

**T. C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN
DOKTOR, HEMŞİRE VE EBELERİN TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİ BİLME VE
KULLANMA DURUMLARI**

Sümbüle KÖKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN

TEZ NO:.....

MERSİN- 2008

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

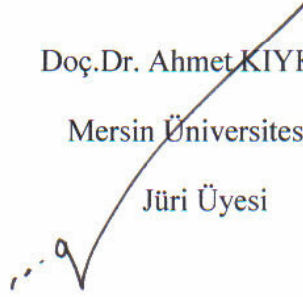
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi 03/12/2008


Yrd.Doç.Dr. Nazife AKAN

Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd.Doç.Dr. Belkıs KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Doç.Dr. Ahmet KIYKIM
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 03.12.2008 tarih ve 2008/386 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Enstitü Müdürü
İmza mühür

Doç. Dr. Ünkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen tez danışman hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN'a**,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardımları için; **Sn. Öğr. Gör. Semra ERDOĞAN'a**, tezimin anket formunun oluşturulmasında emeği geçen MEÜ. Eğitim Fakültesi öğretim üyesi **Sn. Yrd. Doç. Dr. Devrim ÖZDEMİR ALICI'ya**,

Lisans ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaştığım, başta **Sn.Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ** olmak üzere Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'ndaki tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitim süresini birlikte paylaştığım tüm arkadaşlarıma,

Eğitimim için hiçbir fedakârlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum aileme de teşekkürlerimi sunarım.

Sümbüle KÖKSOY

Kasım - 2008

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DIZINI	vi
KISALTMALAR DIZINI	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ	1- 3
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TAMAMLAYICI ve ALTERNATİF TIP YÖNTEMLERİ	
2.1.1. Akupunktur	4- 7
2.1.2. Aromaterapi	7- 9
2.1.3. Bitkisel Tedaviler	9-11
2.1.4. Masaj	11-12
2.1.5. Refleksoloji	12-13
2.1.6. Alexander Tekniği	13-14
2.1.7. Reiki	14-15
2.1.8. Renklerle Tedavi	15-16
2.1.9. Biyotedavi	16-17
2.1.10. Homeopati	17-18
2.1.11. Ayurveda	18-19
2.1.12. Yoga	19-20
2.1.13. Müzik Terapisi	20-22
2.1.14. Meditasyon	22-23

2.1.15. Dua Etme	23-24
2.1.16. Diyet Desteği	24-26
2.1.17. Hipnoterapi	26-28
2.2.TAT KULLANIMINDA SAĞLIK PERSONELİNİN ROLÜ	28-29
3. GEREÇ ve YÖNTEM	30
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	30
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ	30
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	30
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	31
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.6. ÖN UYGULAMA	32
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI	32
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	32
4. BULGULAR	33- 48
5.TARTIŞMA	49- 60
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	61
6.1. SONUÇLAR	61
6.2. ÖNERİLER	62
6.3. ARAŞTIRMACILARA ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	63- 70
EKLER	71
EK- 1 Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Düşünceler Anketi	71- 75
EK- 2 Uygulama Planı	76
EK- 3 İzin Yazısı	77- 78
EK- 4 Etik Kurul Onayı	79
ÖZGEÇMİŞ	80

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelgeler	Sayfa No
Çizelge 1. Akupunkturun Endikasyonları ve Kontrendikasyonları	6
Çizelge 2. Araştırmaya Katılan Sağlık Personeli Sayıları	31
Çizelge 3. Sağlık Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri	33
Çizelge 4. Sağlık Personelinin Kurumlara ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	34
Çizelge 5. Sağlık Personelinin TAT İle İlgili Bazı Görüş ve Davranışları	35
Çizelge 6. Sağlık Personelinin TAT Hakkındaki Görüşleri	36
Çizelge 7. Sağlık Personelinin Eğitim Durumu, Meslek ve Cinsiyete Göre TAT Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı	37
Çizelge 8. Sağlık Personelinin Kullandığı TAT Yöntemleri	38
Çizelge 9. Sağlık Personelinin TAT Yöntemlerini Kullanma Nedenleri	39
Çizelge 10. Sağlık Personelinin TAT Yöntemlerini Bilme Durumları	40
Çizelge 11. Sağlık Personelinin TAT Yöntemleri Hakkında Bilgi Edindiği Kaynaklar	41
Çizelge 12. Sağlık Personelinin TAT Yöntemleri İle İlgili Aldığı Kurslar	42
Çizelge 13. Sağlık Personelinin Mesleki Eğitimde TAT Eğitimi Verilmesi Konusundaki Düşünceleri	43
Çizelge 14. Sağlık Personelinin TAT Konusunda Hastalarına Yaklaşımları	44
Çizelge 15. Sağlık Personelinin Hastaların Kullandığı TAT Yöntemlerini Bilme Durumu	45
Çizelge 16. Hastaların Sağlık Personeli Sormadan TAT Kullanımlarından Bahsetme Durumu	46

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devleti

AKAMÇG: Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu

AÖF: Açık Öğretim Fakültesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

MÖ: Milattan Önce

MS: Milattan Sonra

MEÜ: Mersin Üniversitesi

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine (Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsüne Bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)

NIH: National Institutes of Health (Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü)

OAM: Office of Alternative Medicine (Alternatif Tıp Bürosu)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

ÖZET

Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kullanımı son yıllarda belirgin bir şekilde artış göstermektedir. Bu araştırmanın amacı; hemşire, ebe ve doktorların TAT yöntemlerine bakışlarını, bu yöntemler hakkındaki bilgilerini ve deneyimlerini araştırmaktır. Bu araştırma üniversite ve devlet hastanesinde çalışan doktor, hemşire ve ebeler ile yüz yüze anket çalışması ile yapılmıştır. Anket katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, TAT yöntemlerini kullanma durumlarını ve yöntemler hakkında bilgi düzeylerini ölçen sorular içermektedir. Sonuçlar SPSS programına girilerek ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma hemşire/ebe (%56,2) ve doktorlardan (%43,8) oluşan toplam 516 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %35.1'nin kullandığı en az bir TAT yöntemi bulunmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla TAT yöntemi kullandığı görülmüştür ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemlerine bakıldığında ilk sıraları bitkisel tedavi (%85,4), masaj (%21.9), diyet ve vitamin desteğinin (%18.5) aldığı görülmektedir. Sağlık personelinin hakkında en fazla bilgisi olduğu yöntemler akupunktur, bitkisel tedavi, diyet desteği, masaj olarak bulunmuştur. Sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklara baktığımızda; çevre, arkadaşlar, televizyon ve internet ilk sıraları almaktadır. Sonuç olarak hemşire/ebe ve doktorların TAT yöntemleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı ve eğitim sürecinde TAT uygulamalarına da yer verilmesini istedikleri sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı ve alternatif tıp, hemşire, ebe, doktor

ABSTRACT

The Knowledge Level and Using Of Complementary and Alternative Therapies of The Doctors, Nurses and Midwife Who Working At Hospitals

There has been a marked increase in the use of complementary and alternative medicine (CAM) in recent years. The purpose of this study to assess nurses, midwife and doctors' attitudes toward and practice of CAM methods and their knowledge level and experience. The study was performed to nurses, midwife and doctors who were working university and state hospital, by giving answers to a questionnaire with a face-to-face interview method. The questionnaire included questions about the socio-demographic features and CAM usage features and their level of the knowledge about the CAM. The results were compared with the “chi-square test” using by SPSS. A total of 516 health personal including nurses-midwives (56,2%) and doctors (43,8%) were evaluated in the study. A 35,1% of respondents were detected to be using at least one of the CAM method. The CAM usage was statistically significantly higher in the female than male. The most commonly used CAM methods were herbal products (85,4%), massage (21,9%), diet and vitamin supplementation (18,5%). The health personals that included to this study had most knowledge of the CAM methods were acupuncture, herbal therapy, dietary supplementation and massage. The majority of information sources of respondents were peers, television and internet. The vast majority of the nurses and midwives indicated that they wanted CAM to be integrated into the nursing curriculum. As a conclusion nurses, midwives and doctors' knowledge level about CAM therapies was limited and they wanted CAM to be included their education programme.

Key words: Complementary and alternative medicine, nurse, midwife, doctor

I. GİRİŞ

1.1 PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Kişiler sağlık sorunları olduğunda çözüm arayışı içine girmektedirler. Özellikle modern tıp yaklaşımlarındaki başarısızlık veya tedavinin çok fazla eleştirilere maruz kalan istenmeyen etkilerinin olması gibi durumlar hasta ve yakınlarını alternatif tedavi yöntemlerini denemeye yöneltmektedir. Hem sağlığı koruma hem de sağlık sorunlarının çözümü konusunda son yıllarda gelişmiş ülkelerde de modern tıp dışındaki yollara başvurma düzeyinde bir artış gözlenmektedir (1, 2).

Modern tıp dışındaki tedavi yaklaşımları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) olarak tanımlanmaktadır. Ancak tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp kavramları birbiri ile karıştırılabilmektedir. *Tamamlayıcı tıp*; modern tıba yardımcı olarak kullanılan tedavi yöntemlerini tanımlar iken, *alternatif tıp*; modern tıbbın yerini alan tedavi yöntemlerini içermektedir. Çok çeşitli terimlerle tanımlanan alternatif tıp; modern tıpta yer almayan tedavi uygulamalarını içerir. Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1997 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur. Bu merkezin amacı TAT uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların modern tedavilere katılımını sağlamaktır. TAT beş ayrı kategoride sınıflandırılmıştır;

1. Alternatif ve medikal sistem (akupunktur ve qi gong'u kapsayan geleneksel Çin tıbbı, homeopati, ayurveda)
2. Beden-zihin tedavisi (biyofeedback, hipnoz, gevşeme/meditasyon, müzik, hayal kurma, dua)
3. Biyolojik temelli tedaviler (Bitkisel tedavi, yüksek doz vitaminler, özel diyetler)
4. Enerji tedavileri (iyileştirici dokunma, reiki)

5. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, egzersiz, kiropraktik, hidroterapi, refleksoloji, akupressur) (3, 4)

Günümüzde birçok hasta, hastalıklarının tedavisinde, yakınmalarının hafifletilmesi ve/veya giderilmesinde TAT yöntemlerini kullanmaktadır. TAT yöntemlerinin birçoğunun etkinliğine dair çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen tüm dünyada kullanımı giderek artmaktadır. TAT ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin de giderek artması, bu tedavi yöntemlerini kullanan hasta sayısındaki artışta önemli rol oynamaktadır (3).

TAT kullanımı hastaların inançlarına, dinlerine, yaşam şekillerine ve kültürlerine (büyük olasılıkla belli coğrafik alanlarda yetişen belli başlı bitkilerin daha iyi bilinmesi) göre değişmektedir. Hastaların TAT yöntemlerini niçin tercih ettikleri incelendiğinde; bunu tam olarak açıklayamadıkları; ancak hastalıklarının daha iyi kontrol edebildikleri, tedavileri ile ilgili karar vermeye aktif katıldıkları (yani kendileri istedikleri için uyguladıkları) ve hastalık sürecinin gerektirdiği uygulamalarda kendilerini daha kabullenici hissettikleri saptanmıştır. Özellikle kronik hastalığı olan hastaların sıklıkla TAT yöntemlerini modern tıptan daha başarılı olarak algıladıkları bildirilmektedir (5). Ancak TAT kullanımı ile ilgili en büyük endişe; bunları kullanan hastaların, hastalıklarının tedavileri için gerekli olan modern tıbbi tedavileri geciktirebilecekleri ve/veya bırakabilecekleri konusundadır (3, 4, 5).

TAT yöntemlerinin toplumda yaygınlaşması tıp eğitimine de yansımış ve ABD’de her üç tıp öğrencisinden biri seçmeli ders olarak TAT dersini seçmiştir. TAT dersi okutmayan üniversiteler de bu konuları ders programlarına almışlardır. Ülkemizde de bu alanda dış ülkelerde uzmanlık yapan ve özellikle medyada halkı etkileyen tıp uzmanları mevcuttur (3).

Sağlık personelinin bilimsel kanıtlar olmadan hastalarına TAT yöntemleri ile ilgili bir tavsiyede bulunabilmesi doğru değildir. Bu nedenle bu alanda prospektif, kontrollü-deneysel çalışmaların yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Ancak, sağlık personelinin gerek önyargılı olması gerekse TAT yöntemleri hakkındaki bilgi eksiklikleri nedeni ile bu ürünleri kullanan hastalarda gelişmesi olası yan etkilerin önlenmesi mümkün olmamaktadır (3).

Sağlık ekibi içinde önemli bir yeri olan hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin bakımında önemli rol oynamaktadırlar. Bu hastalar, genellikle sağlık kurumlarında hemşirelerle uzun süre bir arada oldukları için onlarla daha rahat iletişim kurabilmektedirler. Hemşireler veri toplama aşamasında hastaların TAT yöntemleri kullanma durumu ve bu ürünlerin tüketimi sırasında gelişen etkilerini de sorgulayarak, danışmanlık hizmeti verebilirler. Bununla birlikte hemşirenin hastayla açık ve etkili iletişim kurması, hastasını yargılamadan dinlemesi, hastanın güven duyabileceği bir ortam yaratması, alışkanlıklarını daha rahat ifade etmesine yardım edebilir. Hemşire topladığı verileri değerlendirerek, hastanın sorunlarını gidermek için kullandığı her türlü yöntemi, dosyasına kaydederek bakımın sürekliliğini sağlayabilir (6, 7, 8).

Günümüzde özellikle internetin yaygınlaşması sonucu bu alanda çok sayıda bilgi veren veya ticari satış yapan bir ağ oluşmuştur. TAT kullanan ve ya kullanmak isteyen hasta ve hasta yakınları bu yöntemlerin güvenilirliğini sağlık personeline danışma gereksinimi duymaktadır. Bu nedenle sağlık personeli bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olup, hasta ve hasta yakınlarını kullanacakları yöntemler konusunda yönlendirici bir role sahip olmalıdır.

Her geçen gün artan sayıda hasta TAT yöntemi kullanmaktadır. Hasta ve yakınları bu yöntemler konusunda çeşitli yollarla uyarılıp bilgilendirilmektedir. Ancak eksik ve yanlış bilgilenmeye bağlı bilinçsiz kullanım nedeniyle, tedavi programlarında aksamalar veya istenmeyen sonuçlarla karşılaşılabilir. Bu yöntemlerin klinik kullanımını ve modern tedavi yöntemleri ile birlikte kullanımında ortaya çıkabilecek yararlı ve zararlı etkilerinin sağlık personeli tarafından bilinmesi önemlidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin TAT yöntemlerini kullanma durumlarını, bu yöntemler hakkındaki görüşlerini ve bilgilerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TAMAMLAYICI ve ALTERNATİF TIP YÖNTEMLERİ

2. 1. 1. Akupunktur

Akupunktur en eski tedavi yöntemlerinden biri olup yaklaşık 2- 3 bin yıldan beri kullanılmaktadır. Akupunktur Latince iki kelimedenden (acus: iğne ve puncture: batırma) oluşur. Genel olarak çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin akupunktur noktalarına batırılması ile uygulanmakta ve çok eskiden beri birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Akupunkturda uygulama deriye ve deri altındaki kas dokusuna yapılır ve uygulama sırasındaki her türlü uyarıdan deri ve deri altı kas dokusu etkilenir. Akupunktur noktalarının %70- 80 kadarı kasların tetik noktaları ile ve ayrıca birçoğunun da motor noktaları ile aynı olduğu belirlenmiştir. Günümüze kadar pek çok hastaya bu tedavi yöntemi uygulanmış olmasına karşın temel, fizyolojik ve klinik verilerdeki eksiklikler nedeniyle Batı tıbbındaki yerini alması için yüzyıllar geçmesi gerekmiştir (9).

Akupunkturun etki mekanizmasını açıklamaya çalışan çeşitli teoriler olmakla birlikte, geleneksel Çin tıbbına göre akupunkturun asıl etkisi, bütüncül anlayışla vücudun kendi kendini iyileştirmesidir. Buna göre her canlı doğar, büyür ve ölür. Bu doğal devrim sırasında araya giren faktörlerle hastalıklar ortaya çıkabilir. Hastalık faktörleri araya girmediği sürece, canlılar Yin ve Yang adlı birbirine zıt iki kuvvetin altında dengeli ve sağlıklı olma durumunu sürdürebilir. Yin ve Yang kuvvetlerinin bir araya gelmesinden Tao kuvveti oluşur. Yin ile Yang arasındaki etkileşim Qi'yi üretir. Qi bipolar enerji akışını sağlar ve bu enerji bütün evrene yayılır. Akupunktur iğneleri ile Qi'ye ulaşılır. Qi'nin çoğaltılması veya tüketilmesi mümkündür. Bu ikisinin dengeli olması durumunda sağlık devam eder (10, 11, 12).

Akupunkturun batı ülkelerinde yerini almasıyla birlikte etki mekanizması tartışılmaya başlanmış ve bu konuda çok çeşitli deneysel çalışmalar yapılmıştır. ABD’de akupunktura ilginin artmasıyla birlikte DSÖ bünyesinde bu konu ele alınmış ve akupunkturun bilimsel temellerini araştırmak üzere 1989 yılında bir çalışma grubu oluşturulmuştur. “Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu” (AKAMÇG) adı verilen bu grup beş yıl süren incelemeler sonunda, 1994’te Japonya’da bir akupunktur kılavuzu hazırlamış ve önemli kararlar almıştır (10).

1992 yılında NIH bünyesinde Alternatif Tıp Bürosunun (OAM) oluşturulmasından sonra akupunktur “tamamlayıcı ve alternatif tıp” bağlamında değerlendirilmeye başlanmış ve daha sonra NIH ile Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration - FDA) bu konuda işbirliği yapmaya karar vermiştir. 1996’da OAM ve FDA’nın birlikte düzenlediği bir çalıştaydan sonra akupunktur resmen bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. OAM ve FDA’nın bu konudaki işbirliği ve ortak çalışmaları devam etmektedir (13, 14).

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

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

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

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

2006 yılında kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada akupunkturun endikasyonları ve kontraendikasyonları tekrar gözden geçirilmiş ve çizelge 1’de gösterilen esaslar belirlenmiştir (13, 14).

Çizelge 1. : Akupunkturun Endikasyonları ve Kontraendikasyonları

Akupunktur Endikasyonları	Akupunktur Kontraendikasyonları
<ul style="list-style-type: none"> ➤ İlaçlarla geçmeyen ağrılı durumlar ➤ İlaçların çok yan etki yaptığı durumlar ➤ İlaçlarını azaltmak isteyen hastalar ➤ Operasyon ya da kemoterapi sonrası aşırı bulantı ve kusmalar ➤ Tedaviye yanıt vermeyen vazomotor semptomlar ➤ Radyasyon rektiti ➤ Aşırı yorgunluk hissi ➤ Uyku bozuklukları 	<ul style="list-style-type: none"> 1.Klasik akupunktur <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aşırı iğne fobisi olanlar ➤ Pıhtılaşma bozukluğu ➤ Lenfödemli ekstremiteler ➤ Tümör ve açık yaralar ➤ Spinal instabilite 2.Kalıcı iğne akupunkturu <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kalp kapak hastalıkları ➤ Nötropenik hastalar 3.Elektro-akupunktur <ul style="list-style-type: none"> ➤ İntrakardiyak defibrilatör olan hastalar 4.Göreceli sakınca <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gebelik ➤ Epilepsi ➤ Konfüzyonlu hastalar ➤ Kalp pili olan hastalar

Akupunktur araştırmalarında en çok ele alınan konulardan biri de; belirlenmiş akupunktur noktalarının spesifik etkilerinin olup olmadığıdır. Hastalık veya yakınmalara göre hangi noktalara iğne batırılması gerektiğini gösteren çeşitli tedavi tabloları mevcut olmasına rağmen, bu noktaların spesifikliği konusunda kesin bir kanıt elde edilememiştir. Bunun yanı sıra uyarımın cinsi ve şiddeti de hastaya veya doktora göre değişebilmektedir. Bütün bu faktörler akupunkturla çift körlü, randomize, kontrollü çalışmalar yapılmasını engellemektedir. Ancak her şeye rağmen son yıllarda oldukça iyi düzenlenmiş çalışmalarla akupunkturun etkinliği araştırılmış ve sonuçlar bir taraftan modern tıp uygulamalarına ağırlık veren dergilerde yayınlanmaya başlamıştır. 2003 yılında 11 çalışmayı kapsayan bir meta-analiz çalışması sonucunda; 11 çalışmadan ikisinin kanıt derecesi yüksek, diğerleri

düşük olarak değerlendirilmiştir. Üç çalışmada kontrol grubu kullanılmamış, iki çalışmada akupunkturun tetik nokta enjeksiyonundan veya tens tedavisinden daha etkili olduğu gösterilememiştir. Sekiz çalışma sonucu çıkan düşük kanıt dereceli değerlendirmelere göre, kronik bel ağrısının tedavisinde akupunktur, plasebo veya sham akupunkturdan daha etkili bulunmamıştır (15, 16, 17).

Klasik akupunkturla kıyaslanan en önemli tekniklerden biri kuru iğnelemedir. Kuru iğneleme yöntemi; tetik noktalara yüzeysel veya derin iğnelerin batırılması ve yaklaşık 30 saniye sonra iğnenin çıkarılması şeklinde uygulanan bir tedavi yöntemidir. Kronik boyun ağrılı hastalarda gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada akupunkturun, kuru iğnelemeye göre daha etkili olduğu kanısına varılmıştır (18).

Yapılan çalışmalarda akupunkturun herhangi bir yan etkisinin bulunmadığı bildirilmektedir (11, 12, 15).

Akupunkturun son 30 yılda Batı ülkelerinde yaygınlaşmasına paralel olarak ülkemizde de ilgi artmış ve çeşitli uzmanlık dallarına mensup hekimler tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamaları kontrol altına almak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 17 Eylül 2002 tarihli 24879 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan bir yönetmelikle akupunktur eğitimi ve uygulama esasları yeniden belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre; branş farkı gözetmeksizin tıp doktorları Sağlık Bakanlığı'nın izni ile açılan kurslarda eğitime tabi tutulmaktadır. Ayrıca yurtdışında eğitim aldığını belgeleyen kişiler aldıkları eğitimi tüm ayrıntılarıyla kanıtlamakta ve "Akupunktur Bilim Komisyonu" tarafından uygun görülenler, sınava girmek koşuluyla sertifikaya hak kazanmaktadırlar. Eğitim süreci asgari 480 saat olup modern tıp ve alternatif tıp konularını da kapsamaktadır (10).

2.1.2. Aromaterapi

Aromaterapi terimi ilk defa Fransız biyokimyacı Renee Maurice Gattefosse tarafından 1937 yılında ortaya atılmıştır. Son zamanlarda, esans yağları üzerinde detaylı çalışmalar yapılmakta ve bu çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır (19, 20).

Aromatik bitkilerden elde edilen esans yağlarının, koku yollarındaki reseptörler üzerinden organizmayı etkilemesi esasına dayanan tedavi sekline aromaterapi

denilmektedir. Esans yağlarının kullanımı, kozmetik sanayiinden, medikal uygulamalara kadar geniş bir alanı içermektedir. Aromaterapinin tedavi ve güzellik maksadıyla kullanımı ilk olarak eski Yunan medeniyetlerinde ortaya çıkmıştır. Roma İmparatorluğu devrinde ise aromaterapi banyo sonrası masaj teknikleriyle kullanım alanı bulmuştur. Esans yağları elde etmek için değişik yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanı ilk olarak İbn-i Sina tarafından uygulanan buhar damıtma yöntemidir. Ayrıca soğuk baskı, karbondioksitli yüksek basınç ve eriyik öz çıkartma yöntemleri ile de esans yağları elde edilebilmektedir (20).

Esans yağlarının buharlaşabilme özelliğinden dolayı, aromaterapi uygulamaları genellikle solunum yoluyla yapılmaktadır. Solunum yoluyla uygulamanın yanı sıra deri yolu ile de kullanılabilir. Dışardan alınan esans yağlarının vücuttan atılımı solunum, ter ve idrar yoluyla olmaktadır. Esansiyel yağların herhangi bir durumda ağız yoluyla kullanımı kesinlikle önerilmemektedir (21).

Aromaterapinin medikal, estetik, psikiyatrik ve holistik (beden ve ruh bütünlüğü) olmak üzere dört temel uygulama alanı mevcuttur. Saf esans yağlarının canlı organizmalar üzerinde çeşitli etkileri bulunmaktadır. Esans yağları duygu-durum kontrolü, anksiyolitik, antidepresan, uyarılmışlık, hafızanın artırılması, demansiyel hastalıklarda kognitif bozukluğun düzeltilmesinde kullanılmaktadır (22, 23, 24, 25).

Esans yağları, bazı yoğun bakım ünitelerinde havadaki bakteri ve mantarlara karşı da kullanılmaktadır. Ayrıca, AIDS gibi hastalıklarda ortaya çıkan fırsatçı enfeksiyonların (candida albicans, cryptococcus neoformans gibi) önlenmesinde de destek amacıyla uygulanmaktadır (26). Yapılan deneysel bir çalışmada, gül esans yağının anti-bakteriyel aktivitesi gösterilmiştir (27). Ayrıca, gül esans yağları kronik ağrı tedavisinde narkotik analjezik ihtiyacını da azaltmaktadır. Bunun yanı sıra, esans yağlarının hafıza, ruhsal denge ve duygulanım üzerine etkili olduğu ve iş verimliliğini artırdığı gösterilmiştir. Bu kokuların emosyon ve kognitif fonksiyonlar, endokrin sistem ve otonom sinir sistemi üzerinde çeşitli etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (28, 29, 30). Japon işçiler üzerinde yapılan bir çalışmada, solunum yolu ile alınan aromaların işçilerin stresini azalttığı, konsantrasyonlarını ve üretkenliklerini de artırdığı tespit edilmiştir (22). Başka bir çalışmada ise, esans yağı verilen bilgisayar operatörlerinde dikkatin ve verimliliğin arttığı

gösterilmiştir. Öğrencilerin sınav streslerini azaltmak ve konsantrasyonlarını yükseltmek amacıyla da çeşitli aromalardan faydalandığı bildirilmiştir (31). Benzer şekilde yabancı dil öğrenen öğrencilerin streslerini gidermek ve dikkatlerini artırmak amacıyla limon aroması kullanıldığı ifade edilmiştir (32). Solunum yolu ile uygulanan bazı esans yağlarının Alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklarda yakınmaları azalttığı ve hafızayı kuvvetlendirdiği belirtilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda gül ve lavanta esans yağlarının, kognitif fonksiyonlar üzerinde rahatlatıcı özellik gösterdiği bildirilmiştir. Yapılan birçok çalışmada, çeşitli aromaların öğrenme sürecinde, dikkat düzeyi ve odaklanma, algı, bilişsel performans, hafıza ve duygu-durum üzerinde pozitif etkileri olduğunu göstermektedir (28, 29, 31). Bu etkilerin, başlıca koku yolu olan tractus olfactorius üzerinden limbik sistem ve hipotalamusa kadar uzanan bağlantılar vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülmektedir. Aromanın kokusu ile uyarılan olfaktor sinir burun boşluğunda bir elektrokimyasal uyarı gibi kokuları yakalar. Bu uyarı daha sonra limbik sisteme gider ve ağrı kesici etkisi olan serotonin ve salgılanmayı etkilemesi için noradrenalin salgılar. Daha sonra uyarılar otonom, endokrin ve bağışıklık sistemlerini kontrol eden hipotalamusa iletilir (22).

2.1.3.Bitkisel Tedaviler

Fitoterapi, “tıbbi bitkilerle tedavi” anlamına gelmektedir. Hastalıkların, tedavi edici değere sahip taze veya kurutulmuş bitki kısımları ya da bunlardan elde edilen ekstraksiyon ürünleri kullanılarak üretilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilmesi “fitoterapi” olarak değerlendirilmektedir. Fitoterapi, günümüzde alternatif tıp konuları arasında değerlendirilmekte olup tarih süreci içerisinde birikimi, gelişimi ve uygulanışı ile birçok tıp bilimine öncülük etmiştir (33).

"Fitoterapi" teriminin ilk kez 1870- 1953 yılları arasında yaşamış Fransız hekimi Henry Lenclerc tarafından La Presse Medical adlı dergide kullanıldığı iddia edilmiştir. Oysa bu tarihten çok önceleri bitkilerin sağlığı korumak ya da geri kazanmak için, bütün toplumlar tarafından tarihin her döneminde kullanıldığı bilinmektedir. Bu konuda ilk yazılı belge olan M.Ö. 3000 yıllarına ait Ninova tabletleri, Mezopotamya'da kurulan Sümer, Akat, Asur medeniyetlerinde bitkisel ve hayvansal ilaçlarla tedavilerin mevcut olduğunu kanıtlamaktadır. M.Ö. 2500 yıllarında Çin tıbbıyla paralel bir gelişme içinde olan Hint

tıbbının önemli temsilcilerinden Rig Veda, eserlerinde bine yakın şifalı bitkiden bahsetmiştir. Yunan tıbbının önemli adlarından Eskulap ve modern tıbbın temeli olarak kabul edilen Hipokrat kitaplarında 400'e yakın bitkisel ürünü anlatmıştır. İslam uygarlığı döneminde, Ebu Reyhan yirmiye yakın şifalı bitkiden bahseden Kitab-al Saydalafi al Tıp adlı kitabı, İbn-i Sina ve Al Gafini'nin 800 hayvansal ve bitkisel tedaviden bahseden "Tıp Kanunu" adlı eseri 1650' li yıllara kadar referans kaynaklar olarak kabul edilmiştir (34).

Son yıllarda sentetik ilaçlarla meydana gelebilen ciddi yan etkilerin yol açtığı medikal ve ekonomik sorunlar, endüstrileşmiş ülkelerdeki uluslar arası ilaç sanayinin de neden olduğu çevre kirliliğinin güçlendirdiği ekolojik yaklaşımlar ve hareketler, küratif tedavileri henüz mümkün olmayan bir çok kronik hastalığın oluşturduğu tehdit ve tedavide doğallığın her zaman etkili ve yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi gibi bir çok faktöre bağlı olarak bitkisel tedavi tekrar popüler hale gelmiştir. Herbalistler (bitkisel tedavi uzmanları) bitki tedavisinde, sadece etken maddenin izole edilip verilmesini amaçlayan tedavinin aksine, maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir payı olduğunu savunmaktadırlar. Saflaştırılmamış bitkinin kullanımı ile bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığının da azaldığını ileri sürmektedirler (35).

"Doğal olan güvenlidir" diye yaygın bir kanı vardır. Ancak doğal olan her zaman güvenli demek değildir. Pek çok bitkinin yüksek derecede toksik olduğu, diğer tedavi yöntemleri içinde fitoterapinin yan etki ve toksisite yönünden çok daha fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir (35). Tedavi amacıyla kullanılan bitkilerin bir kısmının hepatotoksik olduğu yönünde literatür bilgisi vardır (36, 37). Ayrıca bilinçsiz fitoterapi uygulaması sonucu zaman zaman ölümle sonuçlanan olgular bildirilmiştir (38). Fitoterapi uygulamasının direkt toksik etkilerinden başka hastanın kullandığı diğer ilaçlarla toksikolojik etkileşmelerin olabileceği de gösterilmiştir (39). Yapılan birçok araştırma, fitoterapi uygulamalarının bazen modern tıp metotlarına denk hatta ondan daha üstün olabileceğini de göstermiştir. Binbirdelik otu ile yapılan bir çalışmada, orta dereceli depresyon üzerine amitriptilin ile benzer düzeyde etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (40). Benign prostat hiperplazili hastalarda ve atopik dermatitli hastalarda yapılan çalışmalarda bazı fitoterapi uygulamalarının oldukça etkili olduğu bildirilmektedir (41, 42).

Fitoterapide kullanılan bitkilerin; botanik açıdan tayini yapılmış, mikrobiyolojik ve kimyasal kontrollü, etken madde miktarı belli, standardize edilmiş ve hijyenik şartlarda ambalajlanmış olarak hastaya sunulması gerekir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'daki çeşitli kuruluşlar, toksik etkileri de olabilen ve oldukça çok rağbet gören tıbbi bitkilere belirli standartlar getirmeye çalışmaktadırlar. Fitoterapinin güvenilirliği ve etkinliği henüz tam olarak kanıtlanmadığı bu yüzden bitkisel ilaçların bazı kurallar çerçevesinde reçete edilmesi gerektiği bildirilmiştir (43).

2.1.4. Masaj

Masaj 5000 yıllık geçmişe sahiptir. Yeryüzünün en eski uygarlıkları tarafından çok iyi bilinmektedir. Belki bugünkü şekliyle değil ama değişik amaçlarla Hintliler, Çinliler, Grekler ve Mısırlılar masajı geçmişte kullanmışlardır. Yine Mısırlılar, Romalılar, Japonlar, İrânlılarda pratik masaj tedavisini bilmekteydiler. Antik Yunan kültüründe spor ve masaj bir yaşam biçimi olarak bilinmekteydi (44).

MÖ. 460- 380 yıllarında yaşayan Hipokrat omuz çıkıklarında ve kas yırtılmalarından sonra ovmanın yararlı olacağını bildirmiştir (45). Ünlü felsefeci ve tıp adamı olan İbn-i Sina (MS. 980- 1037) da masajın yararlarından bahsetmiştir. Ünlü eseri El Kanun Fit Tıp'ta bu konuya yer vermiştir. Bugünkü klasik masajın temelini 1893 yılında yayınlamış olduğu kitabıyla Albert Hoffa (1859- 1907) kurmuştur. Masaj manipülasyonlarını öfloraj, petrisaj, friksiyon, tapotement ve vibrasyon olmak üzere beş grupta ele almıştır. Hoffa teknikli masaj daha sonra "Gouch Okulu" tarafından sürdürülmüştür (44).

19. yüzyıl da Peter Henry Ling (küratif jimnastiğin kurucusu) Fransız masaj teknikleriyle birleştirerek modern günümüzün ilk masaj manipülasyonlarını oluşturmuştur. 1894 de İngiltere'de dokuz hemşire bir araya gelerek Masaj Derneği kurmuşlardır (44).

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

Muhtelif darbeler ve ovmalarla lokal kan dolaşımını artırma, damarları açma ve dokuya fazla kan gelmesini sağlama usulüdür (44).

Yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak, sistematik manipülasyonlar ile

organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratma eğilimidir (46).

Vücut yüzeyinde; el, elektrik, su vb. aracılığı ile çeşitli işlemler yaparak tedavi, bakım ve rahatlatma yöntemidir (46).

Masajın amacı, uygulanan kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatma ve rahat hissettirmektir. Bunun için çok farklı cihazlar kullanılmakla birlikte elle de yapılmaktadır. Nitekim elle yapılan masaj, klasik masajın temelini oluşturmaktadır (44).

Masaj uygulamaları; kan damarlarında vazodilatasyon, cilt ısısında artma ve kalp hızında azalma yaparak vücutta bir rahatlamaya neden olmaktadır. Masajın etki mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, kas dokusunda laktik asit yapımında azalma, konnektif doku iyileşmesi stimülasyonu, lenfatik ve venöz sirkülasyonda artma gibi çeşitli hipotezler öne sürülmektedir (47, 48).

Masajın endikasyonları: Skar dokuları ve yapışıklıkların çözülmesinde ve giderilmesinde, revaskülarizasyon, kas spazmı, tendinit, bursit, fibrozit, miyozit, uykusuzluk ve nevrasteni durumunda, kas kramplarında, kas rahatsızlıklarında, burkulmalarda akut devreden sonra, tansiyona bağlı baş ağrılarında, migrende, dismenorede, kabızlıkta, obezite sonucu oluşan ağrılarda kullanılabilir (44, 45).

Masajın kontrendikasyonları: Ateroskleroz, tromboemboli, ciddi varikoz venler, akut flebit gibi damar hastalıklarında, sinovit, deri enfeksiyonları ve hastalıklarında, kanser gibi kilo kaybettiren hastalıklarda, akut inflamatuvar hastalık (grip, nezle gibi) durumlarda, yemek ardından ve akut yaralanmalarda kullanılmamalıdır (44, 45).

2.1.5.Refleksoloji

Birçok kültürde eski zamanlardan beri uygulanan refleksoloji, ayaklarda bedenin tüm bölgelerine, organlarına ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktaları olduğu ve bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanan bir yöntemdir. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasını sağlayarak bedende fizyolojik değişikliklere yol açtığı ileri sürülmektedir. Refleksolojinin temelinde, rahatsızlıkların enerjinin belli bir yerde bloke olmasından kaynaklandığı tezi yatar. Bu ilaçsız tedavi, beden fonksiyonlarını normalleştirerek vücudun kendi kendini

iyileştirme mekanizmasını harekete geçirir. Refleksoloji tekniği ile bütün vücuda masaj yapmadan stresi vücuttan uzaklaştırmanın, rahatlamayı ve dinlenmeyi sağlamanın mümkün olduğu bildirilmektedir (49).

Refleksoloji stres ve anksiyete, panik atak, sınav stresi, depresyon, bel - boyun fıtığı, mide reflüsü, eklem ağrıları, dikkat eksikliği, otizm, serebral palsy (spastik özürlü), motor gerilik (yürüme bozukluğu), kas rahatsızlıkları ve kireçlenme, migren, hormon sorunları, astım, enürezis, uykusuzluk, hazımsızlık, konuşma bozukluğu gibi durumlarda kullanılabilir (50).

Refleksoloji, hamileliğin ilk üç ayında düşüğe sebebiyet verebileceğinden tavsiye edilmez ve uygulanmasına dikkat edilmesi gereken bir tedavidir. Bununla birlikte enfeksiyon halinde, ateşlenme durumunda, kanser ve damar tıkanıklığı hastalıkları söz konusu olduğunda kişiye refleksoloji uygulanmamalıdır (49, 50).

2.1.6.Alexander Tekniği

F. Matthias Alexander, nefes alma ve düzgün durma alıştırmaları yaparak, kendini daha sağlıklı hissedip, kendine olan güveninin arttığını görmüş, daha sonra başkalarına da değerli bulgularını öğretip, onları bu konuda cesaretlendirmiş ve iyi sonuçlar almıştır. Bundan sonra kendini ve diğer insanları gözlemleyerek, insanların günlük hayatlarında alışık oldukları, doğal olmayan duruş ve hareketleri bırakmaya cesaretlendirici bir sistem yaratmıştır. Alexander tekniği basit kavramın ötesinde vücudun ve zihnin uyum içinde olmasını sağlayan bir teknik olarak görülmektedir. Alexander tekniği hastaya vücudunu öğrenilmiş veya sonradan eklenmiş hareketlerden kurtarıp, kendi temel, doğal duruşu ve hareket biçimlerini kazanmayı öğretir. Bu teknik bir uzman denetiminde uygulanır (51, 52, 53).

Olgunluk yaşına eriştiğimizde birçoğumuz zihni ve fiziki gerilim yaratan, zararlı duruş alışkanlıkları kazanmaktayız. Alexander tekniğinin kendini organize etmenin yeni bir yolu olduğu ve ciddiye alınması gerektiği öne sürülmektedir. Bu tekniğin ilk aşaması teşhis koymaktır. Alexander tekniği öğretmenleri kişideki hatalı duruş alışkanlıklarını ortaya çıkarıp kullandıkları metotlarla kişilere, en uygun duruş haline gerilimsiz olarak dönebilmeleri için yardım ederler (51, 52).

Bu teknik günlük faaliyetlerimizde denge, duruş ve harekete ilişkin farkındalığımızı artıran bir yöntemdir. Çoğumuzun bedeninde bilmeden tuttuğu aşırı kas geriliminin daha çok farkına varma olanağı sağlar. Bilincine varılmayan bu gerilimler, zamanla birikerek daha geç dönemlerde, yaşlılığın kaçınılmaz parçası olarak kabul ettiğimiz tutukluk, ağrı ve hatta deformasyonlar olarak sonuçlanmaktadır. Günlük yaşamımızda bizi stres altında bırakan sayısız durumla karşılaşmaktayız. Bu stresler daha sonraları kas gerginliğine dönüşebilmekte ve kontrolsüz bırakılırsa, hipertansiyon, koroner arter sorunları, mide rahatsızlıkları, baş ağrıları ve migren, uykusuzluk, artrit, deformasyon ve sırt ağrılarına da yol açabilmektedir. Sırt ağrıları ve migren günümüzün en yaygın rahatsızlıklarındandır. Sekiz kadından birinde görüldüğü bildirilen bel fıtığı gibi rahatsızlıkların da yanlış duruşun bir sonucu olduğu düşünülmektedir (53).

Stresli yaşam koşullarına ek olarak birçok kişi yürürken, otururken ve dururken tembellik yapmakta ve bunun sonucunda da yıllar geçtikçe bu hareketler alışkanlık haline gelmekte ve vücutlarında bazı değişiklikler oluşmaktadır. Bunlardan bazıları; bezgin bir oturuş, çökmüş omuz başları, çökmüş bir sırt ve düşen baştır. Bezgince eğri oturuş göğüs kafesinin genişleme kapasitesini etkilemekte, bu da solunumu zorlaştırmaktadır (52).

Alexander tekniği düzenli nefes kontrolü ve vücuda duruş dengesini yeniden kazandırmayı amaçladığından özellikle gebeler, aktörler, müzisyenler ve dansçılar için çok değerlidir. Bununla beraber, kişinin kendini iyi hissetmesini sağladığı için bir alternatif yöntem olarak gittikçe daha popüler olmaktadır. Alexander tekniğinin belirli hastalıkları iyileştirme yolu olmadığı, özel duruş problemleri, soluma güçlükleri ve konuşma bozuklukları olan kişilerde faydalı olduğu bildirilmektedir. Alexander'ın kendisi de bu tekniğin, tıbbi bir tedavi yöntemi olmadığını, bir tür kendi kendine yardım tekniği olduğunu belirtmiştir (51, 52, 53).

2.1.7.Reiki

Reiki, şifa ve ruhsal çalışmalara dayanan, 20.yüzyılın başında Japonya'da ortaya çıkan ve enerji aktarımı ile şifa vermeye dayalı olduğuna inanılan bir tekniktir. Rei "her yerde varolan", Ki "ruhsal yaşam enerjisi" anlamına gelmektedir. Batıya yayılmaya başladığında "Evrensel Yaşam Enerjisi" olarak tercüme edilmiştir. Ancak "yüce kaynağın

bilincini taşıyan, ruhsal amaçla çalışan yaşam gücü enerjisi" açıklaması anlamını daha iyi ortaya koymaktadır. Reiki'nin bir "Ruhsal Şifa Tekniği" olduğu herhangi bir din ya da inanç şekli olmayıp, herkes tarafından kolaylıkla uygulanabileceği belirtilmektedir. Modern tedaviye destek olmaya çalıştığı da belirtilmektedir. Reikin hiçbir zararı ya da yan etkisinin de olmadığı bildirilmektedir. Sadece plasebo etkisi olduğu da düşünülmektedir. Reiki'nin, bedende meydana gelen enerji dengesizliklerini ve negatif enerji blokajlarını çözebilmek için yetersiz veya eksik kalan kendi enerji bedenimizi dengeleyip, tamamlayarak ve temelde bilinç değişikliği gerçekleştirerek ruhsal, dolayısıyla da fiziksel iyileşme sürecini başlatmanın yolunu açtığı ifade edilmektedir. Burada bahsedilen 'enerji beden' 'ruh', 'enerji dengesizlikleri' ve 'negatif enerji blokajlarının bilimsel birer açıklamaları bulunmamaktadır. Reiki'nin fiziksel, zihinsel, duygusal sorunların tümünde kullanılabilmesi ifade edilmektedir. Reiki'nin işe yaradığı bilim adamlarınca ispat edilememiştir. Tekniği uygulayan ve uygulatanlar bunun birçok hastalıkta tıbbi tedaviyi tamamladığını, zihinsel ve bedensel gerginliklerden kurtulmayı sağladığını, sağlık ve kişisel gelişim üzerinde önemli pozitif etkiler yaptığını söylemektedirler. Reiki bugün dünyada yaklaşık iki milyon kişi tarafından uygulanmaktadır. Dünyada birçok hastane reiki uygulamasını bütünüyle tedavi olarak kabul etmektedir. Reiki'nin evrensel bir enerji olduğu ve hiçbir kişinin tekelinde olmadığı belirtilmektedir. Reiki ile herkesin kendisinin şifacısı olabileceği Reiki uygulayıcıları tarafından söylenmektedir (54, 55, 56).

2.1.8. Renklerle Tedavi

Kromoterapi adıyla bilinen renk tedavisi eski Mısır'da, Çin'de ve Hindistan'da çok eskiden beri bilinen bir tedavi şeklidir. Bu tedavi yöntemi insanda bazı renklere ait merkezler olduğu teorisinden yola çıkmaktadır. Çakra adı verilen bu merkezlerin belirli organları yönettiği ve belirli renklerle de uyum halinde olduğu belirtilmektedir. Organik veya psikolojik nedenlerden dolayı bu merkezler görevlerini yapamaz duruma gelince, hem idare ettikleri organlarda bazı hastalık belirtileri görülmeye başlanmakta, hem de uyum halinde buldukları renk titreşimleri azalarak bu renge olan ihtiyaçları artmaktadır. Kromoterapide bu duruma gelen hastaya aksayan çakranın rengiyle ilgili tedavi

uygulanmakta, ayrıca bu merkezin uyum içinde bulunduğu renkle ilgili besinler de tavsiye edilmektedir. Bazen bu renk merkezi ile ilgili metaller taşınması da önerilmektedir (57, 58).

Renklerin bazı etkileri;

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

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

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

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

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

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

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

Magenta: Sevgi ve şefkat dolu bir renktir. Fiziksel olarak migren ve baş ağrılarını hafifletici etkisi bulunmaktadır (59).

2.1.9. Biyotedavi

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

ayakucularından çıktığı varsayılmaktadır. Hastalığın çakralardaki enerji akışındaki bozukluktan kaynaklandığı ileri sürülmektedir (60).

Biyoenerji açısından; hastalık, sadece sistem bozukluğu ve vücudun ahenginde görülen bir aksaklıktır. Çevresel negatifler veya kişisel negatiflerin ya da bunların her ikisinin birlikte toplam etkilerinin, insan vücudunda yol açtıkları sistem bozuklukları hastalık olarak ifade edilmektedir. Vücudumuzda bulunan elektrik akımı beden etrafından bir alan oluşturur. Artı ve eksi elektriklerden oluşan bu alana aura denilmekte olup, sağlığın devamı için bu iki akımın dengede olmasının gerektiği ifade edilmektedir. Denge bozulduğunda ise sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Enerji dengesini yeniden sağlamanın yolunun ise, güçlü enerjisi olan bir insanın daha zayıf enerjili bir insana enerjisini aktarması olduğu ifade edilmektedir (61,62).

2.1.10. Homeopati

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

başı kadar granül veya solüsyon şeklinde olabilmektedir. Bu yöntemin akut ve kronik hastalıklarda kullanılabileceği bildirilmektedir (63, 64, 65).

2.1.11. Ayurveda

Ayurveda veya Ayurvedik tıp, Hindistan'ın alt kıtasında ortaya çıkan antik bir sağlık sistemidir. Günümüzde Hindistan, Nepal, Sri Lanka'da uygulanmaktadır. Çin ve Tibet tıp sistemleri üzerinde etkileri olmuştur. *Ayurveda* "Ayur" ve "veda" olarak iki kelimeden oluşmuştur. "Ayur" hayat veya hayat ilkesi anlamına gelen "ayus" kökenlidir, "veda" ise "bilgi" anlamına gelir. Ayurvedik bilginin Hindistan'da Rişi ve Munilere ifşa edilen spiritüel bilgiye dayalı olduğuna inanılmaktadır. Modern tıbbın önceliğinin hastalığı tedavi etmek olduğu, ayurvedik tıbbın ise önceliğinin; hastalığı önleme, sağlığı koruma ve tedavi etmeye yönelik olduğu ifade edilmektedir. Modern tıpta ilaçların hastalığın mikroorganizmalar gibi spesifik nedenlerini yok etmeye yönelik kullanıldığı, ayurvedik tıpta ise; vücut direncini artırmak için verildiği belirtilip, hastalığın; beden hastalığa yönelik dayanıklılığını azaltan bedensel ve zihinsel unsurlardaki dengesizlikten kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu yöntemle dengesizlik düzeltilip, bedenin savunma mekanizması (bitkisel formüllerle, hayat stili değiştirilmesiyle, diyet ile) güçlendirilerek bedene hastalığı yok edecek şekilde direnç kazandırılmaktadır (66, 67).

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

- Vata sinir sistemi işlevini harekete geçiren hava ilkesidir.

- Pitta sindirim sistemini düzenleyen ateş ilkesidir.
- Kapha besin maddelerini dolaşım sistemine taşıyan su ilkesidir.

Ayurvedik tıpta hastalık teşhisi hastanın gözle, elle muayenesi ve sorgulanması ile sağlanmaktadır. Muayene şu standart noktalarda gerçekleştirilmektedir: Nabız teşhisi, idrar, dışkı (gaita), dil, göz, deri, konuşma- ses ve genel görünüş. Ayrıca hazım kapasitesi, kişisel alışkanlıklar, beden görüntüsü, hastanın direnci de göz önüne alınmaktadır. Bunun yanı sıra teşhiste hastalıkla ilgili belirtiler gözlenmekte ve çeşitli testler de uygulanmaktadır. Tedavide doşalardaki dengesizlik giderilmeye çalışılmaktadır. Tedavide; bitkisel formüller kullanılmakta, doşaların dengeye kavuşması için yemek düzeni ve hayat tarzına müdahale edilmekte, ruhsal sağlık bakımından psikolojik destek verilmekte ve hüznü ruh hali ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır (68, 69).

2.1.12. Yoga

Yoga, binlerce yıl önce Hindistan'da ortaya çıkmış bir felsefe, bir yaşam biçimidir. Yoga sözcüğü Sanskritçe "birleştirmek veya bütünleşmek" anlamına gelir. Bu felsefeyi uygulayan kişiye de "Yogi" denir. Yoga'nın, bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten, huzur veren ve kişinin kendini tanımasını sağlayan, dünyadaki en eski kişisel gelişim yöntemi olduğu belirtilmektedir (70). Yoga'nın mevcudiyetine ilişkin en eski arkeolojik bulgular, M.Ö. 3000 yıllarına aittir. İndus vadisinde yapılan kazılarda ortaya çıkartılan bazı taş mühürlerde yoga duruşlarını gösteren figürlere rastlanmıştır. Yoga'dan ilk kez, M.Ö. 2500 yıllarına ait kutsal yazılar olan Veda'larda bahsedilmektedir. Ancak Veda'ların son kısımlarını oluşturan Upanişad'lar Yoga öğretisinin ve Vedanta felsefesinin temellerini oluşturmaktadır. Vedanta'nın ana fikri şu şekilde belirtilir: Bir tek mutlak gerçek ve bilinç vardır; o da bütün evrenin temeli olan Brahman'dır (Tanrı'dır). Yoga bir din değildir. İnsanları fiziksel, zihinsel ve ruhsal disiplin yoluyla mutluluğa, başarıya ve aydınlanmaya ulaştırmayı amaçlayan bir felsefedir. Yoga, uzun süreli eğitim gerektiren bir yöntemdir. Yoga bir eğiticinin rehberliğinde öğrenilir. M.Ö. 3. yüzyılda yaşamış olan Patanjali, Yoga Sutra'larında, Yoga'nın 8 basamaktan oluştuğunu söylemiştir. Bunlar:

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

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

3. Asana - Belirli pozisyonlardaki vücut egzersizleridir.

4. Pranayama - Belirli ritimlerde nefes alıp vermeyi öğretir.

5. Pratyahara - Duyguları kontrol etmeyi sağlar.

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

7. Dhayana - Meditasyon.

8. Samadhi - Meditasyonun ulaşacağı son hedef olup; beden ve duyular dinlenirken, aklın ve ruhun uyanık kalması. Üstün bilince erişme halidir (71, 72).

Sürekli yapılan Yoga'nın faydaları: Vücudun diri ve sağlıklı görünmesini sağlar. Metabolizmanın dengeli, sinir sisteminin güçlü, kan dolaşımının düzenli olmasını sağlar. Zihne, ruha huzur ve mutluluk getirir, olumlu düşüncelerin üretilmesini sağlar. Vücudun esnekliğini artırır. Kasları, eklem yerlerini, iç organları ve sinir sistemini güçlendirir. Solunum organlarının düzenli çalışmasını sağlar. Düzenli nefes almayı öğretir. Sindirim problemlerini çözer. İç salgı bezlerini çalıştırarak normal dengeyi sağlar. Zihnin durulmasını sağlar. Sakinleştirir ve sabırlı olmayı öğretir (71, 72, 73).

2.1.13. Müzik Terapisi

Müzik, insanlara özgü ve insanın doğasında bulunan bir davranış biçimidir. Müziğin insanlar üzerinde güçlü bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, psikolojisi bozuk olan insanlara daha iyi bir davranış biçimi kazandırmada yararlı olabilmektedir. Çünkü müzik insanın bozulmuş olan ruhsal dengesini yeniden kurabilen ve bireyin, çevresine gereği gibi uyumunu sağlayabilen bir araçtır. Müziğin insanlar üzerinde güçlü bir etkisinin olması, doğrudan doğruya insanın duyum ve bilinçle ilgili davranışlarının merkezi olan beyni etkilemesindedir. İnsan müzikle yalnızca iletişim kurmakla kalmamış, müziği psikolojik sorunlarını gidermek için de bir yardımcı araç olarak kullanılmıştır. Böylece müziğin terapik etkileri ortaya çıkmıştır. Müziğin terapik etkileri, zihinsel özürü veya emosyonel (duygusal) sorunları olan çocukların ve erişkinlerin psikolojik rahatsızlıklarını belirlemede, bunlara bir çözüm getirmede yol gösteren bir iletişim aracı olmuştur (74, 75).

Müziğin tedavi edici etkileri nedeniyle, pek çok eskiçağ medeniyetlerinden günümüze kadar müzik, tedavide kullanılmıştır. Ancak, ülkemizde müzikle tedavinin önemi iyice anlaşılmamış ve bu alandaki bilimsel çalışmalarda hız kazanmamıştır. İnsanın aklını, bedenini, duygularını etkileyen müziğin çocukların kişilik gelişimlerinin sağlanmasında etkili bir araç olabileceği öne sürülmektedir. Müzik ile sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, kendine güvenin kazandırılması, fizik egzersizler, motor kontrol ve konsantrasyonun artırılması gibi kazanımlar sağlanabilmektedir (76).

Müzik-terapi, sanat-terapi yöntemlerinden biri olup, insandaki iletişim kanallarını açmak ve tedavi etkilerini sağlamak için uygulanmaktadır. Müzikle tedavi yöntemi, hastaların aktif ve yaratıcı katılımını gerektirmektedir. Terapist, hastaların durumlarını ve uygulanan tedavileri ayrıntılarıyla bilmeli ve hastaya ilginç gelen bir müzik dilini kullanmaya özen göstermelidir, aksi takdirde hastayla iletişim kurmakta zorlanabilir. Bu aşamada, terapistin yeteneği önem arz etmektedir (76).

Müzik terapi, bütünüyle deneyim üzerine kurulmuştur. İnsanlar arasındaki iletişimde ortak bir dil ve güç olan müzik sanatı, İnsanların duygularına yaklaşabilme, hissedebilme ve iletişim kurabilmelerinde önemli bir araçtır. Müziğin psikolojik rahatlamayı sağlayıcı etkilerinin olduğu bilinmektedir. Bu sebeple, psikolojisi bozuk olan insanlara daha iyi bir davranış biçimi kazandırmada yarar sağlayabilir. İnsanın ruh sağlığında müziğin tartışılmaz bir işlevi vardır (74, 77).

Müzikle tedaviyi kliniğe sokma düşüncesini ilk defa ortaya atanlardan biri, tanınmış nörolog Philippe Pinel'dir. 1772'de Fransa'da Pinel'e henüz genç yaşındayken, ihtilal komitesi tarafından iki büyük kilise hastanesindeki elli akıl hastasını güneşe çıkarma ve ayak zincirlerini kırma izni verilmiştir. Pinel, sonradan Bicetre Hastanesi'nde çalışırken moral tedavisinin içine müziğin de sokulmasını önermiştir. 19. yüzyılda müzikle tedavi Brieredi Boismant (1868), Laurent (1870), Choment (1874), Vinchon (1913), Van de Wall (1943) tarafından ileri sürülmüş ve savunulmuştur. Wall, 1920 yılında, Pensilvannia ve New York eyaletlerinin hastane ve hapisanelerinde, müziğin insan ruhu üzerindeki etkisini araştırmıştır (78).

Wall'a göre, müziğin insan ruhu üzerinde yatıştırıcı ve stimüle edici etkisi vardır. Altshuler, 1947'den beri Michigan Devlet Hastanesi'nde, müziği tedavi programı içine

sokmuştur. Gaerdner ve Paul, nevrozlarda, psikozlarda, Gillis ve Lesdles, şizofrenide, Lucas ve Altshuler, depresyonda, Zanker ve Glatt da alkoliklerde ve nevrozlarda müzikle tedaviyle olumlu sonuçlar almışlardır. Grup psikoterapilerinde müzikle tedavi ile olumlu sonuçlar olduğunu bildirilmektedir. 20.yy.da okullarda, araştırma merkezlerinde, hastanelerde ve özel psikiyatri kliniklerinde hem çocuklar hem de erişkinler için müzikle tedavi seansları düzenlenmeye başlanmıştır. Özellikle çocuk hastalara uygulanan müzikle tedavi seanslarından oldukça başarılı sonuçlar alınmıştır (79, 80).

İngiliz filozof ve devlet adamı Francis Bacon ölümünden sonra yayınlanan Sylva Sylvarum adlı eserinde, müziğin insan ruhuna olan etkilerinden bahsetmiştir. Her gün müzik dinlemekle ruhunun canlılığını ve beslendiğini belirterek, “Müzik ruhun gıdasıdır” sözünü dile getirmiştir (77).

2.1.14 Meditasyon

Meditasyon, Latince meditatio kelimesinden türetilmiş, sözcük anlamıyla birçok Batı dilinde "derin düşünme" anlamına gelen bir terim olup, mistik anlamıyla sözlüklerde, "kişinin iç huzuru, sükûnet, değişik şuur halleri elde etmesine ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad" olarak tanımlanmaktadır. Geleneksel olarak meditasyon ruhsal gelişim için kullanılmıştır. Daha bilinçli olmak, içinizdeki ışığı ve sevgiyi çıkarmak, bilgelik, içinizdeki rehberin daha çok farkında olmak, gerçek benliğinize ve ruhunuza ulaşma yolculuğunuzu hızlandırmak ve özellikle stresi atmak, rahatlamak için son derece değerli bir araç haline gelmiştir (81). Meditasyonun tarihi oldukça geçmişe dayansa da onunla ilgili bilimsel araştırmalar 1960'lı ve 70'li yıllara dayanmaktadır. O yıllarda Hindistan'da bazı kişilerin otonom sinir sistemlerini istediklerinde kontrol edebildikleri bildirilmekteydi. Daha sonraları yan etkileri fazla olan stres giderici ilaçların yanında alternatif olabileceği düşünülerek bu konu ile ilgili araştırmalara ağırlık verilmiştir. Harvard Tıp Okulu'ndan Dr. Herbert Benson, meditasyonu gevşeme tepkisi olarak tanımlamıştır. Çeşitli yogiler ve uzun süreler boyunca meditasyon yapan insanlar üzerinde yaptığı araştırmalarda meditasyon işleminin sempatik sinir sistemi etkilerine karşı tavrını keşfetmiştir. Sempatik sistem kalp ritmini, solumayı ve kan basıncını artırırken, meditasyon sırasında aktif hale gelen parasempatik sistem bunun

tam karşıtını yapmaktadır. Meditasyon sırasında; kaslardaki gerginliğin azaldığı, kan basıncının düştüğü (bazı olgularda vücut ısısının azaldığı, bazal metabolizmasının yavaşladığı), vücudun oksijen ihtiyacının azaldığı ve beyin dalgalarının yoğun beta dalgasından sakin alfa dalgasına geçtiği gözlemlenmiştir. Günde 1-2 kez yapılan 20 dakikalık meditasyon hem fiziksel hem zihinsel sağlığınız açısından önemli gelişmeler sağlayacağı bildirilmektedir (82).

2.1.15.Dua Etme

Dua etme ve dini inançlara bağlı olarak çeşitli ibadetler insanların kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına, hayatın anlam ve amacına ilişkin bilgileri elde etmelerine yardımcı olan eylemler olarak tanımlanabilir (6). İnsanların bir hastalıktan ya da herhangi bir sorundan bir mucize ile hemen kurtulma ümidi çağlar boyunca var olmuştur. Ülkemizde de bu ümit ile en çok ziyaret edilen yerler türbe ve yatırlardır. Halk arasında nazar bir hastalık etkeni olarak görülmekte ve nazardan kurtulmak ve korunmak için dua okuma yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır (83). Barnes ve ark.'nın gerçekleştirdikleri bir çalışmada, %36 olarak belirlenen TAT kullanım oranının, dua etme yönteminin eklenmesiyle birlikte % 62'ye kadar artış kaydettiği gösterilmektedir (84).

Dua etme; çoğu toplumda iyileştirici bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Kronik ağrılı bireylerin çoğu dua etme yöntemini kullanmaktadırlar. Dua etmenin birçok sekli olabilmektedir. Bunlar; kendi kendine dua etme ya da bir hemşirelik uygulaması biçiminde ortaya çıkan dua etme olarak sıralanabilir. Diğer sağlık profesyonellerinin ya da dini görevlilerin hasta için dua etmeleri ya da hasta yakınlarının, hastaları için dua etmeleri de gündeme gelebilmektedir. Dua etme sekli dini inançlara dayanmaktadır. Değişik inançlara sahip hastalara karşı hassas ve bilgili olma gerekliliği, hemşirelik açısından üzerinde durulması gereken konudur (85).

Yaşlıların fiziksel işlev bozukluğunun hafifletilmesinde ve vücut ağrılarının azaltılmasında dua etmenin olumlu sonuçlarına işaret edilerek, kronik ağrının yol açtığı depresyon ve anksiyetenin azaltılması amacıyla dua etme yönteminin kullanımı önerilmektedir (86).

Dua etme ile kan basıncında azalma ve immün sistem fonksiyonlarında düzelme arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar yanında meditasyon ile hasta grubunda stres hormonu seviyelerinin ve kolesterol seviyelerinin azaldığını bildiren çalışmalar da vardır. Dua etmenin bir rölaksasyon cevabı oluşturduğu öne sürülmektedir. Bu açıdan bakıldığı zaman dua etme bir meditasyon yöntemidir. Meditasyon, solunum hızında azalma, kalp hızında azalma, kan basıncında azalma, beyin dalga aktivitelerinde yavaşlama ve hipometabolik bir durum şeklinde vücutta meydana gelen değişikliklere neden olmaktadır (87). Neşe, umut, sevgi gibi dua etme ile ilişkili pozitif duygu durum halinin kişinin psikolojik halini iyi yönde etkilediği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda kalp hastalarında dua etme ile daha iyi sonuçlar olduğu bildirilmekle birlikte yüksek komplikasyon oranları veren çalışmalar da vardır (88, 89, 90).

2.1.16.Diyet Desteği

Diyet desteği, diyete vitamin, mineral ve çeşitli antioksidan maddelerin eklenmesi ile vücut direncinin artırılması, hastalıklardan korunma ve hastalık döneminde iyileşme sürecinin hızlanması amacıyla uygulanan yöntemlerdir. Vitamin Latince yaşam anlamına gelen “vita” sözcüğünden kaynaklanır. Vitaminler normal yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan, yiyecekler içerisinde doğal olarak bulunan basit yapılı bileşiklerdir. Vücut fonksiyonunun düzenlenmesinde ve devamlılığında önemli rol oynarlar. Yağda ve suda eriyenler olmak üzere ikiye ayrılırlar. Yağda eriyenler A - D - E - K vücutta depolandığı için her gün almaya gerek yoktur. Suda eriyenler B - C ise depolanmazlar, fazlası dışarı atılır. Tüketilen besinlerde, özellikle taze sebze ve meyvelerde günlük vitamin ihtiyacını karşılamaya yetecek kadar vitamin bulunur. Ancak besinlerdeki vitaminler, kimi zaman yanlış pişirme, kimi zaman da yanlış muhafaza yöntemleri nedeniyle kayba uğrar. Besinlerde bulunan doğal vitaminlerin dışında, sentetik yoldan labratuvarlarda üretilen vitaminler de vardır. Ancak, besinlerden alınan doğal vitaminler sentetik vitaminlerden her zaman daha güçlüdür, bu nedenle de, vitaminlerin doğal yollardan alınmasında fayda vardır. Temelde mevsime uygun sebze, meyve tüketimi olan, düzenli fiziksel aktivite yapan, çeşitli besinlerle beslenen, kilosunu koruyan bireyler, insanın yaşamı için gerekli bütün besin öğelerini sağlamış olurlar. İçerik, dozaj, kalite ve önerilecek miktar gibi

bilgileri henüz açıklığa kavuşmamış diyet destekleyicilerinin tüketiciler tarafından kullanılmasının uygun olmayacağı bildirilmektedir. ABD’de her yıl yaklaşık 25 milyon yetişkinin yüksek doz vitamin kullandığını bildirilmektedir. Lee ve ark.’nın çalışmasında %8.2, Pud ve ark.’nın çalışmasında ise %13.9 oranında yüksek doz vitamin kullanıldığı bildirilmektedir. (91, 92). Yapılan çalışmalar anne babaların yaklaşık yarısının çocukları için multivitamin desteği kullandıklarını göstermektedir (93). Yapılan çalışmalar alternatif diyet destekleri ile yenidoğanlarda ciddi beslenme bozukluklarının, D vitamini eksikliğinin gözlemlendiğini bildirmektedir (94).

Çalışmalar; astımlı kişilerin belirli besinleri (örneğin; selenyum ve potasyum) düşük düzeyde almaya eğilimli olduklarını ve batı tarzı beslenmenin astım oranlarının yükselmesine yol açtığını göstermiştir. Diyete soğan, sarımsak, baharat ve antioksidanların (vitamin C, E, flavonoid ve beta-karotenden zengin gıdalar) eklenmesinin semptomların hafifletilmesine yardımcı olabileceği bildirilmektedir (95).

Coenzim Q 10: Hücre zarı için vazgeçilmez bir unsur olan, hücre içi fonksiyonlarda önemli görevi üstlenen, enerji üretimi için önemli kofaktördür. Sıklıkla kardiyak hastalıklar, diyabet, hipertansiyon ve kas distrofisi gibi hastalıklarda kullanılır. Bugün sadece kalp hastalıklarında tedavi edici etkisi olduğu bilinirken, diğer hastalıklarda sağlığı destekleyici etkisinin olabileceği ancak tedavi hakkında bilgilerin olmadığı bildirilmektedir. Coenzim Q 10’un iştah kaybı, diyare, gastirit gibi ters etkileri bulunmaktadır. Günde 300 mg’ın üzerinde kullanmak karaciğer fonksiyon testlerinden serum aminotransferazları yükseltmektedir. Ayrıca kanın pıhtılaşma süresini düşürdüğü bilinmektedir (96).

Ginseng: Çin ve Kore’de iyileştirmede kullanılan panax bitkisinden elde edilen ve dünyada çok popüler olarak bilinen üründür. Güçlü afrodisyak olduğu kabul edilmektedir. Stresin kaybolmasına, genel yaşamda yenilenmeye ve vücut fonksiyonlarını güçlendirdiğine inanılmaktadır. Oldukça sınırlı sayıda ve geçerliliği çok kabul edilememekle birlikte hipertansiyon, sinir sistemi bozuklukları ve diyare gibi sonuçlar doğurabileceği yönünde çalışmalar bulunmaktadır (96).

Ginkgo: Ginko biloba Çin’de Alzheimer, demans tipinde, periferik vasküler hastalıklarda ve kognitif fonksiyon bozukluklarında tedavi edici olarak kullanılmaktadır. İçerdiği flavanoidler sayesinde bu fonksiyonları sağladığı bildirilmektedir. Yakın zamanda

yapılan çalışmalar orta demansa (unutkanlık) sahip olan hastalarda ginkgo biloba desteği ile mental fonksiyonlarda düzelme olduğu yönündedir. Ancak aspirin ile birlikte kullanımlarda oküler hemoraji oluşmaktadır. Kalp hastalığı olup aspirin alan bireylerde kesinlikle kullanılmamalıdır (96).

Balık yağı: Balık yağının kalp hastalıklarında kanda trigliserit miktarını %30 kadar azaltarak kanın akışkanlığının artmasını sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca antiinflamatuvar etkisi ile romatoid artritli hastalarda nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımı ihtiyacını azalttığını bildiren çalışmalar da vardır. Ancak üç aydan uzun süreli kullanımlarda romatoid artritli hastalarda eklemlerde yumuşama, sabah uyanırken kuvvetin azalması gözlenmektedir (96).

Soya proteini: İçerdiği bitkisel kimyasallar ile kan kolesterolünü düşürmekte, kadınlarda meme kanserine karşı korumakta, menapozda oluşabilecek sorunları azalttığı bildirilmektedir (96).

2.1.17. Hipnoterapi

Hipnoz, sözcükler, bakış ya da bazı yardımcı nesnelere kullanılarak telkin gibi tekniklerle oluşturulan ve kişinin duyu, düşünce, algı ve bellek işlevlerinde değişikliklerin gerçekleştirilebildiği özel bir bilinç durumudur. Hipnozun tedavi amacıyla kullanımına hipnoterapi denir. Hipnozun bütün dünyada analjezik, anestezi ve psikolojik tedavide kullanıldığı bilinmektedir. Çeşitli alışkanlık ve davranış bozukluklarının giderilmesinde hipnoterapinin yararı olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Ayrıca hipnoz, tıbbi tedavinin yanı sıra eğitim, güzel sanatlar ve sporda etkili bir yöntem olarak uygulanmaktadır (97). Eski Yunancada "hypnos" uykuya anlamına gelir. Ancak hipnoz bir uykuya hali olmayıp, aksine uyanıklık halidir. Elektroensefalografi kullanılan araştırmalarda elde edilen beyin ritim örnekleri, hipnotize edilmiş bir kişinin, uykuya hali ile uyanıklık arasında olduğunu göstermektedir. Hipnozun insanlar tarafından kullanılmaya başladığını gösteren ilk yazılı belgelere eski Yunan'da rastlanmaktadır. M.Ö. 1400-1300 yıllarından kalan dua taşlarında telkinle ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Eski Yunan'da hipnoz, gerginliklerin giderilmesinde ve bazı histerik durumların tedavisinde kullanılmıştır. Eski Galyalılar ise hipnoza "sihirli uykuya" demişler ve onu, siğili olan kişilerin tedavisinde kullanmışlardır.

Uzakdoğu dinlerinde ise bu gibi olayların çok eskiden beri bilinmekte ve uygulanmakta olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da ise hipnoz, 1760 yılına kadar halk tarafından bilinmemekteydi. Hipnozun kitlelere yayılmasını sağlayan kişi, onu tedavi vasıtası olarak kullanmanın yanı sıra bir gösteri haline de getirmiş olan, Franz Anton Mesmer'dir. Mesmer, hipnoza "hayvan manyetizması" adını vermiş ve bütün hastalıkların bu hayvan manyetizmasının dengesinin bozulmasından kaynaklandığını söylemiştir. Mesmer birçok hastasında çarpıcı gelişmeler de elde etmiştir. 19 yüzyılda bir İngiliz cerrah olan James Braid, ilk defa hipnoz kelimesini kullanmıştır. Braid, birçok büyük ameliyatta hipnozu kullanmıştır. Pierre Janet ise, telkin ile hipnoz'un ayırımını yapan ilk düşünür olmuştur. Başlangıçta Janet ile aynı görüşte olan Sigmund Freud, psikanaliz açısından hipnozu ele alıp açıklamıştır. Freud hipnozu hastalıkların tedavisinde kullanılacak bir yöntem olarak benimsemiştir. Ancak nevrozlu hastalar üzerinde yaptığı uygulamalarda olumsuz sonuç alması, onun bu yöntemi terk etmesine sebep olmuştur. 1958'de Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association), hipnozun, tıpta kullanılabileceğini kabul etmişlerdir. Günümüzde dünyanın birçok yerinde hipnozla ilgili araştırmalara devam edilmektedir (98, 99, 100, 101).

Hipnoterapinin kullanım alanları:

- Doğum ağrısını azaltma
- Tüm ağrılı durumlar (romatizma, migren gibi)
- Yanıkların tedavisi (ağrısız, hızlı iyileşme için)
- Anestezi kullanılmadan yapılan çeşitli ameliyatlara
- Bağımlılık tedavisi (alkol, sigara, uyuşturucu tedavilerinde)
- Kilo problemleri (diyetsiz, açlık hissini yok ederek, alınmaması gereken gıdalara karşı tiksinti vererek)
- Cinsel sorunlar (erkeklerde psikojen empotans, kadınlarda vaginismus)
- Okuma, öğrenme ve hafıza kapasitelerinin artırılması
- Kekemelik, tik bozuklukları, anksiyete, depresyon, fobiler, panik bozukluklar
- Uyku bozuklukları
- Astım, nefes darlığı
- Çocuklardaki gece idrar kaçırma, eğitim ve davranış sorunları

- Çeşitli psikosomatik hastalıklar
- Ülseratif kolon, irritable kolon gibi barsak hastalıkları
- Allerjik deri hastalıkları
- Sedef hastalığı
- Siğil tedavisi
- Tikler
- Kekemelik (97, 98, 99, 100, 101).

2.2.TAT KULLANIMINDA SAĞLIK PERSONELİNİN ROLÜ

Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin TAT yöntemleri konusunda bilgi sahibi olması, hasta ve hasta yakınlarına bu yöntemler hakkında danışmanlık yapabilmeleri açısından oldukça önemlidir. TAT yöntemlerinin yarar ve zararlarını bilen sağlık personeli, hastasını takip ederken olası yan etkilerin gelişip gelişmediğini de daha yakından gözleyebilir ve hastasının zarar görmesini engelleyebilir.

Diğer yandan TAT kullanımının sadece hasta bireylerde olmadığı sağlıklı bireylerin de sıklıkla TAT yöntemleri kullandığı göz önüne alındığında, bu durum halk sağlığı uygulamaları açısından da önem kazanmaktadır. Halkın eğitim durumunu, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sosyal, ekonomik ve sağlık durumlarını bilmesi, halk sağlığı hemşiresinin topluma gerekli, yeterli ve etkin hizmet götürebilmesinin ön koşuludur. Bu nedenle halk sağlığı hemşiresinin hizmet vereceği grubun özelliklerini ve sağlık-hastalık uygulamalarını bilmesi, sunacağı hizmetin etkinliğini artırması bakımından önem kazanmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretleri sırasında, evde hasta bakımı verirken ve sağlık eğitimi yaparken bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini ve sağlık bakım uygulamalarını daha kolay saptayabilme olanağına sahiptirler. Toplumun sağlık durumunu değerlendirmek, onların sağlık düzeyini yükseltmek isteyen halk sağlığı hemşiresinin, çalıştığı alandaki bireylerin kullandıkları TAT yöntemlerini, bu yöntemlerin yarar ve zararlarını bilmesi gerekmektedir. Bunun yanında halk sağlığı hemşirelerinin toplumda TAT kullanımının giderek arttığına ilişkin farkındalıklarının gelişmesi ve bu uygulamalar

konusunda diğer sağlık çalışanlarının da farkındalıklarının artmasını sağlaması da önemlidir.

Dünyada ve lkemizde TAT yöntemlerinin kullanımı hızlı bir artış göstermesine karşı sağlık çalışanlarının bu yöntemlere bakış açıları üzerine sınırlı sayıda bilimsel araştırma bulunmaktadır. Bu alışmalar az sayıda örneklem üzerinde yapılmış olduğundan sağlık personelinin bu konu ile ilgili durumlarını yeterli bir şekilde yansıtmamaktadır. Bu nedenle bu alanda daha çok çalışma yapılmasına gereksinim duyulmaktadır

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor ve hemşirelerin/ebelerin TAT yöntemleri hakkındaki görüşlerini ve bilgilerini saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ

Çalışma; Mersin Üniversitesi (MEÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesinde görev yapan doktor ve hemşireler/ebelerle yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı, 1Eylül 2007- 1Şubat 2008 tarihleri arasında, MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde 372 yatak olup toplam 230 hemşire/ebe, 184 Öğretim üyesi ve 196 araştırma görevlisi, Mersin Devlet Hastanesi'nde 800 yatak, 466 hemşire/ebe, 181 Uzman Hekim ve 55 Pratisyen hekim, Toros Devlet Hastanesi'nde ise 500 yatak mevcut olup, 275 hemşire/ebe, 92 uzman hekim ve 29 Pratisyen hekim çalışmakta idi.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama merkezinde çalışan 230 hemşire/ebe, 184 Öğretim üyesi ve 196 araştırma görevlisi, Mersin Devlet Hastanesinde çalışan 466 hemşire/ebe, 181 Uzman Hekim ve 55 Pratisyen hekim, Toros Devlet Hastanesinde çalışan 275 hemşire/ebe, 92 uzman hekim ve 29 Pratisyen hekim, olmak üzere toplam 1708 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde görev yapan 70 hemşire/ebe, 116 hekim (56 Öğretim görevlisi, 60 araştırma görevlisi), Mersin Devlet Hastanesinde çalışan; 140 hemşire/ebe, 72 hekim (55 uzman hekim, 17 pratisyen hekim) ve Toros Devlet Hastanesinden; 80 hemşire/ebe, 38 hekim(29 uzman hekim ve 9 pratisyen hekim) olmak üzere toplam 516 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya katılan kişiler tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle tüm popülasyondan seçilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı sürede belirlenen sağlık personelinin tümüne ulaşılmıştır.

Çizelge 2: Araştırmaya Katılan Sağlık Personeli Sayıları

KURUM	HEMŞİRE/ EBE		HEKİM		TOPLAM	
	Evren	Örneklem	Evren	Örneklem	Evren	Örneklem
MEÜ.Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	230	70	380	116	610	186
Mersin Devlet Hastanesi	466	140	236	72	702	212
Mersin Toros Devlet Hastanesi	275	80	121	38	396	118
TOPLAM	971	290	737	226	1708	516

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve 22 sorudan oluşan “Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Düşünceler Anketi” formu ile toplanmıştır.

“Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Düşünceler Anketi” formundaki ilk 9 soru sosyo-demografik özellikleri, geri kalan 13 soru ise alternatif/tamamlayıcı tedavi hakkındaki görüşleri ve bilgi düzeyini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

3.6. ÖN UYGULAMA

Veri toplama formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla, MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan 10 araştırma görevlisine ve 10 hemşire/ebe'ye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soruların açık ve anlaşılır olduğu anlaşılmış ve formda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama yapılan hemşireler/ebeler ve araştırma görevlileri araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan araştırmanın, amacı, yöntemi ve araştırmada kullanılacak veri toplama formlarının da eklendiği bir dilekçe ile başvurarak Mersin Valiliği, Mersin Sağlık Müdürlüğü ve MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Etik Kurulundan yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmanın verileri 01Ekim 2007- 01 Şubat 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

Anket formları araştırmaya katılan hemşire/ebelere ve doktorlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp sözlü onamları alındıktan sonra verilip doldurmaları sağlanarak uygulanmıştır. Anket formlarının tümü araştırmacı tarafından dağıtılmış ve aynı gün içerisinde katılımcılardan geri toplanmıştır. İş yoğunluğu nedeniyle formu dolduramayan hemşire/ebelere ve doktorlara formlar bırakılmış ve bir gün sonra geri alınmıştır.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak, bilgisayar ortamında SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programında değerlendirilmiştir. Değişkenlerimiz kategorik yapıda olduklarından dolayı bütün karşılaştırmalarda Ki-kare testleri kullanılmıştır. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler (frekans ve yüzde) tablolar halinde verilmiştir.

4. BULGULAR

Çizelge 3: Sağlık Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=516)

	Sayı	%
MESLEK		
Pratisyen doktor	26	5.0
Uzman doktor	140	27.1
Araştırma görevlisi	60	11.6
Hemşire	247	47.9
Ebe	43	8.3
YAŞ		
20–27	101	19.6
28–35	240	46.5
36–43	102	19.8
44–50	31	6.0
51 +	42	8.1
CİNSİYET		
Kadın	340	65.9
Erkek	176	34.1
EĞİTİM DURUMU		
Lise	73	14.1
AÖF Önlisans	111	21.5
Lisans	96	18.6
Yüksek lisans	96	18.6
Doktora	140	27.1
MESLEK YILI		
0-1yıl	53	10.3
2–6 yıl	130	25.2
7–11 yıl	132	25.6
12–16 yıl	83	16.1
17 yıl ve üzeri	118	22.9
DOĞUM YERİ		
İl	249	48.3
İlçe	146	28.3
Kasaba	39	7.6
Köy	82	15.9
DOĞDUĞU YERDEKİ İKAMET SÜRESİ		
0–7 yıl	122	23.6
8–15 yıl	161	31.2
16–23 yıl	144	27.9
24 yıl ve üzeri	89	17.2
ŞUAN ÇALIŞTIĞI YERDEKİ İKAMET SÜRESİ		
0-1yıl	48	9.3
2–4 yıl	93	18.0
5-7yıl	78	15.1
7 yıl	297	57.6

Çizelge 3’de sağlık personelinin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %56.2’sini hemşire ve ebeler %43.8’ni ise doktorlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %46.5’i 28- 35, %6’sı 44- 50 yaşları arasındadır. Araştırmaya katılanların %65.9’unu kadınlar, %34.1’ni ise erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların %15.1’i lise, %40.1’i Açık Öğretim Fakültesi (AÖF) önlisans ve lisans, %45.7’si ise yüksek lisans ve doktora eğitimi almıştır. Araştırmaya katılanların %25.6’sı 7- 11yıldır, %10.3’ü 0- 1 yıldır ve %22.9’u 17 yıl ve üzeri çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %48.3’ü ilde, %7.6’sı ise kasabada doğmuştur. Araştırmaya katılanların %31.2’si 8- 15 yıl doğdukları yerde ikamet etmiştir. Araştırmaya katılanların %57.6’sı 7 yıl ve daha fazla süredir Mersin’de ikamet etmektedir.

Çizelge 4: Sağlık Personelinin, Kurumlara ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek	Uzman Doktor		Araştırma Görevlisi		Pratisyen Doktor		Hemşire		Ebe		Toplam Sayı
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	57	30.5	60	32.1	0	0	57	30.5	13	7.0	187
Mersin Devlet Hastanesi	54	25.6	0	0	17	8.1	114	54.0	26	12.3	211
Mersin Toros Devlet Hastanesi	29	24.6	0	0	9	7.6	76	64.4	4	3.4	118
Toplam	140	27.1	60	11.6	26	5.0	247	47.9	43	8.3	516

Çizelge 4’de araştırmaya katılan sağlık personelinin, kurumlara ve meslek gruplarına göre dağılımı verilmektedir. Sağlık personelinin %36.2’si MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde, %40.9’u Mersin Devlet Hastanesinde, %22.9’u ise Mersin Toros Devlet Hastanesinde çalışmaktadır. MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde araştırmaya katılanların %30.5’ni uzman doktor, %32.1’ni araştırma görevlisi, %37.5’ni ise hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Mersin Devlet Hastanesinde araştırmaya katılanların %8.1’ni pratisyen hekimler, %25.6’sını uzman doktorlar, %62.3’nü ise ebe ve hemşireler

oluşturmaktadır. Mersin Toros Devlet Hastanesinde ise araştırmaya katılanların %7.6'sını pratisyen hekimler, %26.6'sını uzman hekimler ve %40.1'ni ise ebe ve hemşireler oluşturmaktadır

Çizelge 5: Sağlık Personelinin TAT'ile İlgili Bazı Görüş ve Davranışları

	Sayı	%
Tıbbi tedavi dışında alınan tedaviyi adlandırma (n=516)		
Alternatif tedavi	254	49.2
Tamamlayıcı tedavi	248	48.1
Kararsız – hiçbiri	14	2.7
Sağlık personelinin TAT kullanma durumları (n=516)		
Kullanmayan	335	64.9
Kullanan	181	35.1
TAT kullanma amaçları (n=181)		
Tedavi amaçlı	33	18.4
Korunma amaçlı	43	23.8
Rahatlama amaçlı	94	51.9
Destek amaçlı	118	65.2
TAT yöntemlerine yönelik eğitim-kurs alma durumu (n=516)		
Kurs almayan	495	95.9
Kurs alan	21	4.1

Çizelge 5'de Sağlık Personelinin TAT ile ilgili bazı görüş ve davranışları yer almaktadır. Araştırmaya katılanların %49.2'si hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedavileri alternatif tedavi, %48.1'i tamamlayıcı tedavi olarak adlandırırken, %2.7'si ise herhangi bir tanım belirtmemiştir.

Sağlık personelinin TAT kullanma durumlarına baktığımızda araştırmaya katılan sağlık personelinin %63.9'nun kullandığı herhangi bir TAT yöntemi yok iken, %35.1'nin kullandığı en az bir TAT yöntemi bulunmaktadır.

Her hangi bir TAT yöntemi kullanan sağlık personelinin bu yöntemi kullanma amaçlarına bakıldığında %65.2'nin destek amaçlı, %51.9'nun rahatlama amaçlı, %23.8'nin korunma amaçlı, %18.4'nün ise tedavi amaçlı kullandığı görülmüştür.

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinden TAT yöntemlerine ilişkin herhangi bir kurs ya da eğitim alanların sıklığı %4.1'dir.

Çizelge 6: Sağlık Personelinin Tamamlayıcı Tedavi ve Alternatif Tedavi Hakkındaki Görüşleri (n=260)

Tamamlayıcı tedavi (n=144)	Sayı	%
Modern tedaviyle birlikte kullanıldığı için(destek amaçlı)	105	20.3
Psikolojik rahatlama sağladığı için	21	4.1
Hastaya bütüncül yaklaştığı için (fizyolojik-psikolojik)	11	2.1
Tedavi sürecini hızlandırdığı için	6	1.2
Tamamen doğal ve zararsız olduğu için	1	.2
Alternatif tedavi (n=116)		
Modern tedavi dışında kullanıldığı için	47	9.1
Bilimselliği kanıtlanmadığı için	46	8.9
Modern tedaviye yardımcı bir alternatif olduğu için	14	2.7
Modern tedavinin yarar sağlamadığı durumlarda kullanıldığı için	9	1.7

Çizelge 6'da sağlık personelinin tamamlayıcı tedavi ve alternatif tedavi hakkındaki görüşleri yer almaktadır. Hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedaviyi tamamlayıcı tedavi olarak adlandıranların %20.3'ü modern tedaviyle birlikte destek amaçlı kullanıldığı için bu yöntemlerin tamamlayıcı tedavi olduğunu belirtmiştir.

Alternatif tedavi diye adlandıranların %9.1'i modern tedavi dışında kullanıldığı, %8.9'u ise bilimselliği kanıtlanmadığı için bu yöntemleri alternatif tedavi olarak adlandırmıştır.

Çizelge 7: Sağlık Personelinin Eğitim Durumu, Meslek ve Cinsiyete Göre TAT Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Dağılımı (n=516)

		Kullanan		Kullanmayan		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu	Lise	27	37.0	46	63.0	0,0001
	AOF önlisans	48	43.2	63	56.8	
	Lisans	47	49.0	49	51.0	
	Y.Lisans	25	26.0	71	74.0	
	Doktora	34	24.3	106	75.7	
Meslek grupları	Pratisyen doktor	4	15.4	22	84.6	0,0001
	Uzman doktor	34	24.3	106	75.7	
	Araştırma görevlisi	12	20	48	80.0	
	Hemşire	115	46.6	132	53.4	
	Ebe	16	37.2	27	62.8	
Cinsiyet	Kadın	147	43.2	193	56.8	0,0001
	Erkek	34	19.3	142	80.7	

Çizelge 7’de sağlık personelinin eğitim durumu, meslek ve cinsiyete göre TAT yöntemlerini kullanma durumlarını görmekteyiz. Araştırmaya katılan sağlık personelinin mesleklerine göre TAT yöntemlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma sonuçlarımızda hemşire ve ebelerin doktorlardan daha fazla TAT yöntemi kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre TAT yöntemlerini kullanma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Sağlık personeli arasında TAT yöntemlerini kullanım sıklığı en yüksek olan grup lisans eğitimi almış olanlardır. Bunları lise ve AÖF önlisans mezunları izlememektedir. En düşük kullanım sıklığı ise doktora eğitimi alanlardadır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin cinsiyetlerine göre TAT yöntemlerini kullanma durumlarını karşılaştırdığımızda kadınların erkeklerden daha fazla TAT yöntemi kullandığı saptanmış ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 8: Sağlık Personelinin Kullandığı TAT Yöntemleri (n= 178)*

Kullanılan TAT Yöntemleri	Sayı	%
Bitkisel çaylar- baharatlar	152	85.4
Masaj	39	21.9
Diyet ve vitamin desteği	33	18.5
Egzersiz	13	7.3
Müzik terapisi	11	6.1
Dini yöntemler	11	6.1
Yoga-meditasyon	8	4.5
Akupunktur	6	3.3
Pozitif düşünce	5	2.8
Kaplıcalar	3	1.7
Aromaterapi	3	1.7
Reiki	2	1.1
Geleneksel yöntemler	2	1.1

*Birden fazla şık işaretlendiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 8'de sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemleri verilmiştir.en fazla kullanılan TAT yöntemleri sırası ile; bitkisel çaylar- baharatlar (%85,4), masaj (%21.9), diyet ve vitamin desteğinin (%18.5) olduğu görülmektedir.

Çizelge 9: Sağlık Personelinin TAT Yöntemlerini Kullanma Nedenleri (n=150)*

	Sayı	%
Karın ağrısı (soğuk algınlığı- gaz giderici)	76	50.7
Bedensel rahatlama, ağrılarda azalma	19	12.7
Vücut direncinde artma	17	11.3
Ruhsal dinginlik	6	4.0
Psikolojik rahatlama	5	3.3
Ağrı kesici	5	3.3
Kilo kontrolü	3	2.0
Kolesterolde düşme	3	2.0
Kan şekerinde düşme	2	1.3
Tansiyon düşürücü	2	1.3
Arpacık tedavisi	1	0.7
Bağışıklıkta artma	1	0.7
Yara iyeleşmesi	1	0.7
Prostatta küçülme	1	0.7

* Birden fazla şık işaretlendiğinden n katlanmıştır.

Çizelge 9'da sağlık personelinin TAT yöntemlerini kullanma nedenlerine baktığımızda, %50.7'sinin karın ağrısını gidermek (soğuk algınlığına ve gaz nedeniyle oluşan ağrı), %12.7'sinin bedenen rahatlama ve ağrılarda azalma sağlamak ve %11.3'ünün ise vücut direncini artırmak için kullandığı saptanmıştır.

Çizelge 10: Sağlık Personelinin TAT Yöntemlerini Bilme Durumları (n=516)

	Hiç duymadım		Sadece duydum		Biraz bilgim var		Yeterli bilgim var		Yöntemi her yönüyle biliyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akupunktur	3	.6	155	30.0	310	60.1	40	7.8	8	1.6
Aromaterapi	162	31.4	247	47.9	93	18.0	13	2.5	1	.2
Müzik terapisi	28	5.4	265	51.4	175	33.9	37	7.2	11	2.1
Biyotedavi	234	45.3	223	43.2	49	9.5	8	1.6	2	.4
Ayurveda	321	62.2	160	31.0	27	5.2	5	1.0	3	.6
Dini yöntemler (Dua, muska, türbe)	21	4.1	215	41.7	193	37.4	67	13.0	20	3.9
Bitkisel tedaviler	17	3.3	133	25.8	272	52.7	74	14.3	20	3.9
Homeopatik	377	73.1	109	21.1	24	4.7	5	1.0	1	.2
Hipnoterapi	70	13.6	279	54.1	141	27.3	19	3.7	7	1.4
Diyet desteği	23	4.5	104	20.2	246	47.7	117	22.7	26	5.0
Refleksoloji	358	69.4	112	21.7	35	6.8	9	1.7	2	.4
Reiki	271	52.5	178	34.5	57	11.0	7	1.4	3	.6
Masaj	14	2.7	135	26.2	249	48.3	95	18.4	23	4.5
Meditasyon/Gevşeme	25	4.8	214	41.5	208	40.3	53	10.3	16	3.1
Renklerle terapi	174	33.7	243	47.1	80	15.5	15	2.9	4	.8
Yoga	30	5.8	274	53.1	171	33.1	34	6.6	7	1.4
Aleksandır tekniği	456	88.4	43	8.3	14	2.7	3	.6	0	0

Çizelge 10’da sağlık personelinin TAT yöntemlerini bilme durumlarına baktığımızda araştırmaya katılan sağlık personelinin %45.3’ü biyotedaviyi, %62.2’si ayurvedayı, %73.1’ homeopatiji %69.4’ü refleksolojiyi, %52.5’i reikiyi, %88.4’ü ise aleksandır tekniğini hiç duymadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin %47.9 aromaterapiyi, %51.4'ü müzik terapisini, %41.7'si dini yöntemleri, %54.1'i hipnoterapiyi, %41.5'i meditasyonu, %47.1'i renklerle terapiyi, %53.1'i yogayı sadece duyduklarını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin %60.1'i akapunktur, %52.7'si bitkisel tedavi, %47.7'si diyet desteği, %48.3'ü masaj hakkında biraz bilgisi olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 11: Sağlık Personelinin TAT Yöntemleri Hakkında Bilgi Edindiği Kaynaklar (n= 483*)

Kaynaklar	Sayı	%
Çevre	273	52.9
Televizyon	272	52.7
İnternet	267	51.7
Gazete	261	50.6
Bilimsel kitaplar	205	39.7
Diğer (seminer, ders, özel kurs)	21	4.1

* Birden fazla şık işaretlendiğinden n katlanmıştır

Çizelge 11'de sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklara baktığımızda; %52.9 ile çevre, %52.7 ile televizyon ve %51.7 ile de internetin ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür.

Çizelge 12: Sağlık Personelinin TAT Yöntemleri İle İlgili Aldığı Kurslar (n= 21*)

	Sayı	%
Tıbbi bitkiler	5	23.8
Masaj	3	14.3
Medikal antropoloji	3	14.3
TAT yöntemlerinin kullanımı-yarar ve zararları	3	14.3
Reiki	2	9.5
Renk eğitimi	2	9.5
Yoga	2	9.5
Hipnoz	2	9.5
Akupunktur	2	9.5
Aromaterapi	1	4.7
Ayurveda	1	4.7

* Birden fazla kurs alanlar olduğu için n katlanmıştır

Çizelge 12’de sağlık personelinin TAT yöntemleriyle ilgili aldığı kurslar/eğitimler yer almaktadır. Kurs/eğitim alan sağlık personelinin; %23.8’nin tıbbi bitkiler, %14.3’nün ise masaj, medikal antropoloji ve TAT yöntemlerinin kullanımı - yarar ve zararları hakkında eğitim aldığı saptanmıştır.

Çizelge 13: Sağlık Personelinin Mesleki Eğitimde TAT Eğitimi Verilmesi Konusundaki Düşünceleri (n=516)

		Verilmeli		Bir fikrim yok		Verilmemeli		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çalışma yılı	0-1yıl	41	77.4	10	18.9	2	3.8	0.029
	2-6 yıl	81	62.3	26	20	23	17.7	
	7-11 yıl	89	67.4	30	22.7	13	9.8	
	12-16 yıl	52	62.7	18	21.7	13	15.7	
	17 yıl ve üzeri	64	54.2	26	22	28	23.7	
Meslek grupları	Pratisyen doktor	15	57.7	6	23.1	5	19.2	0.0001
	Uzman doktor	75	53.6	33	23.6	32	22.9	
	Araştırma görevlisi	26	43.3	18	30	16	26.7	
	Hemşire	183	74.1	40	16.2	24	9.7	
	Ebe	28	65.1	13	30.2	2	4.7	
Öğrenim durumları	Lise	54	74.0	10	13.7	9	12.3	0.0001
	AÖF önlisans	73	65.8	27	24.3	11	9.9	
	Lisans	74	77.1	16	16.7	6	6.3	
	Yüksek lisans	51	53.1	24	25.0	21	21.9	
	Doktora	75	53.6	33	23.6	32	22.9	
Yaş grupları	20-27	72	71.3	20	19.8	9	8.9	0.034
	28-35	155	64.6	52	21.7	33	13.8	
	36-43	61	59.8	24	23.5	17	16.7	
	44-50	20	64.5	5	16.1	6	19.4	
	50 +	19	45.2	9	21.4	14	33.3	
Cinsiyet	Kadın	247	72.6	59	17.4	34	10.0	0.0001
	Erkek	80	45.5	51	29.0	45	25.6	

Çizelge 13’de sağlık personelinin mesleki eğitimde TAT eğitimi verilmesi konusundaki düşünceleri yer almaktadır. Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %63.4’nün eğitim verilmesini istediği, %15.3’nün istemediği ve %21.3’nün ise bu konuda kararsız olduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin TAT eğitimi verilmesi konusundaki

düşünceleri ile meslek yılı, meslek grupları, eğitim durumları, yaş ve cinsiyet durumlarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Meslekte çalışma yılı arttıkça eğitim verilmeli diyenlerin sayısı azalmaktadır ($p<0.05$).

Meslek gruplarının görüşlerine baktığımızda; hemşire ve ebelerin doktorlardan daha fazla eğitim verilmesini istedikleri görülmüştür ($p<0.05$).

Eğitim durumlarına göre sağlık personelinin görüşlerine baktığımızda lisans eğitimi almış olanlarda eğitim verilmesini isteme yüzdesi en yüksek, doktora eğitimi alanlarda ise en düşük bulunmuştur. ($p<0.05$).

Yaş gruplarının görüşlerine baktığımızda ise; yaş arttıkça TAT yöntemleri konusunda eğitim verilmeli diyenlerin sayısı azalmaktadır ($p<0.05$).

Erkeklerle (%45.5) göre kadınların büyük çoğunluğu (%72.6) eğitim verilmesini istemektedir ($p<0.05$).

Çizelge 14: Sağlık Personelinin TAT Konusunda Hastalarına Yaklaşımları (n=516)

Hastaların Genel Olarak Kaygılarını Paylaşma Durumları	Sayı	%
Paylaşmayanlar	117	22.7
Paylaşanlar	399	77.3
Öykü Alırken Hastalarının TAT Kullanma Durumunu Sorma		
Hiçbir zaman sormam	203	39.3
Bazen sorarım	269	52.1
Her zaman sorarım	44	8.5

Çizelge 14’de sağlık personelinin TAT konusunda hastalarına yaklaşımları verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %77.3’ü klinik veya polikliniklerde bakım verdikleri hastaların kendileriyle kaygılarını paylaştığını söylerken, %22.7’si paylaşmadıklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %8.5'i hastalardan öykü alırken herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadıklarını her zaman, %52.1'i bazen sorarken, %39.3'ü hiçbir zaman sormadığı saptanmıştır.

Çizelge 15: Sağlık Personelinin Hastaların Kullandığı TAT Yöntemlerini Bilme Durumu (n=516)

		Bilmiyor		Biliyor		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim durumu	Lise	49	67.1	24	32.9	0.0001
	AÖF önlisans	69	62.2	42	37.8	
	Lisans	56	58.3	40	41.7	
	Yüksek lisans	35	36.5	61	63.5	
	Doktora	50	35.7	90	64.3	
Meslek grupları	Pratisyen doktor	12	46.2	14	53.8	0.0001
	Uzman doktor	50	35.7	90	64.3	
	Araştırma görevlisi	21	35.0	39	65.0	
	Hemşire	147	59.5	100	40.5	
	Ebe	29	67.4	14	32.6	
Çalışma yılı	0-1yıl	33	62.3	20	37.7	0.050
	2-6 yıl	75	57.7	55	42.3	
	7-11 yıl	59	44.7	73	55.3	
	12-16 yıl	36	43.4	47	56.6	
	17 yıl ve üzeri	56	47.5	62	52.5	
Kurumlar	MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	70	37.4	117	62.6	0.0001
	Mersin Devlet Hastanesi	125	59.2	86	40.8	
	Mersin Toros Devlet Hastanesi	64	54.2	54	45.8	

Çizelge 15'de sağlık personelinin hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumları verilmiştir. Sağlık personelinin %49.8'i hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini biliyor iken, %50.2'si bilmemektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyi arttıkça hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini bilme hızı istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artmaktadır (P<0.05).

Meslek grupları arasında hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Doktorların hastaların kullandığı TAT yöntemlerini hemşire ve ebelerden daha yüksek sıklıkla bildikleri saptanmıştır ($p<0.05$).

Sağlık personelinin çalışma yılı ile hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.05$). Mesleğe yeni başlayan sağlık personellerine göre 12-16 yıl çalışmış sağlık personelinin, hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerini daha yüksek sıklıkla bildiği görülmüştür.

Çalışma yapılan kurumlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde sağlık personelinin hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme sıklığı diğer kurumlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Çizelge 16: Hastaların Sağlık Personeli Sormadan TAT Kullanımlarından Bahsetme Durumu (n=516)

		Bahsetmez		Bahseder		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Meslek grupları	Pratisyen doktor	12	46.2	14	53.8	0.0001
	Uzman doktor	53	37.9	87	62.1	
	Araştırma görevlisi	15	25.0	45	75.0	
	Hemşire	128	51.8	119	48.2	
	Ebe	26	60.5	17	39.5	
Eğitim durumu	Lise	41	56.2	32	43.8	0.001
	AÖF önlisans	56	50.5	55	49.5	
	Lisans	53	55.2	43	44.8	
	Yüksek lisans	31	32.3	65	67.7	
	Doktora	53	37.9	87	62.1	
Kurum	MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	66	35.3	121	64.7	0.0001
	Mersin Devlet Hastanesi	116	55.0	95	45.0	
	Mersin Toros Devlet Hastanesi	52	44.1	66	55.9	
Cinsiyet	Kadın	171	50.3	169	49.7	0.002
	Erkek	63	35.8	113	64.2	

Çizelge 16'da hastaların sağlık personeli sormadan TAT kullanımlarından bahsetme durumları verilmiştir. Çalışmamıza katılan sağlık personellerinden %54.7'si kendileri sormadan hastaların kullandıkları TAT yöntemlerinden bahsettiğini, %45.3'ü ise bahsetmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda meslek grupları ile hastaların sorulmadan TAT kullanımından bahsetmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalar TAT kullanımlarından hemşire ve ebelerden daha yüksek sıklıkta doktora bahsetmektedir. Hastaların %53.8 uzman doktora, %75'i araştırma görevlisine, %62.1'i pratisyen hekime, %48.2'si hemşireye ve %39.5'i ebelere kendilerine sorulmadan kullandıkları TAT yöntemi hakkında bilgi verdiği görülmüştür.

Eğitim durumu da bu bulguya paralel seyretmektedir. Hastalar kendilerine sorulmadan kullandıkları TAT yöntemleri hakkında en az lise, en çok ise yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olan sağlık personeline bilgi verdiği görülmüştür ($p<0.05$).

Duruma kurumlar açısından bakıldığında kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran hastalar diğer kurumlara başvuran hastalara göre daha yüksek sıklıkla kendilerine sorulmadan kullandıkları TAT yöntemleri hakkında sağlık personeline bilgi vermektedir. ($p<0.05$).

Cinsiyetler arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalar kullandıkları TAT yöntemleri hakkında erkek sağlık personeline daha fazla bilgi vermektedir ($p<0.05$).

Çizelge 17: Hastaların Kullandıkları TAT Yöntemleri (n= 257*)

TAT Yöntemleri	Sayı	Yüzde
Bitkisel çaylar	213	82.9
Dini yöntemler	47	18.3
Geleneksel yöntemler	42	16.3
Kaplıcalar	24	9.3
Akupunktur	22	8.6
Diyet ve vitamin desteği	15	5.8
Masaj	12	4.7
Baharatlar	11	4.2
Yoga-meditasyon	6	2.3
Reiki	5	1.9
Kefir	4	1.6
Sülük yapıştırma	4	1.6
Müzik terapisi	2	0.8
Hipnoterapi	2	0.8

* Birden fazla yöntemden bahsedildiği için n katlanmıştır.

Çizelge 17’de hastaların sağlık personeline kullandıklarını ifade ettikleri TAT yöntemleri verilmiştir. Hastaların kullandığı yöntemler arasında ilk sıralarda bitkisel çaylar (%82.9) , dini yöntemler (dua, muska) (%18.3) ve geleneksel yöntemlerin (sınıklı vs.) (%16.3) yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

TAT uygulamaları tedavi edici olmaktan çok, hastalık yakınmalarını dindirmeyi veya tıbbi tedavinin yan etkilerini azaltmayı amaçlayan uygulamalardır (3, 4). Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin %49.2'si hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedavileri alternatif tedavi olarak adlandırırken, %48.1'i tamamlayıcı tedavi olarak adlandırmış %2.7'ise kararsız kalmıştır (çizelge 5). Hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedaviyi tamamlayıcı tedavi olarak adlandıran sağlık personelinin %20.3'ü modern tedaviyle birlikte destek amaçlı kullanıldığı için bu yöntemlerin tamamlayıcı tedavi olduğunu belirtirken, alternatif tedavi diye adlandıranların %9.1'i modern tedavi dışında kullanıldığı, %8.9'u ise bilimselliği kanıtlanmadığı için bu yöntemleri alternatif tedavi olarak adlandırmıştır (çizelge 6).

Tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp kavramları birbiri ile karıştırılabilmektedir. Tamamlayıcı tıp modern tıba yardımcı olarak kullanılan tedavi yöntemlerini tanımlarken, alternatif tıp modern tıbbın yerini alan tedavi yöntemlerini içermektedir. Çok çeşitli terimlerle tanımlanan alternatif tıp modern tıpta yer almayan tedavi uygulamalarını içerir. Araştırmamıza katılan sağlık personelinin yaptığı tanımlar bu tanımlara paralellik göstermektedir.

Sağlık personelinin TAT kullanımına yönelik çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olduğu için tartışmamızda toplumunun genelinin TAT kullanımlarından da bahsedilecektir.

Toplum, modern tıp yaklaşımlarına oranla, TAT yöntemlerine giderek daha fazla yönelmektedir. ABD'nde TAT kullanımı 1990'larda %34 iken 1997'de %42 olmuştur. Kanada'da %15 olan TAT kullanım oranları Avrupa'da %20-40 arasında iken Avustralya'da ise bu oran %52 olarak bildirilmektedir. Eisenberg ve ark. Amerikan toplumunun üçte birinin yılda bir kez alternatif sağlık bakımının bir türünü kullandığını

ortaya koymuştur. Yine ABD’de 35-49 yaş arasındaki her iki kişiden biri TAT yöntemlerini kullanmaktadır. ABD’nde 1990 yılında 427 milyon dolar olan TAT pazarı 1997 yılında 21.2 milyar dolara yükselmiş ve bu artış eğiliminin devam ettiği bildirilmektedir (5, 6).

Bu güne kadar yapılan birçok araştırmada TAT kullanımının birçok faktörden etkilendiği görülmüştür (5, 8). Eğitim durumu, cinsiyet ve gelir düzeyinin TAT kullanımını arttırdığı ya da azalttığı yönünde bulgular vardır. Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %63.9’nun kullandığı herhangi bir TAT yöntemi yok iken, %35.1’nin kullandığı en az bir TAT yöntemi bulunmaktadır (çizelge 5). Sağlık personeli arasında TAT yöntemlerini kullanım sıklığı en yüksek olan grup lisans eğitimi almış olanlardır. Bunları lise ve AÖF önlisans mezunları izlememektedir. En düşük kullanım sıklığı ise doktora eğitimi alanlardadır. Cinsiyet ve meslek gruplarını karşılaştırdığımızda; kadınların erkeklerden, ebe ve hemşirelerin ise doktorlardan daha yüksek sıklıkta TAT yöntemi kullandığı görülmüştür (çizelge 7). Yaşanan yerleşim ve doğum yerlerinin TAT kullanımına etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmalarda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, gelir grubu, yaşanan yerleşim birimi gibi sosyo-demografik özelliklerin kişilerin TAT uygulamalarına başvurma sıklığını etkilediği gösterilmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlarda TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (5, 8). Bu yöntemlerin sıklıkla yoksul ve eğitimsiz bireylerce kullanıldığı inancının da yanlış olduğu ifade edilmektedir (102). Tas ve ark.’nın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada ise TAT kullanımının eğitim düzeyi ile bir ilişkisi olmamakla birlikte, gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (103). Diğer yandan TAT yöntemi kullanan kanser hastalarının yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu, ruhsal ve psikolojik konulara daha çok eğilim gösterdiği de bildirilmektedir (104). Gözüm ve ark.’nın Doğu Anadolu Bölgesi’nde yaptığı çalışmada, TAT kullanımının eğitim seviyesi düşük olanlarda ve kadınlarda daha yüksek olduğu; Ceylan ve ark.’nın İç Anadolu Bölgesi’nde gerçekleştirdiği çalışmada ise TAT kullanımının eğitim seviyesi düşük ve kırsal alanda yaşayanlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (105,106). Ülkemizin batı bölgesinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise, TAT kullanıcılarının evli, yüksek eğitilmiş, şehirde yaşayan, sağlık güvencesi

bulunan, emekli ve ev hanımı genç yetişkin döneminde bulunan hastalar olduğu bildirilmektedir (107).

Genel popülasyonda kadınların, 35-49 yaş grubundaki kişilerin, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanların alternatif tedavileri daha çok kullandıkları belirlenmiştir (108). Ceylan ve ark. ile Algier ve ark. ülkemizde yaptıkları çalışmalarında kanser hastalarında TAT kullanım oranının kadınlarda, kırsal kesimde yaşayanlarda, düşük eğitim seviyesi olanlarda ve geniş ailede yaşayanlarda daha sık olduğunu bildirmişlerdir (106, 109). Diğer yandan kronik hastalıklı kişilerde TAT kullanma prevalansının normal popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (6).

Araştırmamızda sağlık personelinden herhangi bir TAT yöntemi kullananların bu yöntemi kullanma amaçlarına baktığımızda %65.2'nin destek amaçlı, %51.9'nun rahatlama amaçlı, %23.8'nin korunma amaçlı, %18.4'nün ise tedavi amaçlı kullandığı saptanmıştır (çizelge 5). Araştırma bulgularımızın da yapılan bazı çalışmalarla paralel olduğu görülmüştür (104).

TAT kullanımını tüm dünyada kanser, artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, diyabet ve kronik karaciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklarda giderek artmaktadır (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer kullanım alanları bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 44 inflamatuvar barsak hastasında TAT uygulamaları kullanım oranları 40 yaş altındaki hastalarda %33.3, 40 yaş üstü hastalarda %47.4'tür (110). Kanser hastalarının TAT yöntemlerine başvurması genellikle destekleyici amaçlı olmaktadır. Kanser ağrılarının giderilmesi, modern tıpta uygulanan kanser tedavilerinin yan etkilerinin azaltılması veya hastalığın tekrarlaması, kontrol altına alınamaması kullanım nedenlerini oluşturmaktadır. Diğer dikkat çeken bir nokta ise TAT yöntemlerini kullanan kanser hastaları ve çocuğu kansere yakalanan ebeveynlerin, yüksek eğitim düzeyine sahip olmaları, ruhsal ve psikolojik konulara eğilim, farklı sosyal gruplara eğilim (Budizm gibi) gösteren özelliklerinin olmasıdır (104).

Literatürde kanser hastalarında TAT kullanımını ile ilgili olarak %7-84 arasında oranlar verilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %36-60.1 arası olarak verilmektedir. Algier va ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların %79.3'ünün kullandığı TAT yönteminden fayda gördüğünü ifade ettiği bildirilmiştir. Hastaların bir bölümü "hastalıkları

ile baş etmek için bir ümit” olarak TAT kullanımını seçer iken bir bölüm ise “ en azından bir zararı olmaz “düşüncesi ile kullanmaktadır (109).

Günümüzde birçok hasta, hastalıklarının tedavisinde veya yakınmalarının hafifletilmesinde TAT yöntemlerini kullanmaktadır. TAT tedavilerinin birçoğunun etkinliğine dair çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen tüm dünyada kullanımı giderek artmaktadır (84).

Hastaların TAT yöntemlerini niçin tercih ettikleri incelendiğinde; bunu tam olarak açıklayamadıkları, ancak hastalıklarını daha iyi kontrol edebildikleri, karar vermeye aktif katıldıkları yani kendileri istedikleri için uyguladıkları ve hastalık sürecinin gerektirdiği uygulamalarda daha kabullenici hissettikleri saptanmıştır. Özellikle kronik hastalığı olanların sıklıkla TAT yöntemlerini modern tıptan daha başarılı olarak algıladıkları bildirilmektedir. Ancak TAT kullanımı ile ilgili en büyük endişe; bunları kullanan hastaların, hastalıklarının tedavileri için gerekli olan modern tıbbi tedavileri geciktirebilecekleri ve/veya bırakabilecekleridir (3, 4, 6).

Araştırmamız sonucunda sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemlerine baktığımızda ilk sıraları bitkisel çaylar- baharatlar (%85,4), masaj (%21,9), diyet ve vitamin desteğinin (%18,5) aldığı saptanmıştır (çizelge 8).

Araştırma sonuçlarımızdan hastaların sağlık personeline kullandıklarını ifade ettikleri TAT yöntemlerine baktığımızda ilk sıraları bitkisel çaylar (%82,9), dini yöntemler (dua-türbe ziyaretleri) (%18,3) ve geleneksel yöntemler (sınıkçı) (%16,3) almaktadır (çizelge 17).

Hayes ve Alexander hemşireler arasında en sık kullanılan 3 yöntemin meditasyon (%37,6), masaj (%37,1) ve dua okuma (%32,6) olduğunu bildirmiştir (111). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin en sık kullandığı TAT yöntemlerinden ilk üçü diyet, egzersiz ve meditasyon/relaksasyon teknikleri olarak sıralanmıştır (112). Öztekin ve ark.’nın 640 hemşirelik yüksekokulu öğrencisi arasında yaptığı çalışmasında öğrencilerin yarısından fazlası müzik terapisini, masaj ve manipülasyon yöntemlerini kendileri için kullandıklarını bildirmişlerdir (113). Bu araştırmalar bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

TAT kullanımını hastaların inançlarına, dinlerine, yaşam şekillerine ve kültürlerine (büyük olasılıkla belli coğrafik alanlarda yetişen belli başlı bitkilerin daha iyi bilinmesi) göre değişmektedir. Dua okuma da bazı çalışmalarda TAT yöntemi olarak kabul edilmektedir. Barnes ve ark.'nın gerçekleştirdikleri bir çalışmada da, %36 olarak belirlenen TAT kullanım oranının, dua etme yönteminin eklenmesiyle birlikte %62'ye kadar artış kaydettiği gösterilmektedir (84). Araz ve ark.'nın çeşitli yaş grubu ve sosyoekonomik düzeyli 1000 kişide yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunun TAT yöntemlerini genel olarak ve tümüyle bildiği ortaya çıkmıştır. Bu yöntemlerden en çok uygulananları sırasıyla dua okuma, bitkisel tedavi ve müzik tedavisi olduğunu bildirmişlerdir (114). Ni ve ark.'da Amerika'da en sık uygulanan TAT yöntemlerinin dua okuma ve bitkisel tedavi olduğunu bildirmişlerdir (115). Ernst ve White ise İngiltere'de en çok kullanılan TAT yönteminin bitkisel tedavi olduğunu bildirmişlerdir (116). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde bitkisel tedavinin yaygın olarak kullanıldığı ve en sık kullanılan bitkinin de ısırgan otu olduğu bildirilmiştir (103, 105, 106). Özellikle düşük gelir seviyesi grubunda bitkisel tedavilerin ulaşımı kolay, ucuz, hatta çoğu zaman ücret ödenmeksizin toplanarak kullanılmasıyla ilişkili olabileceği bildirilmektedir (117).

Orhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en sık kullanılan TAT yöntemleri olarak; %79 bildircin yumurtası, %31 bitkisel tedavi, %26 yabancı bal olarak sıralanmıştır (118). Kurt ve arkadaşlarının çalışmasında; Türkiye'de alerjik hastalığı olan yetişkin bireylerin TAT kullanım sıklığı %38 olarak bulunmuştur ve en yaygın kullanılan alternatif tıp yönteminin bitkisel tedavi (%30.5) olduğu, astımlı bireylerin mevsimsel alerjik rinit ve kronik ürtiker olan bireylerden daha fazla oranda TAT kullandıkları bildirilmiştir (119).

Araştırma sonuçlarımızda da hastaların ve sağlık personelinin kullandığı TAT yöntemleri arasında ilk sırayı bitkisel tedaviler almaktadır. Bu sonuç yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda sağlık personelinin %50.7'si karın ağrısını gidermek (soğuk algınlığı ve gaza bağlı ağrı) %12.7'si bedenen rahatlatma ve ağrılarda azalma sağlamak, %11.3'ü ise vücut direncini artırmak için TAT yöntemlerini kullanmaktadır (çizelge 9). Hayes ve Alexander hemşirelerin TAT yöntemlerini en sık; ağrı giderici, stres giderici ve genel sağlık amacı ile kullandıklarını bildirilmiştir (111).

TAT, sağlık bakımının bir parçası durumundadır. Amerikan toplumunun %42' sinin, en az bir alternatif tedavi kullandığı, alternatif tedavi uygulayıcılarına başvuru sayısının gittikçe artan bir hızda devam ettiği bildirilmektedir. Bu artış, özellikle kronik ağrıyı da kapsamına alan kronik sağlık sorunlarına sahip bireyler arasında izlenmektedir (6). Eisenberg ve ark.'nın bir çalışmasından elde edilen sonuçlara göre, Amerikan toplumunun %40'ı TAT kullanmaktadır. Çalışmada, TAT kullanımını amacıyla ortalama 36-47 milyar dolarlık bir harcama yapıldığı, bu harcamaların, tüm hekim hizmetlerine ödenen bütçenin yarısı kadar, tüm hastane hizmetlerine ödenen mali bütçenin ise çok üzerinde olduğu bildirilmektedir. Bu durum, pazarlama yöntemlerinin etkinliği, internet yoluyla bilgilendirmenin yaygınlaşması, hastaların kendileri ile ilgili tıbbi kararları alma isteği ve modern tedavi yaklaşımlarından memnuniyetsizlik ya da bu tedavilerden yararlanmama gibi nedenlerle açıklanmaktadır (5). Bu memnuniyetsizliğin ise, modern tedavi yöntemlerinin şiddetli ağrıyı, yorgunluğu, anksiyeteyi, artriti, uykusuzluğu ve bas ağrılarını iyileştirmede yetersiz kalmasıyla ilişkilendirildiği çeşitli literatürde kaydedilmektedir (73, 120, 121).

Sağlık personelinin TAT yöntemlerini bilme durumlarına baktığımızda araştırmamıza katılan sağlık personelinin yarıdan fazlası biyotedaviyi, ayurvedayı, homeopatiyi, refleksolojiyi, reikiyi ve Aleksandır tekniğini hiç duymadıklarını, yarıya yakını aromaterapiyi, müzik terapisini, dini yöntemleri, hipnoterapiyi, meditasyonu, renklerle terapiyi, yogayı sadece duyduğunu ve yaklaşık yarısı akupunktur, bitkisel tedavi, diyet desteği ve masaj hakkın da biraz bilgisi olduğunu ifade etmiştir (çizelge 10).

Brolinson ve ark. rastgele seçilmiş 1000 hemşire arasında yaptıkları çalışmada hemşirelerin TAT yöntemlerine karşı bakışlarını incelemiştirler. Hemşirelerin %79'u bu yöntemler hakkındaki bilgilerinin zayıf olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan hemşirelerin yarısı hipnoterapi, akupressure, akupunktur ve tedavi edici dokunuş yönteminin güvenli olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Etkili olduğu düşünölen yöntemler arasında %51 oranı ile biyofeedback ve meditasyon/relaksasyon var iken, makrobiyotik diyetin etkili olduğu görüşü %5 olarak çıkmıştır. Bu çalışma hemşirelerin büyük bölümünün TAT yöntemlerini kişisel olarak kullanmadığını göstermiştir. Hemşireler

arasında en sık kullanılan ve tavsiye edilen üç yöntem olarak; vitamin desteği (%37), masaj (%30) ve meditasyon (%30) bildirilmiştir (122).

Hayes ve Alexander, hemşirelerin TAT yöntemleri hakkında %61.4 biraz, %18.3 oldukça ve %13.4 oranında da çok az bilgisi olduğunu bildirmiştir. Hemşirelerin biraz ya da oldukça bilgi sahibi oldukları TAT yöntemleri ise masaj (%82.7), meditasyon (%82.1), şiropraktik (%73.7) ve dua okuma (%73.2) olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin %63.4'ü TAT yöntemlerinden bir ya da birkaçını kullandıkları yine aynı çalışmada bildirilmiştir. Hemşirelerin %65'nin TAT yöntemlerini tavsiye ettikleri de bildirilmiştir. Hemşirelerin hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri yöntemler arasında ilk sırayı bitkisel tedavi (%40) almaktadır. Bilgi sahibi olmak istedikleri diğer yöntemler ise meditasyon, biyofeedback, masaj, homeopati, yoga, akupunktur %27-35 oranları ile bildirilmiştir (111).

Chan ve ark. hekimlerin TAT yöntemleri hakkında orta düzeyde bir bilgiye sahip olduklarını bildirmiştir. Bu çalışmada hekimlerin akupunktur, masaj, dua, hipnoz ve meditasyon yöntemleri hakkında orta düzeyde bir bilgiye sahip olduklarını ve zaman zaman hastalarına bu yöntemleri tavsiye ettiklerini bildirmiştir. Diğer yandan homeopati, naturopati, elektromanyetik tedavi, terapotik dokunma yöntemlerine karşı oldukları ve hastalarına tavsiye etmedikleri aynı çalışmada bildirilmektedir (123). Chez ve ark. ise tıp fakültesi öğrencilerinin masaj ve meidasyon yöntemleri hakkında daha çok bilgiye sahip olduklarını bildirmiştir (124).

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinden TAT yöntemlerine ilişkin herhangi bir kurs ya da eğitim alanların sıklığı %4.1, almayanların ise %95.9 olarak bulunmuştur (çizelge 5). Sağlık personelinin TAT yöntemleriyle ilgili aldığı kurslara baktığımızda; %23.8'i tıbbi bitkiler, %14.3'ü ise masaj, medikal antropoloji ve TAT yöntemlerinin kullanımı-yarar ve zararları hakkında eğitim almıştır (çizelge 12). Sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklara baktığımızda ise: %52.9 ile çevre, %52.7 ile televizyon ve %51.7 ile de internetin ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür (çizelge 11).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin sadece %25'nin TAT yöntemleri hakkındaki bilgilerini kurs çalışmalarından aldığı belirtilmiştir. Bu nedenle büyük çoğunluk bu yöntemler hakkındaki bilgilerini arkadaşlarından, yazılı ve görsel medyadan almakta ve buna bağlı olarak kullanılan ve tavsiye edilen yöntemlerin güvenliği ve etkinliği konusunda

şüpheler olmaktadır. Yapılan çalışmalarda TAT yöntemleri hakkında insanların arkadaşları, yazılı medya ve internet aracılığıyla bilgi sahibi olduğu bildirilmektedir (125). Uzun ve Tan'ın hemşirelik okulu öğrencileri arasında yaptığı çalışmanın sonucunda öğrencilerin TAT yöntemlerine olumlu yönde baktıkları ancak yöntemler hakkında sınırlı bilgileri olduğunu ve eğitim süreçlerine bu yöntemlerin eklenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Öğrenciler TAT yöntemleri hakkındaki bilgileri yazılı ve görsel medyadan aldıklarını bildirmişlerdir (126). Araştırmamızda da benzer sonuçlara rastlanmıştır.

Araştırmamız sonunda sağlık personelinin mesleki eğitimde TAT eğitimi verilmesi konusundaki düşüncelerine baktığımızda; araştırmamıza katılan sağlık personelinin %63.4'nün eğitim verilmesini istediği, %15.3'nün istemediği ve %21.3'nün ise bu konuda kararsız olduğu saptanmıştır. Meslek yılı, meslek grupları, eğitim durumları, yaş ve cinsiyete göre görüşlerin değiştiği görülmüştür (çizelge 13).

Meslek gruplarının görüşlerine baktığımızda hemşire ve ebelerin büyük çoğunluğu (%74.1-%65.1) eğitim verilmesini istemektedir. Eğitim durumlarına göre sağlık personelinin görüşlerine baktığımızda; lisans eğitimi almış olanlarda eğitim verilmesini isteme yüzdesi en yüksek, doktora eğitimi alanlarda ise en düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (çizelge 13).

Son zamanlarda yapılan çalışmaların sonucunda TAT uygulamalarının hemşirelik eğitim sürecinde yer alması yönünde sonuçlar bildirilmektedir (127, 128, 129).

Uzun ve ark. hemşirelik okulu öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada öğrencilerin genel olarak TAT uygulamalarına olumlu baktığını ve %64.5'nin eğitim programlarına alınmasını istediklerini bildirmiştir (126). Araştırmamızda da hemşire ve ebe grubunun TAT eğitimi alma konusunda doktorlara göre daha istekli olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda, yaş ve meslekte çalışma yılı arttıkça eğitim verilmeli diyen sağlık personelinin sayısının azaldığı görülmüştür. Eğitim verilmesini bayanların erkeklerden daha çok istedikleri görülmüştür ($p<0.05$) (çizelge 13).

Sağlık personeli arasında TAT uygulamalarına karşı olan tavrın yaş ile ilgili olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Hekimler arasında bayanlar ve daha genç olanlar olumlu bakar iken hemşireler arasında 40 yaş üzerinde olanların gençlere göre TAT yöntemlerine daha olumlu baktığı bildirilmiştir (130).

TAT yöntemlerinin toplumda yaygınlaşması tıp eğitimine de yansımış ve ABD’de her üç tıp öğrencisinden biri seçmeli ders olarak TAT dersini seçmiş; TAT dersi okutmayan üniversitelerde bu konuları ders programlarına almışlardır (3). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin alternatif tıp ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda öğrencilerin %65.9’u alternatif tıp yöntemlerinin seçmeli olarak okutulması gerektiğini düşünmekte ve tıp eğitiminde alternatif yöntemlere yer verilmesini istemektedir (131). Yurt dışında yapılan yayınlarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir (132).

Tedavi ve bakımın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde sağlık personeli ile hastalar arasındaki ilişkilerde güven oluşturulması önemlidir. Sağlık personelinin TAT konusunda hastalarına yaklaşımlarına baktığımızda; Hastaların %77.3’nün klinik veya polikliniklerde hizmet veren sağlık personeliyle genel kaygılarını paylaştıkları, %22.7’sinin ise paylaşmadıkları görülmüştür (çizelge 14).

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %8.5’i hastalardan öykü alırken herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadıklarını her zaman, %52.1’i bazen sorarken, %39.3’nün hiçbir zaman sormadığı görülmüştür (çizelge14) .

Yapılan çalışmalarda TAT yöntemlerine başvuran bireylerin büyük çoğunluğunun kullandıkları yöntemlerle ilgili hekimlerine bilgi vermedikleri bildirilmektedir (133). Colbath ve ark.’nın çalışmasında TAT kullanan hastaların %60’dan fazlasının bunu doktorlarıyla paylaşmadıklarını belirtmektedir (134). Çalışmamızda ise hastalar kendilerine sorulmadan kullandıkları TAT yöntemlerinden, pratisyen hekime %53.8, uzman doktora %62.1, araştırma görevlisine %75, hemşireye %48.2 ve ebelere %39.5 oranında bilgi verdikleri saptanmıştır (çizelge 16). Çalışmamızda hastalardan öykü alırken TAT kullanımını hakkında sağlık çalışanları tarafından hastalara sorulma yüzdesinin düşük olmasına karşın, bilgi ihtiyacı nedeniyle hastaların sağlık personeli ile haberleşmesini onların konu hakkındaki eğitim ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Sağlık personelinin hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumlarına baktığımızda; sağlık personelinin %49.8’i hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini biliyor iken, %50.2’si bilmemektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyi arttıkça hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini bilme yüzdesi de anlamlı şekilde artmaktadır (p<0.05)

(çizelge 15). Bu durum sağlık personelinin eğitim düzeyi arttıkça hastalardan yeterli öykü almanın önemini daha iyi kavradıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda doktorların, ebe ve hemşirelere göre hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini daha yüksek sıklıkta bildiği görülmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (çizelge 15). Hastaların herhangi bir TAT yöntemi kullanması düzenlenecek tedaviyi etkileyebileceğinden, doktorların bu durumu hemşirelere göre daha çok göz önüne aldığı ve bilgi edindiği, hemşirelerin ise bu sorumluluklarının yeterince farkında olmadıkları düşünülebilir.

Sağlık personelinin çalışma yılı ile hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.05$). Mesleğe yeni başlayan sağlık personellerine göre, 12-16 yıl mestekte çalışanların hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerini daha yüksek sıklıkta bildikleri görülmüştür (çizelge 15). Bu durumun sağlık personelinin deneyimleri sonucu oluştuğu söylenebilir.

Çalışma yapılan kurumlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde sağlık personelinin hastaların kullandığı TAT yöntemlerini bilme sıklığı diğer kurumlara göre daha yüksek bulunmuştur (çizelge 15).

TAT yöntemleri toplumda yaygın olarak kullanılmakta ve kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları giderek daha çok TAT yöntemi kullanan ve bu yöntemler hakkında sorular soran hastalar ile karşılaşmaktadır. Ayrıca TAT hakkında sınırlı ya da yanlış bilgisi olan hastaların bu yöntemlere yönelmesi, hatalı uygulamalara bağlı meydana gelen yan etkilerde artışlara neden olmaktadır. Bu nedenle toplumu bilinçlendirmek adına hastaların TAT yöntemleri hakkında bilgi alabileceği sağlık çalışanları olarak doktor, hemşire ve ebelerin yöntemler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Eğer sağlık personeli TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaz ve toplum eğitimine katkıda bulunamaz ise hastaların her zaman doğru bilgi vermeyen diğer kaynaklara yönelmesi doğal olacaktır.

Çalışmamıza katılan sağlık personellerinden %54.7'si kendileri sormadan hastaların kullandıkları TAT yöntemlerinden bahsettiğini, %45.3'ü ise bahsetmediğini belirtmiştir. Meslek grupları ile hastaların sorulmadan TAT kullanımından bahsetmeleri arasında

istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Hastaların TAT kullanımlarından doktorlara, hemşire ve ebelerden daha yüksek sıklıkta bahsettikleri görülmüştür ($p<0.05$). Bu duruma eğitim düzeyi açısından bakıldığında; hastaların TAT kullanımları hakkında kendilerine sorulmadan en az lise mezunlarına, en fazla ise yüksek lisans ve doktora mezunlarına bilgi verdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Duruma kurumlar açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran hastaların diğer kurumlara başvuran hastaların daha yüksek sıklıkta kendilerine sorulmadan kullandıkları TAT yöntemleri hakkında sağlık personeline bilgi verdikleri görülmüştür ($p<0.05$) (çizelge 16).

Hastalar kaygılarını ve tıbbi tedavi dışında kullandıkları yöntemleri daha çok güvendikleri sağlık personeliyle paylaşmaktadır. Sağlık Araştırma ve Uygulama merkezlerinin devlet hastanelerinin bir üst basamağı olduğu göz önüne alınırsa hastaların bu kurumlarda çalışan sağlık personeline daha çok güvendikleri sonucuna varılabilir.

Sağlık ekibinde yer alan hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin bakımında önemli rol oynamaktadırlar. Kronik hastalığı olan bireyler, genellikle sağlık kurumlarında hemşirelerle uzun süre bir arada oldukları için onlarla daha rahat iletişim kurabilmektedirler. Hemşireler veri toplama aşamasında hastaların alışkanlıklarını değerlendirirken, TAT yöntemleri kullanma durumu ve bu yöntemlerin kullanımı sırasında gelişen etkileri de sorgulayarak, hastalara danışmanlık hizmeti verebilirler. Bununla birlikte hemşirenin hastayla açık ve etkili iletişim kurması, hastasını yargılamadan dinlemesi, hastanın güven duyabileceği bir ortam yaratması, alışkanlıklarını daha rahat ifade etmesine yardım edebilir. Daha sonra hemşire hastadan topladığı verileri değerlendirerek, hastanın sorunlarını gidermek için kullandığı her türlü yöntemi, mutlaka dosyasına da kaydetmelidir. Günümüzde özellikle internetin yaygınlaşması sonucu bu alanda çok sayıda bilgi veren veya ticari satış yapan bir ağ oluşmuştur. Hastalar veya hasta yakınları eğitim düzeylerine göre bu ağı kullanmaktadır ve özellikle eğitilmiş aileler çeşitli alternatif yöntemleri sağlık personeline danışmaktadır. Bu noktada sağlık personelinin aileyi çok iyi dinlemesi, önyargılı olarak baştan reddetmemesi çok önemli bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık personeli bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Aynı zamanda

hastayı ve hasta yakınlarını kullanacakları yöntem konusunda yönlendirici bir role de sahip olmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonuçlarına göre;

- Sağlık personelinin % 63.9'i herhangi bir TAT yöntemi kullanmaz iken, %35.1'i kullanmaktadır.
- Kadın sağlık personelinin TAT kullanım sıklığı erkek sağlık personellerine göre daha yüksek bulunmuştur.
- TAT yöntemlerini en az kullananlar doktora eğitimi alan sağlık personelidir.
- Sağlık personeli TAT yöntemlerini daha çok destek amaçlı kullanmaktadır.
- Sağlık personelinin sadece %4.1'i TAT yöntemleri hakkında eğitim/kurs almıştır.
- Sağlık personelinin ve hastalarının en çok kullandıkları TAT yöntemi bitkisel yöntemlerdir.
- Sağlık personelinin seçtiğimiz TAT yöntemlerini bilme durumları oldukça düşüktür.
- Sağlık personelinin %63.4'ü mesleki eğitimde ya da sonrasında TAT yöntemlerine yönelik eğitim verilmesini istemektedir.
- Hastalar kullandıkları TAT yöntemlerinden doktorlara, hemşire/ ebelere göre daha çok bilgi vermektedir (pratisyen hekime %53.8, uzman doktora %62.1, araştırma görevlisine %75, hemşireye %48.2 ve ebelere %39.5).
- Hastalar kullandıkları TAT yöntemleri hakkında MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan sağlık personeline daha çok bilgi vermektedir.

6.2. Öneriler

1. Sağlık eğitiminde kullanmak üzere TAT yöntemleri hakkında bilimsel veri kaynaklarının oluşturulması
2. Hemşirelik ve tıp eğitim sürecinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine yer verilmesi
3. Hizmet içi eğitim programları yoluyla sağlık personelinin TAT uygulamaları konusunda danışmanlık yapabilecek düzeye getirilmesi
4. Hemşirelik bakım sürecinde hastaların kullandıkları TAT yöntemlerinin de sorgulanması
5. Doktorların hastalarından öykü alırken TAT yöntemlerini de sorgulaması

6.3. Araştırmacılara Öneriler

1. Tedavi sürecinde TAT yöntemlerini kullanmayı tercih eden hastaların sağlık personelinden ve modern tıptan beklentilerinin araştırılması
2. TAT yöntemi kullanan bireylerin bu yöntemlerden etkilenme durumlarının araştırılması
3. Sağlık personelinin TAT yöntemi kullanan hastaya yönelik tutumlarının araştırılması

4. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Erişim: <http://www.who.int/about/en/> Erişim tarihi: 20.05.2008.
2. **Klein JD, Wilson KM, Sesselberg TS, Gray NJ, Yussman S, West J.** Adolescents' knowledge of and beliefs about herbs and dietary supplements: a qualitative study. *J Adolesc Health*, **2005**; 37: 409.
3. NIH National Center for Complementary and Alternative Medicine. Erişim: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> Erişim tarihi: 22.05.2008.
4. NIH Panel on Definition and Description. Defining and describing complementary and alternative medicine. *Alternat Ther Health Med*, **1997**. 3, 49– 57.
5. **Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M,** et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, **1998**; 280: 1569– 75.
6. **Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M.** Utilization of complementary/alternative services by women with breast cancer. *J Health Soc Policy*, **2003**; 16: 75- 84.
7. **Altun R, Özden A.** Tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Güncel Gastroenteroloji*, **2004**; 8 (3); 231- 235.
8. **Sirois FM.** Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complementary Therapies in Medicine*, **2008**; 16: 73- 80.
9. **Cabioglu MT, Ergene N.** Akupunkturun etki mekanizması ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Derg*, **2003**; 13: 35- 40.
10. **Kalyon TA.** Akupunktur tedavisi. *Turk J Phys Med Rehab*, **2007**; 53: 52- 57.
11. **Evans D.** Acupuncture. In: Prithvi Raj P, Editor. *Practical management of pain*. 3rd edition. St Louis: Mosby; **2000**; p. 815- 23.
12. **Çevik C.** Akupunkturun bilimsel temelleri. In: *Medikal Akupunktur*. Ankara: Promat Afi; **2001**; 25- 39.
13. WHO-Guidelines for clinical research on acupuncture. Washington. **2000**.
14. **Eskinazi D, Hoffman FA.** Progress in complementary and alternative medicine: Contribution of the National Institutes of Health and Food and Drug Administration. *J Altern Complement Med*, **1998**; 4: 459- 67.
15. **White AR, Filshie J, Cummings M.-** Clinical trials of acupuncture: Consensus recommendations optimal treatment, sham controls and blinding. *Complement Ther Med*, **2001**; 9: 237- 45.
16. **Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW.** Acupuncture for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*, **2000**; 3: CD001351.
17. **Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW.** Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, **2002**; 3: CD002123.
18. **Irnich D, Behrens N, Gleditsch JM, Stör W, Schreiber MA, Schöps P,** et al. Immediate effects of dry needling and acupuncture at distant points in chronic neck pain: results of a randomized, doubleblind, sham-controlled crossover trial. *Pain*, **2002**; 99: 83- 99.

19. **Umezu T.** Behavioral effects of plant-derived essential oils in the Geller type conflict test in mice. *Jpn J Pharmacol*, **2000**; 83: 150- 153.
20. **Lis-Balchin M.** Essential oils and ‘aromatherapy’: their modern role in healing. *J R Soc Health*, **1998**; 118: 126.
21. **Köse E, Sarsılmaz M, Ögetürk M, Kuş İ, Kavaklı A, Zararsız İ.** Öğrenme davranışlarında gül esans yağ aromasının rolü: deneysel bir çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, **2007**; 12: 159- 162.
22. **Broughan C.** Odours, emotions, and cognition- How odours may affect cognitive performance. *Int J Aromatherapy*, **2002**; 12: 92- 98.
23. **Carvalho-Freitas MI, Costa M.** Anxiolytic and sedative effects of extracts and essential oil from Citrus aurantium L. *Biol Pharm Bull*, **2002**; 25: 1629- 1633.
24. **Komori T, Fujiwara R, Tanida M, Nomura J.** Potential antidepressant effects of lemon odor in rats. *Eur Neuropsychopharmacol*, **1995**; 5: 477- 480.
25. **Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, McAdam V, Galamaga R, Galamaga M.** Aromatherapy positively affects mood. EEG patterns of alertness and math computations. *Int J Neurosci*, **1998**; 96: 217- 224.
26. **Mahmood N, Piacente S, Pizza C, Burke A, Khan AI, Hay AJ.** The anti-HIV activity and mechanisms of action of pure compounds isolated from Rosa Damascena. *Biochem Biophys Res Commun*, **1996**; 229: 73- 79.
27. **Basim E, Basim H.** Antibacterial activity of Rosa damascena essential oil. *Fitoterapia*, **2003**; 74: 394- 396.
28. **Buckle RJ.** Aromatherapy in the USA. *Int J Aromatherapy*, **2003**; 13: 42- 46.
29. **Campenni CE, Crawley EJ, Meier ME.** Role of suggestion in odor-induced mood change. *Psychol Rep*, **2004**; 94: 1127- 1136.
30. **Clark DM.** On the induction of depressed mood in the laboratory. Evaluation and comparison of the Velten and Musical Procedures. *Behav Res Ther*, **1983**; 5: 27- 49.
31. **Moss M, Cook J, Wesnes K, Duckett P.** Aromas of rosemary and lavender essential oils differentially affect cognition and mood in elderly adults. *Int J Neurosci*, **2003**; 113: 15- 38.
32. **Akpınar B.** The Effects of Olfactory Stimuli on Scholastic Performance. *Irish Journal of Education*, **2005**; 36: 86- 90.
33. **Çubukçu B, Meriçli AH, Mat A, Sarıyar G, Sütlüpinar N, Meriçli F.** *Fitoterapi*. İ.Ü. Eczacılık Fakültesi Yayın No: 79, İstanbul, **2002**.
34. **Sarışen Ö, Çalışkan D.** Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. *Sted*, **2005**; 14: 182- 188.
35. **Vickers A, Zollman C:** ABC of complementary medicine-herbal medicine. *BMJ*, **1999**; 319: 1050– 1053.
36. **Sheikh NM, Philen RM, Love LA.** Chaparral-associated hepatotoxicity. *Arch Intern Med*, **1997**; 157: 913- 919.

37. **Woolf GM, Petrovic LM, Rojter SE, Wainwright S, Villamil FG, Katkov WN, Michieletti P, Wanless IR, Stermitz FR, Beck JJ, Vierling JM.** Acute hepatitis associated with Chinese herbal product in Jin Bu Huan. *Ann Intern Med*, **1994**; 121; 729- 735.
38. **Mostefa KN, Paulvels A.** Fatal hepatitis after herbal tea. *Lancet*, **1992**; 340: 674,
39. **Miller LG:** Herbal medicinals: selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interaction. *Arch Intern Med*, **1998**; 158; 2200- 2211.
40. **Linde K, Ramirez G.** St John's wort for depression. *BMJ*, **1996**; 313; 253- 258.
41. **Willt JT, Ishani A et al:** Saw palmetto extracts for treatment of benign prostatic hyperplasia. *JAMA*, **1998**; 280; 1604- 1609.
42. **Sheehan MP, Rustin NHA et al:** Efficacy of traditional Chinese herbal therapy in adult atopic dermatitis. *Lancet*, **1992**; 340; 13–17.
43. **Özbek H.** Cinsel ve jinekolojik sorunların tedavisinde bitkilerin kullanımı. *Van Tıp Dergisi*, **2005**; 12; 170– 174.
44. **Madenci E.** Klasik Masaj. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2007**; 53; 58- 61.
45. **Corbin L.** Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. *Cancer Control*, **2005**; 12: 158- 64.
46. **Field TM.** Massage therapy effects. *Am Psychol*, **1998**; 53: 1270- 1281.
47. **Ironson G, Field T, Scafidi F, Hashimoto M, Kumar M, Kumar A, Price A, Goncalves A, Burman I, Tetenman C, Patarca R, Fletcher MA.** Massage therapy is associated with enhancement of the immune system's cytotoxic capacity. *Int J Neurosci*, **1996**; 84: 205- 217.
48. **Zeitlin D, Keller SE, Shiflett SC, Schleifler SJ, Bartlett JA.** Immunological effects of massage therapy during academic stress. *Psychosom Med*, **2000**; 62: 83- 84.
49. **Konvicka JJ, Meyer TA, McDavid AJ, Roberson CR.** Complementary/Alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *J Perianesth Nur*, **2008**; 23: 17- 23.
50. **Chenot JF, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Baum E, Pflingsten M, Hildebrandt J, Basler HD, Kochen MM.** Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study. *BMC Complement Altern Med*, **2007**; 18: 7- 42.
51. **Stallibrass C, Sissons P, Chalmers C** Randomized controlled trial of the Alexander technique for idiopathic Parkinson's disease. *Clin Rehabil*, **2002**; 16: 695- 708.
52. **Stallibrass C.** An evaluation of the Alexander Technique for the management of disability in Parkinson's disease--a preliminary study. *Clin Rehabil*, **1997**; 11:8-12.
53. **Schlinger M.** Feldenkrais Method, Alexander Technique, and yoga--body awareness therapy in the performing arts. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, **2006**; 17: 865- 75.
54. **Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S.** Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*, **2008**; 12: 489- 94.

55. **Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE.** Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. *J Altern Complement Med*, **2008**; 14: 417- 22.
56. **Lee MS, Pittler MH, Ernst E.** Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*, **2008**; 62: 947- 54.
57. **Coclivo A.** Coloured light therapy: overview of its history, theory, recent developments and clinical applications combined with acupuncture. *Am J Acupunct*, **1999**; 27: 71– 83.
58. **Azeemi ST, Raza SM.** A critical analysis of chromotherapy and its scientific evolution. *Evid Based Complement Alternat Med*, **2005**; 2: 481- 8.
59. **Andrews J.** *Renklerle Tedavi*. İstanbul: Arıtan Yayınevi, **1995**.
60. **Altun R, Özden A.** Alternatif tıp. *Güncel Gastroenteroloj*., **2004**; 8; 231- 235.
61. **Clarke JO, Mullin GE.** A review of complementary and alternative approaches to immunomodulation. *Nutr Clin Pract*, **2008**; 23: 49- 62.
62. **Markowitz JE, Mamula P, del Rosario JF, Baldassano RN, Levis JD, Jawat AF, Culton K, Strom BL.** Patterns of complementary and alternative medicine use in a population of pediatric patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, **2004**; 10: 599- 605.
63. **Tokem Y.** The use of complementary and alternative treatment in patients with asthma. *Tuberk Toraks*, **2006**; 54: 189- 96.
64. **Milgrom LR.** Homeopathy and the new fundamentalism: a critique of the critics. *J Altern Complement Med*, **2008**; **14**: 589- 94.
65. **Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K.** Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system. *Homeopathy*, **2008**; 97: 70- 5.
66. **Cooper EL.** Ayurveda and eCAM: A Closer Connection. *Evid Based Complement Alternat Med*, **2008**; 5(2): 121- 2.
67. **Vaidya AD, Devasagayam TP.** Current Status of Herbal Drugs in India: An Overview. *J Clin Biochem Nut*, **2007**; 41(1): 1- 11.
68. **Cooper EL.** Ayurveda is Embraced by eCAM. *Evid Based Complement Alternat Med*, **2008**; 5: 1- 2.
69. **Amruthesh S.** Dentistry and Ayurveda - IV: classification and management of common oral diseases. *Indian J Dent Re*, **2008**; 52- 61.
70. **Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR.** Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Re*, **2006**; 8: 767- 71.
71. **Pilkington K, Rampes H, Richardson J.** Complementary medicine for depression. *Expert Rev Neurother*, **2006**; 6; 1741- 51.
72. **Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J.** Yoga for depression: the research evidence. *J Affect Disord*, **2005**; 89: 13- 24.

73. **Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL.** Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, **2004**; 343: 1- 19.
74. **Somakcı P.** Türklerde müzikle tedavi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2003**; 15; 131- 140.
75. **Choi BC.** Awareness of music therapy practices and factors influencing specific theoretical approaches. *J Music Ther*, **2008**; 45: 93- 109.
76. **Çoban A.** *Müzikterapi Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi*. İstanbul: Timaş yayınları, **2005**: 40- 58.
77. **Nilsson U.** The anxiety- and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN J*, **2008**; 87: 780- 807.
78. **Bueno JL, Ramos D.** Musical mode and estimation of time. *Percept Mot Skill*, **2007**; 105: 1087- 92.
79. **Mandel SE, Hanser SB, Secic M, Davis BA.** Effects of music therapy on health-related outcomes in cardiac rehabilitation: a randomized controlled trial. *J Music Ther*, **2007**; 44: 176- 97.
80. **Roy M, Peretz I, Rainville P.** Emotional valence contributes to music-induced analgesia. *Pain*, **2008**; 134: 140- 7.
81. **Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY.** Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res*, **2007**; 62: 189– 195.
82. **Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, Bialy L, Hooton N, Buscemi N, Dryden DM, Klassen TP.** Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Ases*, **2007**; 155: 1- 263.
83. **Kırımlı Y.** Nazar ve nazara karşı tuzla yapılan pratikler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Basımevi, **2002**; 2: 558- 561.
84. **Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL.** Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, **2004**; 27; 1- 19.
85. **Snyder M, Wieland J.** Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*, **2003**; 38: 495- 508.
86. **Meisenhelder JB, Chandler EN.** Faith, prayer, and health outcomes in elderly Native Americans. *Clin Nurs Res*, **2000**; 9: 191- 203.
87. **Seeman TE, Dubin LF, Seeman M.** Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am Psychol*, **2003**; 58: 53- 63.
88. **Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T.** Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J*, **2002**; 95: 1429- 1434.
89. **Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W, Levitsky S, Hill PC, Clem DW Jr, Jain MK, Drumel D, Kopecky SL, Mueller PS, Marek D, Rollins S, Hibberd PL.** Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J*, **2006**; 151: 934- 942.
90. **Byrd RC.** Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*, **1988**; 81: 826- 829.

91. **Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A.** Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: A UK survey. *Eur J Oncol Nurs*, **2005**; 9: 131- 7.
92. **Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, Adler SR, Eisenberg D.** Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst*, **2000**; 92: 42- 7.
93. **Jean D, Claude C.** Use of complementary and alternative medicine in general pediatric clinic. *Pediatrics*, **2007**; 120: 138- 141.
94. **Carvalho NF, Kenney RD, Carrington PH, Hall DE.** Severe nutritional deficiencies in toddlers resulting from health food milk alternatives. *Pediatrics*, **2001**; 107: 46- 52.
95. **Miller AL.** The etiologies, pathophysiology, and alternative/ complementary treatment of asthma. *Altern Med Rev*, **2001**; 6: 20- 47.
96. **Kapoor R, Huang YS.** Gamma linolenic acid: an antiinflammatory omega-6 fatty acid. *Curr Pharm Biotechnol*, **2006**; 7: 531- 534.
97. **Olness K.** Helping children and adults with hypnosis and biofeedback. *Cleve Clin J Med*, **2008**; **75**: 39- 43.
98. **Anbar RD, Zoughbi GG.** Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: a retrospective chart review. *Am J Clin Hypn*, **2008**; 50: 35–41.
99. **Walsh BJ.** Hypnotic alteration of body image in the eating disordered. *Am J Clin Hypn*, **2008**; 10: 01– 10.
100. **Norelli LJ, Harju SK.** Behavioral approaches to pain management in the elderly. *Clin Geriatr Med*, **2008**; 4: 35– 44.
101. **Carmody TP, Duncan C, Simon JA, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, Delucchi K.** Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine Tob Res*, **2008**; 10: 811– 818.
102. **Guzetta CE, Kessler CA, Dossey BM, Moser DK.** *Alternative/Complementary therapies*. 4th Ed. **1998**; St. Louis: Mosby Co: 175- 195
103. **Tas F, Karagöl F, Üstüner Z, Yazar A, Can G ve ark.** Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanan Kanser Hastalarının Prevalansı. 23- 27 Nisan XV. Ulusal Kanser Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı. Antalya **2003**.
104. **Özkan A.** Çocukluk çağı kanserlerinde tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Klinik Gelişim*, **2007**; 20: 179- 180.
105. **Gözüm S, Tezel A, Koc M.** Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. *Cancer Nurs*, **2003**; 26: 230– 6.
106. **Ceylan S, Hamzaoglu O, Komurcu S, Beyan C, Yalcin A.** Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complement Ther Me*, **2002**; 10(2): 94– 9.
107. **Yavuz M, İşçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A.** Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2007**; 27: 680– 686.

108. **Dahl NV.** Herbs and supplements in dialysis patients: panacea or poison. *Semin Dialys*, **2001**; 14: 186-192.
109. **Algier LA, Hanoglu Z, Ozden G, Kara F.** The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*, **2005**; 9(2): 138- 46.
110. **Törüner ve ark.** Bildiriler, 19.Ulusal Gastroenteroloji Haftası 1- 6 ekim **2002**, Antalya.
111. **Hayes KM, Alexander IM.** Alternative therapies and nurse practitioners: knowledge, professional experience, personal use. *Holistic Nursing Practice*, **2000**; 14: 49– 58.
112. **Tracy MF, Lindquist R, Savik K, et al.** Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. *Am J Crit Care*, **2005**; 14: 404- 414.
113. **Oztekin DS, Ucuzal M, Oztekin I, İşsever H.** Nursing students' willingness to use complementary and alternative therapies for cancer patients: Istanbul survey. *Tohoku J Exp Med*, **2007**; 211(1): 49- 61.
114. **Araz A, Harlak H, Meşe G.** Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6; 112- 22.
115. **Ni H, Simile C, Hardy AM.** Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults: Results from the 1999. *National Health Interview Survey Medical Care*. **2002**; 40: 353- 58.
116. **Ernst E, White A.** The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med*, **2000**; 8(1): 32- 6.
117. **Ugurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA.** Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi*, **2007**; 14; 68- 73.
118. **Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A.** Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, **2003**; 90: 611- 5.
119. **Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G, Abadoglu O, Misirligil Z.** Use of alternative medicine by allergic patients in Turkey. *Allergol Immunopathol*, **2004**; 32: 289- 94.
120. **DeKeyser FG, Cohen BB, Wagner N.** Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *J Adv Nurs*, **2001**; 36: 41– 8.
121. **Lewith GT, Hyland M, Gray SF.** Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complementary Therap Med*, **2001**; 9: 167– 72.
122. **Brolinson PG, Price JH, Ditmyer M, Reis D.** Nurses' perceptions of complementary and alternative medical therapies. *J Commun Health*, **2001**; 26: 175– 89.
123. **Chan PS, Wong MM.** Physicians and complementary-alternative medicine: training, attitudes, and practices in Hawaii. *Hawaii Med J*, **2004**; 63(6): 176- 81.
124. **Chez RA, Jones WB, Crawford C.** A survey of medical students' opinions about complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **2001**; 185: 754– 7.
125. **Damkier A, Elverdam B, Glasdam S, Bonde Jensen A, Rose C.** Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. *Scand J Caring Sci*, 1998; 12: 119– 26.

126. **Uzun O, Tan M.** Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies. *Complement Ther Nurs Midwifery*, **2004**; 10(4): 239- 44.
127. **Lindeman CA.** The future of nursing education. *Journal of Nursing Education*, **2000**; 39: 5– 12.
128. **Baugniet J, Boon H, Ostbye T.** Complementary/alternative medicine: comparing the view of medical students with students in other health care professions. *Family Medicine*, **2000**; 2: 178– 84.
129. **Fearon J.** Complementary therapies: knowledge and attitudes of health professionals. *Paediatr Nurs*, **2003**; 15: 31– 5.
130. **Brown J, Cooperb E, Franktonb L, Steeves-Wall M, Gillis-Ring J, Bater W, McCabe A, Fernandez C.** Complementary and alternative therapies: Survey of knowledge and attitudes of health professionals at a tertiary pediatric/women's care facility. *Complementary Therapies in Medicine*, **2007**; 13: 194- 200.
131. **Gamsız T, Serin YT, Baydaş Z, Özbay H.** Birinci sınıf tıp öğrencilerinin alternatif tıpla ilgili görüşleri. Bildiriler, MASCO 16–17 Mayıs **2007**, İstanbul.
132. **Hopper I, Cohen M.** Complementary therapies and the medical profession: a study of medical students' attitudes. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, **1998**; 4: 68– 73.
133. **Conroy RM, Siriwardena R, Smyth O, Fernandes F.** The relation of health anxiety and attitudes to doctors and medicine to use of alternative and complementary treatments in general practice patients. *Psychology, Health & Medicine*, **2000**; 5; 203- 212.
134. **Colbath JD, Prawlucky PM.** Holistic nursing care. *Nurs Clin N Am*, **2001**; 16: 111- 117.

EKLER

EK: ALTERNATİF/TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELER ANKETİ

Bu araştırma ; “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları”nı saptamak amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma dışında kullanılmayacaktır ve gizli kalacaktır. Soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın sonucu açısından önemlidir. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederim.

Sümbüle KÖKSOY

Kişisel Bilgi Formu:

1. Mesleğiniz:

- Pratisyen doktor Uzman doktor Araştırma görevlisi
 Hemşire Ebe Sağlık memuru

2. Doğum yılınız (lütfen yazınız): 19....

3. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

4. Hangi yerleşim biriminde doğdunuz?

- İl İlçe Kasaba Köy

5. Doğduğunuz yerde kaç yıl süreyle ikamet ettiniz? (lütfen yazınız):(ay) (yıl)

6. Şu anda ikamet ettiğiniz ilde ne kadar süredir yaşıyorsunuz?

- 0-1 yıl 2-4 yıl 5-7 yıl 7 yıldan fazla

7. Eğitim durumunuz:

- Lise Ön Lisans Lisans
 Yüksek Lisans Doktora

8. Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?

0-1 yıl

2-6 yıl

7-11 yıl

12-16 yıl

17 yıl ve üzeri

9. Şuan çalıştığınız hastane (lütfen yazınız):

Alternatif/ Tamamlayıcı Tedavi Bilgi Formu:

1. Hastalarınız hastalıklarıyla ilgili kaygılarını sizinle paylaşıyorlar mı?

Hayır

Evet (Lütfen ne tür kaygıları paylaştıklarını yazınız):

.....

2. Hastaların tıbbi tedavi dışında aldıkları tedavi sizce nasıl adlandırılmalı?

Alternatif tedavi

Tamamlayıcı tedavi

Lütfen cevabınızın nedenini yazınız :

.....

3. Hastalarınızdan öykü alırken alternatif/tamamlayıcı tedavi alıp almadıklarını sorar mısınız?

Hiç sormam

Bazen sorarım

Her zaman sorarım

4. Hastalarınız siz sormadan kullandıkları alternatif/tamamlayıcı tedavilerden bahseder mi?

Hayır

Evet (Lütfen yaklaşık olarak yüzde kaçının bahsettiğini yazınız): %.....

5. Hastalarınızın ne tür alternatif/tamamlayıcı tedavi yönteminden yararlandıklarını biliyor musunuz?

() Hayır

() Evet (Hastalarınızın uyguladığı alternatif/ tamamlayıcı tedavi yöntemlerini, en sık karşılaştığınız birinci sırada olmak üzere, lütfen yazınız):

(1)

(2)

(3)

6. Kendiniz ve aileniz için kullandığınız alternatif/ tamamlayıcı tıp yöntemleri var mı?

() Hayır

() Evet (Uyguladığınız alternatif/ tamamlayıcı yöntemlerden en sık kullandığınız üç tanesini yazınız):

(1).....

(2).....

(3)

(Cevabınız hayır ise 10. soruya geçiniz.)

7. Alternatif/ tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanım amacınızı belirtiniz.

() Tedavi amaçlı

() Destek amaçlı

() Korunma amaçlı

() Rahatlama amaçlı

8. Alternatif/ tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde herhangi bir yarar gözlediniz mi?

() Hayır gözlemedim

() Evet gözledim (lütfen kullanılan yöntemi ve yararını aşağıya yazınız):

Yöntem	Yararları
(1)	(1)
(2)	(2)

(3)

(3)

9.Alternatif/ tamamlayıcı tedaviyi kullanırken kendinizde/aile üyelerinizde herhangi bir komplikasyon gözlediniz mi?

Hayır gözlemedim

Evet gözledim (lütfen kullanılan yöntemi ve komplikasyonlarını aşağıya yazınız):

<u>Yöntem</u>	<u>Komplikasyon</u>
(1)	(1)
(2)	(2)
(3)	(3)

10.Eğitim süreniz boyunca alternatif/ tamamlayıcı tedavilerle ilgili eğitim/ kurs aldınız mı?

Hayır

Evet (Lütfen eğitimin konusunu ve süresini yazınız):

<u>Eğitimin Konusu</u>	<u>Eğitim süresi</u>
(1)	(1)
(2)	(2)
(3)	(3)

11.Sizce, mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde alternatif/tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim verilmeli mi?

Evet

Bir fikrim yok

Hayır

12. Aşağıdaki tablodaki yöntemleri (1) hiç duymadım, (2) sadece duydum, (3) biraz bilgim var, (4) yeterli bilgim var, (5) yöntemi her yönüyle biliyorum seçeneklerini dikkate alarak cevaplayınız. Cevap olarak, ilgili seçeneğin numarasını yazınız.

YÖNTEM	Bilginiz var mı?
Akupunktur	
Aromaterapi	
Müzik terapisi	
Biyotedavi	
Ayurveda	
Dini yöntemler (Dua, muska, türbe)	
Bitkisel tedaviler	
Homeopatik	
Hipnoterapi	
Diyet desteği	
Refleksoloji	
Reiki	
Masaj	
Meditasyon/Gevşeme	
Renklerle terapi	
Yoga	
Aleksandır tekniği	
Diğer (lütfen yazınız):	

13. Yukarıdaki tabloda 3,-4,-5 numaraları verdiğiniz yöntemler hakkında ki bilgiyi nereden edindiniz?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bilimsel Kitaplardan | <input type="checkbox"/> Gazetelerden |
| <input type="checkbox"/> Televizyondan | <input type="checkbox"/> İnternette |
| <input type="checkbox"/> Çevreden | <input type="checkbox"/> Diğer (lütfen belirtiniz):..... |

EK:3 UYGULAMA PLANI

Mersin ili belediye sınırları içinde yer alan ve aşağıda adları belirtilmiş olan üç büyük hastanede çalışan doktor, hemşire ve ebelere 01 Ekim 2007- 01 şubat 2008 tarihleri arasında, yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor ve hemşirelerin/ebelerin TAT yöntemleri hakkındaki görüşlerini ve bilgi düzeylerini saptamak amacı ile hazırlanan anket formu ile uygulanmıştır.

Anket Uygulanan Hastaneler:

- Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
- Mersin Devlet Hastanesi
- Mersin Toros Devlet Hastanesi

EK:3 İZİN YAZISI

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

28 EYLÜL 2007

Sayı : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /
Konu : Anket Çalışması

27158

VALİLİK MAKAMINA

MERSİN

Mersin Üniversitesi Rektörlüğünün 25.09.2007 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06-1045/13172 sayılı yazıları ile;

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sümbole KÖKSOY'un Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları" konulu yüksek lisans tezinin uygulamasını, 15 Ekim 2007-15 Şubat 2008 tarihleri arasında Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde yapması; anket sonuç raporlarının bir örneği, çalışma raporları varsa önerileriyle birlikte Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydı ile uygun mütalaa edilmektedir.

Arz ederim.


Dr.A. Atakan KIZILOK
Sağlık Müdürü

OLUR
28/09/2007
Mustafa ERGÜN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ:
1 Adet Yazı (6 Sayfa)



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



01 Ekim 2007

Tarih :/...../.....

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.A1.00.00-04/5155

Konu : Anket çalışması

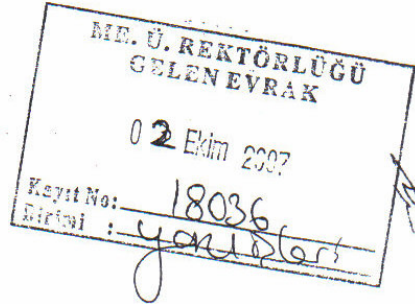
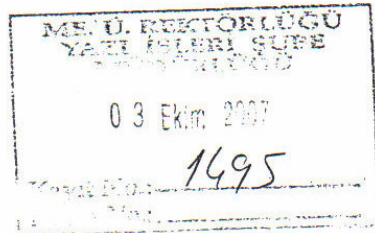
REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Genel Sekreterlik)

İLGİ: 25/09/2007 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.00.06-1046/13173 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sümbole KÖKSOY'un; "Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları" konulu yüksek lisans tezine veri toplamak amacıyla, 15 /10/2007 – 15/02/2008 tarihleri arasında Merkezimizde anket çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.


Doç.Dr.Şakir ÜNAL
Başhekim Vekili



EK:4 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
30.11.2007	11	2007/07

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hem.Sümbüle KÖKSOY'un yürütücüsü olduğu Etik Kurul çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hem.Sümbüle KÖKSOY'un yürütücüsü olduğu "Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları" adlı çalışmasına onay verilmesine oy birliği ile karar verildi.

(İmza)
Prof.Dr.Orhan SEZGİN
(Katılmadı)
Prof.Dr.İlter UZEL
(İmza)
Prof.Dr. Bahar TUNÇTAN
(İmza)
Prof.Dr. Öznur DÜZOVALI
(Katılmadı)
Prof.Dr. Hakan ÖZTÜRK
(İmza)
Doç.Dr.Kemal YAZICI
(İmza)
Doç.Dr.Gülçin ESKANDARI

(Katılmadı)
Doç.Dr.Kemal GÖRÜR
(İmza)
Doç.Dr.Ayşe POLAT
(Katılmadı)
Doç.Dr.Tahsin ÇOLAK
(İmza)
Doç.Dr.Demir APAYDIN
(Katılmadı)
Yrd.Doç.Dr.Nursel G.BİLGİN
(İmza)
Yrd.Doç.Dr.İsmail ÜN



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1980 yılında Ermenek'te doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Ermenek'te tamamlamıştır. 1998 yılında Erdemli Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olmuş, 1999 Yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde göreve başlamıştır.

2001 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik lisans bölümünü kazanmıştır. 2005 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başlamıştır.

Halen Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışmaktadır.