AYŞE ÇELİK YILMAZ

BEL VE BOYUN FITIĞI OLAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ AĞRI GİDERMEDE KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI YAKLAŞIMLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017

AYŞE ÇELİK YILMAZ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2017

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BEL VE BOYUN FITIĞI OLAN HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ AĞRI GİDERMEDE KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI YAKLAŞIMLAR

AYŞE ÇELİK YILMAZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. İKBAL ÇAVDAR

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Çelik Yılmaz tarafından Doç.Dr.İkbal Çavdar'ın danışmanlığında hazırlanan "Bel ve Boyun Fıtığı Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Yaklaşımlar" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 04/01/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı
Prof.Dr.Nevin Kanan
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri-Danışman
Doç.Dr.İkbal Çavdar
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Jüri
Yard.Doç.Dr.Hülya Üstündağ
Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşe Çelik Yılmaz

İTHAF

Eşime ve Aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve mesleki yaşamımda değerli bilgileri ile beni aydınlatan ve desteğini esirgemeyen hocam Doç. Dr. İkbal Çavdar'a,

Bilgisini ve deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan, hocalarım Prof. Dr. Nevin Kanan ve Prof. Dr. Neriman Akyolcu başta olmak üzere Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerine,

Çalışmanın sürdürülmesinde, destek ve yardımları için T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi'nin öğretim üyelerine ve değerli meslektaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve moral ve desteğini esirgemeyen çok sevgili aileme,

Her zaman yanımda olan ve destekleyen sevgili eşime ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese, tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Anatomi ve Fizyoloji 3
2.2. Bel Fıtığı (Lomber Disk Hernisi) 3
2.2.1. Klinik Belirtiler 5
2.2.2. Risk Faktörleri 5
2.2.3. Tanı Yöntemleri 6
2.2.4. Bel Fıtığında Tedavi Yöntemleri 6
2.3. Boyun Fıtığı (Servikal Disk Hernisi) 7
2.3.1. Klinik Belirtiler 8
2.3.2. Risk Faktörleri 8
2.3.3. Tanı Yöntemleri 9
2.3.4. Boyun Fıtığında Tedavi Yönyemleri 9
2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler (TAT) 10
2.4.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerin Tarihçesi 10
2.4.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerin Kullanım Alanları 12
2.4.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerin Yöntemlerinin Sınıflandırılması 13
2.4.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerde Hemşirenin Rolü 19
3. GEREÇ VE YÖNTEM 210
3.1. Araştırmanın Şekli 20

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20
3.4. Verilerin Toplanması 21
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 22
3.5. Etik Yaklaşım 22
4. BULGULAR 243
5. TARTIŞMA 332
KAYNAKLAR 410
FORMLAR 532
ETİK KURUL KARARI 565
KURUM İZNİ ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**6
ÖZGEÇMİŞ 587

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı 23
Tablo 4.2: Hastaların TAT ile ilgili sorulara verdiği yanıtların dağılım ve yüzde tablosu 25
Tablo 4.3: Ağrı değerlendirmesi 26
Tablo 4.4: Hastaların tanıtıcı özellikleri ile TAT kullanma durumlarının karşılaştırılması 27
Tablo 4.5: Hastaların cinsiyet ile hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumlarının karşılaştırılması 28
Tablo 4.6: Hastaların tanıları ve hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumlarının karşılaştırılması 29
Tablo 4.7: Hastaların gördükleri tedaviler ve sosyal güvencelerinin karşılaştırılması 30
Tablo 4.8: Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri ve yaşadıkları bölgelerin karşılaştırılması 30
Tablo 4.9: Hastaların gördükleri tedaviler ve eğitim durumlarının karşılaştırılması 31

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Disk Hernisinin Oluşumu 4

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

LDH Lomber Disk Hernisi

CDH Servikal Disk Hernisi

TAT Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

VNS Verbal Numrik Skala

BT Bilgisayarlı Tomografi

MRG Manyetik Rezonans Görüntüleme

EMG Elektromiyografi

NSAİİ Non-Steroid Antiinflamatuar İlaç

NCCIH The National Center for Complementary and Integrative Health- (Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleyici Tıp Merkezi)

ÖZET

Yılmaz A.Ç. Bel ve Boyun Fıtığı Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Yaklaşımlar. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2017.

Çalışma bel ve boyun fıtığı tanısı ile cerrahi girişim planlanmış hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Örneklemi GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (Sultan Abdülhamit Eğitim Hastanesi) Beyin ve Sinir Cerrahi Servislerinde, 01 Aralık 2014-30 Haziran 2015 tarihleri arasında yatan ve katılım konusunda gönüllü 92 bel/boyun fıtığı hastası oluşturdu. Ameliyat öncesi dönemde hastalarla yüz yüze görüşüme yöntemi kullanılarak toplandı.

Araştırmada, hastaların ağrılarını gidermek amacıyla herhangi bir tamamlayıcı yönteme başvurma oranı %34,8 bulundu. Hastaların %43,8'inin tamamlayıcı yöntemleri çevresinin etkisi ile kullandıkları ve %31,3'ünün ağrılarını azaltmak amacıyla bu yöntemleri tercih ettiği, tamamlayıcı tedavileri kullanan hastaların %62,5'inin kullandıkları yöntemin yararlı olduğunu düşündüğü belirlendi. Hastaların cinsiyet ve tıbbi tanıları ile hayatlarının ilerleyen döneminde TAT yöntemlerine başvurma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi.

Sonuç olarak çalışmamızda, bel / boyun fıtığı olan hastaların ameliyat öncesi ağrılarını gidermede tamamlayıcı yöntemlere başvurduğu ve en sık kullanılan tamamlayıcı yöntemin halk dilinde 'bel çekme' olarak adlandırılan traksiyon yöntemi olduğu bulundu.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, tamamlayıcı terapiler, alternatif terapiler, ağrı.

ABSTRACT

Yilmaz, A.Ç. Complementary Therapies Used For Pain Relief By Lumber And Cervical Disc Hernia Patients Before Surgery. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing, Masters Programme, Istanbul. 2017.

This study was conducted to determine the complementary therapies used by patients diagnosed with lomber and cervical disc hernia with planned surgical intervention in order to relieve the pain. 92 patients who were hospitalized due to lomber/cervical disc hernia were included in the study between 01 December 2014- 30 June 2015 in Department of Neurosurgery, (GATA Haydapasa Training Hospital) Haydarpasa Sultan Abdulhamit Training Hospital. During the preoperative period, data in the questionnaire form were filled by direct conversations with the patients.

We found of 34 percent of patients used a complementary therapy for pain relief. It was determined that 43.8 percent of the patients were using the complementary methods with the influence of the social environment, 31.3 percent of them used them to reduce the pain and 62.5 percent of patients who use complementary therapies say they benefit from this method. The difference between the gender, medical diagnosis of patients and the application of complementary therapy in later life was statistically significant.

In conclusion, our study showed that patients with lumber/cervical disc hernia referred to complementary methods at the time of preoperative pain relief and that the most commonly used complementary method was traction.

Key Words: Nursing, complementary therapies, alternative therapies, pain.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beyin ve sinir cerrahisinde en çok karşılaşılan olgulardan bel (lomber disk hernisi-LDH) ve boyun (servikal disk hernisi-CDH) fıtıkları, iş gücü ve maddi kayıplara neden olan hastalıkların başında gelmektedir. Yapılan çalışmalarda bel fıtıklarının, tüm disk fıtıkların % 90'ını, boyun fıtıklarının da %9 'unu oluşturduğu belirtilmektedir (1,6,17).

Türkiye'de yapılan bir çalışma, dejeneratif patolojilerin tedavisi için yapılan servikal diskektomi, torakal diskektomi, lomber diskektomi ve lomber laminektomi gibi girişimlerin tüm omurga girişimleri içinde en büyük grubu oluşturduğunu ifade etmiştir. Yine aynı çalışmada 2010 yılında lomber diskektomi sayısı tüm omurga girişimlerinin %66,4'ünü, 2011 yılında %64,6'sını, 2012 yılında ise %59,83'ünü oluştururken, servikal disk girişimleri ise 2010'da %6,57'sini, 2011'de %6,98'sini, 2012'de %7,36'sını oluşturduğu saptanmıştır (15).

Çalışan nüfusu etkileyen ciddi bir sağlık sorunu olan bel ve boyun ağrıları bazı meslek grupları için özellikle risk oluşturmaktadır. Uzun süre oturmayı ya da kalmayı, ağır yük kaldırmayı gerektiren ve vibrasyona maruz kalınan meslekler disk hernisi oluşumunda risk oluşturan meslekler olarak bilinmektedir (18, 20).

Lomber disk hernileri ve servikal disk hernilerinin tedavisinde konservatif ve cerrahi tedavi kullanılmaktadır. Konservatif tedavi, istirahat, antiinflamatuvar ilaçlar ve fizik tedavi uygulamalarını içerir. Bazı hastalarda transforaminal steroid enjeksiyonun yararlı olduğu düşünülmektedir. Başlangıçta şiddetli nörolojik, özellikle miyelopatik bulguları olan hastalar ile konservatif tedaviden yarar görmeyen hastalara cerrahi tedavi uygulanmaktır (1, 5, 6, 14, 16).

Lomber disk hernileri ve servikal disk hernilerinin en yaygın belirtisi olan ağrının azaltılmasındaki ilerlemelere karşın, ağrı hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememektedir. Bu durum hem hastaları hem de bakım verenleri ağrının yönetiminde farklı arayışlara yöneltmiştir. Bu nedenle Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır. TAT, belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan

bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır (2, 3, 4).

Ne yazık ki birçok birey kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımları sağlık profesyonelleri tarafından eleştirilme korkusu ile ifade edememektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bu yöntemlere önyargısız, bilerek ve hangi bireylerin hangi yönteme başvurabileceğini tahmin ederek bireylere yaklaşması, birey-sağlık profesyoneli arasındaki iletişimin gelişmesini sağlayacak ve bu yöntemlerden doğabilecek yan etki ve maliyeti azaltacaktır (4, 11, 13, 19).

Toplumu oluşturan bireylerin tamamlayıcı terapilere yönelik ilgilerinin artması sonucu, sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar, toplumun bu gereksinimini karşılamaya çalışmışlardır. Bu durumun sonucunda, hizmet amacı birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı terapilerde rol alması bir gereklilik haline gelmiştir (7, 9, 10, 12).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler meydana gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden alternatif ve tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirilmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir (7, 8).

Bu bilgiler doğrultusunda çalışma; cerrahi tedavisi planlanan bel ve boyun fıtığı olan hastalarının ameliyat öncesi ağrı gidermede tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumunu ve bu konudaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Toplumda birçok birey, yaşamlarının belli döneminde bel ve boyun fıtığı nedeniyle ağrı yaşamaktadır. Bel ve boyun fıtıklarına bağlı gelişen ağrı toplumun genelini ilgilendiren, iş görmezliğe ve sağlık hizmetlerinin sık olarak kullanılmasına neden olan önemli bir sağlık sorunudur ve bireyin yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemektedir (20).

2.1. Anatomi ve Fizyoloji

33 adet omurdan oluşmuş, içinde omuriliği barındıran, hareketli kemik yapıya sahip olan omurgada 7 adet boyun omuru (servikal vertebra), 12 adet sırt omuru (torakal vertebra), 5 adet bel omuru (lomber vertebra), 5 sakral vertebra ve 4 de koksal vertebradan oluşmaktadır. Omurga bir bütün olarak incelendiğinde hareketli ve sabit bölümlerden oluştuğu görülmektedir. 33 vertebranın ilk 24 tanesi birbirine intervertebral disk adı verilen kıkırdakların bulunduğu eklemler aracılığıyla bağlanmış ve hareketli, son 9 vertabra ise (sakral ve koksigeal) hareketsizdir (6, 14, 17, 21, 26).

Kafatası ve pelvis arasında uzanan omurganın; nöral ekseni ve sinir köklerini korumak, tüm vücut yapılarını desteklemek ve ağırlığı taşımak, postürün sağlanması, hareketlilik gibi önemli işlevleri bulunmaktadır (26). Omurların arasında bulunan ve onlara hareket özelliği kazandıran intervertebral diskler yarı oynar eklemden oluşan ve omurga üzerindeki kuvveti absorbe eden, dağıtan mekanizmalardır. İkinci servikal vertabradan birinci sakral vertebraya kadar 23 adet intervertebral disk bulunur (33).

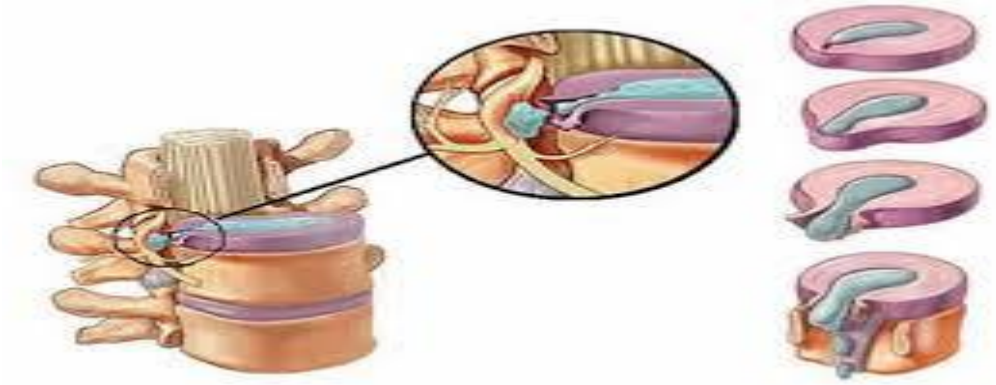
Omurganın hareketli ve sabit segmentleri arasındaki geçiş noktaları hareketle oluşan stresten en çok etkilenen yerlerdir. Bu nedenle, torakal ve lomber vertebraların alt bölgelerdeki diskler dejeneratif değişiklikler bakımından risk altındadır (17).

2.2. Bel Fıtığı (Lomber Disk Hernisi)

1555 yılında Valsalius tarafından intervertebral disk anatomik bir yapı olarak tanımlanmış, 1800'lerde Laseque, siyatalji ve bel ağrısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. İntervertebral disk herniasyonlarının tanımı 1850'lerde Virchow ve Von Lushka tarafından yapılmış, tanı ve görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ile

intervertebral disklerin yapısı ve hastalıkların mekanizması daha açık biçimde incelenebilmiştir (23).

Lomber vertebralar lokasyonu ve hareketli yapısı nedeniyle omurganın en fonksiyonel ve en çok yüke maruz kalan bölümdür. Yaşam boyu birçok çeşitli kuvvetlere bağlı olarak zorlanan lomber vertebralarda yaralanmalar ve dejeneratif değişiklikler de sık görülür. Bu sürecin doğal bir sonucu olarak intervertebral diskler de yük ve stres nedeniyle hasar görürler. Disk üzerindeki tekrarlayan hasar dejenerasyona sebep olabileceği gibi, ters hareket, ağır kaldırma ve benzeri nedenlerle yerinden oynayabilir. Nükleus pulpozusun, anulus fibrozus kapsülünün sınırlarını geçmesi ile disk hernisi oluşur. Sonuç olarak da nucleus pulposus foramen vertebrale'ye yani sinir köklerinin bulunduğu alana geçer. Burada yer değiştiren disk materyali özellikle alt ekstremitelere doğru ilerleyen sinirler üzerinde bası oluşturur (29, 45).



