklara karşı daha dirençli hale getirecek ve hastalıkların ortaya çıkışı engellenmiş olacaktır. Çeşitli bitkisel tedaviler, yaşam tarzının değiştirilmesi, diyetin değiştirilmesi ve bazı özel yöntemlerle insan vücudunun hastalıklara karşı daha dirençli olacağına inanılmaktadır. Bu sistemdeki uygulamalar kişiye özel olarak geliştirilir (37).

## **Naturopati**

Natural tıp, Naturopatik tıp gibi isimlendirmeleri de olan naturopati, insan bedenini doğanın bir parçası kabul eder. Doğanın kendi kendini iyileştirici gücünün insan vücudunda da olduğunu savunur. Bu yöntem insanı bir bütün olarak ele alır ve hastalıkların belirtilerinden çok hastalığın nedenini tedavi etmeye çalışır.

Naturopatiye göre hastalıkların kaynağı insanın kendi doğasından uzaklaşmasıdır. Doğal olan yiyecekler yerine hazır gıdaların tercih edilmesi, insan doğasında yer alan uyku saatlerine uyulmaması, yetersiz uyku, insanı yoran ve negatif etkileyen düşünceler gibi etkenlerin hastalıklardan sorumlu olduğunu savunur. Bu etkenleri düzelterip hastalığı ortadan kaldırmaya çalışır. Naturopati uygulamaları insanın kendi doğal iyileşme sürecini bozmadığı sürece herhangi bir doğal yöntem olabilir. Masaj, bitkilerle tedavi, diyet düzenlenmesi, homeopati, masaj terapisi gibi yöntemler naturopatide kullanılırlar (38).

## **Geleneksel Çin Tıbbı**

Günümüzden yaklaşık 3000 yıl öncesine dayanan geleneksel Çin tıbbı halen Uzak Doğu ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Çin'deki sağlık sisteminin %40'ını bu sistem oluşturmaktadır. Kullanılan bitkisel ilaçların %80'inin bu sistem kaynaklı olduğu düşünülmektedir (39).

Bu sisteme göre insanda meydana gelen hastalıklar, insan bedenindeki uyumsuzluklar veya insan bedeni ile çevresi arasındaki uyumsuzluklardan kaynaklanır. Çin tıbbı doğanın asıl enerji kaynağını *Qi* olarak adlandırmaktadır. *Qi* enerjisinin insan vücudunda da olduğunu ve herhangi bir sebeple bir uyumsuzluk meydana geldiği takdirde hastalıkların oluştuğunu kabul eder. Bitkisel ilaçlar, akupunktur, tai chi sık kullanılan yöntemler arasındadır (39).

### **2.3.2. Zihin-Beden tıbbı**

Yoga

Bu sistem Hindistan temelli olup yaklaşık 8000 yıllık bir geçmişe sahiptir. Kelime olarak birleşmek, bütünleşmek, kaynaşmak anlamlarına gelmektedir. Yogada temel

amaç kişiyi fiziksel, zihinsel, emosyonel ve ruhsal açılardan iyilik haline kavuşturmaktır. İnsanı bir bütün kabul eder. Kişinin belli bir pozisyonda belirlenen sürelerde durduğu, istemli nefes kontrolünün yapıldığı, belli düşüncelere yoğunlaşmanın olduğu tekniklerden oluşmaktadır. Yoga; postürün düzeltilmesine, vücuda esneklik kazandırmaya, kasların güçlenmesine, daha düzenli nefes almaya ve uygulayan kişilerin enerjilerini arttırmaya yardım eder (40).

Yoganın stresi azalttığı, uyku problemlerine iyi geldiği ve vücudun esnekliğini arttırdığı düşünülmektedir. Kişinin mutlu hissetmesine, olumlu düşünceler üretmesine katkıda bulunur. Aynı zamanda uygulayan kişiye doğru nefes tekniklerini öğretir (40).

### **Hipnoz**

Hipnoz; çeşitli bazı yardımcı nesnelere ve özel teknikler kullanılarak hastanın, uygulayıcının yönlendirmelerine ve telkinlerine açık hale geldiği durumdur. Latince hipnoz uykuya anlamına gelse de aslında bir uyku değildir, uyku ile uyanıklık arası bir durumdur. Bedenin uyuma, bilincin ise uyanık olduğu durum olarak tarif edilmektedir. Hipnoterapi ise hipnoz vasıtasıyla kişinin tedavi edilmesidir.

Hipnoz sırasında kişi ışık, ses gibi dış uyaranlara kayıtsız kalır ve sadece kendisini hipnotize edenin telkinlerine cevap verir ve bu telkinleri kendi isteğiyle uygular. Eğer bu telkinler hastanın kültürüyle ve değerleriyle çelişirse hasta bu telkinlere uymayacaktır. Hipnoz ile hasta, yabancı birinin iç dünyasına girmesine izin verir.

Hipnoz, çeşitli endikasyonlarla tek başına veya kullanılan konvansiyonel tedaviyi desteklemek amacıyla kullanılmaktadır. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü hipnozu kronik ağrıların tedavisi için kabul etmiştir. Bu kurumun yayınladığı bir raporda kanser hastalarındaki ağrıyı azalttığı belirtilmiştir. Tansiyon kontrolünde, ağrı kontrolünde, bazı psikiyatrik yakınmalarda hipnozun yararlı olabileceği belirtilmiştir (41).

### **Sanat Terapisi**

Bu tedavi yöntemi ruhsal ve fiziksel sorunları olan hastalarda, hastaların yaratıcılıklarını ortaya çıkararak ve hastaların hayal dünyalarını bir araç olarak kullanarak var olan sorunları tedavi etmeye çalışır. Müzik, resim, dans, tiyatro gibi herhangi bir sanat dalının insanda oluşturduğu etkiler kullanılabilir. Ruhsal problemleri olan hastaların problemlerinin çözüme kavuşturulmasında, kendine güvenin

arttırılmasında ve bilinçaltında yatan, baskılanmış duyguların ortaya çıkarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Ana amaç kişide yaratıcı fikirler ve eylemler yaratarak hastaların stres, anksiyete, korku gibi ruhsal problemlerle başa çıkmalarını kolaylaştırmak ve kişide bağımsızlık duygularını geliştirmektir. Bu yöntemin beyindeki nörotransmitter düzeylerinde değişikliğe neden olarak etki ettiği düşünülmektedir. Bu yöntem madde bağımlılığında, yeme bozukluklarında ve kronik ağrılarda hastaların dikkatini dağıtıp dikkati başka yöne çekmek amaçlarıyla tedavide kullanılmaktadır (41).

Sanat terapisi yöntemlerinden olan müzik terapisinde; müzikal seslerin hasta tarafından alınıp beyinde işlenmesi ve sonuç olarak ruhsal, fiziksel, duygusal tepkilerin oluşturulması amaçlanmaktadır. Bunun sonucunda hasta kendini fiziksel ve ruhsal açıdan bir bütün olarak hisseder ve bu bütünlük duygusunun hastalıkların tedavisine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Kronik hastalıklarda, kanser hastalarındaki bulantı, kusma ve ağrı gibi semptomların hafifletilmesinde, kaygı ve kişilik bozukluklarında, inme geçiren hastaların rehabilitasyon süreçlerine destek olmak gibi çeşitli nedenlerle müzik terapisi kullanılmaktadır (42).

Müzik terapisi gibi dans tedavisi de stres, anksiyete ve kronik ağrı tedavilerinde denenmektedir. Dans etmek ile beyin ve kas koordinasyonu gelişecek ve hastada bir iyilik hali ortaya çıkacaktır. Hastada meydana gelen bu iyilik hali hastalıklarla mücadeleye yardımcı olacaktır. Aynı zamanda dans etmek postürde düzelmeyi sağlayacak ve kişinin kendine güvenini arttıracaktır (41).

### **Dinsel ve Spirituel İyileşme**

Tarih boyunca insanlar kendilerinden daha yüce bir varlığa, daha yüce bir güce inanma ve ibadet etme ihtiyacı içinde olmuşlardır. İnsanlar, kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmanın hayatlarının anlamını daha iyi kavrayabilmelerine olanak sağlayacağını düşünmüşlerdir. Bu sebeplerle insanlar dua, ibadet, çeşitli dinsel ritüellere başvurmuşlardır (43).

Dua kelime olarak Arapça kökenlidir ve yakarış, yalvarma, iç dökme gibi anlamları vardır. Dua ile insanlar içinde buldukları sıkıntıdan, hastalıktan kurtuluş yolu aramışlardır. Dua etmekle insanda rahatlamanın olduğu ve bu rahatlamanın çeşitli hastalıklara iyi geldiği düşünülmektedir. Bazı kaynaklarca dua bir meditasyon yöntemi olarak kabul edilmiştir. Meditasyon ile kalp ve solunum hızında azalma, tansiyonda

düşme, beyin ve vücut aktivitelerinde azalma meydana gelir. Sonuç olarak kişi daha rahat bir duruma geçmiş olacaktır (44).

### **Nöro-Linguistik Programlama(NLP)**

NLP kökenini psikoterapiden alır. Başarılı davranışlar ortaya çıkarmak için dilin etkili kullanılmasını sağlayarak belirlenen hedeflere ulaşabilmek için sinir sisteminin organize etmemize olanak sağlar. Bu sistem kişilerin psikolojik yanıtlarının, düşünce ve davranışlarının bilinç dışı nasıl işlediğini öğrenip, bu işleyişi tekrar programlayarak hastalıkları tedavi etmeyi amaçlar. Nöro; duyu organlarımızla dış dünyayı algıladığımız süreçleri ifade eder. Linguistik; dilimizi kullanma ve kendimizi ifade etme yeteneğimize karşılık gelir. Programlama ise belirlenen hedeflere ulaşmak için düşüncelerin, iletişimin yeniden düzenlenmesidir (45).

NLP konversiyon bozukluğu, sosyal fobi, ağrı bozuklukları, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, depresyon, panik bozukluk, somatoform bozukluk gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (45).

### **2.3.3. Biyolojik Temelli Yöntemler**

#### **Bitkiler ile Tedavi (Fitoterapi)**

Fitoterapi bitkilerin herhangi bir hastalıkta hastalığı tedavi etmek veya kullanılan mevcut tedaviyi desteklemek amacıyla kullanılmasıdır. Fitoterapi terimini ilk defa Fransız hekim Henri Leclerc kullanmıştır. Bitkilerle tedavi tüm toplumlarca insanlık tarihinden bu yana kullanılmaktadır. Halen dünyada en sık kullanılan alternatif tıp yöntemleri arasında yer almaktadır. Köken olarak Çin ve Hindistan'a dayanan bu yöntemin, batıda alternatif tıp yöntemi olarak kabul edilmesi daha sonraki yılları bulmuştur. Toplumların fitoterapi uygulamaları iklim koşullarının farklılık göstermesi ve kültürel farklılıklar nedenleriyle bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir (41,46).

DSÖ az gelişmiş ve gelişmekte olan ülke nüfuslarının %80'inin sağlık gereksinimlerinde bitkisel tedavilere başvurduklarını belirtmiştir (46). DSÖ'nün yayınladığı başka bir rapora göre bitkisel ürün kullanan ve bunun ticaretinin yapan ülkelerde yasaların yetersiz olduğu, denetiminin yapılmadığı, bitkisel ürünlerin etkinliği



ve yan etkileri ile ilgili yeterli araştırmanın yapılmadığı belirtilmiştir. Bu durumun bitkisel ürünleri bilinçsizce kullanan kişiler için bir tehdit oluşturulacağı bildirilmiştir (47).

Halk arasında bitkiler ve bitkisel ürünlerin doğal olduğuna ve bunları kullanmanın güvenli olduğuna dair bir algı vardır. Fakat bitkiler potansiyel olarak kullanılan bir kimyasal ilaçla veya kullanılan başka bir bitkiyle etkileşime girebilir. Bunun sonucunda kullanılan kimyasal ilacın etkisi azalabilir, artabilir veya istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir. Bu bitkilerden bazılarının etkileri ve yan etkileri şu şekilde sıralanabilir (48,49,50,51);

Sarımsak (*Allium silva*): Gebe kadınlar arasında da sık kullanılan bitkilerden olan sarımsağın makrofajların fonksiyonlarını arttırıp enfeksiyonlara karşı etkili olduğu söylenmektedir. Aynı zamanda serbest radikallerin oluşumunu engelleyip radyasyondan koruduğu, kan şekeri ve kan basıncında düşmeye neden olduğu ileri sürülmektedir. Gebelik sırasında kullanımının preeklampsi riskini azalttığı da söylenmektedir. Yan etki olarak trombosit fonksiyonlarında değişikliğe neden olarak kanama problemlerine neden olabilir. CYP3A4 enzimini indüklediğinden kemoterapide kullanılan bazı ilaçların etkinliğini azaltır.

Zencefil (*Zingiber Officinale*): Gebeler arasında bulantı ve kusma tedavisinde sık kullanılan bitkiler arasındadır. Bu etkisini anti-kolinergik ve anti-histaminik etkilerle ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Yan etki olarak platelet agregasyonu inhibisyonu sonucu kanamaya, spontan abortuslara, ve aynı zamanda mide asit salgısında artışa neden olduğu belirtilmektedir.

Ekinezya (*Echinacea angustifolia, Echinacea purpurea*): Dünyada ve gebeler arasında sık kullanılan bu bitkinin antiinflamatuvar, antibakteriyel, antiviral etkilerinin olduğu ve immün sistemi uyarıp güçlendirdiği düşünülmektedir. Bundan dolayı soğuk algınlığı, grip, alt ve üst solunum yolu enfeksiyonları gibi hastalıklarda kullanılmaktadır.

Isırgan otu (*Urtica urens*): Bu bitki en sık yenerek ve kaynatılıp çay yapılması şeklinde kullanılmaktadır. Anti-oksidan etkilerinin olduğu, sitokin inhibisyonu ile antiinflamatuvar etki gösterdiği belirtilmiştir. Yan etki olarak alerjik reaksiyonlara, jinekomastiye, galaktoreye, varfarin inhibisyonu ile kanama ve pıhtılaşma problemlerine, kan şekerinde düşmeye neden olabilmektedir.

Sarı kantaron (*Hypericum perforatum*): Bu bitkinin spazm çözücü, antidepresif ve anti mikrobiyal etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Bu etkilerine ek olarak

mitokondriyal fonksiyonlarda bozukluklara neden olup sitotoksik etki ile antineoplastik etki gösterdiği ileri sürülmektedir. Alerjik reaksiyonlara, içerdiği bazı kimyasallar nedeniyle bazı hassas ciltlerde fotosensivite benzeri reaksiyonlara, psikoz benzeri psikiyatrik problemlere, GİS (Gastrointestinal Sistem) problemlerine neden olabilir.

Papatya (*Matricaria chamomilla*): Genellikle rahatlamak için kullanılan bir bitkidir. Gebelerde preterm eyleme ve düşük tehdidine neden olabilir, uterus kontraksiyonlarını indükleyebilir ve içerdiği kumarin nedeniyle antikoagülan etki gösterebilir.

Nane (*Mentha piperita*):GİS bozukluklarında, soğuk algınlığında, kas ağrılarında bu bitkinin kullanıldığı belirtilmiştir. Gebelikte bu semptomların sık görülmesinden ötürü gebeler arasında sık kullanılmaktadır. Zencefil ile birlikte gebelik bulantı ve kusmasında kullanılmaktadır. Ayrıca emziren anneler kimyasalların yan etkilerinden kaçınmak için tercih edebilmektedirler. Fazla kullanımında gebeliğin erken dönemlerinde uterin kanamalara neden olabilmektedir.

Ginseng: Amerikan (*Panax quinquefolius*) ve Asya (*Panax ginseng*) olmak üzere 2 çeşidi vardır. Dünyada genellikle kanser, diyabet, uykusuzluk, yorgunluk, unutkanlık, konfüzyon ve libido azalması gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Gebelik sırasında fizyolojinin değişmesi gibi çeşitli nedenlerle yorgunluk sık karşılaşılan bir durumdur. Bundan dolayı gebeler arasında ginseng kullanımı artmıştır. Gebelik sırasında ginseng kullanımı fetal androjenizasyona ve teratojeniteye neden olabilir. Aynı zamanda ginsengin bazı kanser türlerinde hücre döngüsüne etki ederek kanserli hücrelerin çoğalmasını engellediği, kanser tedavisi sonucu ortaya çıkan yan etkileri azalttığı düşünülmektedir. Yan etki olarak warfarin, anksiyolitikler, antihipertansifler, antidepresanlar ve antiöstrojenik ilaçlar ile etkileşime girerek bu ilaçların etkinliğinde azalmalara neden olduğu yapılan bazı çalışmalarda belirtilmektedir (52). Aynı zamanda vajinal kanama, kan şekerinde düşme ve uykusuzluk gibi problemlere sebep olabilmektedir.

Meyan kökü (*Glycyrrhiza glabra*): Karaciğer hastalıklarında, bronşit gibi akciğer hastalıklarında, dispepsi gibi GİS problemlerinde kullanılmaktadır. Gebelik döneminde bu bitkinin kullanımı ölü doğuma neden olabilir ve içerdiği bazı maddeler nedeniyle fetal, plasental kortizol düzeylerinde değişikliğe neden olup fetal kognitif fonksiyonların gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca hipopotasemiye, hipertansiyona ve sıvı retansiyonu ile pulmoner ödeme neden olabilmektedir.

Badem yağı: Gebelikte görülen karın çatlaklarını önlemek amacıyla bu dönemde sık kullanılmaktadır. Prostaglandin sentezini arttırıp uterus kontraksiyonlarını arttırabileceği ve sonuç olarak preterm eyleme neden olabileceği belirtilmektedir.

Keten tohumu (*Linum Usitatissimum*): Kabızlık, hiperlipidemi, hipertansiyon, meme kanseri, koroner arter hastalığı gibi hastalıklarda kullanıldığı belirtilmektedir.

Yeşil Çay (*Camellia Sinensis*): Toplandıktan sonra oksijenle tepkimeye girmesine izin verilmeden kurutulan ve tüketilen bir bitki türüdür. Kan şekeri, kolesterol ve kan basıncı seviyelerinin düzenlenmesine katkıda bulunur. Aynı zamanda vücudun metabolik hızında artmaya neden olur ve kişilerin daha enerjik hissetmelerine neden olur. Bundan dolayı gebeler tarafından sık tercih edilmektedir. Anti oksidan etkilerinin olduğu, vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) inhibisyonu yaparak meme kanseri başta olmak üzere bazı kanser türlerinde iyileştirici etkisinin olduğu düşünülmektedir. Yan etki olarak fetüsün gelişimi için gerekli olan folik asit ile etkileşime girip bu ilacın etkinliğinde düşmeye neden olabilmektedir.

Çemen otu (*Trigonella foenum-graecum*): İçerdiği oksitosin nedeniyle emziren kadınlarda süt üretimini arttırdığı düşünülmektedir. Yan etki olarak gebelerde uterin kontraksiyonları başlatabilir. Aynı zamanda kan şekerinde düşmelere neden olur.

Ginkgo biloba: Alerjik reaksiyonlar, PAF (Platelet aktive edici faktör) fonksiyonlarında değişiklik sonucunda kanama problemlerine neden olabilir.

Yukarda belirtilen bitkiler dışında kedi otu (*Polemonium*) kardiyak problemlere, ökse otu (*viscum album*) alerjik reaksiyonlara ve karaciğer toksisitesine, kırlangıç otu (*chelidonium majus*) akut hepatite, kurtboğan (*aconitum*) kardiyo ve nöro toksisiteye neden olabilmektedir.

### **Özel Diyet Tedavisi ve Gıda Takviyesi**

Vücuda alınan besinlerin hastalıkları tedavi ettiği ve bu besinlerin bazı hastalıklarla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Hastalıklardan korunmak için özel diyetlerin uygulanması sık başvurulan bir yöntemdir. Bundan dolayı besinlerin aktif maddelerinin konsantre edildiği preparatlar popülerlik kazanmıştır. Bu preparatlar vitamin, mineral, amino asit ve omega 3 gibi ürünlerdir. Gut hastalarında proteinden fakir diyetin kullanılması, romatoid artritli hastalarda hayvansal gıdalardan fakir diyetin kullanılması, bazı hastalıkları önlemek için antioksidan etkili besinlerin fazla tüketilmesi, kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için özel Akdeniz diyetlerinin

tercih edilmesi, GİS enfeksiyonlarını önlemek ve bağışıklık sistemini uyarmak için probiyotiklerin kullanılması gibi uygulamalar özel diyet tedavisine örnek gösterilebilir (53).

### **Aromaterapi**

Fitoterapi uygulamaları arasında yer alan aromaterapi, bitki köklerinden, meyvelerinden veya yapraklarından buhar veya damıtma yoluyla elde edilen yağların çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmasıdır. Aromaterapi genellikle semptomatik tedavide kullanılır. Elde edilen yağlar transdermal, inhaler ve oral yollarla kullanılabilir. Deri uygulamaları istenilen etkiyi arttırmak için masaj ile uygulanır. Deri gibi geniş bir yüzeye uygulanan yağlar önce emilir ve cilt altı yağ dokusuna bağlanır. Daha sonra molekül yapısının küçük olmasından dolayı bu yağlar kan-beyin bariyerini geçerek kişide istenilen etkiyi ortaya çıkarır (54).

Aromaterapide kullanılan yağların antiseptik ve antispazmotik özellikte olduğu, sedasyon yaptığı ve antiinflamatuvar ve analjezik etkilerinin olduğu ileri sürülmektedir. Bu etkilerinden dolayı aromaterapi çeşitli hastalıklarda görülen ağrıyı, yorgunluğu, anksiyete ve depresyonu tedavi etmek için ve hastaların fiziksel fonksiyonlarında iyileşme sağlamak için tercih edilmektedir (54).

### **Apiterapi**

Arı sütü, arı venomu, propolis, bal mumu gibi bal arısı kaynaklı ürünlerin hastalıkların tedavi edilmesinde ve hastalıklardan korunmak için kullanılması apiterapi olarak adlandırılmaktadır. Bu uygulamalar dünyada giderek gelişim göstermektedir. Mısır, Roma ve Çin kökenli olduğu düşünülmektedir. Arılardan elde edilen bu ürünler lokal veya oral olarak uygulanabilmektedir. Apiterapi immün sistemi desteklemek, yara iyileşmesini hızlandırmak, öksürük ve ağrıyı tedavi etmek gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Bu yöntemin, konusunda eğitim almış profesyonel kişilerce uygulanması ve uygulamaların doktor gözetiminde yapılması çok önemlidir. Herhangi bir yanlış uygulama anafilaksi gibi ciddi sonuçlara neden olabilir (55,56).

Bal antimikrobiyal ve antioksidan etkilere sahip bir besin maddesidir. Bu özelliklerinden dolayı uzun süre bozulmadan kalabilir ve besin koruyucusu olarak kullanılabilir. Balın yapısında bulunan glukoz oksidaz enzimiyle hidrojen peroksit

üretir ve bu madde balın antimikrobiyal özellik kazanmasını sağlar. Bal aynı zamanda vücuda alındığı zaman prostaglandin miktarını düşürerek antimikrobiyal ve probiyotik etki gösterir. Yara iyileşmesinde, mide ve bağırsak problemlerinde, yanık iyileşmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (56,57).

Apiterapinin başka bir uygulama şekli arı venomudur. Arı zehri direk olarak cilt ve cilt altına enjekte edilebileceği gibi krem ve kapsül olarak kullanılabilir. Arı sokması taklit edilip arı venomu cilt altına verildiğinde akupunktura benzer bir etkiyle vücutta endorfin miktarında artma meydana gelir. Genellikle analjezik etkisinden yararlanılıp romatizmal hastalıklarda kullanılmaktadır (56).

#### **2.3.4. Manipülatif ve Bedene Dayalı Yöntemler**

##### **Kayropraksi (Şiropraksi)**

Kelime anlamı olarak el ile yapılan, el ile uygulanan anlamlarına gelen kayropraksi; kas, iskelet sistemi ve omurgada oluşan problemlere yönelik itme, çekme, düzeltme gibi çeşitli manipülasyon tekniklerinin kullanıldığı bir uygulamadır. Temel amacı eklemlerde meydana gelen fonksiyon bozukluklarına müdahale edip problemleri ekleme fonksiyonunu geri kazandırmak ve bu fonksiyon bozukluğu sonucu oluşan ağrıları ortadan kaldırmaktır. En sık spinal bozukluklarda ve cerrahi sınırına gelmemiş problemlerde uygulanır (58,59).

Spinal manipülasyonlar; omurgayı ve omurgayı çevreleyen kas, bağ dokularını hareket ettirmek, manipüle etmek ve düzeltmek için yapılan uygulamalardır. Bu manipülasyonlar ile herhangi bir sinoviyal tutulum varsa serbest bırakmak, kaslardaki gerginliği almak ve eklemlerde herhangi bir yapışıklık, hareket bozukluğu varsa gidermek amaçlanır. Başta bel ağrıları olmak üzere sırt ve boyun ağrılarında, postür bozukluklarında, disk hernilerinde, osteoartritte, omuz ve kol ağrılarında kayropraksi tedavi amacıyla kullanılmaktadır (58,59).

DSÖ'ye göre bu uygulamalar; detaylı bir anamnez alınmaması, uygun radyolojik görüntülemelerin yapılmaması nedeniyle hastayı değerlendirmede ve tedavi etmede yetersiz kalmaktadır. Ayrıca bu uygulayıcılara başvuran hastaların uygun bir tedavi almasında gecikmelere neden olacaktır. Kayropraktik uygulamaların komplikasyonları yeterince bildirilmemektedir. Fakat bu uygulamalar damar ve sinir yaralanmalarına,

servikal disk hasarına, kostalarda kırıklara, eklem bağlarında hasarlara, diafram felcine sebebiyet verebilmektedir (58).

## **Osteopati**

Kayropraksi uygulamalarına benzer olarak bu sisteme göre vücutta meydana gelen ağrıların sebebi mekanik problemler sonucu ortaya çıkan gerginliktir. İnsan bedeninde var olan ağrıların ve sorunların mekanik nedenlere ortaya çıkabileceğini savunmaktadır. Osteopati, masaj, esnetme ve manipülasyon gibi teknikleri kullanarak hastalıkları tedavi etmeye çalışır. Kas ve eklem problemlerini ve lenf sistemi gibi vücut sıvılarının akımını düzeltmeye çalışır. Osteopati; insan vücudunu beyin ve ruh ile birlikte bir bütün olarak kabul eden, vücudun homeostasisini düzenlemeye çalışan ve sistemlerin, organların fonksiyonlarını en üst düzeye çıkarmaya çalışan bir sistemdir. En sık bel ağrıları olmak üzere boyun, sırt, omuz ağrılarında kullanılmaktadır. Kontrendikasyon olmadığı takdirde her yaş grubunda modern tedaviyi desteklemek için sıklıkla kullanılmaktadır. Tanı ve tedavide bazı temel prensiplere sahiptir. Bu prensiplere göre; vücut dinamik ve fonksiyonel bir yapıdır ve bu bedenin sağlığı ruhsal durumdan etkilenmektedir. Oluşan herhangi bir problemde vücut kendi kendini tedavi etmeye çalışır (60).

Parietal, visseral ve kranial osteopati olmak üzere 3 şekilde uygulanır. Parietal osteopati, kas ve iskelet sisteminden kaynaklanan fonksiyon bozukluklarını tedavi etmeye çalışır. Visseral osteopati; GİS gibi visseral organların sorunlarını tedavi eder ve bu yapıların neden olduğu semptomları ortadan kaldırmaya çalışır. Kranial osteopati ise germe ve gevşetme gibi teknikleri kullanarak vücuttaki stresi ve stres kaynaklı gerginliği tedavi eder (60).

Osteopati uygulamaları Amerika Birleşik Devletleri'nde, İngiltere'de, Avustralya'da modern tedavi yöntemlerini desteklemek için kullanılmaktadır. Amerika'da osteopati uygulayıcısı olabilmek için eğitim almak ve bu eğitim sonunda osteopati lisansı almak gerekir (60).

DSÖ osteopati uygulamalarının kontrendikasyonlarını; osteoporoz, bağ doku hastalıkları, aort anevrizması, açık yaralar, herhangi bir ameliyat sonrası erken dönem, kontrol altında olmayan glokom, göze uygulanan cerrahi bir işlem sonrası, kafa travmalarında erken dönem ve ilerleyici nörolojik defisitli spinal herniler olarak belirlemiştir (61).

Osteopati uygulamalarından sonra en sık görülen komplikasyon uygulama yerinde hafif ağrı olmasıdır. Ağrı gibi hafif komplikasyonların yanında bazı ciddi komplikasyonlar da görülebilmektedir. Özellikle servikal uygulamalar sonrası omurilik yaralanmaları ve felç meydana gelebilecek ciddi komplikasyonlar arasındadır. Bu komplikasyonların 20 binde bir ve milyonda bir oranlarında ortaya çıktığı ve komplikasyonların bildirim oranının düşük olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (62).

### **Masaj Terapisi**

İnsanda oluşan ağrıyı ve gerginliği azaltmak, dokulara giden kan akımını arttırarak rahatlama sağlamak amaçlarıyla dokuların çeşitli mekanik aletler kullanılarak veya el ile uyarılması olarak tanımlanmaktadır. Bu uyarılar sonucunda insanda bedensel ve ruhsal bir rahatlama ve huzur hali oluşacaktır. Aynı zamanda kan ve lenf damarlarında gevşeme, nabızda azalma, kan akımının artması sonucu deride ısı artışı ve kas gerginliğinde azalma meydana gelecektir. Masajın nöromuskuler sistem ve immün sistemi desteklediği belirtilmektedir. Stres bozuklukları, anksiyete, uyku problemleri, ağrı kontrolü, burkulmalar gibi birçok durumda masaj kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak gebelik döneminde annenin masaj yaptırmasının bebeği ve kendisi üzerinde olumlu etkiler yapacağı önerilmektedir (63).

### **Hidroterapi**

Kısaca suyun hastalıkların önlenmesinde ve çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmasına hidroterapi denilmektedir. Uygulamalarda suyun katı, sıvı, gaz halleri sıcak veya soğuk uygulamalar biçiminde kullanılabilir. Uygarlıkların başlangıcından beri bu yöntemin kullanıldığı tahmin edilmektedir. Uygulamalar tüm vücuda yapılabilir veya lokal olarak sınırlandırılabilir. Sıcak soğuk oturma banyoları, buhar uygulaması, buz uygulaması kullanılan hidroterapi yöntemlerindedir. Hidroterapi uygulamalarından sonra organizmanın metabolik hızında artma, kas gerginliğinde azalma, ağrı eşiğinde artma ve lokal olarak uygulanan bölge damarlarında genişleme meydana gelir. Hidroterapi başlıca bel ağrısı, diz ağrısı, fibromiyalji gibi hastalıklarda kullanılır (64).

### **Refleksoloji**

Antik çağlardan beri toplumlar tarafından kullanılan refleksolojinin 12 bin yıllık bir geçmişinin olduğu düşünülmektedir. Halen birçok ülkede çeşitli hastalıkların tedavisinde veya modern tedavileri desteklemek amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır. Çin, Birleşik Krallık ve Danimarka'da en sık kullanılan TAT yöntemidir. Bu sisteme göre her insanın kulağı, eli ve ayağı vücudunun bir aynasıdır ve her organın buralarda birer karşılığı vardır. Bir organda bir hastalık oluştuğunda refleksoloji; el, ayak ve kulakta bulunan ilgili organın karşılığının olduğu refleks noktalarına basınç uygulayarak hastalığı tedavi etmeye çalışır. Uygulamalarda sinir sonlanmalarının daha sık bulunması nedeniyle ayak daha çok kullanılır. Felsefesi akupunktura benzemekle beraber, uygulamalarda herhangi bir iğne kullanılmamasıyla akupunkturdan ayrılmaktadır. Holistik bir yaklaşıma sahip olan Refleksolojide, uygulamalar sonrası vücudun kendi iyileştirici gücü devreye sokularak vücudun homeostazisi dengelenmeye çalışılır (65).

Refleksoloji; organlara karşılık gelen refleks noktalarına basınç uygulandığında, bu uyarıların algılanıp beyine iletiildiği ve bunun sonucunda çeşitli nörofizyolojik mekanizmalarla ilgili organda rahatlama, gevşeme meydana geldiğini savunur. Refleksoloji; depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklarda, bel ve sırt ağrısı gibi kas iskelet sistemi kaynaklı ağrılarda, kanser ağrılarını hafifletmede, bulantı ve kusma gibi kemoterapinin yan etkilerini azaltmada, immün sistemi güçlendirmede, kabızlık gibi GİS problemlerinde, uterus involüsyonunu hızlandırmada, doğum sırasında serviksin dilatasyonunu arttırmada, doğum sonrası ağrı kontrolü gibi birçok durumda kullanılmaktadır (65).

### **2.3.5. Enerji Alanlarının Kullanımına Dayanan Yöntemler**

#### **Reiki**

Reiki; insan vücudunda dolaştığına inanılan elektromanyetik enerjiyi dokunarak düzeltmeyi amaçlayan bir alternatif tıp yöntemidir. Bu sisteme göre tüm dünya ve içinde bulunan insan titreşimlerden ve enerjiden oluşmuştur. Bu sistem geleneksel Çin tıbbi felsefesinden gelen enerji merkezlerindeki enerji akımındaki negatif etkileri ortadan kaldırmaya çalışır ve insan vücudundaki enerjiyi dengelemeye çalışır. Enerji dengesi sağlandığında otonom sinir sisteminin aktive olup kan ve lenf basıncını düzenleyerek hastada rahatlama meydana geleceğine inanılır. Plaseboya benzer



etkilerinin olduğu düşünölmektedir ve etkinliği tartişmalıdır. Kanser hastalarında semptomların hafifletilmesinde, nörodejeneratif hastalıklarda kullanılmaktadır (66).

### **Qi Gong**

Geleneksel Çin tıbbında yer alan bir alternatif tıp sistemidir. Tüm evrende dolaşan yaşam enerjisinin insan vücuduna olan akımını arttırmak için meditasyon, hareket ve kontrollü solunum gibi yöntemleri kullanan bir alternatif tıp yöntemidir. Bu yöntemi yapan kişide mental ve fiziksel bir rahatlama gelişeceğine, beden gücünün artacağına, vücutta bulunan negatif enerjinin azalacağına ve var olan hastalıkların hafifleyeceğine inanılır (67).

### **Tai Chi**

Geleneksel Çin tıbbında ortaya çıkan ve daha sonra dünyaya yayılan tai chi; karşılıklı etkileşimli olgular arasındaki doğal dünya evreninin dinamik dengesini tanımlayan geniş kapsamlı bir felsefi ve teorik kavramı temsil eder. Geleneksel Çin tıbbının temel felsefesini oluşturan 'chi', yani insan vücudundaki yaşam enerjisinin düzensiz beslenme ve stresli yaşam sonucu oluşan dengesizliğini gidermeye çalışır. Aslında eski bir Çin dövüş ve savaş sanatıdır. Meditasyon ve rahatlama amacıyla yapıldığında tedavi edici özelliklerinin olduğu ileri sürölmektedir. Meditasyon için uygulandığında iyileşmeyi arttırdığı, stresi azalttığı, yaşam süresini uzattığı, kişisel huzur sağladığı ve insan vücudunun fonksiyonel dengesini kazanmasına yardım ettiği savunulmaktadır (67).

Bu yöntemde derin diyafram solunumu eşliğinde , bir dizi hareketin yavaşça ve huzur içinde yapılması gerekir. Bu hareketler kas gücünden öte, zihin ve beden koordinasyonu, zihinsel odaklanma amaçlarıyla yapılmaktadır. Böylece insanın iç huzurunu bulması amaçlanır. Geleneksel Çin tıbbının diğer yöntemlerinde olduğu gibi insanı bir bütün olarak ve evrenin ayrılmaz bir parçası olarak kabul eder. Yaşlı hastalarda kas gücünün artmasını sağladığı, postürün düzeltilmesine yardım ettiği, yaşlıların moral motivasyonunun üst düzeye çıkmasına yardım ettiği, solunum ve dolaşım sistemlerini olumlu etkileyip kalp yetmezliği, hipertansiyon gibi hastalıkların tedavisine yardımcı olduğu savunulmaktadır (68).

## **Biyorezonans Terapileri**

Bu alternatif tıp sistemine göre canlı ve cansız tüm varlıklar belli bir enerji ile titreşirler. İnsan vücudunun bir enerji alanı ile çevrili olduğunu ve bu enerjinin bilgi içerdiğini savunur. Bu sistemin temeli kuantum mekaniğine dayanır. Her canlının ve varlığın kendine has bir titreşim frekansının olduğunu ve bu titreşimlerin dış etkenlerce değiştirilebileceğini kabul eder. Örneğin sağlıklı bir insan parazit, bakteri, mantar gibi herhangi bir enfeksiyon kaynağıyla karşılaştığında yaydığı titreşim değişecektir. Her hastalıkla insan farklı bir titreşim yayacaktır (69).

Biyorezonans terapilerinde insan vücuduna elektrotlar bağlanır ve yaydığı titreşimler ve dalgalar alınarak biyorezonans cihazına aktarılıp kaydedilir. Bu titreşimler ile hastanın problemi anlaşılır ve alınan titreşimler ters çevrilerek, bazen de güçlendirilerek hastaya tekrar gönderilir. Böylece hastanın titreşim frekansı ve dalga modeli değiştirilip, istenilen şekilde ayarlanır. Bu değişikliklerle beraber hastada mevcut olan hastalığın tedavi edilmesi amaçlanır (69).

### **2.3.6. Diğer Uygulamalar**

#### **Sülük Uygulaması(Hirudoterapi)**

Sülük; siyah ve kahverengi gibi renkleri olan, tatlı sularda yaşayan ve kan ve çürümüş bitkiler ile beslenen bir dış parazittir. Medikal amaçlarla en çok kullanılan türü Hirudo Medicinalis'tir. Türkiye'de tıbbi uygulamalarda Hirudo Medicinalis ve Hirudo Verbana türleri kullanılmaktadır (70). Aynı zamanda bu türler yetiştirilip dış ülkelere pazarlanmaktadır. Bu canlılar insanı cilt yağları, kan ve ısılarından tespit edip önce dişleriyle deriye yapışır ve daha sonra kan emerken tükürük salgısında bulunan birçok biyoaktif maddeyi konakçısının vücuduna bırakırlar. Bu biyoaktif maddelerin antikoagülan, anestezi, damar genişletici ve antimikrobiyal etkilerinin olduğu söylenmektedir. Sülüklerin tükürük salgılarında bulunan maddelerden "hirudin" trombine bağlanarak kan pıhtılaşmasını önler. Benzer etkiye sahip "calin" Von-Willebrand faktörünün kollajene bağlanmasını bloke ederek antikoagülan etki gösterir, kollajen aracılı trombosit agregasyonunu inhibe eder. Salgıda bulunan diğer maddelerden "destabilase" fibrini çözer, asetilkolin ve histamin vazodilatör etki gösterir,

"hyaluronidaz" antimikrobiyal etkiyi artırır, "karboksipeptidaz-A" ısırık bölgesine kan akımını hızlandırır (71).

Sülükler eski çağlardan beri birçok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Geçmişte gangreni ve venöz stazı önlemek, enfekte olmuş dokuların iyileşmesini önlemek amaçlarıyla kullanılıyordu. Günümüzde dünyanın çeşitli ülkelerinde tromboz ve hematom tedavisinde, apselerde, diş problemlerinde, myasthenia gravis, flebotomi gibi birçok hastalıkta kullanılmaktadır. Özellikle plastik cerrahisi operasyonları sonrası venöz stazı önlemek, venöz kan basıncını azaltmak, kan dolaşımını uyarmak amaçlarıyla kullanılmaktadır (71).

Sülük uygulamaları sırasında dikkatli olmak gerekir. Daha önce başka hastalarca kullanılmış sülüklerin tekrar kullanılmaması için ortadan kaldırılması, özellikle çocuklarda kan düzeyinin takibi ve bazı hastalarda uygulamadan önce antibiyotik profilaksisi gerekmektedir. Bu uygulamalar bazı hastalarda cilt enfeksiyonlarına, uzamış kanamalara, sülüğün tükürük salgısında bulunan maddelere duyarlı olan kişilerde anafilaksi ve lokal alerjik reaksiyonlara, apse ve sepsis gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir (72).

### **Kupa Uygulaması**

Kupa, şişe, bardak gibi materyaller kullanılarak negatif basınç oluşturup kanı bir yerde toplamayı amaçlayan alternatif tıp metodudur. Yaş kupa uygulaması ve kuru kupa uygulaması olmak üzere 2 şekilde uygulanır. Kuru kupa uygulamasında kanın toplanması istenen bölge belirlenir ve o bölge temizlendikten sonra kupalar vakum etkisi oluşturması için uygulanır. Uygulanan bu vakum sonucu o bölge damarlarında genişleme, anjiogenezde artma, kızarıklık ve kabarıklık meydana gelir. Damar genişlemesi sonucu ilgili bölgede kan dolaşımı artmış olacak ve istenmeyen maddeler uzaklaştırılmış olacaktır. Aynı zamanda bu etkiler ile kişide bir rahatlama ve fonksiyonel durumunda düzelmeler meydana gelecektir. Yaş kupa uygulaması ise vakumlama sonucu toplanan kanın bisturi jilet gibi kesici bir alet kullanılarak akıtılmasıdır. Kan akıtılması esnasında vücuttaki atık maddelerin, kirli kanın filtrelenip vücuttan uzaklaştırıldığına inanılmaktadır (73).

Halk arasında yaş kupa uygulaması Arapça kökenli hacamat olarak bilinmektedir. Bu uygulamaların kökeninin 5000 yıl öncesine kadar dayandığı tahmin edilmektedir. Yaş kupa uygulaması vücudun belirli kısımlarına yapılır ve her bölge farklı

hastalıklarda kullanılır. Bel, kuyruk sokumu, kafanın arka bölümü, ense, kürek kemikleri, omuzlar, diz ve baldırlar yaş kupa uygulamasının yapıldığı bazı bölgelerdir. Bu uygulamaların vücuttaki ödemin azalması, kan lipit düzeylerinde düşme, endorfin salgılanmasını arttırması ile analjezik etki, kılcal damarlarda endotel sentezinin uyarılması, kaslarda gevşeme, immün sistemi güçlendirme, kan basıncında düzelme gibi olumlu etkilerinin olduğu savunulmaktadır (73).

Kupa uygulamaları romatolojik hastalıklarda görülen ağrının tedavisi, bel ve boyun ağrıları, herpes zoster, Bell paralizi, öksürük, nefes darlığı gibi durumların tedavisinde tek başına veya kullanılan tedavileri desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (74).

Kanama bozukluklarında, hemoglobin düzeyinin 9.5 mg/dl'nin altında olduğu durumlarda, kupa uygulanacak vücut bölgesinde aktif yaraların olduğu durumlarda, dekompanse kalp yetmezliğinde, pıhtılaşmayı önleyici ilaç kullanan hastalarda uygulanmamalıdır (42). Kupa uygulaması için kullanılan malzemelerin tek kullanımlık olmasına dikkat edilmelidir. Kullanılan malzemelerin steril olmaması durumunda kan yoluyla bulaşan HBV, HCV, HIV gibi hastalıkların bulaşması kolaylaşacaktır.

### **Larva Uygulaması**

Larva uygulaması; kronik yaraların, *Lucilia (Phaenicia) sericata* sineğinin dezenfekte edilmiş larvalarıyla tedavi edilmesidir. Bu sineğin larvaları enfekte olan dokuyu eriterek, enfekte yaralar üzerinde üreyen mikroorganizmaları ve salgılarını ortadan kaldırarak ve sindirim sıvılarında bulunan çeşitli maddeler ile yara iyileşmesini uyararak etkilerini gösterirler (75).

Larvalar tabiatları gereği sağlam dokulara göre daha kolay bir besin olan nekrotik dokularla beslenmek zorundadırlar. Larvalar çeşitli proteolitik enzimler salgılayarak nekrotik dokuyu sıvı hale getirip kendileri için beslenmeye uygun hale getirirler. Böylece sağlam doku ve nekrotik birbirinden ayrılmış olacaktır. Bu larvaların bir diğer etkisi; salgılarında bulunan enzimlerle mikroorganizmaları öldürmeleri ve daha önce mikroorganizmalar tarafından oluşturulan biyofilm tabakalarını sindirmeleridir. Bu etkileriyle enfekte doku mikroorganizmalardan arınmış olacaktır. Ayrıca larvaların sindirim salgılarında bulunan çeşitli maddelerle hücre çoğalmasını arttırdığı ve sonuç olarak yara iyileşmesini uyardığı düşünülmektedir. Larvaların gösterdiği bu yararlı

etkilerden dolayı larvalar diyabetik ayak yarası gibi kronik yaraların debridmanında kullanılmaktadır (75).

### **Ozon Uygulaması**

Atmosferin ozon tabakasında bolca bulunan bu gaz üç oksijen atomunun bir araya gelmesiyle meydana gelir. Renksizdir ve kendine özgü bir kokusu vardır. Bu gazın medikal amaçlarla kullanılabilmesi için saf şeklinin saf oksijen ile karışım halinde bulunması gerekir. Antioksidan, immüniteyi güçlendirici, antimikrobiyal etkilere sahiptir. Aynı zamanda bu gaz kan dolaşımını da artırır. Dolaşımda birbirlerine kenetlenip gezen eritrositler ozon gazı ile karşılaştıkları vakit birbirlerinden ayrılırlar, şekillerinde değişiklik meydana gelir ve hızları artar. Bunun sonucunda eritrositlerin yüzey alanı artacak ve daha fazla oksijen taşıyabilecek konuma geleceklerdir. Eritrositlerin daha fazla oksijen taşınması sonucu hasarlı dokulara daha fazla oksijen gidecek ve o dokunun iyileşmesi daha kısa sürecektir (76).

Ozon uygulaması eklem içine enjeksiyon, kas içi enjeksiyon, rektal ve vajinal yollardan uygulanabilmektedir. En sık kullanım yöntemi ise major otohemoterapi şeklindedir. Bu yöntemde hastadan alınan 50 ile 100 cc. arası kan dış ortamda oksijen-ozon karışımına tabi tutulup hastaya tekrar enjekte edilmektedir. Ozon gazı solunum sistemine toksik olduğu için inhalasyon yoluyla kullanılmamaktadır (42).

Ozon tedavisi dolaşım bozukluklarında, inflamatuvar hastalıklarda, geriatri kliniklerinde antiaging amacıyla, demans ve alzheimer hastalıklarında, eklem hastalıklarında, sigara nedeniyle vücutta meydana gelmiş hasarların iyileştirilmesinde ve sigara içenlerin psikolojik bağımlılıklarının azaltılmasında kullanılmaktadır (76).

Ozon tedavisinin en sık görülen yan etkisi eritrositlerde görülen hemolizdir. Hemolitik hastalıklarda, kanama bozukluklarında, kalp krizi sonrası erken dönemde, pankreatitlerde ozon tedavisi kullanılmamalıdır (76,77).

### **Mezoterapi**

Çeşitli hastalıkları tedavi etmek için mezoderm kaynaklı bağ, kemik, yağ dokusu, kırık ve eklem içine bitkisel ekstraktların, antiinflamatuvar, anesteziik veya analjezik ajanlar gibi çeşitli maddelerin uygulama işlemine mezoterapi denilmektedir. Bu enjeksiyonlar intra epidermal, yüzeysel intra dermik, derin dermik ve intra hipodermik

olarak uygulanır. Enjeksiyon sırasında ağrı oluşumunu en aza indirmek için çok ince iğneler bu uygulamalara özel olarak üretilmektedir. Bu enjeksiyonlar uygulanacak hastaya ve uygulanacak bölgenin durumuna bağlı olarak gruplar halinde veya tek bir enjeksiyon şeklinde yapılabilir. Uygulamalar seanslar şeklinde yapılır ve istenilen klinik etkinin oluşabilmesi için en az 4-5 seans gereklidir. Fazla kilolardan kurtulmak, vücudu şekillendirmek, kelliğin ve sellülitlerin tedavisi gibi kozmetik amaçlarla uygulanabileceği gibi kronik ağrılı hastalıklar, romatolojik hastalıklar, astım, depresyon ve spor yaralanmaları gibi medikal amaçlar için de kullanılabilir (78).

Kanama bozukluğu olan hastalarda, inme geçiren hastalarda, diyabet hastalarında, hipertiroidi hastalarında, kanserlilerde ve gebelerde mezoterapi uygulamaları kontrendikedir. En sık görülen yan etkiler mezoterapi uygulanan bölgelerde görülen şişkinlik ve morluklardır. Enjeksiyonlar sonrası atipik mikobakteri enfeksiyonları ve subkutan nodül oluşumları görülebilmektedir (78).

### **Proloterapi**

Proloterapi kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrıların ve yaralanmaların tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde çeşitli proliferatif, iritan maddeler tendon ve ligamentlerin kemik ile birleştikleri bölgelere enjekte edilir. Bu bölgelerin kanlanması görece daha az olduğu için diğer dokulardan daha zayıftır. Enjeksiyonun amacı ise bazı inflamatuvar süreçleri ve vücudun kendi iyileştirici mekanizmalarını aktive ederek hasarlı ve zayıf dokuları yeni doku oluşturarak tedavi etmektir. Kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrılarda, eklem ve bağ hasarlarında ve bunların gevşekliklerinde tedavi amacıyla kullanılmaktadır. Enjeksiyon sırasında oluşan küçük travmalar nedeniyle ve enjekte edilen maddenin etkisiyle kemotaktik hücreler çağrılır, fibroblastlar uyarılır, yeni kollajen dokunun sentezlenmesi sağlanır (79).

Uygulamalarda en sık kullanılan diğer maddelerden daha güvenli olan hipertonic dekstroz sıvıları tercih edilir. Bu sıvının rejeneratif, proliferatif ve ağrı kesici etkilerinin olduğu ve bu etkilerinin sıvının yoğunluğuna göre değiştiği savunulmaktadır. Hipertonik dekstroz dışında, mannitol, fenol gliserin glukoz, sodyum morhuat, trombosit zengin plazma gibi sıvılar da proloterapi uygulamalarında kullanılmaktadır (79).

Enjeksiyon yapılacak bölgede herhangi bir enfeksiyon varsa, enjeksiyon yapılacak kişide herhangi bir kanama bozukluğu veya enjekte edilecek maddeye karşı duyarlılığı varsa, uygulanacak eklemde protez varsa proloterapi uygulanmamalıdır (79).

#### **2.4. Gebelerde ve Emziren Annelerde TAT Kullanımı**

Gebelik ve emzirme döneminde TAT kullanımını hem anne için hem de bebekleri için kötü sonuçlar doğurabileceğinden; kadınları TAT kullanmaya iten nedenlerin, en sık kullanılan yöntemlerin ve TAT yöntemlerini tavsiye eden kişilerin belirlenmesi doğabilecek olumsuz sonuçların önüne geçebilmek için önemlidir. Ayrıca TAT kullanan kişilerin karakteristik özelliklerinin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının TAT kullananları daha rahat tespit ederek bilgilendirmesine yardımcı olur.

TAT yöntemlerinin kullanım sıklığındaki artışa rağmen gebe ve emziren kadınlar arasında bu yöntemlerin kullanımı ve güvenliği ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışma gebe ve emziren kadınların TAT kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri belirlemeyi ve bu yöntemlerin etkinliği ve yan etkileri hakkında fikir sahibi olmayı amaçlamaktadır. Çalışmada ayrıca gebe ve emziren kadınların TAT yöntemlerine karşı tutumları, kadınları alternatif tıbbı yönlendiren nedenler, en sık hangi semptomatik yakınmalar için TAT yöntemlerine başvurdukları, bilgi kaynakları ve TAT yöntemine ulaşım şekilleri incelenmiştir.

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan araştırmamız 19.09.2019 - 21.11.2019 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi obstetri, pediatri ve aile hekimliği polikliniklerine başvuran 212 gebenin ve 152 emziren annenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri, bu kadınları alternatif tıp kullanımına iten nedenleri bulmak ve kullanılan yöntemlerin etkinliği hakkında fikir sahibi olmak amaçlanmıştır. Çalışmada ayrıca gebe ve emziren kadınların TAT yöntemlerine karşı tutumları, kadınları alternatif tıba yönlendiren nedenler, en sık hangi semptomatik yakınmalar için TAT yöntemlerine başvurdukları, bilgi kaynakları ve TAT yöntemine ulaşım şekilleri incelenmiştir. Çalışmamız için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.09.2019 tarihinde 223 protokol numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Katılımcılar anket öncesi bilgilendirilmiş ve onayları alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem hesaplama yöntemiyle günlük obstetri polikliniğine başvuran gebe sayısının 20, pediatri polikliniğine başvuran emziren anne sayısının 10 olacağı düşünülerek , %5 hata payı ve %95 güven aralığında evren büyüklüğü 1200 olarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü ise 332 olarak hesaplanmış olup öngörülen kişi sayısı 350 olarak belirlenmiştir. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

#### 3.3. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

##### 1.Dahil etme kriterleri;

- a) 18-45 yaş aralığında olmak
- b) Emziren anne veya gebe olmak
- c) Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek



## **2. Dışlama kriterleri**

- a) 18-45 yaş aralığında olmamak
- b) Emziren anne ve gebe olmamak

### **3.4. Verilerin toplanması**

Veriler literatür taraması sonucu oluşturulmuş anketlerin araştırmaya gönüllü kişilere yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanması ile elde edildi. Anket öncesi hastalara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip yazılı onamları alındı. Çalışmamız 19.09.2019 - 21.11.2019 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi obstetri, pediatri ve aile hekimliği polikliniklerinde yapılmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Bilgi ve Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmamızda literatür taraması sonucu oluşturulmuş her biri 27 sorudan oluşan iki anket kullanılmıştır. Anketlerin birinci bölümünü yaş, ikamet edilen yer, eğitim durumu, aylık toplam kazanç, sosyal sigorta durumu, meslek, aile yapısı, sigara ve alkol kullanım durumu gibi bilgilerin yer aldığı sosyodemografik bilgiler oluşturmaktaydı. Bu bölüm her iki anket için ortaktı.

Gebe grubu için oluşturulan anketin ikinci bölümünde ise kronik hastalık ve kronik ilaç kullanım durumu, gebelik haftası, aile hekimine veya kadın doğum doktoruna düzenli kontrole gitme durumu, vitamin kullanma durumu gibi bilgiler yer alıyordu. Aynı zamanda hastaların alternatif tıp yöntemi veya modern tıp yöntemlerini güvenli veya etkili bulma, alternatif tıp yöntemlerine ulaşım şekilleri, alternatif tıp yöntemi hakkında bilgi kaynakları, kullanılan alternatif tıp yönteminin çeşidi, kullanım sonrası herhangi bir yan etki gelişip gelişmediği, kullanılan yöntemden yarar görme durumu, kullanılan yöntem hakkında kendi doktorlarının bilgilendirilip bilgilendirilmediği, hastaları alternatif tıp kullanmaya iten nedenler ve hangi semptomaya yönelik alternatif tıp yöntemi kullanıldığı sorgulanmıştır.

Emziren anneler için oluşturulan ankette anne sütünü yeterli bulup bulmama durumu, günlük emzirme sayısı, hastanın emzirdiği çocuğuna gebeyken alternatif tıp yöntemi kullanma durumu gibi sorular yer almakla beraber, gebe anketinde yer alan ve gebelik ile bilgilerin yer aldığı bazı sorular yer almamıştır. Kullanılan alternatif tıp

yöntemlerinin çeşitleri ve kullanım nedenlerini sorgulayan sorular ve seçenekler emziren annelere ve gebelere yönelik oluşturulmuştur.

### **3.5. Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler**

İstatistiksel analiz SPSS 19.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca (medyan) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ve Fisher testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapılan normallik değerlendirmesine göre normal dağılıma uyduğu yerlerde parametrik testler (pairedsample t testi ve bağımsız gruplarda t testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Wilcoxon testi, Mann-Whitney U testi ) ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Gebe Grubuna Ait Bulguların İncelenmesi

Bu çalışma 212 gebe ve 152 emziren anne ile yapılmıştır. Gebelerin %25,0'ı 18-23 yaş, %39,6'sı 24-30 yaş, %28,8'i 31-37 yaş ve %6,6'sı 38-45 yaş aralığındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında; ilk sırada %28,8 ile ortaokul mezunları gelmektedir. Onu %23,6 ile ilkokul ve %22,2 ile lise takip etmektedir. Çalışmaya alınan gebelerin %53,8'i il merkezinde yaşamaktadır. En yüksek gelir grubunu %42,9 ile 2000-3000 TL grubu oluşturmaktadır. %6,6'lık kesimin herhangi bir sosyal güvencesi yokken, çoğunluk ev hanımıdır (%85,8). Gebe kadınların %77,4'ü çocukları ve eşleri ile yaşamaktadır. Sadece %2,8'lik kesim sigara kullanırken, alkol kullanan gebe saptanmamıştır. %77,4'lük çoğunluğun herhangi bir kronik hastalığı yoktur ve sürekli ilaç kullanan kişi sıklığı %15,6'dır (Tablo 1).

**Tablo 1.Gebe Grubuna Ait Tanımlayıcı Özellikler**

Gebelerin tanımlayıcı özellikleri	n	%	Gebelerin tanımlayıcı özellikleri	n	%
<b>Yaş</b>			<b>Meslek durumu</b>		
18-23	53	25,0	Ev Hanımı	182	85,8
24-30	84	39,6	İşçi	4	1,9
31-37	61	28,8	Memur	19	9,0
38-45	14	6,6	Serbest Meslek	6	2,8
			Diğer	1	0,5
<b>Eğitim durumu</b>			<b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>		
Okuryazar değil	8	3,8	Çocuklarım ve eşimle	164	77,4
İlkokul	50	23,6	Eşimin ailesi ile birlikte	42	19,8
Ortaokul	61	28,8	Kendi ailemle birlikte	5	2,4
Lise	47	22,2	Tek başıma	1	0,5
Ön lisans	13	6,1			
Lisans-yüksek lisans	33	15,6			
<b>Yaşadığı yer</b>			<b>Sigara kullanımı</b>		
İl Merkezi	114	53,8	Evet kullanıyorum	6	2,8
İlçe Merkezi	74	34,9	Hayır kullanmıyorum	206	97,2
Köy-Kasaba	24	11,3			
<b>Gelir durumu</b>			<b>Alkol kullanımı</b>		
1000 TL'den az	8	3,8	Evet kullanıyorum	0	0,0
1000-2000 TL	51	24,1	Hayır kullanmıyorum	212	100,0
2000-3000 TL	91	42,9			
3000-4000 TL	26	12,3			
4000 TL'den fazla	36	17,0			
<b>Sigorta durumu</b>			<b>Kronik hastalık</b>		
Yok	14	6,6	Yok	164	77,4
Emekli Sandığı	42	19,8	Guatr	15	7,1
Yeşil Kart	27	12,7	Diyabet	12	5,7
Bağ-Kur	8	3,8	Astım-KOAH	5	2,4
SGK	118	55,7	Hipertansiyon	3	1,4
Özel Sigorta	3	1,4	Anemi	2	0,9
			Diğer	11	5,2
			<b>Kronik ilaç kullanımı</b>		
			Evet	33	15,6
			Hayır	178	84,4

n=sıklık, %=sütun yüzdesi

Tablo 2’de gebe grubunda bazı tutum ve davranışlara ait sıklıklar verilmiştir. Buna göre; gebelerin %65,1’i düzenli olarak aile hekimine ve kadın hastalıkları ve doğum doktoruna kontrole gitmektedir. %5,2’lik kesim ise düzenli kontrole gitmemektedir. Toplamda gebelerin %85,8’i vitamin kullanmaktadır. %65,1’i reçeteli ilaçları, %16,5’i bitkisel ilaçları ve alternatif tıp yöntemlerini, %18,4’ü ise her ikisini etkili bulmaktadır. Buna karşın; %54,2’si reçeteli ilaçları, %32,5’i bitkisel ilaçları ve alternatif tıp yöntemlerini, %13,2’si ise her ikisini güvenli bulmaktadır. Gebelerin %49,1’i gebelikten önce, %38,7’si de gebelik sırasında tamamlayıcı alternatif tıp yöntemleri kullanmıştır.

