



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE GELEN BİREYLERİN
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMA
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Seray ATEŞ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Besti Üstün**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE GELEN BİREYLERİN
GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMA
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Seray ATEŞ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Besti Üstün**

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No : 174204001
Öğrenci Adı Soyadı : Seray Ateş

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelen Bireylerin Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanma Durumlarının İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 27.12.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma Doğan
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Prof. Dr. Besti Üstün
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Doç. Dr. Semra Karaca
(Marmara Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE GELEN BİREYLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanımları, bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımları üzerine etkilerinin incelenmesi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Beylerbeyi, Erenköy, Çekmeköy ve Ümraniye Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen ve çalışmayı gönüllü olarak kabul eden 167 birey oluşturdu.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Hasta Tanılama Formu ile elde edildi.

Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test Oneway Anova test Tukey HDS test Kruskal Wallis test Mann Whitney U Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin % 75, 4'ünün tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığı, %56,2'sinin etkinliğine inandığı, %54,1'inin ailesinden bilgi edindiği, %50,4'ünün geleneksel şifacılar (dini ünvanlı) gittiği, tedavi yönteminin sonucunun %45,2'sinin ne yarar ne zarar sağladığı, %73,3'ünün hiç sorun yaşamadığı, %63,7'sinin memnun kaldığı, %82,2'sinin hekim ve hemşireye danışmadığı, danışmama nedeninin %73'ünün gerek duymadığı, %59,3'ünün danışmanlık almak istediği, danışmanlık almak isteyenlerin %51,1'inin hekimden almak istediği ve %54,1'inin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini tavsiye ettiği sonucuna varılmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumları ve bireysel özellikler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, tanı süresi ve düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik sağlık profesyonellerine, birey ve bakım verenlere gerekli eğitim ve bilgilendirmenin yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Çare arama davranışı, İntegratif tıp, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

ASSESSING THE USE OF COMPLEMENTARY AND TRADITIONAL MEDICINE OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS

ABSTRACT

This study was conducted to determine the use of traditional and complementary therapies and the effects of individual and disease-related characteristics on traditional and complementary therapies.

The sample of the study consisted of 167 individuals who came to Beylerbeyi, Erenköy, Çekmeköy and Ümraniye Community Mental Health Center voluntarily. Data were obtained with the Patient Identification Form prepared by the researcher. Shapiro Wilks test, Oneway Anova test, Tukey HDS test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U Pearson chi-square test, Fisher's exact test and Fisher-Freeman-Halton exact test were used. 75.4% of the individuals coming to Community Mental Health Center used traditional and complementary treatment methods in addition to medical treatment, 56.2% believed that they were effective, 54.1% had information from their family, 50.4% had traditional healers. (religious title), 45.2% of the outcome of the treatment method did not benefit or harm, 73.3% had no problems, 63.7% were satisfied, 82.2% did not consult the doctor and nurse It was concluded that 73% of the reasons for not consulting were not required, 59.3% of them wanted to receive counseling, 51.1% of those who wanted to receive counseling, and 54.1% recommended traditional and complementary treatment methods. When the traditional and complementary treatment usage and individual characteristics were compared, a statistically significant difference was found between age, gender, educational status, marital status, working status, duration of diagnosis and regular drug use.

In line with the findings of the research, it was suggested to provide the necessary training and information to health professionals, individuals and caregivers for traditional and complementary treatment methods.

Keywords: Traditional and Complementary Medicine, Help seeking behavior, Integrative medicine, Complementary and Alternative Medicine

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalıőmam boyunca bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yoluma ışık tutan çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN baőta olmak üzere, Sayın Prof Dr. Selma DOĞAN' a ve Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAÖĞLU' na,

Tez çalıőmam boyunca sabır ve anlayıőını eksik etmeyen, destek olan, bana her zaman inanan babam Levent ATEŞ, annem Ő. Hülya ATEŞ, canım kardeőim Y. Serenay ATEŞ, dedem Ahmet TOPLUCAK VE anneannem Őaziye TOPLUCAK'a,

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, sevgi, saygı ve anlayıőını eksik etmeyen sevgili arkadaőlarım Duygu ELÇİN, Zehra ÖZDEMİR, Samet YILDIRIM, Saniye ÖZTÜRK ve Gülőah BAYAR'a

Sonsuz teőekkürler...

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

27. 12. 2019
Seray ATEŞ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	7
1.3.Araştırmanın Alt Soruları.....	7
2.GENEL BİLGİLER	9
2.1.Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Kavramları	9
2.2.Kronik Ruhsal Hastalıklar	10
2.2.1. Psikoz	11
2.2.2. Şizofreni	12
2.2.3. Şizofreniform Bozukluk.....	14
2.2.4. Şizoaffektif Bozukluk	14
2.2.5. Kısa Süreli Psikotik Bozukluk	14
2.2.6. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk.....	14
2.2.7. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk	15
2.2.8. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk	15
2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kavramları	16
2.4.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavilere Yönelik Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler ..	17

2.5.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Diğer Uygulamalar	18
2.5.1. Fitoterapi / Herbal Tıbbı.....	18
2.5.2. Çin Tıbbı	19
2.5.3.Tai Chi.....	20
2.5.4.Nefes Egzersizi.....	20
2.5.5.Hipnoterapi / Hipnoz.....	20
2.5.6.Meditasyon	21
2.5.7.Yoga	21
2.5.8.Hareket Terapileri	22
2.5.9.Teröpatik Dokunuş	22
2.5.10.Dini Uygulamalar	23
2.5.11.Akupunktur	23
2.5.12.Apiterapi.....	25
2.5.13.Homeopati	26
2.5.14.Sülük	28
2.5.15.Kayropratik Tıp.....	28
2.5.16.Kupa Uygulaması / Hacamat	29
2.5.17.Larva Uygulaması	30
2.5.18.Mezoterapi.....	30
2.5.19.Osteopati	31
2.5.20.Ozon Tedavisi	31
2.5.21.Refleksoloji	32
2.5.22.Proloterapi	32
2.5.23.Müzik Terapi.....	33
2.6.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavilerde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	33
3.GEREÇ- YÖNTEM	36
3.1.Araştırmanın Tipi.....	36
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36

3.2.1.Araştırmanın Yeri.....	36
3.2.2.Araştırmanın Zamanı	37
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.4.Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	37
3.5.Araştırmada Kullanılan Gereçler	37
3.5.1.Hasta Tanılama Formu	37
3.6.Verilerin Toplanması	38
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu	39
4.BULGULAR	40
5.TARTIŞMA	52
5.1.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumları	52
5.2.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumları	56
5.3.Bireysel ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Kullanılan Tedavi Yöntemleri	58
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1.Sonuç.....	66
6.2.Öneriler	70
7.KAYNAKLAR.....	71
8.EKLER.....	78

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (s=167)	40
Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (s=167)	41
Tablo 3. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumlarının Dağılımı (s=167) GETAT Kullanım Özellikleri	43
Tablo 4. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerini Kullanım Sıklıklarının Dağılımı	46
Tablo 5. Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Kullandıkları Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı	48



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

CAM : Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EFCAM : Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu

FDA : Gıda ve İlaç Organizasyonu

GATA : Gülhane Askeri Tıp Akademisi

GETAT : Geleneksel ve Tamamlayıcı Alternatif Tıp

GTAT : Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine

TM : Geleneksel Tıp

TTB : Türk Tabipler Birliği

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Tıp kavramı genel olarak; sağlığın korunması ve hastalığın giderilmesi, yatıştırılması veya önlenmesi ile ilgilenen bilim ve sanat olarak ifade edilir. Zamanla tıp kavramının önüne eklenen modern, ortadoks, alternatif, doğal gibi sıfatlar ise tıbbın uygulanış şekillerine göre birbirinden ayırt edilebilmesi için kullanılmıştır (Arı ve ark. 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bulunan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine) Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kavramı'nı: Güncel tıp modeli olmayan bir uygulama geleneksel tıpla birlikte kullanılıyorsa, "tamamlayıcı" geleneksel tıp yerine güncel tıp modeli olmayan bir uygulama kullanılırsa, "alternatif" olarak kabul edilir şeklinde tanımlamıştır (<https://nccih.nih.gov/>).

Dünya Sağlık Örgütü, günümüz tıp yaklaşımını "Batı tıbbi, biyotıp, bilimsel tıp, modern tıp allopatik tıp" olarak adlandırmıştır. Geleneksel tıbbi "açıklanabilir olsun ya da olmasın sağlığı korumak için olduğu kadar, fiziksel ve mental hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde de kullanılan; farklı kültürlerle özgü, kuram, inanç ve tecrübeye dayanan bilgi, yetenek ve uygulamaların toplamı" olarak tanımlamıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tıbbi ise "allopatik tıbbin destekleyicisi" olarak tanımlamıştır (apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e)

UNESCO ise günümüz tıp yaklaşımını "modern tıp" olarak adlandırmış, ancak klasik, ortodoks, batı, bilimsel ve allopatik başlıkları da kullanılabilir" şeklinde belirtilmiştir. Geleneksel tıbbi ise, "güvenli, etkili, kaliteli uygulama; fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi" olarak; tamamlayıcı ve alternatif tıbbi ise "genel anlamda bir ülkenin sağlık hizmetlerine entegre ve geleneklerinin parçası olmayan bir grup sağlık hizmet uygulamasıdır" şeklinde tanımlamıştır.

(<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000217457>)

Tamamlayıcı tıp, fiziksel bakış açısı ile birlikte bireyin duygusal, ruhsal öğeleri ile de ilgilenen holistik bir yaklaşımdır. Beden ve zihin arasındaki uyum ve dengenin sağlanması tamamlayıcı tıbbın hedefidir. İntegratif tıp; tamamlayıcı veya alternatif tıbbın konvansiyonel sağlık bakımına entegrasyonu anlamına gelen bir yaklaşımdır. İnsanın bir bütün olarak, bedeninin

yanı sıra ruhsal ve zihinsel sağlığının korunması ve tedavi edilmesine dayalı yeni bir yaklaşımdır. Batı tıbbı ile geleneksel tamamlayıcı yöntemleri birleştirerek bunları kanıta dayalı bir ortamda harmanlayan yaklaşım geleceğin tıbbı olarak anılmaktadır (Akkuzu ve ark. 2018).

Geleneksel tıp bilimini ve tamamlayıcı alternatif tedavi ile ilgili tutumları inceleyen araştırmalar ile tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin tıp eğitim programlarına alınmasını savunan görüşler, tamamlayıcı ve alternatif tedavinin yaygın kullanımını ve bazı tamamlayıcı ve alternatif tedavilerinin batı tıbbından daha etkin olduğuna işaret eden ve giderek artan bilimsel kanıtlar karşısında, sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı alternatif tedavi ile ilgili temel eğitim almalarının gerekliliği konusunda birleşmiştir (Herdman, 2007). Bireyleri bu yöntemleri aramaya iten pek çok neden bulunmaktadır. İlaçların yan etkileri ya da bağımlılık yapma potansiyeli, hekim-hasta ilişkilerinin istendik düzeyde olmaması ve doğal karışımların yan etkilerinin olmayacağı inancı bu nedenlerden bazılarıdır (Akkuzu ve ark. 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, Geleneksel Tıp (Traditional Medicine) yani TM ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı (CAM) birbirinden ayırmak için TM/CAM kısaltmasını kullanmaktadır. TM/CAM, dünyanın birçok değişik kültüründen kaynaklanan, çok geniş bir uygulama yelpazesine sahiptir (apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/).

Standart tanımlara ulaşmak, uygulamaların detaylarına inmek amacıyla National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) tarafından tamamlayıcı ve alternatif yöntemler için sınıflandırma geliştirilmiştir. Bu sınıflandırma üç kategoriden oluşmaktadır. Bu kategoriler; doğal ürünler, beden ve zihin uygulamaları ve diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarıdır.

- 1. Doğal Ürünler:** Vitaminler, mineraller ve probiyotikler gibi çeşitli ürünlerdir.
- 2. Beden ve Zihin Uygulamaları:** Çin tıbbı, gevşeme teknikleri, Tai chi, terapötik dokunma, hipnoterapi ve hareket terapileri bu grupta yer alır.
- 3. Diğer Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları:** Geleneksel şifacı uygulamaları, Ayuverda, Homeopati ve Naturapatidir. (<https://nccih.nih.gov/>)

Ülkemizde bu alanda ilk düzenleme 1991 yılında çıkartılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile oluşturulmuştur. Yönetmelikte, akupunktur ve uygulama yöntemleri tanımlanmış, ayrıca kimlerin hangi tedavileri uygulayabileceği belirtilmiş, verilecek eğitim ve uygulamanın denetimi için bir üst kurul oluşturulmuştur. Daha sonra, 2002 yılında yayımlanan yeni bir yönetmelik ile bu alanda uygulama yapan özel sağlık kuruluşlarına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/>).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayı ile Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve süreç Sağlık Bakanlığı açısından tamamlanmıştır. Yönetmelikte; amaç, kapsam ve kanuni dayanak net bir şekilde ortaya konmuştur. Akupunktur dışındaki diğer geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da ilk defa bu yönetmelikte tanımlanmıştır. Bunlar; Apiterapi, Fitoterapi, Hipnoz, Sülük, Homeopati, Kayropratik, Kupa Uygulaması, Larva Uygulaması, Mezoterapi, Proloterapi, Osteopati, Ozon uygulaması, Refleksoloji ve Müzikterapi’dir. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027>)

Sağlık Bakanlığı Kasım 2014 tarihinde “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”u yayınlamıştır. Bu kanun kapsamında “Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü” kurulmuştur (<https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/getat/index.php>). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ülkemizde kadın sağlığı ve hastalıklarında; infertilite tedavisinde ve doğum sürecinde, çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında, kronik hastalıklarda; ağrı ve alerjik hastalıklarda, dermatoloji ve onkoloji alanında sağlık bakımı uygulamalarında tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Alkan ve Özçoban 2017; Bulut 2016; Çakmak ve ark. 2017; Dağ 2017; Dağtaş Gülgün 2014; Karagöz 2006; Kartal ve ark. 2011; Oral ve ark. 2016; Özcan ve ark. 2016; Sis ve ark. 2018). Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların kullanım alanlarından biri de ruh sağlığını koruma ve ruhsal hastalıkların tedavisidir. Ruhsal hastalığın tedavisinin hem duygusal hem de fiziksel olarak yıpratıcı olması nedeniyle hastalar ve bakım verenler tıbbi tedavilerine ek olarak farklı uygulamalara başvurmaktadır (Altın ve ark. 2016). Hastalığın süreçleri, hastalığın kabullenilmemesi, hastalığa karşı verilen direnç, hasta ve bakım verenlerin damgalanma korkusu, hasta – hekim ilişkileri, tıbbi tedaviden beklenen sonuçların karşılanmaması ve hastalığa karşı hasta-ailesi ve toplumun tutumu da bu süreçlerde ek tedavilere başvurulmasında öncü olabilmektedir.

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalık alanında yapılan literatür incelemesinde geleneksel ve tamamlayıcı /alternatif tedavi uygulamalarının son yıllarda artış gösterdiği görölmektedir (Altın ve ark. 2016; Kessler ve ark. 2001; Strejilevich ve ark. 2013). Kessler ve arkadaşları (2001) ABD ‘de yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon tedavisinde geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıbbın sık olarak kullanıldığını ortaya koymuştur.

Ülkemizde ruh sağlığı ve hastalığına yönelik kullanılan yöntemlere ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde doğrudan ‘‘ geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ‘‘ başlıklı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda tıp dışı çare ya da yardım arama davranışı terimi kullanılarak incelendiği saptanmıştır. (Güleç ve ark. 2011; Kaya ve Ünal 2006; Koç 2005; Güner ve Ünal 2012;Yaşan ve Gürgen 2004; Ünal ve ark. 2001). Bu kavramların hepsi birlikte kullanılarak tarama yapıldığında çok sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bahçeci ve arkadaşları (2013) Türk toplumunda ruhsal hastalığa sahip olan insanların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanım yaygınlığı ve buna bağlı sosyodemografik faktörleri belirlemek amacıyla beş ilde psikiyatri polikliniğine başvuran 1027 hasta ile yüz yüze görüşme yöntemi ile yaptığı çalışmada ruhsal hastalığa sahip insanların %22,2 ‘sinin tıbbi tedaviye ek olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullandığı, en sık kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yönteminin herbal (otacı) tıbbi olduğunu ortaya koymuştur. Geleneksel ve tamamlayıcı / alternatif tedavi uygulamaları toplumun sosyal, kültürel, sosyoekonomik özelliklerine ve politik değerlerine göre farklılık göstermektedir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında geleneksel ve tamamlayıcı / alternatif tedavi uygulamalarına eř zamanlı olarak tıbbi tedavi kullanımı, tek başına tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve tek başına tıbbi tedavi kullanımına oranla daha yüksek olarak saptanmıştır.

Strejilevich ve arkadaşları (2012) Arjantin- Kolombiya karşılaştırmalı bipolar hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemler ve sosyokültürel - sosyoekonomik faktörler arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada sosyokültürel faktörlere bağlı anlamlı farklılık göstermediği, fakat sosyoekonomik faktörler karşılaştırıldığında düşük ve orta düzey gelire sahip bireylerin yüksek gelir düzeyine sahip bireylere göre daha fazla tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurma nedenleri arasında birçok farklı sebep vardır. Solomon ve arkadaşlarının (2015) depresyon tanısı olan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının incelendiği çalışmada, tamamlayıcı ve alternatif tedavi

yöntemlerinin kullanma nedenlerinin arasında kolay ulaşılabilirliği, uygun maliyette olması, etkinliği, özerklik sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı sonuçlarına varılmıştır. Tıp dışı çare arama ya da yardım arama davranışlarının incelendiği çalışmalarda kronik psikiyatri tanısı olan hastaların geleneksel şifacı ve dinsel yöntemlere başvurma oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır. (Yaşan ve Gürgen, 2004; Güleç ve ark. 2006; Ünal ve ark. 2007; Bahar, 2010; Güner ve Ünal, 2012; Sarıkoç, 2015) Psikiyatri hastalarının ilk olarak başvurdukları yöntemlerin tıp dışı olma nedenleri arasında diğer insanların kötü değerlendireceği korkusu yatmaktadır. (Özşen, 2013)

Geleneksel ve tamamlayıcı / alternatif tedavi uygulamaları hakkında yeterli bilgi ve deneyimi olmayan kişilerce uygulandığı takdirde hastalara tedaviden çok kalıcı hasarlar bırakabilecek arazlara da neden olabilecektir. Ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklarda geleneksel ve tamamlayıcı / alternatif tedavilerin bilinçsiz kullanımı doğrultusunda ortaya çıkabilecek birçok yan etki ve kalıcı hasar bulunmaktadır. Saatçioğlu ve arkadaşları (2007), aktarlarda satılan bitkisel ürünleri bilinçsizce kullanıp daha sonra manik epizod gelişen bir olgu bildirmiştir. Bu olgu bildirimi, rasgele kullanılan bitkisel ürünlerin yol açacağı klinik sonuçlar açısından çarpıcıdır.

Çelik ve arkadaşları (2007) depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan St John's Wort'un çok sayıda yan etkisi ve ilaç etkileşimi olduğunu antikolinerjik yan etkilere ve gecikmiş hipersensiviteye yol açabileceğini, insomnia ve anksiyete tedavisinde kullanılan kava, valerian, hops, passion flower, leman balm, German Chamomile, skullcap'ın çeşitli yan etkilere yol açabileceği ve kullanımları sırasında bazı noktalara dikkat etmek gerektiğini vurgulamıştır. Örneğin, depresyon ve anksiyete tedavisinde kullanılan Kava'ya bağlı kol ve bacak derisinde pullanma (kava dermatopatisi), alerjik reaksiyonlar, karaciğer toksisitesi görülebilir. Kava'nın benzodiazepin ya da alkolle beraber kullanımının ise koma ile sonuçlanabileceği dile getirilmektedir. Ülkemizde de yaygın olarak kullanılan Passion Flower hipersensivite vasküliti, bilinç bulanıklığı ve sedasyon yapabileceği ve demans tedavisinde etkin olduğu randomize kontrollü çalışmalarla gösterilen Ginkgo Biloba'nın baş ağrısı ve gastrointestinal sistem rahatsızlıklarına yol açabileceği, yaşlı serebrovasküler hastalık geçirmiş kişilerde kanama ve pıhtılaşma zamanına bakılmadan özellikle de antikoagülanlarla birlikte kullanımının kanamaya neden olabileceğinden bahsetmektedir. Sadece ruh sağlığı ve ruhsal hastalıklarda değil birçok sağlık alanında benzer yan etkiler ve kalıcı hasarlar oluşmaktadır.

Bülbül ve arkadaşlarının(2009) yaptığı araştırmada; ailelerin, çocukların tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları olarak bir ve/veya birden fazla bitkisel ürün kullandığını ifade etmiş, kullandığı bu üründen %24,4'ü yarar görmediğini, %2,9'u aksine zarar gördüğünü belirtmiştir. Oral ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, kullanılan çeşitli bitkisel ürünlerin kanser ilaçlarının etkinliğini azaltabildiği veya yan etkilerini artırabildiğinden bahsetmiştir. Diyabet hastalarının yaygın olarak kullandığı tarçın, acılı kabak (Momordicacharantia), çemen (Trigonellafoenum-graecum) ve sarmaşık kabağının hipoglisemik etkilerini araştıran klinik çalışmaların çelişkili olduğu bildirilmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda bitkisel ürünlerin kullanımı, özellikle nefrotoksisite, hemodinamik değişiklikler, kan basıncı, kan şekeri ve pıhtılaşma parametrelerinde öngörülemeyen etkiler gibi nedenler ya da elektrolit anormallikleri nedeniyle zararlı görünmektedir (Oral ve ark. 2016). Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerinin incelendiği sistematik bir derlemede bitkisel ilaç kullanımı ile hafif dereceden ciddi dereceye kadar değişebilen yan etkiler ortaya çıktığı belirtilmektedir. Hafif düzey yan etkiler arasında ağrı, alerjik reaksiyonlar, konuşma bozukluğu, konstipasyon,, dermatit, diyare, uyuşukluk, yorgunluk, ağız kuruluğu, gastrointestinal bozulma, mide bulantısı, baş ağrısı, iştahsızlık, menstrual bozukluklar, kas spazmı, kas zayıflıkları, orta düzey yan etkiler arasında anoreksiya, geri dönüşümlü nöropeni, koagülasyon anormallikleri, disfaji, trombosit agregasyonu, vertigo, kaşıntı ve şiddetli yan etkiler arasında da serebral hemoraji, halüsinasyonlar, konvülsiyonlar, koma ve ölüm yer almaktadır (Çakmak ve ark. 2017).

Psikiyatri hastalarında komorbid seyrebilen diyabet, hipertansiyon gibi fiziksel hastalıkların yaygın olması nedeniyle yukarıda tanımlanan olumsuz etkilenmelerin psikiyatri hastalarında da görülebileceği düşünülmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları yeterli donanıma sahip sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmalıdır. Literatür incelendiğinde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarını kullanan hastaların hekim ve hemşireye bu uygulamalardan bahsetmediği görülmektedir. Solomon ve arkadaşları (2015) tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların olumsuz tepki alabilme endişesi sebebiyle hekimlere danışmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının da konuyla ilgili veri toplamadığı da gözlenmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi, sadece fiziksel bakış açısıyla değil, aynı zamanda bireyin duygusal ve ruhsal öğeleri ile de ilgilenen holistik

(bütüncül) sağlık bakımı olarak görülmektedir(Özcan ve Gürhan, 2016). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin sağlık bakımı içinde yer verilmesinde hemşireler en uygun profesyonel gruptur (Khorshid ve ark. 2005). Çünkü hemşireliğin felsefesinde bütüncül bakım anlayışı vardır. Sağlık sisteminin bir üyesi olarak hemşirelere, bireylerin kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde, bu yöntemlerin kullanım amaçlarının, etkilerinin, kullanım şekillerinin, risklerinin doğru anlatılmasında önemli görevler düşmektedir (Sis ve ark. 2018).

Günümüzde giderek yaygınlaşan geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları, ruh sağlığını koruma ve ruhsal hastalıklarla baş edebilme yöntemleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin çeşitliliği ve kullanım yaygınlığının artmasıyla birlikte bu yöntemlerin ne kadar kullanıldığı, ne için kullanıldığı, nasıl ulaşıldığı ve yararlanma durumlarının incelenmesinin ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler yönetmeliği düzenlenmeden önce birçok farklı terimde yapılan çalışma bulunmaktadır. Tıp dışı yardım arama ve çare arama davranışının incelendiği bu çalışmalarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden uzaklaşarak dinsel ve gelenekselliğin ön plana çıktığı görülmektedir. (Yaşan ve Gürgen 2004; Güleç 2006; Ünal 2007; Bahar 2010; Güner ve Ünal 2012). Bu çalışmada kronik psikiyatri hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumları, hangi yöntemleri kullandıkları ve bu uygulamaların bireylere yarar-zarar sağlama derecesini belirlemek ve sağlık çalışanlarının konuya dikkatlerini çekmesi ve farkındalık yaratmasına katkı vermesi açısından önem taşımaktadır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumlarının, bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımları üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Alt Soruları

- 1.Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen hastaların en sık kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri nelerdir ?
2. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma nedenleri nelerdir ?

3. Hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımından yararlanma durumu nasıldır ?
4. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma sıklıkları nelerdir ?
5. Hastaların kişisel özelliklerine göre geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında fark var mı?
6. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında fark var mı ?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık Kavramları

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramları kültürden kültüre farklılıklar göstermektedir. Ruhsal bozukluklar ile ilgili çeşitli bakış açıları görülmektedir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'ye göre sağlık; "Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Ruhsal yönden neye normal veya sağlıklı denilebileceği çok tartışılmaktadır. Normal kabul edilen davranışların toplumdan topluma, kültürden kültüre, bireyin yaşına ve cinsiyetine göre değiştiği görülmektedir (Çam ve Ergin, 2014).

Ruhsal Sağlık; Birçok teorisyen ruhsal sağlık kavramını tanımlamıştır. Özcan ve Gürhan'ın (2016) anlatımına göre Maslow (1970) kendini gerçekleştirmek için sürekli arayış içinde olan bireyin bireysel güdülenmesini vurgulamıştır. Maslow bireyin en üst seviyede yer alan kendini gerçekleştirme potansiyeline ulaşmadan önce en alttaki gereksinimlerin karşılanmasını vurgulayarak "gereksinimler hiyerarşisi"ni tanımlamıştır. Hiyerarşiler içinde bireyin konumu hayat şartlarına göre dalgalanmalar gösterebilir. Maslow, kendini gerçekleştirmeyi 'psikolojik sağlık, yüksek derecede gelişme ve olgunluk' olarak tanımlamaktadır. Black ve Andreasen (2011) ruh sağlığını kesin olmayan göreceli bir durum olarak tanımlamıştır. Ruhsal iyilik halini yaratıcı faaliyetlerde bulunmak, diğerleri ile ilişkiler kurmak, değişimlere uyum gösterebilmek ve zorluklarla baş edebilmektir olarak tanımlamıştır. Townsend (2012) ruh sağlığını kültürel normlarla uyumlu, yaşa uygun olan 'düşünce' duygu ve davranışlarla kanıtlanan, iç ve dış çevredeki stres kaynaklarına başarılı uyum' olarak tanımlamıştır. Ruh sağlığı hakkında karar verirken bireyin yaşamındaki olaylar, olaylara verdiği tepki, bireysel potansiyeli, çevre ve eğitim koşulları göz önünde bulundurulmalıdır (Çam ve Ergin, 2014).

Ruhsal Hastalık; Geçmişte ruh hastaları cin girmiş, dini ya da sosyal günahlarından dolayı cezalandırılmış, kötü niyetli ve toplumsal normları bozulmuş olarak görülürdü. Ruhsal olarak hasta olan bireyler cezalandırılır, zulmedilir, o kimseden kaçılır, alay edilir ve normal toplumdan uzak tutulurdu. Günümüzde ruhsal hastalık bir tıbbi problem olarak tanımlanmıştır (Çam ve Ergin, 2014). Ruhsal hastalık bireylerin algıları ile ilişkilidir.

Horwitz (2002) anlaşılabilirlik ve kültürel görelilik olarak iki kavram olarak açıklamıştır. Anlaşılabilirlik; ‘‘halkın, davranışın ardındaki istediği anlamadaki yetersizliği ile ilgilidir. Gözlemciler davranıştaki anlamı veya anlaşılabilirliği bulamadığında, davranışı ruhsal hastalık olarak etiketleyebilirler. Horwitz, gözlemcilerin kurallar, gelenekler ve anlayışları bir eylemin altında yatan ve anlaşılabilir nitelikteki bir motivasyonu belirlemede kullandığını, ancak bu değerlendirmede başarısız olduğunda ruhsal hastalık olarak yorumladığını belirtmektedir’’ şeklinde tanımlamıştır. Kültürel görelilik kavramını ise ‘‘ kurallar, gelenekler ve anlayışların bireyin kendi özel kültürü içinde tasarlandığı düşünülmektedir. Bir davranış, bireyin kültürel ve sosyal normlarına göre ‘‘normal’’ veya ‘‘anormal’’ olarak sınıflandırılır. Bu nedenle bir toplumda ruhsal hastalık kanıtı olarak kabul edilen bir davranış başka bir toplumda normal olarak görülebilir.’’ şeklinde tanımlamıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2012) ruhsal bozukluğu temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığını yansıtan, bireyin bilişleri, duyguları ve davranışlarındaki önemli düzeyde bozulmayla karakterize bir sağlık durumu olarak tanımlar. Townsend (2012) ruhsal hastalığı düşünceler duygular ve davranışlarda görülen, yerel ve kültürel değerlerle uyum olmayan ve bireyin sosyal, iş ve fiziki işlevselliğini bozan iç ve dış çevreden gelen stresörlere uyumsuz bir tepki olarak tanımlar (APA 2012; Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.Kronik Ruhsal Hastalıklar

Kronik ruhsal hastalık ifadesi kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla giden ve psikiyatrik bozukluğu olan durumlar için kullanılmaktadır. Literatüre bakıldığında ‘‘Şiddetli Ruhsal Hastalık’’ , ‘‘Ağır Psikiyatrik Bozukluk’’ ve ‘‘ Kronik Psikiyatrik Hastalık’’ gibi tanımların da aynı anlama geldiği görülür (Yazıcı ve ark. 2010). Kronik psikiyatrik hastalıklar sürekli ve yineleyici özelliktedir ve tam bir iyileşmeyle sonuçlanmayabilir. Şizofrenide yeti yitimi, yaşam kalitesi, damgalanma ve rehabilitasyon gibi kavramlara ilişkin pek çok sorun aslında diğer tüm kronik psikiyatrik bozukluklar için de aynı ölçüde geçerlidir (Çam ve Ergin, 2014). Hastalığın neden olduğu yetersizlik, stigma ve ayrımcılık nedeniyle hasta bireyler ve ailelerinde benlik saygısında azalma ve güvensizlik görülmektedir.

Bütün bu güçlüklerin ve güçlüklerle etkin baş etme yöntemlerinin kullanılamamasının sonucu olarak hasta bireyler ve bakım verenler sosyal, duygusal, ekonomik fiziksel alanlarda yük yaşamakta; yükün şiddetinin artmasının bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının kötüleşmesine neden olduğu açıklanmaktadır (Esmek, 2007; Harmancı ve Çetinkaya Duman, 2016).

2.2.1. Psikoz

Düşünce ve duyunun ağır oranda bozuldu zihin bozukluğu durumu ‘psikoz’ olarak tanımlanır. Psikoz, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlama yetilerinin değiştiği bir bozukluktur. Bu süreçte çevreye uyum bozulur. Kişi kendini, düşüncelerini, çevreyi ve gerçekliği normalden farklı olarak algılar (Sagut, 2012). Psikozun belirleyicileri, sanrılar, varsanılar (halüsinasyonlar), dağınık konuşma ve karmaşık davranışlardır. Psikoz tanısı almış bireyler gerçeğe uymayan, kültür içinde kabul edilmeyen, dirençli düşüncelere sahiptirler (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Psikoz, tek başına kabul edilen bir bozukluk olmayıp, birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkili olan bir belirti kümesidir. Psikoz kelime anlamıyla sanrılar veya varsanılar anlamına gelmektedir. Genellikle geçeklik algısında bozulma, dağınık konuşma, duygusal tepkilerde ve iletişim becerilerinde bozulmaların olduğu belirtileri içermektedir (Kocal ve ark. 2017). APA'nın DSM-5 tanı kitabında yer alan psikotik bozukluklar şöyledir: Şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısız bozukluk, şizoaffektif bozukluk, kısa psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluktur (APA, 2013; Köroğlu, 2014). Yapılan çalışmada psikotik bozuklukların yaşam boyu görülme sıklığı %3.48 olarak bildirilmiştir. Şizofreni %0.87, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk %0.21, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk %0.42, şizoaffektif bozukluk %0.32, şizofreniform bozukluk %0.07 olarak bulunmuştur (Perala ve ark. 2007). Psikotik bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir. Antipsikotikler hastalığın tamamen düzelmesini sağlamaz, işlevselliği geliştirme ve nükslerin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Farmakoterapi hem psikotik belirtilerin yatışmasını hem de yinelemelerin önlenmesini sağlamaktadır. Elektro şok tedavisi özellikle hastalığın alevlendiği dönemlerde kullanılan, semptomların kısa süreliğine kontrol altına alınmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Elektro şok tedavisinin yan etkisi hafif düzeyde görülen unutkanlıktır.

Psikoterapiler ile hastaların yaşadıkları belirtiler ve belirtilere verdikleri tepkilerin daha işlevsel düzeyde tutulması amaçlanmaktadır. Belirti şiddetinin azaltılması, yinelemelerin önlenmesi tedavi sürecinde yer almaktadır. Temel inançların düzenlenmesi, algısal düzenlemeler ve işlevsel olmayan düşünce yapılarının değiştirilmesi üzerinde çalışılmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

2.2.2. Şizofreni

Şizofreni, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur. Bireylerin düşünce süreçlerinde zorluklar yaşadığı; halüsinasyon, yanılsama, düşünce bozukluğu ve anormal konuşma veya davranışlara neden olan kompleks bir hastalıktır (Çam ve Ergin, 2014). Şizofreni beyinde farklı işlevsel sistemlerde bozukluklara yol açmaktadır. Belirtileri hastadan hastaya değişmekte olup, hastalığa özgü değildir. Hastalığın başlangıç yaşı, klinik gidişat, nöroanatomik bulgular, farmakolojik tedaviye yanıtlar arasında da değişkenlikler bulunmaktadır (Ertuğrul, 2005). Genetik yatkınlığın önemli rolü olmakla birlikte, çevresel faktörlerinde iki grupta toplanan etkisi görülmektedir (Türkoğlu ve ark. 2017). Şizofreninin pozitif ve negatif olmak üzere belirtileri görülmektedir. Pozitif belirtileri; halüsinasyonlar, yanılsamalar, dağınık düşünceler ve ajitasyon normalde sağlıklı kişilerde görülmez ve hastalık nedeniyle ortaya çıkmış 'ek bir durum' olarak kabul edilir. Negatif belirtiler; eksik davranışlar olarak kabul edilebilir. Bu davranışlar; isteksizlik ya da inisiyatif kullanamama, duygusal tepki verememe, heyecan duyamama ve sosyal etkileşim kuramamadır (Çam ve Ergin, 2014).

Şizofreninin gelişim şekli dört dönemde değerlendirilmektedir: Hastalık öncesi (premorbid) dönemde genellikle sosyal uyumsuzluk, içe kapanıklık, karşıt düşünceler, utangaçlık, çekingenlik, akranlarla zayıf ilişki, antisosyal davranışlar görülür. İlk belirti (prodromal) dönemi ise hastalığın ortaya çıktığı tipik belirti ve bulgularla ilerleyen işlevsellikte değişimle başlayıp psikoti belirtilere kadar uzanan bir dönemdir. Aktif psikotik dönemde ise psikotik belirtiler öne çıkar. Son olarak rezidüel (kalıntı) dönem ise remisyon ve alevlenmelerin olduğu dönemdir. Genel duygularda azalma, rol ve işlevsellikte bozukluklar görülmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016). Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Dünyada yaklaşık 40 milyon şizofreni

hastası olduğu tahmin edilmektedir, bu sayı Türkiye’de ise yaklaşık olarak 650 bin civarındadır (Durmaz ve Okanlı 2014; Tanrıverdi ve Ekinci 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1990 yılında yapılan ilk Global Hastalık Yüğü çalışmasında 15-44 yaş grubunda en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasında yer alır. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki tekrarında en fazla yeti yitimine yol açan hastalık grubu olan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi ağırlığı açısından birinci sıradadır (Whiteford, 2013).

Şizofreni tedavi edilebilir bir bozukluk olup tedavisi, maliyet ve hastalığın topluma etkileri nedeni ile önem arz eder. Tedavinin niteliği ve derecesi bireyden bireye ve tedavi tekniklerinin uygulama durumuna göre değişkenlik gösterir. Hastalık öncesi kişilik, tıbbi durum, ruhsal toplumsal stres etkenleri, hastalık öncesi ve hastalık seyri sırasındaki uyum ayrıntılı olarak değerlendirilerek her hastanın tedavi açısından farklı nitelikleri olabileceği temel ilkesi ile ilaç seçimi, doz ayarlaması ve ek olarak kullanılacak diğer yöntemler dikkate alınmalıdır (Yüksel, 2006). Şizofrenide iyileşme oranları %10-60 olarak bilinmektedir ve %20-30’unun normal bir yaşam sürdürdüğü tahmin edilmektedir (Sagut, 2012). Günümüzde hastalığın tedavisinde tipik ve atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Atipik antipsikotikler hastaların belirtilerinin daha iyi yatışmasına ve daha az yan etki oluşmasına neden olmaktadır. Ancak ilaç tedavisi hastaların negatif belirtilerini ortadan kaldırmak için yeterli olmamakta ve etkin bir tedavi yaklaşımı uygulanmadığında yaşam boyu nüks devam etmektedir. İlaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimleri ile desteklemek, hastanın hem pozitif hem de negatif belirtilerin üstesinden gelmesini sağlamaktadır. Hastalar ilaç tedavisi ile birlikte psikososyal beceri eğitimi ile desteklenmezse tedavi eksik kalmakta, hastalık tekrarlamaktadır ve hastanın yaşam kalitesi azalabilmektedir. Şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler, farkındalık kabullenme terapileri gibi psikososyal girişimlerin semptomların iyileşmesinde ve işlevselliğin artmasında ve hastaları topluma yeniden kazandırmada etkin olduğu saptanmıştır (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

2.2.3. Şizofreniform Bozukluk

Şizofreniform bozukluğun önemli özelliği prodromal, aktif ve rezidüel dönem dahil sürenin en az bir ay fakat altı aydan az olması dışında şizofreni ile aynı olmasıdır. Altı aydan az süredir belirtiler devam ediyor ise “geçici” olarak bu tanı konabilir. Klinik tablo altı ayın üzerine çıktığında şizofreni tanısı konur. Şizofreniform bozuklukta bireylerin duygulanımı künt veya donuk olduğunda, alışılmadık davranışlar ve ilk psikotik belirtilerin başlaması durumunda, hastalık öncesi toplumsal ve yapılan işle ilgili işlevsellik düzeyi iyi olduğunda iyi prognoz düşünülür (APA2013; Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.4. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk tek başına hastalık olarak tanımlanmamıştır. Şizofreni ve iki uçlu bozuklukta görülen belirtilerini taşıyan hastalık olarak kabul edilmektedir. Tanı konulabilmesi için sanrı ve varsanların olması ve aralıksız hastalık dönemi yaşaması beklenmektedir (Mete ve Güleç, 2018). Bireyde psikomotor reterdasyon ve intihar düşünceleri ile birlikte depresyon görülebilir ya da belirtilerde öfori, büyüklük düşünceleri ve hiperaktivite olabilir. Hastalığın tedavisi belirtilere yönelik olarak düzenlenmektedir (APA 2013; Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.5. Kısa Süreli Psikotik Bozukluk

Kısa süreli psikotik bozukluğun en önemli özelliği psikotik belirtilerin aniden başlamasıdır. Bu belirtilerin öncesinde şiddetli bir psikososyal stres bulunabilir. Bu belirtiler en az bir gün devam eder fakat bir aydan az sürer. Birey duygusal karmaşa ve konfüzyon yaşar. Gerçeği değerlendirmenin bozulduğunun kanıtı bağlantısız konuşmalar, sanrılar, halüsinasyonlar, bizar(tuhaf) davranışların varlığı ve uyum bozukluğudur (APA 2013; Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.6. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk

Madde bağımlılığı bireyin kullanmış olduğu herhangi bir ya da birden fazla maddeyi bırakamaması, madde kullanımında doz arttırması, yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve zamanın birçoğunu madde arayışında geçirmesi ile devam eden süreçtir. Maddenin /

ilacın yol açtığı psikotik bozukluk belirgin halüsinasyonlar, sanrılar, madde çekilmesi veya zehirlenmesi ya da bir ilaç veya toksine doğrudan maruz kalmayla karakterize bir durumdur. Tanı genellikle zehirlenme ya da yoksunluk belirtilerini takiben çok yoğun olduğunda konulur (APA 2013; Köroğlu, 2014). Psikozun madde kullanımına teşvik ettiği gibi madde kullanımının da psikozu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Maddenin psikiyatrik belirtileri ve tedaviye uyumsuzluğu arttırdığı alevlenme ve yatış süresini uzattığı görülmektedir (Reyhani, 2019).

2.2.7. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk

Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluğun en önemli özelliği başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyolojisi ile ilgili bir sonucu olarak varsanı ya da sanrılarının görülmesidir. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal işle ilgili alanlarda ve önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (APA 2013, Özcan ve Gürhan, 2016).

2.2.8. İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk

İki uçlu bozukluk, derin çöküntüden aşırı neşeye doğru uzanan duygu-durum dalgalanmaları ile karakterize bozukluktur. İki uçlu bozukluk yaşam boyu yinelenen ve remisyonlarla seyreden bir hastalıktır. Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygu-durum bozukluklarına neden olurlar (Özcan ve Gürhan, 2016; Yüksel 2003). İki uçlu bozukluk mani ve depresyon olarak adlandırılan iki dönemden oluşur. Mani döneminde taşkın duygu durum hali, aşırı coşku hali, aşırı para harcama, uykuya gereksinim duymama ve aşırı enerjik hissetme belirtileri beklenmektedir. Depresif dönemde ise çökkün duygu durum, zevk alamama, uyku problemleri, dikkat ve koordinasyonda azalma ve intihar düşünceleri görülmektedir (Köroğlu, 2016). İki uçlu bozuklukta tedavinin amaçları; akut dönemleri (mani /hipomani/ depresyon) yatıştırmak, hastalık dönemlerinin tekrarlamasını önlemek ve sadece hastalık dönemlerinde değil, ara dönemlerde de hastanın işlevselliğini arttırmak olarak sıralanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Günümüzde ilaç tedavisi bipolar bozukluk belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte relapsların önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersiz kalmaktadır. İki uçlu bozuklukta relapsları önlemeye yönelik literatürde yer alan başlıca uygulamalar

psikoterapilerdir. Farmakolojik tedavinin etkili olamadığı ilaç tedavisine uyum, hastalığı anlama ve farkında olma, prodromal belirtileri erken tanıma ve başatma becerileri hastalıklarını yönetebilme, duygudurumu, sosyal ve mesleki işlevselliği ve yaşam kalitesini kontrol etmede aktif katılımlarını sağlamaktır (Ünal, 2018).

2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kavramları

Geçmiş insanlık tarihi kadar eski olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp kapsamındaki uygulamalar; hastalıklarda uygulanan birçok yöntemin yanı sıra beden-zihin- ruh sağlığının korunmasına yönelik kapsamlı, farklı kültürlerden etkilenmiş bilgi, anlayış ve çeşitli yaklaşım modalitelerinin bütünü olarak değerlendirilmektedir. (<https://getatportal.saglik.gov.tr>) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıp kavramını; *“Geleneksel Tıp oldukça uzun bir geçmişe sahiptir. Teori, inanç ve deneyime dayalı yerel bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Geleneksel tıp kendi dışındaki kültürler için yabancı olan, açıklanması mümkün olan veya olmayan uygulamaları içerir. Bu uygulamalarla sağlık halini devam ettirmeyi, hastalıkları engellemeyi, teşhiste bulunmayı, akıl ve bedenle ilişkili hastalıkları tedavi etmeyi hedefler”* şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2002).

UNESCO ise geleneksel tıp kavramını; “güvenli, etkili, kaliteli uygulama, fiziksel, ruhsal sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi” olarak tanımlamıştır (UNESCO, 2013). “Geleneksel ve tamamlayıcı tıp” fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Batı tıbbını destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

ABD’de bulunan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi (NCCAM)’ne göre; GTAT uygulamalarının modern tıp ile birlikte kullanılması tamamlayıcı tıp iken, modern tıp uygulamaları yerine kullanılması alternatif tıp olarak isimlendirilir. Ancak NCCAM, modern tıbbın, etkinliği ve güvenliği kanıtlanmış GTAT uygulamaları ile birlikte kullanılması anlamına gelen integratif tıp adını kullanmayı daha uygun bulmuştur.

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federsasyonu (EFCAM)'a göre ise; tamamlayıcı ve alternatif tıp, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan bir dizi farklı sağlık uygulamalarıdır ve bunlar bağımsız olarak veya konvansiyonel tıp yaklaşımları ile birlikte kullanılabilir. DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2014 – 2023'de kavramların tanımlandığı bölümde “Alternatif” kelimesinden uzaklaşıldığı “Tamamlayıcı” ve “Geleneksel” kavramlarının ise birbiriyle ilişkilendirmesiyle Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) tanımı yapıldığı görülmektedir (WHO, 2013).

2.4.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavilere Yönelik Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ile ilgili ilk yasal düzenleme 29.05.1991 yılında çıkartılan akupunktur tedavi mevzuatıdır (Akupunktur Tedavi Yönetmeliği, 1991). 2010 yılında Sağlık Bakanlığı geleneksel, alternatif, tamamlayıcı tıp uygulama merkezleri açılacağını bununla ilgili görüşlerini bildirmeleri için üniversitelere yazı göndermiştir. 2012 yılında bu konuyla ilgili Daire Başkanlığı kurulmuş, bir organizasyon şeması çıkartılıp, buralara koordinatörler atanmıştır. 2013 yılının sonunda geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yönetmeliği taslağı çıkmıştır. Taslak yönetmelik 14 alternatif tıp uygulama yöntemini açıklamaktadır. Tanım, endikasyonlar, uygulayıcı eğitimleri, cezai yaptırımları içermektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) taslakla ilgili görüşlerini Sağlık Bakanlığı'na bildirmiştir ve bu haliyle kabul edilemez olduğunu, TTB'nin ve uzmanlık derneklerinin görüşünün alınması gerektiğini vurgulamıştır (Gürün, 2016). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı çatısı altında 2012 yılında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş, 2014 yılında adı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiştir ve 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Resmi Gazete'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu alanda bilimsel platformu güçlendirmek, sağlık alanı ile ilişkili olmayan kişiler tarafından da kontrolsüz bir şekilde kullanılabilen birçok yöntemin, çeşitli yasal düzenlemelere ve kontrole tabi olmasının ve sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunma potansiyeli taşıyanların bilimsel metodlarla araştırılarak, mevcut sağlık sistemi ile entegrasyonu sağlamak, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği ile çalışmalar yürüterek, ülkemizde kanıta dayalı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını yaygınlaştırmak, tanıtmak ve geliştirilmesine imkan

tanıyarak, toplumun yaşam kalitesini arttırmak gibi misyonları üstlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2016) Böylelikle merdiven altı yerlerde usulsüz ve bilgisizce yapılan uygulamaların önüne geçilmesi hedeflenmiştir (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

2.5.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Diğer Uygulamalar

2.5.1. Fitoterapi / Herbal Tıbbı

Şifa veren bitkilerin kullanımı insanlık kadar eskidir. Mısır döneminde M.Ö. 1550’de yazılmış bir papirüste kayıtlı 450 kadar hastalığa rastlanmış, nebati ve hayvani menşeli ilaçların hastalıkların tedavisinde kullanıldığı görülmüştür. Mısırlılar, *Mentha x piperita* L. (nane), *Sinapis nigra* L. (siyah hardal), *Cassia acutifolia* L. (sinameki), *Papaver somniferum* L. (haşhaş), *Scilla maritima* L. (ada soğanı), *Datura stramonium* L. (tatula) gibi tıbbi bitkileri kullanmışlardır. Hitit döneminde M.Ö. 1500 yıllarına ait Hitit tabletlerinde bulunan reçetelerde adamotu, alıç, arpa, buğday, safran, sarımsak gibi bitkilere rastlanılmıştır. Roma ve Bizans döneminde Birinci yüzyılda, Dioskorides’in yazdığı “Müdâvî ilaçlar” kitabında 600’den fazla tıbbi bitki hakkında etraflı bilgi bulunmaktadır. Galen ise bitkisel kökenli yeni preparat ve formüller geliştirmiştir. İslam döneminde Ebu Biruni, İbni Sina, İbni Baytar gibi bu yük hekimler yetişmiştir. O devrin Türk bilgini meşhur İbn-i Sina (980-1037) yüzden fazla ilmî eser bırakmıştır. En büyük eserleri “Şifa” ve “Kanun fit-Tıb”dır. Bu eserlerde 900’den fazla tıbbi bitki, hayvani ve inorganik kökenli ilaç yer almaktadır. 19. yüzyılın sonları 20. yüzyılın başlarında, vitaminler ve antibiyotiklerin keşfi bilimde yeni sayfalar açmıştır (Kaya, 2011). Dünyadaki her kültür, hastalıkları tedavi etmede ot ve bitkileri kullanmıştır. İnsanlar ilaç yan etkisinden dolayı bitki tedavisini tercih etmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016). Gıda ve İlaç organizasyonu (FDA) onayı bu kullanımlar için gereklidir. Bu nedenle Amerika Birleşik Devletleri’nde ve Almanya’da bitki tedavileri ile ilgili organizasyonlar kurulmuştur (Çam ve Ergin, 2014). Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuata göre fitoterapi ürünlerinin ruhsat sürecinde, bilim komisyonunun uygun görüşü alınarak belirlenmiş endikasyonları dahilinde sertifikalı tabip veya sertifikalı diş tabibi önerisiyle uygulanması belirtilmiş fitoterapi uygulamasında kullanılacak tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçların ruhsatlandırılması ve satışına ilişkin hususlar Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından düzenleneceği belirtilmiştir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

Bitkinin etki mekanizması serotonin, dopamin, gama-aminobütirik asit ve norepinefrin içerebilir. Bitki, genellikle % 0.3 hiperisin içerecek şekilde standart hale getirilmiş, çay, kapsül veya tentür formunda bulunur (Stuart,). Araz ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada en fazla bilinen alternatif ve geleneksel tedavi yönteminin bitkisel çaylar olduğu (%80,8) belirlenmiştir. Kullanılan geleneksel tedavi yöntemlerinden en yaygın olarak kullanılanlar ise sırasıyla badem/zeytinyağı uygulamak (%61,5), bitkisel çay kullanmak (%54,3) ve ot kaynatmak (%33,0) olarak saptanmıştır (Çöl ve ark. 2012). En çok araştırılan bitkisel ürünlerden biri St. John's wort'dur (Sarı Kantaron). Günümüzde Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde hafif ila orta şiddette depresyon, anksiyete, mevsimsel afektif bozukluk ve uyku bozukluklarını tedavi etmek için kullanılmaktadır (Stuar). Psikiyatride bitkilerin kullanımını incelendiğinde, Türkiye'de kılıç otu, kuzu kıran, sarı kantaron, kanat otu gibi farklı isimlerle bilinen St John's Wort antidepresan olarak kullanılmaktadır. Hafif ve orta düzey depresyonda etkili olduğu düşünülmektedir. Kava kava, Valerian (kedi otu), Hops (şerbetçi otu), Passion Flower, Lemn Balm (oğul otu) ve German Chamomile (alman papatyası) anksiyete ve insomniada etkili olduğu Gingko'nun demansta Ginseng'in cinsel işlev bozukluklarında etkili olduğu bildirilmiştir (Çelik ve ark. 2007).

2.5.2. Çin Tıbbı

Sürekli hayatta kalan en eski geleneklerden biri olan Çin tıbbı, Çin toplumlarında ve son zamanlarda dünyadaki diğer etnik gruplar tarafından sağlığı korumak ve hastalıkları tedavi etmek için uygulanmıştır (Williamson ve ark. 2013). Geleneksel Çin Tıbbı; Kore, Japonya, Vietnam ve Tayvan gibi Uzak Doğu ülkelerinde yaygın olarak kabul görmekte, uygulanmakta ve günümüzde Çin Halk Cumhuriyeti'nde verilen tüm sağlık hizmetlerinin %40'ını oluşturmaktadır. Kırsal kesimde kullanılan ilaçların %80'inin Geleneksel Çin Tıbbı bitkisel ilaçları olduğu bilinmektedir (Ekmekçi, 2018). Çin felsefesinde önemli bir yer tutan "Beş Element (Toprak, ağaç, ateş, metal ve su)" de Feng Shui açısından önemli bir unsurdur. Bu beş element Çin felsefesinde insanlar da dahil tüm maddenin temeli sayılmaktadır ve kişilerin karakterlerini ve yaşantılarını doğrudan etkilemektedir. Feng Shui, "rüzgâr" ve "su" anlamına gelen, doğada var olan yaşam enerjisini, yaşanılan mekânlarda harekete geçirme yöntemlerini gösteren eski bir Çin öğretisidir (Zafran, 2005).

2.5.3.Tai Chi

Tai Chi (Tai Chi Chuan), 17. yy'da başlangıçta dövüş sanatı olarak geliştirilen, sonrasında sağlıklı yaşam için uygulanmaya başlayarak yaygınlaşan, zihin-beden egzersizidir (Yıldırım, 2014). İnsan vücudunda meridyen denilen kanallarda dolaşan yaşam enerjisinde (chi) çeşitli nedenlerle (stres, yanlış duruş, yanlış beslenme gibi) bazı blokajların oluştuğu, bu blokajların chi yaşam enerjisinin vücut içerisindeki akışına engel olduğu ve bu nedenle sağlığın bozulduğuna inanılmaktadır. Tai Chi'nin amacı, bu blokajları açarak vücuttaki bu enerjinin beden her noktasında dolaşımını sağlamak, sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların tedavisine yardımcı olmaktır (<http://nccam.nih.gov/health/taichi/introduction.htm>). Kombine bir egzersiz yaklaşımı olarak, Tai Chi'nin de düzenli uygulandığında, stres, depresyon ve anksiyetede azalma, duygu-durumda ise düzelme sağladığı kanıtlanmıştır (Wang ve ark. 2010).

2.5.4.Nefes Egzersizi

Gevşeme terapisi, stres cevabını azaltmanın etkili bir aracıdır. Strese cevaben bireyin deneyimlediği anksiyete ile baş etme stratejileri ve destek sistemler ile yakından ilişkilidir. Derin gevşeme, stresin fizyolojik ve davranışsal bulgularını önleyebilir. Gevşemenin çeşitli yöntemlerinden biri de derin nefes alma egzersizidir. Gerilim, akciğerlerin mümkün olduğunca çok oksijen almasına izin verildiğinde gevşer. Derin nefes alma egzersizleri derin ve yavaşça burun yoluyla soluk almayı, birkaç saniye nefesi tutarak daha sonra ıslık çalar gibi dudakları büzerek ağız yoluyla soluğu vermeyi içerir (Özcan ve Gürhan, 2016).

2.5.5.Hipnoterapi / Hipnoz

Psikoanaliz 20. Yüzyılın başlarında Freud tarafından ortaya atılmıştır. Psikoanalizde ana hedef, hastanın iç görü kazanmasını sağlamak ve yüzeye çıkan bilinçaltı çatışmalarını düzeltmektir. Hipnoterapi; 'geçmiş yaşam regresyonu' içinde inceleme yapmak veya bilinçaltı açmak için kullanılır. Hipnoz, transformasyon tekniklerinde eğitim alan uzmanın hastaya belli soruları yönelttiği esnadaki çok derin gevşeme durumudur (Özcan ve Gürhan, 2016). Zihin-beden terapileri arasında yer alan çeşitli şekillerde tanımlanan hipnoz; beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen durumdur (Dişçi, 2016).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuatta hipnozun kullanım alanları belirlenmiştir. Hipnoz; ameliyat korkusunu yenme, anksiyete, kaygı giderilmesinde, yeme bozuklukları, sigara bırakmada tedaviye destekleyici, alkol bağımlılık tedavisinde, depresyon, anksiyete bozukluğu ve stres bozuklukları, organik olmayan uyku bozuklukları, organik olmayan cinsel fonksiyon bozuklukları, akut ve kronik ağrı durumlarında uygulanmaktadır. Şizofreni ve psikopatik durumlar, alkol ya da ilaç intoksikasyonu, demans, intihar eğilimi olan klinik depresif kişilerde hipnoz uygulanmaz şeklinde belirtilmiştir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.6.Meditasyon

Meditasyon kişinin iç huzuru ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad olarak tanımlanır. Birçok kültürde ve dinde uygulanan manevi bir arınma tekniğidir (Kılıçarslan, 2012). Meditasyonu amacı, dikkat üzerinde ustalık kazanmaktır. Dikkat, tek başına bir düşünceye veya objeye yoğunlaşırken bilincin özel durumu ortaya çıkar. Meditasyon sırasında, birey tamamen seçilmiş odağa yönelirken solunum hızı, kalp hızı ve kan basıncı düşer. Tüm metabolizma yavaşlar ve oksijen tüketim ihtiyacı azalır (Özcan ve Gürhan, 2016). Meditasyonun hem hayal etme, hem de uyumadan daha etkili bir şekilde sinir sistemi stresini azalttığı deneysel olarak doğrulanmıştır. Esencan ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada meditasyonun doğum sürecinde ağrı ve korku algılarında azalma, öz yeterlilik duygularında artma olduğu belirtilmiştir.

2.5.7.Yoga

Yoganın, 5000 yıl önce Hindistan da geliştirilmiş olduğu düşünülmektedir. Yoganın hedefi sağlık ve sıhhati artıran fiziksel, zihinsel ve ruhsal enerjileri bütünleştirmektir. Yoganın tüm fiziksel ve psikolojik sıhhati geliştirmekte ve stresi gidermekte faydalı olduğu bulunmuştur. Doğru nefes alma, yoganın temel unsurudur. Yoganın derin ve diyafragmatik nefes alımıyla beyne ve vücut dokularına oksijen dağıtılmasını arttırdığına; böylece bitkinlik ve stresi giderdiğine, enerjiyi yükselttiğine inanılır. Yoganın en bilinen tipi, Hatha yogadır. Hatha yoga doğal şifanın oluşmasına

izin verecek olan, zihin, vücut ve ruha enerji yükleyen; iç organların tonusunu arttıran, kas gerginliğini serbestleştiren dengeli ve disiplinli egzersizler ile birlikte vücut postürlerini (duruşlarını) kullanır. Sırt ağrısı, stres, migren, insomnia, yüksek kan basıncı ve hızlı kalp atımları yoganın kullanıldığı durumlardır (Özcan ve Gürhan,2016). Dağ ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalarda yoganın yaşam doyumunu arttırdığı ve depresyon düzeyini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan birkaç çalışmada yoganın algılanan stresi azalttığı, stresle ilişkili komplikasyonlardan korunmada etkili olduğu, sağlığı yükselttiği, ruhsal sağlık üzerindeki olumlu etkileri görülmektedir (Esencan, 2018; Alkan ve Özçoban, 2017).

2.5.8.Hareket Terapileri

Düzenli fiziksel egzersiz stresi azaltan etkili bir yöntemdir. Fiziksel hareketsizlik önemli bir ölüm nedenidir. Bu durum kolon, akciğer kanseri, yüksek tansiyon, osteoporoz, depresyon ve anksiyeteyi artırır. Kardiyovasküler hastalıkları, obezite ve diyabet riskini ikiye katlar. Aerobik hareketler kardiyovasküler sistemi güçlendirir, vücudun oksijeni daha etkili kullanmasını sağlar. Aerobik egzersizler, yürüyüş, jogging, koşma, bisiklete binme, yüzme gibi egzersizler haftada üç kez düzenli bir şekilde her defasında en az 30 dakika yapılmalıdır. Kardiyovasküler sistem için, yararı düşük olup, anksiyete, kas gerginliği, obeziteyi gidermek için yapılan düşük tempolu fiziksel hareketler vardır. Bunlar yavaş yürüme, ev temizliği, alış-veriş yapma şeklinde olabilir (Çam ve Ergin, 2014).

2.5.9.Teröpatik Dokunuş

İnsan vücudunun, enerjinin bir alanını yansıttığı felsefesine dayanır. Bu alan bloke edildiğinde, ağrı veya hastalık oluşur. Tedavi edici dokunuş uygulayıcıları bu yöntemi, rahatsızlığı iyileştirmek ve sağlığı geliştirmek, blokajları düzeltmek amacıyla kullanırlar. Enerji alanının temel dayanağı, vücut yüzeyine doğru genişlemesidir; aslında uygulayıcı hastanın cildine dokunmaya gerek duymaz. Amaç, tüm vücut üzerinde yavaş ve ritmik bir şekilde elleri gezdirerek enerji alanını yeniden düzenlemektir. Isı, enerjinin bloke edildiği yerde hissedilmelidir. Terapist, bu bölgedeki enerji alanına onu dışa doğru düzleştirecek şekilde masaj yapar. Böylece tıkanıklığı düzeltir. Tedavi edici dokunuşun, ağrıyı ve anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi arttırdığı ve sağlığı sürdürmeyi

sağladığı düşünülür (Özcan ve Gürhan, 2016). Ağrı kontrolünde dokunma ile deri üzerine yapılan mekanik uyarılmalar sonucunda dolaşımı arttırarak kalbin pompalama gücünü arttırdığı kasların gevşemesi ve kişinin rahatlamasını sağladığı görülmektedir (Özveren, 2011).

2.5.10.Dini Uygulamalar

Din, bireysel ve toplumsal açıdan işlev gören, insanların iç dünyalarındaki düşünce ile davranışlarının şeklini ve yönünü belirlemedeki denge sağlayıcı, varoluşsal çözümleme ve hayatı anlamlandırma görevine sahip güçlü bir olgudur. Eski medeniyetlerden itibaren günümüze kadar geçen süreçte hastalık sebepleri tespit ve tedavi edilirken manevi uygulamalara başvurulmuştur (Karacoşkun, 2004; Atmaca, 2010). Dua etmek iç dökme anlamlarına gelmektedir. Din insanın hayatta karşılaştığı durumlara bütüncül cevaplar sunar ve yol gösterici bir sistemdir (Kula, 2005). Dua etme; insanların çeşitli dini inanç ve ibadetleri içeren tanrı veya kendilerinden üstün güce sahip bir varlık tarafından, rahatsız oldukları durumdan kurtulmak için ondan yardım istenmesini sağlamaktadır. İnsanların bir hastalıktan ya da herhangi bir sorundan bir mucize ile hemen kurtulma ümidi çağlar boyunca var olmuştur. Ülkemizde bu ümitle en çok ziyaret edilen yerler türbeler ve yatırlardır. Halk arasında nazar, bir hastalık etkeni olarak görülmekte ve nazardan kurtulmak ve korunmak için dini uygulamalar yaygın olarak kullanılmaktadır (Bulut, 2016). Literatürde ruhsal hastalıkların tedavisi olarak dini uygulamaların kullanıldığı birçok çalışma bulunmaktadır (Ünal, 2001; Yaşan ve Gürgen, 2004; Güleç, 2006; Ünal, 2007; Bahar, 2010; Güleç, 2011; Güner ve Ünal, 2012; Özşen, 2013; Sarıkoç, 2015; Bal, 2017). Ruhsal alanda dini başa çıkma yöntemlerinin bireyin ruh sağlığını olumlu etkilediği saptanmıştır. Bireyler olumlu dini başa çıkma metotlarını kullandığı gibi olumsuz yöntemleri de kullanmaktadır. Olumsuz dini baş etme yöntemleri bireyleri bedenen ve ruhsal olarak olumsuz etkilemektedir (Koç, 2005).

2.5.11.Akupunktur

M.Ö. 3000 'e dayanan geleneksel Çin Tıbbının antik felsefelerine dayalı tedavi yöntemidir. İnsan vücudunun kendini onarma potansiyeli oldukça yüksektir. Vücutta bulunan özel noktalar 'akupunktur noktaları' olarak tanımlanır. Geleneksel Çin felsefesine göre 365 akupunktur noktası bulunmaktadır. Çin tıbbının arkasındaki ana kavram; şifa enerjisinin (q'i) meridyenler denilen belirgin kısa yollar boyunca vücut

içinden akmasıdır (Özcan ve Gürhan, 2016). Akupunktur noktaları ve meridyenler düşük elektriksel niteliklere sahiptir. Akupunkturda istenen etki bu noktaların doğru uyarılmasıdır (Kartal,2011). Akupunktur ile ilgili batı tıbbi felsefesi; endorfinler olarak bilinen morfin benzeri maddelerin vücudun kendi ağrı kesici kimyasallarını uyardıklarını düşünür.

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 tetik noktaları ile aynıdır (Cabioğlu ve Ergene, 2003). Akupunkturda saç teli inceliğinde, steril, atılabilir, paslanmaz çelik iğneler; meridyenler boyunca tıkanıkları çözdüğü için akupointlere sokulur. İğneler; belirlenmiş bir zaman içinde yerlerinde bırakılabilirler, döndürülebilirler veya hafif elektrik akımı uygulanabilir. Nadir iğneleme veya karıncalanma hissedilebilir, fakat tedaviyle ilgili az bir ağrı mevcuttur (NCCAM, 2009; Özcan ve Gürhan, 2016). Ülkemizde bu alanda ilk resmi düzenleme, 1991 yılında çıkartılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile oluşturulmuştur. Bu yönetmeliğin amacı olarak akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasının sağlanması olarak bildirilmiştir (Akupunktur Tedavi Yönetmeliği). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuatta akupunkturun uygulandığı durumlardan bazıları; kas-iskelet sisteminin mekanik ağrısı, eklem ağrıları, baş ağrıları, diş ağrıları, nöropatik ağrılar, kas spazmı, bel fitiği-bel ağrıları, ilaç yan etkisine bağlı ve gebelikle ilgili bulantı ve kusmalar, fonksiyonel gastrointestinal sistem bozuklukları, kabızlık, motilite bozukları, reflü , dismenore, infertilite, polikistik over sendromu ve premenstruel sendrom, doğum ağrısı, organik nedene bağlı olmayan uyku bozukluğu, anksiyete , organik nedeni olmayan vertigo, unutkanlık ve hafıza problemlerinde yaşam kalitesinin artırılması, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları, inmeye bağlı kısmi felçlerde kas kontraktürleri veya güçsüzlüğü olarak belirlenmiştir. Acil durumlarda, kanama diatezi olan hastalar ile gebelikte ilk üç ayda alt karın bölgesi, 2. ve 3.trimestirde üst abdomen ve lumbosakral bölgelere ve gebede yoğun uyarı veren noktalara akupunktur uygulanmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.12. Apiterapi

Bal, propolis, arı sütü, polen, apilarnil benzeri arı ürünleri antioksidan değeri yüksek ürünlerdir ve özellikle bağışıklık sistemini düzenleyici ve destekleyici olarak kullanılmalıdır. Apiterapi; arı ve arı ürünlerinin bazı hastalıkların tedavisinde tamamlayıcı ve destekleyici olarak kullanılmasıdır.

Apiterapi uygulamadan önce, arı zehiri ve arı ürünlerine karşı alerji olup olmadığı test edilmelidir. Apiterapi uygulama yerinde mutlaka acil durumlarda hastaya müdahale edecek yetkili personel ve yaşam destek ünitesi olmalıdır.

(<https://getatportal.saglik.gov.tr>)

Bal; balırsı Apis Mellifera'nın çiçeklerden aldığı nektardan yaptığı tatlı, viskoz bir maddedir. İnsanlık tarihi boyunca bal sadece gıda maddesi ve tatlandırıcı olarak değil, aynı zamanda polen, propolis, arı sütü, arı zehri, balmumu gibi diğer arı ürünleriyle birlikte tedavi amaçlı olarak da kullanılmıştır (Aydın ve Tekeoğlu, 2018).

Arı Zehiri (Bee Venom); bal arılarının karın boşluğunda bulunan bezlerden, içerisinde melitin (%50-55), apamin (%2-3) ve adolapin (%1) gibi biyoaktif peptidlerin, histamin (%0.7-1.5), noradrenalin ve dopamin (%0.2-1.5) gibi bileşenlerin ve çeşitli enzimlerin bulunduğu arı tarafından savunma amaçlı üretilen bir salgıdır (Aydın ve Tekeoğlu, 2018). Arı zehri kullanırken arı zehri içeren ekstraktların bulunduğu ampüller, arı zehri içeren merhemler kullanılmalıdır. Arı zehiri intradermal ve subkutanöz kullanılabilirken diğer arı ürünleri oral ve topikal şekilde uygulanabilir. Oral kullanılacak arı ürünlerinin kimyasal analizleri yapılmalı ve Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliğine uygun olmalıdır. Kas-iskelet sistemi ağrı, kızarıklık, hassasiyet gibi semptomların azaltılması, bacak kas kontraktürleri veya kas güçsüzlüğünde kas kuvvet artışına yardımcı amaçlı, bal; kronik deri yaralarında iyileşmeye destekleyici amaçlı topikal olarak uygulanabilir. Dekompanse kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, solunum yetersizliği, sistemik/lokal enfeksiyonlar, karaciğer fonksiyon bozukluğu, beta bloker kullanımı, tedavi uyumunu etkileyen şiddetli psikiyatrik rahatsızlıklar, yemekten hemen önce ya da hemen sonra, gebelerde ve süt veren annelerde uygulanmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

Polen; çiçekli bitkilerde çiçeklerin erkek organlarınca üretilip dişi organın döllenmesini sağlayan basitçe çiçek tozu olarak da adlandırılan bitkilerin erkek cinsiyet hücreleridir. Polen zengin bir protein kaynağı olmasının yanı sıra karbohidrat, lipid, vitamin ve mineral de içermektedir. Besin öğelerinin yanında yüksek miktarda fenolik bileşenler de içermektedir. Polenin antibakteriyel, antifungal ve antioksidan özelliklere sahip olduğu bildirilmektedir (Saral, 2013).

Arı Sütü; içerdiği yüksek orandaki proteinler, aminoasitler, lipitler, vitaminler ve şekerler ile yüksek besleyici özelliğe sahip bir arıcılık ürünüdür. Arı sütü genel olarak vücutta hücre yenilenmesi, üretimi ve metabolizması üzerinde etkili olduğundan organizmanın bütün dokularında canlılık ve bunun sonucunda sağlık, enerji ve bağışıklık sağlamaktadır.

Arı sütünün insan vücuduna olan yararları şu şekilde sıralanabilir: hafızayı güçlendirme, fiziksel performansı artırma, deri yenilenmesine yardımcı olma, kan damarlarını genişletme, kan basıncını düşürme, yorgunluğu azaltma, tümör oluşumunu önleme, gelişme ve büyümeyi hızlandırma, hormonal düzenleyici olarak çalışmadır. Bunların yanında arı sütü antialerjik antioksidatif, antibakteriyel ve antiviral özellikleri de bünyesinde barındırmaktadır (Aydın ve Tekeoğlu, 2018; Onbaşlı, 2019).

Propolis; bal arılarının bitki tomurcuk ve filizlerinden topladığı reçineleri bal mumu ve tükürük salgıları ile karıştırarak elde ettikleri bir üründür. Propolis genel olarak %50 reçine, %30 bal mumu, %10 uçucu yağ, %5 polen ve %5 diğer organik bileşiklerden oluşmaktadır. Flavonoidler ve fenolik asitler, propolisin ana tamamlayıcı bileşenleridir. Bu bileşikler doğal antioksidan etkiye sahiptir (Saral, 2013).

2.5.13.Homeopati

Homeopati özünde doğal, bütüncül ve yan etkisiz bir tedavi yöntemidir. 220 yıl kadar önce, Alman hekim Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından geliştirilmiştir. Hahnemann tedavinin hastaya zarar vermeden uygulanması, yan etkisiz olması, mümkün olduğunca kısa sürede tamamlanması ve beklenen etkiyi göstermesi gerektiğini savunmuştur. Homeopati her insanın kendine özgü bir vücudu ve sağlık durumu olduğunu kabul eden, hastanın sözel hikayesine başvurularak uygulanan, bütünüyle doğal yöntemler kullanan, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal iyileşmede etkili bir tedavi yöntemidir.

Yurtdışında eğitim almış olan bireysel homeopatların kurduğu Homeopati Dernekleri kurulmuştur. Homeopati Derneklerinin, Türkiye’de Homeopatinin yasallaşması ve yaygınlaşması için verdiği çabalar sonuç vermiş 2016 itibariyle Sağlık Bakanlığı tarafından Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kapsamında kabul edilmiştir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Mevzuatı). Bitkiler, Hayvan dokuları, Mineraller, Metaller, hastalıklı dokular kısacası doğadaki herşey homeopatik ilaç olma potansiyeli taşır. Günümüzde ise 3200 civarında homeopatik ilaçla çalışılır (<http://homeopatiderneği.org>).

Homeopatik ilaçlara remedi denir. Homeopatik ilaçlar ‘potansiyalizasyon’ yöntemiyle hazırlanır. Elde edildiği madde ileri derecede sulandırılır ve mekanik enerjiye tabi tutulur. Remediler hazırlandıkları materyalin sadece bilgisini taşır, sulandırma ve çalkalama yöntemi ile maddenin enerjisi açığa çıkar. Kimyasal ilaçlardan farklı olarak aktif molekül içermez, toksisitesi olmadığı gibi doz aşımında söz konusu değildir. En büyük üreticiler Almanya, Avusturya, İsviçre, İngiltere ve Fransa’dır. (<http://homeopatiderneği.org>)

Homeopati uygulamasında kullanılacak ilaçların ruhsatlandırılması ve satışına ilişkin hususlar Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından düzenlenir. Homeopati uygulanabilecek durumlar; gerilim tipi ve migren gibi organik olmayan baş ağrıları, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, organik olmayan uykusuzluk, kronik yorgunluk sendromu, egzema, alerjik astım, alerjik rinit , solunum yolları hastalıklarına ait burun akıntısı, burun tıkanıklığı, öksürük, ateş, yutma güçlüğü, stomatit gibi durumlarda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı alanlarda tedaviye destek amaçlı, kas- iskelet sisteminin mekanik ağrısı, bağımlılık tedavisinde destekleyici, postoperatif ağrı, ajitasyon, ödem, yara iyileşmesi şikayetlerin azaltılmasında, anksiyete olarak belirlenmiştir. Kanser gibi ağır, kronik hastalıklarda palyatif kullanım dışında kullanılamaz. Fiziksel travma ve yaralanmalarda sadece destekleyici olarak kullanılır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.14.Sülük

Sülük tedavisi steril sülük kullanılarak yapılan uygulamadır. Tedavide kullanılacak “Hirudo medicinalis ve Hirudo verbana” isimli “tıbbi sülük”lerin üretim yerinden ve steril sülük elde edilen işletmeden temin edilmesi gerekmektedir. Sülüklerin imha işleminde, “Tıbbi Atık Yönetmeliği”ne göre gerekli işlemler uygulanmalıdır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuatta sülük tedavisinde uygulanabilecek durumlar belirlenmiştir. Bu durumlar şöyle sıralanmaktadır; dejeneratif eklem hastalıkları (osteoartrit), alt ekstremitte variköz ven hastalıklarında ağrıyı, lateral epikondilit gibi hastalıklarda ağrıyı azaltma amaçlı Flep cerrahisi sonrası görülen venöz yetmezlikler, replantasyon ve revaskülarizasyon sonrası venöz yetmezliklerdir.

Kanama diyatezleri (Hemofili gibi), aktif kanama odağının varlığı, ciddi anemi, cerrahi girişim öncesi, kanı sulandırıcı ilaç kullanımı, gebelik ve emzirme, sülük ya da diğer canlılara karşı alerji, tedavi uyumunu etkileyen şiddetli psikiyatrik rahatsızlıklar, lösemi, kemik iliği supresyonu varlığı, gastrointestinal kanama, kanser, karaciğer siroz varlığı, diyaliz hastalarında, kalp pili varlığı, menstrüel dönem, enfeksiyon varlığı (HIV pozitifliği,vb.), kemoterapi ve radyoterapi sırasında ve çocuklarda (18 yaş altı) uygulanmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.15.Kayropratik Tıp

David Palmer tarafından 1800’lerin sonlarında geliştirilmiştir. Palmer’in hedefi, ilaç kullanmayan hasta ve hastalıkların tedavisi için bir kür bulmaktır. Palmer’in teorisi; enerjinin, spinal kord ve spinal sinirler yoluyla beyinden vücudun tüm bölümlerine akmasıydı. Palmer’a göre spinal kolumun vertabraları yer değiştirdiğinde, sinir üzerine basınç uygulayabilir ve normal sinir transmisionunu etkileyebilir. Palmer, bu vertebaların yanlış konumlanmasına subluxation (çıkık) adını verdi ve normal fonksiyonu onarmanın yolunun onları normal pozisyonlarına geri getirmek için manipüle edilmelerini ortaya koydu. Bu manipülasyonlara:’Düzeltilmeler’ adı verilir. Düzeltilmeler, genellikle elle yapılırdı. Bununla birlikte özel ekipmanlı tedavi masaları kullanılırdı (Özcan ve Gürhan, 2016). Kas, omurga ve iskelet sisteminin biyomekanik bozuklukları ve bunun sinir sistemi üzerinde oluşturduğu sorunları önlemesiyle ilgilenen destekleyici

bir uygulama olarak tanımlanmış, uygun hastalarda normal mekanik hareketliliğini yitirmiş eklemleri elle uygulanan tekniklerle düzeltme üzerine yoğunlaşmıştır. Kayropraksi uygulanabilecek durumlar akut ve kronik boyun ve bel ağrısı, kronik servikal bölge kaynaklı baş ağrısı, ani fleksiyon- ekstansiyon zorlanmalarıyla ilişkili ağrılar, akut ve kronik yumuşak doku zorlanmaları, postürel Skolyoz, omuz, sakroiliak eklem, temporamandibuler eklem, kalça, diz, el, ayak eklem disfonksiyonları olarak belirlenmiştir. Odontoid hipoplazi, instabil odontoid, akut kırık, spinal kord tm, osteomiyelit, hematoma (spinalkord veya intrakanaliküler), vertebral luksasyon, anevrizmal kemik kisti, osteoblastom, osteoidosteoma, ameliyat sonrası fiksasyon/stabilizasyon protezleri, kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları, pozitif Kerning ya da Lhermit belirtileri, siringomiyeli, etiyojisi bilinmeyen hidrosefali, kauda equina sendromu gibi durumlarda kayropraksi uygulanamayacağı belirtilmiştir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.16.Kupa Uygulaması / Hacamat

Kupa tedavisi deri altındaki dokularda birikmiş, biriktiği noktada ilgili organın beyin ile iletişimini sağlayan, sinirleri tıkayan, atıl kalmış kan ile birlikte toksik maddelerin vakum ile dışarı alınma işlemidir (Akçay ve Yıldırımlar, 2017). Kupa tedavisi Orta Doğu'da M.Ö. 3500 yıllarında ilk kez Asurlular tarafından hayvan boynuzları ve bambular kullanılarak uygulanmıştır. Kupa tedavisine ait en eski yazılı belge ise M.Ö. 3300 yılında antik Makedonya'daki uygulamaları anlatan "Ubi Plethore Ibi Evacua" adlı eserdir.

Kupa uygulama tipleri şu şekildedir; kuru kupa tedavisi, yaş kupa tedavisi, hareketli kupa tedavisi, boş kupa tedavisi, iğne kupa tedavisi, su kupa tedavisi, sıcak kupa (moks) tedavisi ve herbal kupa tedavisi (Okumuş, 2016). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuatta kupa tedavisi uygulanabilecek durumlar belirlenmiştir. Bu alanlardan bazıları sırasıyla şöyledir; organik bir rahatsızlığı tanımlanmayan hastalarda immün sistemi güçlendirir, romatizmal hastalıklara ait kronik ağrı, eklem hareket kısıtlılığı, sabah tutukluğu, yorgunluk gibi durumlarda, kas-iskelet sistemi mekanik ağrıları, organik olmayan uyku bozukluklarıdır.

Trombofi lebit, aktif yaralar, cerrahi yaralar, dekompanse kalp hastalığı, anemi (hemoglobin 9,5mg/dl'nin altı), hemofili, kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, anti agregan ilaç kullanımı durumunda ve varisin doğrudan üzerine kupa uygulanmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Mevzuatı, 2016).

2.5.17.Larva Uygulaması

Lucilia (Phaenicia) sericata steril larvalarının kronik yaralarda biyodebridman amaçlı kullanılması suretiyle yapılan uygulamadır. Ülkemizde ilk kez 2002 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) başlayan ve devam eden tedavi yöntemidir. Çeşitli yaralarda uygulanmış ve sonuçları itibariyle yararlı bulunmuştur. Kronik yaraların (diyabetik ayak ülseri, osteomyelit) yanı sıra Buerger hastalığına bağlı ülser gibi akut ağrılı ve doku kaybı olan olgularda da çok ciddi yararları olduğu klinik olarak da gözlenmiştir (Tanyüksel, 2005). Tanyüksel ve ark. yaptığı çalışmada (2014) maggot tedavisi sonucunda 19 hastanın (%76) yarasında tam bir debridman sağlanırken, altı hastada (%24) kısmi bir debridman oluşmuştur. Kronik yarası olan hastaların tedavilerinde steril maggot tedavisinin “paket” olarak uygulanmasının pratik olması yanında tedavide etkin olabildiği gözlenmiştir.

2.5.18.Mezoterapi

Mesoderm kaynaklı organ patolojilerinin iyileşmesini amaçlayan bitkisel veya farmakolojik ilaçların bölgesel, küçük dozlarda, özel iğneler ve özel tekniklerle cilt içi enjeksiyonu uygulaması olarak tanımlanmıştır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı). Mezoterapinin kullanım alanlarından bazıları; kozmetik dermatoloji, romatoloji, nöroloji ve deri hastalıklarıdır (Gökdemir, 2009). Akut enfeksiyonlar, derin ven trombozun, instabil kan basıncı, kalp krizi, senkop sonrası epizod, açık yaralar, son dönem kalp yetmezliği, diabetes mellitus, antikoagülan tedavi altındaki hastalar, böbrek yetmezliği, ilaçlara karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda ve hamilelikte uygulanmaması gerektiği belirtilmiştir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı, 2016).

2.5.19.Osteopati

Osteopati kas iskelet sisteminin hastalıkları üzerinde durur sinirlerin etkilenmesiyle eklemler üzerinde oluşan fizyolojik bozuklukların ve bu bozuklukların yarattığı ağrının ortadan kaldırılmasını esas alır (Gönen). Eklemler, kaslar, bağ dokusu ve omurgayı içeren kas-iskelet sistemini güçlendirilmesine yardımcı olan, total vücut sağlığına odaklanan ve hastalıklarda kas-iskelet sisteminin etkinliği üzerinde duran invaziv olmayan bir tamamlayıcı tıp uygulamasıdır. Omurga ve kas-iskelet sistemi hareket ve fonksiyon bozuklukları , omurga ve kemik eklem sisteminin akut ve kronik ağrı sendromları , eklem sertliği ve dejenerasyonu , psikosomatik sendromlar, anksiyete, depresyon , kronik nörolojik hastalıklarda, uyku bozukluklarında uygulanmaktadır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı, 2016).

2.5.20.Ozon Tedavisi

Lokal veya sistemik olarak ozon-oksijen karışımının kullanıldığı uygulama yöntemidir. Ozona doğrudan maruz kalmak oldukça tehlikelidir. Akciğerlerde yeterli antioksidan kapasite olmadığında zehirleyici yan etkiye sahiptir (Aytaçoğlu, 2014). Birçok uygulama metodu bulunmaktadır. Bunlar; Majör Otohemoterapi, kanı vücut dışında steril koşullarda ozon gazı ile karıştırıp geri verilmesi; Mimör Otohemoterapi, kanın vücut dışında steril koşullarda medikal ozon gazı ile karıştırılıp, intramuskuler yoldan enjekte edilmesi; Rektal veya vaginal İnsufflasyon, rektal veya vajinal yoldan medikal ozon gazı verilmesi; Torbalama metodu; kol-bacak gibi ekstremitelerin haricen ozon gazı uygulanması amacıyla özel bir torbaya alınarak medikal ozon gazı uygulaması; İntradiskal uygulama, steril koşullarda görüntüleme teknikleri eşliğinde uzman doktorlar tarafından intervertebral diskler içerisine direk ozon uygulanması ve kas iskelet sistemi uygulamalarıdır. Ozonun gaz formunda damar içine enjeksiyonu hava embolisi sonucu ölümlere yol açabileceğinden uygulaması yapılmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı, 2016).

2.5.21.Refleksoloji

El, ayak tabanı ve kulaklarda vücudun tüm bölümleri, organ ve tüm salgı bezleriyle ilgili yönlendirici refleks alanların elle uyarılması prensibine dayanır. Bu refleks alanlara herhangi bir cihaz, malzeme, krem, losyon kullanmadan sadece basınç uygulanır. Refleksoloji spesifik hastalıkların tanı, tedavisi veya eklem mobilizasyonu ve manupilasyonunu içermez. İyileşmeyi sağlamak için ovma sıkma ve sızlama hareketi refleks noktalara uygulanmalıdır (Doğan, 2014).

Refleksolojinin genel faydaları, stres, anksiyete, genel gerginliğin azaltılması ve immün sistemin güçlendirilmesine yöneliktir (Ayçeman, 2008; Kurt ve Can, 2013). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları mevzuatında yer alan refleksoloji uygulanabilecek durumlardan bazıları sırasıyla belirtilmiştir; stres, anksiyete, herhangi bir organik bozukluk tanımlanmayan kişilerde immün sistemi güçlendirmek için, sindirim sistemi hastalıklarına ait bulantı, kusma, kabızlık gibi durumlarda, mekanik kas- iskelet sistemi ağrıları, organik olmayan uyku bozuklukları, anksiyete bozuklukları, panik atak tedavisinde destekleyici olarak uygulanmaktadır. Aynı zamanda akut enfeksiyonlar, ateşli durumlar, ayakta aktif gut artriti, derin ven trombozu, kontrol edilemeyen kan basıncı, kalp krizi, kalp pili varlığı, akut cerrahi durumlar, safra kesesi-böbrek taşları, uygulama bölgesinde açık ve kapalı yaralar, gebeliğin ilk üç ayı gibi durumlarda refleksoloji uygulanmamalıdır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı, 2016).

2.5.22.Proloterapi

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliğinde verilen tanımlamaya göre proloterapi; zedelenmiş, aşınmış, tendon ligament ve eklemlere proliferatif ve irritan solüsyonların enjekte edilmesi olarak tanımlanmıştır. Eklem, tendon ve kas ağrılarının tedavi edilmesi ve bu bozuklukların yarattığı ağrının azaltılması hedeflenir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Mevzuatı, 2016).

2.5.23.Müzik Terapi

Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzikle tedaviyi ‘Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak üzere gereksindiği iletişim, ilişki, öğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve diğer ilgili terapötik öğeleri geliştirmek ve artırmak için eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması’ olarak tanımlamaktadır (Birkan, 2014). Amerika Müzik Terapi Derneği (2012) müzik terapiyi; müziğin, bireylerin terapötik ilişki içinde fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış bir sağlık hizmeti olarak tanımlamıştır. Müzik terapinin amacı danışanın güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını değerlendirdikten sonra yaratma, şarkı söyleme, hareket ve müzik dinlemeyi de içeren bir tedavi sağlamaktır. Kendini kelimelerle ifade etmekte zorlananlar için yararlı iletişim yollarını sağlar. Müzik terapi araştırmaları, genel fiziksel rehabilitasyon ve hareketi kolaylaştırma, danışanların motivasyonunu artırarak kendi tedavilerinde etkin rol oynama, danışanlar ve aileleri için duygusal destek sağlama gibi birçok alanda müzik terapinin etkinliğini desteklemektedir. (<http://www.muzted.org.tr>)

Müzik terapisi, kanser ağrısı, yanık ağrısı, ameliyat sonrası ağrısı olan bireylerde ve tanı ve tedavi işlemlerine bağlı ağrı durumlarında kullanılabilir (Özveren, 2011). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenlenen mevzuatta (2016) müzik terapi uygulanabilecek durumlar: anksiyete bozukluğu ve stres bozuklukları, sosyal fobiler, kişilik bozuklukları, Otizm hastalarında dikkatin artırılması, öğrenmenin kolaylaştırılması ve çevreye farkındalığın artırılması ve çevreyle iletişimin artırılması, kaygı giderilmesinde ve tedaviye uyumun artırılmasında yardımcı olarak kullanılmaktadır.

2.6.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavilerde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Kronik hastalıklarda uzun süre ilaç kullanan bireylerin yaşam kalitesinin ve sosyal katılımın etkilendiği düşünülmektedir (Altuntaş, 2015). Bu sebepten dolayı toplumun hastalığın tedavisi için tıp dışı geleneksel, tamamlayıcı veya alternatif yöntemlere başvurduğu görülmektedir (Araz, 2007). Geleneksel ve tamamlayıcı terapilere yönelik ilgilerinin artması üzerine sağlık profesyoneli olmayan kişi, kurum ve kuruluşlar toplumun bu arayışları üzerine gereksinimlerini karşılamaya çalışmışlardır (Turan, 2010).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler meydana gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirilmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir (Karagöz 2006; Herdman, 2007; Khorshid ve Yapucu, 2005). Psikiyatri hemşireliği genel bir tanım olarak; birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesinde, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önlemede ya da hastalıkla baş etme ve gerekirse bu yaşantılardan anlam bulmada profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreçtir (Çam ve Ergin, 2014).

Psikiyatri hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları incelendiğinde eğitim ve danışmanlık rolünün üzerinde durulur. Psikiyatri hemşireleri tedavi ile ilgili gözlemleri doğrultusunda ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliği için başka birimlerden danışmanlık alınması, yararlı kullanılacak destek sistemlerinin ve toplum kaynaklarının değerlendirilmesinde bireyi ya da aileyi yönlendirebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Kronik psikiyatri hastalıklarında görülen semptomların giderilmesinde uygulanan hemşirelik girişimleri arasında geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları da bulunmaktadır (Taşçı, 2015). Hemşireler tarafından kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler üç grup altında incelenmektedir. Birinci grup, hemşirelerin doğrudan uygulama yaptığı tedavilerdir. Masaj, refleksoloji ve terapötik dokunma örnek verilebilir. İkinci grup ise hemşirelik uygulamalarına kısmen dahil edilen gruptur. Hipnoterapi, müzik terapi ve beslenme örnek olarak verilebilir. Üçüncü grup ise hemşirelerin kolaylıkla dahil edilemediği hemşirelerin öneride bulunabileceği gruptur. Akupunktur ve kayropraktik tıp bu gruba örnek olarak verilebilir (Çakmak ve Nural, 2017; Atan, 2018). Bu bağlamda tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülmektedir (Turan ve ark. 2016). Hemşirenin içinde bulunduğu toplumun geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemleri konusunda farkındalığı olmalı ve bakım verdiği bireyi geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma durumunu değerlendirmelidir. Hastalar hemşirelerden çeşitli tamamlayıcı tedavi yöntemlerini uygulamalarını isteyebilirler. Hemşireler geleneksel ve tamamlayıcı tedavinin uygunluğunu tanılamakla sorumludurlar. Hemşireler hasta için risk ve yararları tanılamak

amacıyla tedavinin etkileri ve yan etkileriyle ilgili bilgi sahibi olmalı ve hastayı bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşirelerden geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımına yönelik hemşirelik uygulamalarını geliştirilmeleri ve hastalara danışmanlık vermeleri beklenmektedir.

Hemşirelik eğitiminde de geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini müfredat programlarına entegre edilmesi önerilmektedir.

Hemşirelik müfredatına geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerinin entegre edilmesinde aşağıdaki yolun yararlı olacağı bildirilmektedir;

- Hemşire eğitimcilerde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri konusunda seminer, çalıştay gibi bilgilendirici eğitimler verilmesi,
- Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarına yönelik araştırmaların yapılması,
- Derslerin hedeflerine geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerinin eklenmesi için düzenlemeler yapılması,
- Bakım planlarının tanılama formlarına geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik sorular/maddeler eklenmesi,
- Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi müdahaleleri ile desteklenmesi,
- Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarının ders kitaplarına eklenmesi,
- Sınav sorularına geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları ile ilgili soruların eklenmesi,
- Kütüphanelere geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarıyla ilgili kitap ve makalelerin olduğu dergiler alınması

(Khorshid ve Yapıcı 2005; Turan ve ark. 2010; Herdman 2007; Taşçı 2015).

Sonuç olarak hastaya en yakın ve en uzun süre bakım veren hemşire, eğitici, danışman, araştırmacı ve savunucu rollerini kullanarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarında hastanın sağlığını koruması ve geliştirmesine katkı verme konumundadır.

3.GEREÇ- YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumlarının, bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımları üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

3.2.1.Araştırmanın Yeri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı dört adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için gerekli hizmetlerin yürütüldüğü merkezlerdir.

Toplum ruh sağlığı programlarının amaçları; acil bakım, kısmi hastane tedavisi, ayaktan tedavi, hastanede tedavi, konsültasyon ve eğitim, tarama hizmetlerini gerçekleştirmektir. Bu hizmetler; ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalık oluşumunu önlemek, ruhsal hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının devamlılığını sağlamak amacıyla bir sistem oluşturmayı amaçlamaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri buldukları yerin merkezine ulaşımı kolay sağlanacak şekilde konumlandırılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bir uzman hekim, iki hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog, bir sekreter, bir güvenlik görevlisi ve bir personel hizmet sunmaktadır. Diğerlerinden farklı olarak birinci ve dördüncü kurumda bir ergoterapist görev almaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çeşitli etkinlikler yürütülmektedir. Araştırmanın yapıldığı birinci kurumda; günaydın toplantısı, resim, müzik, mutfak atölyesi, edebiyat atölyesi, drama atölyesi ve karaoke yürütülen etkinliklerdendir.

İkinci kurumda; günaydın toplantısı, resim ve müzik atölyesi etkinlikleri gerçekleştirilmektedir.   nc  kurumda; günaydın toplantısı, resim, müzik, ve mutfak atölyesi olmak üzere çeşitli etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Dördüncü kurumda ise; günaydın toplantısı, resim, müzik, takı, mutfak atölyesi, edebiyat atölyesi, karaoke ve drama atölyesi olmak üzere çeşitli etkinlik programları bulunmaktadır.

3.2.2.Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın verileri 15 Haziran - 15 Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve  rneklemi

Araştırma evrenini İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı belirtilen dört adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı ayaktan hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında birinci kuruma kayıtlı 514, ikinci kuruma kayıtlı 487, üçüncü kuruma kayıtlı 694 ve dördüncü kuruma kayıtlı 520 olmak üzere toplamda kayıtlı 2215 hasta bulunmaktadır. 15 Haziran – 15 Temmuz 2019 tarihleri arasında, 09:00-16:00 saatleri içerisinde gelen araştırma örnekleminde dahil edilme kriterlerine uyan 168 kişiye ulaşılmıştır. Bir kişi anketi doldurmayı kabul etmediği için araştırmanın örneklemini 167 birey oluşturmaktadır.

3.4.Araştırmaya D hil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

- Hastanın alevlenme döneminde olmaması

3.5.Araştırmada Kullanılan Gereer

Verilerin toplanmasında hasta tanılama formu (Ek II) kullanılmıştır.

3.5.1.Hasta Tanılama Formu

Hasta Tanılama Formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan araştırmaya katılan bireylerin kişisel özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımı ve nedenlerini içeren üç bölümden oluşmaktadır.

Kişisel özellikler bölümü sekiz sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum ve sosyal güvence varlığı sorgulanmaktadır. Hastalığa ilişkin özellikler bölümü yedi sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde psikiyatrik tanı, tanı yılı, psikiyatri dışı kronik hastalık varlığı, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, kullanılan tedavi yöntemleri ve düzenli ilaç kullanımı sorgulanmaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımı ve nedenlerini içeren bölümde ise 17 soru bulunmaktadır. Bu bölümde kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri sorgulanmaktadır. Anket toplamda 31 sorudan oluşmaktadır (Bulut, 2016; Dağtaş Gülgün, 2014; Dedeoğlu, 2014; Demirsoy, 2016; Koçdaş, 2017). Hasta tanılama formunun uygunluğu için beş kişiden (İki hekim, iki uzman hemşire ve bir psikolog) uzman görüşü alınmıştır.

3.6.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 15 Haziran – 15 Temmuz tarihleri arasında, her kurumda bir hafta boyunca, mesai saatleri arasında tam zamanlı çalışılarak toplanmıştır. Örneklem alma kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve detaylı bilgi için gönüllü olur formunu okumaları istenmiştir. Gönüllü olur formunu okuduktan sonra gönüllü olduğunu bildiren hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile dağıtılan formlar uygulanmıştır. Formların uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler amaçlar doğrultusunda bilgisayar ortamında SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirmelerinde Shapiro Wilks test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25.03.2019 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısından 61351342-/ 2019-163 sayılı yazılı izin, ayrıca çalışmanın yapıldığı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 13.06.2019 tarihinde 16867222-604.01.01 sayılı araştırma izni alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerden yazılı onam alınmıştır. (EK I)



4.BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (s=167)

		s	%
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	21-70 (41)	
	<i>Ort±Ss</i>	41,58±10,94	
Yaş	<30 Yaş	26	15,6
	31-40 Yaş	56	33,5
	41-50 Yaş	48	28,7
	51-60 Yaş	26	15,6
	≥61 Yaş	11	6,6
Cinsiyet	Erkek	96	57,5
	Kadın	71	42,5
Öğrenim Durumu	Lise	71	42,5
	İlköğretim	67	40,1
	Üniversite ve Üzeri	29	17,4
Medeni Durum	Bekar	127	76,0
	Evli	40	24,0
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	125	74,9
	Çalışıyor	42	25,1
Ekonomik Durum	Orta	93	55,7
	Kötü	38	22,8
	İyi	36	21,6
Sosyal Güvence	Var	122	73,1
	Yok	45	26,9

Tablo 1’de; çalışmaya katılan hastaların kişisel özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışma %42,5’i kadın, %57,5’i erkek toplam 167 birey ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaşları 21 ile 70 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 41,58±10,94 yaş olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %33,5’inin 31-40 yaş arasında olduğu, %42,5’inin lise mezunu olduğu, %76’sının medeni durumunun bekar olduğu, %74,9’unun çalışmadığı, %55,7’sinin ekonomik durumunun orta olduğu %73,1’inin sosyal güvencesinin olduğu gözlenmektedir.(Tablo 1)

Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (s=167)		s	%	
Psikiyatrik Tanı	Şizofreni	108	64,7	
	Bipolar	47	28,1	
	Psikoz	12	7,2	
Tanı Yılı	1-3 Yıl	18	10,8	
	4-6 Yıl	20	12,0	
	7-10 Yıl	28	16,8	
	11-15 Yıl	30	18,0	
	≥15 Yıl	71	42,5	
Psikiyatri Dışı	Yok	123	73,7	
Kronik Hastalık	Var	44	26,3	
	Kardiyovasküler Hastalıklar	13	7,8	
	Hipertansiyon	11	6,6	
	Kronik Hastalıklar (s=44)	Diyabet	8	4,8
	Tiroid	5	3,0	
	Astım	4	2,4	
	KOAH	3	1,8	
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Öyküsü	Yok	116	69,5	
	Var	51	30,5	
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Öyküsü Olan Hastanın Yakınlık Derecesi (s=51)	1. Derece	31	60,8	
	2. Derece	20	39,2	
Hastalık için Son Bir Aydır Uygulanan Tedavi Yöntemi	İlaç Tedavisi	167	100,0	
	Diğer	0	0	
Hastalık için Daha Önce Kullanılan Tedavi Yöntemi	İlaç Tedavisi	69	41,3	
	İlaç Tedavisi ve EKT	61	36,5	
	İlaç Tedavisi + EKT ve Psikoterapi	37	22,2	
Düzenli İlaç Kullanımı	Var	129	77,2	
	Hatırlatılınca	22	13,2	
	Yok	16	9,6	
Düzenli İlaç Kullanmama Nedenleri (s= 16)	Unutma	7	4,2	
	Daha Kötü Hissetme	5	3,0	
	İyileşince Bırakma	1	0,6	
	Kullanma İsteksizliği	1	0,6	
	Konuşma Bozukluğu Yapması Sebebi Ailesel	1	0,6	

Tablo 2’de; hastaların psikiyatrik tanısının %64,7’sinin şizofreni olduğu gözlenmektedir. Bireylerin tanı süresi 1 ile 35 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $13,77\pm 8,52$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %42,5’inin 15 yıl ve üzerinde olduğu, %73,7’sinde psikiyatri dışı kronik hastalık gözlenmediği, %69,5’inin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olmadığı gözlenmiştir. Psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan ailelerin %60,8’inin yakınlık derecesinin 1. derece olduğu, %100’üne hastalık için son bir aydır ilaç tedavisi uygulandığı, %41,3’üne hastalığın tedavisi için daha öncesinde ilaç tedavisi uygulandığı görölmektedir. Hastaların %77,2’sinin düzenli ilaç kullandığı, düzenli ilaç kullanmayanların %4,2’sinin unutma nedeni ile kullanamadığı saptanmıştır.



Tablo 3. Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumlarının Dağılımı (s=167)
GETAT Kullanım Özellikleri

		s	%
Hastalığın Tedavisi için Kullanılan Yöntemler (s=167)	Tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri	126	75,4
	Sadece tıbbi tedavi yöntemleri	32	19,2
	Sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri	9	5,4
GETAT Yönteminden Haberdar Olma Şekli (s=135)	Aile	73	54,1
	Arkadaş	29	21,5
	İnternet, radyo, televizyon, gazete vb	24	17,8
	Hekim & Hemşire	9	6,7
GETAT Etkinliğine İnanma (s=135)	Evet	69	51,1
	Hayır	66	48,9
GETAT Son Kullanma Zamanı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,042-30	
	<i>Ort±Ss</i>	6,85±8,36	
	≤6 Ay	32	23,7
	1-3 Yıl	38	28,1
	4-7 Yıl	8	13,3
	7-10 Yıl	7	5,2
	≥10 Yıl	40	29,6
GETAT Yönteminin Ulaşıldığı Yer/Kişi (s=135)	Geleneksel şifacılar	68	50,4
	Baharatçı/Aktar	43	31,9
	Sağlık profesyonellerinden	16	11,9
	İnternet / Arkadaş	8	6,0
GETAT Yönteminin Değerlendirilmesi (s=135)	Ne yarar sağladı ne zarar verdi	61	45,2
	Yarar sağladı	55	40,7
	Kısmen yarar sağladı	14	10,4
	Zarar verdi	5	3,7
GETAT Yöntemi Kullanılırken Yaşanan Sorunlar (s=135)	Hiç sorun yaşamadı	99	73,3
	Sorun yaşandı	36	26,7
Sorun Yaşama Nedenleri (s=36)	Maddi zorlanma	22	16,3
	Tıbbi tedaviyi aksatma	8	5,9
	Yan etkilerle karşılaşma	4	3,0
GETAT Yönteminden Memnuniyet (s=135)	Temin etmekte zorlanma	2	1,5
	Memnun	86	63,7
	Memnun değil	18	13,3
	Hiç memnun değil	17	12,6
	Çok memnun	14	10,4

Tablo 3. Devamı

GETAT Yöntemi için Ayrılan Bütçe (s=135)	Gelirin küçük kısmı	72	53,3
	Hiç	53	39,3
	Gelirin yarısı	8	5,9
	Gelirin büyük kısmı	2	1,5
GETAT Yöntemi Hekime veya Hemşireye Danışma (n=135)	Hayır	111	82,2
	Evet	24	17,8
GETAT Yöntemini Danışmama Sebebi (s=111)	Danışmaya gerek duymama	81	73,0
	Hekim veya hemşirenin GETAT'a karşı oluşu	17	15,3
	Çekinme	12	10,8
	Terslenme Korkusu	1	0,9
GETAT Yöntemiyle İlgili Danışmanlık Alma İsteği (s=135)	Evet	80	59,3
	Hayır	55	40,7
Danışmanlık Almayı İstedığı Kişi (s=135)	Hekim	70	51,1
	Hemşire	39	28,9
	Hekim ve Hemşire	26	19,3
GETAT Yöntemini Başkasına Tavsiye Etme Durumu (s=135)	Evet	73	54,1
	Hayır	62	45,9

Tablo 3'de; hastaların %75,4'ünde tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanıldığı gözlenmektedir. Hastaların %54,1'i geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden haberdar olma yolu için ailesinden bilgi edinmiş, %51,1'i geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin etkinliğine inandığını belirtmiştir.

Hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedaviyi son kullanma süreleri 15 gün ile 30 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $6,85 \pm 8,36$ yıl olarak saptanmış, %29,6'sı 10 yıl ve daha uzun zaman öncesinde tedaviyi kullandığını belirtmiş, %50,3'ü geleneksel şifacılarından(hacı / hoca vb.) temin ettiğini belirtmiştir.(Tablo 3)

Hastaların %45,2'si geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin yararının veya zararının olmadığını belirtmiş, %73,3'ü geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken hiç sorun yaşamadığı, sorun yaşayan bireylerin % 16,3' ünün maddi olarak zorlandığı, %63,7'si geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden memnun kaldığını belirtmiştir.(Tablo 3)

Hastaların %53,3'ü geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler için gelirinin küçük kısmını ayırdığı, %82,2'si geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini hekim veya hemşireye danışmadığını, danışmama sebebi için %73'ünün danışmaya gerek duymadığını, %59,3'ü geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. Danışmanlık almak isteyenlerin %51,9'u danışmanlığı hekimden almak istediğini belirtmiştir. Hastaların %54,1'i geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini başkalarına tavsiye ettiği görülmektedir.(Tablo 3)

Tablo 4.Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerini Kullanım Sıklıklarının Dağılımı

		Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedaviyi Kullanma Sıklığı							
		Hiç		Nadiren		Sıklıkla		Her Zaman	
		s	%	s	%	s	%	s	%
Fitoterapi	Vitamin	121	72,5	34	20,4	7	4,2	5	3,0
	Mineral	159	95,2	5	3,0	1	0,6	2	1,2
	Probiyotik	165	98,8	2	1,2	0	0,0	0	0,0
	Sarımsak	142	85,0	20	12,0	5	3,0	0	0,0
	Zencefil	129	77,2	28	16,8	10	6,0	0	0,0
	Bitki Çayları	70	41,9	60	35,9	28	16,8	9	5,4
	Ginkgo Biloba	166	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
	Ginseng	158	94,6	8	4,8	1	0,6	0	0,0
Beden ve Zihin Uygulamaları	Çin Tıbbı	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Tai Chi	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nefes Egzersizi	131	78,4	30	18,0	6	3,6	0	0,0
	Hipnoterapi	166	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
	Meditasyon	158	94,6	7	4,2	2	1,2	0	0,0
	Yoga	162	97,0	5	3,0	0	0,0	0	0,0
	Hareket Terapileri	147	88,0	16	9,6	4	2,4	0	0,0
	Teröpatik Dokunuş	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Refleksoloji	166	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
	Müzik Terapi	106	63,5	44	26,3	9	5,4	8	4,8
Diğer	Dua Okumak	73	43,7	44	26,3	15	9,0	35	21,0
	Kurşun Döktürmek	119	71,3	36	21,6	12	7,2	0	0,0
	Şifacıya Gitmek	89	53,3	43	25,7	26	15,6	9	5,4
	Yatır Ziyareti	111	66,5	45	26,9	9	5,4	2	1,2
	Namaz Kılma	129	77,2	25	15,0	5	3,0	8	4,8
	Muska Taşıma	102	61,1	23	13,8	12	7,2	30	18,0
	Akupunktur	163	97,6	3	1,8	1	0,6	0	0,0
	Apiterapi	158	94,6	9	5,4	0	0,0	0	0,0
	Proloterapi	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sülük	166	99,4	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Geleneksel ve Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları	Homeopati	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Kayropraktik	163	97,6	4	2,4	0	0,0	0	0,0
	Kupa Uygulaması	154	92,2	13	7,8	0	0,0	0	0,0
	Larva Uygulaması	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Mezoterapi	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Osteopati	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ozon Tedavisi	167	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 4’de; fitoterapinin tedavi yöntemi olarak kullanım sıklığına bakıldığında hastaların vitamin, mineral, probiyotik, sarımsak, zencefil, bitki çayları, ginkgo biloba ve ginseng kullanımlarının hiç kullanmama oranları yüksek olup, nadiren kullanımları yüksek saptanmıştır. Nadiren vitamin kullananların oranı % 20,4 mineral kullananlar %3,0 probiyotik kullananlar %1,2, sarımsak kullanan %12, zencefil kullananlar % 16,8, bitki çayı kullananlar %35,9, ginkgo biloba kullananlar %0,6 ve ginseng kullananlar %4,8 olarak saptanmıştır.

Beden ve zihin uygulamalarının geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kullanım sıklıklarına bakıldığında hastaların hiç kullanmama oranları yüksek olup, nadiren kullanımları yüksek saptanmıştır. Hastaların nadiren nefes egzersizi yapma oranı %18, meditasyon yapma oranı %4,2 yoga yapma oranı %3, hareket terapileri yapma oranı %9,6, müzik terapiye katılma oranı %26,3 olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Diğer geleneksel ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının tedavi yöntemi olarak kullanım sıklığına bakıldığında bireylerin hiç kullanmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunlukta. Nadiren dua okuyan hastalar çoğunlukta olup %26,3, kurşun döktürme oranı %21,6 şifacıya gidenler %25,7, yatır ziyareti yapma oranı %26,9 namaz kılma oranı %15 olarak bulunmuştur. Her zaman muska taşıma oranı çoğunlukta olup %18 olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5.Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerine Göre Kullandıkları Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı

		Tedavi Yöntemleri						Test Değeri <i>p</i>
		Sadece Tıbbi Tedavi		Sadece Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi		Tıbbi Tedaviye Ek Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi		
		s	%	s	%	s	%	
Yaş	≤30 Yaş	6	18,8	0	0,0	20	15,9	χ^2 :17,447 ^a 0,011*
	31-40 Yaş	17	53,1	1	11,1	38	30,2	
	41-50 Yaş	7	21,9	3	33,3	38	30,2	
	51-60 Yaş	2	6,3	5	55,6	19	15,1	
	≥61 Yaş	0	0,0	0	0,0	11	8,7	
Cinsiyet	Kadın	7	21,9	5	55,6	59	46,8	χ^2 :7,162 ^b 0,028*
	Erkek	25	78,1	4	44,4	67	53,2	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	9	28,1	8	88,9	50	39,7	χ^2 :11,282 ^a 0,016*
	Lise	17	53,1	0	0,0	54	42,9	
	≥Üniversite	6	18,8	1	11,1	22	17,5	
Medeni Durum	Bekar	23	71,9	4	44,4	100	79,4	χ^2 :6,002 ^b 0,049*
	Evli	9	28,1	5	55,6	26	20,6	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	14	43,8	1	11,1	27	21,4	χ^2 :7,750 ^b 0,021*
	Çalışmıyor	18	56,3	8	88,9	99	78,6	
Ekonomik Durum	İyi	8	25,0	1	11,1	27	21,4	χ^2 :8,862 ^b 0,065
	Orta	21	65,6	3	33,3	69	54,8	
	Kötü	3	9,4	5	55,6	30	23,8	
Sosyal Güvence	Var	26	81,3	5	55,6	91	72,2	χ^2 :2,536 ^b 0,281
	Yok	6	18,8	4	44,4	35	27,8	
Psikiyatrik Tanı	Bipolar	13	40,6	0	0,0	34	27,0	χ^2 :7,147 ^a 0,097
	Psikoz	1	3,1	0	0,0	11	8,7	
	Şizofreni	18	56,3	9	100,0	81	64,3	
Tanı Yılı	Min-Maks (Medyan)	2-30	8	11-30	22	1-35	13	χ^2 :18,595 ^d 0,001**
	Ort±Ss	9,50±6,24		23,11±6,35		14,18±8,55		
	1-3 Yıl	4	12,5	0	0,0	14	11,1	
	4-6 Yıl	8	25,0	0	0,0	12	9,5	
	7-10 Yıl	8	25,0	0	0,0	20	15,9	
	11-15 Yıl	5	15,6	1	11,1	24	19,0	
	≥15 Yıl	7	21,9	8	88,9	56	44,4	
Kronik Hastalık	Yok	25	78,1	5	55,6	93	73,8	χ^2 :1,850 ^b 0,396
	Var	7	21,9	4	44,4	33	26,2	
Düzenli İlaç Kullanma	Evet	31	96,9	1	11,1	97	77,0	χ^2 :26,349 ^a 0,001**
	Hatırlayınca	1	3,1	4	44,4	17	13,5	
	Hayır	0	0,0	4	44,4	12	9,5	

^aFisher Freeman Halton Test

**p*<0,05

***p*<0,01

^bPearson Chi-Square Test

^dKruskal Wallis Test

Tablo 5'de; tedavi yöntemlerine göre hastaların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*=0,002; *p*<0,01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanan hastaların yaşları, sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,004; *p*=0,016; *p*<0,05).

Sadece tıbbi tedavi kullanan hastaların 31-40 (%53,1) yaş arasında olması oranı, tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların 51-60 (%55,6) yaş arasında olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları çoğunlukla 31-50 yaş grubunda (%60,4) görülmekle birlikte her yaş grubunda kullanımın olduğu görülmektedir. (Tablo 5)

Cinsiyetler bakımından hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$). Erkeklerin sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%78,1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sadece geleneksel tedavi kullanma oranları kadınların yüksek bulunurken, (%55,6) tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları erkeklerde (%53,2) yüksek bulunmuştur. (Tablo 5)

Öğrenim durumuna göre bireylerin kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,016$; $p<0,05$). Öğrenim durumu ilköğretim olan hastaların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9), sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullananlar arasında farklılık saptanmamıştır. Öğrenim durumu lise mezunu olanların sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%53,1) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu üniversite ve üzeri olan hastalarda sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%18,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur. (Tablo5)

Medeni duruma göre hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,049$; $p<0,05$). Evlilerin sadece geleneksel ve tamamlayıcı kullanma oranları (%55,6) bekarlara göre yüksek saptanırken, bekarların tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%79,4) yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda bekarların sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%71,9) evlilere göre yüksek saptanmıştır. (Tablo 5)

Çalışma duruma göre kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,021$; $p<0,05$). Çalışanların sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%43,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır. Çalışmayanların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9) sadece tıbbi tedavi ve tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek saptanmıştır. (Tablo 5)

Tedavi yöntemlerine göre hastaların tanı süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullananların tanı süreleri, sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,014$; $p<0,05$). Aynı şekilde tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananların tanı süreleri, sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,011$; $p<0,05$). Sadece tıbbi tedavi kullananların tanı süresinin 4-6 yıl arasında olması oranı (%25) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananların tanı süresinin 15 yıl ve üzerinde olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı her yaşta görülmektedir. (Tablo 5)

Düzenli ilaç kullanımına göre hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Sadece tıbbi tedavi kullananlarda düzenli ilaç kullanma oranı (%96,9) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlarda düzenli ilaç kullanımı görülme oranı (%77) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastaların hatırlatılınca ilaç kullanıyor olması oranı (%44,4) sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır.

Sosyal güvence varlığı, ekonomik durum, psikiyatrik tanı ve psikiyatri dışı kronik hastalığın varlığı bakımından kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 5)

5.TARTIŞMA

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumlarının, bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımları üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonuçları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumları, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanım sıklıkları ve bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklere göre kullanılan tedavi yöntemleri olmak üzere üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumları

Tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananların oranı hem ulusal hem de uluslararası alanlarda görülmektedir. Bu çalışmada bireylerin %75,4'ünde tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanıldığı belirlenmiştir. Uluslararası literatür incelendiğinde, psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının %19,3 ile %63 oranında değiştiği görülmektedir (Kessler ve ark. 2001; Elkins ve ark. 2005; Bystritsky ve ark. 2012; Strejilevich ve ark. 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalarda birçok farklı terimin kullanıldığı görülmektedir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile yapılan çalışmalarda tıp dışı çare arayışları ve geleneksel yardım arama davranışları incelendiğinde %40 ile %57,5 oranında kullanım olduğu görülmektedir (Yaşan ve Gürgeç, 2004; Güleç ve ark. 2006; Ünal ve ark. 2007; Bahar, 2010; Güner ve Ünal, 2012; Sarıkoç, 2015). Bahçeci ve arkadaşları (2013) 5 ilde 1027 psikiyatrik tanısı olan hasta ile yaptığı çalışmada %22,2 oranında tıbbi tedaviye ek olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını olduğu görülmüştür. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarını inceleyen bir başka araştırmada ise hastaların %39,7 oranında geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullandıkları belirlenmiştir (Bal,2017). Ruhsal hastalıkların olma nedenleri olarak doğaüstü güçlerin ve kötü ruhların varlığı, inançların etkisi ve damgalanma korkusu nedeni ile psikiyatrik hastalığın tedavisi için tıp dışı çare arama davranışlarına başvurulduğu düşünülmektedir. Özşen ve arkadaşları (2013) yaptığı çalışmada, hasta yakınlarının ilk olarak psikiyatriste gitmeme sebepleri sırasıyla; hastalığı fiziksel bir hastalık olarak düşünmeleri, hastalığın tedavisi için verilen ilaçların yan etkileri, hastalarının psikiyatriste gitmek istememesi ve diğer insanların kötü değerlendireceği korkusu olduğu saptanmıştır.

Bireylerin kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ilişkin bilgiyi %54,1'inin ailesinden ve en az olarak %6,7 oranında sağlık çalışanlarından bilgi edindikleri görülmektedir. Sarıkoç'un (2015) çalışmasında psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin yakınlarıyla yapılan çalışmada, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini birincil derece yakınlarından (%52,5) öğrenildiği sonucuna varılmıştır. Adana'da psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin oranı bildirilmeden çoğunlukla hekimlerden bilgi aldığı bildirilmektedir (Bal, 2017). Çalışmalardaki farklılıkların örneklem grubunun özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sağlık profesyonellerine danışmanın az olma sebebinin reddedilme düşüncesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların %51,1'inin geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin etkinliğine inandığı belirlenmiştir. Güleç'in (2006) Türkiye ve Almanya'da yaşayan Türkler ile karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada, tıp dışı tedavi arayışlarında etkinliğine inanma Türkiye'de %30,4, Almanya'da %18,2 olarak bulunmuştur. Kültürel inanışlar her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde, her coğrafi bölgede değişiklik gösterebilmektedir.

Çalışmamızda hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedaviyi son kullanma süreleri 15 gün ile 30 yıl arasında değişmekte olup, %29,6'sının 10 yıl ve üzerinde kullandığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada hastalığın süresi ile geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Uzun süredir tanısı olan hastaların geleneksel yöntemlere başvurma oranı fazladır (Yaşan ve Gürgen,2004). Çalışma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Hastalığın kronik olması, tümüyle iyileşmeyişi, işlevselliğin azalması, hastalığın ruhsal ve fiziksel olarak yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin artmasına bağlı olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanım süresini uzattığı düşünülmektedir.

Hastaların %50,3'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini geleneksel şifacıardan (dini unvanlı hoca) temin ettiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde ülkemizde psikiyatri hastalarının tıp dışı çare ama davranışlarının incelendiği çalışmalarda geleneksel/dinsel (türbe-yatır ziyareti, hocaya gitme, dua okuma-okutma, muska) yöntemlere başvurma oranlarının %12,3 ile %100 arasında değişmekte olduğu

görülmektedir (Ünal ve ark. 2001; Yaşan ve Gürgen, 2004; Güleç ve ark. 2006; Ünal ve ark. 2007; Bahar, 2010; Güleç ve ark. 2011; Güner ve Ünal, 2012; Özşen, 2013; Sarıkoç, 2015; Bal, 2017). Ruhsal hastalığın nedeninin kültürel ve inançsal olarak cin çarpması, şeytan girmesi gibi doğaüstü batıl güçlere atfedilmesinden kaynaklanan tedavi yöntemi olarak ilk başvurulan yerlerin geleneksel / dinsel şifacılar olduğu (dini unvanlı) düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %45,2'sinin geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin yararının veya zararının olmadığını bildirerek nötr kalmıştır. Literatür incelendiğinde, Arjantin-Kolombiya karşılaştırmalı çalışmada bipolar tanısı olan bireylerin kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviden %52'sinin yarar gördüğü bildirilmiştir (Strejilevich ve ark. 2012). Psikiyatri polikliniğine başvuran hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada başvurdukları yöntemin %78,7 etkilemediği görülmektedir (Sarıkoç,2015).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların başvurdukları geleneksel yöntemlerden %65,2 hiç yarar görmediği görülmüştür (Yaşan ve Gürgen,2004). Psikiyatri hastalarının tıp dışı çare arayışlarının incelendiği çalışmada %36,8 biraz fayda gördüğü sonucuna varılmıştır (Bahar,2010). Bu konuda farklılığı oluşturan kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden beklentileri ve hastalıkları hakkında bilgileri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %73,3'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken hiç sorun yaşamadığı, sorun yaşayan bireylerin %16,3'ünün maddi olarak zorlandığı görülmüştür. Ayrıca %63,7'sinin geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden memnun kalması da bu sonucu desteklemektedir. Literatür incelendiğinde psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların geleneksel tedavi yöntemlerini kullanırken %77,1 oranında ilaç bırakma sorunuyla karşılaştığı görülmektedir (Yaşan ve Gürgen, 2004). Psikiyatri hastalarının tıp dışı çare arama arayışlarının incelendiği çalışmada %19,8 kötüleşme görüldüğü sonucuna varılmıştır (Bahar, 2010). Çalışma sonuçları literatürle farklılık göstermektedir. Düzenli ilaç kullanımının olması, seçilen örneklem grubunun alevlenme döneminde olmaması, çalışmanın toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastalar olması nedeni ile kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemin çeşidi-süresi-doğru uygulanışının sorun yaşama durumunu etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin %53,3'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler için gelirinin küçük kısmını ayırdığı belirlenmiştir. Yaşan ve Gürgen'in (2004) psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin geleneksel yardım arayışlarında %87,3'ünün maddi kaynak ayırdığı görülmektedir. Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yaygınlığı, çeşitliliğinin çok olması, kolay ulaşılabilirliğinin ve maliyetinin düşük olmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin %82,2'sinin kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini hekim veya hemşireye danışmadığı, danışmama sebebi olarak ise gerek duymadığını (%73) belirtmiştir. Yanı sıra bireylerin %59,3'ünün danışmanlık almak istediği, danışmanlık almak istedikleri kişinin %51,1'inin hekim olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Elkins ve ark.(2005) yaptığı çalışmada hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini hekime danışanların %21 olduğunu bildirmiştir.

Ülkemizde psikiyatri polikliniğine başvuran hasta yakınlarıyla yapılan çalışmada "kullandığınız tıbbi tedavi dışındaki uygulamalar hakkında sağlık personeline bilgi verdiniz mi" sorusuna %59,3 "hayır" cevabı verilmiştir (Sarıkoc, 2015). Çalışmamızdaki bulgularda da geleneksel ve tamamlayıcı tedaviden haberdar olma yolları arasında en az bilgiyi hekim ve hemşireden alması desteklemektedir. Dolayısıyla psikiyatri hastalarının kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri sağlık profesyonellerine açıklamadığı görülmektedir. Bunun nedeninin sonunda alacağı olumsuz tepkiler olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin %54,1'inin kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini tavsiye ettiği görülmüştür. Bahar'ın (2010) Gaziantep'te psikiyatri hastalarının tıp dışı çare arayışlarını incelendiği çalışmada, %56,6'sının tavsiye ettiği görülmektedir. Çalışma sonuçlarının benzer olduğu, çalışmamızda psikiyatri hastalarının kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden ne yarar ve zarar gördüğü bulgusunun yüksek olması tavsiye etme oranını desteklediği görülmektedir.

5.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Kullanım Sıklıkları

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin sıklıkları incelendiğinde 3 gruba ayrılmış olup en fazla kullanılan yöntemlerin dini uygulamalar olduğu görülmektedir. Fitoterapi ürünlerinde hiç kullanılmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunluktadır. Sırasıyla %35,9 bitki çayları, %20,4 vitamin, %16,8 zencefil ve %12 sarımsak olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Kessler ve ark.(2001) anksiyete ve depresyon tanısı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada vitamin kullanımını sırasıyla %3,4 - %3,6 bitkisel tedavi kullanım oranını %3,3 - %4,3 olarak bildirmiştir. Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise en sık kullanılan doğal yöntemlerin sırasıyla %20 ginkgo biloba, %20 ginseng ve %15 sarımsak olduğu görülmektedir (Elkins ve ark. 2005).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık kullanılan doğal yöntemin %17,9 besin takviyesi ve %26,3 bitkisel tedavi olduğu bildirilmiştir (Bal, 2017). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların hastaneye başvurmadan önceki yardım arayışlarının incelendiği bir çalışmada ise bitki çayının kullanımı %4,5 olarak bulunmuştur (Güner ve Ünal, 2012). Psikiyatri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını incelenen çalışmada bitkisel tedavi %64 vitamin ve mineral kullanımı %5,7 olarak bulunmuştur (Bahçeci ve ark. 2013).

Bystritsky ve ark.(2012) yaptığı çalışmada en sık kullanılan yöntemin %21 oranında bitkisel tedavi olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde ve yurt dışı çalışmalarda da görüldüğü üzere bitkisel tedavilere başvurma sıklığının benzer olduğu yanı sıra yurt dışında yapılan çalışmada ginkgo biloba, ginseng kullanımının yüksek olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, dünya üzerinde tıbbi amaçlarla kullanılan yaklaşık 70.000 bitkinin 21.000 kadarı ilaç sanayinde kullanılmaktadır. Ülkemizde çoğu doğal yetişen türlerin sadece 1.000 kadarı tıbbi amaçla kullanılmaktadır (Kaya, 2010). Vücudun ihtiyaç duyduğu ve dışarıdan takviye olarak alınan ürünlerin direnç attırıcı, bağışıklık güçlendirici, enerji verici etkilerinin olduğu bilinmektedir. Kolay ulaşılabilirliği ve ucuz maliyette olması bunun en büyük etkenlerindedir. Bu nedenle destekleyici ve tamamlayıcı tedavilerin kullanımı oldukça sık rastlanmaktadır.

Beden ve zihin uygulamalarının tedavi yöntemi olarak kullanım sıklıkları incelendiğinde, hiç kullanmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunluktadır. Sırasıyla %26,3 müzik terapi, %18 nefes egzersizi, %9,6 hareket terapileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Kessler ve ark.(2001) anksiyete ve depresyon tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada sırasıyla en sık kullanılan yöntemlerin sırasıyla %34,4 - %30,2 gevşeme teknikleri olduğunu bildirmiştir. Psikiyatri hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada ise en sık kullanılan yöntemlerin sırasıyla %20 meditasyon ve %18 gevşeme teknikleri olduğu bildirilmektedir (Elkins ve ark. 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların en sık kullandıkları yöntem %2,2 gevşeme teknikleri olarak bulunmuştur (Bal,2017). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların hastaneye başvurmadan önce yardım arayışlarının incelendiği çalışmada en sık kullanılan yöntem %28,8 spor yapmak olarak bulunmuştur (Güner ve Ünal,2012). Psikiyatri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı incelenen çalışmada en sık kullanılan yöntem %1,8 refleksoloji olarak bulunmuştur (Bahçeci ve ark. 2013). Çalışma bulgularımız literatürle karşılaştırıldığında kültürler arası farklılıkların olduğu açıkça görülmektedir. Ülkemizde beden zihin uygulamalarının tamamına yakını sosyal güvenlik kurumu kapsamına girmemektedir bu sebepten gerek maliyetin pahalı olması gerekse beden zihin uygulamaları hakkında bilgi düzeylerinin az olması kullanım sıklığını etkilediği düşünülmektedir.

Diğer geleneksel ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının tedavi yöntemi olarak kullanım sıklığına bakıldığında, hiç kullanmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunluktadır. Sırasıyla %26,9 yatır ziyareti, %26,3 dua okumak, %25,7 şifacıya gitmek (dini unvanlı), %21,6 kurşun döktürmek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde Amerika Birleşik Devletlerinde psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda en sık kullanılan yöntemin %9,9 ile %28 oranları arasında manevi şifa olduğu bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2001; Elkins ve ark. 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Özşen (2013) şizofreni hasta yakınlarının yardım arama davranışını incelediği çalışmada hocaya-türbeye götürmek %18,5 oranında bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların en sık kullandığı yöntemin %40,1 manevi şifa olduğu görülmektedir (Bal, 2017). Psikiyatri hastalarının tıp dışı çare arayışlarını inceleyen araştırmada %78,3'ünün dini unvanlı isimler olduğu ve %42,5 dua okutma/muska yazdırma olduğu görülmüştür (Bahar, 2010). Türkiye ve Almanya'da yaşayan Türkler ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada tıp dışı tedavi arama davranışında din görevlilerine başvurma oranı yüksek bulunmuştur (Güleç, 2006).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların geleneksel yöntemlerden en çok kullandıkları sırasıyla %82,1 din görevlilerine başvurma ve %61 yatır ziyareti olarak bulunmuştur (Yaşan ve Gürgeç,2004). Psikotik hastalarda çare arama davranışlarının incelendiği bir başka çalışmada %46,6 dini yöntemler olarak bulunmuştur (Ünal, 2007). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların hastaneye yatmadan önceki yardım arama davranışlarının incelendiği çalışmada sırasıyla %100 türbe ziyareti, %95 hocaya gitme, %33,3 dua okuma ve %5 kurşun döktürme olarak bulunmuştur (Güner ve Ünal, 2012). Psikiyatri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını inceleyen bir başka çalışmada ise en sık kullanılan yöntem %16,7 manevi uygulamalar olarak bulunmuştur (Bahçeci ve ark. 2013). Ruhsal hastalıkların doğaüstü güçlerin varlığı hurafe ve batıl inançlardan etkilenmesi nedeniyle doğrudan psikiyatrik hastalığın getirdiği belirtilere yönelik tedavi amaçlı bilimsel tıbbın alternatifi olarak düşünüldüğü söylenebilir.

5.3.Bireysel ve Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Bireysel özelliklere göre kullanılan tedavi yöntemleri incelendiğinde sadece tıbbi tedavi kullanan hastaların 31-40 (%53,1) yaş arasında olması oranı, tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların 51-60 (%55,6) yaş arasında olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları çoğunlukla 31-50 yaş grubunda (%60,4) görülmekle birlikte her yaş grubunda kullanımın olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde Amerika Birleşik Devletlerin yapılan çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların yaş grubu arasında anlamlı fark bulunmazken yapılan bir başka çalışmada genç yaş grubun kullanma oranı yüksek bulunmuştur (Kessler ve ark. 2001; Bystritsky ve ark. 2012). Strojilevich ve ark.(2012).Arjantin-Kolombiya karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumu ve tıp dışı yardım arama davranışları incelendiğinde yaş grupları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Bahçeci ve ark. 2013; Bahar, 2010; Güner ve Ünal, 2012).

Adana'da psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan bireylerin yaş grubu yüksek olarak saptanmıştır (Bal,2017). Literatürde görüldüğü üzere farklı sonuçlar bulunmuştur. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavinin her yaş grubunda kullanıldığı görülmektedir. Bu farklılığın sebebi kültürel faktörler olduğu düşünülmektedir.

Erkeklerin sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%78,1) ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma oranları (%53,2) kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, sadece geleneksel tedavi kullanma oranları kadınlarda (%55,6) erkeklere oranla yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmazken, yapılan bir başka çalışmada ise kadınların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri daha çok kullandığı ama kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2001; Bystritsky ve ark. 2012). Ünal ve ark.(2001) yaptığı çalışmada erkeklerin %16,7'sinin geleneksel (dini) yöntemlere başvurma oranları kadınlara göre yüksek saptanırken, kadınların %33'ünün psikiyatriste başvurma oranları erkeklere göre yüksek saptanmıştır. Ünal ve Kaya'nın(2006) yaptığı çalışmada kadınların tıp dışı yardım arayışlarının erkeklere oranlara yüksek olduğunu bildirmiştir. Yalvaç ve ark.(2015) yaptığı doğu ve batı karşılaştırmalı çalışmada her iki bölgedeki tüm bireyler değerlendirildiğinde cinsiyetlerle dinsel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken, psikiyatriste başvurma davranışı erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşmıştır. Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde cinsiyet ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Türkiye ve Almanya'da yaşayan Türkler ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada tıp dışı tedavi arama davranışlarının incelendiği çalışmada erkekler arasında anlamlı fark bulunmazken Almanya'da yaşayan kadınların %65,5'inin din görevlilerine başvurma oranı Türkiye'de yaşayan kadınlara göre anlamlı bulunmuştur (Güleç ve ark. 2006). Psikotik hastalarda çare arama davranışını inceleyen çalışmada kadınlarda %55,3 daha yüksek bulunmuştur (Ünal, 2007). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımları ve yardım arama davranışlarının incelendiği çalışmalarda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Bahçeci ve ark. 2013; Bahar, 2010; Güver ve Ünal, 2012). Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarında çoğunlukla cinsiyetler arası fark görülmemiştir.

Ancak kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere daha çok başvurduğu görülmektedir. Psikotik bir hastalık durumunu açıklama ve çare arama davranışında cinsiyetin rolünü araştıran bir çalışmada kadınların kendilik duygusu ve kendilik saygısının büyük ölçüde kişilerarası ilişkilerle gerçekleştiği, erkeklerin kendilerini gerçekleştirdikleri alanın ise iş ve meslek alanı olduğu düşünceleri ile paralellik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Kaya ve Ünal, 2006). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımları ve cinsiyet arasındaki ilişki için ileri incelemeye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Öğrenim durumu ilköğretim mezunu olan hastaların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9), sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullananlar arasında farklılık saptanmamıştır. Öğrenim durumu lise mezunu olan hastalarda sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%53,1) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

Öğrenim durumu üniversite ve üzeri olan hastalarda sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%18,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Yaşan ve Gürgen'in (2004) yaptığı çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve geleneksel yardım arama davranışında bulunmayan bireylerin eğitim düzeyinin, psikiyatri polikliniğine başvuran ve geleneksel yardım arama davranışında bulunan bireylere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Ünal ve ark.(2007) yaptığı çalışmada ilköğretim mezunu olan bireyler kendileri için çareyi daha yüksek oranda dinsel yöntemlerde ararken, aileleri için psikiyatride aramaktaydı. Yalvaç ve ark.(2015) yaptığı karşılaştırmalı çalışmada eğitim düzeyi ilkokul ve altı olan bireylerin ortaokul ve üstü olan bireylerle dinsel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, eğitim düzeyi ortaokul ve üstü olan bireylerin psikiyatriste başvurma oranları fazla bulunmuştur. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımının incelendiği çalışmada eğitim düzeyi düşük olanlarda başvurma oranı daha fazla görülmüştür (Bal, 2017). Bahçeci ve ark.(2013) tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının incelendiği çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların

tıbbi tedaviye ek tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını yüksek bulunmuştur. Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde eğitim durumu ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Psikiyatri hastalarının yardım arama davranışının incelendiği çalışmalarda öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Güner ve Ünal, 2012; Bahar, 2010). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2001). Yapılan araştırmalar incelendiğinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Sadece geleneksel yöntemlere başvuran ve dinsel çare arayışının olduğu çalışmalarda eğitim düzeyi düşük saptanırken, tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda eğitim düzeyinin arttığı görülmektedir.

Evlilerin sadece geleneksel ve tamamlayıcı kullanma oranları (%55,6) bekarlara göre yüksek saptanırken, bekarların tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%79,4) yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda bekarların sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%71,9) evlilere göre yüksek saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ünal ve Kaya'nın (2006) yaptığı çalışmada bekar bireylerin tıp dışı çare arayışlarının evlilere oranla yüksek olduğu bildirilmiştir.

Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde medeni durum ile ilişki bulunmamıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarının yardım arama davranışının ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımlarının incelendiği çalışmalarda medeni durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Güner ve Ünal, 2012; Bahçeci ve ark. 2013; Kessler ve ark. 2001). Literatürde çoğunluklu olarak medeni durum anlamlı bulunmadığı gibi bekar bireylerin evlilere göre daha yüksek oranda geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere başvurduğu görülmektedir. Çalışmamızda bekar hastaların yüksek oranda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışan hastaların sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%43,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır. Çalışmayanların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9) sadece tıbbi tedavi ve tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek saptanmıştır. Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde çalışma durumu ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatür kapsamında yetersiz çalışmaya ulaşılmaktadır. Çalışıyor olmanın getirdiği sigorta kapsamında tıbbi tedaviden yararlanmanın ağırlıklı olduğu düşünülmektedir.

Sadece tıbbi tedavi kullanan hastaların tanı süresinin 4-6 yıl arasında olması oranı (%25) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananların tanı süresinin 15 yıl ve üzerinde olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı her yaşta görülmektedir. Literatür incelendiğinde Yaşan ve Gürgen'in (2004) yaptığı çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve geleneksel yardım arama davranışı bulunan bireylerin tanı sürelerinin, psikiyatri polikliniğine başvuran ve geleneksel yardım arama davranışı bulunmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Psikiyatri hastalarının tıp dışı yardım arama davranışlarının incelendiği çalışmada ise tanı yılı anlamlı bulunmamıştır. Tanı yılı 3 yıla kadar incelenmiştir (Bahar, 2010). Yapılan çalışma bulgularına bakıldığında tanı yılı düşük olanların sadece tıbbi tedavi kullanma durumları daha yüksek saptanmıştır. Tanı yılı arttığında geleneksel yöntemlere başvurulduğu belirlenmiştir. Hastalığın kronik bir hastalık olması, tedavinin ömür boyu devam ediyor olması, hastalığın bireyler üzerinde çaresizlik ve umutsuzluk gibi olumsuz etkileri gün geçtikçe bireyleri tıp dışı çare aramaya ittiği düşünülmektedir.

Sadece tıbbi tedavi kullanan hastalarda düzenli ilaç kullanma oranı (%96,9), sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan (%11,1) ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi (%77) yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastalarda düzenli ilaç kullanım görülme oranı (%77) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

Ayrıca sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastaların hatırlatılınca ilaç kullanıyor olması oranı (%44,4) sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır. Bahar'ın (2010) çalışmasında psikiyatri hastalarının tıp dışı çare arama davranışının incelendiği çalışmada dini unvanlı görevlilerin hastalara %51,9 oranında ilaç kesme önerdiği görülmüştür. Yapılan çalışma bulguları incelendiğinde sadece tıbbi tedavi kullananların düzenli ilaç kullanma ile doğru orantılı olduğu görülmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavilere başvuran bireylerde iyileşme düşüncesiyle ilaç bırakma, aksatma ve düzenli ilaç kullanımında azalma olduğu düşünülmektedir.

Ekonomik duruma göre hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde Ünal ve Kaya'nın (2006) yaptığı çalışmada gelir düzeyi düşük bireylerin tıp dışı çare arayışlarının gelir düzeyi yüksek bireylere göre fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yalvaç ve ark.(2015) yaptığı karşılaştırmalı çalışmada gelir düzeyi ile dinsel çare arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken, orta gelir düzeyi olan bireylerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatriste başvurdukları, gelir düzeyi düşük olan bireylerin çare arayışında olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları incelendiğinde gelir düzeyi düşük olanlarda daha fazla görülmüştür (Bal, 2017). Psikiyatri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının incelendiği çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların tıbbi tedaviye ek olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı yüksek bulunmuştur (Bahçeci ve ark. 2013). Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri incelendiğinde ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Psikiyatri hastalarının tıp dışı yardım arama davranışları

incelendiđi çalıřmada ekonomik durum anlamlı bulunmamıřtır (Bahar, 2010). Arjantin-Kolombiya karřılařtırmalı çalıřmada ekonomik durumu dūřuk ve orta seviyede olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranlarının yūksək olduđu bildirilmiřtir (Strejilevich ve ark. 2012). Çalıřma sonuçlarına bakıldıđında çalıřan bireylerin tıbbi tedavileri kullanma oranı ile ekonomik durumun dođru orantılı olduđu gōrūlmektedir. Maddi yeterliliklerin bařvurulan tedavi yōntemi ve sıklıklarını etkilediđi dūřūnūlmektedir.

Sosyal gūvence varlığına gōre hastaların kullandıkları tedavi yōntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Altın ve Avcı'nın (2006) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yōnelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yōntemleri incelendiğinde sosyal gūvence varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir. Çalışma bulgularımız benzerlik gōstermektedir.

Psikiyatrik tanıya gōre bireylerin kullandıkları tedavi yōntemlerinin dađılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıřtır. Literatūr incelendiđinde psikiyatri polikliniđine bařvuran hastaların hastaneye yatmadan ōnceki yardım arayıřlarının incelendiđi çalıřmada psikiyatrik tanı anlamlı bulunmuřtur. Psikotik tanısı olan hasta grubunun geleneksel yōntemlere bařvurma oranı diđer tanılara gōre yūksək bulunmuřtur (Gūner ve Ūnal,2012). Psikiyatri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının incelendiđi çalıřmada psikotik bozukluđu olan hasta grubunda manevi uygulamaların kullanımı yūksək bulunmuřtur.19 hastadan 12'sinin manevi uygulamalara bařvurduđu bildirilmiřtir (Bahçeci ve ark. 2013). Hastalıđın tanısı, hastalıđın getirdiđi sanrı ve hezeyanların varlıđı ve tūrū ile iliřkilendiđi dūřūnūlmektedir.

Psikiyatrik tanı haricinde kronik hastalığın varlığına gōre bireylerin kullandıkları tedavi yōntemlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Altın ve Avcı'nın (2016) evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yōnelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yōntemleri incelendiğinde kronik hastalık yōnūnden istatistiksel olarak anlamlı fark gōstermektedir.

Kronik hastalığın varlığı ve kronik hastalığın tedavisi ömür boyu süreceği düşünceci bireyleri tıp dışı alternatif yöntemlere itmektedir. Düzenli ilaç kullanma zorunluluğu hastaları fizyolojik ve psikolojik olarak yıprattığı ve başka çare arama davranışlarında bulunduğu düşünölmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanım durumlarının belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler;

- Çalışmaya katılan hastaların %57,5'i erkek, yaşları 21 ile 70 arasında değişmekte olup %33,5'i 31-40 yaş aralığında ve ortalaması $41,58 \pm 10,94$ olarak saptanmıştır. Hastaların %42,5'inin lise mezunu, %76'sının bekar, %74,9'unun çalışmadığı, %55,7'sinin ekonomik durumunun orta olduğu ve %73,1'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %64,7'sinin şizofreni tanısı olduğu, tanı sürelerinin 1-35 yıl arasında değişmekte olup %42,5'i 15 yıl ve üzerinde ve ortalaması $13,77 \pm 8,52$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %73,7'sinde psikiyatri haricinde kronik hastalığı olmadığı, %69,5'inin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün olmadığı, psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan ailelerin %60,8'inin 1.dereceden yakını olduğu, %100'ünün psikiyatrik tedavi için son 1 aydır ilaç tedavisi uygulandığı, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri arasında %41,3'ünün sadece ilaç tedavisi olduğu ve %77,2'sinin düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır.
- Hastaların %75,4'ünün tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığı, %54,1'inin ailesinden bilgi edindiği, %51,1'inin etkinliğine inandığı, son kullanma sürelerinin 15 gün ile 30 yıl arasında değişmekte olup, %29,6'sının 10 yıl ve üzerinde süredir kullandığı ortalama kullanma süresi $6,85 \pm 8,36$ yıl olarak saptanmıştır.
- Hastaların %50,3'ünün geleneksel şifacılar (dini unvanlı) gittiği, %45,2'si geleneksel ve tamamlayıcı tedavinin yararının veya zararının olmadığı, %73,3'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken hiç sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %16,3'ünün maddi olarak zorlandığı, %63,7'sinin geleneksel ve tamamlayıcı tedaviden memnun kaldığı, %53,3'ünün geleneksel ve tamamlayıcı

tedaviye gelirinin küçük kısmını ayırdığı, %82,2'sinin geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanırken hekim veya hemşireye danışmadığı, danışmama sebebi olarak %73'ünün danışmaya gerek duymadığı, %59,3'ünün danışmanlık almak istediği, %51,9'unun hekimden danışmanlık almak istediği ve %54,1'inin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin tavsiye ettiği saptanmıştır.

- Bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanım sıklıkları incelendiğinde fitoterapi ürünleri arasında hiç kullanmama oranları yüksek saptanırken, nadiren kullanılan ürünler çoğunluktadır. Sırasıyla %35,9 bitki çayları, %20,4 vitamin, %16,8 zencefil ve %12 sarımsak olarak saptanmıştır.
- Beden ve zihin uygulamalarının tedavi yöntemi olarak kullanım sıklıkları incelendiğinde, hiç kullanmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunluktadır. Sırasıyla %26,3 müzik terapi, %18 nefes egzersizi, %9,6 hareket terapileri, %4,2 meditasyon ve %3 yoga olarak saptanmıştır.
- Diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının tedavi yöntemi olarak kullanım sıklığına bakıldığında, hiç kullanmama oranları yüksek olup nadiren kullananlar çoğunluktadır. Sırasıyla %26,9 yatır ziyareti, %26,3 dua okumak, %25,7 şifacıya gitmek (dini unvanlı), %21,6 kurşun döktürmek olarak saptanmıştır.
- Bireysel özelliklere göre kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve düzenli ilaç kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Sadece tıbbi tedavi kullanan hastaların 31-40 (%53,1) yaş arasında olması oranı, tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan bireylere göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananların 51-60 (%55,6) yaş arasında olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları çoğunlukla 31-50 yaş grubunda (%60,4) görülmekle birlikte her yaş grubunda kullanımın olduğu görülmektedir.

- Erkeklerin sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%78,1) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sadece geleneksel tedavi kullanma oranları kadınların yüksek bulunurken, (%55,6) tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanma durumları erkeklerde (%53,2) yüksek bulunmuştur.
- Öğrenim durumu ilköğretim mezunu olanların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9), sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullananlar arasında farklılık saptanmamıştır. Öğrenim durumu lise mezunu olanlarda sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%53,1) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu üniversite ve üzeri olan bireylerde sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%18,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek bulunmuştur.
- Evlilerin sadece geleneksel ve tamamlayıcı kullanma oranları (%55,6) bekarlara göre yüksek saptanırken, bekarların tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%79,4) yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda bekarların sadece tıbbi tedavi kullanma oranı (%71,9) evlilere göre yüksek saptanmıştır.
- Çalışanların sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%43,8) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır. Çalışmayanların sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanma oranı (%88,9) sadece tıbbi tedavi ve tıbbi tedaviye ek geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullananlara göre yüksek saptanmıştır.

- Sadece tıbbi tedavi kullananların tanı süresinin 4-6 yıl arasında olması oranı (%25) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların tanı süresinin 15 yıl ve üzerinde olması oranı da, sadece tıbbi tedavi kullanan ve tıbbi tedavi yanında ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımını her yaşta görülmektedir.
- Sadece tıbbi tedavi kullanan hastalarda düzenli ilaç kullanma oranı (%96,9) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlarda düzenli ilaç kullanımı görülme oranı (%77) sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanan hastaların hatırlatılınca ilaç kullanıyor olması oranı (%44,4) sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanan ve tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullananlara göre yüksek saptanmıştır.
- Hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre kullandıkları tedavi yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde ekonomik durum, sosyal güvence varlığı, psikiyatrik tanı ve psikiyatrik hastalık dışı kronik hastalık varlığına göre dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

6.2.Öneriler

1. Hastaların çoğunlukla tıbbi tedaviye ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığı için hasta tanılarında bu konuya yönelik verilerin toplanması,
2. Hastaların çoğunluğu geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkında bilgiyi ailesinden edindiği ve geleneksel şifacılarla gittiği için yanlış bilgiyi önlemek amacıyla sağlık profesyonellerinin eğitim planlaması ve yapması,
3. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvurma oranı orta ve ileri yaş düzeyinde ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla görüldüğü için bakım verenlerin bu gruplara başvurdukları yöntemin sorgulanması,
4. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin kullanımı ile ilgili geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Acar G, Buldukoğlu K. (2015) Bipolar Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Tamamlayıcı Uygulamalar. *İntegratif Tıp Dergisi*, 2015; 3(2): 92-93.
- Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. Resmi Gazete. 1991; 20885.
- <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf>
- Akkuzu G, Yılmaz B, Ün DD. (2018) Başken Üniversitesi Öğrencilerinin Bütüncül Tıp (İntegratif Tıp) Konusundaki Farkındalıklarının İncelenmesi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2018; 1(1): 10-7.
- Akçay D, Yıldırım A. (2017) Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Ebeveyn Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 2017;17(4): 174-181.
- Alkan E, Özçoban Aslantekin F. (2017) Yoganın Gebelik, Doğum ve Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2017; 64-71.
- Altın A, Avcı İA. (2016) Evde Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hasta Bakımına Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2016; 15(6): 525-531.
- Altuntaş O, Akı E, Huri M. (2015) Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Katılıma Etkisi Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2015; 3(2): 79-86.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı DSM-5(2014) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. KÖROĞLU E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Araz A, Harlak H, Meşe G. (2007) Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(2): 112-122.
- Arı E, Yılmaz V. (2016) Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışların Önerilen Bir Yapısal Model İle Araştırılması. *Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2016; 8(1):13-24.
- Atan G. (2018) Kronik Hastalık Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;11: 21-24.
- Atmaca V. (2010) Eski Medeniyetlerde Günah-Hastalık İlişkisi veya Tanrının Gazabı Meselesi. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2010;34: 99-121.
- Ayçeman N. (2008) Doğal Terapiler ve Wellness. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2008;28(1):267-70.
- Aydın Y, Tekeoğlu İ. (2018) Tamamlayıcı Tıp ve Güncel Apiterapi Uygulamaları. *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 2018;2(2):64-73.
- Aytaçoğlu S. (2014) Ozon Terapi. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2014;31.
- Badenli K, Lök N. (2015) Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları. *İntegratif Tıp Dergisi*, 2015; 3(2): 88-89.
- Bahar A, Sayafı HA, Bahar G. (2010) Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. *New Symposium Journal*, 2010: 48(3).

- Bahçeci B, Bağcıoğlu E, Öztürk A, Bülbül F, Şahiner İV, Tuncer Eryoncu B, Güzel Hİ, Hocaoğlu Ç. (2013) Complementary and Alternative Medicine Use in Patients With Mental Disorders in Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2013; 19(4):22 1-6.
- Bal U, Cengisiz C, Yılmaz E, Karaytuğ Mo, Tamam L. (2017) Prevalence and Characteristics of Traditional and Complementary Medicine Utilization in an Outpatient Psychiatric Population. *Çukurova Medical Journal*, 2017; 42(3): 533-539.
- Birkan ZI. (2014) Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2014,37-49.
- Bulut İ. (2016) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Özellikleri. Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara. 2016;9-62.
- Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. (2009) Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Konusunda Ailelerin Görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2009; 52(4): 195-202.
- Bystritsky A, Hovav S, Sherbourne C, Stein MB, Rose RD, Sills Campbel L, Golinelli D, Sullivan G, Craske MG, Byrme Roy PP. (2012) Use of Complementary and Alternative Medicine in a Large Sample of Anxiety Patients Psychosomatics. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 2012;53: 266-272.
- Cabioğlu MT, Ergene N. (2003) Akupunkturun Etki Mekanizmaları ve Klinik Uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*, 2003; 13(1) :35-40.
- Çam O, Ergin E. (2014) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul.
- Çakmak S, Nural N. (2017) Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 2017; 3(2): 57-64.
- Çelik S, Konkan R, Erkmen H, Tabo A, Erkıran M. (2007) Bitkisel İlaçlar ve Psikiyatride Kullanımı. *Düşünen Adam*, 2007; 20(4): 186-195.
- Çöl Araz N, Taşdemir HS, Parlar Kılıç S. (2012) Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 1(4):239-251.
- Dağ DG. (2017) Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalarda yoganın yaşam doyumu ve depresyona etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Malatya.
- Dağtaş Gülgün CP. (2014) Akciğer Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dedeoğlu B. (2014) Kanseri Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanım Durumları ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Demirsoy G. (2016) Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Dişçi Özer Ö. (2016) Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Erzurum.
- Doğan HD. (2014) Ellerin İyileştirme Sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*, 2014;4(4):89-94.

- Durmaz H, Okanlı A. (2014) Investigation of the Effect of Self-Efficacy Levels of Caregiver Family Members of the Individuals With Schizophrenia on Burden of Care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014; 28(4):290-4.
- Ekmekçi PE. (2018) 3.000 Yıl Öncesinden Günümüze Geleneksel Çin Tıbbı; Tarihi, Bugünü ve Geleceği. *J Tradit Complem Med* 2018;1(3):132-40.
- Elkins G, Rajab MH, Marcus J. (2005) Complementary and Alternative Medicine Use By Psychiatric in Patients. *Psychological Reports*, 2005; 96: 163-166.
- Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt Aİ, Mirza E, Kunak C, Özçelik G, Teğin C, Pazır Y, Pırtı İ. (2011) Uzmanlık ve Tıp Öğrencilerinin Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2011; 4(3): 136-143.
- Ertuğrul A. (2005) Şizofreninin Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(12):6-14.
- Esencan Yılmaz T. (2018) Yoga ve Meditasyonun Doğum Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul 2018;110-116.
- Esmek M. (2007) Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya. 2007;6-24.
- European Federation For Complementary And Alternative Medicine (<http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/> Erişim Tarihi: 27.05.2019)
- Gıda Takviyesi ve Beslenme Derneği (<http://gtbd.org.tr> Erişim Tarihi: 18.07.2019)
- Gönen E. "Gelecekte, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GTA) Yönetmeliği" ile ilgili TOTBİD çalışma grubu raporu. (Sunum)
- Gökdemir G. (2009) Mezoterapinin Etkileri Kanıtlanmış mıdır? *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkdem*, 2009: 43.
- Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. (2011) Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. *Klinik Psikiyatri*, 2011; 14:131-142.
- Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. (2006) Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Çare Arama Davranışı: Türkiye'de ve Almanya'da Yaşayan Türkler Arasında Karşılaştırmalı Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 2006; 9: 36-44.
- Gürün MS. (2016) Tıbbın Alternatifi Olmaz, Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Tıp Denilen Uygulamalara Hekim yaklaşımı, Türk Tabipler Birliği Sempozyumu. 28-29 Mayıs 2016;11-49.
- Harmancı P, Çetinkaya Duman Z. (2016) Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016; 7(2):82-86.
- Herdman EA. (2007) Complementary and Alternative Medicine and Nursing. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2007; 4(2):2-3.
- Homeopati Derneği (<http://homeopatiderneği.org> Erişim Tarihi: 20.09.2019)
- National Center For Complementary And Integrative Health.
- Karadağlı A, Özgür G. (1992) Hemşirelik Süreci ve Psikiyatri Hemşireliği-1. *Türk Hemşireler Dergisi*, 42: 28-29.

- Karacoşkun MD. (2004) Dini İnanç-Dini Davranış İlişkisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2004; 5(2):23-36.
- Karagöz G. (2006) Sırt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşirürji hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kartal Ö, Çalışkaner Z, Şener O. (2011) Astım ve Allerjik Hastalıklarda Akupunktur Tedavisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10(1):107-114.
- Kaya A. (2011) Tıbbi Bitkiler ve Etnobotanik Çalışmalar. Bitkilerle Tedavi Sempozyumu. Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği. İstanbul, 2011;11-17.
- Kaya Y, Ünal S. (2006) Psikotik Bir Hastalık Durumunu Açıklama ve Çare Arama Davranışında Cinsiyetin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 197-203.
- Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal ÇZ, Hayırlıdağ M, Örnek Büken N. (2015) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağının Karşılaştırılması. 2015; 2(2):117-126.
- Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, Eisenberg DM. (2001) The Use of Complementary and Alternative Therapies to Treat Anxiety and Depression in the United States. *Am J Psychiatry*, 2001;158(2): 289-94.
- Khorshid L, Yapucu DÜ. (2005) Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;8(2): 124-130.
- Kılıçarslan M. (2012) Akciğer Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı- Alternatif Tedavi Kullanımı. Akdeniz Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2012.
- Kocal Y, Karakuş G, Sert D. (2017) Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017; 26(2); 251-267.
- Koç M. (2005) Ruh Sağlığı İle Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım. *EKEV Akademi Dergisi*, 2005;9(24):11-32.
- Koçdaş M. (2013) Hekim, Hemşire ve Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Koroğlu E. (2016) *İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk Mani ve Depresyon Nedir ? Nasıl Baş Edilir ?* Hekimler Birliği, Ankara.
- Kula N. (2005) Küreselleşme, Ruh Sağlığı ve Din. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2005; 5(2):7-30.
- Kurt S, Can G. (2013)Refleksoloji, kullanım alanları. *Sağlıkla Dergisi*, 2013;3: 54.
- Küçükaya Güner P, Ünal S. (2012) Help-Seeking Behaviors of Turkish Patients Prior to Accessing a Psychiatric Polyclinic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2012;26(2):145-154.
- Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. World Health Organization 2001; 15-193.
- Mete L, Güleç M. (2018) Şizoaffektif Bozukluk Temel ve Klinik Psikiyatri.(Ed. Karamustafaloğlu O.) Güneş Tıp Yayınevi, Ankara.
- Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. (2015) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem. *Ankara Medical Journal*, 2015;15(2):102- 105.

- National Center For Complementary And Integrative Health. Tai Chi
(<http://nccam.nih.gov/health/taichi/introduction.htm> Erişim Tarihi: 20.09.2019)
- National Center For Complementary And Integrative Health.
(<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> Erişim Tarihi: 17.06.2019)
- Okumuş M. (2016) Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Med J*, 2016;(4):370-82.
- Onbaşılı D, Çelik Yuvalı G, Kahraman S, Kanbur M. (2019) Apiterapi ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 2019;16(1):49-56.
- Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. (2016) Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Geleneksel/Alternatif Tıpla İlgili Görüşleri ve Kullanım Durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2016;15(2):75-82.
- Özcan H, Kızılkaya Beji N. (2016) İnfertilitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2016; 32(1):36-44.
- Özşen Büyüksandıç P. (2013) Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Öztürk MO, Uluşahin MA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008; 11: 242-428.
- Özveren H. (2011) Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011;83-92.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in A General Population. *Arch Gen Psychiatry*; 64: 19-28.
- Report of the Ibc on Traditional Medicine Systems And Their Ethical Implications. UNESCO International Bioethics Com(IBC). 2013
- Reyhani İ.(2019) Madde Psikozu ve Şizofreni Hastalarında Yürütücü İşlev Bozuklukları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Nöroloji Anabilim Dalı, Sinirbilimleri Yüksek Lisans Tezi Malatya. 2019: 3-33.
- Saatçioğlu Ö, Uğur Z, Kamberyan K, Yanık M. (2007) A Psychotic Disorder Related to use of Herbal Preparation. *Case Report*.
- Sagut P. (2012) İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakım Verenlerin Yükünün Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2012: 11-16.
- Saral Ö. (2013) Apiterapik Arı Ürünleri (Bal, Polen, Propolis ve Arı Sütü) Biyoaktif Özellikleri ve Karaciğer Hasarını Önlemedeki Rollerini. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Kimya Anabilim Dalı, Doktora Tezi. Trabzon 2013:3-20.
- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açıkel CH. (2015) Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 4(1):32-38.
- Sis Çelik A, Kırca N. (2018) İnfertil Kadınların Uyguladıkları Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 21(3):178-188.
- Solomon D, Adams J. (2015) The use of Complementary and Alternative Medicine in Adults With Depressive Disorders. A critical integrative review. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 1:179: 101-13.

- Strejilevich SA, Sarmiento MJ, Scapola M, Gil L, Martino DJ, Gil JF. (2013) Complementary and Alternative Medicine Usage in Bipolar Patients From Argentina and Colombia: Associations with Satisfaction. *Journal of Affective Disorders*, 2013; 149(13): 393-7.
- Stuart GW. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed.). Elsevier eBook.
- Summakoğlu D, Ertuğrul B. (2018) Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*. 2018; 2(1):43-61.
- Şahin Say D, Özer Ö, Yanardağ Zubaroglu M. (2018) Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018;6(1):15-25.
- Tanrıverdi D, Ekinci M. (2012) The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 2012; 18:281-288.
- Tanyüksel M, Araz RE, Kuru Ö. (2005) Parazitilik Tanımını Bozan Larvalarla Tedavi: Maggot Tedavi. XIV. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 18-25 Eylül 2005, İzmir. Kongre Kitapçığı, 137.
- Tanyüksel M, Kuru Ö, Araz RE, Kılbaş HZG, Yıldız Ş, Alaca R, Ay H, Şimşek K, Yıldız C, Yurttaş Y, Demiralp B, Devci M, Beşirbellioğlu BA. (2014) Kronik Yaraların Tedavisinde Steril Lucilia Sericata Larva Uygulamaları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2014;58: 218-222.
- Taşçı S. (2015) Kültürlerarası Hemşirelik ve Tamamlayıcı Alternatif Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2015;1(3):34-40.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2011) Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete 2011;27910. (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim Tarihi: 19.09.2019)
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, 2016 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Resmi Gazete 2016;29158. (https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8461/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamaları_yonetmeliği.html Erişim Tarihi: 19.09.2019)
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI, 2016 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve İlgili Mevzuat. (<https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,49458/mevzuat-kitabi.html> Erişim Tarihi: 19.09.2019)
- Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. (2010) Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010;1(1):7-12.
- TOWSEN MC. (2016) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. (Çev. Özcan, C. T. ve Gürhan N) Akademisyen Tıp Kitabevi . Ankara.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. (2010) Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2010;3(1): 103-108.
- Türkoğlu İ, Yıldız E, Mercanlıgil SM. (2017) Şizofreni Hastalarında Metabolik Profil ve Diyet Öyküsü. *Beslenme ve Diyetetik Dergisi*, 2017;47(2):185-193.
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Toplum Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğü, (http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1_-73168/h/ulusal-ruhsagligi-eylem-planı.pdf Erişim Tarihi: 19.09.2019)
- UNESCO 2013.Report of the Ibc on Traditional Medicine Systems And Their Ethical Implications. UNESCO International Bioethics Com(IBC) (Erişim Tarihi: 21.02.2019)

- Ünal A. (2018) Bipolar Bozuklukta Psikoterapi Temel ve Klinik Psikiyatri (Ed. Karamustafalıoğlu O.) Güneş Tıp Yayınevi, Ankara.
- Ünal S, Kaya Y. (2006) Psikoza Açıklama ve Çare Arama Davranışını Etkileyen Sosyal Etkenler-Malatya Örnelemi. *Klinik Psikiyatri*, 2006; 9: 138-147.
- Ünal M, Dağdeviren HN. (2019) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Euras J Fam Med* 2019;8(1):1-9.
- Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. (2001) Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(4):222-229
- Ünal S, Kaya B, Yalvaç HD. (2007) Psikotik Hastalarda Hastalık Açıklama Modeli ve Çare Arama Davranışı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007;18(1):38-47.
- Yanık M. (2007) Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Reviews, Cases And Hypotheses in Psychiatry Özel Sayısı*, 1(3):9-78.
- Yalvaç HD, Kotan Z, Ünal S. (2015) Şizofreni Hastalarında Çare Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler: Türkiye'nin Doğusunda ve Batısındaki İki Popülasyon Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Düşünen Adam, The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015;28: 154-161.
- Yaşan A, Gürgen F. (2004) Psikiyatri ve Fizik Tedavi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Geleneksel Yardım Arama Davranışının Karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 2004; 31(3):20-28.
- Yazıcı A, Saatçioğlu Ö, Coşkun S, Yanık M. (2010) Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu'nun Yapılandırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2010;47: 183-95.
- Yıldırım P. (2014) Tai Chi Egzersizinin Etkileri ve Klinik Uygulamaları. *Türkiye Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi*. 2014;60(Özel sayı 2):36-42.
- Zarfan Y. (2005) Feng Shui ile Yaşamını Yeniden Yarat. 8.Baskı Çeviri: Ayanbaşı S. Akaşa Yayınevi, İstanbul.
- WHO (2002). Who Traditional Medicine Strategy 2002-2005.
(http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf
Erişim Tarihi: 28.08.2019)
- WHO (2013). Traditional Medicine Strategy: 2014-2023
(<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201en/s21201en.pdf>
Erişim Tarihi: 17.09.2019)
- Wang C, Bannuru R, Ramel J, Kupelnick B, Scott T, Schmid CH. (2010) Tai Chi on psychological well-being: systematic review and metaanalysis. *BMC Complement Altern Med* 2010;10:23.
- Williamson EM, Lorenc A, Booker A, Robinson N. (2013) The Rise of Traditional Chinese Medicine and its materia medica: A comparison of the frequency and safety of materials and species used in Europe and China. *Journal of Ethnopharmacology*. 2013;149:(2) 453-462.

8.EKLER

EK I: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelen Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanım Durumlarının İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu 'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Ülkemizde ruh sağlığını koruma ve ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarına yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Yapılacak olan çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini / uygulamalarını kullanma durumları, hangi yöntemleri kullandıkları ve bu uygulamaların bireylere yarar-zarar sağlama derecesini belirlemek açısından ayrıca sağlık çalışanlarının konuya dikkatlerini çekmesi açısından önem taşımaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi kullanma durumlarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken bir adet form verilecektir. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Araştırmacı Seray ATEŞ

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		
Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:

Ek II. HASTA TANILAMA FORMU

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE GELEN BİREYLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KULLANMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Bu anket, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tez araştırması olarak yapılacaktır. Anketin amacı Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tedavileri kullanma durumlarının incelenmesidir.

Anket kişisel özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı ve nedenlerini içeren üç bölümden oluşmaktadır. Araştırmada toplanan veriler gizli tutulacaktır. Araştırmaya yapacağınız katkılarınız için teşekkür ederim. Soruları tam olarak okuduktan sonra, kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Seray Ateş

SORULAR

1. BÖLÜM : KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız ?

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 55
- e) 56 – 65
- f) 65 yaş ve üstü

2. Cinsiyetiniz ?

- a) Kadın
- b) Erkek

3. Öğrenim durumunuz
- a) Okur – yazar
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e) Üniversite mezunu
 - f) Yüksek Lisans ve Doktora
4. Medeni durumunuz
- a) Bekar
 - b) Evli
 - c) Dul
5. Çalışma durumunuz
- a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
6. Size göre ekonomik durumunuz nasıl ?
- a) İyi
 - b) Orta
 - c) Kötü
7. Sosyal güvenceniz
- a) Var
 - b) Yok

2. BÖLÜM : HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

8. Psikiyatrik tanınız (hastalığınız) nedir ?

-

9. Psikiyatrik tanınız (hastalığınız) kaç yıl önce konuldu ?

- a) 0 – 3 yıl
- b) 4 – 6 yıl
- c) 7 – 10 yıl
- d) 11 – 15 yıl
- e) 15 yıl ve üzeri

10. Psikiyatrik hastalığınıza eşlik eden kronik hastalığınız var mı ? Var ise belirtiniz.

- a) Diyabet
- b) Hipertansiyon
- c) KOAH
- d) Kardiyovasküler hastalıklar
- e) Astım
- f) Tiroid
- g) Yok

11. Ailede sizden başka psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı ? Var ise kimde olduğunu belirtiniz.

- a) Evet /
- b) Hayır

12. Hastalığınızda tedavi yöntemi olarak son bir aydır uygulanan yöntemler nelerdir ?

- a) İlaç tedavisi
- b) Psikoterapi
- c) Elektrokonvülsif Tedavi / Elektroşok Tedavisi (EKT)

13. Hastalığınızda tedavi yöntemi olarak daha önce uygulanan yöntemler nelerdir ?

- a) Elektrokonvülsif Tedavi / Elektroşok Tedavisi (EKT)
- b) İlaç tedavisi
- c) Psikoterapi
- d) İlaç tedavisi ve Elektrokonvülsif Tedavi / Elektroşok Tedavisi (EKT)
- e) İlaç tedavisi , Elektrokonvülsif Tedavi / Elektroşok Tedavisi (EKT) ve Psikoterapi

14. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanabiliyor musunuz ? Kullanamıyorsanız nedenini açıklayınız.

- a) Evet kullanabiliyorum
- b) Hatırlatılınca kullanabiliyorum
- c) Hayır kullanamıyorum /

3. BÖLÜM : GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TEDAVİ KULLANIM DURUMU VE NEDENLERİ

15. Hastalığınızın tedavisinde kullandığınız yöntemler nelerdir ?

- a) Sadece tıbbi tedavi yöntemlerini kullanıyorum
- b) Sadece geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanıyorum
- c) Tıbbi tedavime ek olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanıyorum

16. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmıyorsanız sebebi nedir ?

- a) Daha önce hiç duymadım
- b) Etkinliğine inanmıyorum
- c) Zarar vereceğini düşünüyorum

17. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden hangi yolla haberiniz oldu ?

- a) İnternet , radyo , televizyon , gazete , dergi , medya vb.
- b) Arkadaş
- c) Aile
- d) Hemşire
- e) Hekim
- f) Komşu
- g) Diğer hastalar

18. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin etkinliğine inanıyor musunuz ?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini en son ne zaman kullandınız.

- a) 6 ay veya daha az
- b) 1 – 3 yıl
- c) 4 – 7 yıl
- d) 7 – 10 yıl
- e) 10 yıl ve üstü

20. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini nereden / kimden temin ediyorsunuz ?

- a) Sağlık profesyonellerinden
- b) Eczaneden
- c) Baharatçı / Aktar
- d) İnternet
- e) Arkadaş
- f) Geleneksel Şifacılar

21. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığınızda hangi sonuca ulaştınız ?

- a) Yarar sağladı
- b) Kısmen yarar sağladı
- c) Zarar sağladı
- d) Ne yarar ne zarar sağladı

22. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanırken ne tür sorunlar yaşadınız ?

- a) Hiç sorun yaşamadım
- b) Maddi olarak zorlandım
- c) Temin etmekte zorlandım
- d) Tıbbi tedavimi aksattım
- e) Yan etkilerle karşılaştım

23. Kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden ne kadar memnun kaldınız ?

- a) Çok memnun kaldım
- b) Memnun kaldım
- c) Memnun kalmadım
- d) Hiç memnun kalmadım

24. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri için ne kadar bütçe ayırıyorsunuz ?

- a) Gelirimden büyük bir kısmı
- b) Gelirimden yarısı
- c) Gelirimden küçük bir kısmı
- d) Hiç

25. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri için maddi kaynak sağlayamadığınızda ne yapıyorsunuz ?

- a) Borç istiyorum
- b) Maddi kaynağım olduğu sürece kullanıyorum
- c) Yakınlarımdan temin ediyorum
- d) Tedaviyi bırakıyorum

26. Kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tıp yaklaşımları ile ilgili hekiminize veya hemşirenize danıştınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Cevabınız hayır ise kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemini hekiminiz veya hemşirenize danışmamama sebebiniz nedir ?

- a) Çekindim
- b) Danışmaya gerek duymadım
- c) Terslenmekten korktum
- d) Hekimim veya hemşirem geleneksel ve tamamlayıcı tedaviye karşı

28. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri ile ilgili danışmanlık almak ister miydiniz ?

- a) Evet
- b) Hayır

29. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemi ile ilgili danışmanlık alacak olsanız kimden danışmanlık almak isterdiniz ?

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Hekim ve Hemşire
- d) Diğer :

30. Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini diğer hastalara tavsiye eder misiniz ?

- a) Evet tavsiye ederim
- b) Hayır tavsiye etmem

31. Aşağıdaki boş bırakılan yerleri doldurunuz.

Kullandığınız Yöntemleri İşaretleyiniz	Hangi Sıklıkta Kullanırsınız ?				Niçin Kullandığınızı Açıklayınız
	Her Zaman	Sıklıkla	Nadiren	Hiç	
Fitoterapi Ürünleri					
• Vitamin					
• Mineral					
• Probiyotik					
• Sarımsak					
• Zencefil					
• Bitki Çayları					
• Ginkgo Biloba					
• Ginseng					
Beden ve Zihin Uygulamaları					
• Çin Tıbbı					
• Tai chi					
• Nefes egzersizi					
• Hipnoterapi					
• Meditasyon					
• Yoga					
• Hareket Terapileri					
• Refleksoloji					
• Müzik Terapi					
• Teröpatik Dokunuş					
Diğer Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları					
• Dua Okumak					
• Kurşun Döktürmek					
• Şifacıya Gitme					
• Yatır Ziyareti					
• Namaz Kılma					
• Muska Taşıma					
• Akupunktur					
• Apiterapi					
• Proloterapi					

• Sülük					
• Homeopati					
• Karyopraktik					
• Kupa Uygulaması					
• Larva Uygulaması					
• Mezoterapi					
• Osteopati					
• Ozon Tedavisi					



EK III. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerini Kullanma Nedenleri

Kullanılan Yöntemler	Nedenleri	n	%
Vitamin	Beden sağlığı	1	0,6
	Bağışıklığı güçlendirme	1	0,6
	Enerji artırmak	4	2,4
	Hafıza güçlendirme	1	0,6
	Halsizlik	1	0,6
	Kansızlık	2	1,2
	Kemik erimesi	2	1,2
	Unutkanlık	3	1,8
	Vitamin eksikliği	27	16,0
	Yorgunluk	2	1,2
	Sakinleşmek	2	1,2
Mineral	Hafıza güçlendirme	1	0,6
	Halsizlik	5	3,0
	Yorgunluk	1	0,6
	Beden sağlığı	1	0,6
Probiyotik	Bağışıklık	2	1,2
Sarımsak	Grip	8	4,7
	Fiziksel hastalık	3	1,8
	Kalp	1	0,6
	Nezle	2	1,2
	Saç dökülmesi	5	3,0
	Soğuk algınlığı	2	1,2
	Uyku	3	1,8
	Korku	1	0,6
Zencefil	Boğaz ağrısı	3	1,8
	Diş ağrısı	1	0,6
	Grip	11	6,5
	Mide bulantısı	1	0,6
	Öksürük	12	7,1
	Soğuk algınlığı	10	6,0

Bitki Çayı	Baş ağrısı	1	0,6
	Mide bulantısı	2	1,2
	Bağırsak hastalığı	4	2,4
	Grip	2	1,2
	Sindirim	1	0,6
	İyileşmek için	16	9,6
	Enerji arttırmak	1	0,6
	Soğuk algınlığı	3	1,8
	Anksiyete	7	4,2
	Rahatlamak	6	3,6
	Sakinleşmek	28	16,8
Uyku	26	15,6	
Ginkgo Biloba	Halsizlik	1	0,6
Ginseng	Enerjiyi arttırmak	2	1,2
	Hafızayı güçlendirmek	1	0,6
	Halsizlik	3	1,8
	Unutkanlık	2	1,2
	Yorgunluk	1	0,6
Nefes Egzersizi	Beden Sağlığı	1	0,6
	Nefes Açma	3	1,8
	Astım	4	2,4
	Spor	3	1,8
	Sakinleşmek	9	5,4
	Sinir	7	4,2
	Rahatlama	8	4,8
	Ferahlık	1	0,6

Hipnoterapi	Psikiyatrik hastalığın tedavi	1	0,6
Meditasyon	Anksiyete	6	3,6
	Rahatlama	1	0,6
	Tedavime yardımcı	1	0,6
	Zihni boşaltmak	1	0,6
Yoga	Sakinleşme	1	0,6
	Anksiyete	4	2,4
Hareket Terapileri	Enerji atma	3	1,8
	Beden sağlığı	2	1,2
	Spor yapma	7	4,2
	Düşüncelerden uzaklaşmak	2	1,2
	Tedaviye yardımcı	1	0,6
	Rahatlama	3	1,8
	Anksiyete	2	0,6
Dua Okumak / Dua Okutmak	Maneviyat	50	30,0
	Fiziksel hastalık	6	3,6
	Rahatlamak	4	2,4
	Büyüden korunmak	2	1,2
	Nazardan korunmak	4	2,4
	Hastalıktan korunmak	3	1,8
	Psikiyatrik tedavime yardımcı	26	15,6
Kurşun Döktürmek	Büyüden korunmak	10	6,0
	Korku	1	0,6
	Nazar	34	20,4
	İyileşmek	3	1,8
	Büyüden korunmak	3	1,8
	Dua okutmak	34	20,4

Şifacıya Gitmek (Dini unvanlı)	Muska yazdırma	2	1,2
	İyileşmek	33	19,8
	Nazardan korunmak	6	3,6
Yatır Ziyareti	Dua etmek	9	5,4
	Maneviyat	1	0,6
	Ziyaret	38	22,8
	İyileşmek	8	4,8
Namaz Kılma	İyileşmek	5	3,0
	Maneviyat	33	19,8
Muska Taşıma	Nazardan korumak	25	15,0
	Korunmak	23	13,8
	İyileşmek	18	10,8
Akupunktur	Zayıflama	1	0,6
	Yorgunluk	1	0,6
	Psikiyatrik tedaviye yardımcı	2	1,2
Apiterapi	İyileşmek	1	0,6
	Enerjisi arttırmak	6	3,6
	Mide	1	0,6
	Öksürük	1	0,6
Kayropraktik Tıp	Bel fitiği	2	1,2
	Bel ağrısı	2	1,2
Sülük	İyileşmek	1	0,6
Refleksoloji	Öfke kontrolü	1	0,6

Kupa Uygulaması	Ağrı	6	3,6
	Bel ağrısı	4	2,4
	Ŗıfa bulmak	1	0,6
	Psikiyatrik hastalığın tedavisi	2	1,2

Refleksoloji	Öfke Kontrolü	1	0,6
---------------------	---------------	---	-----

Müzik Terapi	Aktivite	2	1,2
	İyi hissetmek	23	13,8
	SosyalleŖme	10	6,0
	Mutluluk	3	1,8
	Psikiyatrik hastalığın tedavisi	1	0,6
	Rahatlama	7	4,2
	Vakit geçirme Tedaviye yardımcı	10 5	6,0 3,0

EK IV. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Seray ATEŞ
Doğum Yeri ve Tarihi : Gölcük / 17.07.1995
Yabancı Dili : İngilizce
Telefon : 0506 146 31 32
E-Posta : aserayates@gmail.com

Eğitim Durumu :

Lise : Kenan Evren Eğitim ve Kültür Vakfı Özel Marmaris Koleji
Lisans : Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik
Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı

İş Tecrübesi: Özel Gölcük Aile Konak Hastanesi / Kadın Doğum – Pediatri Servisi



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

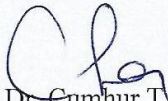
SAYI: 61351342-/ 2019-163

27/03/2019

Sayın Prof.Dr. Besti ÜSTÜN
(Seray ATEŞ)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/03/2019 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısında “**Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelen Bireylerin Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tedavileri İle Kullanma Durumlarının İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
13/06/2019 08:26 - 16867222 - 604.01.01 - E.2107



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Seray ATEŞ'in
Anket İzni Hk.

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 10/05/2019 tarihli ve 71211201-2403 sayılı yazı.
b) 30/05/2019 tarihli ve 32900231-604.01.01-973 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Seray ATEŞ**, Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'ün danışmanlığında yürütülen "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelen Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanma Durumlarının İncelenmesi**" başlıklı çalışmasını, hastanenize bağlı Beylerbeyi, Çekmeköy, Kadıköy ve Ümraniye TRSM'nde yapma talebi Kurumumuza iletilmiş ve ekte yer almakta olan uygun görüşünüze istinaden, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

EKLER:

1- Hastane Görüş Yazısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
FİRMA
Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9dbb3fca-87db-4a0a-bc50-89f977eb518f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.