Şekil 2.1 Disk Hernisinin Oluşumu

Disk herniasyonu %98 gibi yüksek bir oranda L4-L5, L5-S1 seviyelerinde görülür. Daha çok sabah saatlerinde disk üzerindeki basıncın artması ile herniasyon meydana gelir. Herniasyon oluştuğu bölgeye göre median, lateral ve posterolateral olarak adlandırılır (28, 29 30, 33).

Bel fıtığı; akut, kronik ve tekrarlayan bel ağrısının en yaygın nedenlerindendir. Özellikle bel ağrısı, bacak ağrısı, kuvvet kusurları ve hipoestezi gibi bulgularla semptom verdiğinden günümüzün sosyal ve ekonomik önemli sorunlarından birini oluşturur. Bel ağrısı (low back pain-LBP) nedeniyle alınan izin/raporların yaklaşık %15'ini oluşturur. Yapılan sağlık harcamaları ve iş gücü kaybı göz önüne alındığında maliyetin çok yüksek olduğu da açıktır (1, 32, 34, 42, 43).

2.2.1. Klinik Belirtiler

Lomber disk hernilerinde en yaygın şikayet lokalize bel ağrısıdır. Hastalar özellikle bel bölgesinde künt bir ağrı ifade ederler. Ağrı kimi zaman hareketi kısıtlayacak kadar şiddetlidir (27, 42).

Belde ve etkilenen sinir kökünün anatomik dağılımına uygun olarak bacağa yayılan ağrı; hareketle artan istirahatle azalan, yavaş gelişen yaygın, batıcı özelliktedir. Ani hareketler ağrıyı tetikleyebilir veya arttırabilir. Örneğin öne eğilme veya arkaya dönme gibi bir hareket ağrının başlamasına neden olabilir. İlerleyen dönemde küçük bir hareketle dahi ağrı şiddetlenip, hatta kilitlenme veya bel tutulması görülebilir. Öksürme, oturma, ayakta durma, ıkınma, araba kullanma, omurganın fleksiyonu ağrıyı arttıran hareketlerdir. Ağrıyı hafifleten hareketler ise istirahat, lomber lordozun desteklenmesi, ekstansiyondur (27, 28, 32, 34).

L5-S1 disk hernilerinde ağrının lokalizasyonu sıklıkla gluteal bölge, uyluk arkası, malleolun lateral veya medialidir. Siyatik sinir yolunu takip eden bu ağrı “siyatik ağrısı” olarak ifade edilir. L3-L4 seviyesi disk hernilerinde ise ağrı uyluk ön yüzünde ortaya çıkar. Disk hernisi, disk kapsülünü aştığında bel ağrısında azalma olur ve radiküler belirtilerin daha belirgin hale geldiği görülür. Orta hat disk herniasyonları bilateral radikülopatiye veya kauda ekina sendromuna neden olabilir. Kauda ekina oranı bütün disk herniasyonları içinde %1’dir (27,28).

2.2.2. Risk Faktörleri

Lomber disk hernisine neden olan başlıca etmenler; yaş, cinsiyet, uzun boy, obezite, sigara kullanımı, motorlu araç kullanımı, sedanter yaşam tarzı, bel mekaniğine uygun olmayan şekilde hareket etme, ağır fiziksel aktivite, travmatik kazalar, eğitim düzeyinin düşük olması ve psikososyal faktörler olarak sıralanabilir. LDH genellikle 30 – 50 yaş arasında sık görülmesine karşın hemen her yaşta ortaya çıkabilir (5, 18, 42).

Ağır bedensel iş gücü gerektiren meslekler, kaldırma, dönme, uzun süreli oturma, araç kullanma LDH oluşumuna paralel olarak ağrı ve iş gücü kaybına da yol açar. Araba, otobüs, kamyon, kullanma gibi vücudu sürekli vibrasyona maruz bırakan meslekler, uzun süre ayakta durma veya oturma gerektiren meslekler, futbol, halter, kürek ve güreş

sporlarıyla uğraşan kişilerde bel ağrısı ve bel fıtığı sıklığı artmaktadır. Uygun olmayan pozisyonda durma ve oturma pozisyonu (vertebralar üzerindeki yük eşit dağıtılamadığı için), günlük hayatta sınırlı fiziksel aktivite ve sedanter yaşam (bel kaslarında hızla kısalık ve güçsüzlüğe, kondisyon kaybına yol açtığından), obezite (diskler üzerine binen yükün artmasına neden olduğundan), sigara (disk beslenmesini bozmakta ayrıca öksürüğe yol açarak bel ağrısını tetiklemektedir) ve psikolojik stres, depresyon, anksiyete, alkol kullanımı, kronik baş ağrısı olan bireylerde bel ağrısının sık görüldüğü belirtilmiştir (18, 42).

2.2.3. Tanı Yöntemleri

LDH tanısı için; öncelikle her hastalıkta olduğu gibi ayrıntılı anemnez, disk yapısının incelenebildiği görüntüleme yöntemleri (direk grafi, myelografi, myelografik BT, radyonüklit görüntüleme, ultrasonografi (USG), arteriografi, diskografi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG)) ve radikülopatiye yönelik tanı yöntemleri(Elektromyografi (EMG) ve Selektif sinir bloğu) kullanılmaktadır (24, 25).

2.2.4. Bel Fıtığında Tedavi Yöntemleri

İstirahat

Yatak istirahati disk içindeki basıncı ve spinal yumuşak dokulardaki yüklenmeyi azaltarak belirtilerin geçici olarak iyileşmesine yardımcı olabilir. Uzun süreli yatak istirahatinin ise bel ağrısı tedavisinde etkinliği kanıtlanmamıştır. İstirahat sırasında en rahat pozisyon olarak kalçalar ve dizlerin fleksiyonda tutulduğu semi-fowler ve yan fetal pozisyonda yatma önerilmektedir. Yan pozisyonda bacaklar arasına, sırt üstü pozisyonda da dizler ve bele konulan yastıkla destek sağlanır (32).

Medikal Tedavi

İlaçlar genellikle temel patolojiyi değiştirmeden; inflamasyon, kas gevşemesi, nörotransmitter denge ve santral ağrı algılanması üzerinde önemli fizyolojik etkiler oluşturarak semptomları iyileştirir. Akut bel ağrısında varsayılan inflamasyon ve kas spazmına yönelik Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçların (NSAİİ) ve miyelorelaksanların kullanımı yaygındır. Hafif bel ağrısında ise sadece hasta eğitimi, aktivite şeklini

değiştirmek ve fizik tedavi önerilmektedir. Ancak akut başlangıçlı şiddetli bel ağrısında analjezikler (asetaminofen, aspirin ve kodein) ve non-steroid antienflamatuar ilaçların (NSAİİ) kullanılmı önerilmektedir. Ayrıca opioidlerin, kortizon, miyorelaksanlar, trisiklik antidepresanlar, minör trankilizanlar, psikotrop ilaçlar ile hipnotik ve sedatif ilaçların hastalığın çeşitli dönemlerinde kullanıldığı belirtilmektedir (27, 32, 35).

Cerrahi Tedavi

Disk hernili hastaların %90'ından fazlası konservatif tedavi yöntemleriyle iyileşmekte olup ancak %2-4'ünde cerrahi endikasyon mevcuttur. Lomber disk hernisinde doğru seçilmiş hastalarda cerrahi tedavi yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranlarına sahiptir. Cerrahi tedavinin amacı ağrıyı gidermek ve hastaların iyileşme sürecini hızlandırmaktır. Cerrahi tedavi ile hastaların %10-20'sinde motor ve duyusal kayıpların iyileştirilmesi hedeflenir. Bel ağrısı cerrahi girişimden daha az etkilenir ancak birçok hastada siyatalji iyi bir şekilde azalalır (24, 25, 27).

Diğer Tedaviler

Reaktivasyon, rekondisyon, çalışma stimülasyonu, psikososyal girişimler, konuşma rehabilitasyonu, masaj, traksiyon ve endorfin iletimli analjezik tedavi (akupunkturoid tedavi) ile invaziv teknikler (akupunktur, tetik noktaları ve faset eklemlerine enjeksiyon, epidural ve intradural steroid, opioid ve lokal anestezik enjeksiyonu) kronik bel ağrısında kullanılan diğer tedavi yaklaşımlarıdır (32).

2.3. Boyun Fıtığı (Servikal Disk Hernisi)

Servikal bölge, lomber bölgenin ardından en sık ağrı şikayeti görülen omurga bölümüdür ve bu bölgeden kaynaklı ağrıların nedenleri arasında boyun fıtıkları önemli yer tutar. Servikal disk hernisi (CDH), yırtılan anulus fibrozustan dışarı taşan bir disk materyalinin sinir köküne veya omuriliğe bası yapması ile semptom ve bulgu verir (1, 37).

Disk herniasyonunun ve kronik spondilozisin en sık görüldüğü seviyeler C5-6 ve C6-7'dir. Servikal bölgeni daha fazla yüke maruz kalması ve boyun hareketleri sırasıda diğer seviyelerden daha aktif olması fıtıklaşma açısından yatkınlık oluşturur (1).

CDH; akut disk herniasyonu, dejenere diskin akut herniasyonu ve kronik disk dejenerasyonu olmak üzere üç grupta incelenir. Akut disk hernisi genelde genç hastalarda şiddetli bir travma ile oluşur ve beraberinde kemik hasarı da görülebilir. Dejenere diskin herniasyonu travma olmaksızın gerçekleşir, belirtiler akut olarak ortaya çıkar ve gittikçe artar. Kronik disk dejenerasyonunda disk materyalinin zaman içinde yapısının bozulması ve sertleşmesi ile meydana gelen bir patoloji söz konusudur (1, 40).

2.3.1. Klinik Belirtiler

Disk fıtığının lokasyonuna ve süresine göre çok çeşitli yakınma ve bulgular görülebilir. Hastalar çoğunlukla ani olarak gelişen boyun ağrısı ve hareket kısıtlılığından yakınırlar. Boyun şikayetlerinden sonraki süreçte genellikle spinal kök üzerindeki etkiye bağlı olarak radikülopati ya da daha az rastlanan spinal kord etkilenmesi sonucunda miyelopati bulguları görülür. Bazı olgularda boyunla ilgili yakınma olmayabilir (1, 38).

Servikal disk hernilerinde belirtiler genelde boyun ağrısı, oksipital ağrı, omuz ağrısı ve kola yayılan ağrı, parestezi, güç kaybı gibi üst ekstremite bulgularıdır. En sık rastlanan bulgu boyun ağrısıdır. Ağrı keskin karekterde olabilir ancak genelde derin ve künttür. Ağrıya parestezi eşlik edebilir, parestezi genelde ekstremitenin distalindedir. Bu duyusal belirtiler tek taraflı görülür. Boyun hareketleri kısıtlanır ve ağrı boynun ekstansiyonu ve rotasyonuyla artar (37, 38, 40, 41).

2.3.2. Risk Faktörleri

Fıtık oluşumunda servikal bölge üzerinde oluşan tekrarlayıcı streslerin rolü büyüktür. Hernilerin %15-30'unun etiyolojisinde travmalarya rastlanmaktadır. Sigara kullanımının, disk beslenmesini olumsuz etkilediği, disk yapısının bozulma riskini arttırdığı bulunmuştur. Radikulopati veya miyelopati bulgusu olan boyun fıtığı hastalarında diyabet oranının yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca uzun süre boynun öne doğru fleksiyonda olduğu pozisyonlar, inaktivite, bilgisayar başında çalışma gibi iş yeri faktörleri, kadın cinsiyet, yaş gibi bireysel faktörler, kuru hava, ısı değişimleri gibi çevresel faktörler boyun fıtığında risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (1, 38, 39).

2.3.3.Tanı Yöntemleri

Doğru tanı için doğru anamnez, görüntüleme teknikleri ve ayrıntılı nörolojik muayene birlikte kullanılır. Servikal disk hernisine bağlı ortaya çıkan klinik bulgular, bu bölgedeki birçok hastalığa bağlı olarak da gelişebilir. Tanı yöntemi olarak; direkt grafiler, myelografi, bilgisayarlı tomografi, myelografik BT, servikal spinal manyetik rezonans görüntüleme, elektromyelografi (EMG) kullanılır (1).

2.3.4. Boyun Fıtığında Tedavi

Tedavi altta yatan nedenlere, semptomlara yani hastaya göre değişmekle birlikte; genel olarak farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler, fiziksel yöntemler, enjeksiyon yöntemleri ve cerrahi yöntemler kullanılır. Bununla birlikte tedavide akupuntur, traksiyon, sıcak-soğuk uygulamalar, masaj ve manüplatif yöntemlerden de yararlanılır (38).

Konservatif Tedavi

Boyun fıtığında en belirgin semptom ağrı olduğu için tedavide amaç erken dönemde ağrıyı kontrol altına almak, tekrarlamasını ve sekelleri önlemek ve hastayı normal hayatına döndürmektir. Ağrının azaltılmasında hastalar genellikle konservatif tedaviden yarar görmektedir. Bir çalışmada beş yıl takip edilen hastaların %80'inin konservatif tedavi ile şikâyetlerinin gerilediği görülmüştür. İstirahat, boyunluk, NSAİİ, oral steroid, epidural steroid ve fizik tedavi uygulamaları boyun fıtığı tedavisi için kullanılan konservatif tedavi yöntemleridir (37).

Cerrahi Tedavi

Boyun fıtığının cerrahi tedavisindeki amaç sinir kökü üzerinde bası oluşturan disk materyalini ortadan kaldırmaktır. Hastalarda ileri nörolojik defisit olması, varolan defisitlerin ilerlemesi ve tüm konservatif tedavilere rağmen 2 ay süresince semptomların düzelmemesi durumunda cerrahi tedavi uygulanır (1, 40).

2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler (TAT)

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tedaviler tanım olarak birbirinden farklı kavramları kapsamalarına karşın literatürde sıklıkla birlikte kullanılmaktadır. Alternatif tedaviler, hastalıkların tedavisinde, konvansiyonel tedavilerin yerine geliştirilen farklı ürün

ve uygulamaların kullanılmasıdır. Tamamlayıcı terapiler ise daha çok hastalıkların semptomlarını gidermeye yönelik, konservatif tedavilere ek olarak kullanılan yöntemleri kapsar (46, 48, 55).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tedavi yöntemlerini; fiziksel ve zihinsel hastalıkların önlenmesi, teşhisi veya tedavisi için kullanılan, farklı kültürlere özgü kuram, inanç ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlamaktadır (47).

2.4.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tepilerin Tarihçesi

İnsanlık tarihinden bugüne kadar çeşitli TAT yöntemlerinin kullanıldığı farklı kaynaklarda ifade edilmektedir. TAT uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanacak kadar eskidir. Eski çağlarda geleneksel iyileştiriciler ve şamanların olduğu toplumlarda, bitkisel tedavilerin kullanımı fosil kayıtlarıyla ortaya konulmuştur (48). İnsanların, bitkilerin özelliklerini deneme yanılma yoluyla ortaya çıkararak, gıdanın yanı sıra tedavi amaçlı olarak kullandıkları bilinmektedir. Milattan önce yaşamış Türk bilim insanları da bitkisel ilaçlarla ilgilenmişlerdir. Anadolu'da çokça karşılaşılan halk hekimliği ve uygulanan geleneksel ilaçlar bugüne kadar ulaşmış alternatif tıp yöntemleridir (53, 54).

İlkçağlarda; ilkel kabilelerde hastalıkların olağanüstü güçler tarafından insanlara gönderildiği ve bu güçlerin insanların iyileştirileceği inancının olduğu, Antik Yunanistan'da mitolojik tanrıların insanları hastalıklardan koruduğu inancının yaygın olduğu bildirilmektedir (48, 56). Selçuklular ve Osmanlılar müziği tedavi için ilk defa kullanan uygarlıklardandır. Müzik kötü ruhlardan arınmak, insanlara kuvvet kazandırmak ve sakinleştirmek amacıyla Antik Yunanistan, Mısır ve Roma'da da kullanılmıştır (57). Homeopati, osteopati gibi uygulamalar ise 19. yüzyıldan itibaren tıbba alternatif olarak kullanılmıştır (48).

20. yüzyılın ortalarından itibaren, hastalıkların çoğalması ve endüstrinin gelişmesi ile insanlar doğal ürünleri alternatif ve tamamlayıcı olarak hastalıkların iyileştirilmesinde kullanmaya yeniden başlamıştır (56). Yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların

artması ve birçok faktöre bağlı olarak bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yöneldiği görülmektedir (61).

Bu uygulamaların dünyada giderek artmasından ve bu uygulamaların etkisi hakkında eksikliklerinin olmasından dolayı 1998'de Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine -NCCAM) kurulmuştur (45).

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin (NCCAM) adı sonraki süreçte "Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi" (The National Center for Complementary and Integrative Health-NCCIH) olarak değiştirilmiştir. Temel vizyonu ve misyonu; konuyla ilgili araştırmalara finansal olarak destek sağlama, toplumun tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda sorularına cevap verme ve sağlık profesyonelleri ile sağlık politika yapıcılarına kanıta dayalı bilgi sunma olarak açıklanmıştır (45).

Ülkemizde bu alanda ilk düzenleme 1991 yılında çıkartılan "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" ile oluşturulmuştur (51). 2002 yılında yayımlanan yeni bir yönetmelik ile; bu alanda uygulama yapan özel sağlık kuruluşlarına ilişkin usul ve esaslar düzenlenmiştir (52). 2001 yılında İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde Tamamlayıcı Tıp Bölümü kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı Kanser Danışma Kurulu bünyesinde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu ise 2003 yılı sonunda kurulmuştur (50).

2014 yılında yürürlüğe giren "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ile TAT yöntemlerini uygulayacak kişilerin eğitimi, yetkilendirilmeleri ve yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşu ve bu yöntemleri kimlerin uygulayacağı belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre birçok tamamlayıcı uygulama konuya ilişkin sertifikası olan bir hekim ya da onun gözetiminde diğer sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmalıdır. Ancak çıkarılan yasa ve düzenlemelere karşın bu uygulamaların özel sertifikası olmayan çok sayıda kişi tarafından uygulandığı bilinmektedir (49).

2.4.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerin Kullanım Alanları

TAT kullanımının herhangi bir coğrafya veya etnik gruba, sosyal veya ekonomik konuma bağlı olmaksızın, tüm dünya çapında yaygınlaşmış olduğu ifade edilmektedir. Genel popülasyonda TAT yöntemlerine başvuru oranı %6 ila %73 arasında değişiklik göstermektedir. TAT kullanımı son yıllarda gelişmekte olan ve endüstrileşmiş birçok ülkede düzenli olarak artmış ve artmaktadır. Bu artışın bir nedeni olarak, medya, TAT uygulayıcıları ve bazı tıp hekimleri gösterilmektedir. (59, 60). Türkiye'de ise %12.6 ile %76 arasında TAT kullanımı olduğu belirtilmektedir (3, 19, 65).

Kronik hastalıklar başta olmak üzere TAT yöntemlerinin birçok hastalığın tanı veya tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Kanser, hipertansiyon, diyabet, inflamatuar bağırsak hastalıkları, romatizmal hastalıklar, anksiyete, yorgunluk, uykusuzluk gibi durumlarda kullanıldığı alanlardan bazılarıdır. Bunun yanında baş ağrısı, bel ve boyun ağrılarının giderilmesinde de hastalar TAT yöntemlerine başvurmaktadır (60, 61).

Ülkemizde ve dünya çapında yapılan araştırmalarda, özellikle kronik hastalığı olan hastaların, hastalığın tanı konulduktan önce veya sonra, ya da her iki zamanda modern tedavi yöntemlerinin yanında veya tek başına TAT yöntemlerine başvurduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmalarda; hastaların TAT kullanımıyla ilgili olarak yanlış bilgi vermesi, kullandığını saklaması durumu göz önüne alındığında TAT yöntemlerine başvuru oranının daha yüksek olabileceği de düşünülmektedir (60, 62).

Ağrı tedavisine yönelik kullanılan TAT yöntemleri arasında; soğuk-sıcak uygulamalar, egzersiz, pozisyon verme, hareket kısıtlaması, dinlenme, akapunktur, hidroterapi, masaj ve dokunma, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, dua etme, meditasyon, hipnoterapi, biyolojik geri besleme (bio-feedback), davranış terapileri, aromaterapi, müzik terapi vb. girişimler bulunmaktadır (85).

İnsanların kültürel, dini, siyasi, sağlık konularındaki değer ve inançları gibi birçok faktör TAT kullanımlarını etkilemektedir. TAT kullanımını tercih eden hastaların bu yöntemlerle ilgili olarak genel düşüncesi; doğal, etkili ve güvenilir yöntemler olduğudur. Yapılan çalışmalarda insanların TAT kullanmaktaki amaçlarının; sağlık davranışlarını güçlendirmek, yaşam kalitesini arttırmak, ilaçların yan etkilerini azaltmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek, hastalığın ilerlemesini engellemek, umutsuzluk, gerginlik gibi

olumsuz duygulardan kurtulmak olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca tıbbi tedavinin beklenilen sonucu vermemesi, maddi yetersizlikler, çevrenin ve medyanın etkisi, sosyal güvencenin olmaması gibi sebepler de hastaların bu yöntemlere başvurmasında etkili olmaktadır (8, 60 ,63, 64).

2.4.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapi Yöntemlerinin Sınıflandırılması

NCCIH, alternatif ve tamamlayıcı tedavileri iki ana başlık altında ele almaktadır. Bunlar; zihin- beden uygulamaları ve biyoloji temelli terapilerdir (67).

Zihin-Beden Uygulamaları

Beden sağlığını zihinsel uygulamalarla etkilemeyi amaçlayan yöntemlerdir. Bu uygulamaların en yaygın kullanılanları; meditasyon, yoga, hipnoz, dua, müzik ve sanat terapileridir. Günümüzde, hastaların tıbbi uygulamalara ek olarak zihin-beden uygulamalarını kullandıklarını bildirmeleri sık rastlanan bir durumdur.

Gevşeme : Gevşeme, beden-zihin uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Gevşeme teknikleri anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılmaktadır. (60, 68).

Meditasyon: Latince "meditari" olan kelimeden türetilmiştir. Derin düşünme, dikkati şimdiki ana odaklama anlamına gelmektedir. Meditasyonun kökeni yüzyıllar öncesine dayanan çok eski dinler ve inanç sistemlerine dayanır. Anksiyete, ağrı, depresyon, uykusuzluk, kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan insanların fiziksel ve duygusal belirtilerinde meditasyon tekniği kullanabilmektedir. Son yıllarda bazı toplumlarda emosyonel stresi azaltma ve iyilik halini geliştirilmesi açısından meditasyona artan bir ilgi söz konusudur (60, 68).

Dua : tek tanrılı dinlerde(İslam, Hristiyanlık, Musevilik vb.) daha sık görülen, çeşitli dini inanç ve ibadetleri içeren bir kavramdır. İnsanlar dua ederek tanrı veya kendilerinden üstün güce sahip bir varlıkla bağlantı kurar ve rahatsız oldukları durumdan (ağrı, hastalık, günahlarının affedilmesi vb.) kurtulmak için ondan yardım isterler. Böylece dua ettiği konuda Allah'ın kendisine yardım ettiğini hissetmekte ve manevi güç kazanmaktadır (68, 69).

Sanat Terapisi : art terapist de denilen uygulayıcılar tarafından uygulanan, müzik, resim, dans gibi sanat dalları tedavide kullanıldığı yöntemdir. Yaratıcı eylemlerin tedavi edici özelliği olabileceği sanat terapisinin ana fikrini oluşturur. Saklanmış duyguların ifade edilmesi, duygusal çatışmaların çözülmesinde ve öz bilincin geliştirilmesinde önemli yer tutar (71).

Müzik terapisi : Bireylerin ruhsal ve fiziksel sorunlarını çözmek için değişik tonlarda ve ritimlerde seslerin uzman eşliğinde ve sistemli olarak kullanılmasıdır. Çok eski çağlardan günümüze kadar dünyanın çeşitli bölgelerinde müziğin tedavi amaçlı kullanıldığı bilinmektedir. İlkel kabilelerde hastalıkları kötü ruhları kovarak iyileştirmek için çeşitli müzikler kullanılmıştır. Bu tarz ayinler Afrika'da hala düzenlenmektedir. Türklerde müziğin tedavi amaçlı kullanılması İslamiyet öncesine dönemde başlayıp Selçuklu ve Osmanlı döneminde devam etmiştir. Günümüzde müziğin etkileri üzerine yapılan araştırmalarda; doğru seçilmiş müziklerin yoğun bakım hastalarının ağrı ve stresini azalttığı, kalp ritmini ve kan basıncını dengelediği bulunmuştur. Ayrıca yeni doğan bebeklerin beyinlerinin sağ lob fonksiyonel özelliklerini arttığı, yoğun bakım ünitesindeki düşük ağırlıklı bebeklerin stresleri azalıp, kilo alımlarının arttığı ve yoğun bakım ünitesinde kalış sürelerinin kısaldığı, onkoloji hastalarının kaygı düzeylerinin azaldığı literatürde bildirilmektedir (57, 72, 73, 74, 75, 76).

Hipnoterapi : Antik Yunan'daki uyku tanrısı Hypnos, hipnoz teriminin kaynağıdır. Hipnoterapi kişinin trans, yani uykuya yakın bir bilinç durumundayken, dikkatin bir şeye odaklanması ve önerilere açık halde olmasıdır. Yapılan birçok çalışmada, hastaların anksiyete, stres, kaygı ve ağrılarını gidermede önemli faydalar sağladığını ortaya koymuştur (2, 7, 70).

Aromaterapi : Tedavi çiçek, bitki yaprakları, kökleri, tohumları, ağaç reçinelerinden elde edilen esansiyel yağların tedavi amaçlı kullanılmasıdır. Esansiyel yağların deri üzerine masaj yoluyla veya hastaya buharının solutulması yoluyla uygulanır. Böylece kan ve lenf dolaşımına katıldığı ve iyileşmeyi sağladığı kanıtlanmıştır. Aromaterapinin, stres ve ağrının azaltılması, üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi, menstruasyon ve deri sorunlarında yararlı olabileceği düşünülmektedir (7, 9, 86).

Biyoloji Temelli Terapiler

Tedavi için bitkiler, vitaminler, doğal ürünler ve özel diyetlerden yararlanan yöntemlerdir. Tarihi kaynaklar eski uygarlıkların tedavide bitkilerden yararlanıldığını göstermektedir. Bitki tohumları, kurutulmuş yapraklar, çiçekler, kökler gibi bitkisel ürünlerden elde edilen ilaçların kullanıldığı bitkisel tedavi yani fitoterapide 250000 ile 500000 farklı bitki türü olduğu kabul edilmekte ve bunların 70000 kadarının tedavide kullanıldığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ise bu bitkilerin 21000' nin ilaç yapımında kullanımını uygun bulmuştur (36, 54, 77).

Bitkisel tedaviler tüm dünyada ve ülkemizde en sık başvurulan tamamlayıcı yöntemlerinden birisidir. Günümüzde insanların doğala dönme hedefiyle doğal ürünleri kullanma eğilimi hızla artmaktadır. Dünya nüfusunun bitkisel ürünlere başvurma oranının %80 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Dünyadaki az gelişmiş ülkelerde bütün hastalıkların tedavisinde bitkisel tedavilerin kullanıldığı görülmektedir. Coğrafi ve kültürel farklılıklara karşın hemen her kültürde geleneksel bitkisel tedavilere rastlanmaktadır 55, 71).

Çeşitli özel diyetler ve beslenme terapileri hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Pürinden fakir besinler GUT için, eliminasyon diyeti, elementer diyet, doymamış çoklu yağ asitleri, antioksidan besinler, köpek balığı kıkırdağı, vitamin kompleksleri çeşitli hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde kullanılmaktadır (78).

Diğer TAT Uygulamaları

Homeopati : Hastaya tedavi edici bitkisel ürününün çok düşük miktarda ve dilüe edilerek verilmesi esasına dayanır. Böylece hastanın bağışıklık sistemi uyarılarak iyileşmenin hızlandırılması amaçlanır. Tedavideki amaç; vücuda dışarıdan verilen maddeler ile kendini iyileştirecek bir uyarılma sağlamaktır (78).

Naturopati : Almanya'da ortaya çıkmış ve 19. Yüzyılda Avrupa'da popülerlik kazanmış bir yöntemdir**.** Naturopatinin temel felsefesi; insan vücudunun iyileştirici

gücünün hastalıkla mücadele için aktif hale getirilmesidir. Uygulayıcılar vücudun iyileştirme gücünü arttırmak için bitkisel ilaçlar, diyet değişiklikleri, egzersiz, homeopati, hidroterapi ve masaj gibi doğal yöntemleri kullanırlar. Literatürde, kronik bel ağrısı olan hastalarda ağrı yönetimindeki etkililiği de kanıtlanmıştır (81, 82).

Ayurveda: Hindistan'da ortaya çıkan bu yöntem en eski tıp sistemlerinden biridir. Konvansiyonel tıptan farklı olarak ayurveda uygulamalarında hastalığın spesifik nedenlerini yok etmek yerine vücuda hastalıkla mücadele edecek şekilde direnç kazandırılmaktadır. Tedavi Ayurvedik ürünler olarak adlandırılan bitkisel karışımlar, diyetler, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliklerinin bir kombinasyonundan oluşmaktadır. Fakat bu ürünlerin toksik olma potansiyelleri bulunmaktadır ve eğitimli kişiler tarafından uygulanması önerilmektedir. 2008 yılında, NCCIH tarafından desteklenen bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri ve Hindistan'da internet üzerinden satın alınan ve imal edilen 193 Ayurvedik ürünün içeriği incelenmiştir. Araştırmacılar ürünlerin %21'inde kabul edilebilir standartları aşan kurşun, cıva veya arsenik düzeyleri içerdiğini bulmuştur (79, 80).