**Tablo 2. Gebe Grubunda Bazı Tutum ve Davranışlar**

<b>Tutum ve davranışları</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Kontrol durumu</b>		
Aile hekimine düzenli kontrole gidiyorum	14	6,6
Kadın doğum doktoruma düzenli kontrole gidiyorum	49	23,1
Her ikisine de kontrole gidiyorum	138	65,1
Düzenli kontrole gitmiyorum	11	5,2
<b>Vitamin kullanma durumu</b>		
Evet	182	85,8
Hayır	30	14,2
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>		
Reçeteli ilaçlar	138	65,1
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	35	16,5
Her ikisi	39	18,4
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>		
Reçeteli ilaçlar	115	54,2
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	69	32,5
Her ikisi	28	13,2
<b>Gebelikten önce TAT kullanma durumu</b>		
Evet	104	49,1
Hayır	108	50,9
<b>Gebelikten sırasında TAT kullanma durumu</b>		
Evet	82	38,7
Hayır	130	61,3

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, TAT=tamamlayıcı alternatif tıp

Tablo 3’te gebe grubunda gebelik sırasında kullanılan bitkisel ürünler ve kullanma nedenleri verilmiştir. En sık kullanılan ilk üç bitkisel ürün %57,3 ile nane, %29,6 ile kekik ve %24,4 ile ihlamur olmuştur. En sık kullanma nedenleri ise soğuk algınlığı ve bulantı-kusmadır.

**Tablo 3. Gebe Grubunda Gebelik Sırasında Kullanılan Bitkisel Ürünler ve Kullanma Nedenleri\***

Bitkisel ürün	n	%	Kullanma nedeni	n	%
Ihlamur	20	24,4	Bulantı-kusma	8	40,0
			Soğuk algınlığı için	5	25,0
Nane	47	57,3	Soğuk algınlığı için	29	61,7
			Bulantı-kusma	19	40,4
Kuşburnu	10	12,2	Soğuk algınlığı için	7	70,0
			Bulantı-kusma	5	50,0
Isırgan otu	7	8,5	Kabızlık	6	85,7
			Bulantı-kusma	2	28,6
Kekik	24	29,6	Bulantı-kusma	16	66,7
			Soğuk algınlığı için	11	45,8
			Mide yanması-ekşimesi	6	25,0
			Kabızlık	6	25,0
Zencefil	14	17,1	Bulantı-kusma	12	85,7
			Soğuk algınlığı için	7	50,0
Ada çayı	6	7,3	Soğuk algınlığı için	4	66,7
			Bulantı-kusma	3	50,0
			Mide yanması-ekşimesi	3	50,0
Papatya	3	3,7	İdrar yolları enfeksiyonları	3	100,0
			Mide yanması-ekşimesi	2	66,7
Rezene	2	2,4			
Sarımsak	5	6,1	Bulantı-kusma	3	66,7
			Soğuk algınlığı için	3	66,7
Dereotu	3	3,7			
Melisa	2	2,4			
Soğan	3	3,7	Bulantı-kusma	2	66,7
			İdrar yolları enfeksiyonları	2	66,7
			Sırt ağrısı	2	66,7
Tarçın	5	6,1	Bulantı-kusma	2	40,0
			Mide yanması-ekşimesi	2	40,0
			Bebeğin suyunu artırmak için	2	40,0
Cin tarçını	0	0,0			
Yeşil çay	2	2,4			
Maydanoz	3	3,7	Bulantı-kusma	2	66,7
			İdrar yolları enfeksiyonları	2	66,7
Keten tohumu	1	1,2			
Anason	1	1,2			
Kara susam	1	1,2			
Ekinezya	0	0,0			
Pancar	0	0,0			
Karanfil	5	6,1	Diş ağrısı	5	100,0
			Bulantı-kusma	3	60,0
			Soğuk algınlığı için	3	60,0
Acı biber	2	2,4			
Meyan kökü	1	1,2			
Ahududu	1	1,2			
Yaban mersini	0	0,0			
Sarı kantaron	1	1,2			
Hindistan cevizi yağı	5	6,1	Karın çatlakları için	4	80,0
Badem yağı	9	11,0	Karın çatlakları için	8	88,9
Kakao yağı	1	1,2			
Zeytinyağı	12	14,6	Karın çatlakları için	8	66,7
			Bulantı-kusma	5	41,7
Meryem ana otu	1	1,2			
Havuç suyu	0	0,0			
Lahana yaprağı	1	1,2			
Ayva çekirdeği	6	7,3	Bulantı-kusma, kabızlık	2	33,3
			Düşük yapmamak için	2	33,3
			Karın çatlakları, soğuk algınlığı için	2	33,3

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Birden çok seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 4’te gebe grubunda bitkisel ilaç ve alternatif tıp yöntemi kullanma nedenleri sunulmuştur. Sırasıyla en sık işaretlenen seçenekler %50,0 ‘gebelikte daha güvenli buluyorum’, %45,1 ‘başkaları kullandı yarar gördüler ben de kullanmak istedim’, %17,1 ‘ulaşımı daha kolay olduğu için kullandım’, %7,3 ‘daha ucuz olduğu için kullandım’ olmuştur.

**Tablo 4. Gebe Grubunda Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri\***

Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri	n	%
<b>Medikal tedavilerden daha etkili buluyorum</b>		
Evet	3	3,7
Hayır	79	96,3
<b>Gebelikte daha güvenli buluyorum</b>		
Evet	41	50,0
Hayır	41	50,0
<b>Reçeteli ilaçlar bir işe yaramıyor</b>		
Evet	2	2,4
Hayır	80	97,6
<b>Başkaları kullandı yarar gördüler ben de kullanmak istedim</b>		
Evet	37	45,1
Hayır	45	54,9
<b>Meraktan kullandım</b>		
Evet	1	1,2
Hayır	81	98,8
<b>Ulaşımı daha kolay olduğu için kullandım</b>		
Evet	14	17,1
Hayır	68	82,9
<b>Daha ucuz olduğu için kullandım</b>		
Evet	6	7,3
Hayır	76	92,7
<b>Kullandığım reçeteli ilaçları desteklemek için kullandım</b>		
Evet	3	3,7
Hayır	79	96,3

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Birden çok seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 5’te gebe grubunda kullanılan bitkisel ilaçların nereden temin edildiği sorusuna verilen cevapların yüzdeleri verilmiştir. En sık yanıt %50,0 ile aktar olmuştur. Onu %24,4 ile süpermarket, %22,0 ile doğadan kendim topladım, %8,5 ile arkadaş-aile-komşulardan, %7,3 ile eczaneden ve %1,2 internetten seçenekleri izlemiştir.

**Tablo 5. Gebe Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaçların Temin Yeri\***

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	N	%
<b>Aktardan</b>		
Evet	41	50,0
Hayır	41	50,0
<b>Süpermarketten</b>		
Evet	20	24,4
Hayır	62	75,6
<b>Eczaneden</b>		
Evet	6	7,3
Hayır	76	92,7
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>		
Evet	7	8,5
Hayır	75	91,5
<b>İnternette</b>		
Evet	1	1,2
Hayır	81	98,8
<b>Doğadan toplandı</b>		
Evet	18	22,0
Hayır	64	78,0

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Birden çok seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 6’da gebe grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği ve en doğru bilginin nereden edinilebileceği sorularına verilen yanıtlar verilmiştir. En çok bilgi kaynağı %50,0 ile akrabalar olmuştur. Onu %18,3 ile internet-dergi, %15,9 ile komşular, %15,9 ile sağlık personeli ve %13,4 ile başka kullanıcılar takip etmektedir.

En doğru bilgi kaynağı ne olmalı sorusuna ise en sık %75,0 ile doktorlar, %6,6 ile eczane, %4,7 ile aile, %4,7 ile daha önce tamamlayıcı alternatif tıp yöntemi kullanmış başka kişiler yanıtları verilmiştir.

**Tablo 6. Gebe Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilginin Nereden Edinildiği\* ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği Sorularına Verilen Yanıtlar**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	N	%
<b>Akrabalardan</b>		
Evet	41	50,0
Hayır	41	50,0
<b>Komşulardan</b>		
Evet	13	15,9
Hayır	69	84,1
<b>Sağlık personelinde</b>		
Evet	13	15,9
Hayır	69	84,1
<b>Başka kullanıcılardan</b>		
Evet	11	13,4
Hayır	71	86,6
<b>Televizyon ve radyodan</b>		
Evet	3	3,7
Hayır	79	96,3
<b>İnternette veya dergilerden</b>		
Evet	15	18,3
Hayır	67	81,7
<b>Kendi fikrimdi</b>		
Evet	8	9,8
Hayır	74	90,2
<b>Aktarlardan</b>		
Evet	1	1,2
Hayır	81	98,8
<b>Eczacıdan</b>		
Evet	1	1,2
Hayır	81	98,8
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>		
Doktor	159	75,0
Eczane	14	6,6
Aile	10	4,7
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	10	4,7
Televizyon, dergi, internet	7	3,3
Aktar	12	5,7

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, TAT=tamamlayıcı alternatif tıp, \*Birden çok seçenek işaretlenebilmiştir.

Kekik kullanımı 31-37 yaş grubunda %50,0; 18-23 yaş grubunda %34,8; 24-30 yaş grubunda %16,1 ve 38-45 yaş grubunda %0,0'dır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,023**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 24-30 yaş grubunun, 31-37 yaş grubuna göre daha sık kekik kullandığı bulunmuştur.

Gebe grubunda mide yanması-mide ekşimesi nedeniyle yaş grupları arasında anlamlı şekilde bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi kullanımına rastlanılmıştır. Bu sebeple ürün kullanma sıklığı 18-23 yaş grubunda %30,4; 24-30 yaş grubunda %6,5; 31-37 yaş grubunda %8,7 ve 38-45 yaş grubunda %0,0'dır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,041**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu 18-23 yaş grubundaki gebelerin, 24-30 yaş grubundakilere göre mide yanması-ekşimesi nedeniyle daha sık TAT yöntemlerine başvurdukları görülmüştür.



Tablo 7’de gebe grubunda yaş grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. Aktardan seçeneği 18-23 yaş grubunda %26,1; 24-30 yaş grubunda %64,5; 31-37 yaş grubunda %52,2 ve 38-45 yaş grubunda %60,0 oranında işaretlenmiştir. Yaş grupları arasında bitkisel ilacı aktardan edinme açısından anlamlı fark vardır (**p=0,044**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu 24-30 yaş grubunun, 18-23 yaş grubuna göre aktarlara daha sık başvurduğu görülmüştür.

Bitkisel ilacı süpermarketten, eczaneden, arkadaş, aile, komşulardan, internetten alma ve doğadan toplama açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Gebe Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel ilacın temin yeri	Yaş grubu								p*
	18-23		24-30		31-37		38-45		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
<b>Aktardan</b>									
Evet	6	26,1	20	64,5	12	52,2	3	60,0	<b>0,044</b>
Hayır	17	73,9	11	35,5	11	47,8	2	40,0	
<b>Süpermarketten</b>									
Evet	7	30,4	6	19,4	5	21,7	2	40,0	0,653
Hayır	16	69,6	25	80,6	18	78,3	3	60,0	
<b>Eczaneden</b>									
Evet	2	8,7	3	9,7	1	4,3	0	0,0	0,798
Hayır	21	91,3	28	90,3	22	95,7	5	100,0	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>									
Evet	4	17,4	2	6,5	1	4,3	0	0,0	0,325
Hayır	19	82,6	29	93,5	22	95,7	5	100,0	
<b>İnternetten</b>									
Evet	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0,645
Hayır	23	100,0	30	96,8	23	100,0	5	100,0	
<b>Doğadan topladım</b>									
Evet	7	30,4	3	9,7	8	34,8	0	0,0	0,063
Hayır	16	69,6	28	90,3	15	65,2	5	100,0	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan gebelerden 18-23 yaş grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda%60,9 akrabalar, %21,7 sağlık personeli, %17,4 komşular seçenekleri ön plana çıkmıştır. 24-30 yaş grubu %41,9 akrabalar, %25,8 internet-dergi demiştir. 31-37 yaş grubu %52,2 akrabalar, %21,7 internet-dergi, %17,4 sağlık personeli demiştir.38-45 yaş grubu ise %40,0 akrabalar, %40,0 ‘kendi fikrimdi’ demiştir. Bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda ‘doktor’ önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 8).

**Tablo 8. Gebe Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Yaş grubu								p*
	18-23		24-30		31-37		38-45		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>									
Evet	14	60,9	13	41,9	12	52,2	2	40,0	0,544
Hayır	9	39,1	18	58,1	11	47,8	3	60,0	
<b>Komşulardan</b>									
Evet	4	17,4	5	16,1	3	13,0	1	20,0	0,970
Hayır	19	82,6	26	83,9	20	87,0	4	80,0	
<b>Sağlık personelinde</b>									
Evet	5	21,7	4	12,9	4	17,4	0	0,0	0,619
Hayır	18	78,3	27	87,1	19	82,6	5	100,0	
<b>Başka hastalardan</b>									
Evet	2	8,7	5	16,1	3	13,0	1	20,0	0,843
Hayır	21	91,3	26	83,9	20	87,0	4	80,0	
<b>Televizyon ve radyodan</b>									
Evet	0	0,0	1	3,2	2	8,7	0	0,0	0,434
Hayır	23	100,0	30	96,8	21	91,3	5	100,0	
<b>İnternette veya dergilerden</b>									
Evet	2	8,7	8	25,8	5	21,7	0	0,0	0,274
Hayır	21	91,3	23	74,2	18	78,3	5	100,0	
<b>Kendi fikrimdi</b>									
Evet	1	4,3	2	6,5	3	13,0	2	40,0	0,085
Hayır	22	95,7	29	93,5	20	87,0	3	60,0	
<b>Aktarlardan</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0,458
Hayır	23	100,0	31	100,0	22	95,7	5	100,0	
<b>Eczacıdan</b>									
Evet	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0,645
Hayır	23	100,0	30	96,8	23	100,0	5	100,0	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>									
Doktor	39	73,6	65	77,4	44	72,1	11	78,6	0,960
Eczane	2	3,8	6	7,1	5	8,2	1	7,1	
Aile	3	5,7	3	3,6	3	4,9	1	7,1	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	3	5,7	2	2,4	5	8,2	0	0,0	
Televizyon, dergi, internet	3	5,7	3	3,6	1	1,6	0	0,0	
Aktar	3	5,7	5	6,0	3	4,9	1	7,1	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 9’da gebe grubunda eğitim grupları arasında bazı tutum ve davranışların karşılaştırılması verilmiştir. Hem aile hekimine hem de kadın hastalıkları ve doğum doktoruna düzenli kontrole gitme sıklığı ilkökul ve altı mezunlarda %62,1; ortaokul mezunlarında %72,1; lise mezunlarında %70,2 ve lise üzeri mezuniyeti olanlarda %54,3’tür. Gruplar arasında kontrole gitme açısından anlamlı fark vardır (**p=0,007**). Gebelikte vitamin kullanma

sıklıkları ilkokul ve altında %86,2; ortaokulda %88,5; lisede %76,6 ve lise üzerinde %91,3'tür (p=0,187).

Reçeteli ilaçları etkili bulma sıklığı ilkokul ve altı için %72,4; ortaokul için %60,7; lise için %63,8; lise üzeri için %63,0'dır. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini etkili bulma sıklığı ilkokul ve altı için %17,2; ortaokul için %19,7; lise için %21,3; lise üzeri için %6,5'dir. Her ikisini de etkili bulma sıklığı ilkokul ve altı için %10,3; ortaokul için %19,7; lise için %14,9; lise üzeri için %30,4'tür. Tedavi yöntemini etkili bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,103).

Reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklığı ilkokul ve altı için %55,2; ortaokul için %47,5; lise için %51,1; lise üzeri için %65,2'dir. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini güvenli bulma sıklığı ilkokul ve altı için %32,8; ortaokul için %42,6; lise için %31,9; lise üzeri için %19,6'dır. Her ikisini de güvenli bulma sıklığı ilkokul ve altı için %12,1; ortaokul için %9,8; lise için %17,0; lise üzeri için %15,2'dir. Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,307).

Gebelikten önce tamamlayıcı alternatif tıp (TAT) yöntemi kullanma sıklığı ilkokul ve altı için %65,5; ortaokul için %50,8; lise için %40,4; lise üzeri için %34,8'dir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,009**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip gebelerin lise üzeri eğitim seviyesine sahip kişilere göre gebelikten önce daha sık TAT kullandıkları görülmüştür. Gebelik sırasında TAT kullanma sıklığı ise ilkokul ve altı için %44,8; ortaokul için %36,1; lise için %34,0; lise üzeri için %39,1'dir. Gebelik sırasında TAT kullanma durumu açısından eğitim grupları arasında fark yoktur (p=0,675).

**Tablo 9. Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması**

Tutum ve davranışlar	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Kontrol durumu</b>									
Aile hekimine düzenli kontrole gidiyorum	8	13,8	3	4,9	1	2,1	2	4,3	<b>0,007</b>
Kadın doğum doktoruma düzenli kontrole gidiyorum	9	15,5	9	14,8	13	27,7	18	39,1	
Her ikisine de kontrole gidiyorum	36	62,1	44	72,1	33	70,2	25	54,3	
Düzenli kontrole gitmiyorum	5	8,6	5	8,2	0	0,0	1	2,2	
<b>Vitamin kullanma durumu</b>									
Evet	50	86,2	54	88,5	36	76,6	42	91,3	0,187
Hayır	8	13,8	7	11,5	11	23,4	4	8,7	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	42	72,4	37	60,7	30	63,8	29	63,0	0,103
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	10	17,2	12	19,7	10	21,3	3	6,5	
Her ikisi	6	10,3	12	19,7	7	14,9	14	30,4	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	32	55,2	29	47,5	24	51,1	30	65,2	0,307
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	19	32,8	26	42,6	15	31,9	9	19,6	
Her ikisi	7	12,1	6	9,8	8	17,0	7	15,2	
<b>Gebelikten önce TAT kullanma durumu</b>									
Evet	38	65,5	31	50,8	19	40,4	16	34,8	<b>0,009</b>
Hayır	20	34,5	30	49,2	28	59,6	30	65,2	
<b>Gebelikten sırasında TAT kullanma durumu</b>									
Evet	26	44,8	22	36,1	16	34,0	18	39,1	0,675
Hayır	32	55,2	39	63,9	31	66,0	28	60,9	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Ihlamur kullanımı ilkökul ve altı grubunda %7,7; ortaokul grubunda %27,3; lise grubunda %25,0 ve lise üzeri grubunda %44,4'tür. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,047**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu lise üzeri eğitim seviyesine sahip gebelerin, ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip gebelere göre daha sık ihlamur kullandıkları bulunmuştur.

Kuşburnu kullanımı ilkökul ve altı grubunda %26,9; ortaokul grubunda %13,6 iken lise ve lise üzeri grupta kuşburnu kullanımı yoktur. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,018**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın ilkökul ve altı ve lise üzeri grupları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Rezene kullanımı lise grubunda %12,5 iken; ilkökul ve altı grubunda, ortaokul grubunda ve lise üzeri grubunda rezene kullanımı saptanmamıştır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,037**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın lise grubu ile ayrı ayrı diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Diğer bitki türleri açısından eğitim grupları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 10'da gebe grubunda eğitim grupları arasında bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi kullanma nedenleri sunulmuştur. Medikal tedaviden daha etkili bulma sıklığı ilkökul ve altı grubunda %7,7; lise üzeri grubunda %5,6 iken ortaokul ve lise grubunda bu seçenek

işaretlenmemiştir. Gebelikte daha güvenli bulma sıklığı ilkökul ve altı grubunda %42,3; ortaokul grubunda %63,6; lise grubunda %43,8 ve lise üzeri grubunda %50,0'dir. 'Reçeteli ilaçlar bir işe yaramıyor' deme oranları ilkökul ve altı grubunda %3,8; ortaokul grubunda %4,5 şeklindeyken, lise grubu ve lise üzeri grupta bu seçenek işaretlenmemiştir. Ulaşımı daha kolay olduğu için kullandığını beyan edenler ilkökul ve altı grubunda %15,4; ortaokul grubunda %18,2; lise grubunda %18,8 ve lise üzeri grubunda %16,7'dir. Daha ucuz olduğu için kullanıldığını belirtme yüzdeleri ise ilkökul ve altı grubunda %7,7; ortaokul grubunda %13,6; lise grubunda %6,3 olarak ortaya çıkmıştır ve lise üzeri grubunda bu seçenek işaretlenmemiştir. Nedenler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05).

**Tablo 10. Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedeni**

Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Medikal tedavilerden daha etkili buluyorum</b>									
Evet	2	7,7	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,419
Hayır	24	92,3	22	100,0	16	100,0	17	94,4	
<b>Gebelikte daha güvenli buluyorum</b>									
Evet	11	42,3	14	63,6	7	43,8	9	50,0	0,475
Hayır	15	57,7	8	36,4	9	56,3	9	50,0	
<b>Reçeteli ilaçlar bir işe yaramıyor</b>									
Evet	1	3,8	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0,688
Hayır	25	96,2	21	95,5	16	100,0	18	100,0	
<b>Başkaları kullandı yarar gördüler ben de kullanmak istedim</b>									
Evet	9	34,6	8	36,4	10	62,5	10	55,6	0,205
Hayır	17	65,4	14	63,6	6	37,5	8	44,4	
<b>Meraktan kullandım</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0	0,243
Hayır	26	100,0	22	100,0	15	93,8	18	100,0	
<b>Ulaşımı daha kolay olduğu için kullandım</b>									
Evet	4	15,4	4	18,2	3	18,8	3	16,7	0,991
Hayır	22	84,6	18	81,8	13	81,3	15	83,3	
<b>Daha ucuz olduğu için kullandım</b>									
Evet	2	7,7	3	13,6	1	6,3	0	0,0	0,432
Hayır	24	92,3	19	86,4	15	93,8	18	100,0	
<b>Kullandığım reçeteli ilaçları desteklemek için kullandım</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	6,3	2	11,1	0,174
Hayır	26	100,0	22	100,0	15	93,8	16	88,9	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 11'de gebe grubunda eğitim grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. Aktardan seçeneği ilkökul ve altı grubunda %34,6; ortaokul grubunda %45,5; lise grubunda %56,3 ve lise üzeri grubunda %72,2 oranında

işaretlenmiştir. Eğitim grupları arasında bitkisel ilacı doğadan toplama açısından anlamlı fark vardır ( $p=0,032$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip gebelerin, lise üzeri grubuna göre bitkisel ilaçları doğadan daha sık topladıkları görülmüştür. Bitkisel ilacı aktardan, süpermarketten, eczaneden, arkadaş, aile, komşulardan, internetten alma açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Aktardan</b>									
Evet	9	34,6	10	45,5	9	56,3	13	72,2	0,092
Hayır	17	65,4	12	54,5	7	43,8	5	27,8	
<b>Süpermarketten</b>									
Evet	8	30,8	6	27,3	4	25,0	2	11,1	0,494
Hayır	18	69,2	16	72,7	12	75,0	16	88,9	
<b>Eczaneden</b>									
Evet	0	0,0	1	4,5	2	12,5	3	16,7	0,154
Hayır	26	100,0	21	95,5	14	87,5	15	83,3	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>									
Evet	3	11,5	0	0,0	3	18,8	1	5,6	0,195
Hayır	23	88,5	22	100,0	13	81,3	17	94,4	
<b>İnternetten</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,308
Hayır	26	100,0	22	100,0	16	100,0	17	94,4	
<b>Doğadan toplandı</b>									
Evet	9	34,6	7	31,8	1	6,3	1	5,6	<b>0,032</b>
Hayır	17	65,4	15	68,2	15	93,8	17	94,4	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan gebelerden ilkokul ve altı grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda %57,7 ile akrabalar, %15,4 ile başka kullanıcılar ön plana çıkmıştır. Ortaokul grubunda %63,6 akrabalar, %22,7 komşular, %18,2 internet-dergi denmiştir. Lise grubunda %56,3 akrabalar, %25,0 komşular, %25,0 sağlık personeli denmiştir. Lise üzeri grubu ise %38,9 internet-dergi, %22,2 sağlık personeli ve %22,2 başka kullanıcılar demmiştir. Akriba deme açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,015$ ). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın ilkokul ve altı ile lise üzeri ve ortaokul ile lise üzeri grupları arasındaki farklardan kaynaklandığı görülmüştür. Diğer bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda 'doktor' önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 12). En doğru bilgi kaynağı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,269$ ).

**Tablo 12. Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>									
Evet	15	57,7	14	63,6	9	56,3	3	16,7	<b>0,015</b>
Hayır	11	42,3	8	36,4	7	43,8	15	83,3	
<b>Komsulardan</b>									
Evet	3	11,5	5	22,7	4	25,0	1	5,6	0,311
Hayır	23	88,5	17	77,3	12	75,0	17	94,4	
<b>Sağlık personelinde</b>									
Evet	3	11,5	2	9,1	4	25,0	4	22,2	0,446
Hayır	23	88,5	20	90,9	12	75,0	14	77,8	
<b>Başka kullanıcılardan</b>									
Evet	4	15,4	1	4,5	2	12,5	4	22,2	0,425
Hayır	22	84,6	21	95,5	14	87,5	14	77,8	
<b>Televizyon ve radyodan</b>									
Evet	1	3,8	0	0,0	1	6,3	1	5,6	0,723
Hayır	25	96,2	22	100,0	15	93,8	17	94,4	
<b>İnternette veya dergilerden</b>									
Evet	3	11,5	4	18,2	1	6,3	7	38,9	0,059
Hayır	23	88,5	18	81,8	15	93,8	11	61,1	
<b>Kendi fikrimdi</b>									
Evet	3	11,5	2	9,1	0	0,0	3	16,7	0,422
Hayır	23	88,5	20	90,9	16	100,0	15	83,3	
<b>Aktarlardan</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,308
Hayır	26	100,0	22	100,0	16	100,0	17	94,4	
<b>Eczacıdan</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0,308
Hayır	26	100,0	22	100,0	16	100,0	17	94,4	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>									
Doktor	43	74,1	47	77,0	37	78,7	32	69,6	0,269
Eczane	3	5,2	3	4,9	1	2,1	7	15,2	
Aile	3	5,2	5	8,2	0	0,0	2	4,3	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	3	5,2	1	1,6	5	10,6	1	2,2	
Televizyon, dergi, internet	2	3,4	1	1,6	2	4,3	2	4,3	
Aktar	4	6,9	4	6,6	2	4,3	2	4,3	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 13’de gebe grubunda gelir grupları arasında bazı tutum ve davranışların karşılaştırılması verilmiştir. Hem aile hekimine hem de kadın hastalıkları ve doğum doktoruna düzenli kontrole gitme sıklığı 2000 TL altında %57,6; 2000-3000 TL grubunda %74,7 ve 3000 TL üzeri olanlarda %58,1’dir. Gruplar arasında kontrole gitme açısından anlamlı fark vardır (**p<0,001**). Gebelikte vitamin kullanma sıklıkları 2000 TL altında %79,7; 2000-3000 TL arasında %86,8İ 3000 TL üzerinde %90,3’tür (p=0,229).

Reçeteli ilaçları etkili bulma sıklığı 2000 TL altı için %69,5; 2000-3000 TL için %64,8; 3000 TL üzeri için %61,3’tür. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini etkili bulma sıklığı 2000

TL altı için %20,3; 2000-3000 TL için %16,5; 3000 TL üzeri için %12,9'dur. Her ikisini de etkili bulma sıklığı 2000 TL altı için %10,2; 2000-3000 TL için %18,7; 3000 TL üzeri için %25,8'dir. Tedavi yöntemini etkili bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,253).

Reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %55,9; 2000-3000 TL için %59,3; 3000 TL üzeri için %45,2'dir. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %30,5; 2000-3000 TL için %30,8; 3000 TL üzeri için %37,1'dir. Her ikisini de güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %13,6; 2000-3000 TL için %9,9; 3000 TL üzeri için %17,7'dir. Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,449).

Gebelikten önce TAT yöntemi kullanma sıklığı 2000 TL altı için %52,5; 2000-3000 TL için %52,7; 3000 TL üzeri için %40,3'tür. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,262). Gebelik sırasında TAT kullanma sıklığı ise 2000 TL altı için %42,4; 2000-3000 TL için %31,9; 3000 TL üzeri için %45,2'dir. Gebelik sırasında TAT kullanma durumu açısından eğitim grupları arasında fark yoktur (p=0,200).

**Tablo 13. Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması**

Tutum ve davranışlar	Aylık gelir durumu						p
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Kontrol durumu</b>							
Aile hekimine düzenli kontrole gidiyorum	8	13,6	5	5,5	1	1,6	<b>&lt;0,001</b>
Kadın doğum doktoruma düzenli kontrole gidiyorum	11	18,6	13	14,3	25	40,3	
Her ikisine de kontrole gidiyorum	34	57,6	68	74,7	36	58,1	
Düzenli kontrole gitmiyorum	6	10,2	5	5,5	0	0,0	
<b>Vitamin kullanma durumu</b>							
Evet	47	79,7	79	86,8	56	90,3	0,229
Hayır	12	20,3	12	13,2	6	9,7	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>							
Reçeteli ilaçlar	41	69,5	59	64,8	38	61,3	0,253
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	12	20,3	15	16,5	8	12,9	
Her ikisi	6	10,2	17	18,7	16	25,8	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>							
Reçeteli ilaçlar	33	55,9	54	59,3	28	45,2	0,449
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	18	30,5	28	30,8	23	37,1	
Her ikisi	8	13,6	9	9,9	11	17,7	
<b>Gebelikten önce TAT kullanma durumu</b>							
Evet	31	52,5	48	52,7	25	40,3	0,262
Hayır	28	47,5	43	47,3	37	59,7	
<b>Gebelikten sırasında TAT kullanma durumu</b>							
Evet	25	42,4	29	31,9	28	45,2	0,200
Hayır	34	57,6	62	68,1	34	54,8	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi



Ihlamur kullanımını 2000 TL altı grubunda %16,0; 2000-3000 TL grubunda %13,8 ve 3000 TL üzeri grubunda %42,9'tur. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,019**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın 2000-3000 TL ile 3000 TL üzeri gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Diğer bitki türleri açısından gelir grupları arasında fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 14'de gebe grubunda gelir grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. Bitkisel ilacı aktardan, süpermarketten, eczanelerden, arkadaş, aile, komşulardan, internetten alma ve doğadan toplama açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14. Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	Aylık gelir durumu						p*
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	n	%	N	%	n	%	
<b>Aktardan</b>							
Evet	13	52,0	12	41,4	16	57,1	0,479
Hayır	12	48,0	17	58,6	12	42,9	
<b>Süpermarketten</b>							
Evet	7	28,0	7	24,1	6	21,4	0,856
Hayır	18	72,0	22	75,9	22	78,6	
<b>Eczanelerden</b>							
Evet	0	0,0	2	6,9	4	14,3	0,136
Hayır	25	100,0	27	93,1	24	85,7	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>							
Evet	3	12,0	3	10,3	1	3,6	0,499
Hayır	22	88,0	26	89,7	27	96,4	
<b>İnternette</b>							
Evet	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0,377
Hayır	25	100,0	29	100,0	27	96,4	
<b>Doğadan toplandı</b>							
Evet	6	24,0	8	27,6	4	14,3	0,459
Hayır	19	76,0	21	72,4	24	85,7	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan gebelerden 2000 TL altı grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda %56,0 akrabalar, %16,0 komşular, %16,0 'kendi fikrimdi' önermeleri ön plana çıkmıştır. 2000-3000 TL grubunda %58,6 akrabalar, %27,6 internet-dergi, %24,1 komşular denmiştir. 3000 TL üzeri grup ise %35,7 akrabalar, %25,0 sağlık personeli ve %21,4 başka kullanıcılar demiştir. Bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda 'doktor' önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 15). En doğru bilgi kaynağı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,821$ ).

**Tablo 15. Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Aylık gelir durumu						p*
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>							
Evet	14	56,0	17	58,6	10	35,7	0,173
Hayır	11	44,0	12	41,4	18	64,3	
<b>Komşulardan</b>							
Evet	4	16,0	7	24,1	2	7,1	0,214
Hayır	21	84,0	22	75,9	26	92,9	
<b>Sağlık personelinde</b>							
Evet	3	12,0	3	10,3	7	25,0	0,260
Hayır	22	88,0	26	89,7	21	75,0	
<b>Başka kullanıcılardan</b>							
Evet	3	12,0	2	6,9	6	21,4	0,266
Hayır	22	88,0	27	93,1	22	78,6	
<b>Televizyon ve radyodan</b>							
Evet	0	0,0	1	3,4	2	7,1	0,383
Hayır	25	100,0	28	96,6	26	92,9	
<b>İnternette veya dergilerden</b>							
Evet	2	8,0	8	27,6	5	17,9	0,178
Hayır	23	92,0	21	72,4	23	82,1	
<b>Kendi fikrimde</b>							
Evet	4	16,0	2	6,9	2	7,1	0,451
Hayır	21	84,0	27	93,1	26	92,9	
<b>Aktarlardan</b>							
Evet	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0,377
Hayır	25	100,0	29	100,0	27	96,4	
<b>Eczacıdan</b>							
Evet	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0,377
Hayır	25	100,0	29	100,0	27	96,4	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>							
Doktor	45	76,3	70	76,9	44	71,0	0,821
Eczane	3	5,1	4	4,4	7	11,3	
Aile	4	6,8	4	4,4	2	3,2	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	3	5,1	5	5,5	2	3,2	
Televizyon, dergi, internet	2	3,4	2	2,2	3	4,8	
Aktar	2	3,4	6	6,6	4	6,5	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 16'da gebe grubundaki bazı özellikler arasında gebelik sırasında TAT yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebelik sırasında TAT kullanımı 1. trimesterde %22,7; 2. trimesterde %40,6; 3. trimesterde %40,5 saptanmıştır. Gebelik dönemleri arasında TAT kullanımı açısından fark yoktur (p=0,268).

Kronik hastalığı olanlarda TAT kullanımı sıklığı %33,3, olmayanlarda %40,2'dir. Kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı şekilde daha sık TAT kullanımı saptanmıştır (p=0,033).

Sigortalı olanlar %38,4; olmayanlar %42,9 oranında TAT kullanmıştır. Çalışma durumuna göre bakıldığında; ev hanımları %37,4; diğerleri %46,7 oranında TAT kullanmıştır. Çekirdek

aileye sahip olanlar %40,6; geniş aileye sahip olanlar %31,9; sigara kullananlar %33,3; kullanmayanlar %38,8 oranında TAT kullanmıştır. Bu dört değişken açısından gruplar arasında gebelikte TAT kullanma yönünden anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Gebelikte TAT kullanma sıklıkları düzenli aile hekimine gidenlerde %42,9; düzenli kadın hastalıkları ve doğum doktoruna gidenlerde %49,0; her ikisine de düzenli kontrole gidenlerde %33,3 ve düzenli kontrole gitmeyenlerde %54,5'tir. Kontrole gitme grupları arasında TAT kullanımını açısından fark yoktur ( $p=0,163$ ).

Reçeteli ilaçların etkili olduğunu düşünenler %31,9; bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini daha etkili bulanlar %54,3 ve her ikisini de etkili bulanlar %48,7 oranında TAT kullanmaktadır. Reçeteli ilaçların güvenli olduğunu düşünenler %18,3; bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini daha güvenli bulanlar %65,2 ve her ikisini de güvenli bulanlar %57,1 oranında TAT kullanmaktadır. Tedavi yöntemini etkili ( $p=0,019$ ) ve güvenli ( $p<0,001$ ) bulma açısından gruplar arasında TAT kullanımını yönünden anlamlı fark vardır. Gebelikten önce TAT kullananlar kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha sık (%70,2) gebelik sırasında da TAT kullanmaktadır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 16. Gebe Grubundaki Bazı Özellikler Arasında Gebelik sırasında Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Tanımlayıcı özellikler	Gebelik sırasında TAT kullanma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
<b>Gebelik dönemi</b>					
1. Trimester (14 haftadan küçük)	5	22,7	17	77,3	0,268
2. Trimester (14-26. haftalar)	26	40,6	38	59,4	
3. Trimester (26 haftadan büyük)	51	40,5	75	59,5	
<b>Kronik hastalık</b>					
Yok	66	40,2	98	59,8	<b>0,033</b>
Var	16	33,3	32	66,7	
Diyabet	1	8,3	11	91,7	
Guatr	5	33,3	10	66,7	
Anemi	2	100,0	0	0,0	
Hipertansiyon	0	0,0	3	100,0	
Astım-KOAH	1	20,0	4	80,0	
Diğer	7	63,6	4	36,4	
<b>Sigorta durumu</b>					
Var	76	38,4	122	61,6	0,740
Yok	6	42,9	8	57,1	
<b>Çalışma durumu</b>					
Ev hanımı	68	37,4	114	62,6	0,332
Diğer	14	46,7	16	53,3	
<b>Sigara kullanımı</b>					
Evet	2	33,3	4	66,7	0,785
Hayır	80	38,8	126	61,2	
<b>Alkol kullanımı</b>					
Evet	0	0,0	0	0,0	-
Hayır	82	38,7	130	61,3	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	67	40,6	98	59,4	0,280
Geniş aile	15	31,9	32	68,1	
<b>Kontrol durumu</b>					
Aile hekimine düzenli kontrole gitme	6	42,9	8	57,1	0,163
Kadın hastalıkları ve doğum doktoruma düzenli kontrole gidiyorum	24	49,0	25	51,0	
Her ikisine de kontrole gidiyorum	46	33,3	92	66,7	
Düzenli kontrole gitmiyorum	6	54,5	5	45,5	
<b>Tedavi yöntemi etkili bulma</b>					
Reçeteli ilaçlar	44	31,9	94	68,1	<b>0,019</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	19	54,3	16	45,7	
Her ikisi	19	48,7	20	51,3	
<b>Tedavi yöntemi güvenli bulma</b>					
Reçeteli ilaçlar	21	18,3	94	81,7	<b>&lt;0,001</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	45	65,2	24	34,8	
Her ikisi	16	57,1	12	42,9	
<b>Gebelikten önce tat kullanma</b>					
Evet	73	70,2	31	29,8	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	9	8,3	99	91,7	

TAT=tamamlayıcı alternatif tıp, n=sıklık, %=satur yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 17’de gebe grubunda kontrole gitme grupları arasında tedavi yöntemlerini güvenli bulma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Yalnızca reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklıkları aile hekimine düzenli kontrole gidenlerde %78,6, kadın hastalıkları ve doğum

doktoruna düzenli gidenlerde %51,0, her ikisine de kontrole gidenlerde %52,9 ve düzenli kontrole gitmeyenlerde %54,5'tir. Kontrole gitme grupları arasında tedavi yöntemini güvenli bulma açısından anlamlı fark vardır (**p=0,044**). Yalnızca aile hekimine kontrole gidenler anlamlı şekilde daha sık reçeteli ilaçlara güvenmektedir.

**Tablo 17. Gebe Grubunda Kontrole Gitme Grupları Arasında Tedavi Yöntemlerini Güvenli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması**

	Tedavi yöntemi güvenli bulma					
	Reçeteli ilaçlar		Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri		Her ikisi	
	N	%	N	%	n	%
<b>Kontrol durumu</b>						
Aile hekimine düzenli kontrole gidiyorum	11	78,6	1	7,1	2	14,3
Kadın-doğum doktoruma kontrole gidiyorum	25	51,0	12	24,5	12	24,5
Her ikisine de kontrole gidiyorum	73	52,9	52	37,7	13	9,4
Düzenli kontrole gitmiyorum	6	54,5	4	36,4	1	9,1
Toplam	115	54,2	69	32,5	28	13,2

n=sıklık, %=sıtr yüzdesi, Pearson ki-kare testi **p=0,044**

#### 4.2. Emziren Grubuna Ait Bulguların İncelenmesi

Çalışmada yer alan emziren kadınların %21,1'i 18-23 yaş, %46,7'si 24-30 yaş, %28,9'u 31-37 yaş ve %3,3'ü 38-45 yaş aralığındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında; ilk sırada %25,7 ile lise mezunları gelmektedir. Onu %25,0 ile lisans-yüksek lisans ve %22,4 ile ortaokul takip etmektedir. Kadınların %65,1'i il merkezinde yaşamaktadır. En yüksek gelir grubunu %35,5 ile 2000-3000 TL grubu oluşturmaktadır. %7,9'luk kesimin herhangi bir sosyal güvencesi yokken, çoğunluk ev hanımıdır (%82,2). Emziren kadınların %81,6'sı çocukları ve eşleri ile yaşamaktadır. Sadece %5,9'luk kesim sigara kullanırken, alkol kullanana rastlanılmamıştır. %86,8'lik çoğunluğun herhangi bir kronik hastalığı yoktur ve sürekli ilaç kullanan kişi sıklığı %7,2'dir (Tablo 18).

**Tablo 18. Emziren Grubuna Ait Tanımlayıcı Özellikler**

Tanımlayıcı özellikler	n	%	Tanımlayıcı özellikler	n	%
<b>Yaş</b>			<b>Meslek durumu</b>		
18-23	32	21,1	Ev Hanımı	125	82,2
24-30	71	46,7	İşçi	2	1,3
31-37	44	28,9	Memur	23	15,1
38-45	5	3,3	Serbest Meslek	2	1,3
<b>Eğitim durumu</b>			<b>Kiminle yaşıyorsunuz?</b>		
Okuryazar değil	5	3,3	Çocuklarım ve eşimle	124	81,6
İlkokul	26	17,1	Eşimin ailesi ile birlikte	24	15,8
Ortaokul	34	22,4	Kendi ailemle birlikte	4	2,6
Lise	39	25,7			
Ön lisans	10	6,6			
Lisans-yüksek lisans	38	25,0			
<b>Yaşadığı yer</b>			<b>Sigara kullanımı</b>		
İl Merkezi	99	65,1	Evet kullanıyorum	9	5,9
İlçe Merkezi	37	24,3	Hayır kullanmıyorum	143	94,1
Köy-Kasaba	16	10,5			
<b>Gelir durumu</b>			<b>Alkol kullanımı</b>		
1000 TL'den az	3	2,0	Evet kullanıyorum	0	0,0
1000-2000 TL	21	13,8	Hayır kullanmıyorum	152	100,0
2000-3000 TL	54	35,5			
3000-4000 TL	25	16,4			
4000 TL'den fazla	49	32,2			
<b>Sigorta durumu</b>			<b>Kronik hastalık</b>		
Yok	12	7,9	Yok	132	86,8
Emekli Sandığı	50	32,9	Guatr	5	3,3
Yeşil Kart	12	7,9	Astım-KOAH	4	2,6
Bağ-Kur	11	7,2	Anemi	1	0,7
SGK	63	41,4	Hipertansiyon	1	0,7
Özel Sigorta	4	2,6	Diğer	9	5,9
			<b>Kronik ilaç kullanımı</b>		
			Evet	11	7,2
			Hayır	141	92,8

n=sıklık, %=sütun yüzdesi

Tablo 19’da emziren grubunda bazı tutum ve davranışlara ait sıklıklar verilmiştir. Buna göre; emziren annelerin %65,8’i sütünün yeterli olduğunu düşünmektedir. %37,5’i reçeteli ilaçları, %24,3’ü bitkisel ilaçları ve alternatif tıp yöntemlerini ve %38,2’si ise her ikisini etkili bulmaktadır. Buna karşın; %27,6’sı reçeteli ilaçları, %37,5’i bitkisel ilaçları ve alternatif tıp yöntemlerini ve %34,9’u ise her ikisini güvenli bulmaktadır. Emziren kadınların %17,1’i gebeyken TAT kullanmışken, %63,2’si de emzirirken TAT yöntemleri kullanmaktadır. Kullandığı ürün ile ilgili olarak doktora bilgi verme sıklığı %38,5’tir.

**Tablo 19. Emziren Grubunda Bazı Tutum ve Davranışlar**

<b>Tutum ve davranışlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sütünün yeterli olduğunu düşünme</b>		
Evet	100	65,8
Hayır	52	34,2
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>		
Reçeteli ilaçlar	57	37,5
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	37	24,3
Her ikisi	58	38,2
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>		
Reçeteli ilaçlar	42	27,6
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	57	37,5
Her ikisi	53	34,9
<b>Çocuğa gebeyken TAT kullanma durumu</b>		
Evet	26	17,1
Hayır	126	82,9
<b>Emzirirken TAT kullanma durumu</b>		
Evet	96	63,2
Hayır	56	36,8
<b>Kullandığınız şey hakkında doktorunuza bilgi verdiniz mi?</b>		
Evet	37	38,5
Hayır	59	61,5

n=sıklık, %=sütün yüzdesi

Tablo 20’de emziren kadınların emzirme sırasında kullandığı bitkisel ürünler yer almaktadır. Buna göre en sık kullanılan bitkisel ürünler %75,0 ile rezene, %29,2 ile anason, %28,1 ile nane, %15,6 ile ihlamur ve %15,6 ile dere otu olmuştur.

**Tablo 20. Emziren Grubunda Emzirme Sırasında Kullanılan Bitkisel Ürünler**

Bitkisel ürün	n	%	Kullanma nedeni	n	%
Çemen	7	7,3	Sütümü artırmak için	54	71,4
			Bebeğimin gazının azalması için		57,1
Zencefil	13	13,5	Sütümü artırmak için	10	76,9
			Bebeğimin gazının azalması için	6	46,2
Ada çayı	7	7,3	Sütümü artırmak için	7	100,0
			Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	4	57,1
Yeşil çay	5	5,2	Sütümü artırmak için	5	100,0
			Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	4	80,0
Kuşburnu	6	6,3	Sütümü artırmak için	6	100,0
			Bebeğimin gazının azalması için	3	50,0
Ihlamur	15	15,6	Sütümü artırmak için	12	80,0
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	6	40,0
			Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	6	40,0
Papatya	12	12,5	Sütümü artırmak için	12	100,0
			Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	7	58,3
Melisa yaprağı	5	5,2	Sütümü artırmak için	5	100,0
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	2	40,0
Deve dikenini	0	0,0			
Rezene	72	75,0	Sütümü artırmak için	64	88,9
			Bebeğimin gazının azalması için	31	43,1
Meyan kökü	8	8,3	Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	5	62,5
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	4	50,0
Yaban mersini	1	1,0			
Sarımsak	5	5,2	Sütümü artırmak için	5	100,0
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	3	60,0
Soğan	2	2,1	Sütümü artırmak için	2	100,0
			Bebeğimin gazının azalması için	2	100,0
Kızılıçık	0	0,0			
Nane	27	28,1	Sütümü artırmak için	23	85,2
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	10	37,0
			Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme	10	37,0
Isırgan otu	3	3,1	Sütümü artırmak için	3	100,0
			Bebeğimin gazının azalması için	1	33,3
Maydanoz	13	13,5	Sütümü artırmak için	11	84,6
			Doğum sonrası kanama azalması ve rahim temizliği	7	53,8
Anason	28	29,2	Sütümü artırmak için	25	89,3
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	9	32,1
			Bebeğimin gazının azalması için	9	32,1
Keçi sedef otu	1	1,0			
Fesleğen	1	1,0			
Kuşkonmaz	0	0,0			
Dereotu	15	15,6	Sütümü artırmak için	14	93,3
			Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	6	40,0
Karahindiba	0	0,0			
Ayva yaprağı	0	0,0			
Yonca	0	0,0			
Amber çiçeği	0	0,0			
Mine çiçeği	2	2,1	Sütümü artırmak için	2	100,0
Ahududu	1	1,0			
Kestane	2	2,1	Sütümün tadını ve kalitesini artırmak için	2	100,0
			Sütümü artırmak için	3	100,0
Sarı kantaron	3	3,1	Sütümü artırmak için	3	100,0
			Doğum sonrası kanama azalması ve rahim temizliği	2	66,7
Hindistan cevizi yağı	2	2,1			
Badem yağı	3	3,1	Meme ucu çatlağı için	3	100,0
Zeytinyağı	9	9,4	Sütümü artırmak için	7	77,8
			Meme ucu çatlağı için	7	77,8
Kimyon	10	10,4	Bebeğimin gazının azalması için	8	80,0
			Sütümü artırmak için	6	60,0

n=sıklık, %=sütün yüzdesi



Tablo 21’de emziren grubunda kullanılan bitkisel ilaçların nereden temin edildiği sorusuna verilen cevapların yüzdeleri verilmiştir. En sık yanıt %74,0 ile aktar olmuştur. Onu %20,8 ile süpermarket, %11,5 ile eczane, %5,2 ile arkadaş-aile-komşulardan, %2,1 ile doğadan kendim toplandım ve %1,0 internetten seçenekleri izlemiştir.

**Tablo 21. Emziren Grubunda Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	N	%
<b>Aktardan</b>		
Evet	71	74,0
Hayır	25	26,0
<b>Süpermarketten</b>		
Evet	20	20,8
Hayır	76	79,2
<b>Eczaneden</b>		
Evet	11	11,5
Hayır	85	88,5
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>		
Evet	5	5,2
Hayır	91	94,8
<b>İnternette</b>		
Evet	1	1,0
Hayır	95	99,0
<b>Doğadan toplandım</b>		
Evet	2	2,1
Hayır	94	97,9

n=sıklık, %=sütun yüzdesi

Tablo 22’de emziren grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği ve en doğru bilginin nereden edinilebileceği sorularına verilen yanıtlar verilmiştir. En çok bilgi kaynağı %41,7 ile akrabalar olmuştur. Onu %37,5 ile diğer emziren anneler, %26,0 ile sağlık personeli ve %22,9 ile internet-dergi takip etmektedir.

En doğru bilgi kaynağı ne olmalı sorusuna ise en sık %69,7 ile doktorlar, %7,9 ile aktar, %7,2 ile televizyon, dergi, internet, %6,6 ile daha önce kullanmış başka kişiler ve %4,6 eczane yanıtları verilmiştir.

**Tablo 22. Emziren Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	N	%
<b>Akrabalardan</b>		
Evet	40	41,7
Hayır	56	58,3
<b>Komşulardan</b>		
Evet	13	13,5
Hayır	83	86,5
<b>Sağlık personelinin</b>		
Evet	25	26,0
Hayır	71	74,0
<b>Diğer emziren annelerden</b>		
Evet	36	37,5
Hayır	60	62,5
<b>Televizyon ve radyodan</b>		
Evet	4	4,2
Hayır	92	95,8
<b>İnternette veya dergiden</b>		
Evet	22	22,9
Hayır	74	77,1
<b>Kendi fikrimdi</b>		
Evet	2	2,1
Hayır	94	97,9
<b>Aktardan</b>		
Evet	6	6,3
Hayır	90	93,8
<b>Eczacıdan</b>		
Evet	5	5,2
Hayır	91	94,8
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>		
Doktor	106	69,7
Eczane	7	4,6
Aile	6	3,9
Daha önce bitkisel ilaç kullanmış başka hastalar	10	6,6
Televizyon, dergi, internet	11	7,2
Aktar	12	7,9

n=sıklık, %=sütun yüzdesi

Tablo 23'te emziren grubunda yaş grupları arasında bazı tutum ve davranışların karşılaştırılması yapılmıştır. Reçeteli ilaçları etkili bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %21,9; 24-30 yaş grubunda %43,7; 31-37 yaş grubunda %36,4 ve 38-45 yaş grubunda %60,0'dır. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri etkili bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %43,8; 24-30 yaş grubunda %19,7; 31-37 yaş grubunda %18,2 ve 38-45 yaş grubunda %20,0'dır. Her ikisini de etkili bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %34,4; 24-30 yaş grubunda %36,6; 31-37 yaş grubunda %45,5 ve 38-45 yaş grubunda 20,0'dır. Gruplar arasında fark yoktur ( $p=0,088$ ).

Reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %18,8; 24-30 yaş grubunda %38,0; 31-37 yaş grubunda %18,2 ve 38-45 yaş grubunda %20,0'dır. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri güvenli bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %56,3; 24-30 yaş grubunda %25,4; 31-37 yaş grubunda %40,9 ve 38-45 yaş grubunda %60,0'dır. Her ikisini de güvenli bulma sıklığı 18-23 yaş grubunda %25,0; 24-30 yaş grubunda %36,6; 31-37 yaş grubunda %40,9 ve 38-45 yaş grubunda %20,0'dır. 24-30 yaş grubu diğer gruplara göre anlamlı şekilde reçeteli ilaçları daha güvenli bulmaktadır (**p=0,035**).

Çocuğa gebeyken TAT kullanma sıklığı 18-23 yaş grubunda %18,8; 24-30 yaş grubunda %11,3; 31-37 yaş grubunda %27,3 şeklindedir ve 38-45 yaş grubundaki gebelerin hiçbiri gebeyken TAT yöntemlerine başvurmamıştır. Gruplar arasında fark yoktur (p=0,111).

Emzirirken TAT kullanma sıklığı 18-23 yaş grubunda %81,3; 24-30 yaş grubunda %54,9; 31-37 yaş grubunda %65,9 ve 38-45 yaş grubunda %40,0'dır. Gruplar arasında fark vardır (**p=0,049**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın 18-23 yaş ve 38-45 yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 23. Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması**

Tutum ve davranışlar	Yaş grupları								p*
	18-23		24-30		31-37		38-45		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	7	21,9	31	43,7	16	36,4	3	60,0	0,088
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	14	43,8	14	19,7	8	18,2	1	20,0	
Her ikisi	11	34,4	26	36,6	20	45,5	1	20,0	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	6	18,8	27	38,0	8	18,2	1	20,0	<b>0,035</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	18	56,3	18	25,4	18	40,9	3	60,0	
Her ikisi	8	25,0	26	36,6	18	40,9	1	20,0	
<b>Çocuğa gebeyken TAT kullanma durumu</b>									
Evet	6	18,8	8	11,3	12	27,3	0	0,0	0,111
Hayır	26	81,3	63	88,7	32	72,7	5	100,0	
<b>Emzirirken TAT kullanma durumu</b>									
Evet	26	81,3	39	54,9	29	65,9	2	40,0	<b>0,049</b>
Hayır	6	18,8	32	45,1	15	34,1	3	60,0	

TAT= tamamlayıcı alternatif tıp, n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 24'de emziren grubunda yaş grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. Arkadaş-aile-komşulardan seçeneği 18-23 yaş grubunda %7,7; 24-30 yaş grubunda %5,1; 31-37 yaş grubunda %0,0 ve 38-45 yaş grubunda %50,0 işaretlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,018**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın 31-37 yaş ve 38-45 yaş grupları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

Bitkisel ilacı aktardan, süpermarketten, eczaneden, internetten alma ve doğadan toplama açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 24. Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	Yaş grubu								p*
	18-23		24-30		31-37		38-45		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Aktardan</b>									
Evet	17	65,4	27	69,2	26	89,7	1	50,0	0,124
Hayır	9	34,6	12	30,8	3	10,3	1	50,0	
<b>Süpermarketten</b>									
Evet	9	34,6	9	23,1	2	6,9	0	0,0	0,070
Hayır	17	65,4	30	76,9	27	93,1	2	100,0	
<b>Eczaneden</b>									
Evet	2	7,7	6	15,4	2	6,9	1	50,0	0,214
Hayır	24	92,3	33	84,6	27	93,1	1	50,0	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>									
Evet	2	7,7	2	5,1	0	0,0	1	50,0	<b>0,018</b>
Hayır	24	92,3	37	94,9	29	100,0	1	50,0	
<b>İnternetten</b>									
Evet	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0	0,688
Hayır	26	100,0	38	97,4	29	100,0	2	100,0	
<b>Doğadan topladım</b>									
Evet	0	0,0	2	5,1	0	0,0	0	0,0	0,394
Hayır	26	100,0	37	94,9	29	100,0	2	100,0	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan emziren kadınlara bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda 18-23 yaş grubunda %46,2 akrabalar, %26,9 diğer emzirenler, %23,1 internet-dergi seçenekleri ön plana çıkmıştır. 24-30 yaş grubu %43,6 akrabalar, %43,6 diğer emzirenler, %28,2 internet-dergi demmiştir. 31-37 yaş grubu %41,4 diğer emzirenler, %37,9 akrabalar, %34,5 sağlık personeli demmiştir. 38-45 yaş grubu ise %50,0 sağlık personeli, %50,0 aktar demmiştir. Sadece aktar cevabı verme açısından gruplar arasında fark vardır ( $p=0,038$ ). Diğer bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda ‘doktor’ önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 25).

**Tablo 25. Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Yaş grubu								p*
	18-23		24-30		31-37		38-45		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>									
Evet	12	46,2	17	43,6	11	37,9	0	0,0	0,600
Hayır	14	53,8	22	56,4	18	62,1	2	100,0	
<b>Komşulardan</b>									
Evet	3	11,5	7	17,9	3	10,3	0	0,0	0,729
Hayır	23	88,5	32	82,1	26	89,7	2	100,0	
<b>Sağlık personelinde</b>									
Evet	5	19,2	9	23,1	10	34,5	1	50,0	0,480
Hayır	21	80,8	30	76,9	19	65,5	1	50,0	
<b>Diğer emzirenlerden</b>									
Evet	7	26,9	17	43,6	12	41,4	0	0,0	0,355
Hayır	19	73,1	22	56,4	17	58,6	2	100,0	
<b>Televizyon ve radyodan</b>									
Evet	0	0,0	3	7,7	1	7,7	0	0,0	0,481
Hayır	26	100,0	36	92,3	28	92,3	2	100,0	
<b>İnternette veya dergilerden</b>									
Evet	6	23,1	11	28,2	5	17,2	0	0,0	0,628
Hayır	20	76,9	28	71,8	24	82,8	2	100,0	
<b>Kendi fikrimdi</b>									
Evet	0	0,0	1	2,6	1	3,4	0	0,0	0,824
Hayır	26	100,0	38	97,4	28	96,6	2	100,0	
<b>Aktarlardan</b>									
Evet	0	0,0	3	7,7	2	6,9	1	50,0	<b>0,038</b>
Hayır	26	100,0	36	92,3	27	93,1	1	50,0	
<b>Eczacıdan</b>									
Evet	2	7,7	3	7,7	0	0,0	0	0,0	0,472
Hayır	24	92,3	36	92,3	29	100,0	2	100,0	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>									
Doktor	24	75,0	46	64,8	31	70,5	5	100,0	0,412
Eczane	3	9,4	3	4,2	1	2,3	0	0,0	
Aile	1	3,1	2	2,8	3	6,8	0	0,0	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	1	3,1	4	5,6	5	11,4	0	0,0	
Televizyon, dergi, internet	2	6,3	9	12,7	0	0,0	0	0,0	
Aktar	1	3,1	7	9,9	4	9,1	0	0,0	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 26’da emziren grubunda eğitim grupları arasında bazı tutum ve davranışların karşılaştırılması verilmiştir.

