

KIRILGANLIğIN YAşLI BİREYLERDE TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ GÖRÜş, TUTUM VE UYGULAMALAR ÜSTÜNE ETKİSİ**OPINIONS, ACCEPTANCE AND USE ABOUT COMPLEMENTARY-ALTERNATIVE MEDICINE AMONG ELDERLY INDIVIDUALS AND EFFECT OF FRAILITY**

Cemile ÖZSÜREKÇİ¹, İbrahim İLERİ¹, Hatice ÇALIřKAN¹, Funda YILDIRIM¹, Burcu CANDEMİR¹, Çağatay ÇAVUőOđLU¹, Rana TUNA DOđRUL¹, Berna GÖKER¹

ÖZET

AMAC: Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları kökeni çok eskilere dayanan, son yıllarda ise giderek daha popüler hale gelen uygulamalardır. Kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik, olumsuz tıbbi sonuçlar, yüksek sağlık masrafları, ilaçların ya da tedavilerin yan etkileri tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarına yönelmenin sebepleri arasında sayılabilir. Bu çalışmanın amacı kronik hastalıkların sık görüldüğü yaşlı bireylerin TAT uygulamalarına yönelik bilgilerinin, tutumlarının ve uygulamalarının değerlendirilmesi ve kırılgnlık durumu ile olası ilişkisinin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri, iletişim engeli olmayan kişiler davet edilmiştir. Toplam 169 yaşlı birey çalışmaya davet edilmiş ve önceden hazırlanmış anket formu ile TAT uygulamalarına yönelik görüş ve tutumları sorulmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin kırılgnlık durumu poliklinik ortamında Klinik Kırılgnlık Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Tüm çalışma grubundaki bireylerin %23,7'si "kırılgn", %27,2'si "hassas" (vulnerable) ve %49,1'i "kırılgn olmayan" olarak bulunmuştur. Hemen hemen tüm TAT yöntemleri çalışmaya katılan kişiler tarafından duyulmuş ve bilinmektedir. TAT yöntemlerine başvuru sebepleri arasında en çok mevcut tedaviye ek katkı sağlamak amacı güdülmektedir ve en sık başvuru semptomu ağrı olarak saptanmıştır.

SONUÇ: Kırılgn olan bireyler ve olmayan bireyler arasında TAT uygulamaları hakkındaki görüş, tutum ve uygulamalar arasında bir fark olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: kırılgnlık, tamamlayıcı ve alternatif tıp, ileri yaş

ABSTRACT

AIM: Complementary and alternative medicine (CAM) practices become more popular in recent years. Patients with chronic diseases tend to be high utilizers of CAM and also dissatisfaction of health services, undesirable medical results, health costs, side effects of medications or treatments are the reasons for complementary and alternative medicine (CAM) applications. The aim of this study is to evaluate the knowledge, attitudes and practices of CAM applications of elderly individuals with chronic diseases, and to evaluate their possible relationship with frailty.

MATERIALS AND METHODS: The study included 169 older patients who were admitted to the geriatric outpatient clinic and have no communication disabilities. Patients' opinions, acceptance and use of CAM were asked with a questionnaire. The frailty was evaluated with the Clinical Frailty Scale and demographic variables were noted.

RESULTS: In the whole study group, 23.7% of patients were frail, 27.2% were "vulnerable" and 49.1% were "non-frail". Almost all CAM methods have been heard and known. The main aim of CAM usage was "contribution to the current treatment" and "pain" was the most common CAM usage symptom.

CONCLUSION: Our study showed that there was no significant difference between the opinions, acceptance and use about CAM practices between the frail individuals and normal patients.

Keywords: frailty, complementary and alternative medicine, elderly

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Temmuz 2020 / July 2020

Kabul Tarihi / Accepted : Kasım 2020 / November 2020

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Cemile ÖZSÜREKÇİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı
Yenimahalle, Ankara, Türkiye
Gsm: +90 530 799 36 84
E-posta: cemile_gulbas@yahoo.com

Yazar Bilgileri / Author Information:

Cemile Özsürekci (ORCID: 0000-0002-2373-183X),
İbrahim İleri (ORCID: 0000-0002-7237-5261) E-posta: ibrahimileri60@hotmail.com,
Hatice Çalışkan (ORCID: 0000-0001-9750-3840) E-posta: daghatidag@yahoo.com.tr,
Funda Yıldırım (ORCID: 0000-0003-0232-2081) E-posta: dr.fundayildirim06@gmail.com
Burcu Candemir (ORCID: 0000-0003-1800-6235) E-posta: bilalgluburcu@gmail.com
Çağatay Çavuşoğlu (ORCID: 0000-0003-4725-8095) E-posta: cagataycavusoglu@msn.com
Rana Tuna Doğrul (ORCID: 0000-0001-9470-5113) E-posta: rana_tuna@hotmail.com
Berna Göker (ORCID: 0000-0001-9242-0907) E-posta: b.goker@yahoo.com

Çalışmanın öncesinde, Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 26.11.2018 tarihli toplantıda 881 karar numarasıyla etik onam alınmıştır.

GİRİŞ

Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne göre tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT), "Tıbbın kavramsal çerçevesini çeşitlendirerek ya da geleneksel olarak karşılanamayan talepleri karşılayarak, temel tıbbi bir bütünlük katarak oluşan tanı, tedavi ve koruma sistemi" olarak tanımlanmaktadır (1). Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Hint tıbbına dayanmaktadır. Bu tedaviler tüm zamanlarda var olmasına rağmen 1990'lı yıllardan sonra kullanımı artmıştır (2). Kronik hastalıkların görülme sıklığındaki artış, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik, olumsuz tıbbi sonuçlar, yüksek sağlık masrafları, ilaçların ya da tedavilerin yan etkileri nedeniyle tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamaları giderek artmıştır (3,4).

Sistemik bir derlemede TAT uygulama oranları %5 ila %74,9 arasında bulunmuştur (5). Eğitimli, orta sınıf, 25 ila 49 yaş arasındaki beyaz kişiler, alternatif tıbbın ana tüketicileri olmasına rağmen, kullanım, nüfusun belirli bir kesimi ile sınırlı değildir (6). Ülkemiz yaşlıları arasında TAT uygulamalarının sıklığı değişkenlik göstermekte, yöntemlere göre dağılım oranları bilinmemekte ve yapılan az sayıda çalışma belirli hasta gruplarını içermektedir (7-9). Bu çalışmalara göre kırsal kesimde yaşayan yaşlıların %98,3'ü TAT yöntemlerini kullanırken, bakımevinde kalan yaşlılarda bu oran %54,3, toplumdaki bireylerde %40-60 arasında değişkenlik göstermektedir (7-9). Ülkemizde en sık kullanılan TAT yönteminin bitki karışımları olduğu ve en yaygın olarak kullanılan bitkinin ise ısırgan otu olduğu belirtilmiştir (10,11). Kullanılan diğer yöntemlere bakıldığında dua, dini uygulamalar, vitamin/özel diyet yer almaktadır (12). Tüm bunlarla birlikte, yaşlı nüfusun TAT uygulamaları konusundaki seçimleri konusundaki veriler kısıtlıdır.

Yaşlanan dünya ve ülke nüfusu ile birlikte; kronik hastalıklar, geriatrik sendromlar ve kırılabilir yaşlılar ile daha sık karşılaşmaktayız. Kırılabilir (Frailty) yaşam boyu fizyolojik sistemlerdeki kümülatif düşüşün sonucunda gelişen, dış strese karşı azalmış yanıt ve artmış istenmeyen olayların görüldüğü bir geriatrik sendrom olarak tanımlanmıştır. Yaşam süresinin artışına paralel olarak, bakım ve tedavisi karmaşık olan kırılabilir hastalıkların sıklığında da artış olacaktır. Yaşlıların TAT yöntemlerini genellikle sağlıklı olmak, ağrı yönetimi, semptom yönetimi sağlayarak yaşam kalitelerini arttırmak için de kullandıkları bildirilmektedir (13,14). Bu nedenle kırılabilir yaşlıların artan kronik hastalık ve semptomları ile daha sık TAT uygulamalarına başvuru yapabileceği düşünülebilir. Öte yandan kırılabilir bireylerin daha sık hastaneye başvurdukları, sağlık kaynaklarını daha çok kullandıkları ve medikal beklentilerinin daha yüksek olduğu bilinen bir gerçektir. Tüm bunlar göz önüne alındığında kırılabilir bireylerin TAT yöntemlerine karşı olan tutumları bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı yaşlı bireylerin TAT uygulamalarına yönelik bilgilerinin, tutumlarının ve uygulamalarının değerlendirilmesidir. Ayrıca çalışmanın sonunda bireylerin TAT uygulama durumlarının kırılabilirlik ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Gazi Üniversitesi Hastanesi Geriatri polikliniğine başvuran >65 yaş hastalar davet edildi. Sağlıklı iletişim kurmayı engelleyen herhangi bir durumu olan ve Türkçe bilmeyen hastalar dâhil edilmedi. Etik kurul onayı ve çalışma öncesi hastalara bilgi verilerek onamaları alındı. Çalışmaya katılan hastalara daha önceden bölümümüzde hazırlanmış olan anket formu soruları yönlendirildi ve kendilerinin soruları cevaplaması istendi. Hastalara verilen anket formu Ek-1'de verilmiştir. Anket formu hazırlanırken Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bünyesinde olan "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı" verilerinde geçen bilgiler esas alınmıştır. 2014 yılında Resmi Gazete'de "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre 15 TAT uygulaması tanımlanmıştır. Bu uygulamalar akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, homeopati, sülük uygulamaları, karyopraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, osteopati, ozon terapisi, refleksoloji, proloterapi ve müzik terapisi olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda TAT yöntemleri olarak, Sağlık Bakanlığı'na kabul gören yöntemler sorgulanmıştır.

Çalışma verileri toplanırken hastanın yaşı, ek hastalıkları (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları vs), cinsiyeti, kullandığı ilaçlar kayıt edildi. Dört adetten fazla ilaç kullanan hastalarda polifarmasi varlığı kabul edildi (15). Ayrıca çalışmanın başlangıcında hastaların kırılabilirlik durumları 9 puanlı klinik kırılabilirlik skalası (KKS) ile değerlendirilerek kayıt edildi. KKS, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş bir ölçektir (15). Klinik değerlendirme sonrasında 1 (çok aktif)'den 9'a (terminal hastalık) kadar puanlandırılarak yapılır. Her bir basamakta hem görsel olarak hem de yazılı açıklamalar ile kırılabilirliğin derecelendirilmesi yapılır. Dördüncü skorda hastalar hassas (vulnerable), ≥5 skorlarda ise kırılabilir olarak değerlendirilir (15). Çalışmamızda, hastalarımızı, ≥5 skorlarda ise "kırılabilir", <5 olan skorda "kırılabilir olmayan" yaşlı olarak gruplayarak, iki grup arasında istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

%95 güven aralığı, ±30 standart deviyasyon ve %5 hata payı ile çalışmaya alınacak minimum hasta sayısı 140 kişi olarak belirlenmiştir. İstatistiksel değerlendirme Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 (IBM SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım sergileyenler ortalama±standart sapma olarak, normal dağılım sergilemeyenler ortanca (minimum-maksimum) olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

İki grup karşılaştırmalarında normal dağılım sergileyen sayısal değişkenlerin analizinde bağımsız örneklemeler için Student t-testi ve normal dağılım sergilemeyen sayısal değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi tercih edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırıl-

masında ise Ki-kare testi ve Fisher'in kesin Ki-kare testi kullanılacaktır. İstatistiksel analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilecektir.

Çalışmanın öncesinde, Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 26.11.2018 tarihli toplantıda 881 karar numarasıyla etik onam alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireylerin aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 169 yaşlı birey dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılanların ortalama yaşı $73,65 \pm 6,24$ yıldır ve %66,3'ü ($n=112$) kadın, %32,7'si ($n=57$) erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumları incelendiğinde en sık görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon %70,4, diyabet %38,5 ve kalp-damar hastalıkları %22,5 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık durumları değerlendirildiğinde ortalama kronik hastalık sayısının 2 (minimum: 0, maksimum: 6) olduğu görülmüştür. Ayrıca kullanılan ilaç sayısına göre değerlendirildiğinde bireylerin kullandığı ilaç sayısının ortalama 4 (minimum: 0 maksimum: 17) olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm çalışma grubunda polifarmasi sıklığı %59,8 olarak bulunmuştur.

Tüm çalışma grubunda bulunan yaşlı bireylerin kırılğanlık durumları incelendiğinde, bireylerin %23,7'si ($n=40$) "kırılğan", %27,2'si ($n=46$) "hassas" (vulnerable) ve %49,1'i "kırılğan olmayan" olarak bulunmuştur. Kırılğan olan ve olmayan bireyler arasında cinsiyet dağılımı açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. Kırılğan olan

bireylerin ortalama yaşı 78 ± 7 yıl iken, kırılğan olmayan bireylerin yaş ortalaması 72 ± 5 yıl olarak bulunmuştur ($p < 0,001$). Ayrıca kırılğan olan bireylerin kronik hastalık ortanca sayısı, kırılğan olmayan bireylerden daha fazla bulunmuştur (Kırılğan: 3 (minimum: 2-maksimum: 6), Kırılğan olmayan: 2 (minimum: 0-maksimum: 6, $P < 0,001$). Benzer şekilde kırılğan olan yaşlı bireylerin daha çok sayıda ilaç kullandığı tespit edilmiştir (kırılğan grupta ilaç sayısı ortanca: 6 (min:2-max:11), kırılğan olmayan grupta ilaç sayısı: 4 (min:0- max:7), $p < 0,001$).

Tüm çalışma grubu değerlendirildiğinde, TAT yöntemlerinin hemen hepsinin duyulup bilindiği görülmektedir. Yaşlı bireyler, TAT yöntemlerini en sık komşu-tanıdıklar (%62,1) aracılığıyla duyduklarını belirtmişlerdir. Bu iletişim yöntemini, televizyon (%50,3), internet (%11,8) ve sağlık çalışanları (%9) takip etmektedir. Herhangi bir TAT yöntemi uygulaması sorulduğunda, tüm çalışma grubunun %33,1'i ($n=56$) daha önce herhangi bir TAT uygulaması kullandığını bildirmiştir. TAT uygulamasına başvurma nedenleri arasında "mevcut tedaviye ek katkı sağlama amacı" % 41,1 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu % 26,8 ile "daha önce fayda görmüş olmak" ve % 17,9 ile "mevcut tedavisini yetersiz görmek" izlemektedir. TAT uygulamalarına başvuru şikâyeti arasında "ağrı" %19,5 ile ilk sıradadır ve bunu %6,7 ile "romatizma hastalıkları" takip etmektedir. TAT uygulaması yapan bireylerin, tercih nedeni olan şikâyetler **Tablo 1**'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. **Tablo 2**'de ise tüm çalışma grubu ve kırılğanlık durumuna göre gruplanmış yaşlı bireylerin TAT hakkındaki görüş, bilgi ve uygulamaları ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 1. TAT uygulaması yapan bireylerin şikâyetleri

	N(56)	%
Ağrı	33	% 19,5
Romatizma hastalıkları	8	% 4,7
Tansiyon düzenlenmesi	5	% 3,0
Kan şekeri düzenlenmesi	4	% 2,4
Bağışıklık sistemini güçlendirme	4	% 2,4
Genel iyilik hali devamı	3	% 1,8
Uykusuzluk	3	% 1,8
Cilt sorunları	4	% 2,4
Solunum sistemi sorunları	3	% 1,8
Kilo verme isteği	3	% 1,8
Sigara bırakma isteği	2	% 1,2
Kardiyovasküler sorunlar	2	% 1,2
Varis & Hemoroid	1	% 0,6
Psikiyatrik nedenler	1	% 0,6
Kanser	1	% 0,6
İdrar kaçırma	2	% 1,2
Cinsel problemler	2	% 1,2
Yara iyileşmesi	1	% 0,6
Alerji	1	% 0,6
Diğer	3	% 1,8

Tablo 2. Tüm alışma grubu ve kırılgnlık durumuna göre TAT hakkındaki görüş, bilgi ve uygulamalar

	Tüm Grup (n=169)	Kırılgn olmayan Yaşlı (n=129)	Kırılgn Yaşlı(n=40)	P
TAT uygulamaları hakkındaki görüş				
•ok etkili	%10,1	%10,1	%10	0,98
•Etkili	%36,1	%33,3	%45	0,18
•Faydası yok	%17,2	%18,6	%12,5	0,47
•Doktor önerirse uygulamam	%33,7	%36,5	%25	0,25
•Fikrim yok	%13	%12,4	%15	0,78
•Zararlı	%2,4	%3,1	%0,0	0,26
Daha önceden ismini duyduğu-bildiği TAT Yöntemi	%37,9	%40,3	%30	0,26
•Fitoterapi				
•Akupunktur	%75,1	%78	%65	0,09
•Kupaterapi	%79,9	%77,5	%87,5	0,25
•Slk	%86,4	%85,3	%90	0,60
•Hipnoz	%31,4	%32,6	%27,5	0,69
•Ozon tedavisi	%32	%32,6	%30	0,84
•Mezoterapi	%8,9	%7,8	%12,5	0,56
•Apiterapi	%11,8	%14,1	%5	0,16
•Proleterapi	%5,3	%6,3	%2,5	0,35
•Osteopati	%23,7	%25,6	%17,5	0,20
•Refleksoloji	%17,2	%16,3	%20	0,63
•Homeopati	%3	%3,9	%0	0,20
•Karyopraktik	%17,2	%18,6	%12,5	0,47
•Larva tedavisi	%6,5	%7,8	%2,5	0,23
•Müzik terapisi	%29	%29,5	%27,5	1
Daha önce uygulama (N=56)	%33,1	%34,4	%30	0,70
•Fitoterapi uygulama	%29,3	%34,8	%8,3	0,07
•Akupunktur uygulama	%19,3	%22,2	%8,3	0,26
•Kupa uygulama	%42,1	%44,4	%33,3	0,48
•Slk uygulama	%26,3	%20	%50	0,062
•Diğer TAT uygulama	%7,6	%64,1	%45	0,47
Son 1 yılda uygulama	%16,6	%30,8	%53,3	0,21
Son 1 yılda düzenli uygulama	%16,6	%53,8	%47,7	0,76
Uygulanan yöntemden fayda görme	%69,2	%67,5	%75	0,73
Uygulanan yöntemden olumsuz etkilenme	%1,2	%2,5	%8,3	0,41
TAT sonrası medikal tedavi bırakma (N=6)	%12	%12,8	%9,1	0,37
Yöntemi tekrar uygulamak isteme	%17,8	%60	%50	0,74
Uygulanan yöntemi tavsiye etme	%12,4	%40	%41,7	0,91

Kısaltmalar: TAT=Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp *Normal dağılan parametrelerde ortalamalar arasındaki fark için Student t-testi, normal dağılmayan parametrelerde ortancalar arasındaki fark için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Oranlar arasındaki fark için Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda, TAT yöntemlerine Sağlık Bakanlığı'nca onay verildiğinin bilinirliği tüm grupta %26 seviyesinde kalmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %47,3' sorulanan TAT yöntemlerinin Sağlık Bakanlığı'nca onaylı olduğunu bilmediğini belirtirken, %26,6'sı bu konuda fikir belirtmemiştir. Ayrıca çalışmaya katılan tüm gruptakilerin %32'si TAT uygulamalarının Sağlık Bakanlığı tarafından sertifika verilen kişilerce yapılması gerektiğini biliyorken, %41,4' TAT uygulayıcılarının sertifika alması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Gruptakilerin %26,6'sı ise bu konuda fikir beyan etmemiştir.

TAT uygulamalarını kullanan bireylerin %61,8'ine "Sağlık alışanı olmayan biri" tarafından uygulama yapılırken, %25,5'ine "Hekim", %12,7'sine "Diğer sağlık çalışanı" tarafından uygulama yapılmıştır. Ayrıca herhangi bir TAT uygulaması yaptıran kişilerin %84,6'sı uygulamayı yapan kişiye sertifikası olup olmadığını sorgulamadan uygulama yaptırmıştır.

TARTIşMA

Yaşam süresinin uzaması ve yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte, kronik hastalık yükü, artan bakım ih-

tiyacı, sağlık çalışanlarının hastalarına yeterli süreyi tanıyamaması, konvansiyonel tıptaki ilaçların yan etkilerinden korkma veya ilaç kullanmama isteği bireylerin ilgisini TAT uygulamalarına yönlendirmiştir ve bu ilginin artarak süreceği düşünülmektedir.

Daha önce ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, kırsal kesimde yaşayan 60 yaş üstü hastalarda TAT uygulama oranı %98,3'e ulaşıyorken, il merkezinde yapılan başka bir çalışmada TAT uygulama oranı %50-60 arasında belirlenmiştir (7,8). Huzurevlerinde yapılan başka bir çalışmada ise TAT uygulama oranı %59,1 olarak bulunmuştur (17). Bizim yaptığımız çalışmada ise Ankara da 3. Basamak hastaneye başvuran hastalar arasında TAT uygulama oranı %33 seviyesinde bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar elde etmiş olmamız seçilen örneklem grubu ile ilgili olabilir. Daha önceki çalışmalar kırsal kesim ve huzurevi gibi bir örnekleme kapsarken, bizim çalışmamız büyük şehirde ve üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda bireylerin sağlık sistemine ve hastanelere ulaşımının diğer yapılmış çalışmalara göre daha kolay olduğu göz önünde bulundurulduğunda, TAT uygulama oranının daha düşük olması beklenen bir sonuç olabilir.

TAT uygulama nedenleri çok çeşitlidir. Tıbbi tedaviden duyulan hoşnutsuzluk, hastalıklarla başa çıkmada destek, hastalık duygusunun getirdiği umutsuzluk veya gerginlikten kaçış, siyasi veya dini inanç bunlardan bazılarıdır. Bizim çalışmamızda ise TAT uygulamalarına başvuru nedenleri arasında "tedaviye ek katkı sağlamak" (%41,1) en sık başvuru nedeni iken %17,9'u "tedavisini yetersiz görmesi" olarak belirtmiştir. Bu sonuç göstermektedir ki TAT uygulayan bireylerin neredeyse yarıya yakını mevcut tedavisi ile istediği sonuca ulaşamamakta ve daha iyi bir sağlık durumu beklentisindedir. Ayrıca kırılğan olan ve olmayan yaşlı bireyler arasında TAT uygulamaları hakkındaki görüşler birbirine benzer bulunmuştur. Bu sonuca baktığımızda, modern tıbbın bu bireyler için yetersiz kaldığı veya bu bireylerin gerekli tıbbi yardımı alamadığı sonucu çıkartılabilir. Bu durumun tüm toplumdaki oranı net olarak bilinmemektedir. Kanıta dayalı tıbbin yetersiz kaldığı hastalıklar dışında kalan hasta grubu eğer sağlık uygulamalarına ulaşamıyorsa, alıta yatan durumları araştırmak ve gerekli sağlık politikalarını hayata geçirmek önemlidir.

Modern tıbbın iyileştiremediği kanserli hastalar, kronik hastalığı olanlar, HIV/AIDS hastaları arasında yüksek TAT kullanımını bildirilmiştir (18-20). Bu bilimsel veriler ışığında değerlendirildiğinde, kronik hastalığı çok olan, çoklu ilaç kullanan kırılğan hastaların TAT uygulamalarına başvuru oranlarının daha yüksek olması beklenebilir. Diğer bir yandan kırılğan bireylerin hastane başvurusu sıklığının yüksek olduğu, toplum kaynaklarını daha çok kullandığı ve medikal beklentilerinin olduğu bilinmektedir (16). Bu açıdan bakıldığında ise kırılğan hastaların TAT uygulamalarına başvurmak yerine güncel tıbbi yaklaşımlara daha çok başvuracağı

düşünülebilir. Çalışmamızın sonucunda kırılğan olan ve olmayan bireylerin TAT uygulamalarına karşı benzer bir görüş ve tutumda olduklarını gösterdik. Ayrıca kırılğan olan yaşlılar ile kırılğan olmayan yaşlılar arasında daha önce TAT uygulama oranları da istatistiksel olarak benzer bulundu. Ayrıca düzenli TAT uygulama ve son 1 yılda TAT uygulama oranları arasında da gruplar arasında fark saptanmadı. Fitoterapi, kupa terapisi, akupunktur uygulamaları ve diğer TAT uygulamaları kırılğan olan ve olmayan gruplar arasında benzer olarak bulunmuştur. Özetle, TAT uygulama oranları kırılğan olan ve olmayan yaşlılar arasında benzer durumda iken; uygulanan TAT yöntemleri farklılık göstermektedir.

Tüm çalışma grubu incelendiğinde, daha önce yapılmış olan çalışmalardan farklı olarak en sık kullanılan TAT uygulaması kupa uygulama (%42) olarak bulunmuştur. Fitoterapi kullanma sıklığı %29 iken, sülük uygulama sıklığı %26'dır. Türkiye'de ve yurt dışında yapılmış çalışmalara göre en sık kullanılan TAT uygulamaları arasında fitoterapi ilk sıralarda yer almaktadır (10, 11, 21). Literatürden farklı olarak kupa uygulamalarının bizim çalışmamızda daha sık görülme nedeni "ağrı" ve "romatolojik hastalık" şikâyetleri ile ilişkilendirilebilir. Çalışma grubumuzdaki hastaların TAT uygulamalarına başvuru şikâyetleri arasında ağrı ve romatolojik hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Kupa uygulamasının da lomber disk herniasyonu kaynaklı ağrı, non-spesifik bel ve boyun ağrısı, osteoartrit, fibromyalji, gut artriti gibi hastalıklarda kullanıldığı ve fayda sağladığı gösterilmiştir (22). Fitoterapi uygulaması ise genellikle kanser hastaları, karaciğer hastalıkları, HIV/AIDS, romatolojik hastalıklar, üst solunum sistemi enfeksiyonu veya genel iyilik halinin devamı için kullanılmaktadır (23).

Tüm çalışma grubu değerlendirildiğinde, hastalar TAT uygulamalarını en sık komşu, akraba ve tanıdıkları vasıtasıyla duyduğunu belirtmiştir. Ayrıca televizyon ve internet gibi kitle iletişim araçları da TAT uygulamaları konusundaki farkındalığın artmasını sağlamıştır. Sadece %9 gibi bir hasta grubu sağlık çalışanlarından TAT uygulamaları ile ilgili duyum ve bilgi aldığını söylemiştir. TAT uygulamalarının yasal boyutları sorgulandığında ise hastaların sadece %32'si TAT uygulaması yapan kişinin sertifika alması gerektiğini bilmıştır. TAT uygulayanların %61'i sağlık çalışanı olmayan kişilerdir. Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının TAT uygulamaları konusunda hastalar ile iletişimde olmadığı ve bu uygulamaların çoğu kısmının sertifikası olmayan ehliyetsiz kişilerce yapıldığı düşünülmektedir. Üzerinde önemle durulması gereken bir diğer konu da; yaş kupa, sülük, akupunktur ve larva tedavisi gibi cilt bütünlüğünün bozulduğu ve enfeksiyon riski taşıyan uygulamalardır. Bu uygulamaların hijyenik olmayan şartlar ve ehliyetsiz kişilerce yapılmasının enfeksiyon riskini arttıracığı konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda kırılğan olan ve olmayan bi-

reylerin TAT uygulamalarına karşı benzer bir görüş, tutum ve uygulamada oldukları görüldü. Kronik hastalığı olsun veya olmasın, kırılğan veya normal yaşlı bireylerin hepsi TAT uygulamalarına başvurabilirler. Bu nedenle, her hekimin TAT uygulamaları konusunda bilgi sahibi olması ve sağlığa katkıda bulunabilecek ve semptomatik iyileşme sağlayabilecek bu yöntemlerle ilgili bilgi almak isteyen hastaları aydınlatılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarına ve hekimlere düşen görev, klinik pratikte hastalara TAT uygulamaları kullanıp kullanmadığını sormak, bu konuda yargılayıcı olmamak, TAT uygulamalarının yarar ve zararları konusunda bilgilenecek ve hastalara bilgi vermek, ilaç etkileşimleri, enfeksiyon risklerini bilmek ve bu konuda toplumu bilinçlendirmektir.

KAYNAKLAR

- 1.) Available at <https://ncch.nih.gov/health/integrative-health> Erişim tarihi 28.6.2020 (Access 28.06.2020)
- 2.) Altun R, zden A. Tamamlayıcı ve alternatif tıp. Gncel Gastroenteroloji 2004; 8: 231-5.
- 3.) Astin J. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 1998; 279: 1548-53.
- 4.) Shua-Haim J, Ross J. Alternative medicine in geriatrics: competing with or complementing conventional medicine? Clin Geriatr 1999; 7: 5.
- 5.) Frass M, Strass RP, Friehs H, et al. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review. Ochsner J 2012; 12: 45-56.
- 6.) Cuellar N, Aycock T, Cahill B, et al. Complementary and Alternative Medicine (CAM) use by African American (AA) and Caucasian American (CA) older adults in a rural setting: a descriptive, comparative study. BMC Complementary and Alternative Medicine 2003; 3: 8.
- 7.) Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, et al. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. F Sağ. Bil. Tıp Derg, 2013; 27: 19-26.
- 8.) Dedeli , Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD 2011; 1: 23-32.

- 9.) Aktepe M. Yaşlı Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Belirlenmesi. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Lefkoşa, KKTC, 2019.
- 10.) Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol 2005; 16: 655-63.
- 11.) Yıldıırım Y, Tinar S, Yorgun S, et al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) therapies by Turkish women with gynecological cancer. Eur J Gynaecol Oncol 2006; 27: 81-5.
- 12.) Algier LA, Hanoglu Z, zden G, et al. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing 2005; 9: 138-46.
- 13.) Araz A, Harlak H, Glgn M. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Blteni, 2007; 6: 112-22.
- 14.) Kanodia AK, Legedza AT, Davis RB, et al. Perceived benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for back pain: a national survey. J Am Board Fam Med 2010; 23: 354-62.
- 15.) Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017; 17: 230.
- 16.) zsrekc C, Balcı C, Kızırlarslanoglu MC, et al. An important problem in an aging country: identifying the frailty via 9 Point Clinical Frailty Scale. Acta Clin Belg. 2019; 28: 1-5.
- 17.) Erdoğan Z, Akıncı A, Yavuz DE, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine Methods Among Elderly People Living in Nursing Homes. 2017; 7: 60-6.
- 18.) Moschen R, Kemmler G, Schweigkofler H, et al. Use of Alternative/Complementary Therapy in Breast-Cancer Patients-A Psychological Perspective: Supportive Care in Cancer 2001; 9: 267-74.
- 19.) Ong CK, Peterson S, Bodeker GC, et al. Health status of People using Complementary and Alternative Medical Practitioner Services in 4 English Countries. American Journal of Public Health 2002; 92: 1653-6.
- 20.) Wootton JC, Sparber A. Surveys of Complementary and Alternative medicine-Part III-use of Alternative and Complementary Therapies for HIV/AIDS. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2001; 7: 371-7.
- 21.) Falci L, Shi Z, Greenlee H. Multiple Chronic Conditions and Use of Alternative and Complementary Medicine Among US Adults: results from the 2012 national Health Interview Survey. Prev. Chronic Dis 2016; 13: 150501.
- 22.) Okumuş M. Cupping Therapy and Hijamah. Ankara Med J. 2016; 370-82.

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.), 2020 ; 53(3) : 177-182

Çalışmanın ncesinde, Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 26.11.2018 tarihli toplantıda 881 karar numarasıyla etik onam alınmıştır.