Osteopati: Osteopatik tıp olarak da isimlendirilen bu yöntem, eklem ve spinal hastalıkların tedavisinde kullanılan bir tekniktir. Temelleri 1874 Dr. Andrew T. Still tarafından atılan osteopati, günümüzde özellikle ABD'de tamamlayıcı tıbbın bir öğesi olarak kabul edilir. Gerekli eğitimleri alan kişiler osteopati doktoru ünvanı ile osteopatik tıbbı uygulayabilmektedir. Osteopatik tıbbın temeli vücuttaki anatomik yapıların (kas, kemik, ligament, organ vs.) hareketleri üzerine kurulmuştur. Osteopati felsefesine göre beden, beyin ve ruh ile birlikte bir bütündür ve kendi kendisini iyileştirme yeteneğine sahiptir (83).

Şiropraktik(karyopraktik): Yunanca 'chiros' (el) ve 'practicos' (uygulama) kelimelerinin birleşiminden oluşan chiropractic elle yapılan/uygulanan anlamına gelmektedir. Uygulamada spinal manüplasyon teknikleri kullanılarak, kas iskelet sistemi ağrılarının yönetimi ve omurganın korunması amaçlanır. Yapılan çalışmalarda sırt, boyun ve omuz ağrısı, astım, karpal tünel sendromu, fibromiyalji, baş ağrısı için bu manülasyon tekniklerinin kullanıldığı ve özellikle bel ağrıları olan hastaların yararlandığı bulunmuştur (84).

Masaj: Masaj birçok hastalığın ve semptomun tedavisinde yüzyıllardır yararlanılan bir yöntemdir. Masaj; uygulayıcıların elle yumuşak dokuyu manüple ettiği ve ciltteki reseptörlerin uyarılmasını sağladıkları tekniktir. Reseptörlerin bu uyarıların spinal kord ve beyne iletmesi sonucunda dolaşımda hızlanma, iskelet kaslarında gevşeme, arteriyel dilatasyon gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Fiziksel ve psikolojik rahatlama sağlayan masajın, kanser hastalarında lenf ödemi, kas gerginliği, uykusuzluk, ansiyete ve depresyonun azaltılmasında yarar sağladığı bildirilmektedir (9, 79, 85, 86).

Hidroterapi (Balneoterapi/Kaplıca) : Hidroterapi, suyun sıvı buz ve buhar olarak, sıcak veya soğuk uygulamalar şeklinde sağlığı koruma ve hastalıkları tedavi etme amacıyla kullanımıdır. Balneoterapi, mineralli ve termal sular (şifalı sular), peloidler (şifalı çamurlar) ve gazlar gibi balneolojik unsurların banyo, içme ve inhalasyon şeklinde kullanılması ile yapılan tedavi yöntemidir. Tüm vücut veya oturma banyoları, sıcak ve soğuk kompres, buz uygulamaları başlıca hidroterapi yöntemleridir. Kaplıca tedavisi, günümüzde yaygın şekilde kronik ağrılarda, yaşlılığa bağlı eklem hastalıklarında modern tedavileri tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır (88, 89).

Refleksoloji: Kafa, kulak, el ve ayaklarda bulunan, vücudun tüm bölgelerine ve organlara karşılık gelen refleks noktalarına uygulanan özel ovma hareketleriyle bedenin bozulan enerji dengesinin yeniden kurulması amaçlanır. Enerji dengesizlikleri düzeltildiğinde hastalıkların kontrolü ve sağlığın sürdürülmesinin mümkün olacağına inanılmaktadır. Kanserde semptom kontrolü, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, uykusuzluk, stres ve ağrı kontrolünde kullanılmaktadır (9, 12, 79, 86, 87).

Akupunktur: Latince ‘acus’ ve ‘pungere’ kelimelerinin birleşiminden oluşan akupunktur vücudun belirli noktalarına altın ve gümüş iğneler batırılarak uygulanan bir yöntemdir. Geleneksel Çin Tıbbının bir öğesi olan akupunkturun enerji akışındaki bozuklukları düzelterek enerji dengesini düzenlediğine böylece kişiyi iyileştirdiğine inanılmaktadır. Bu işlemin iğnesiz, sadece el ile bası uygulanarak yapılmasına akupresür denmektedir. Yapılan çalışmalarda bel ağrısı, boyun ağrısı ve osteoartrit / diz ağrısı, gerilim tipi baş ağrısı ve migren ağrılarında yararlı olduğu saptanmıştır (9, 70, 85, 89, 90, 91, 92).

Son yıllarda Batıya paralel olarak ülkemizde de akupunktura olan ilgi artmış ve akupunktur için 17.09.2002 gün ve 24879 sayılı Resmi Gazete'de "Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik" yayımlanmıştır (51, 52)

Tai Chi : Belli duruş, zihinsel odaklanma, nefes ve gevşeme tekniklerini içeren, Çin'de asırlardır uygulanan terapidir. Osteoartrit ağrıları, fibromiyalji, sırt ve baş ağrıları, anksiyetenin azaltılmasında ayrıca yaşlılarda ve Parkinson hastalarında dengenin sağlanmasında etkili olduğu bildirilmektedir (93).

Reiki: Reiki, "evrensel yaşam enerjisi" veya "ruhsal yaşam enerji"si anlamına gelen Japonca bir sözcüktür. Reikinin esası diğer enerji terapilerine benzer olarak bir enerji merkezinde oluşan tıkanıklığın hastalık veya dengesizliklere yol açacağıdır. Bu doğal şifa yönteminde enerji, elle dokunularak aktarılır ve vücuttaki enerji dengesi yeniden kurulur. Uygulayıcılar ellerini hastaya yakın tutarak ve dokunarak, vücutta meydana gelen enerji dengesizliklerini çözüp ve negatif enerjiyi uzaklaştırarak bedendeki enerji akımına bağlı rahatlama sağlamayı amaçlamaktadır (94, 95).

Biyoenerji : Vücuttaki enerji akımının çakra denilen yedi ayrı nokta arasında dolandığı ve dengede durduğu, dengenin bozulması ile hastalıkların ortaya çıktığı inancı üzerine kurulmuş bir terapidir. Sağlıklı bireyin hasta bireye dokunarak pozitif enerji iletebildiği ve böylece doğru enerjilerin hastalığın tedavi ettiği düşülmektedir. Kas gerginliği, stres ve ağrı tedavisinde yararlı olduğu bildirilmektedir (60, 80, 88).

Terapötik Dokunma: İnsan hayatının başlangıcından itibaren fiziksel ve ruhsal gelişim ve insanlar arasındaki iletişimde dokunmanın çok önemli bir yeri vardır. Terapötik dokunmada ağrıyı gidermek, dolaşımı düzenlemek, iskelet kaslarını gevşetmek amacıyla, kas ve bağ dokusu üzerine sürtünme, yoğurma, basınç uygulama teknikleri belirli bir ritim ile uygulanır. Literatüre göre Terapötik dokunma kanser hastalarında ağrıyı hafifletmekte, anksiyeteyi azaltmakta ve uyku verimini arttırmaktadır. Hamilelerdeki stres hormonlarının, bel ve bacak ağrılarının, duygusal gerginliklerinin azalmasına yardımcı olduğu görülmüştür (12, 71, 85, 97).

2.4.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Terapilerde Hemşirenin Rolü

Sağlık alanındaki gelişimeler ülkelerin sağlık politikalarındaki dinamikleri oluşturmuş buna paralel olarak da sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarını da değiştirmiştir. Bu doğrultuda TAT kullanımı konusunda hemşirelerin, bilimsel çalışmalar yapmaları, yararları ve olası yan etkileri araştırmaları, hasta/sağlıklı bireyleri doğru şekilde yönlendirmeleri beklenmektedir. Hemşirelerin TAT ile ilgili sorumlulukları, TAT bilgi kaynağı olarak bireyleri aydınlatmak, bir uygulayıcı olarak bu terapileri uygulamak, bu konuda araştırmalar yapmak olarak özetlenebilir (7, 8, 48, 99).

Literatür incelendiğinde tamamlayıcı terapilerin, hemşirelik uygulamalarının bir parçası olarak uygulanabileceği görülmektedir. Bu bağlamda tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülebilir. Hemşirelik uygulamaları ve tamamlayıcı terapiler, felsefesi bakımından benzerlik göstermektedir. Her ikisinin benzer yönleri, bireye holistik açıdan yaklaşmaları, tedavi sırasında destekleyici rolde olmaları, sağlığın yükseltilmesine ve hastanın aktif rol almasına odaklanmalarıdır. Cole ve Shanley hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedavileri üç gruba ayırmaktadır (8, 98).

İlk grupta hemşirelerin doğrudan uygulamaya kattıkları masaj, shiatsu, refleksoloji, aromaterapi, terapötik dokunma gibi yaklaşımlar bulunur. İkinci grupta hemşirelik uygulamalarına daha sınırlı dahil edilebilen; homeopati, bitkisel tedaviler, hipnoterapi gibi yaklaşımlar, üçüncü grupta ise hemşirelik uygulamalarına kolaylıkla dahil edilemeyen fakat hemşirelerin öneride bulunabilecekleri akupunktur, şiropraktik, osteopati gibi yaklaşımlar yer almaktadır (8, 98).

Yapılan çalışmalarda güvenilir olmayan kaynaklardan bilgi alan bireylerin oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin hasta eğitimi, TAT için kanıta dayalı uygulamalar, güvenlik gibi konularda profesyonel uygulamalara ilişkin bilgi gereksinimleri artmaktadır. Sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin de bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma açısından TAT hakkında bilgi sahibi olması kaçınılmazdır. Hastaların TAT kullanımları ve nedenlerini anlayabilmeleri için sağlık profesyonelleri açık bir iletişim sağlamalıdırlar. Ayrıca sağlık

profesyonelleri, TAT kullanımının değerlendirilmesi, kullanımı ile ilgili bilgilerin arttırılması, kullanım ile ilgili kültürel ve cinsiyet farklarının anlaşılması gibi sorumluluklar taşımaktadır (46, 49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi'nde cerrahi girişim planlanmış bel ve boyun tanısı olan hastaların amaliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yöntemleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Bu araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

- Bel ve/veya boyun fıtığı tanısı olan hastaların hastalığın en belirgin semptomu olan ağrıyı gidermede izledikleri yollar nelerdir?
- Bel ve/veya boyun fıtığı tanısı olan hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri hakkındaki görüşleri nelerdir?
- Bel ve/veya boyun fıtığı tanısı olan hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerini kullanma durumları ve bunu etkileyen faktörler nelerdir?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01 Aralık 2014 ve 30 Haziran 2015 tarihleri arasında yedi aylık süreçte Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Servisinde gerçekleştirildi. Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi, Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Bina 5. Katta yer almaktadır. Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi altı hasta odasından oluşmakta ve 24 hasta kapasitesine sahiptir. Ayrıca servis içerisinde dört yataklı 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi'nde, bel ve/veya boyun fıtığı tanısı konan ve cerrahi girişim planlanan 120 hasta oluşturdu. Çalışmanın örneklem büyüklüğü; 120 ameliyatın içerisinden %95 güvenilirlikle +/- 5 sapmayla 92 hasta olarak hesaplandı.

Araştırmanın örneklemini; araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilen, araştırmaya katılmayı kabul edip sözlü ve yazılı izinleri alınan, veri toplama formunda yer alan bilgileri anlayacak düzeyde olan, 18-78 yaş grubunda bireyler arasından basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş 92 birey oluşturdu.

Hastalara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmaya isteklilik ve gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü ve yazılı izinleri alındı (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu- Ek 1) ve uygulamaya başlandı. Çalışmada yer almak istemeyen kişiler çalışmaya dâhil edilmedi.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri kurum izni ve hastaların yazılı izinleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ameliyat öncesi, hastaların kliniğe ilk yattıkları gün hasta odasında toplandı. Her birey ile görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür (4, 7, 79, 85, 97) incelenerek hazırlanan; tanıtıcı özellikler (Ek 2) ve tamamlayıcı tedavi kullanımı bilgi formu (Ek 3) ve ağrı düzeylerini değerlendirmek için Verbal Numerik Skala (VNS) kullanıldı (Ek 2).

Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacı tarafından bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş- mesleki durum, çalışma durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı coğrafi bölge gibi tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı Bilgi Formu: İlgili literatür taranarak 10 soruluk bir anket formu oluşturuldu. Ankette bireylerin hastalıkları için (bel/boyun fıtığı) aldıkları tedavi, tamamlayıcı tedaviler konusundaki görüşleri, ağrı gidermede tamamlayıcı yöntemlere başvurma durumları, tamamlayıcı tedavi kullanan bireylerin hangi yöntemleri kullandıkları, kullanımdan önce bilgi alma durumları, tamamlayıcı tedavi kullanımından fayda görüp görmedikleri sorgulandı.

Verbal Numerik Skala (VNS) : Verbal Numerik Skala, sayısal olarak ölçülemeyen ağrı şiddetini sayısal hale çevirmek için kullanılır. Buna göre hastadan 0'ın hiç ağrı olamaması, 10'un da dayanılmaz ağrıyı yansıtacak şekilde ağrısını 0 ile 10 arasında bir değer vermesi istenir (101).

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatiksel analizler için SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences, (Chicago, Illinois, United States) paket programı kullanıldı. Olguların tanıtıcı özellikleri ve diğer ifadeler ile ilgili özellikleri sayı ve yüzde değer olarak verildi. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle ortalama, yüzdelik dağılım ve standart sapma değerleri hesaplandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Etik Yaklaşım

Araştırmaya başlamadan önce, verilerinin elde edildiği GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim Hastanesi) Beyin ve Sinir Cerrahi Servisi Şefliği'nden kurum izni (Ek 4) ve GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı (Ek 3).

4. BULGULAR

Araştırma, bel ve boyun fıtığı tanısıyla cerrahi girişim planlanmış hastaların ameliyat öncesi TAT kullanım durumlarını belirlemek amacıyla 92 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen bulgular tablolar halinde verildi.

Tablo 4.1 Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=92)

	Tanıtıcı özellikler	N	%
Yaş	< 30	28	30,4
	31-40	25	27,2
	41-50	13	14,1
	51-60	14	15,2
	61-80	12	13,1
Cinsiyet	Kadın	32	34,8
	Erkek	60	65,2
Tanı	Bel Fıtığı	66	71,7
	Boyun Fıtığı	26	28,3
Eğitim Durumu	Okuma-yazma bilmiyor	2	2,2
	İlkokul	27	29,3
	Lise	29	31,5
	Üniversite	33	35,9
	Lisansüstü	1	1,1
Meslek	Ev Hanımı	15	16,3
	Memur	25	27,1
	Serbest Meslek	20	21,7
	Emekli	16	17,4
	İşçi	13	14,1
	Çiftçi	3	3,3
Doğduğu Bölge	Marmara	14	15,2
	Ege	8	8,7
	İç Anadolu	21	22,8
	Karadeniz	16	17,4
	Akdeniz	13	14,1
	Doğu Anadolu	13	14,1
	Güneydoğu Anadolu	7	7,6
Gelir Durumu	Gelir Gideri Karşılıyor	71	77,2
	Gelir Gideri Karşılamıyor	21	22,8
Yaşanılan Yer	Marmara	62	67,4
	Ege	7	7,6
	İç Anadolu	6	6,5
	Karadeniz	2	2,2
	Akdeniz	3	3,3
	Doğu Anadolu	8	8,7
	Güneydoğu Anadolu	4	4,3
Sosyal Güvence	Var	76	82,6
	Yok	16	17,4
Medeni Durum	Evli	61	66,3
	Bekâr	31	33,7

Tablo 4.1'deki veriler incelendiğinde hastaların yaş ortalaması 48 olarak bulundu (min18-max78). Hastaların %65,2'sinin (n=60) erkek olduğu, %71,7'sine (n=66) bel fıtığı ve %28,3'üne (n=26) boyun fıtığı tanısı konduğu, %35,9'unun (n=33) üniversite mezunu, %29,3'ünün (n=27) ilkokul mezunu olduğu, %27,1'inin (n=25) memur, %22,8'inin (n=21) İç Anadolu Bölgesi'nde doğduğu, %67,4'ünün(n=62) Marmara Bölgesi'nde yaşadığı, %77,2'sinin(n=71) gelir durumunun giderlerini karşılayabildiği, %82,6'sının (n=76) sosyal güvencesi olduğu, %66,3'ünün (n=61) evli olduğu belirlendi.

Tablo 4.2 Hastaların TAT ile ilgili sorulara verdiği yanıtların dağılımı

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Hastalara uygulanan tedaviler	Tedavi olmamış	19	20,6
	Fizik tedavi	16	17,4
	Medikal tedavi	18	19,6
	Cerrahi tedavi	7	7,6
	Tamamlayıcı tedavi	32	34,8
Hastaların TAT kullanma durumları	Evet	32	34,8
	Hayır	60	65,2
Kullandıkları TAT yöntemi	Dua	3	9,4
	Traksiyon	12	37,5
	Şifalı bitki	1	3,1
	Biyoenerji	8	25
	Masaj	8	25
TAT yöntemini hangi aşamada kullandıkları	Hastalıktan önce	9	28,1
	Tanı konulduğunda	13	40,6
	Tıbbi tedavi sonrası	2	6,3
	Tıbbi tedaviden yarar görmeyince	7	21,9
	Diğer	1	3,1
TAT kullanımına yönlendiren etmenler	Çevrede kullanan var	14	43,8
	Sosyal güvence yok	3	9,4
	Öneri ile	13	40,6
	Diğer	2	6,3
Hastaların TAT kullanma amacı	Ağrıları azaltmak	10	31,3
	Öneri ile	9	28,1
	Yarar görme	9	28,1
	Hastalığı yenmek	4	12,5
TAT kullanımından önce hekim /hemşireye danışma durumu	Evet	8	25
	Hayır	24	75
İlerde TAT kullanmayı hangi durumlarda düşünür?	İyileşmeme	19	20,7
	Tekrarlama olması	21	22,8
	Ağrıların devam etmesi	28	30,4
	Diğer	24	26,1
Kullandıkları TAT yönteminden yarar gördü mü?	Evet	20	62,5
	Hayır	12	37,5
TAT yöntemleri yararlı mıdır?	Evet	34	36,9
	Hayır	58	63,1

Tablo 4.2'de çalışmaya katılan hastaların %34,8'inin (n=32) ameliyat öncesi TAT kullandığı, %65,2'sinin (n=60) TAT kullanmadığı, %37,5'inin (n=12) TAT yöntemlerinden traksiyonu kullandığı, %40,6'sının (n=13) TAT yöntemini tanı ilk konulduğunda kullandığı, %40,6'sının (n=13) öneri ile kullandığı ve %43,8'inin (n=14) çevresinde kullanan olduğu, %31,3'ünün (n=10) ağrısını azaltma amacıyla kullandığı, %75'inin (n=24) TAT kullanmadan önce hekim/hemşireye danışmadığı, %62,5'inin (n=20) TAT yöntemlerinden yarar gördüğü, %30,4'inin (n=28) ağrıların devam etmesi durumunda TAT kullanmayı düşünebilecekleri ve %36,9'unun (n=34) TAT yöntemlerini yararlı bulduğu belirlendi.

Tablo 4.3 Ağrı değerlendirmesi

VNS Puanı	Sayı (n)	%
4	6	6,5
5	7	7,6
6	17	18,5
7	21	22,8
8	16	17,4
9	15	16,3
10	10	10,9

Tablo 4.3'te hastaların bel ve boyun ağrılarının VNS ile değerlendirme dağılımına yer verildi. Yapılan değerlendirmede hiçbir hastanın ağrı değerinin 4 puanın altında olmadığı bulundu. %40,2 (n=37) oranında hastanın ağrı skorunun 7-8, %27,2 (n=25) oranında hastanın ağrı skorunun 9-10 olduğu görüldü.

Tablo 4.4 Hastaların tanıtıcı özellikleri ile TAT kullanma durumlarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler		TAT Kullanım durumu				X^2	p
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%		
Yaş	< 30	8	8,7	20	21,8	8,558	0,073
	31-40	11	11,9	14	15,2		
	41-50	1	1,1	12	13,1		
	51-60	5	5,4	9	9,8		
	61-80	7	7,6	5	5,4		
Cinsiyet	Kadın	15	16,3	17	18,4	3,163	0,075
	Erkek	17	18,4	43	46,9		
Medeni durum	Evli	20	21,8	40	45,4	0,318	0,573
	Bekar	12	13.1	20	21,8		
Tanı	Bel fıtığı	21	22,8	45	48,9	0,905	0,342
	Boyun fıtığı	11	11,9	15	16,3		
Meslek	Ev hanımı	8	8,7	7	7,6	12,298	0,056
	Serbest meslek	7	7,6	13	14,1		
	Emekli	5	5,4	11	11,9		
	Memur	5	5,4	20	21,7		
	İşçi	4	4,3	9	9,7		
	Çiftçi	3	3,3	0	0		
Doğduğu Bölge	Marmara	4	4,3	10	10,9	3,150	0,790
	Ege	3	3,3	5	5,4		
	İç Anadolu	5	5,4	16	17,4		
	Karadeniz	5	5,4	11	11,9		
	Akdeniz	6	6,5	7	7,6		
	Doğu Anadolu	6	6,5	7	7,6		
	Güneydoğu Anadolu	3	3,3	4	4,3		
Gelir Durumu	Karşılıyor	24	26,1	47	51,1	0,132	0,717
	Karşılamıyor	8	8,7	13	14,1		
Eğitim	Okuma-yazma bilmiyor	2	2,2	0	0	7,892	0,096
	İlkokul	13	14,1	14	15,2		
	Lise	8	8,7	21	22,8		
	Üniversite	9	9,8	24	26,1		
	Lisansüstü	0	0	1	1,1		
Sosyal Güvence	Var	24	26,1	52	56,5	1,977	0,160
	Yok	8	8,7	8	8,7		

Tablo 4.4'de hastaların tanıtıcı özellikleri ile TAT kullanma durumları karşılaştırıldığında, TAT kullanımının en fazla 31-40 yaş grubunda (%11,9) ve erkeklerde (%18,4), gelir durumu giderlerini karşılayan ve bel fıtığı olan hastalarda olduğu, eğitim durumuna bakıldığında daha çok ilkokul mezunu (%14,1) ve sosyal güvencesi olan (%26,1) hastaların TAT yöntemi kullandığı ancak farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi.

Tablo 4.5 Hastaların cinsiyet ile hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumlarının karşılaştırılması

Cinsiyet		**Hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanımını tercih etme durumları**				**X^2 p**
		İyileşmeme	Tekrarlama olması	Ağrıların devam etmesi	Diğer	
Kadın	n	3	12	7	10	9,333 **0,025**
	Beklenen Değer	6,6	7,3	9,7	8,3	
	%	9,4	37,5	21,9	31,3	
Erkek	n	16	9	21	14	
	Beklenen Değer	12,4	13,7	18,3	15,7	
	%	26,7	15,0	35,0	23,3	
Toplam	n	19	21	28	24	
	Beklenen Değer	19,0	21,0	28,0	24,0	
	%	20,7	22,8	30,4	26,1	

Tablo 4.5'te hastaların cinsiyet ile hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumları karşılaştırıldı. Kadınlarda hastalığın tekrarlaması durumunda beklenen değer %7,3 iken %37,5, ağrılarının devam etmesi durumunda beklenen değer %9,7 iken %21,9, erkeklerde ise iyileşmeme durumunda TAT kullanmayı tercih etme durumları %12,4 iken %26,7, ağrının devam etmesi durumunda %18,3 iken %35 bulunarak sonucun istatiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Ki-kare test, $p=0,025<0,05$).

Tablo 4.6 Hastaların tanıları ve hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumlarının karşılaştırılması

Tanı		Hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanımını tercih etme durumları				X^2	p
		İyileşmeme	Tekrarlama olması	Ağrıların devam etmesi	Diğer		
Bel fıtığı	n	15	15	24	12	8,780	**0,032**
	Beklenen Değer	13,6	15,1	20,1	17,2		
	%	22,7	22,7	36,4	18,2		
Boyun fıtığı	n	4	6	4	12		
	Beklenen Değer	5,4	5,9	7,9	6,8		
	%	15,4	23,1	15,4	46,2		
Toplam	n	19	21	28	24		
	Beklenen Değer	19,0	21,0	28,0	24,0		
	%	20,7	22,8	30,4	26,1		

Tablo 4.6‘da hastaların tanıları ve hayatlarının ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı tercih etme durumları karşılaştırıldı. Bel fıtığı olan hastalarda ağrıların devam etmesi durumunda ilerleyen dönemlerde TAT kullanma beklenen değeri %20,1 iken %36,4, boyun fıtığı olanlarda %7,9 iken %15,4; bel fıtığı olanlarda hastalığın tekrar etmesi durumunda %15,1 iken %22,7, boyun fıtığı olanlarda %5,9 iken %23,1 ve bel fıtığı olanlarda iyileşmeme durumunda ilerleyen dönemlerde TAT kullanma beklenen değer %13,6 iken %22,7 ve boyun fıtığı olanlarda %5,4 iken %15,4 bulunarak farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Ki-kare test, $p=0,032<0,05$).

Tablo 4.7 Hastaların gördükleri tedaviler ve sosyal güvencelerinin karşılaştırılması

	Hastaların gördükleri tedaviler										X^2 p
	Tedavi olmamış		Fizik tedavi		Medikal tedavi		Cerrahi tedavi		Tamamlayıcı tedavi		
Sosyal Güvence	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Var	13	14,1	13	14,1	16	17,3	6	6,5	24	26,2	3,122
Yok	6	6,5	3	3,3	2	2,2	1	1,1	8	8,7	0,538

Tablo 4.7'de hastaların gördükleri tedavi ile sosyal güvenceleri karşılaştırıldı. Hastaların sosyal güvencesi ve gördükleri tedaviler arasında anlamlı düzeyde bir fark belirlenmedi (Ki-kare test, p=0,538 >0,05)

Tablo 4.8 Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri ve yaşadıkları bölgelerin karşılaştırılması

Yaşanılan Yer	Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri										X^2 p
	Dua		Traksiyon		Şifalı bitki		Bioenerji		Masaj		
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Marmara	1	3,1	5	15.6	0	0	6	18,9	5	15,6	
Ege	0	0	2	6,3	0	0	1	3,1	0	0	
İç Anadolu	0	0	1	3,1	0	0	0	0	3	9,4	
Karadeniz	1	3,1	0	0	0	0	0	0	0	0	33,207
Akdeniz	0	0	1	3,1	0	0	0	0	0	0	0,314
Doğu Anadolu	0	0	2	6,3	1	3,1	1	3,1	0	0	
Güneydoğu Anadolu	1	3,1	1	3,1	0	0	0	0	0	0	

Tablo 4.8'de hastaların kullandıkları TAT yöntemleri ile yaşadıkları bölgelere bakıldığında; Marmara Bölgesi'nde bioenerji (%18,9), Ege Bölgesi'nde (%6,3), Akdeniz Bölgesi'nde (%3,1), Doğu Anadolu Bölgesi'nde (%6,3) traksiyon, İç Anadolu Bölgesi'nde masaj (%9,4), Karadeniz Bölgesi'nde dua (%3,1), Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde traksiyon (%3,1) ve duanın (%3,1) en sık kullanılan yöntemler olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bulundu

Tablo 4.9 Hastaların gördükleri tedaviler ve eğitim durumlarının karşılaştırılması

Eğitim durumu	Hastaların gördükleri tedaviler										
	Tedavi olmamış		Fizik tedavi		Medikal tedavi		Cerrahi tedavi		Tamamlayıcı tedavi		X^2 p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Okuma-yazma bilmiyor	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,2	
İlkokul	3	3,3	5	5,1	3	3,3	1	1,1	14	15,2	18,826
Lise	9	9,9	5	5,1	6	6,5	3	3,3	7	7,6	0,278
Üniversite	9	9.9	4	4,3	8	8,7	3	3,3	9	9,9	
Lisansüstü	1	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tablo 4.9’da hastaların gördükleri tedaviler ve eğitim durumları karşılaştırıldığında farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde bel ve boyun fıtığı tanısı konulan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Araştırma bulguları literatür eşliğinde tartışıldı.

Bireylerin tanıtıcı ve tıbbi özelliklerinin tartışılması

Literatürde bel ve boyun fıtığı tanısı olan hastalarla yapılan çalışmalarda; vertebranın yıllar içerisinde yaşlanmasının sonucu olarak intervertebral diskte dejeneratif değişikliklerin meydana geldiği ve disk hernisine neden olduğu belirtilmektedir (43, 103, 104, 105, 115). Aydoğan'ın çalışmasında (2005) bel fıtığı olan hastaların büyük bölümünün (%63) 30-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (5). Bununla birlike mesleki özelliklerin oluşturduğu riskler göz önünde alındığında, çalışan yaş grubu olarak değerlendirilen 30-50 yaş arası bireyler bel fıtığından en çok etkilenen grup olduğu belirtilmektedir (42,43). Çalışmada hastaların ortalama yaşı 48 olarak bulundu **(Tablo 4.1).** Çalışma bulgularının literatür ile benzer olduğu görüldü.

Literatür incelendiğinde cinsiyet ve disk hernisi ilişkisinde farklı araştırma sonuçları görülmektedir. Bel fıtığı daha çok erkeklerde görülürken boyun fıtığının kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (1, 106, 107, 109). Karagöz (2006) ve Aydoğan'nın (2005) çalışmalarında erkek hastaların oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (5,7). Graver ve arkadaşlarının (1999) bel fıtığı ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmada benzer şekilde örneklemdeki hastaların çoğunluğunun erkek olduğu saptanmıştır (108). Yaycıoğlu ve Gökpınar'ın yaptıkları retrospektif çalışmada (2003) boyun fıtığı nedeniyle ameliyat olan hastaların %59'unun kadın olduğu bulunmuştur (37). Bu çalışmada örneklemin yarısından fazlasının erkek olduğu saptandı **(Tablo 4.1).** Bu sonuç bel fıtığı tanısı olan hasta sayısına paralel olarak erkek hastaların sayısının fazla olmasıyla ve erkeklerin boyun/bel fıtığına neden olabilecek daha ağır işlerde çalışmasıyla açıklanabilir.

Literatürde disk hernisine neden olan risk faktörleri arasında; uzun süre oturma veya ayakta durma, ağır yük kaldırma, yolculuk yapma ve vibrasyona maruz kalma

gibi durumların yaşandığı mesleklerin bulunduğu ifade edilmektedir (109, 110). Aydoğan'ın yaptığı çalışmada (2005), hastaların çoğunluğunun uzun süreli ayakta durmayı ve ağır yük kaldırmayı (% 63) gerektiren işlerde çalıştıkları saptanmıştır (5). Dönmez ve arkadaşlarının bel fıtığı risk faktörleriyle ilgili yaptıkları çalışmada (2010) katılımcıların mesleklerinin %49,3 oranında uzun süreli ayakta kalmayı gerektirdiği bulunmuştur (111). Çalışmada hastaların %39,1'inin (işçi, çiftçi, serbest meslek) mesleklerinin uzun süreli ayakta kalmayı gerektirdiği saptandı. Ayrıca hastaların %27,1'inin mesleğinin uzun süre oturmayı gerektiren büro işleri olduğu görüldü **(Tablo 4.1)**. Ağır işte çalışanların yanı sıra büro işleri gibi rahat fakat hareketsiz çalışma koşulları da disk hernilerinde önemli bir risk faktörüdür. Çalışmadan elde edilen bulgular yukarıda bahsedilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Dönmez ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) ilkokul mezunlarının %49,3 oranında olduğu (111), Karagöz'ün bel ve boyun fıtığı olan hastalarla yaptığı çalışmada (2006) hastaların %38,5 oranında ilköğretim mezunu oldukları bulunmuştur (7). Chen ve ark. (2003) ile Ediger ve ark.'nın(2008) çalışmalarında eğitim durumu ile TAT kullanımı arasında farklılık saptamamıştır (112, 113). Bu çalışmada üniversite mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu gözlenmektedir **(Tablo 4.1).** Bulgular Güngörmüş ve Kıyak'ın (2011), Kutlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarına paralellik göstermektedir (2,19).

Çalışmaya katılan hastaların doğdukları bölgelere bakıldığında İç Anadolu Bölgesi'nde (%22,8) doğan hastaların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Bunu Karadeniz, Marmara, Doğu Anadolu ve Akdeniz bölgeleri takip etmektedir. Hastaların yaşadıkları bölgeler incelendiğinde ise Marmara Bölgesi'nde yaşayanlar yoğunluktadır (%67,4) **(Tablo 4.1).** Bulgular Karagöz'ün (2006) çalışması ile benzerlik göstermektedir (7). Çalışmanın İstanbul'da yapıldığı düşünüldüğünde Marmara Bölgesi'nde yaşayan hastaların çoğunlukta olması beklenendir.

TAT uygulamaları dünya çapında giderek artmaktadır ve genel popülasyonda alternatif tıbba başvuru sıklığı %9-80'dir (8, 64, 112, 114).Yapılan araştırmalarda gelişmiş ülkelerde TAT kullanımı Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48.2, Fransa'da %49.3, Kanada'da %70.4 oranında bulunurken, gelişmekte olan ülkelerden Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranında bulunmuştur (64).

Türkiye'de tamamlayıcı tedavi kullanım oranının %12.6 ile %76 arasında olduğu bildirilmiştir (3, 19, 65). Türkiye'nin de bulunduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanım oranının %14,8 ile %73,1 arasında değiştiği, ortalamanın ise %35,9 olduğu belirtilmiştir (116). Literatüre benzer şekilde çalışma grubunun %34,8 (n=32) oranında herhangi bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemini kullandıklarını belirlendi **(Tablo 4.2).**

DSÖ'nün TAT ile ilgili raporunda çoğu bireyin "doğal olan şeyler güvenilirdir" düşüncesiyle TAT'ı kullandığı belirtilmektedir. Bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, biyo-enerji, akupunktur, aromaterapi, meditasyon gibi yöntemleri kullanılmaktadır. Ülkemize bakıldığında en sık kullanılan TAT yöntemlerinin bitkisel ürünler ve özel diyetler olduğu, bunları vücut temelli uygulamalar, dua, dini uygulamalar, masaj, vitaminlerin takip ettiği saptanmıştır (79, 117, 118). Bu çalışmada bireylerin en sıklıkla kullandıkları TAT yöntemleri traksiyon, masaj, biyoenerji iken en az sıklıkla kullanılan yöntemler ise bitkisel terapiler ve dini uygulamalar olduğu saptandı **(Tablo 4.2).** Türk toplumunda yaygın olan ve uzman olmayan halk hekimlerinin uyguladığı traksiyon halk diliyle 'bel çekme' yönteminin çalışmaya katılan hastalar tarafından sıklıkla tercih edildiği görülmektedir.

Taş ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %70,3'ünün hastalık tanısı konulduktan sonra üç ay içinde, %29,7'sinin daha ileriki zamanda tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladıkları belirlenmiştir (119). Bilge (2010) ise tanı konulalı bir yıldan daha az süreye sahip olan hastaların, bir yıldan daha fazla süre olanlara göre daha az oranda tamamlayıcı tedavi kullandıklarını bildirmiştir (120). Algıer ve arkadaşları (2005) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %25'inin tanı konulmadan önce, %75'inin ise tanıdan sonra tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladığını bildirmiştir (121). Can ve arkadaşları (2009) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %29,7'sinin hastalanmadan önce, %41,8'inin tanı konulduktan ve tedaviye başladıktan sonra tamamlayıcı tedavi kullandığını belirtmiştir (122). Bu çalışmada ise hastaların yarısına yakınının tanı konulduktan sonra TAT yöntemlerine başvurdukları **(Tablo 4.2)** ve yukarıda bahsedilen çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptandı.

Yapılan araştırmalarda bireylerin TAT yöntemlerini seçme nedenleri; ilaç veya tedavilerin doğurduğu yan etkiler, yüksek tedavi ve ilaç ücretleri, bireylerin kendi sağlık bakım uygulamalarında kontrol isteği, bağışıklık sistemini güçlendirme, umutsuzluk

duygusundan kurtulma, sağlıklı davranışları güçlendirme olarak belirlenmiştir (118, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127). Dedeli ve Karadakovan'ın (2011) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin TAT kullanma nedeni olarak; çoğunlukla "sağlığı sağlamak ve sürdürmek" olarak belirtilmiştir (128). Yavuz ve ark.'ının (2007) çalışmasında bireylerin çevredekilerin önerisi (%25.8) üzerine kullanıldığını söylerken iken, Kutlu ve ark.'nın (2009) çalışmasında TAT kullanma nedeni %9.5 ile tıbbi tedaviyi başarısız bulma olarak belirlemiştir (19, 129). Karagöz'ün (2006) bel ve boyun fıtığı olan hastalarla yaptığı çalışmada ise hastaların büyük oranda kaslarını güçlendirmek ve ağrılarını dindirmek amacıyla TAT yöntemlerini kullandıkları bulunmuştur (7). Güngörmüş ve Kıyak'ın (2011) ağrı yaşayan bireylerle yaptıkları çalışmada örneklemi oluşturan hastaların yarısına yakını (%42.4) yaşadıkları ağrıyı gidermek için, %39.6'sı ise tavsiye üzerine denemek için TAT'yi kullandıklarını belirtmişlerdir (129). Bu çalışmada da benzer olarak hastaların sıklıkla ağrılarını azaltmak amacıyla TAT yöntemlerini kullandıkları saptandı **(Tablo 4.2).**

Türkiye'de özellikle eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda; arkadaş, komşu veya akraba tarafından ilaç kullanımının önerilmesinin yaygın olduğu ve bitkisel otların zararsız olduğu genel kanısı mevcuttur (49). Bu çalışmada olguların TAT yöntemlerini kullanmaya yönlendiren etmenler incelendiğinde büyük çoğunluğun çevrenin tavsiyesine uyarak denem ve öneri ile kullandıkları belirlendi **(Tablo 4.2).** Ulusoy ve ark.(2012) yaptığı çalışmada ise TAT kullananların büyük bir kısmı yakınları veya kitle iletişim araçları tarafından teşvik edilirken, %13.6'sı hekim önerisi doğrultusunda TAT kullandıklarını ifade etmişlerdir (117).

Literatüre bakıldığında TAT kullanımına ilişkin çalışmalarda; TAT kullanımıyla ilgili olarak hastaların yanlış bilgi vermesi ve kullandığını saklaması göz önüne alındığında TAT yöntemlerine başvuru oranının yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bülbül'ün (2009) çalışmasında TAT uygulaması kullananların sadece %21,2'si doktoruna herhangi bir alternatif ve/veya geleneksel tedavi yöntemi kullandığını söylemiş olup, %28,2'si o sıradaki şikayeti için doktora başvurmadığını belirtmiştir (3). Aydın ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada bitkisel uygulamalara başvuran bireylerin %26,4'ü doktorlarını bu durum ile ilgili bilgilendirmiştir (131). Korkmaz, Tavşanlı ve Özçelik'in (2016) çalışmasında, onkoloji hastalarının %31'inin doktorlarına TAT kullandığını bildirdiği bulunmuştur (130). Bu çalışmada TAT

kullanan hastaların kullanmdan önce hekim/hemşireye danışma oranı **(Tablo 4.2)** yukarıdaki çalışmalara benzer bulundu.

Çalışmada bireylerin %62,5'i kullandığı yöntemin ağrısını geçirdiğini ifade ederken **(Tablo 4.2),** Bülbül ve ark.(2009) çalışmalarında kullanılan yöntemden katılımcıların %24,4'ü yarar görmediğini, %2.9'u aksine zarar gördüğünü, %69.4'ü ise az veya çok faydası olduğunu belirtmiştir (3). Güngörmüş ve Kıyak'ın (2011) çalışmasında bireylerin %83,7'si kullanılan yöntemden yarar gördüklerini ve ağrılarını geçirdiğini ifade etmiştir (129). Kutlu ve ark.'nın (2009) çalışmasındaki bireylerin yarıdan fazlası (%64.3) kullandığı yöntemin faydasız olduğunu, %20.6'sı yan etki gördüklerini ifade etmişlerdir (19). Chen ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, olguların %36'sı kullandıkları TAT yöntemini faydalı, %4'ü Batı tıbbından daha iyi olarak değerlendirmiştir (112). Çalışma bulguları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda TAT'ın doğal ve zararsız olduğu inancı ile bu yöntemlerin kullanımı arasında ilişki bulunmuştur (132, 133). Arı ve Yılmaz'ın (2016) çalışmasında bireylerin %35,6'sı çoğu alternatif tedavinin geleneksel tedaviler kadar etkili olduğu düşüncesine katılırken, %41,8'i alternatif tıbbı desteklemek için yeterli kanıt olmadığını düşüncesinde kararsızdır (134). Bu çalışmaya katılan hastalar %43 oranında TAT yöntemlerinin yararlı olduğuna inanmaktadırlar **(Tablo 4.2).**

En sık ağrı yakınması görülen omurga bölgeleri lomber ve servikal bölgelerdir. Bu bölge kaynaklı ağrıların nedenleri arasında disk hernileri başta gelir (1, 30). Araştırmaya katılan bireylerin ağrıya ilişkin özellikleri incelendiğinde, tümünde bel ve boyun fıtığı nedenli bel ve boyun ağrıları olduğu görülmüştür. Hastaların tanılarına bağlı yaşadıkları en şiddetli ağrı VNS ölçeği ile değerlendirildi ve hastaların ağrı puanının en az 4 puan olduğu görüldü **(Tablo 4.3).** Akça ve ark.'nın (2013) bel fıtığı olan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların ortalama ağrı düzeyi 7 puan olarak bulunmuştur (102).

Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile TAT kullanım durumlarının tartışılması

Hastaların cinsiyeti ile TAT kullanma durumu karşılaştırışdığında anlamlı fark bulunmadı **(Tablo 4.4).** Literatür incelendiğinde, Gözüm ve ark.(2003) yaptıkları çalışmada kadınların TAT yöntemlerini erkelere oranla daha çok tercih ettikleri bulunumuş (123), fakat erkeklerin kadınlardan daha fazla TAT kullandığı çalışmalara da rastlanmıştır (129, 135). Kutlu ve ark.(2009), Ediger ve ark.'nın (2008) çalışmasında cinsiyetle TAT kullanımı arasında farkın olmadığını ifade etmeleri çalışma bulgusunu destekler niteliktedir (19, 113).

Medeni durum ve TAT kullanımını arasındaki ilişki incelendiğinde yapılan çalışmalarda evli olan hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullandığı görülmektedir (136, 137). Çalışmada medeni durum ile TAT kullanımını karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmadı **(Tablo 4.4).**

Hastaların meslekleri ve TAT kullanım durumları karşılaştırıldığında; TAT yöntemlerini en çok ev hanımları ve serbest meslek sahiplerinin kullandığı ve hastaların meslekleri ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p > 0.05$) **(Tablo 4.4).** Çalışma bulguları Ediger ve ark.'nın (2008) çalışması ile benzerlik göstermektedir (113).

Çalışmada gelir durumu giderlerini karşılayan hastaların %51,1'inin TAT yöntemlerine başvurmadığı gözlendi. Yapılan karşılaştırmada fark anlamlı bulunmadı **(Tablo 4.4).** Literatürde bu konuda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Ceylan ve ark.(2001) ile Akyürek ve ark.'nın (2005) çalışmalarında TAT kullanımının düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu bulunmuştur (138, 139). Ancak bazı çalışmalarda yüksek sosyoekonomik durumun tamamlayıcı sağlık yaklaşımların kullanılması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (140, 141).

Hastaların sosyal güvencesi ile TAT kullanımı karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olan ama TAT kullanan hasta sayısı fazla olmasına karşın aradaki fark anlamsızdır **(Tablo 4.4).** Sosyal güvencesi olan bireylerin ağrılarını gidermek için; %26,2'inin TAT kullandığı, %37,9'unun modern tıp yöntemlerinden birini (cerrahi,

medikal, fizik tedavi) kullandığı, sosyal güvence ile hastaların başvurdukları tedavi yöntemi arasında anlamlı farkın olmadığı (p>0,05) bulundu **(Tablo 4.7).**

Çalışmada hastaların cinsiyeti ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde TAT kullanmayı düşünme durumu karşılaştırıldığında; kadınlarda hastalığın tekrar etmesi, erkeklerde iyileşmeme ve ağrıların devam etmesi durumunda fark anlamlı bulundu **(Tablo 4.5)** (p<0,05). Farkın anlamlı olması ameliyat olsalar da hastaların, hastalığın tekrar etmesi, iyileşmeme ve ağrılarının devam etmesi halinde TAT yöntemlerine başvuracakları izlenimini vermektedir. Yine bel fıtığı hastalarının ağrılarının devam etmesi halinde, boyun fıtığı hastalarının hastalığın tekrar etmesi ve diğer durumlarda (başka bir hastalığa yakalanma vs) TAT yöntemlerine başvurabilecekleri istatistiksel olarak anlamlıydı **(Tablo 4.6)** (p<0,05).

Sağkal ve ark.'ının (2013) Ege Bölgesi'nde yaptıkları çalışmada en sık (%16,9) bitkisel terapilerin kullanıldığı, Karagöz'ün (2006) Marmara Bölgesi'nde yaptığı çalışmada %67,7' sinin akıl-beden girişimlerinin kullanıldığı belirtilmektedir (7, 142). Çalışmada hastaların çoğunluğunun Marmara Bölgesi'nde yaşadığı ve bunların % 18,9'unun bioeneri yöntemine başvurdukları, hastaların yaşadıkları coğrafi bölgeler ile kullandıkları TAT yöntemi arasındaki farkın anlamlı olamadığı gözlendi **(Tablo 4.8).**

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları ve cerrahi öncesi ağrı gidermede tercih ettikleri tedavilere bakıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı bulundu **(Tablo 4.9).** Eğitim durumu ile TAT kullanım durumu arasındaki farkın anlamlı olmaması eğitim durumuna göre ağrı giderme arayışlarının değişmediğini; eğitim durumu düşük de olsa yüksek de olsa bireylerin ağrılarını gidermek için tüm tedavi olanaklarını kullanabileceklerini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde bazı araştırmalarda eğitim düzeyi düşük bireylerde TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu (122, 123, 139, 143,144), bazılarında ise anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür(145).

Sonuç ve öneriler

Çalışmada;

- Hastaların %71,7'sinin (n=66) bel fıtığı, %28,3'ü boyun fıtığı (n=26) tanısı olduğu,
- Çalışma kapsamındaki bireylerin yaş ortalamasının 48 (min 18-max 78) olduğu,
- % 27,2'sinin (n=25) VNS ağrı skorunun 9-10 olduğu,

- %34,8'inin (n=32) herhangi bir tamamlayıcı yöntem kullandığı,
- TAT kullanan bireylerin %37,5'inin (n=12) traksiyon (bel çekme) yöntemini kullandığı,
- TAT kullanan bireylerin %75'inin (n=24) bu yöntemi kullanmadan önce hekim ya da hemşiresine danışmadığı,
- %62,5'inin (n=20) kullandığı yöntemden yarar gördüğü,
- Hastaların eğitim, meslek, medeni durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı coğrafi bölge gibi tanıtıcı özellikleri ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı,
- Cinsiyet ile hayatlarının ilerleyen döneminde ve tıbbi tanıları ile TAT yöntemlerine başvurma arasındaki farkın anlamlı olduğu,
- Sosyal güvencesi olan bireylerin ağrılarını gidermek için; %26,2'inin TAT kullandığı, %37,9'unun modern tıp yöntemlerinden birini (cerrahi, medikal, fizik tedavi) kullandığı, sosyal güvence ile bireylerin başvurdukları tedavi yöntemi arasında anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$) bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bel ve boyun fıtığı hastalarında TAT kullanımı yaygındır. Bu nedenle hemşirelerin, ameliyat öncesi hasta tanılaması aşamasında TAT kullanımını mutlaka sorgulaması ve gerektiğinde doğru kullanımı hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi,
- Hastaların ameliyat öncesi tanılamalarının iyi yapılabilmesi için hemşirelerin TAT konusunda bilgi içeriğinin arttırılması ve bunun hizmetiçi eğitimler ile desteklenmesi,
- Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin güvenli kullanımına ilişkin kanıta dayalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kızıl R. Servikal disk hernileri. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics,* 2009; 2(3):35-43.
2. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağ. Hiz. Derg.* 2007; 2(4):123-133.
3. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. *Çocuk Sağ. Hast. Derg.* 2009; 52(4):195-202.
4. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Derg.* 2012; 24(3):123-129.
5. Aydoğan N. Lomber Disk Hernisi Nedeniyle Cerrahi Girişim Uygulanan Hastaların Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof.Dr.Fethiye ERDİL).
6. Zileli M. Lomber disk hernisinde cerrahi teknik. İçinde Zileli M, Özer AF Editörler. *Omurilik Ve Omurga Cerrahisi* cilt1. 2nci baskı, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2002. s.679-687.
7. Karagöz G. Sırt, Boyun, Bel Ağrıları Olan Ve Ameliyat Programına Alınan Nörşirürji Hastalarının Ağrı Gidermede Kullandıkları Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedaviler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç.Dr.Deniz Öztekin).
8. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010; 3:103-108.
9. Nazlıkul H, Eraltan EH. *Tamamlayıcı Tıp*. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2002, s.4-51, 62-67.
10. Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009; 24 (1): 48-52.

11. Çetin OB. Eskişehir'de Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 2007; 2:89-106.

12. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 2:124-130.

13. Tokem Y. Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2006; 54(2):189-196.

14. Karabekir HS, Yaycıoğlu S. Lomber Disk Hernileri ve Tedavisi. *The Journal of Turkish Spinal Surgery.* 2007; 18(2):67-80.

15. Naderi S. SGK verilerine göre türkiye'de spinal cerrahi operasyonlarının analizi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2014; 24(1):1-6.

16. Demirdağ F, Ediz L, Özgür A, Tekeoğlu İ. Kronik lomber disk hernili hastaların tedavisinde tens ile elektroakupunktur tedavisinin karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi*, 2011**;** 18(1):15-19.

17. Toplamoğlu H, Ofluoğlu AE. Lomber Disk Hernileri. İçinde Korfalı E, Zileli M. Editörler. *Temel Nöroşirürji*, İstanbul:Türk Nöroşirürji Derneği Yayınları; 2010, s.1489-1496.

18. Erdil F. Elbaş NÖ. Sinir sistemi cerrahisi (nöroşirurji) ve hemşirelik bakımı. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Kitabı*. IV. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, 2001; s.137-226.

19. Kutlu S, Ekmekçi TR, Köşlü A, Purisa S. Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2009; 29(6):1496-1502.

20. Korkut Y, Ayada C ve Toru Ü. Ozon tedavisi ve servikal-lomber disk hernileri üzerine etkisi. *Ankara Med.* 2015, 15(3): 161-168.

21. Tuna LB. Lomber disk hernilerinin cerrahi tedavisinde mikroforaminotomi yöntemi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 2007, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Kemal Hamamcıoğlu).

22. Gray H. Osteology. In: Williams PL, Warwick R, Dyson M, Bannister LH (Eds.). *Gray's Anatomy,* 37th ed. London: Churchill Livingstone; 1989. p.267-458.

23. Güven MB, Çırak B, Işık HS ve Kıymaz N. Lomber disk hernilerinde retrospektif bir çalışma. *Van Tıp Dergisi*, 1999; 6/1:22-23.

24. Hardy Jr. RW, Ball PA. Treatment of disk disease of the lumbar spine. In: Winn HR, Dacey RG (Eds.) *Youmans neurological surgery* vol.IV, 5th ed. New York: Saunders; 2004, p.4507-4520.

25. Toplamaoğlu H. Spinal dejeneratif hastalıklar. İçinde Aksoy K, Palaoğlu S, Pamir N, Tuncer R Editörler. *Temel Nöroşirürji* Cilt II. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri; 2005, s.1056-62.

26. Moore KL, Dalley AF. *Kliniğe Yönelik Anatomi*. Çeviren: Şahinoğlu K. 4. baskı, İstanbul: Nobel Kitapevi, 2007, s.432-467.

27. Zileli M, Gülmen V. Lomber Disk Hernisinde Yakınma ve Bulgular. İçinde Zileli M, Özer F. Editörler. *Omurilik ve Omurga Cerrahisi.* İzmir:Meta Basım Matbaacılık 2002, s.635- 646.

28. Sinaki M, Mokri B. Low Back Pain and Disorders of the Lumbar Spine. In: Braddom RL(ed) *Physical Medicine & Rehabilitation,* Philedelphia:WB. Saunders Company , 1996, p.813-850.

29. Özcan Yıldız E. Bel Ağrısı. İçinde Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. Editörler. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, Ankara:Güneş Kitabevi, 2000, s.1465-1483.

30. Müslümanoğlu L: Bel Ağrısı Nedenleri. İçinde Özcan E, Ketenci A. Editörler *Bel Ağrısı Tanı ve Tedavi,* İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, 2002, s.145-187.

31. Kırış T, Turantan İ. Lomber disk hastalığı ve cerrahi tedavisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1998; Özel Sayı(Mayıs), s. 85-90.

32. Çetinkaya FB. Lomber disk hernili hastalarda egzersiz ve elektrik stimülasyonunun etkinliği. Sağlık Bakanlığı 70. Yıl İstanbul Fizik Tedavi ve

Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Doç.Dr.N Çağlar).

33. Açıkbaş SC. Lomber anatomi. İçinde: Özer AF Editör. *Lomber Disk Hastalığı*. 2. Baskı. İstanbul:Logos Tıp Yayıncılık, 2001, s.9-17.
34. Akbay A, Bozkurt G, Palaoğlu S. Disk Hernileri ve Spinal Dar Kanal. İçinde Benli K. Editör *Temel Nöroşirürji*, Ankara:Hacettepe Yayınları, 2004, s. 277-291.
35. Kirazlı Y. Lomber Disk Hastalığında Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. İçinde Zileli M, Özer F. Editörler *Omurilik ve Omurga Cerrahisi*, İzmir:İnter Tıp Yayınevi, 2002, s.661-674.
36. Ersöz T. Bitkisel Tedaviye Bilimsel Bakış: Doğrular ve Yanlışlar. *J Pediatr Inf*. 2011; 5(1):217-222.
37. Yaylacıoğlı S, Gökpınar D. Anterior girişimle ameliyat edilen servikal disk hernilerinin değerlendirmesi (servikal disk ameliyatı). *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003**; 4(2)**:11-14
38. Buko HT. Servikal disk hernisine bağlı akut boyun ağrısında düşük doz lazer tedavisinin etkinliği. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesı Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Uzmanlık Tezi, 2013, Adana (Danışman:Prof.Dr.T Sarpel).
39. Sakellaridis N, Andrulis A. Influence of diabetes mellitus on cervical intervertebral disc herniation. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008; 110:810-821.
40. Gökçedağ A. Servikal disk hernilerinin cerrahi tedavisinde basit dikektomi ve dikektomi donrası peek kafes yerleştirilerek füzyon yapılan hastaların uzun dönem sonuçlarının klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştrma Hastanesi Nöroşirürj Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Op. Dr. AE Ofluoğlu).
41. Bayrak L, Çitilcioğlu M, Sezer C. Opere Servikal Disk Protezi Sonrası Nöropatik Ağrı, *Sinir Sistemi Cerrahisi Derg*. 2014, 4(1):32-35.
42. Erkal S. İnterverbal disk hernileri. İçinde Egemen N, Arslantaş A. Editörler *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. Ankara:Alter Yayıncılık, 2006, s. 212-220.
43. Özbayır T. Nörolojik travmalar. İçine Karadakovan A, Aslan FE. Editörler *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitabevi, 2010 s.1245-1274.

44. Öztürk, G. Alternatif terminoloji. Sağlık *Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 2012*;* **22**:6-7. http://www.sdplatform.com/Dergi/581/Alternatif-terminoloji.aspx Erişim: 28.06.2016
45. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim: 27.06.2016 https://nccih.nih.gov/
46. Duran T. Kanser Tedavisinin Yan Etkilerine Yönelik alternatif Uygulamalar. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011; 18(2):72-77.
47. World Health Organization (WHO) Traditional and complementary medicine (2016). Erişim:27.06.2016 http://who.int/medicines/areas/traditional/en/
48. Muslu KG, Öztürk C. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2008; 51:62-67.
49. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 2016, 9(2):67-77. Erişim:12.09.2016 http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/243
50. Kalyon T. Akupunktur Tedavisi. *Türk Fiz. Tıp Rehabilitasyon Dergisi Özel Sayı*, 2007, s52-57.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Akupunktur Tedavi Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı No:20885(29.05.1991).Erişim:10.09.2016 http://www.saglik.gov.tr/
52. T.C. Sağlık Bakanlığı, Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı No:24879 (17.09.2002). Erişim:10.09.2016 http://www.saglik.gov.tr/
53. Aktan T, Altan Y. Yenişehir (Bursa) Mezarlıklarının Doğal Süs Bitkileri. *Celal Bayar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2011; 7(2):31-39.
54. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2011; 11(1):52-67.
55. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2004; 8(3):231-235.
56. Akgül E. Türkiyenin farklı illerindeki kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Afyonkarahisar (Danışman: Yrd.Doç.Dr. MD Akbulut).

57. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 36(1):29-32.
58. Akgül Başkale H, Serçekuş P, Partlak Günüşen N. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015; 6(2): 65-70.
59. Ramos-Remus C. Complementary and alternative practices in rheumatology.In Woolf AD. Ed. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, Elsevier Vol.22, No. 4, 2008, pp. 741–757.
60. Karadağ A. Romatizmal hastalıklarda alternatif tıp ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon ABD, Uzmanlık Tezi, 2012, Sivas (Danışman:Prof. Dr. E Kaptanoğlu).
61. Özçakır A, Aydın S. Complementary/alternative medicine use in primary care. *Research Journal of Medical Sciences*, 2007; 1(1):21-25.
62. Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L. Türkiye'de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2008; 18(1): 32-36.
63. Tokem Y. Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2006; 54(2): 189-196.
64. Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2009; 24 (1): 48-52.
65. Akçay F, Aktürk Z. Gastrointestinal sistem hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler.*Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2010; 1(3):68-75.
66. Can G. Kronik hastalıklarda alternatif ve tamamlayıcı bakım. İçinde Durna Z. Editör. *Kronik Hastalıklar ve Bakım* 1. Baskı, Ankara:Nobel Tıp Kitapevi; 2012, s:539-543.
67. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim : 14.10.2016 https://nccih.nih.gov/health/integrative-health
68. Argyl M. İbadet Ve Dua. Çeviri Editörü: Koç M, *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2006*;* 21(2): 317-338
69. Köksoy S. Yataklı sağlık kuruluşlarında çalışan doktor, hemşire ve ebelerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Akan).

70. Taşçı, D. Alternatif Uygulamalar *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi,* 2008; 18(2): 72-77
71. Topuz, E. Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (Bilimsel Yaklaşım) 7. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları, 2008, s.121-34.
72. Yener YA. Müziğin Çocuklar ve Yaşlılar Üzerindeki Etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2011; 29:119-124.
73. Gençel Ö. Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi,* 2006; 14(2): 697-706.
74. Uçaner B., Öztürk B. Türkiye'de ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları. *Uluslararası Eğt.Arş.Kongresi* Çanakkale, 1-3 Mayıs 2009. Erişim:12.10.2016 http://www.muzikegitimcileri.net/bilimsel/bildiri/Ucaner-Ozturk.pdf
75. Uyar M, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı Dergisi*, 2011; 23(4):139-146.
76. Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2007; 8**:**37-45.
77. Sarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi(Sted),* 2005; 14(8): 182-187.
78. Dıraçoğlu D. Romatoid artritte tamamlayıcı alternatif tıp yöntemleri. *Romatizma Dergisi,* 2007; 22:24-30,
79. Bal B. Hemşire ve hekimlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin görüşleriHacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsi, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Kapucu).
80. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim .14.010.2016 https://nccih.nih.gov/health/ayurveda/introduction.htm
81. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim .14.10.2016 https://nccih.nih.gov/health/naturopathy
82. Herman MA, Dalen JE, David M, Werbach MR, Balick M, Lee R. Cost-Effectiveness Of Naturopathic Care For Chronic Low Back Pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine,* 2008; 14(2):32-39.
83. Gürün MS. Enfeksiyon hastalıklarında kullanılan alternatif tıp yöntemleri. *J Pediatr Inf.***,** 2011; 5(1): 223-226.
84. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim:14.10.2016 https://nccih.nih.gov/health/chiropractic/introduction.htm

85. Yavuz M. Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde Aslan FE. Editör, *Ağrı Doğası ve Kontrolü.* İstanbul: Mart Matbaacılık, 2006; s.135-147.
86. Yıldırım YY, Fadıloğlu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı Dergisi*, 2006; 18(1): 26-32.
87. Gürkan A, Bilge A. Alternatif terapiler ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 2006; 22(1): 225-232.
88. Karagülle MZ. Kaplıca tedavisi, balneoterapi ve klimaterapi. İçinde Karagülle MZ, Doğan MB Editörler. *Kaplıca Tıbbı ve Türkiye Kaplıca Rehberi*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002; s.1-48.
89. Karagülle, Z. Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi,* 2008; 28(l):224-229.
90. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim .14.10.2016 https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction
91. Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. Medikal akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*, 2008; 25: 70-75.
92. Kalyon TA. Akupunktur Tedavisi. *Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi Özel Sayı,* 2007; 2:52-57.
93. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim .14.10.2016 https://nccih.nih.gov/health/taichi/introduction.htm
94. Musal N. *Birinci Derece İçin Uygulamalı Reiki El Kitabı*. İstanbul: Akis Yayıncılık; 2008.
95. Erdoğan Z, Çınar S. Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı-Modern Hemşirelik Uygulaması. *Kafkas J Med Sci.*, 2011; 1(2):86–91.
96. Durusoy Ç, Güleç AT, Durukan E, Bakar C. Dermatoloji polikliniğine başvuran akne vulgaris ve melasma hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: anket çalışması. *Türk Journal Dermatolgy*, 2010; 4: 14-7.
97. Özer GH. Travaydaki gebelere uygulanan gevşeme, solunum egzersizleri ve dokunmanın durumluk anksiyetesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüsek Lisans Tezi, 2004, Mersin (Danışman: Yrd.Doç.Dr. N Akan).
98. Cole A, Shanley E. Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing,* 1998; 27: 1171–1176.

99. Keskin G, Kıvanç MM. Hemşirelikte yasal sorumluluklar. İçinde Aştı TA, Karadağ A Editor. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı.* İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2012, p. 124-34.

100. Bayındır SK, Çürük GN. Türkiye'de Ağrıya Yönelik Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Konusundaki Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2015; 12(3): 162-169.

101. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002; 6(1):9-16.

102. Akça N, Aydın G, Gümüş K. Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasindaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2(1):66-77.

103. Akkoç N. İnflamatuar bel ağrıları ve diğer dahili bel ağrısı nedenleri. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 15-19 Ekim 2008, Antalya. http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/10/10.41.pdf Erişim:17.09.2016.

104. Erkal S. İnterverbal disk hernileri. İçinde Egemen N, Arslantaş A Editörler. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. Ankara:Alter Yayıncılık; 2006, s.212-220.

105. Ay S, Evcik D. Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Depresyon Ve Yaşam Kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2008; 25:228-231.

106. Çelik RB. Lomber Herni Diskal. *Aktüel Tıp Dergisi*, 1997; 1: 674-678

107. Kuday C. *Bel ağrıları Tanı ve tedavisi*. İstanbul:LogoYayıncılık A.Ş. 1993, s.1-28.

108. Graver V, Haaland AK, Magnaes B, Loeb M. Seven- Year Clinical Follow-up After Disc Surgery: Results and Predictors of Outcome. *British Journal of Neurosurgery*, 1999; 13 (2):178-184.

109. Cagnie B, Danneels L, Van Tiggelen D, De Loose V, Cambier D. Individual and work related riskfactors for neck pain among office workers: a cross sectional study. *Eur Spine J*, 2007; 16:679–686.

110. Öngel K. Birinci basamakta bel ağrısı olan hastalara yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2007; 1: 4.

111. Dönmez CY, Dolgun E, Kabataş M, Özbayır T. Lomber Disk Hernili Hastalarda Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*. 2010; 24 (2): 89-92.

112. Chen YF, Chang JS. Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatologyclinic in Taiwan. *Int J Dermatol*; 2003; 42(8):616-621.

113. Ediger D, Burgazoğlu BÖ, Ege E. Astım ve rinit hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Astım Allerji İmmünoloji Der.* 2008 ; 6(2):61-65.

114. Erin N.Complementary and alternative medicine. Holistic Nursing Practice September/October, 2006; s.242-246.

115. Kopec J, Sayre E, Esdaile J. Predictors Of Back Pain In A General Population Cohort. Spine 2003; 29 (1): 70.

116. Molassiotis A, Ortega PF, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, Margulies A,Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad AMA, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: European survey. *Annals Of Oncology,* 2005; 16:655-663.

117. Ulusoy H, Güçer TK, Aksu M, Arslan Ş, Habiboğlu A, Akgöl G. Romatolojik Hastalığı Olan Türk Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Turk J Rheumatol*, 2012**;** 27(1):31-37

118. Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L.Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı : Literatür Taraması. *Uluslararası HematolojiOnkoloji Dergisi*, 2008; 1(18): 32-38.

119. Taş F, Üstüner Z, Can G. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologia*, 2005; 44: 161-167.

120. Bilge Z. Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010, Diyarbakır (Danışman : Prof.Dr. A Işıkdoğan).

121. Algıer LA, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2005; 9: 138–146.

122. Can G, Erol Ö, Aydıner A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13: 287–294.

123. Gözüm S, Tezel A, Koç M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. *Cancer Nurs.*, 2003; 26: 230-236
124. Ünsal A, Gözüm S. Use of complementary and alternative medicine by patients with arthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 2010**;**19(7-8):1129-38.
125. Karakurum Göksel B, Coşkun Ö, Üçler S, Karataş M, Özge A, Özkan S. Use of complementary and alternative medicine by a sample of Turkish primary headache patients. Ağrı Der., 2014; 26 (1):1-7.
126. Dişsiz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2016; 23: 34-39.
127. Taşdemir N, Çelik S.Self-reported pain relief interventions of patients before emergency department arrival. *International Emergency Nursing*, 2016, Article in Press.
128. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD*, 2011**;** 1: 23-32.
129. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternative tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Derg.* 2012; 24(3): 123–129.
130. Korkmaz M, Tavşanlı NG, Özçelik H. Use of complementary and alternative medicine and quality of life of cancer patients: Turkish samples. *Holistic Nursing Practice*, 2016; 30 (2): 88-95.
131. Aydın S, Bozkaya AO, Mazıcıoğlu M, Gemalmaz A, Özçakır A, Öztürk A. What influences herbal medicine use? prevalence and related factors. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2008; 38(5): 455-463.
132. Bishop F, Yardely L, Lewith G. Developing a measure of treatments beliefs: the complementary and alternative medicine beliefs inventory. *Complementary Therapies in Medicine*, 2005; 13 (2):144-49.
133. Vickers K, Jolly K, Greenfield S. Herbal medicine: women's knowledge and interaction with doctors: a qualitative study. *BMC Complementary Alternative Medicin*e, 2006; 6:40.
134. Arı E, Yılmaz V. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranışların Önerilen Bir Yapısal Model ile Araştırılması. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2016; 8(1): 13-24.

135. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı S, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007; 27: 680-686.
136. Işıkhan V, Kömürcü S. Özet A, Arpacı F, Öztürk B, Balbay O. The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. *Cancer Nurs,* 2005; 28:355-362.
137. Temuçin DE. Tıbbi onkoloji kliniğinde tedavi gören kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. T Ortabağ).
138. Ceylan S, Hamzaoğlu O, Kömürcü S. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients from a single center supportCare. *Cancer,* 2001; 9: 452-458.
139. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer kanserli hastalarda alternatif tedavi kullanımı. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi,* 2005; 15:73-77.
140. Gözüm S, Arıkan D, Büyükavcı M. Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in Eastern Turkey. *Cancer Nursing,* 2007; 30 (1): 38-44.
141. İnanç N, Şahin H, Çiçek B, Taşçı S. Use of herbs or vitamin/mineral supplements by patients with cancer in Kayseri, Turkey. Cancer Nursing, 2006; 29 (1): 17-20.
142. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*. 2013; 27 (1):19-26.
143. Kurt E, Bavbek S, Pasaoglu G, Abadoglu O, Misirligil Z. Use of alternative medicines by allergic patients in Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2004; 32(5):289-94.
144. Erbaycu AE, Gülpek M, Tuksavul F, Uslu Ö, Güçlü SZ. Akciğer kanserinde çeşitli bitkisel ve diğer karışımların kullanımına sosyo-demografik ve tümöre bağlı faktörlerin etkisi. *Türk Toraks Dergisi,* 2010; 11: 117-200.
145. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA.Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi,* 2007; 14 (3):68-73

FORMLAR

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, bel ve boyun fıtığı olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımların değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Araştırmacıların dolduracağı form iki bölümden oluşmaktadır. Formlarda hastanın tıbbi ve sosyodemografik durumuna ilişkin bilgiler ve tamamlayıcı tedavi kullanım durumlarına ait bilgiler yer almaktadır. Bu çalışma hastalar üzerinde her hangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Hastalar sadece araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecektir.

Bu araştırma kapsamında size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Dolayısıyla herhangi bir istenmeyen etki/risk bulunmamaktadır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve kesinlikle paylaşılmayacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve kullanılacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Araştırma süresince katılmayı ret etme ve istediğiniz anda çalışmadan çekilebilme hakkına sahip olacaksınız. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ödeme yapmak zorunda kalmayacaksınız ve şahsınıza herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırıcının

Adı-Soyadı: Ayşe Çelik Yılmaz

Tarih (gün/ay/yıl):

İmzası:

EK-2 TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1.Yaş: _____

2.Cinsiyet: Kadın (___) Erkek (____)

3.Primer tanı : Bel fıtığı( ) Boyun fıtığı ( )

4.Eğitim durumu: _____

5.Meslek:_____

6.Medeni durum: a) Evli b)Bekâr

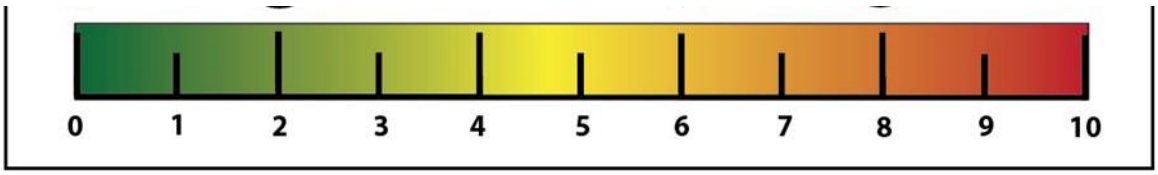
7.Doğduğunuz coğrafi bölge: _____

8.Gelir durumu: a) Gelir gideri karşılıyor b)Gelir gideri karşılamıyor

9.Sürekli yaşanan yer: _____

10.Sağlık güvencesi: a)Var b)Yok

Hastalık nedeniyle yaşadığınız en şiddetli ağrı değeri nedir?



EK -3 TAMAMLAYICI TEDAVİ KULLANIM DURUMU BİLGİ FORMU

1.Şu ana kadar bu hastalık için aldığınız tedaviyi anlatır mısınız? _____

2.Ağrınızı azaltmak için dini ya da kültürel bir uygulamaya başvurdunuz mu?

Evet( ) Hayır( )

3.Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için hangi tamamlayıcı uygulamalara başvurdunuz? _____

4. (2. Sorunun yanıtı Evet, ise) Tamamlayıcı tedavi kullanmaya ne zaman başladınız?

- Hastalıktan önce
- Tanı ilk konulduğu zaman
- Tıbbı tedavi başladıktan sonra
- Tıbbı tedaviden yarar görmeyince
- Diğer…

5.Tamamlayıcı tedaviye başlama nedeninizi açıklar mısınız?

- Hekimim yeterince ilgilenmediği için
- Kimse destek ve bilgi vermediği için
- Çevremde kullanıp iyileşen hastalar olduğu için
- Sosyal güvencem olmadığından sağlık giderlerimi karşılayamadığım için
- Yakın çevremdekiler şiddetle önerdiği için

Diğer:…

6.Tamamlayıcı tedaviyi kullanım nedeniniz aşağıdakilerden hangileridir?

- Ağrılarımı azaltmak için
- Ailemin/arkadaşlarımın önerisi
- Belki yararı olur, zararı olmaz.
- Hastalığa karşı her şeyi yapmayı istediğim için
- Hekimin önerisi

Diğer:….

7.Tamamlayıcı tedavi kullanırken hekiminiz ya da hemşirenize danıştınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

8.Tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )

9.Siz tamamlayıcı tedaviden yarar gördünüz mü? Evet ( ) Hayır ( )

10.Aşağıdaki durumlardan hangisinde ileride tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünebilirsiniz?

- İyileşmeme
- Tekrarlanma olması
- Ağrılarımın ameliyat sonrası devam etmesi
- Diğer…

EK-4 ETİK KURUL KARARI

HIZMETE OZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ
İSTANBUL

ETİK KRL. : 1491-56 - 14/1539 23 Mayıs 2014

KONU : Etik Kurul Kararı

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na göndermiş olduğunuz başvuru dosyanız 15.05.2014 günü yapılan 25. oturumda değerlendirilmiş olup Etik Kurul kararı EK'tedir.

Rica Ederim.

Mustafa GÜLTEPE
Prof.Ecz.Kd.Alb.
Etik Kurul Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

HİZMETE ÖZEL

EK-5

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

CERR.HSTL.BÖL.BŞK.:54230385-9200-344-14/Nöroşirürji 24 Aralık 2014

KONU :Tez çalışması Hk.

İLGİLİ MAKAMA

İLGİ :Svl.Me.Hemş.Ayşe ÇELİK'in 23.12.2014 tarihli dilekçesi

Beyin ve Sinir Cerrahi Servisinde görevli Svl.Me.Hemş.Ayşe ÇELİK'in dilekçesi incelenmiş olup, ilgili personelin "Bel ve boyun fıtığı olan hastaların ameliyat öncesi ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı yaklaşımlar" konulu çalışmayı servisimizde yapması uygundur.

Arz/Rica ederim.

Bülent DÜZ
Doç.Tbp.Kd.Alb.
Nöroşirürji Servis Şefi

ONAY
Dr. İbrahim ONUR
Tıbbi Biyokimya Uzmanı
Tıbbi Biyokimya Uzmanı
Dih No: 0533 4 55357
GATA Haydarpaşa Eğt. Hst.
Baştabip Vekâleti Yrd. Vek.

HİZMETE ÖZEL

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	**Soyadı**	Çelik Yılmaz
Doğ.Yeri	Kiraz	**Doğ.Tar.**	01/12/1988
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	43072499648
Email	ayseclk3001@gmail.com	**Tel**	05446587230

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemş. Yüksekokulu	2006-2010
Lise	Hulusi Uçaçelik Anadolu Lisesi	2002-2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Araştırma Görevlisi	Düzce Üniv. Sağlık Yüksekokulu	2016-….
2.	Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğt. Hastanesi	2012-2016
3.	Hemşire	Çorlu Asker Hastanesi	2011-2012

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(YDS-2016) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	İyi	-	71.25

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı (2015)	76,79	76,98	68,36

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi
SPSS	Orta

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, seyehat etmek, müzik dinlemek