Reçeteli ilaçları etkili bulma sıklığı ilkökul ve altı için %45,2; ortaokul için %26,5; lise için %23,1; lise üzeri için %52,1’dir. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini etkili bulma sıklığı ilkökul ve altı için %22,6; ortaokul için %20,6; lise için %35,9; lise üzeri için %18,8’dir. Her ikisini de etkili bulma sıklığı ilkökul ve altı için %32,3; ortaokul için %52,9; lise için %41,0; lise üzeri için %29,2’dir. Tedavi yöntemini etkili bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,046**).

Reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklığı ilkököl ve altı için %35,5; ortaokul için %20,6; lise için %17,9; lise üzeri için %35,4'dür. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini güvenli bulma sıklığı ilkököl ve altı için %41,9; ortaokul için %38,2; lise için %41,0; lise üzeri için %31,3'dür. Her ikisini de güvenli bulma sıklığı ilkököl ve altı için %22,6; ortaokul için %41,2; lise için %41,0; lise üzeri için %33,3'dür. Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,353$ ).

Gebeyken TAT yöntemi kullanma sıklığı ilkököl ve altı için %9,7; ortaokul için %17,6; lise için %15,4; lise üzeri için %22,9'dür. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,487$ ). Emzirirken TAT kullanma sıklığı ise ilkököl ve altı için %48,4; ortaokul için %52,9; lise için %79,5; lise üzeri için %66,7'dir. Emzirirken TAT kullanma durumu açısından eğitim grupları arasında fark vardır ( $p=0,027$ ). İkili karşılaştırmalarda farkın ilkököl ve altı grubu ile lise grubu arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür.

**Tablo 26. Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması**

Tutum ve davranışlar	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	14	45,2	9	26,5	9	23,1	25	52,1	<b>0,046</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	7	22,6	7	20,6	14	35,9	9	18,8	
Her ikisi	10	32,3	18	52,9	16	41,0	14	29,2	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>									
Reçeteli ilaçlar	11	35,5	7	20,6	7	17,9	17	35,4	0,353
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	13	41,9	13	38,2	16	41,0	15	31,3	
Her ikisi	7	22,6	14	41,2	16	41,0	16	33,3	
<b>Gebeyken TAT kullanma durumu</b>									
Evet	3	9,7	6	17,6	6	15,4	11	22,9	0,487
Hayır	28	90,3	28	82,4	33	84,6	37	77,1	
<b>Emzirirken TAT kullanma durumu</b>									
Evet	15	48,4	18	52,9	31	79,5	32	66,7	<b>0,027</b>
Hayır	16	51,6	16	47,1	8	20,5	16	33,3	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Kestane kullanımı ilkököl ve altı grubunda %13,3 iken; ortaokul, lise ve lise üzeri gruplarında kestane kullanan emziren anne çıkmamıştır. Gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,012$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın ilkököl ve altı ile lise ve ilkököl ve altı ile lise üzeri gruplar arasındaki farklardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 27'de emziren grubunda eğitim grupları arasında bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi kullanma nedenleri sunulmuştur. Sütü artırmak için deme sıklığı ilkököl ve altı grubunda %80,0; ortaokul grubunda %72,2; lise grubunda %87,1 ve lise üzeri grubunda %84,4'tür. Meme ucu çatlağı için deme sıklığı ilkököl ve altı grubunda %6,7; ortaokul

grubunda %22,2; lise grubunda %6,5 ve lise üzeri grubunda %9,4'tür. Sütümün tadını-kalitesini artırmak için deme oranları ilkokul ve altı grubunda %26,7; ortaokul grubunda %11,1; lise ve lise üzeri grubunda %16,1'dir. Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme diye beyan edenler ilkokul ve altı grubunda %13,3; ortaokul grubunda %11,1; lise grubunda %22,6 ve lise üzeri grubunda %12,5'tir. Bebeğin gazını azaltmak için deme sıklığı ise ilkokul ve altı grubunda %20,0; ortaokul grubunda %44,4; lise grubunda %38,7 ve lise üzeri grubunda %34,4'tür. Nedenler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 27. Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri**

Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sütü artırmak için</b>									
Evet	12	80,0	13	72,2	27	87,1	27	84,4	0,595
Hayır	3	20,0	5	27,8	4	12,9	5	15,6	
<b>Meme ucu çatlağı için</b>									
Evet	1	6,7	4	22,2	2	6,5	3	9,4	0,324
Hayır	14	93,3	14	77,8	29	93,5	29	90,6	
<b>Meme enfeksiyonunu önlemek için</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0,548
Hayır	15	100,0	18	100,0	30	96,8	32	100,0	
<b>Sütümün tadını-kalitesini artırmak için</b>									
Evet	4	26,7	2	11,1	5	16,1	5	16,1	0,592
Hayır	11	73,3	16	88,9	26	83,9	26	83,9	
<b>Doğum sonrası ağrı azalması ve iyileşme</b>									
Evet	2	13,3	2	11,1	7	22,6	4	12,5	0,634
Hayır	13	86,7	16	88,9	24	77,4	28	87,5	
<b>Doğum sonrası kanama azalması ve rahim temizlenmesi</b>									
Evet	0	0,0	3	16,7	3	9,7	4	12,5	0,446
Hayır	15	100,0	15	83,3	28	90,3	28	87,5	
<b>Bebeğin gazını azaltmak için</b>									
Evet	3	20,0	8	44,4	12	38,7	11	34,4	0,501
Hayır	8	80,0	10	55,6	19	61,3	21	65,6	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 28'de emziren grubunda eğitim grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. İlkokul ve altı grubunda en sık işaretlenen seçenekler %86,7 ile aktar, %13,3 ile süpermarket olmuştur. Ortaokul grubunda %66,7 aktar, %33,3 süpermarket seçilmiştir. Lise grubunda %80,6 aktar, %22,6 süpermarket seçilmiştir. Lise üzeri grupta ise %65,6 aktar, %15,6 süpermarket ve %15,6 eczane işaretlenmiştir.

Bitkisel ilacı aktardan, süpermarketten, eczaneden, arkadaş, aile, komşulardan, internetten alma ve doğandan toplama açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 28. Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaçın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Aktardan</b>									
Evet	13	86,7	12	66,7	25	80,6	21	65,6	0,305
Hayır	2	13,3	6	33,3	6	19,4	11	34,4	
<b>Süpermarketten</b>									
Evet	2	13,3	6	33,3	7	22,6	5	15,6	0,423
Hayır	13	86,7	12	66,7	24	77,4	27	84,4	
<b>Eczaneden</b>									
Evet	1	6,7	2	11,1	3	9,7	5	15,6	0,805
Hayır	14	93,3	16	88,9	28	90,3	27	84,4	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>									
Evet	1	6,7	0	0,0	2	6,5	2	6,3	0,748
Hayır	14	93,3	18	100,0	29	93,5	30	93,8	
<b>İnternette</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0,548
Hayır	15	100,0	18	100,0	30	96,8	32	100,0	
<b>Doğadan toplandı</b>									
Evet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,3	0,252
Hayır	15	100,0	18	100,0	31	100,0	30	93,8	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan emziren annelerden ilkökul ve altı grubunda kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda %46,7 diğer emziren anneler, %33,3 ile akrabalar, %20,0 ile sağlık personeli ön plana çıkmıştır. Ortaokul grubunda %44,4 diğer emziren anneler, %27,8 akrabalar, %27,8 sağlık personeli denmiştir. Lise grubunda %48,4 akrabalar, %29,0 diğer emziren anneler, %29,0 sağlık personeli denmiştir. Lise üzeri grubu ise %46,9 internet-dergi, %46,9 akrabalar ve %37,5 başka kullanıcılar demmiştir. İnternet-dergi deme açısından gruplar arasında anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ). İkişerli karşılaştırmalar sonucu farkın ilkökul ve altı ile lise üzeri ve ortaokul ile lise üzeri grupları arasındaki farklardan kaynaklandığı görülmüştür. Diğer bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda 'doktor' önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 29). En doğru bilgi kaynağı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0,534$ ).



**Tablo 29. Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Eğitim durumu								p*
	İlkokul ve altı		Ortaokul		Lise		Lise üzeri		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>									
Evet	5	33,3	5	27,8	15	48,4	15	46,9	0,425
Hayır	10	66,7	13	72,2	16	51,6	17	53,1	
<b>Komsulardan</b>									
Evet	2	13,3	2	11,1	4	12,9	5	15,6	0,974
Hayır	13	86,7	16	88,9	27	87,1	27	84,4	
<b>Sağlık personelinin</b>									
Evet	3	20,0	5	27,8	9	29,0	8	25,0	0,924
Hayır	12	80,0	13	72,2	22	71,0	24	75,0	
<b>Diğer emziren annelerden</b>									
Evet	7	46,7	8	44,4	9	29,0	12	37,5	0,603
Hayır	8	53,3	10	55,6	22	71,0	20	62,5	
<b>Televizyon ve radyodan</b>									
Evet	0	0,0	1	5,6	1	3,2	2	6,3	0,764
Hayır	15	100,0	17	94,4	30	96,8	30	93,8	
<b>İnternette veya dergilerden</b>									
Evet	0	0,0	1	5,6	6	19,4	15	46,9	<0,001
Hayır	15	100,0	17	94,4	25	80,6	17	53,1	
<b>Kendi fikrimdi</b>									
Evet	1	6,7	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0,267
Hayır	14	93,3	17	94,4	31	100,0	32	100,0	
<b>Aktarlardan</b>									
Evet	2	13,3	0	0,0	0	0,0	4	12,5	0,083
Hayır	13	86,7	18	100,0	31	100,0	28	87,5	
<b>Eczacıdan</b>									
Evet	1	6,7	0	0,0	2	6,5	2	6,3	0,748
Hayır	14	93,3	18	100,0	29	93,5	30	93,8	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>									
Doktor	22	71,0	24	70,6	27	69,2	33	68,8	0,534
Eczane	1	3,2	1	2,9	4	10,3	1	2,1	
Aile	3	9,7	2	5,9	0	0,0	1	2,1	
Aktar	3	9,7	2	5,9	3	7,7	4	8,3	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	2	6,5	2	5,9	1	2,6	5	10,4	
Televizyon, dergi, internet	0	0,0	3	8,8	4	10,3	4	8,3	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 30’da gebe grubunda gelir grupları arasında bazı tutum ve davranışların karşılaştırılması verilmiştir.

Reçeteli ilaçları etkili bulma sıklığı 2000 TL altı için %37,5; 2000-3000 TL için %37,0; 3000 TL üzeri için %37,8’dir. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini etkili bulma sıklığı 2000 TL altı için %25,0; 2000-3000 TL için %27,8; 3000 TL üzeri için %21,6’dır. Her ikisini de etkili bulma sıklığı 2000 TL altı için %37,5; 2000-3000 TL için %35,2; 3000 TL üzeri için

%40,5'dir. Tedavi yöntemini etkili bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,947).

Reçeteli ilaçları güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %37,5; 2000-3000 TL için %20,4; 3000 TL üzeri için %29,7'dir. Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %29,2; 2000-3000 TL için %46,3; 3000 TL üzeri için %33,8'dir. Her ikisini de güvenli bulma sıklığı 2000 TL altı için %33,3; 2000-3000 TL için %33,3; 3000 TL üzeri için %36,5'dir. Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,415).

Gebeyken TAT yöntemi kullanma sıklığı 2000 TL altı için %20,8; 2000-3000 TL için %11,1; 3000 TL üzeri için %20,3'tür. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (p=0,345). Emzirirken TAT kullanma sıklığı ise 2000 TL altı için %58,3; 2000-3000 TL için %55,6; 3000 TL üzeri için %70,3'tür. Emzirirken TAT kullanma durumu açısından gelir grupları arasında fark yoktur (p=0,203).

**Tablo 30. Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması**

Tutum ve davranışlar	Aylık gelir durumu						p
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma durumu</b>							
Reçeteli ilaçlar	9	37,5	20	37,0	28	37,8	0,947
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	6	25,0	15	27,8	16	21,6	
Her ikisi	9	37,5	19	35,2	30	40,5	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma durumu</b>							
Reçeteli ilaçlar	9	37,5	11	20,4	22	29,7	0,415
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	7	29,2	25	46,3	25	33,8	
Her ikisi	8	33,3	18	33,3	27	36,5	
<b>Gebeyken TAT kullanma durumu</b>							
Evet	5	20,8	6	11,1	15	20,3	0,345
Hayır	19	79,2	48	88,9	59	79,7	
<b>Emzirirken TAT kullanma durumu</b>							
Evet	14	58,3	30	55,6	52	70,3	0,203
Hayır	10	41,7	24	44,4	22	29,7	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Ihlamur kullanımı 2000 TL altı grubunda %35,7; 2000-3000 TL grubunda %6,7 ve 3000 TL üzeri grubunda %15,4'tür. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,047**). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu farkın 2000 TL altı grup ile 2000-3000 TL arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Diğer bitki türleri açısından gelir grupları arasında fark yoktur (p>0,05).

Tablo 31’de emziren grubunda gelir grupları arasında kullanılan bitkisel ilacın nereden edinildiğine dair cevaplar verilmiştir. Bitkisel ilacı aktardan, süpermarketten, eczanelden, arkadaş, aile, komşulardan, internetten alma ve doğadan toplama açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 31. Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri**

Bitkisel İlaçların Temin Yeri	Aylık gelir durumu						p*
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	n	%	N	%	n	%	
<b>Aktardan</b>							
Evet	11	78,6	22	73,3	38	73,1	0,913
Hayır	3	21,4	8	26,7	14	26,9	
<b>Süpermarketten</b>							
Evet	4	28,6	4	13,3	12	23,1	0,430
Hayır	10	71,4	26	86,7	40	76,9	
<b>Eczanelden</b>							
Evet	1	7,1	4	13,3	6	11,5	0,835
Hayır	13	92,9	26	86,7	46	88,5	
<b>Arkadaş, aile, komşulardan</b>							
Evet	0	0,0	4	13,3	1	1,9	0,052
Hayır	14	100,0	26	86,7	51	98,1	
<b>İnternette</b>							
Evet	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0,652
Hayır	14	100,0	30	100,0	51	98,1	
<b>Doğadan topladım</b>							
Evet	0	0,0	1	3,3	1	1,9	0,766
Hayır	14	100,0	29	96,7	51	98,1	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Araştırmaya katılan gebelere kullanılan bitkisel ilaç veya alternatif tıp yöntemi hakkında bilginin nereden edinildiği sorulduğunda 2000 TL altı grubunda %50,0 diğer emziren anneler, %42,9 akraba önermeleri ön plana çıkmıştır. 2000-3000 TL grubunda %33,3 akrabalar, %30,0sağlık personeli denmiştir. 3000 TL üzeri grup ise %46,2 akrabalar, %40,4 diğer emziren anneler demıştır. İnternet-dergi önermesi açısından gruplar arasında fark vardır (**p=0,011**). İkili karşılaştırmalar sonucu farkın 2000-3000 TL ile 3000 TL üzeri grup arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Diğer bilgi kaynakları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

En doğru bilgi kaynağı konusunda katılımcıların fikirleri sorulduğunda tüm gruplarda ‘doktor’ önermesi en sık cevaplanan seçenek olmuştur (Tablo 32). En doğru bilgi kaynağı açısından gruplar arasına anlamlı fark yoktur ( $p=0,773$ ).

**Tablo 32. Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği**

Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri	Aylık gelir durumu						p*
	2000 TL altı		2000-3000 TL		3000 TL üzeri		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Akrabalardan</b>							
Evet	6	42,9	10	33,3	24	46,2	0,523
Hayır	8	57,1	20	66,7	28	53,8	
<b>Komşulardan</b>							
Evet	2	14,3	5	16,7	6	11,5	0,804
Hayır	12	85,7	25	83,3	46	88,5	
<b>Sağlık personelinden</b>							
Evet	2	14,3	9	30,0	14	26,9	0,530
Hayır	12	85,7	21	70,0	38	73,1	
<b>Diğer emziren annelerden</b>							
Evet	7	50,0	8	26,7	21	40,4	0,270
Hayır	7	50,0	22	73,3	31	59,6	
<b>Televizyon ve radyodan</b>							
Evet	2	14,3	0	0,0	2	3,8	0,086
Hayır	12	85,7	30	100,0	50	96,2	
<b>İnternette veya dergilerden</b>							
Evet	2	14,3	2	6,7	18	34,6	<b>0,011</b>
Hayır	12	85,7	28	93,3	34	65,4	
<b>Kendi fikrimdi</b>							
Evet	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0,421
Hayır	14	100,0	30	100,0	50	96,2	
<b>Aktarlardan</b>							
Evet	1	7,1	1	3,3	4	7,7	0,726
Hayır	13	92,9	29	96,7	48	92,3	
<b>Eczacıdan</b>							
Evet	0	0,0	1	3,3	4	7,7	0,442
Hayır	14	100,0	29	96,7	48	92,3	
<b>En doğru bilgi kaynağı</b>							
Doktor	15	62,5	37	68,5	54	73,0	0,773
Eczane	1	4,2	2	3,7	4	5,4	
Aile	1	4,2	4	7,4	1	1,4	
Aktar	2	8,3	3	5,6	7	9,5	
Daha önce TAT kullanmış başka hastalar	2	8,3	3	5,6	5	6,8	
Televizyon, dergi, internet	3	12,5	5	9,3	3	4,1	

n=sıklık, %=sütun yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi

Tablo 33’de emziren grubundaki bazı özellikler arasında emzirirken TAT yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Emzirirken TAT kullananlarda ortalama gebelik sayısı  $2,5 \pm 1,7$  iken, kullanmayanlarda  $3,0 \pm 1,5$ ’tir. İki grup arasında anlamlı fark vardır ( $p=0,006$ ).

Sütünün yeterli olduğunu düşünenlerin %57,0'ı, olmadığını düşünenlerin %75,0'ı emzirirken TAT kullanmıştır. Sütünün yeterli olmadığını düşünenlerde, yeterli olduğunu düşünenlere göre emzirirken TAT kullanımını anlamlı şekilde daha fazladır (**p=0,029**).

Sigortalı olanlar %62,9, olmayanlar %66,7 TAT kullanmıştır. Çalışma durumuna göre bakıldığında; ev hanımları %62,4, diğerleri %66,7 TAT kullanmıştır. Çekirdek aileye sahip olanlar %61,3, geniş aileye sahip olanlar %71,4; sigara kullananlar %66,7, kullanmayanlar %62,9 TAT kullanmıştır. Bu dört değişken açısından gruplar arasında emzirme döneminde TAT kullanma yönünden anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Emzirirken TAT kullanımı; reçeteli ilaçları etkili bulanlarda %36,8; bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini etkili bulanlarda %83,8 ve her ikisini etkili bulanlarda %75,9 olarak bulunmuştur. Sadece reçeteli ilaçları etkili bulanlarda anlamlı şekilde TAT kullanımını daha azdır (**p<0,001**).

Emzirirken TAT kullanımı; reçeteli ilaçları güvenli bulanlarda %23,8; bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemlerini güvenli bulanlarda %77,2 ve her ikisini güvenli bulanlarda %79,2 bulunmuştur. Sadece reçeteli ilaçları güvenli bulanlarda anlamlı şekilde TAT kullanımını daha azdır (**p<0,001**).

Gebeyken TAT kullananların %92,3'ü emzirirken de TAT kullanırken, gebeyken kullanmayanlarda bu oran %57,1'dir. Gruplar arasında anlamlı fark vardır (**p=0,001**).

**Tablo 33. Emziren Grubundaki Bazı Özellikler Arasında Emzirirken Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması**

Tanımlayıcı özellikler ve tutum, davranışlar	Emzirirken TAT kullanma				p*
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
<b>Gebelik sayısı</b>					
Ortalama±Standart sapma	2,5±1,7		3,0±1,5		<b>0,006**</b>
Ortanca (minimum-maksimum)	2 (1-10)		3 (1-7)		
<b>Sütünüzün yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?</b>					
Evet	57	57,0	43	43,0	<b>0,029</b>
Hayır	39	75,0	13	25,0	
<b>Kronik hastalık</b>					
Yok	83	62,9	49	37,1	
Guatr	4	80,0	1	20,0	
Anemi	1	100,0	0	0,0	0,660
Hipertansiyon	0	0,0	1	100,0	
Astım-KOAH	2	50,0	2	50,0	
Diğer	6	66,7	3	33,3	
<b>Tedavi yöntemini etkili bulma</b>					
Reçeteli ilaçlar	21	36,8	36	63,2	<b>&lt;0,001</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	31	83,8	6	16,2	
Her ikisi	44	75,9	14	24,1	
<b>Sigorta durumu</b>					
Var	88	62,9	52	37,1	0,793
Yok	8	66,7	4	33,3	
<b>Çalışma durumu</b>					
Ev hanımı	78	62,4	47	37,6	0,677
Diğer	18	66,7	9	33,3	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek aile	76	61,3	48	38,7	0,315
Geniş aile	20	71,4	8	28,6	
<b>Sigara kullanımı</b>					
Evet	6	66,7	3	33,3	0,822
Hayır	90	62,9	53	37,1	
<b>Alkol kullanımı</b>					
Evet	0	0,0	0	0,0	-
Hayır	96	63,2	56	36,8	
<b>Tedavi yöntemini güvenli bulma</b>					
Reçeteli ilaçlar	10	23,8	32	76,2	<b>&lt;0,001</b>
Bitkisel ilaçlar ve alternatif tıp yöntemleri	44	77,2	13	22,8	
Her ikisi	42	79,2	11	20,8	
<b>Gebeyken TAT kullanma durumu</b>					
Evet	24	92,3	2	7,7	<b>0,001</b>
Hayır	72	57,1	54	42,9	

n=sıklık, %=satur yüzdesi, \*Pearson ki-kare testi, \*\*Mann Whitney U testi

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Gebeler Arasında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı

Tüm dünyada olduğu gibi gebe ve emziren kadınlar arasında TAT kullanım sıklığı giderek artmaktadır (7-10). TAT yöntemlerinin yaygın kullanımlarına rağmen yapılan çalışmalar halen yeterli düzeyde değildir. Çalışmamızda gebe ve emziren kadınlar arasında TAT kullanım sıklığını, en sık kullanılan yöntemleri, TAT kullanan kadınların kullanım nedenlerini, bilgi kaynaklarını, TAT yöntemine ulaşım yollarını, kullanılan yöntemler hakkında sağlık çalışanına bilgi verme oranını, TAT kullanımını etkileyen sosyodemografik özellikleri inceledik.

Çalışmamızda gebeliğin herhangi bir döneminde TAT kullanım sıklığı %38,7 olarak, gebelikten önce TAT kullanım sıklığı ise %49,1 olarak ortaya çıktı. Literatürde bizim çalışmamıza benzer, daha yüksek ve daha düşük gebelik sırasında TAT kullanım oranları bildirilmiştir. 2012 yılında 315 postnatal kadının katılımıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %57,1'i gebelik sırasında en az bir alternatif tıp yöntemi kullandığını belirtmiştir (80). Pallivalappila ve ark.'nın İngiltere'de yaptıkları ve gebeliğin erken evrelerinde TAT kullanımının incelendiği bir çalışmada, 332 gebenin %63'ünün gebeliklerinin erken dönemlerinde TAT yöntemlerine başvurdukları bildirilmiştir (81). Yusof ve ark. 447 gebe ile yaptıkları araştırmada TAT kullanımını %85,2 olarak bildirmiştir (82). Amerika Birleşik Devletleri'nde gebe kadınlar arasında TAT kullanım sıklığını ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada 2 ayrı zaman diliminde katılımcılara anket uygulanmış ve 2007 yılında TAT kullanım oranı %72 ve 2013 yılında kullanım oranı %68,5 olarak ortaya çıkmıştır (83). Türkiye'de Samsun'da 2010-2011 yılları arasında 285 gebenin katılımıyla yapılan bir çalışmada TAT kullanım sıklığı %41,1 olarak bildirilmiştir (9). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada gebelerin gebelikleri sırasında bitkisel ürünleri kullanma durumları incelenmiş ve kullanım oranı %47,3 olarak saptanmıştır (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bazı çalışmalarda TAT kullanım sıklığı %13,8 (84), %31,3 (85), %48 (86), Irak'ta yapılan bir çalışmada %56,7 (87), Almanya'da yapılan bir çalışmada %50,7 (88) olarak tespit edilmiştir.

Görüldüğü gibi TAT kullanım prevalansı toplumdan topluma, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. TAT kullanım sıklıkları arasındaki bu farklılıkların; yapılan çalışmaların metodolojisinin farklı olmasından, TAT için halen belli bir tanımın

yapılmamış olması ve bir ülkede TAT yöntemi olarak kabul edilen bir yöntemin başka bir ülke için TAT olarak tanımlanmamasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Aynı zamanda her çalışmada sorgulanan TAT yöntemlerinin değişkenliği de bu farklılıklara sebebiyet verebilir. Her toplumun kültürü, etnik yapısı TAT kullanımını etkileyeceğinden prevalansın geniş bir aralıkta farklılık göstermesi doğaldır. Aynı zamanda çalışmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik özellikleri de TAT kullanımını etkileyen faktörler arasındadır.

Yaptığımız çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemi bitkisel ürünler olarak ortaya çıkmıştır. Bitkisel ürünler dışında müzik terapisi, masaj terapisi, rahatlama teknikleri diğer kullanılan yöntemler arasında yer almıştır. Çalışmamızda akupunktur, yoga, aromaterapi, hipnoz, meditasyon gibi yöntemleri kullanan kullanıcı yoktur. Bu durumu çalışmamıza dahil olan kişilerin sosyoekonomik düzeylerindeki düşüklük nedeniyle bu yöntemlere ulaşmak için gerekli olan maliyeti karşılayamamalarına bağlayabiliriz. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Pallivalappila ve ark. İngiltere'de yaptıkları ve gebeliğin erken evrelerinde TAT kullanımını inceledikleri çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemlerini bitkisel ürünler ve masaj olarak bildirmiştir (81). Yine İngiltere'de yapılan 14145 kişilik bir kohort araştırmasında en sık kullanılan TAT yöntemleri bitkisel ürünler, homeopatik ilaçlar ve bitkisel ilaçlar olarak ortaya çıkmıştır (19). Irak'ta 2016 yılında yapılan bir çalışmada 335 gebenin %53,7'sinin bitkisel ürünler ve %36,3'ünün gebelikleri sırasında multivitamin kullandıkları belirlenmiştir (88). Ayrıca Koç ve ark. Türkiye'de yaptıkları çalışma ile Yusof ve ark. yaptıkları çalışmada gebelikte en sık kullanılan TAT yöntemini bizim çalışmamıza benzer şekilde bitkisel ürünler olarak bildirmişlerdir (9,82). Literatür incelendiğinde zihin beden uygulamalarını (89); yoga ve bitkisel ürünleri (90), homeopati, akupunktur ve psikoterapiyi (88), dua , masaj terapisi ve meditasyonu (83) en sık kullanılan TAT yöntemi olarak bildiren yayınlar mevcuttur.

Bu çalışmada yer alan gebeler arasında en sık kullanılan bitkisel ürünler nane (%57,3), kekik (%29,6), ıhlamur (%24,4), zencefil (%17,1), kuş burnu (%12,2) ve badem yağı (%11) ve ısırgan otu (%8,5) olarak ortaya çıktı. Bitkilerin kullanım nedenlerine bakıldığında zaman en sık gebelik ile ilgili semptomları tedavi amacıyla bitkisel ürünlere başvurulduğu görülmüştür. Kullanıcılar nane, kekik, ıhlamuru ve kuş burnunu gebelikte görülen bulantı, kusma ve soğuk algınlığını tedavi etmek için kullandıklarını belirttiler. Kekik tedavisine soğuk algınlığı, bulantı ve kusma dışında mide yanması, ekşimesi ve kabızlık için de başvuran hastalar mevcuttu. Çalışmamızda



yer alan gebeler zencefile en sık gebeliklerinin erken dönemlerinde görülen bulantı ve kusmayı tedavi etmek için başvurduklarını belirttiler. Badem yağının kullanım nedenine bakacak olursak gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan karın çatlakları olduğu görülmüştür. Karın çatlaklarını tedavi etmek için hindistan cevizi yağı, zeytin yağı, kakao yağı gibi yöntemlere başvuran hastalarımız da mevcuttur. Ayrıca katılımcıların ısırgan otunu kabızlık, bulantı ve kusma tedavisi için, ada çayını mide yanması, ekşimesi, bulantı, kusma ve soğuk algınlığı için, papatya çayını idrar yolları enfeksiyonu ve soğuk algınlığı için, tarçını amniyon sıvısını arttırmak için, karanfili diş ağrısı başta olmak üzere soğuk algınlığı ve bulantı kusma için kullandıkları görülmüş olup diğer az belirtilen kullanım nedenleri ise doğumu kolaylaştırmak, kansızlık ve vitamin eksikliklerini tedavi etmek ve bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirilmesi şeklindedir.

Koç ve ark. yaptıkları çalışmada en sık kullanılan bitki türlerini nane, ıhlamur, kuş burnu ve ısırgan otu olarak bulmuşlardır (9). Aynı zamanda Kıssal ve ark.nın çalışmasında en sık kullanılan bitkiler ıhlamur, nane, kuş burnu ve zencefil olarak ortaya çıkmıştır (10). Bizim çalışmamızla birlikte bu iki çalışma Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmıştır. Farklı bölgelerde yapılmasına rağmen kullanılan bitki türlerinin benzerlik göstermesi; Türk halkının gebelikleri sırasında ıhlamur, nane, kuş burnu ve zencefile sık başvurduklarının kanıtı olabilir. Yine bu çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde bu bitkiler bulantı, kusma, soğuk algınlığı ve GİS problemlerine yönelik kullanılmıştır. Nordeng ve ark.nın 600 Norveç'li kadınla yaptıkları çalışmada en sık kullanılan bitkisel ürünler zencefil, ekinezya, kızılıçık, ahududu yaprağı olarak bildirilmiştir (91). Cuzzolin ve ark., İtalya'da 392 gebe ile yaptıkları çalışmada papatya, meyan kökü, rezene, kedi otu, ekinezya, badem yağı, yaban mersininin en sık kullanılan bitkiler olduğunu tespit etmişlerdir (92). Avustralya'da yapılan bir çalışmada en sık kullanılan bitkisel ürünler ahududu, zencefil, papatya (93); İskenderiye'de yapılan başka bir çalışmada en sık kullanılan bitkiler anason, çemen, zencefil, sarımsak, yeşil çay ve nane (50); Irak'ta yapılan bir çalışmada ise en sık kara tohum ve papatya (87) olarak bildirilmiştir.

Gebelik sırasında kadınların kullandığı bitkisel ürünler farklılık gösterse de literatürde ortak olarak bildirilen bitki zencefil olmuştur. Gebelerin gebeliklerinin erken dönemlerinde görülen bulantı ve kusmayı doğal yöntemler ile tedavi etmek amacıyla zencefile yöneldikleri görülmüştür (94). Vutyavanich ve ark. yaptıkları çalışma ile zencefilin gebelikte görülen bulantı ve kusmasının şiddetinde azalma sağladığını

bildirmişlerdir (95). Benzer şekilde Fischer Rasmussen ve ark.nın çalışmasında zencefilin hiperemesis gravidarum tedavisinde placebo ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu saptanmıştır (96). Zencefilin gebeler arasında bu kadar sık kullanılmış olması yan etkileri konusunda daha dikkatli olunması gerektiğini gösterir. Özellikle gebelerin bu konuda bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir. Zencefil anti-koagulan ve anti-trombotik aktiviteye sahiptir ve bu nedenle kanama zamanını uzatabilir, istenmeyen kanamalara neden olabilir (97). Ek olarak zencefilin yapısında bulunan aktif madde 6-gingerol; sitokrom p450 sistemi ile etkileşime girerek fetüs için potansiyel bir teratojenik etki gösterebilir (98). Farelerle 2000 yılında yapılan bir çalışmada; zencefil çayına maruz kalan hamile farelerin fetüslerinde kayıp oranının arttığı ve zencefil çayına maruz kalan fetüslerin ağırlıklarının kontrol grubuna göre arttığı gösterilmiştir (99). Bizim çalışmamızda zencefil kullanan 14 gebe, gebelikleri sırasında herhangi bir yan etki ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızın bir kısıtlılığı zencefil kullanan gebelerin ve doğan bebeklerinin doğum sırasında ve doğum sonrasında takibinin yapılamamasıdır. Dolayısıyla bu dönemlerde herhangi bir yan etki gelişip gelişmediğini bilmiyoruz. Aynı zamanda görülen yan etkilerin bildirim oranı düşük olduğundan, herhangi bir yan etki görülse dahi gebeler bu yan etkileri belirtmemiş olabilirler veya görülen herhangi bir yan etkiyi kullandıkları bitkilere atfetmeyip gebeliklerine bağlamış olabilirler.

Gebelikte nane üst solunum yolları enfeksiyonu, GİS problemleri, kas ve iskelet sistemi ağrıları için kullanılmaktadır. Zencefil ile birlikte gebelik bulantı ve kusmasının azaltılmasında da kullanılmaktadır (51). Nane ve nane elde edilen yağların besin düzeyinde kullanımının gebelikte herhangi bir risk oluşturmayacağı düşünülmektedir (50). Fakat yüksek dozda kullanıldığı takdirde uterin kanamalara neden olabilir. Bundan dolayı organogenez döneminin olduğu birinci üç aylık dönemde kullanılmaması gerekir ve güvensiz kabul edilir (51).

Papatya gebeler arasında genellikle rahatlamak, gevşemek için kullanılır (51). Ayrıca kadınların kendilerini doğuma hazırlamak ve güçlenmek için de papatya kullandıklarını bildiren çalışmalar da vardır (93). Bizim çalışmamızda kadınlar papatyayı daha çok idrar yolları enfeksiyonu ve mide yanması, ekşimesi gibi gebelikte sık görülen semptomlara yönelik olarak kullanmışlardır. Gebelik sırasında papatya kullanırken dikkatli olmak gerekir. Gebelikte papatyanın aşırı kullanımı uterus kontraksiyonlarını tetikleyebilir ve erken doğum, düşük gibi sorunlara neden olabilir (100). Cuzzolin ve

ark. yaptıkları çalışmada papatya kullanan gebeler arasında düşük ve düşük tehdidinin görülme sıklığının arttığını belirtmişlerdir (92). Aynı zamanda papatya antikoagulan etki göstererek kanama zamanını uzatabilir (97).

Gebeler arasında sık kullanılan başka bir bitkisel ürün olan badem yağı genellikle gebelikte görülen karın çatlaklarını önlemek için kullanılır (92). Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da gebeler badem yağını karın çatlaklarını önlemek için kullanmışlardır. Badem yağı oleik asit, linoleik asit ve araşidonik asit içerir. Gebeler badem yağını karın çatlakları için kullandıklarından dolayı masaj ile uygularlar. Bundan dolayı içeriğinde bulunan maddelerin emilimi artar. Prostaglandinler araşidonik asitten sentezlendiklerinden dolayı, sentezleri artabilir ve sonuçta uterusun kontraksiyonları tetiklenebilir. Bu durum düşüklere ve erken doğuma neden olabilir (101).

Çalışmamızda yer alan TAT kullanıcılarına TAT kullanma nedenleri sorulduğunda kullanıcıların %50'si TAT yöntemlerini gebelikte güvenli ve zararsız bulduklarından dolayı TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda herhangi bir TAT yöntemi kullananların %45,1'i başkalarının TAT yöntemini kullanıp yarar görmesini TAT kullanmalarına neden olarak sunmuşlardır. Diğer belirtilen nedenler TAT yöntemlerine ulaşmanın daha kolay olması (%17,1) ve TAT yöntemlerinin modern yöntemlerden daha ucuz olması (%7,3) şeklindedir. Aynı zamanda çalışmamızda yer alan katılımcılardan TAT yöntemlerini gebelikte güvenli bulanların ( $p<0,001$ ), TAT yöntemlerini medikal tedavilerden daha etkili bulanların ( $p=0,019$ ) ve gebeliklerinden önce TAT kullanan hastaların ( $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık TAT yöntemlerine başvurdukları görülmüştür. İngiltere'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada gebelerin bitkisel ilaçları medikal ilaçlardan daha güvenli bulduklarından ve bitkisel ilaçların kullanımıyla ilgili uzun bir kişisel deneyime sahip olduklarından dolayı gebeliklerinde bitkisel ilaçlara başvurdukları belirtilmiştir (102). Nordeng ve ark.nın çalışmasında katılımcıların %60'ının gebelikten önce bitkisel ilaç kullanımını bildirdiği ve edinilen olumlu deneyimlerin gebelik sırasında bitkisel ilaç kullanma kararı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (91). Görüldüğü gibi gebelikten önce TAT yöntemi kullanmış olmak ve olumlu deneyimler yaşamak bizim çalışmamızda da olduğu gibi gebelik sırasında TAT kullanımını etkileyecektir. Gebelerin TAT yöntemlerinin gebelikte kullanılması ile gebelik öncesinde kullanılmasının güvenlik açısından aynı olmadığı belirtilmesi, gebelikte kullanılmasının anne ve fetus üzerinde potansiyel olarak kötü sonuçlara yol açabileceği konusunda bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir. Ek olarak

Cuzzolin ve ark.'na göre gebelikte bitkisel ilaç kullanımının ana nedeni bitkisel ilaçların gebelikte kullanımının güvenli ve risksiz olduğuna dair inanıştır (92). Hwang ve ark. yaptıkları çalışmada TAT kullanımının ana nedenini gebelerin "gebelikte tehlikeli değil" şeklinde söylediklerini bildirmişlerdir (87). Koç ve ark. gebelerde TAT kullanımını araştırdıkları çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer olarak kullanım nedenini gebelerin TAT yöntemlerini güvenli bulması ve başka kullanıcılardan gelen olumlu geri bildirimler olarak saptamışlardır (9).

Literatürde gebelerin TAT kullanma nedenlerini; rahatlamak, gevşemek ve doğuma hazırlık amacıyla (80), modern tedavilere oranla daha az yan etki gösterdiği için (81), bebekleri için faydalı olacağını ve kendi sağlıklarını geliştireceğini düşündükleri için (83), gebelikte görülen semptomları tedavi etmek için (93), kendi sağlıkları hakkındaki kararlar üzerinde kontrolü ellerinde tutmak ve çocuk doğurma deneyimlerinde daha fazla katılım sağlamak amacıyla (14) şeklinde bildiren yayınlar mevcuttur. Fakeye ve ark. Nijerya'da bitkisel ürün kullanımını araştırdıkları çalışmada bitkisel ürünlerin kullanma nedenlerini; bitkisel ürünlerin modern tedavilerden daha etkili olması, bitkisel ürünlerin modern tedavilerden gebelikte daha güvenli olması, bitkisel ürünlere ulaşımın daha kolay olması ve bitkisel ürünlerin daha ucuz olması olarak sıralamıştır (103). Bu bulgular bizim çalışmamızda gebelerin sundukları kullanım nedenleri ile tutarlılık göstermektedir. Bizim çalışmamıza katılan gebelerin %70,7'sinin 3000 TL ve altı hane gelirine sahip olması göz önüne alındığında ucuzluk ve kolay ulaşımın kullanım nedenleri arasında belirtilmesi doğal görünmektedir. Ek olarak yapılan başka bir çalışmada modern ilaçların maliyetli olması, hastalık anında sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık bakımına erişim için gidilecek mesafenin fazla olması gibi nedenlerin gebelerin bitkisel ilaç kullanma nedeni olarak bildirilmiştir (104).

Gebelerin kullandıkları TAT yöntemlerinden memnun kalması ve başkalarına önermesi TAT kullanma nedenleri arasında gösterilebilir. Çalışmamızda TAT kullanan gebelerin %74,4'ü kullandıkları yöntemden memnun kaldıklarını belirtirken, kullanıcıların %9,8'i memnun kalmadığını ve %15,9'u ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Kalder ve ark. yaptıkları çalışmada sık kullanılan TAT yöntemlerin büyük bir memnuniyetle karşılandığını bildirmişlerdir (88). Ayrıca Hwang ve ark. çalışmalarında katılımcıların %83,7'sinin kullandıkları TAT yönteminden memnun kaldıklarını göstermiştir (87).

Gebelerin kullanacakları bitkisel ürünleri ve ilaçları temin etme yolları, kullanılacak bitki hakkında doğru veya yanlış bilgi alınmasını etkileyeceğinden dolayı önemlidir. Bizim çalışmamıza katılan katılımcıların %50'si kullandıkları bitkisel ürünleri aktardan, %24'ü süpermarketten ve %22'si doğadan toplayarak temin etmiştir. Kullanıcıların sadece %7,3'ünün bitkisel ürünlerini temin etmek için eczaneye başvurduğu görülmüştür. Eczaneye başvurunun bu kadar düşük olması katılımcıların yanlış bilgilere maruz kaldıklarını göstermektedir. Aktarlar çalışmamızda bitkisel ürünlerin ana temin yolu olarak görünmektedir. Aktarlar sahip oldukları bitkisel ürünleri satmak için gebelere, bitkisel ürünlerin etkileri hakkında bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgiler verebilirler. Ayrıca aktarların ve süpermarketlerin bitkisel ürünlerin temininde en sık başvurulan yerler olması bitkisel ürünlere ulaşımın ne kadar kolay olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızı destekler şekilde Hwang ve ark. yaptıkları çalışmada kullanıcıların %64'ünün bitkisel ürünlerini pazardan temin ettiklerini ve bu durumun bitkisel ürünlerin bölgedeki kolay erişebilirliğini vurguladığını bildirmiştir (87). Aktarların bitkisel ürünlerin etkileri, yan etkileri ve gebelikte kullanımları konusunda eğitilmeleri önem arz etmektedir.

Sosyodemografik veriler ile bitkisel ürünlerin temin yollarını karşılaştırdığımızda ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerin lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kişilere göre bitkilerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p=0,032$ ) daha çok doğadan topladıkları görülmektedir. Bu durum, eğitim seviyesi düşük kişilerin daha çok kırsal kesimlerde yaşaması ve eğitim seviyesi yüksek kişilerin daha çok şehir merkezlerinde yaşamalarına bağlanabilir. Doğadan bitkinin toplanıp direk kullanılması, kişilerin yeterince bilgi sahibi olmadan bitkileri kullandıklarına işaret edebilir. Aynı zamanda çalışmamızda 24-30 yaş grubundaki gebelerin bitkileri temin etmek için 18-23 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p=0,044$ ) daha sık aktarlara başvurdukları gözlenmektedir. Bu durumun erken yaşta evlenen katılımcıların daha çok köy ve kasabalarda yaşamalarıyla ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan gebelerin %50'si akraba ve aile üyelerinin tavsiyesiyle TAT yöntemlerine başvurduklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda TAT kullanıcıların %18,3'ü internet ve dergilerden okuduklarını, %15,9'u ise arkadaş ve komşularının tavsiyesi üzerine TAT yöntemi kullandıklarını bildirdiler. Güvenilir olmayan kaynaklardan alınan bilgiler ve başkalarının tecrübesine dayanarak TAT kullanma her zaman doğru ve güvenli olmayabilir. Çalışmamızdaki gebelerin sadece %15,9'u kullandıkları TAT

yöntemi hakkındaki bilgiyi sağlık personelinden almışlardır. Çalışmamıza katılan gebelere en doğru bilgi kaynağının ne olduğunu sorduğumuzda gebelerin %75'i doktorlar olduğunu söylerken sadece %4,7'si en doğru bilgi kaynağının arkadaş ve aile olduğunu düşünüyordu. Bu bulgu bize gösteriyor ki hastalar en doğru bilgi kaynağının doktorlar olduğunu bilmelerine rağmen TAT yöntemleri hakkında bilgi almak için en sık arkadaş ve aileye başvurmuşlardır. Bunun nedeni doktor ve hasta arasındaki iletişimin iyi olmaması veya hastaların TAT kullanımlarını doktorlarına bildirirken olumsuz bir geri bildirim alacaklarından endişe ediyor olmaları olabilir. Bizim çalışmamızda en sık bilgi kaynağı akraba, aile, komşu ve arkadaşlar olarak ortaya çıkmıştır ve bu bulgu yapılmış önceki çalışmalarla uyumlu görünmektedir (50,80,81,83,87,93,102,104,105). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Orief ve ark. çalışmalarına katılanların %42,7'sinin aile tavsiyesiyle, %28'nin arkadaş tavsiyesiyle ve sadece katılımcıların %11'nin doktor tavsiyesiyle bitkisel ürün kullandıklarını bildirdiler. Aynı zamanda çalışmalarına katılanların %18,3'nün kimsenin tavsiyesi olmadan bitkisel ürün kullandıklarını belirttiler (50). Bizim çalışmamızda bu oran %9,8 ile daha düşüktü. Yapılan başka bir çalışmada kullanıcıların %14,2'sinin sağlık çalışanlarından tavsiye aldıkları saptanmıştır (105). Nordeng ve ark. yaptıkları çalışmada 10 kadından 8'inin sağlık çalışanlarının dışında kalan bilgi kaynaklarına başvurmalarının endişe verici olduğunu bildirmiş ve sağlık çalışanlarının gebelik bakımları sırasında bu konuya odaklanmaları gerektiğini önermiştir (91). Pallivalappila ve ark. gebelik sırasında gebelerin TAT kullanma kararlarını alırken eğitimli sağlık personeli yerine aile ve arkadaşlarının tavsiyelerine uymalarını endişe verici olarak değerlendirmiştir (81). Kadınların kendi kendilerine ve güvenilir olmayan kaynaklara dayanarak bitkisel ürün kullanmaları ciddi ve medikal yöntemlerle tedavi edilemeyen sonuçlara yol açabilir.

Çalışmamızda ayrıca başvuru bilgi kaynaklarının sosyodemografik verilerle karşılaştırması yapılmıştır. Yaptığımız analizler sonucunda ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip kişilerin ve ortaokul eğitim seviyesine sahip kişilerin lise üzeri eğitim seviyesine sahip kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p=0,015$ ) bilgi kaynağı olarak akrabalarına daha çok başvurdukları görülmüştür. Lise üzeri eğitim seviyesine sahip kişiler bilgi kaynağı olarak en sık %38,9 oranında internet ve dergi, %22,2 oranında ise sağlık personelinden yararlanmışlardır. Bu bulgular gösteriyor ki eğitim seviyesi arttıkça sağlık personeline danışma oranı da artmıştır. Aynı şekilde bu bulgular

bize eğitim seviyesi yüksek kullanıcıların internet ve dergilere başvurarak nispeten daha doğru bilgiye ulaşma çabasında olduklarını göstermektedir. Eğitim seviyesi düşük kullanıcılar ise en yakınlarında bulunan akrabalara başvurarak güvensiz bilgilerle TAT kullanmışlardır. Bu bulgular bize eğitim seviyesi düşük kişilerin gebelikte TAT kullanımı hakkında daha çok bilgilendirilmeleri gerekliliğini göstermektedir. Yaptığımız diğer analizler sonucunda yaş ve gelir durumunun başvuru bilgi kaynağı açısından bir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

Aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar gebelerin duygusal bir bağ kurduğu ve duygusal destek aldığı kişilerdir. Bu kişiler gebeliğin yönetiminde önemli bir role sahiptirler. Gebelerin güven duyduğu ve duygusal bağ kurduğu bu kişilerin, kullanıcıların TAT kullanma kararlarını etkilemesi ve gebelerin bu kaynaklara başvurması kaçınılmazdır (106). Pallivalappila ve ark. bu görüşü destekleyecek şekilde yaptıkları çalışmada aile üyeleri ve arkadaşların TAT kullanmasının TAT kullanımını etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır (81).

Literatürde yapılan diğer çalışmalarda Koç ve ark. en sık başvuru bilgi kaynağının radyo,televizyon ve internet olduğunu ve kullanıcıların %78,8'nin bu yöntemle başvurduğunu bildirmiştir (9). Bizim çalışmamızda bu oran internet,dergi için %18,8 ve televizyon, radyo için %3,7 olarak daha düşük saptanmıştır. Amerika'da yapılan başka bir çalışmada Kuzey Amerika ebelerinin %94'ünün hastalarına TAT yöntemlerini önerdiği bildirilmiştir (107) ve Almanya'da yapılan bir çalışmada ebelerin gebelik ve doğum sırasında TAT yöntemlerini sunmada önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda sağlık personeli tarafından TAT yöntemlerinin önerilme oranı %15,9 olarak daha düşük kalmıştır.

Gebelerin doktorlarıyla veya bakım aldıkları sağlık personeli ile TAT yöntemlerinin kullanımı hakkında rahatça konuşup tartışmaları önemlidir. Çünkü bu konuşmalar esnasında gebeler aldıkları doğru bilgiler ışığında TAT yöntemi kullanıp kullanmayacaklarına karar verecek, kullandıkları yöntemler hakkında bilgi edinip kullanmaktan vazgeçecek veya kullandığı yöntem güvenli ise kullanıma devam edecektir. Yaptığımız çalışmada gebelikleri esnasında herhangi bir TAT yöntemi kullananların %30,5'inin kullandıkları TAT yöntemi hakkında doktorlarını bilgilendirdiği veya bu konu hakkında görüş aldığı, %69,5'inin ise kullandıkları TAT yöntemi hakkında doktorlarını bilgilendirmediklerini görülmüştür. Hwang ve ark.nın

yaptıkları çalışmada çalışmalarına katılan TAT kullanıcılarının sadece %0,5'inin doktorlarını bilgilendirdiğini bulunmuştur. Katılımcılara neden doktorlarını bilgilendirmedikleri sorulduğunda ise %50 katılımcı doktorlarının TAT kullanımlarını sorgulamadığından dolayı doktorlarını bilgilendirmediklerini söylemişlerdir. Ayrıca kullanıcıların bu konuyu doktorlarıyla tartışmanın önemli olduğunu düşünmedikleri görülmüştür (87). Görüldüğü gibi gebelik bakımı veren sağlık çalışanlarının TAT kullanımını sorgulaması ve gebeleri TAT kullanımı hakkında bilgilendirmesi önem arz etmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada farklı 2 zaman diliminde katılımcılara uygulanan anketlerde kullanılan TAT yöntemleri konusunda doktorların bilgilendirilme oranı bizim çalışmamıza benzer şekilde %39,8 ve %38,5 olarak; ve bildirmeme oranı ise %60,2 ve %61,5 olarak çıkmıştır (17). Hall ve Jolly gebelik sırasında TAT kullanan gebelerin %33'ünün doktorlarını bilgilendirmediğini (80), Koç ve ark. çalışmalarında yer alan TAT kullanıcılarının %48,7'sinin doktorları bilgilendirmediğini (9) belirtmişlerdir. Harrigan tarafından yapılan jinekoloji veya obstetri doktoruna başvuran kadınların kullandıkları TAT yöntemini doktorlarına açıklamalarının incelendiği bir çalışmada kullanıcıların %51,8'inin doktorlarını bilgilendirdiği ortaya çıkmıştır (108). Kıssal ve ark. yaptıkları çalışmada bitkisel ürün kullanıcılarının %75'inin doktorlarına bilgi vermediklerini bildirmiş ve kullanıcıların %68,3'ünün doktordan bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (10).

Görüldüğü gibi kadınlar TAT kullanımları hakkında doktorlarını bilgilendirmek istememektedirler. Bunun nedeni kullanıcıların TAT kullanımlarını doktorlarına açıkladıkları zaman bunun, onları görmezden gelmek anlamına geleceği veya onları inciteceğini düşündüklerinden dolayı olabilir (109). Aynı zamanda gebelerin kullanımlarını açıklamama nedenlerinden biri de doktorlarından olumsuz tepki alacaklarına dair endişeler olabilir (9). Hastalar TAT kullanımlarını açıklamaktan çekindiklerinden dolayı sağlık çalışanlarının TAT kullanımını sorgulaması ve TAT yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olup hastalarını bilgilendirmesi önemlidir. Sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişimlerini arttırmaları hastaların TAT kullanımlarını doktorlarına açıklama oranlarını arttıracaktır.

Literatürde TAT kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için bir çok çalışma yapılmıştır. Yapılan önceki çalışmalarda yüksek eğitim seviyesine sahip olmak (10,19,80,81,88,89,105,110,111), düşük eğitim seviyesine sahip olmak (9,104), hane gelirinin yüksek olması (87,88,89,111), etnik köken (19,81,84,88,89), arkadaş ve aile



arasında TAT kullanımının olması (81), evli olmak (19), iş sahibi olmak (10,19,112), şehir merkezinde yaşamak (112), çekirdek ailede yaşamak (10), yaşça daha büyük olmak (19,92,102,105), özel sigortalı olmak (89) gibi faktörler gebeler arasında TAT kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Biz de yaptığımız çalışmada katılımcılarımızın eğitim durumunu, hane gelirini, yaşını, yaşanılan yeri, sosyal sigorta durumunu, çalışıyor veya işsiz olmasını, yaşanılan aile tipini, sigara ve alkol kullanımını TAT kullanımıyla karşılaştırdık. Yaptığımız incelemeler sonucunda bu faktörler ile TAT kullanımı arasında herhangi bağlantı bulamadık. Ancak gebelikten önce TAT kullanan gebelerin gebelik sırasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p=<0,001$ ) TAT yöntemlerini daha çok kullandıkları bulunmuştur. Hall ve Jolly yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde önceki TAT kullanımının gebelikte TAT kullanımını etkileyen bir faktör olduğunu ortaya koydular (80). Benzer şekilde Gibson ve ark. 242 gebenin katılımıyla yaptıkları ve gebelik sırasında bitkisel ürün ve alternatif tıp kullanımını inceledikleri çalışmada bitkisel ürünlerin önceki kullanımı ile gebelik sırasında TAT kullanımı arasında ilişkinin olduğunu bildirdiler (84). Kalder ve ark. Almanya'da yaptıkları, gebelik ve doğum sırasında TAT kullanımını inceledikleri çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde gebelikten önce TAT kullanımının gebelikte TAT kullanımını etkileyen faktörler arasında olduğunu belirttiler (88). Bu çalışmalara ek olarak literatürde önceki TAT kullanımının etkili bir faktör olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (91,102,113).

TAT kullanan kadınlar çok farklı sosyodemografik özelliklere sahip olabileceğinden dolayı gebelik bakımı yapan sağlık personeli ile hastaları arasında iletişim önem kazanmaktadır. Sağlık çalışanları TAT yöntemlerini kullanan kadınları tahmin etmek için sosyodemografik verilere güvenmemelidirler. Bunun yerine hastalarına TAT kullanımını sormaları daha kolay bir yol gibi gözükmemektedir (83).

## **5.2. Emziren Anneler Arasında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı**

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma emziren anneler arasında TAT kullanımını araştıran Türkiye'deki ilk çalışmadır. Emziren anneler için ilaç kullanımı emzirdikleri süre boyunca endişe kaynağı olmuştur. Çünkü kullandıkları ilacın anne sütüne geçip bebeklerine zarar vereceğinden korkarlar. Bu nedenle kadınların emzirme süresince alternatif çarelere başvurması doğaldır. Biz de çalışmamızda emziren annelerin TAT kullanım sıklığını, emziren anneleri TAT kullanmaya iten nedenleri, emziren annelerin TAT kullanımına karşı tutum ve davranışlarını, en sık başvurulan bilgi kaynaklarını,

kullanılan bitkisel ürünlerin temin edilme yolları, kullanılan TAT yöntemlerinin sağlık personeline açıklanma durumunu ve kullanılan TAT yöntemlerinin yan etki geliştirip geliştirmedeğini inceledik.

Çalışmamızda emziren annelerin herhangi bir TAT yöntemini kullanma sıklığı %63,2 olarak bulunmuştur. Bu oran gebelerdeki TAT kullanımıyla karşılaştırıldığında daha yüksek durmaktadır. Bizim çalışmamızda gebelerin TAT kullanım oranı %38,7 olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca çalışmamıza katılan emziren annelere emzirdikleri çocuklarına gebeyken TAT yöntemi kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda katılımcıların %17,1'i gebelikleri sırasında TAT kullandığını belirtmiştir. Chuang ve ark. 2009 yılında Tayvan'da yaptıkları ve gebeler ile postpartum kadınlar arasında Çin bitkisel ilaçlarının kullanımını inceledikleri çalışmada gebelik sırasında TAT kullanımı %33,6 ve postpartum dönemde TAT kullanım oranı %87,7 olarak ortaya çıkmıştır (114). Bu bulgularda görüldüğü gibi emzirme döneminde gebelik döneminden daha sık TAT kullanılmaktadır. Chuang ve ark.'nın (114) çalışmasında emzirme döneminde bitkisel ilaçların kullanım oranı bizim çalışmamızdaki TAT kullanım oranından daha yüksektir. Bunun nedeni bizim çalışmamıza sadece emziren annelerin dahil edilmiş olması, Chuang ve ark.'nın postpartum dönemdeki tüm kadınları çalışmalarına dahil etmeleri olabilir. Ek olarak Asya kökenli bireylerin bitkisel ilaçlara daha sık başvurmaları olabilir. Sim ve ark. yaptıkları çalışmada Asya kökenli olan kadınların emzirme döneminde bitkisel ilaç kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (11). Ayrıca Sim ve ark. Avustralya'da emziren kadınlar arasında bitkisel ürün kullanımını inceledikleri çalışmada kullanım sıklığını %59,9 olarak bulmuşlardır ve bu bulgu bizim çalışmamızdaki oran ile benzerlik göstermektedir (11). İtalya'da yapılmış bir çalışmada 244 emziren kadına gebelik ve emzirme döneminde bitkisel ürün kullanıp kullanmadığı sorulmuş ve katılımcıların %97'si kullandıklarına dair görüş bildirmiştir (115). Bu oran bizim çalışmamızdakine kıyasla daha yüksektir çünkü hem gebelik hem de emzirme döneminde bitkisel ürün kullanımı sorgulanmıştır. Ayrıca tek bir gebelik ve emzirme dönemi değil kadınların hayatları boyunca yaşadıkları tüm gebelikler ve emzirme dönemleri dahil edilmiştir. Bizim çalışmamızda emziren annelerin şu an içinde buldukları emzirme döneminde TAT kullanımı sorgulanmıştır. İtalya'da yapılan başka bir çalışmada emziren anneler arasında TAT kullanımı incelenmiş ve emzirme sırasında TAT kullanım oranı bizim çalışmamıza benzer şekilde %52,5 olarak ortaya çıkmıştır (116). Yapılan başka bir çalışmada 23 emziren kadın

arasından 13 annenin galaktogog kullandığı bildirilmiş (117), bir diğer çalışmada ise kullanım sıklığı %37 olarak bulunmuş ve bu düşük kullanım oranı çalışma gruplarının etnik kökenin farklı olmasına, bitkisel ürünlerin tanımlarının farklı olmasına bağlanmıştır (118). Sonuç olarak TAT yöntemleri emziren anneler arasında sıklıkla kullanılmaktadır ve daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Emziren annelerin en sık başvurduğu TAT yöntemi çalışmamızda bitkisel ürünler olarak ortaya çıkmıştır. Diğer kullanılan TAT yöntemleri müzik terapisi (%6,3), rahatlama teknikleri (%6,3), masaj terapisi (%5,2) ve meditasyon (%1) şeklindedir. Emziren annelerin en sık anne sütünü arttırmak için TAT kullandığı düşünüldüğünde en sık başvurulan yöntemin bitkisel ürünler olması doğaldır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Bettiol ve ark. 2018 yılında 318 emziren anne ile yaptıkları çalışmalarında en sık kullanılan yöntemlerin fitoterapötik ajanlar (%37,7), diyet takviyeleri (%32,2) ve bitkisel preparatlar olduğunu saptamışlardır (116). Literatürde gebelerin bitkisel ürünlere sıklıkla başvurduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (9,19,81,82,88). Bu bulguların bize gösterdiği gibi bitkiler emziren anneler arasında sıklıkla kullanılmaktadır. Bu bulgular emziren anneler arasında sık kullanılan bitkilerin emzirilen bebeğe veya emziren anneye yönelik etkilerinin ve yan etkilerinin daha çok araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu güne kadar yapılmış araştırmaların çoğu emziren annelerde konvansiyonel ilaçların kullanımına ve bu ilaçların anne sütüne geçişine odaklanmıştır. Bitkilerin yapısında bulunan farmakolojik olarak aktif olan maddelerin de aynı şekilde anne sütüne geçebileceği ve istenmeyen etkilere yol açabileceği unutulmamalıdır.

Çalışmamızda emziren anneler arasında en sık kullanılan bitkisel ürünler rezene (%75,0), anason (%29,2), nane (%28,1), ıhlamur (%15,6), dere otu (%15,6), zencefil (%13,5), maydanoz (%13,5), zeytin yağı (%9,4) ve çemen (%7,3) olmuştur. Sim ve ark. en sık kullanılan bitkileri sıklık sırasına göre çemen, zencefil, dong quai, papatya, sarımsak, deve diken, kızılıçık, rezene, aloe vera ve nane olarak bildirmiştir (11). Diğer bir çalışmada sık kullanılan bitkiler rezene, meyan kökü, çemen, yeşil çay olarak ortaya çıkmıştır (115). Westfall yaptığı çalışmada deve diken, rezene, çemen, ahududu yaprağı ve ısırgan otunu emziren anneler arasında sık kullanılan bitkiler olarak tespit etmiştir (117). Görüldüğü gibi emziren anneler çok çeşitli bitkileri emzirme dönemlerinde kullanmışlardır. Geleneksel yöntemlerden olan bitkisel ürünler her kültürde farklılık göstermektedir. Bundan dolayı farklı bölgelerde yapılan bu

çalışmalarda kullanılan bitkilerin çeşitlilik göstermesi bizi şaşırtmamalıdır. Rezene, çemen, deve dikenini bu çalışmalarda ortak olarak kullanılan bitkiler olmuştur. Bu bitkiler galaktogog olarak ün saldıklarından dolayı her kùltürdeki insanlar tarafından tanınır hale gelmiştir (11,109,117). Bizim çalışmamızda da rezene en sık bildirilen galaktogog olmuştur. Anne sütünü arttırmak için kullanılan diğer bitkiler çemen, nane, anason, ada çayı, yeşil çay, ıhlamur çalışmamıza katılan emziren anneler tarafından bildirilmiştir. Bu bitkilerin emzirme döneminde etkinliğini ve güvenliğini tespit etmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Emziren annelerin TAT yöntemlerine başvurma nedenlerinin başında anne sütünün arttırılması gelmektedir. Çalışmamızda yer alan annelerin %82,3'lük kısmı anne sütünü arttırmak için TAT yöntemlerine başvurduğunu belirtmiştir. Bildirilen ikinci en sık neden ise bebeklerinde görùlen kolik ağrısının ve gazın azaltılmasıdır (%35,4). Diğer sık kullanım nedenleri ise; doğum sonrası ağrının azalması ve iyileşmenin hızlanması (%15,6), anne sütünün tadının ve kalitesinin artması (%15,6), doğum sonrası kanamanın azalması ve uterusun temizlenmesi (%10,4), meme ucu çatlaklarının tedavisi (%10,4) şeklindedir. Önceki çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde emziren anneler emzirme veya doğum sonrası görùlen problemlere yönelik olarak TAT yöntemlerine başvurmuşlardır (11,115,116). Sim ve ark.'nın çalışmasında kullanıcıların %60,4'ü bu bitkilerin kullanım nedenlerinin emzirmeye bağlı olduğunu ve kullanıcıların %24'ünün anne sütünü arttırmak için bitkisel ürünlere başvurduklarını belirttiler (11). Çalışmamızda anne sütünün arttırılması için en sık rezene olmak üzere anason, dere otu, nane, çemen kullanılmıştır. Anneler bebeklerinde görùlen gaz ağrısını azaltmak için ise yine en sık rezene olmak üzere kimyon ve çemen kullanmışlardır. Emziren anneler tarafından meyan kökü, papatya, nane ve ada çayı doğum sonrasında görùlen ağrıların azaltılması ve iyileşmenin hızlanması için; nane, dere otu, anason, melisa yaprağı, meyan kökü, ıhlamur ve sarımsak anne sütünün tadının ve kalitesinin arttırılması için; sarı kantaron ve maydanoz doğum sonrasında kanamanın azaltılması ve uterusun temizlenmesi için; badem yağı, hindistan cevizi yağı ve zeytin yağı ise meme ucu çatlaklarının önlenmesi için kullanılmıştır.

Literatürde rezene'nin bizim çalışmamıza benzer şekilde anne sütünü arttırmak için ve gaz problemlerine yönelik olarak kullanıldığını bildiren yayınlar mevcuttur (11,117). Sim ve ark.'nın çalışmasında çemen bizim çalışmamıza benzer şekilde anne sütünün arttırılması için kullanılmış olmasına rağmen o çalışmada ek olarak çemenin bağışıklık

sistemini güçlendirmek için kullanıldığı belirtilmiştir. Aynı zamanda papatyanın gevşemek ve rahatlamak, sarımsağın soğuk algınlığı sırasında immün sistemi güçlendirmek ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesine katkıda bulunmak, nanenin gevşemek, rahatlamak ve ödemin azaltılmasında kullanıldığı tespit edilmiştir (11). Bizim çalışmamıza katılan anneler ise papatyayı, naneyi, sarımsağı daha çok doğum sonrası ağrının azaltılmasında, doğum sonrası iyileşmenin hızlandırılmasında, anne sütünün tadının, kalitesinin ve miktarının artırılmasında kullanmışlardır. Görüldüğü gibi kullanılan bitkisel ürünlerin endikasyonları çalışmalar arasında farklılık gösterebilmektedir. Bir toplum tarafından bitkisel bir ürün ödemin azaltılmasında kullanılabilirken diğer toplum tarafından doğum sonrası iyileşmenin hızlanmasında kullanılabilir. Bu farklılıklar bitkisel ürünlerin emzirme döneminde kullanım endikasyonlarının net olmadığını göstermektedir. Bu bitkilerin anne sütüne geçiş oranı ve bebeğe olan etkileri hakkında da veriler kısıtlıdır. Emziren anneler bu bitkilerle ilgili verilerin kısıtlı olduğunu bilmelerine ve yeterince bilgi edinmemelerine rağmen kullanmaya devam ettikleri bazı araştırmalarda gösterilmiştir (11,116). Emzirme döneminde kullanılan bitkilere yönelik ileri araştırmaların yapılması gerekliliği ortadadır.

Çalışmamıza katılan ve TAT kullanan emziren annelerin çoğu herhangi bir yan etki bildirmemiştir. Bunun nedeni emziren annelerin TAT yöntemlerini emzirme döneminde güvenli bulmaları (11,115,116) ve bu algılarından dolayı var olan yan etkiyi TAT yöntemlerine atfetmeyip başka bir sebebe bağlamaları olabilir. Çalışmamızda yer alan 5 kullanıcı TAT kullanımını sonrası çeşitli yan etkilerin geliştiğini belirtmişlerdir. Rezene kullanan bir kullanıcı, rezene kullanmaya başladıktan sonra sızıntı şeklinde vajinal kanama tarif etmiştir. Ek olarak yine rezene kullanan başka bir emziren anne mide ağrısı, zencefil kullanan bir kullanıcı alerjik deri reaksiyonu, kimyon tohumu kullanan bir kullanıcı karın ağrısı geliştiğini bildirmiştir. Ayrıca anason kullanan bir emziren anne ise uyku halinin arttığından şikayet etmiş ve sürekli uyuma ihtiyacı duyduğunu belirtmiştir. Literatürde emziren annelerin TAT kullanımlarının incelendiği çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde yan etki bildirim oranı düşük kalmıştır (115,116). Aleandri ve ark.'nın çalışmasında badem yağı kullanan kullanıcılar arasında alerjik deri reaksiyonlarının geliştiği, multivitamin kullanan kullanıcılar arasında GIS reaksiyonlarının geliştiği saptanmıştır. Ayrıca zencefil, kimyon, rezenenin de dahil olduğu bir grup bitki içeren bir ürün kullanan annenin bebeğinde kabızlık geliştiği

görülmüştür (115). Bizim çalışmamızda yer alan ve badem yağı kullanan anneler arasında herhangi bir yan etki gözlenmemiştir. Çalışmamızda sık kullanılan bitkilerden rezene; alerjik deri reaksiyonlarına ve östrojen seviyesinde artmaya (119), zencefil ve çemen; kanama zamanını uzatarak istenmeyen kanamalara (97,120), nane; uterin kanamalara (51) neden olabileceğinden dolayı emzirme döneminde kullanımında dikkatli olunmalıdır. Ayrıca kullanılan bitkisel ürünlerin konvansiyonel ilaçlarla etkileşime girerek istenmeyen yan etkilere neden olabileceği unutulmamalıdır ve araştırmaların gebelik ve emzirme dönemlerine odaklanması için teşvik edilmelidir.

Emziren annelerin TAT yöntemlerini güvenli ve etkili bulup bulmamaları TAT kullanmaya başlama kararlarını etkileyecektir. Çalışmamıza katılan emziren annelerin %37,5'i TAT yöntemlerinin konvansiyonel ilaçlardan daha güvenli olduğunu, katılımcıların %34,9'u ise hem TAT yöntemlerinin hem de konvansiyonel ilaçların emzirme döneminde kullanımının güvenli olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %27,6'sı ise konvansiyonel ilaçları emzirme döneminde daha güvenli bulmaktadır. Çalışmamızda yer alan emziren annelerden sadece konvansiyonel ilaçları güvenli bulanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p < 0,001$ ) daha az TAT yöntemi kullandığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca katılımcıların %37,5'i konvansiyonel ilaçların TAT yöntemlerinden daha etkili olduğunu; %24,3'ü TAT yöntemlerinin daha etkili olduğunu ve %38,2'si ise her iki yöntemin de etkili olduğunu düşünmektedir. Sadece konvansiyonel ilaçları etkili bulanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde ( $p < 0,001$ ) TAT yöntemlerini daha az kullandığı görülmüştür. Bu bulguların ışığında emziren annelerin TAT yöntemlerini etkili ve güvenli bulma durumları TAT kullanma kararlarını etkilemektedir. Ayrıca çalışmamıza katılan emziren annelerden yaşı 24-30 arasında olanlar daha yüksek yaş gruplarına göre konvansiyonel ilaçları emzirme döneminde daha güvenli bulmaktadır ( $p = 0,035$ ). Bunun nedeni genç nüfusun eğitim seviyesinin büyük yaş gruplarına göre daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Bettiol ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %38,6'sının TAT yöntemlerinin daha güvenli olduğunu, %34,2'sinin karşılaştırılabilir olduğunu ve %7,9'u ise konvansiyonel yöntemlerin daha güvenli olduğunu düşünmüşlerdir ve TAT kullanıcılarının kullanmayanlara oranlara istatistiksel olarak anlamlı şekilde TAT yöntemlerini daha güvenli bulduklarını ortaya koymuşlardır (116). Bu bulgular bizim bulgularımızla tutarlılık göstermektedir. Fakat çalışmalarında bizim çalışmamızın aksine emziren annelerin TAT yöntemlerini etkili bulmaları ile TAT kullanımı arasında herhangi bir

bağlantı tespit edilememiştir (116). Benzer şekilde Avustralya'da yapılan çalışmada emziren annelerin %43,4'lük kısmı emzirme döneminde bitkisel ürünlerin konvansiyonel ilaçlarla karşılaştırıldığında daha güvenli olduğuna dair fikir belirtmişlerdir (11). İtalya'da yapılan başka bir çalışmada emziren annelerin %71,9'luk kısmı bitkisel ürünlerin emzirme döneminde daha az zararlı olduğunu düşünmüşlerdir (115). Literatürde gebeler arasında yapılan çalışmalarda gebelerin de TAT yöntemlerini konvansiyonel ilaçlardan daha güvenli buldukları görülmüştür (9,87,92). Tüm bu verilerin ışığında kadınların, TAT yöntemlerini gebelik ve emzirme döneminde güvenli buldukları ve bu algılarının TAT kullanma kararlarını etkilediği kanaatine varabiliriz. Hem anne hem de bebeklerinde istenmeyen etkilerden kaçınmak için gebelerin ve emziren kadınların, bitkilerin bu dönemlerde kullanımı konusunda yeterli verinin olmadığı konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca emziren annelerin etki profili bakımından konvansiyonel ilaçları daha etkili bulmalarının TAT kullanımlarını etkilemediğini, ek olarak TAT kullanımını etkili bulanların ise daha fazla TAT kullandığı sonucuna varabiliriz. Benzer şekilde Aleandri ve ark.'nın çalışmasında görüşülen emziren annelerin bitkisel ürünleri daha az etkili bulmalarına rağmen bitkisel ürünleri kullandıkları görülmüştür (115).

Çalışmamızda TAT yöntemlerine başvuran emziren annelerin karakteristik özelliklerini belirlemek için sosyodemografik veriler ile TAT kullanımının karşılaştırılması yapılmıştır. Yaşları 18-23 arasında olan emziren annelerin daha büyük yaşlara göre ( $p=0,049$ ), lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan emziren annelerin ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip kişilere göre ( $p=0,027$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık TAT yöntemlerini kullandıkları görülmüştür. Çalışmamızda ayrıca gelir durumu, sosyal sigorta durumu, iş sahibi olup olmama durumu, sigara ve alkol kullanma durumları da incelenmiştir ve bu faktörlerle TAT kullanımı arasında herhangi bağlantı tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Görüldüğü gibi yüksek eğitim seviyesine sahip olmak ve küçük yaşta olmak bizim çalışmamızda TAT yöntemlerini etkileyen sosyodemografik faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Sim ve ark.'nın çalışmasında benzer şekilde sosyodemografik verilerle bitkisel ürün kullanımı arasındaki bağlantı incelemiş ve Asya kökenli olanlar ile gelir durumu orta olan kullanıcılar arasında bitkisel ürün kullanımının daha yaygın olduğu bulunmuştur ve diğer faktörler arasında bir bağlantı tespit edilmemiştir (11). Bizim çalışmamıza katılan emziren anneler etnik köken olarak farklılık göstermediğinden dolayı etnik kökenin TAT kullanımını etkileme durumu

çalışmamızda incelenmemiştir. Ayrıca gelir düzeyiyle TAT kullanımı arasında bir bağlantı tespit etmememizin nedeni bitkisel ürünlerin genel olarak kolay erişilebilir, ucuz olmasından ve diğer TAT yöntemlerinin çalışmamızda daha az yer tutmasından dolayı olabilir. Chuang ve ark. Çin bitkisel ilaçlarının emziren anneler arasında kullanımını inceledikleri çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde yüksek eğitim seviyesine sahip emziren annelerin daha sık bitkisel ürün kullandıklarını tespit etmiştir (114). Ek olarak Chuang ve ark. primipar olmayı ve normal doğum yapmayı emziren anneler arasında TAT kullanımını etkileyen faktörler olarak bildirmişlerdir (114). Yüksek eğitim seviyesine sahip gebelerin daha sık TAT yöntemi kullandıkları daha önce bir çok çalışma ile ortaya konulmuştur (10,19,80,81,88,89,105,110,111). Yapılan başka bir çalışmada ise sağlık durumlarını kötü olarak niteleyen anneler ve çocukları 6 aylıktan büyük olan annelerin daha sık TAT kullandıkları tespit edilmiştir (118). Görüldüğü gibi emziren anneler arasında TAT kullanımını inceleyen çalışmaların çoğu birbirinden farklı faktörleri ortaya çıkarmıştır. Bunun nedeni yapılan çalışmaların sayısının az olması ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin birbirinden farklı olması olabilir. TAT yöntemlerini kullanan annelerin karakteristik özelliklerini tamamen belirlemek ve netleştirmek için daha çok çalışmanın yapılması gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin %65,8'i sütlerinin bebeklerine yeterli geldiğini düşünürken, %34,2'si ise sütlerinin bebeklerine yeterli gelmediğini düşünmektedir. Çalışmamızda sütünü yeterli bulmayan annelerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde TAT yöntemlerine daha sık başvurdukları saptanmıştır (**p=0,029**). Anneler için bebeklerini yeterince beslemek oldukça önemli bir konudur. Bundan dolayı anneler sütlerinin bebeklerine yeterli olmadığını düşündüklerinde hemen arayış içine girerler ve en kolay yol olarak çevrelerinden gelen tavsiyelerle bitkisel ürünlere yönelirler. Bundan dolayı sütünün yetersiz olduğunu düşünen annelerin TAT yöntemlerine daha sık başvurması kaçınılmazdır. Çalışmamızda tespit ettiğimiz bir diğer konu emzirdikleri bebeklerine gebe oldukları zaman TAT kullanan annelerin emzirme sırasında da istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık TAT kullanmalarıdır (**p=0,001**). Literatürde bu bulgumuzu destekler nitelikte daha önce TAT kullanmış olmanın ve daha önce yaşanmış pozitif deneyimlerin TAT kullanımı üzerinde etkili olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (80,84,91,102,113). Ek olarak bizim bulgularımıza benzer şekilde Bettiol ve ark.'nın çalışmasında 388 emziren anneden 235'inin (%60,5) gebeliklerinden önce ve %47,6'sının gebelikleri sırasında TAT kullandıkları, gebeliklerinden önce ve gebelikleri



sırasında TAT kullanan emziren annelerin emzirme döneminde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık TAT yöntemlerine başvurdukları gösterilmiştir (116).

Çalışmamızda yer alan emziren anneler en sık akrabalarının (%41.4) ve diğer emziren annelerin (%37,5) tavsiyesi üzerine TAT yöntemi kullanmaya başlamışlardır. Sağlık personelinin tavsiyesiyle TAT kullanmaya başlayanlar ise %26 ile daha düşük kalmıştır. Güvenilir olamayan kaynaklardan alınan bilgiler, potansiyel olarak emziren annelere ve bebeklerine zarar vereceğinden önemlidir. Aile üyeleri ve arkadaşlar tavsiye ettikleri TAT yöntemlerinin nasıl bir risk oluşturacağı konusunda yeterince bilgi sahibi değillerdir. Emziren annelerin sağlık personeli yerine diğer emziren anneleri ve aile üyelerini tercih etmeleri düşündürücüdür. Aileler hastaların duygusal bağ kurdukları ve güvendikleri kişiler oldukları için bilgi kaynağı olarak tercih edilme sebebi olabilir. Literatürde daha önce yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınların TAT kullanmaya başlamadan önce aile ve arkadaşlarına başvurdukları ve onların tavsiyesiyle TAT kullanmaya başladıklarını bildiren yayınlar mevcuttur (50,80,81,83,87,93,102,104,105). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Sim ve ark. yaptıkları çalışmada ailelerin ve arkadaşların en sık başvuru bilgi kaynağı olduğunu ve TAT kullanan emziren annelerin sadece %2,2'sinin sağlık personelinin tavsiyesiyle TAT kullanmaya başladıklarını tespit etmişlerdir (11). Yine yapılan başka bir çalışmada TAT uygulayıcılarının, akrabalar ve arkadaşların emziren kadınlar arasında bilgi ve sevk kaynağı olduğu ortaya konulmuştur (118). Aile ve arkadaşların bu kadar sık başvuru bilgi kaynağı olması ve emziren anneleri TAT kullanmaya yönlendiren kişiler olması, emziren annelerin sağlık personeli tarafından sık sık sorgulanması gerektiğini ve TAT yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca literatürde emziren annelere TAT yöntemlerini en sık tavsiye eden kişileri jinekologlar (115) ve ebeler (116) olarak bildiren yayınlar da mevcuttur. Çalışmamızda sık başvuru başka bir bilgi kaynağı ise televizyon, internet ve dergiler olmuştur. Televizyon programlarının ve internetin izlenme ve okunma sayılarını arttırmak amacıyla yanlış bilgiler vermekten çekinmeyecekleri düşünüldüğünde bu alanlara yönelik denetimlerin artırılması ve kişilerin daha doğru bilgilere ulaşması sağlanmalıdır.

Çalışmamızda ayrıca başvuru bilgi kaynağı ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması yapılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kişilerin ortaokul ile ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip kişilere

göre ( $p=<0,001$ ), gelir durumu 3000 TL'den fazla olan kişilerin ise gelir seviyesi 2000-3000 TL arasında olan kişilere göre ( $p=0,011$ ) internet ve dergiye bilgi kaynağı olarak istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık başvurdukları görülmüştür. Gelir seviyesi ve eğitim seviyesi yüksek kişilerin daha sık internet ve dergiye başvurmalarının nedeni bu kişilerin internete ulaşmak için daha fazla imkana sahip olmalarıyla açıklanabilir. Eğitim seviyesi yüksek kişilerin iş bulması ve gelir elde etme olasılıkları daha fazla olduğundan dolayı iki grupta da internetin sık başvurulan bir bilgi kaynağı olması doğaldır. Yapılan diğer incelemelerde sosyodemografik veriler ile başvurulan diğer bilgi kaynakları arasında herhangi bir bağlantı bulunmamıştır.

Emziren annelerin emzirdikleri süre boyunca sağlık personeliyle rahatlıkla iletişim kurması ve kullandıkları TAT yöntemlerinin etkilerini ve yan etkileri tartışabilmeleri gerekir. Böylece istenmeyen etkilerin önüne geçilerek anne ve bebek sağlığı korunmuş olacaktır. Aksi takdirde emziren anneler farklı kaynaklara başvurarak, yanlış bilgilerle TAT yöntemi kullanmaya başlayacaklardır. Bizim çalışmamızda emziren annelerin doktorlarına kullandıkları TAT yöntemini açıklama oranı %38,5 olarak saptanmıştır. Yani emziren annelerin çoğunluğu kullandıkları TAT yöntemlerini doktorlarına açıklamamışlardır. Literatürde bu bulgularımızı destekleyecek şekilde emziren annelerin çoğunluğunun kullandıkları TAT yöntemi hakkında doktorlarına bilgi vermediklerini bildiren yayınlar mevcuttur (11,116,118). Ayrıca çalışmamızdaki emziren annelere TAT yöntemleri hakkında en doğru bilgiyi nerden alabilecekleri sorulduğunda %69,7'lik kısım en doğru bilgi kaynağı olarak doktorları göstermişlerdir. Bu veriler bize hasta hekim arasında TAT yöntemleri konusunda iletişim eksikliğinin var olduğunu göstermektedir. Ayrıca emziren annelerin çoğunluğunun doktorların doğru bir bilgi kaynağı olduğunu bilmelerine rağmen TAT kullanımlarını açıklamamaları doktorlardan çekindiklerini veya olumsuz bir geri bildirim alacaklarından korktuklarını göstermektedir. Bazı hastalar TAT kullanımlarını açıkladıkları zaman bunun doktorlarını inciteceğini veya onları görmezden gelmek anlamına geleceğini düşündüklerinden dolayı TAT kullanımlarını saklamış olabilirler (109). Ayrıca TAT yöntemlerinin doğal ve zararsız olduğu ve bundan dolayı TAT yöntemlerini doktora danışmanın gerekli olmadığı şeklindeki algı hastaların TAT kullanımlarını açıklamama nedenleri olabilir (118). Literatürde doktorların TAT yöntemlerini sorgulamadığından dolayı hastaların TAT kullanımlarını açıklamadıklarını bildiren yayınların varlığından dolayı (87) ve emzirme döneminde TAT kullanım

prevalansının yüksekliği, ilaç-bitki etkileşimleri göz önüne alındığında sağlık personelinin her emziren anneyi TAT kullanımını hakkında sorgulaması, bu yöntemler hakkında bilgilendirmesi ve bu yöntemleri tartışmak için rahat bir ortam yaratması gerekmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Sim ve ark.'nın yaptıkları çalışmada emziren annelerin çoğunluğunun TAT kullanımını hakkındaki bilgiyi doktor (%48,2) ve eczacıdan (%50,8) almak istediklerini belirtmelerine rağmen, kullanıcıların sadece %28,6'sı doktorlarını bu kullanımları hakkında bilgilendirmişlerdir (11).

Emzirme döneminde kullanılacak bitkisel ürünler temin edilirken emziren anneler yanlış bilgilere maruz kalabilmektedir. Bitkisel ürün satan bazı satıcılar emziren annelere bilimsel temeli olmayan bilgiler sunarak ürünlerini satma eğiliminde olabilir. Çalışmamıza katılan emziren anneler kullandıkları bitkisel ürünleri en sık aktardan (%74), daha sonra süpermarketlerden (%20,8) temin etmişlerdir. Kullanıcıların sadece %11,5'i bitkisel ürünlerini temin etmek için eczanelere başvurmuştur. Bu bulgular aktarların emzirme dönemindeki kadınların bitkisel ürün kullanım kararlarını etkilemede potansiyel bir rol oynadığını göstermektedir. Eczaneye başvurunun bu kadar düşük olması katılımcıların yanlış bilgilere daha çok maruz kaldıklarını göstermektedir. Ayrıca aktarların ve süpermarketlerin bitkisel ürünlerin temininde en sık başvuru alan yerler olması bitkisel ürünlere ulaşımın ne kadar kolay olduğunu göstermektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik ve emzirme döneminde TAT kullanımını hem anne için hem de bebekleri için kötü sonuçlar doğurabileceğinden; kadınları TAT kullanmaya iten nedenlerin, en sık kullanılan yöntemlerin ve TAT yöntemlerini tavsiye eden kişilerin belirlenmesi doğabilecek olumsuz sonuçların önüne geçebilmek için önemlidir. Ayrıca TAT kullanan kişilerin karakteristik özelliklerinin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının TAT kullananları daha rahat tespit ederek bilgilendirmesine yardımcı olur.

Çalışmamızın sonuçları gebe ve emziren kadınlar arasında TAT kullanımının yaygın olduğunu ve gebelik ve emzirme döneminde en sık kullanılan TAT yöntemlerinin bitkisel ürünler olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca gebelerin ve emziren annelerin TAT yöntemlerini güvenli bulduklarını ve TAT yöntemlerini güvenli ve etkili bulan kadınların daha sık TAT kullanma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat TAT yöntemlerinin güvenliği ve etkinliği hakkındaki veriler kısıtlıdır. Gebe ve emziren anneler bu yöntemlerin tek başına veya konvansiyonel ilaçlarla beraber kullanımı hakkında verilerin halen yeterli olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir. Bu sonuçlar emziren annelerin ve gebelerin TAT kullanmaya karar verirken daha bilinçli olmaları için, TAT yöntemlerinin güvenliği ve etkinliği konusunda daha fazla araştırmanın yapılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle emziren anneler arasında rezene ve anason kullanımının, gebeler için ise nane ve zencefil kullanımının yaygın olması nedeniyle bu bitkilerin ilaç etkileşimlerinin, fetüs ve anne üzerine etkilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Gebelik bakımı ve emzirme danışmanlığı veren her sağlık personeli bu bitkiler hakkında literatürde yayınlanmış en son bilgilerin farkında olmalı ve hastalarına kanıta dayalı bilgiler sunmalıdır. Emziren annelere kanıta dayalı bilgilerin sunulması güvenlik nedeniyle emzirmenin kesilmesinin önüne geçilebilir, aynı zamanda anne ve bebeğin uygun farmakoterapi almasına olanak sağlayabilir. Ayrıca hastaların TAT yöntemlerinin kullanımı sonucu oluşabilecek istenmeyen etkiler hakkında bilgilendirilmesi, gebelik ve emzirme döneminde yaygın olarak kullanılan TAT yöntemlerinin kullanım sıklığında bir düşme sağlayabilir.

Ayrıca gebe ve emziren anneler için önceki TAT kullanımı ve emziren anneler için yüksek eğitim seviyesi, daha küçük yaşta olmak TAT kullanımını etkileyen faktörler arasındadır. Bu bilgiler sağlık personelinin TAT yöntemlerini kullanan kadınları tespit

etmesine yardımcı olmasına rağmen sağlık personelinin her vizitte gebe ve emziren annelerin TAT kullanımını sorgulaması gerekmektedir. Çünkü kadınlar olumsuz geri bildirim alacakları korkusuyla, TAT kullanımlarının doktorlarını inciteceği düşüncesiyle bu durumu doktorlarına bildirmeyebilirler. Aynı zamanda gebe ve emziren kadınlar TAT kullanımının güvenli olduğunu düşünmelerinden dolayı sağlık personeline bu kullanımlarını bildirmenin gerekli olmadığını düşünebilmektedirler. Sağlık personeli hastalarının TAT kullanımlarını saklama eğiliminde olduklarını bilmeli ve bundan dolayı hastalarına TAT yöntemlerini tartışabilecekleri rahat ortamlar sağlamalı, hastalarıyla aralarındaki iletişim eksikliğini gidermelidirler. İletişim eksikliği giderilmediği taktirde bizim çalışmamızda olduğu gibi kadınlar TAT yöntemleri hakkında bilgi almak için aile ve arkadaşlarına yönelebilmektedirler. Bu durum kadınların gebelik ve emzirme döneminde yeterince bilgi sahibi olmadan ve kendilerini ve bebeklerini riske atarak TAT kullanmalarına neden olacaktır.

## 7.KAYNAKLAR

1. WHO, World Health Organization. Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. 2014, Geneva.
2. Çetin, O. B. (2007). Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 6(6).
3. Oral, B., Öztürk, A., Balcı, E., & Sevinç, N. (2016). Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Prev Med Bull*, 15(2), 75.
4. Akinci, A. C., Zengin, N., Yildiz, H., Sener, E., & Gunaydin, B. (2011). The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. *International journal of nursing practice*, 17(6), 571-582.
5. Ceylan, S., Azal, Ö., Taşlipinar, A., Türker, T., Açikel, C. H., & Gulec, M. (2009). Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary therapies in medicine*, 17(2), 78-83.
6. Akyol, A. D., Yildirim, Y., Toker, E., & Yavuz, B. (2011). The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. *Journal of clinical nursing*, 20(7-8), 1035-1043.
7. Kennedy, D. A., Lupattelli, A., Koren, G., & Nordeng, H. (2013). Herbal medicine use in pregnancy: results of a multinational study. *BMC complementary and alternative medicine*, 13(1), 355.
8. Kochhar K, Saywell RM Jr, Zollinger TW, Mandzuk CA, Haas DM, Howell LK, et al. Herbal remedy use among Hispanic women during pregnancy and while breastfeeding: are physicians informed? *Hispanic Health Care Int*. 2010;8:93–106.
9. Koc, Z., Sağlam, Z., & Topatan, S. (2017). Determination of the usage of complementary and alternative medicine among pregnant women in the Northern Region of Turkey. *Collegian*, 24(6), 533-539.

10. KISSAL, A., Güner, Ü. Ç., & Ertürk, D. B. (2017). Use of herbal product among pregnant women in Turkey. *Complementary therapies in medicine*, 30, 54-60.
11. Sim, T. F., Sherriff, J., Hattingh, H. L., Parsons, R., & Tee, L. B. (2013). The use of herbal medicines during breastfeeding: a population-based survey in Western Australia. *BMC complementary and alternative medicine*, 13(1), 317.
12. Louik, C., Gardiner, P., Kelley, K., & Mitchell, A. A. (2010). Use of herbal treatments in pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(5), 439-e1.
13. Mitchell, M., & Allen, K. (2008). An exploratory study of women's experiences and key stakeholders views of moxibustion for cephalic version in breech presentation. *Complementary therapies in clinical practice*, 14(4), 264-272.
14. Warriner, S., RM, S., Bryan, K., Brown, A. M., & RM, S. (2014). Women's attitude towards the use of complementary and alternative medicines (CAM) in pregnancy. *Midwifery*, 30(1), 138-143.
15. Demirag, SA. (2013). Herbal medicine and cancer prevention: Myth or not. *OA. Alter. Med*, 1, 16.
16. Jean, D., & Cyr, C. (2007). Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*, 120(1), e138-e141.
17. Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Jama*, 280(18), 1569-1575.
18. Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2011). The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery*, 27(6), 817-824.
19. Bishop, J. L., Northstone, K., Green, J. R., & Thompson, E. A. (2011). The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Complementary therapies in medicine*, 19(6), 303-310.

20. Furlow, M. L., Patel, D. A., Sen, A., & Liu, J. R. (2008). Physician and patient attitudes towards complementary and alternative medicine in obstetrics and gynecology. *BMC complementary and alternative medicine*, 8(1), 35.
21. Nordeng, H., & Havnen, G. C. (2004). Use of herbal drugs in pregnancy: a survey among 400 Norwegian women. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 13(6), 371-380.
22. Münstedt, K., Brenken, A., & Kalder, M. (2009). Clinical indications and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in departments of obstetrics in Germany: a questionnaire study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146(1), 50-54.
23. International Bioethics Committee. (2013). Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications.
24. Complementary and Alternative Medicine: Get the Facts. What is CAM? <https://www.agingcare.com/Articles/Get-Facts-On-Complementary-and-Alternative-Medicine-CAM-Therapies-133185.htm>. Erişim tarihi: 19.11.2019.
25. Kılınç, S. M. Cumhuriyet Dönemi Kaynaklarına Göre Kupa, Hacamat ve Sülükle Tedavi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
26. Muslu, G. K., & Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 62-7.
27. Traditional Chinese Medicine: What You Need To Know, <https://nccih.nih.gov/health/whatiscam/chinesemed.htm#background>. Erişim tarihi: 20.11.2019.
28. Faydaoğlu, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2011). Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 11(1), 52-67.
29. Aşçı A, Baydar T, Şahin G. Yaşlılarda herbal preparat kullanımının ve ilaç etkileşimlerinin toksikolojik açıdan değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10 (4):203-214.



30. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 36(1):29-32.
31. National Center for Complementary and Alternative Medicine .The National Institutes of Health Resource Guide April 2005 .
32. Chernyak, G. V., & Sessler, D. I. (2005). Perioperative acupuncture and related techniques. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 102(5), 1031-1049.
33. Acupuncture: In Depth, <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction>. Erişim tarihi: 20.11.2019.
34. World Health Organization. (2002). *Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials*. World Health Organization.
35. World Health Organization. (1999). *Guidelines on basic training and safety in acupuncture* (No. WHO/EDM/TRM/99.1). Geneva: World Health Organization.
36. Diraçoğlu, D. (2007). Romatoid Artritte Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Yöntemleri. *Romatizma/Rheumatism*, 22(1).
37. Cooper, E. L. (2008). Ayurveda and eCAM: a closer connection. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(2), 121-122.
38. Murray, M. T., & Pizzorno, J. E. (1998). *Encyclopedia of natural medicine*. Three Rivers Press.
39. Ekmekçi, P. E. (2018). 3.000 Yıl Öncesinden Günümüze Geleneksel Çin Tıbbı; Tarihi, Bugünü ve Geleceği. *J Tradit Complem Med* 2018;1(3):132-40
40. Atılğan, E., Tarakcı, D., Polay, B., & Alğun, Z. C. (2015). Sağlıklı kadınlarda Yoga temelli egzersizlerin esneklik, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite ve depresyon üzerine etkilerinin araştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(2), 41-46.
41. Topuz, E., & Bayka, M. (2008). *Kanserde alternatif ve tamamlayıcı tıp:(bilimsel yaklaşım)*. İletişim Yayınları.

42. Resmi Gazete. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27.10.2014; Sayı: 29158.
43. Argyl, M. (2006). İbadet ve dua (M. KOÇ, Çev.). *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 317-338.
44. Seeman, T. E., Dubin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence for biological pathways. *American psychologist*, 58(1), 53.
45. Taştan, K. (2014). Nöro linguistik programlama ve aile hekimliğinde kullanımı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3), 63-66.
46. Durusoy, Ç., & BG, U. (2007). Dermatolojide bitkisel tedavi-fitoterapi. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 1, 47-50.
47. WHO. Issues guidelines for herbal medicines, Bull World Health Organ 2004;82(3):238.
48. Yarar F. Aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının kanserli hastalarda beslenme ve bitkisel ürün kullanımıyla ilgili yaklaşımları, bilgi ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Samsun, 2014.
49. Taneri PE. Yaşlılarda ilaç ve bitkisel ürün kullanım sıklığı, ilaç-ilaç ve ilaç-bitki etkileşimleri: kentsel ve kırsal mahalle örnekleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Bursa, 2017.
50. Orief, Y. I., Farghaly, N. F., & Ibrahim, M. I. A. (2014). Use of herbal medicines among pregnant women attending family health centers in Alexandria. *Middle East Fertility Society Journal*, 19(1), 42-50.
51. Yıldırım, M., Desdicioglu, R., Kara, H., & Avsar, A. F. Y. (2016). Gebelikte Bitkisel Ürünlerin Kullanımı. *Ankara Medical Journal*, 16(2):225-31.
52. Dülger, G. (2012). Herbal drugs and drug interactions. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2012;16(1), 9-22.

53. Gürün, M. S. (2014). Bitkisel Ürünlerin ve Gıda Desteklerinin Kullanımında Arka Plan; Hekimler Ne Bilmeli?. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 5(4), 6-12.
54. Gök Metin, Z., & Özdemir, L. (2016). Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016;13 (1): 44-49
55. Ulusoy, E. (2012). Bal ve apiterapi. *Uludağ Arıcılık Dergisi*, 12(3), 89-97.
56. Uygulamalar, <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8506/uygulamalar.html>. Erişim tarihi: 21.11.2019.
57. Molan, P., & Betts, J. A. (2004). Clinical usage of honey as a wound dressing: an update. *Journal of wound care*, 13(9), 353-356.
58. World Health Organization. (2005). WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic.
59. Tulder, M. W., Furlan, A. D., & Gagnier, J. J. (2005). Complementary and alternative therapies for low back pain. *Best practice & research clinical rheumatology*, 19(4), 639-654.
60. Kaya, E., & Altınbilek, T. Osteopati Yaklaşımı; Bel Ve Boyun Ağrılarında Yeri. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 85-90.
61. Benchmarks for Training in Osteopathy, WHO 2010 <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>. Erişim tarihi: 02.12.2019
62. Vickers, A., & Zollman, C. (1999). The manipulative therapies: osteopathy and chiropractic. *Bmj*, 319(7218), 1176-1179.
63. Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2007). Massage therapy research. *Developmental Review*, 27(1), 75-89.
64. Bender, T., Karagülle, Z., Bálint, G. P., Gutenbrunner, C., Bálint, P. V., & Sukenik, S. (2005). Hydrotherapy, balneotherapy, and spa treatment in pain management. *Rheumatology international*, 25(3), 220-224.

65. Korkan, E. A., & Uyar, M. (2014). Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-14.
66. Erdoğan, Z., & Çınar, S. (2011). Reiki: Eski bir iyileştirme sanatı-modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, (2), 86-91.
67. Jahnke, R., Larkey, L., Rogers, C., Etnier, J., & Lin, F. (2010). A comprehensive review of health benefits of qigong and tai chi. *American Journal of Health Promotion*, 24(6), e1-e25.
68. Yeh, G. Y., Wood, M. J., Lorell, B. H., Stevenson, L. W., Eisenberg, D. M., Wayne, P. M. & et al. (2004). Effects of tai chi mind-body movement therapy on functional status and exercise capacity in patients with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *The American journal of medicine*, 117(8), 541-548.
69. Balanlı, M. Titreşim Tıbbi:“Geleceğin Tıbbi”. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 138-149.
70. Gödekmerdan, A., Arusan, S., Bayar, B., & Sağlam, N. (2011). Tıbbi sülükler ve Hirudoterapi. *Turkiye Parazitoloj Derg*, 35, 234-9.
71. Singh, A. P. (2010). Medicinal leech therapy (hirudotherapy): a brief overview. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(4), 213-215.
72. Whitaker, I. S., Izadi, D., Oliver, D. W., Monteath, G., & Butler, P. E. (2004). *Hirudo medicinalis* and the plastic surgeon. *British journal of plastic surgery*, 57(4), 348-353.
73. Al-Bedah, A. M., Elsubai, I. S., Qureshi, N. A., Aboushanab, T. S., Ali, G. I., El-Olemy, A. T. & et al. (2019). The medical perspective of cupping therapy: Effects and mechanisms of action. *Journal of traditional and complementary medicine*, 9(2), 90-97.
74. Cao, H., Li, X., & Liu, J. (2012). An updated review of the efficacy of cupping therapy. *PloS one*, 7(2).
75. Tanyüksel, M., Koru, Ö., Araz, E., Kılbaş, H. Z. G., Yıldız, Ş., & Alaca, R. (2014). Kronik yaraların tedavisinde steril *Lucilia sericata* larva uygulamaları. *Gulhane Med J*, 56(4), 218-22.

76. Babacan, A. (2008). Ozon, Ozonterapi ve Klinik Kullanımı. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6), 245-247.
77. Bocci, V. A. (2007). Tropospheric ozone toxicity vs. usefulness of ozone therapy. *Archives of medical research*, 38(2), 265-267.
78. Tanrıkulu, L. (2007). Mezoterapi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27(2), 272-275.
79. Çakmak, S. Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. *TOTBİD Dergisi*, 2017; 16:282–286.
80. Hall, H. R., & Jolly, K. (2014). Women's use of complementary and alternative medicines during pregnancy: a cross-sectional study. *Midwifery*, 30(5), 499-505.
81. Pallivalappila, A. R., Stewart, D., Shetty, A., Pande, B., Singh, R., & Mclay, J. S. (2014). Complementary and alternative medicine use during early pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 181, 251-255.
82. Yusof, J., Mahdy, Z. A., & Noor, R. M. (2016). Use of complementary and alternative medicine in pregnancy and its impact on obstetric outcome. *Complementary therapies in clinical practice*, 25, 155-163.
83. Strouss, L., Mackley, A., Guillen, U., Paul, D. A., & Locke, R. (2014). Complementary and Alternative Medicine use in women during pregnancy: do their healthcare providers know?. *BMC complementary and alternative medicine*, 14(1), 85.
84. Gibson, P. S., Powrie, R., & Star, J. (2001). Herbal and alternative medicine use during pregnancy: a cross-sectional survey. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), S44-S45.
85. Ranzini, A., Allen, A., & Lai, Y. L. (2001). Use of complementary medicines and therapies among obstetric patients. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), S46.
86. Thurer, K. A., Socherman, R. E., Walla, C. A., Hardy, M. L., & Gregory, K. D. (2003). The use of complementary and alternative medicine: a postpartum survey. *Obstetrics & Gynecology*, 101(4), 87S-88S.

87. Hwang, J. H., Kim, Y. R., Ahmed, M., Choi, S., Al-Hammadi, N. Q., Widad, N. M., & Han, D. (2016). Use of complementary and alternative medicine in pregnancy: a cross-sectional survey on Iraqi women. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *16*(1), 191.
88. Kalder, M., Knoblauch, K., Hrgovic, I., & Münstedt, K. (2011). Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Archives of gynecology and obstetrics*, *283*(3), 475-482.
89. Birdee, G. S., Kemper, K. J., Rothman, R., & Gardiner, P. (2014). Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and the postpartum period: an analysis of the National Health Interview Survey. *Journal of women's health*, *23*(10), 824-829.
90. Holden, S. C., Gardiner, P., Birdee, G., Davis, R. B., & Yeh, G. Y. (2015). Complementary and alternative medicine use among women during pregnancy and childbearing years. *Birth*, *42*(3), 261-269.
91. Nordeng, H., Bayne, K., Havnen, G. C., & Paulsen, B. S. (2011). Use of herbal drugs during pregnancy among 600 Norwegian women in relation to concurrent use of conventional drugs and pregnancy outcome. *Complementary therapies in clinical practice*, *17*(3), 147-151.
92. Cuzzolin, L., Francini, F., Pesenti, F., Verlato, G., Joppi, M., Baldelli, P., & Benoni, G. (2010). Use of herbal products among 392 Italian pregnant women: focus on pregnancy outcome. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *19*(11), 1151- 1158.
93. Forster, D. A., Denning, A., Wills, G., Bolger, M., & McCarthy, E. (2006). Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC pregnancy and childbirth*, *6*(1), 21.
94. Willetts, K. E., Ekangaki, A., & Eden, J. A. (2003). Effect of a ginger extract on pregnancy-induced nausea: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*, *43*(2), 139-144.

95. Vutyavanich, T., Kraissarin, T., & Ruangsri, R. A. (2001). Ginger for nausea and vomiting in pregnancy:: Randomized, double-masked, placebo-controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *97*(4), 577-582.
96. Fischer-Rasmussen, W., Kjær, S. K., Dahl, C., & Asping, U. (1991). Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *38*(1), 19-24.
97. Cuzzolin, L., Zaffani, S., Murgia, V., Gangemi, M., Meneghelli, G., Chiamenti, G., & Benoni, G. (2003). Patterns and perceptions of complementary/alternative medicine among paediatricians and patients' mothers: a review of the literature. *European journal of pediatrics*, *162*(12), 820-827.
98. Qiu, J. X., Zhou, Z. W., He, Z. X., Zhang, X., Zhou, S. F., & Zhu, S. (2015). Estimation of the binding modes with important human cytochrome P450 enzymes, drug interaction potential, pharmacokinetics, and hepatotoxicity of ginger components using molecular docking, computational, and pharmacokinetic modeling studies. *Drug design, development and therapy*, *9*, 841.
99. Wilkinson, J. M. (2000). Effect of ginger tea on the fetal development of Sprague-Dawley rats. *Reproductive Toxicology*, *14*(6), 507-512.
100. Johns, T., & Sibeko, L. (2003). Pregnancy outcomes in women using herbal therapies. *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology*, *68*(6), 501-504.
101. Kodad, O., & Socias i Company, R. (2008). Variability of oil content and of major fatty acid composition in almond (*Prunus amygdalus* Batsch) and its relationship with kernel quality. *Journal of agricultural and food chemistry*, *56*(11), 4096-4101.
102. Holst, L., Wright, D., Nordeng, H., & Haavik, S. (2009). Use of herbal preparations during pregnancy: focus group discussion among expectant mothers attending a hospital antenatal clinic in Norwich, UK. *Complementary therapies in clinical practice*, *15*(4), 225-229.

103. Fakeye, T. O., Adisa, R., & Musa, I. E. (2009). Attitude and use of herbal medicines among pregnant women in Nigeria. *BMC Complementary and alternative medicine*, 9(1), 53.
104. Mothupi, M. C. (2014). Use of herbal medicine during pregnancy among women with access to public healthcare in Nairobi, Kenya: a cross-sectional survey. *BMC complementary and alternative medicine*, 14(1), 432.
105. Bayisa, B., Tatiparthi, R., & Mulisa, E. (2014). Use of herbal medicine among pregnant women on antenatal care at Nekemte Hospital, Western Ethiopia. *Jundishapur journal of natural pharmaceutical products*, 9(4).
106. Suroowan, S., & Mahomoodally, F. (2013). Complementary and alternative medicine use among Mauritian women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(1), 36-43.
107. Allaire, A. D., Moos, M. K., & Wells, S. R. (2000). Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology*, 95(1), 19-23.
108. Harrigan, J. T. (2011). Patient disclosure of the use of complementary and alternative medicine to their obstetrician/gynaecologist. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(1), 59-61.
109. Dog, T. L. (2009). The use of botanicals during pregnancy and lactation. *Altern Ther Health Med*, 15(1), 54-8.
110. Cuzzolin, L., & Benoni, G. (2009). Safety issues of phytomedicines in pregnancy and paediatrics. In *Herbal drugs: ethnomedicine to modern medicine* (pp. 381-396). Springer, Berlin, Heidelberg.
111. Volqvartz, T., Vestergaard, A. L., Aagaard, S. K., Andreasen, M. F., Lesnikova, I., Uldbjerg, N. & et al. (2019). Use of alternative medicine, ginger and licorice among Danish pregnant women—a prospective cohort study. *BMC complementary and alternative medicine*, 19(1), 5.



112. Frawley, J., Adams, J., Steel, A., Broom, A., Gallois, C., & Sibbritt, D. (2015). Women's use and self-prescription of herbal medicine during pregnancy: an examination of 1,835 pregnant women. *Women's Health Issues, 25*(4), 396-402.
113. Lapi, F., Vannacci, A., Moschini, M., Cipollini, F., Morsuillo, M., Gallo, E. & et al. (2010). Use, attitudes and knowledge of complementary and alternative drugs (CADs) among pregnant women: a preliminary survey in Tuscany. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 7*(4), 477-486.
114. Chuang, C. H., Chang, P. J., Hsieh, W. S., Tsai, Y. J., Lin, S. J., & Chen, P. C. (2009). Chinese herbal medicine use in Taiwan during pregnancy and the postpartum period: a population-based cohort study. *International Journal of Nursing Studies, 46*(6), 787-795.
115. Aleandri, V., Bertazzoni, G., Romanzi, D., Vetrano, G., Durazzi, F., Mazzanti, G., & Vitalone, A. (2014). The use of herbal products during breastfeeding: a study from a public Italian hospital. *Journal of Food Processing & Technology, 5*(8), 1.
116. Bettiol, A., Lombardi, N., Marconi, E., Crescioli, G., Bonaiuti, R., Maggini & et al. (2018). The use of complementary and alternative medicines during breastfeeding: results from the Herbal supplements in Breastfeeding InvesTigation (HaBIT) study. *British journal of clinical pharmacology, 84*(9), 2040-2047.
117. Westfall, R. E. (2003). Galactagogue herbs: a qualitative study and review. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 2*(2), 22-27.
118. James, P. B., Kaikai, A. I., Bah, A. J., Steel, A., & Wardle, J. (2019). Herbal medicine use during breastfeeding: a cross-sectional study among mothers visiting public health facilities in the Western area of Sierra Leone. *BMC complementary and alternative medicine, 19*(1), 66.
119. Singh, D., Gupta, R., & Saraf, S. A. (2012). Herbs—are they safe enough? An overview. *Critical reviews in food science and nutrition, 52*(10), 876-898.
120. Onyeka, T. C., Ezike, H. A., Nwoke, O. M., Onyia, E. A., Onuorah, E. C., Anya, S. U., & Nnacheta, T. E. (2012). Herbal medicine: a survey of use in Nigerian

presurgical patients booked for ambulatory anaesthesia. *BMC complementary and alternative medicine*, 12(1), 130.



## 8.TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Gebe Grubuna Ait Tanımlayıcı Özellikler .....	34
<b>Tablo 2.</b> Gebe Grubunda Bazı Tutum ve Davranışlar .....	35
<b>Tablo 3.</b> Gebe Grubunda Gebelik Sırasında Kullanılan Bitkisel Ürünler ve Kullanma Nedenleri* .....	36
<b>Tablo 4.</b> Gebe Grubunda Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri* .....	37
<b>Tablo 5.</b> Gebe Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaçların Temin Yeri* .....	38
<b>Tablo 6.</b> Gebe Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilginin Nereden Edinildiği* ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği Sorularına Verilen Yanıtlar .....	39
<b>Tablo 7.</b> Gebe Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri .....	40
<b>Tablo 8.</b> Gebe Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	41
<b>Tablo 9.</b> Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 10.</b> Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedeni .....	44
<b>Tablo 11.</b> Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri .....	45
<b>Tablo 12.</b> Gebe Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	46
<b>Tablo 13.</b> Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 14.</b> Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri .....	48
<b>Tablo 15.</b> Gebe Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	49
<b>Tablo 16.</b> Gebe Grubundaki Bazı Özellikler Arasında Gebelik sırasında Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 17.</b> Gebe Grubunda Kontrole Gitme Grupları Arasında Tedavi Yöntemlerini Güvenli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 18.</b> Emziren Grubuna Ait Tanımlayıcı Özellikler .....	53
<b>Tablo 19.</b> Emziren Grubunda Bazı Tutum ve Davranışlar .....	54
<b>Tablo 20.</b> Emziren Grubunda Emzirme Sırasında Kullanılan Bitkisel Ürünler .....	55
<b>Tablo 21.</b> Emziren Grubunda Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri .....	56
<b>Tablo 22.</b> Emziren Grubunda Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	57

<b>Tablo 23.</b> Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 24.</b> Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri.....	59
<b>Tablo 25.</b> Emziren Grubunda Yaş Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	60
<b>Tablo 26.</b> Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 27.</b> Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Bitkisel ilaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Nedenleri.....	62
<b>Tablo 28.</b> Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri.....	63
<b>Tablo 29.</b> Emziren Grubunda Eğitim Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	64
<b>Tablo 30.</b> Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Bazı Tutum ve Davranışların Karşılaştırılması .....	65
<b>Tablo 31.</b> Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlacın Temin Yeri.....	66
<b>Tablo 32.</b> Emziren Grubunda Gelir Grupları Arasında Kullanılan Bitkisel İlaç veya Alternatif Tıp Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yeri ve En Doğru Bilginin Nereden Edinilebileceği .....	67
<b>Tablo 33.</b> Emziren Grubundaki Bazı Özellikler Arasında Emzirirken Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	69

## 9.EKLER

### KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Ve Emziren Kadınların Tanımlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı Ve Bu Konudaki Tutum Ve Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	223

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	KSÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Adres: Kayseri/Kahramanmaraş Yolu Üzeri Avşar Yerleşkesi 46000/ K.MARAŞ
	TELEFON	(0344)3003424
	FAKS	(0344)3003409
	E-POSTA	tipkaek@ksu.edu.tr

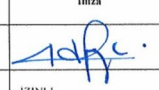












BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ		
	DESTEKLEYİCİ	Yok		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
	- Anket çalışması - Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma - Metodolojik Yöntemsel			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hafize ÖKSÜZ  
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Versiyon Numarası</b>	<b>Dili</b>					
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2017	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Açıklama</b>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	yok							
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	yok							
	DİĞER:	Başvuru Dilekçesi, Başvuru Formu, Özgeçmişler, BGOF, Anketler							
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No: 01</b>	<b>Tarih: 18.09.2019</b>		<b>Oturum:2019/17</b>					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Kök Hücre, doku nakli, organ nakli ve yeni bir cerrahi yöntem ile ilgili çalışmalar ve geleneksel tıp uygulamaları ve tıbbi ürünler ile ilgili çalışmalar için ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alınması gerekmektedir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>									
<b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
<b>BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>		Prof.Dr. Hafize ÖKSÜZ							
<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Uzmanlık Alanı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>Cinsiyet</b>		<b>Araştırma ile ilişkisi</b>		<b>Katılım *</b>	<b>İmza</b>	
BASKAN Prof.Dr. Hafize ÖKSÜZ	Anestezi ve Reanimasyon AD	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mustafa GÖKÇE Üye	Nöroloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	IZINLI
Doç.Dr. Ahmet Çağrı AYKAN Başkan Yardımcısı	Kardiyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Can ACIPAYAM Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dilek TÜZÜN Üye	İç Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nursel YURTTUTAN Üye	Radyoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nagihan BİLAL Üye	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Selma YAMAN Üye	Biyofizik	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Duygun ALTINTAŞ AYKAN Bilgilendirmeden Sorumlu Üye	Farmakoloji	KSU Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr. Üyesi Adem DOĞANER Üye	Biyostatistik	KSU Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Ecz. Dilara Algül DOKUMACI Üye	Eczacı	Dilara Eczanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğt.Gör. Ahmet KARATUT Üye	Hukukçu	KSU Pazarcık MYO	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sultam Mehmet YAMAN Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hacı Ömer DOKUMACI Üye	Mühendis	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
ŞERH(VARSA)									

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hafize ÖKSÜZ  
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

# GEBE VE EMZİREN KADINLARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KULLANIM SIKLIĞI VE BU KONUDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

*Yazar Muhammed Kaygusuz*

Gönderim Tarihi: 02-Mar-2020 04:17PM (UTC+0400)

Gönderim Numarası: 1267615370

Dosya adı: Tez\_muhammed.docx (195.72K)

Kelime sayısı: 25521

Karakter sayısı: 164666

- 27 [www.erpacongress.com](http://www.erpacongress.com) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 28 Submitted to Adıyaman Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 29 GENÇ, Rabia E., ŞENOL, Selmin and KAVAKLI, Kaan. "Hemofili hastası adölesanların "öz-yeterlik" durumlarının incelenmesi", Ege Üniversitesi, 2006. <% 1  
Yayın
- 30 [daahk.org](http://daahk.org) <% 1  
İnternet Kaynağı
- 31 Submitted to Haliç Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 32 Submitted to Bahcesehir University <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 33 Eylem TÜTÜN YÜMİN, Yeşim BAKAR, Tülay TARSUSLU ŞİMŞEK. "The Effect of Diabetes on Life Quality of Individuals with Type 2 Diabetes", Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences, 2017 <% 1  
Yayın
- 34 Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi
- 35 Submitted to Okan Üniversitesi <% 1  
Öğrenci Ödevi



9

Submitted to Üsküdar Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

10

KISSAL, Aygöl, KAYA, Mustafa and KOÇ, Medine. "Hemşirelik ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi", Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım, 2016.

Yayın

<% 1

11

Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

12

Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University

Öğrenci Ödevi

<% 1

13

Submitted to Suleyman Demirel University

Öğrenci Ödevi

<% 1

14

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

<% 1

15

[www.travelexturkey.com](http://www.travelexturkey.com)

İnternet Kaynağı

<% 1

16

[www.idrcongress.org](http://www.idrcongress.org)

İnternet Kaynağı

<% 1

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde