

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARININ GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ KULLANIMINA İLİŞKİN
BİLGİ VE TUTUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suat KOÇ

DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU

ŞANLIURFA

2022

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARININ GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ KULLANIMINA İLİŞKİN
BİLGİ VE TUTUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Suat KOÇ

DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU

Bu tez, Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlüğü tarafından tarih ve protokol numarası ile desteklenmiştir/desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2022

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince kendimi geliştirmem konusunda beni sürekli motive eden, yoğun geçen tez sürecimde bana her türlü desteği veren, aynı zamanda tez danışmanım olan çok değerli Dr. Öğr. Üys. Şenay Koçakoğlu hocama, yine asistanlık sürecinde eğitimimiz için yoğun çaba harcayan, hekimlik deneyimimizi geliştirmemiz için çok emeği geçen ve bizleri her durumda tolere eden saygıdeğer hocam, anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Dursun Çadircı hocama, yorucu asistanlık sürecinde bana destek olan sevgili eşim ve kızıma, aileme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr. Suat KOÇ

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VIII
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT)	3
2.2. Dünyada GETAT	4
2.3. Türkiye’de GETAT	4
2.4. GETAT Yönetmeliğine Göre Onaylı GETAT Yöntemleri	6
2.4.1. Akupunktur	6
2.4.2. Apiterapi	7
2.4.3. Fitoterapi	7
2.4.4. Hipnoz	7
2.4.5. Sülük Uygulaması	9
2.4.6. Homeoterapi	9
2.4.7. Kayropraktik Uygulaması	10
2.4.8. Kupa Uygulaması	11
2.4.9. Larva Uygulaması (Maggot Debridman Tedavisi)	12
2.4.10. Mezoterapi	13
2.4.11. Proloterapi	14
2.4.12. Osteopati	15
2.4.13. Ozon Uygulaması	16
2.4.14. Refleksoloji	17
2.4.15. Müzik Terapi	18
2.5. Hipertansiyon	18
2.5.1. Hipertansiyonun Önemi	18
2.5.2. Hipertansiyonun Tanımı	19
2.5.2.1. Primer Hipertansiyon	20
2.5.2.2. Sekonder Hipertansiyon	20

2.5.3. Hipertansiyon Teşhisi – Ofis Tansiyon Ölçümü	21
2.5.3.1. Beyaz Önlük ve Maskeli Hipertansiyon	21
2.5.3.1.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu	21
2.5.3.1.2. Maskeli Hipertansiyon	22
2.5.4. Teşhis / Klinik Testler	23
2.5.4.1. Fizik Muayene	23
2.5.4.2. Laboratuvar İncelemeleri ve EKG	24
2.5.4.3. Ek Tanı Testleri	24
2.5.4.4. Görüntüleme Teknikleri	24
2.5.4.5. Fonksiyonel Testler ve Ek Laboratuvar Araştırmaları	24
2.5.4.6. Kardiyovasküler Risk Faktörleri	25
2.5.4.7. Diğer Risk Faktörleri	25
2.5.5. Hipertansiyon Aracılı Organ Hasarı	25
2.5.6. Hipertansiyon Tedavisi	26
2.5.6.1. Yaşam Tarzı Değişikliği	26
2.5.6.2. Erişkinde Hipertansiyon Yönetimi	26
2.5.7. Komorbid Hastalıklarda Hipertansiyon Yönetimi	27
2.5.8. Hipertansif Acil Durum Yönetimi	29
2.5.9. Malign Hipertansiyonda Değerlendirme ve Teşhisi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKÇA	63
8. EKLER	72
Ek-1: Etik Kurul İzin Belgesi	72
Ek-2: Uygulama İzin Belgesi	73
Ek-3: Turnitin Raporu	74

Tablo-1: Türkiye’de Onaylı GETAT Yöntemleri ve Sertifikalandırılmış Uygulayıcıların Dağılımı	5
Tablo 2: Akupunktur Uygulanabilen Hastalıklar ve Klinik Durumlar	6
Tablo-3: Hipnoz Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	8
Tablo-4: Sülük Uygulamasının Kullanıldığı Hastalıklar ve Klinik Durumlar	9
Tablo-5: Homeopati Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	10
Tablo-6: Kayropratik Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	11
Tablo-7: Kupa Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	12
Tablo-8: Larva Uygulaması Yapılabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	13
Tablo-9: Mezoterapi Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	14
Tablo-10: Proloterapi Uygulanabilen Hastalıklar ve Klinik Durumlar	15
Tablo-11: Osteopati Yapılabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	15
Tablo-12: Ozon Uygulaması Yapılabilecek Hastalık ve Klinik Durumlar	16
Tablo-13: Refleksoloji Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	17
Tablo-14: Müzikterapi Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar	18
Tablo-15: Hipertansiyon Sınıflandırması	19
Tablo-16: Maskeli Hipertansiyon ve Beyaz Önlük Hipertansiyonu	22
Tablo-17: Komorbid Hastalık ve Yaşa Göre Sınır ve Hedef KB Değerleri	27
Tablo-18: Kronik Böbrek Hastalığı Olanlarda Eşik/Hedef Kan Basıncı Düzeyleri	28
Tablo-19: Kan Basıncını IV İlaç Tedavisi ile Düşürmek Gereken Acil Hipertansif Durumlar	30
Tablo-20: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	34
Tablo-21: Katılımcıların GETAT hakkında bilgi değerlendiren sorulara verdiği yanıtların dağılımı	35
Tablo-22: Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler	39
Tablo-23: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Demografik Özelliklere göre dağılımı	39
Tablo-24: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere göre dağılımı	41
Tablo-25: Katılımcıların Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği’ne Verdiği Cevapların Dağılımı	44
Tablo-26: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının GETAT Yöntemlerinin Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyi Sorularına Göre Dağılımı	47
Tablo-27: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının Hasta Bilgi Düzeyi Sorularına Göre Dağılımı	48

KISALTMALAR

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan basıncı
AKB	: Ayakta kan basıncı
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
LVH	: Sol ventrikül hipertrofisi
RVH	: Sağ ventrikül hipertrofisi
RAAS	: Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi
KİBAS	: Kafa İçi Basıncı Artışı Sendromu
HAOH	: Hipertansiyon aracılı organ hasarı
GİA	: Geçici iskemik atak
EGFR	: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı.
KBH	: Kronik böbrek hastalığı
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
DVT	: Derin Ven Trombozu
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
G6PD Eksikliği	: Glukoz 6 fosfat Dehidrogenaz Eksikliği
YTD	: Yaşam Tarzı Değişikliği
IV	: İntravenöz
Ark.	: Arkadaşları
Vb.	: Ve benzerleri
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ACEi	: Anjiyotensin Konverting Enzim İnhibitörleri
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokörleri
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
BKZ.	: Bakınız
TTTÖ	: Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği
EKG	: Elektrokardiyografi
DM	: Diabetes Mellitus

ÖZET

Hipertansiyon Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları

Dr. Suat KOÇ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Lisans Tezi

Amaç: Türkiye’de de dünya genelinde olduğu gibi son yıllarda geleneksel tamamlayıcı tıp (GETAT) yöntemleri kullanımında ciddi oranda artış olmuştur. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de çeşitli GETAT yöntemleri onaylanmakla birlikte konuyla ilgili kanıta dayalı çalışmaların yetersizliği, bu yöntemlerin maddi çıkar sağlamak amacıyla kişiler tarafından suistimal edilebilmesi ve toplumun genelinin GETAT yöntemleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması gibi nedenlerle bu yöntemlerin kullanımı konusunda tereddütler yaşanabilmektedir. Hastaların ve hekimlerin bu yöntemlerin kullanım alanları, yan etkileri ve kontrendikasyonları konusunda bilgilendirilmeye ve farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın amacı Şanlıurfa ilindeki hipertansiyon hastalarının tedavilerinde GETAT yöntemleri kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırmaktır. Araştırmadan elde edilecek verilerin, hedef popülasyonda GETAT yöntemleri kullanımıyla ilgili mevcut durumun ortaya konulmasında ve konuyla ilgili farkındalığın artırılmasında olumlu katkıları olacağı kanaatindeyiz.

Yöntem: Prospektif, kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki anket çalışmamız Temmuz-Aralık 2021 tarihleri arasında Şanlıurfa ilinde aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan 258 hipertansiyon hastası ile yürütülmüştür. Araştırmacı tarafından literatür taranarak katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine yönelik 12 soru ve GETAT yöntemleriyle ilgili bilgi durumlarına yönelik 13 sorudan oluşan veri değerlendirme formu oluşturulmuştur. Verilerin elde edilmesinde bu formla beraber 13 soruluk “Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği” yüz yüze anket tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 22 versiyonu paket istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi için One Way Anova, Independent Sample T-Test, Tukey Non-additivity, Hotelling T^2 , Kolmogorov Smirnov testi, Post-Hoc (Çoklu karşılaştırma) testleri kullanılmıştır.

Bulgular: 258 katılımcının %55,4’ü (n:143) kadın, %44,6’sı (n=115) erkekti. %6,2’si 40 yaş altında (n=16), %21,3’ü 40-49 yaş (n=55), %39,5’i 50-59 yaş(n=102), %32,9’u 60 yaş ve

üzeriydi (n=85). Katılımcıların %36,4'ü (n=94) ortaokul-lise ve %34,9'u (n=90) üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir. Katılımcıların %9,7'si (n=25) köy-kasabada, %39,5'i (n=102) ilçelerde, %50,8'i (n=131) merkez ilçelerde yaşamaktaydı. %3,5'inin (n=9) hipertansiyon ilacı kullanmadığı, %29,8'unun (n=77) düzensiz hipertansiyon ilacı kullandığı, %66,7'sinin (n=172) düzenli olarak hipertansiyon ilacı kullandığı görüldü. Katılımcıların %79,8'inin (n=206) hipertansiyon tedavisinde GETAT yöntemlerini kullandığı ancak %74'ünün (n=191) bir sağlık problemiyle karşılaştığında ilk etapta bu yöntemlerle tedaviyi tercih etmediği görüldü. En çok tercih edilen GETAT yöntemleri sırayla %73,6 (n=190) ile fitoterapi, %14,3 (n=37) kaplıca, %8,5 (n=22) kupa, %6,2 (n=16) müzik terapi yöntemleriydi. Katılımcıların GETAT ile ilgili bilgi kaynakları sıklıkla arkadaş-çevre %38 (n=98) ve internet/medya %36,8 (n=95) idi. Bu yöntemleri en çok ilaç tedavisine destek olarak %43 (n=111) ve yakınlarının tavsiyesi %39,9 (n=103) ile kullanmaktaydılar.

GETAT yöntemlerinin kullanılmaması gerekli durumları çoğunun hiç bilmediği %65,1 (n=168) saptanmıştır. Eğitimleri okur yazar seviyesinde olanların, GETAT'ın hipertansiyonda kullanımını bilen ve faydalı olduğunu düşünenlerin, hipertansiyon tedavisinde bu yöntemlerden yararlananların, GETAT yöntemlerini aile hekiminin bilmesini ve önermesini isteyen, fitoterapötik ürünleri kullananların, GETAT yöntemlerinin kullanılmaması gereken durumları bilenlerin, düzensiz HT ilaçları kullananların, GETAT kullanımına ilişkin tutum puanları daha yüksektir.

Sonuç: Bu araştırmada katılımcıların çoğunluğunun tedavilerinde GETAT yöntemlerini tercih ettikleri görülmüştür. Hastaların bu yöntemlerden doğru bir şekilde yararlanabilmeleri için güvenilir kaynaklar önerilmeli ve aile hekimleri başta olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının danışmanlık hizmeti verebilmeleri için gerekli eğitimler planlanmalıdır. Bu konuda farkındalık yaratmanın halk sağlığı üzerinde olumlu katkıları olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp, Hipertansiyon, Tutum, Fitoterapi

ABSTRACT

Knowledge And Attitudes Of Hypertension Patients Regarding The Use Of Traditional And Complementary Medicine Methods

Dr. Suat KOÇ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Lisans Tezi

Objective: There has been a significant increase in the use of traditional complementary medicine (TCM) methods in recent years in Turkey and throughout the world. Although various TCM methods have been approved in our country, as in many countries, there may be hesitations about the use of these methods due to the inadequacy of evidence-based studies on the subject, the abuse of these methods by people for financial gain, and the inadequate knowledge of TCM methods in the general population. Patients and physicians should be informed about the indications, side effects, and contraindications of these methods and their awareness should be increased. This study aims to investigate the knowledge and attitudes of patients with hypertension in the province of Sanliurfa regarding the use of TCM methods in their treatment. We believe that the data to be obtained from the research will contribute positively to revealing the current situation regarding the use of TCM methods in the target population and raising awareness on this issue.

Material-Method: This prospective, cross-sectional, descriptive survey study was conducted with 258 hypertension patients who received service from family health centers in Sanliurfa between July and December 2021. A data evaluation form consisting of 12 questions about the sociodemographic and clinical characteristics of the participants and 13 questions about their knowledge about TCM methods was created by the researcher by scanning the literature. To obtain the data, the "Attitude Scale Towards Using Complementary Therapies" consisting of 13 questions was applied with a face-to-face survey technique, together with the form created by the researcher. IBM SPSS 22 version package statistics program was used for the analysis of the data. One Way Anova, Independent Sample T-Test, Tukey Non-additivity, Hotelling T2, Kolmogorov Smirnov test, Post-Hoc (Multiple comparisons) tests were used to evaluate the data.

Results: 55.4% (n:143) of the 258 participants were female and 44.6% (n=115) were male. 6.2% of them were under the age of 40 (n=16), 21.3% between the ages of 40-49 (n=55), 39.5%

between the ages of 50-59 (n=102), 32.9% of them were aged 60 and over (n=85). Of the participants %36,4% (n=94) were at secondary-high school and 34.9% (n=90) were at university level and above. 9,7% (n=25) of the participants lived in the village-town, 39.5% (n=102) In the district, 50.8% (n=131)s in the central districts. It was found that 3,5%(n=9) did not use hypertension medication, 29,8%(n=77) used it irregularly, and 66,7% (n=172) regularly. 79.8% (n=206) of the participants used TCM methods for hypertension treatment, but 74%(n=191) reported that they did not prefer treatment with TCM methods at first when faced with a health problem.

The most preferred TCM methods were phytotherapy with 73.6% (n=190), hot springs with 14,3% (n=37), mugs with 8,5%(n=22), music therapy with 6,2% (n=16) respectively. Participants' sources of information about TCM were mostly friends 38% (n=98) and internet/media 36,8% (n=95). These methods were mostly used to support drug treatment 43% (n=111) And with the advice of their relatives 39.9% (n=103). It was determined that most of them were 65,1% (n=168). Of those who were literate, who know the use of TCM in hypertension and think that it is beneficial, who benefit from these methods in the treatment of hypertension, who want their family physician to know and recommend TCM methods who use phytotherapeutic products, who know the situations in which TCM methods should not be used, who use hypertension drugs irregularly, attitude scores regarding the use of TCM was higher.

Conclusion: In this study, it was found that the majority of hypertension patients preferred TCM methods for their treatment. Reliable sources should be recommended so that patients can benefit from these methods correctly, and training should be planned for health care providers, especially family physicians, to provide consultancy services. It can be said that raising awareness on this issue will have positive contributions to public health.

Keywords: Attitude, Traditional Medicine, Hypertension, Complementary Medicine, Phytotherapy

1. GİRİŞ

Türkiye’de de dünya genelinde olduğu gibi son yıllarda geleneksel tamamlayıcı tıp (GETAT) yöntemleri kullanımında ciddi oranda artış olmuştur. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de çeşitli GETAT yöntemleri onaylanmakla birlikte konuyla ilgili kanıta dayalı çalışmaların yetersizliği, bu yöntemlerin maddi çıkar sağlamak amacıyla kişiler tarafından suiistimal edilebilmesi ve toplumun genelinin GETAT yöntemleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması gibi nedenlerle bu yöntemlerin kullanımı konusunda tereddütler yaşanabilmektedir (1).

Hekimlerin kendi reçete ettikleri ilaçlarla, fitoterapötik bitkisel ajanların etkileşime girebileceği, tansiyon, şeker vb. klinik durumların regülasyonunu olumsuz etkilenebileceği ve invaziv girişim öncesi sülük, hacamat, bitkisel ajanlardan kaynaklanabilecek kanama bozuklukları vb. durumlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve hastaların bu yöntemleri kullanımını sorgulamalarının, istenmeyen durumların önüne geçilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir (2). Hastaların da olası yan etkiler ve kontrendikasyonlar konusunda bilgilendirilmeye ve farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Hipertansiyon hastalarının GETAT yöntemleri konusunda bilgi ve tutumlarını araştırmayı amaçladığımız bu çalışmadan elde edilen verilerin, hedef popülasyonda mevcut durumun ortaya konulmasında ve konuyla ilgili farkındalığın artırılmasında katkıları olacağı kanaatindeyiz.

GETAT yöntemleri gelişmekte olan ülkelerdeki şekilde, gelişmiş ülkelerde de hızla artan oranlarda kullanılmaktadır. Afrika nüfusunun %80’i sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için GETAT yöntemlerini kullanmaktadır. Aynı şekilde Asya’da ve Latin Amerika’da da GETAT tarihsel koşullar ve kültürel inançların bir sonucu olarak halen kullanılmaktadır. Çin’de GETAT, sunulan tüm sağlık hizmetlerinin yaklaşık %40’ını oluşturur (3).

GETAT özellikle yaşam tarzına bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, yaşlanan nüfusların sağlık ihtiyaçlarını karşılamada birçok farklı uygulama ile oldukça önemli olmakla birlikte, genellikle önemsenmeyen bir şifa aracıdır. İnsanların sağlıkla ilgili beklentilerinin artması, maliyetlerin yükselmesi gibi nedenlerle ülkeler GETAT uygulamalarının kapsamını genişletmeye başlamıştır. GETAT, küresel olarak kabul görmüş olup, güçlü kültürel geçmişi ve uygulanabilirliği olan şifa yöntemlerini kapsar. Birçok toplum için önemli bir temel sağlık hizmeti kaynağı olan GETAT, Alma-Ata, 1978 Bildirgesinden itibaren “herkes için sağlık” bileşeni olarak kabul edilmektedir (2).

Bazı ülkelerde GETAT oldukça gelişmiştir ve GETAT yöntemleri resmileştirilmiştir. Ulusal hükümetler tarafından GETAT hizmetlerinin kullanımı sistemli biçimde takip edilmektedir ve 45 ülkede sigorta ödeme kapsamına girmiştir. DSÖ, sağlığa dair ilgilendiği konular arasında GETAT yöntemlerine de yer vermektedir (4,5).

Tüm dünyada yaygın kullanımı olan GETAT yöntemleri arasında yer alan aromaterapi, akupunktur, hipnoz, ozon terapisi, homeopati, refleksoloji, masaj, ayurveda, yoga, kriyoterapi, meditasyon, osteopati, mezoterapi, müzik terapi gibi uygulamaların pek çoğu ülkemizde de ilgili yönetmelikle onaylanmıştır. GETAT uygulayıcılarının gerekli eğitim sürecini tamamlayarak sertifika almaya hak kazanmış olmaları gerekmektedir. Ağustos 2021'den itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri olmak üzere toplam 78 GETAT uygulama merkezi hizmet sunmaya devam etmektedir ve bu merkezlerden 5 bine yakın uygulayıcı sertifika almaya hak kazanmıştır (6). Son yıllarda, bazı yöntemlerin kanıta dayalı çalışmalarla da etkinliğinin gösterilmesiyle GETAT kullanımı, dünyada daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Türkiye'de de daha popüler hale gelmiş olan GETAT'a yönelik 15 ayrı uygulamayı içeren yeni bir yönetmelik yayınlanmıştır (7). GETAT uygulamalarının resmiyet kazanması konuyla ilgili tereddütlerin giderilmesinde göreceli bir iyileşme sağlamıştır. Hastaların ve hekimlerin bu yöntemlerin kullanım alanları, yan etkileri ve kontrendikasyonları konusunda bilgilendirilmeye ve farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Hekimlerin, bu yöntemlerin hastalar tarafından tercih edilebileceğini bilmeleri hatta uygun endikasyonda hastalarına önerebilmeleri, kontrendike olduğu hallerde ise uyarabilmeleri, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi yönünde olumlu adımlardır.

Bu çalışmanın amacı Şanlıurfa ilindeki hipertansiyon hastalarının tedavilerinde GETAT yöntemleri kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırmaktır. Araştırmadan elde edilen verilerin, hedef popülasyonda GETAT yöntemleri kullanımıyla ilgili mevcut durumun ortaya konulmasında, konuyla ilgili farkındalığın artırılmasında katkılar sağlaması beklenmektedir. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır;

Katılımcıların tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasında demografik özelliklere göre farklılık bulunmakta mıdır?

Katılımcıların hipertansiyon hastalığında GETAT yöntemlerinin kullanımına yönelik bilgi düzeylerine göre TTTÖ Puanları arasında farklılık bulunmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT)

"Tamamlayıcı ve alternatif" tıp genellikle birbiri yerine kullanılsa da iki terim farklıdır. Konvansiyonel tıp ile birlikte yaygın olmayan bir uygulama kullanıldığında "tamamlayıcı"; konvansiyonel tıp yerine ana tedavi olmayan bir uygulama kullanıldığında ise "alternatif" olarak kabul edilir (4). Bütünleştirici tıp; geleneksel tıp, yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel rehabilitasyon, psikoterapi ve çeşitli kombinasyonlarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımları gibi birden çok müdahale olan ve tek bir organ yerine bedenin tümünü tedavi etmeyi amaçlayan tedavileri anlatır. Bütünleştirici sağlık, kişinin tüm yönlerden bakımı için geleneksel ve tamamlayıcı yaklaşımları bir araya getirerek sağlık hizmeti sunucuları ve diğer destekleyiciler arasında koordineli bakımı amaçlar (5).

DSÖ'ye göre GETAT; "Çeşitli kültürlerin kuramları, inançları ve tecrübeleri kaynaklı, açıklanabilirliğine bakılmadan, sağlığı korumadaki kadar psikolojik ve organik hastalıkları önleme, teşhis veya tedavide kullanılan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır". DSÖ tamamlayıcı/alternatif tıbbı "ülkelere ait geleneklerin veya modern tıbbın parçası olmayan ve sağlık sistemiyle bütünleşmemiş, geniş yer tutan sağlık bakımı uygulamaları" olarak bildirmiştir (4,5).

- Tamamlayıcı tedaviler, tedavinin nasıl alındığı veya verildiğine göre sınıflandırılabilir;
- Beslenme (diyet takviyeleri, şifalı otlar, probiyotikler vb.).
- Psikolojik (meditasyon, hipnoz, müzik terapileri, gevşeme terapileri).
- Fiziksel (akupunktur, masaj).
- Psikolojik ve fiziksel (yoga, tai chi, dans terapileri) veya psikolojik ve beslenme gibi kombinasyonlar.
- Beslenme destekleri daha çok doğal ürünlerken, psikolojik ve/veya fiziksel destekler zihin ve beden uygulamalarıdır (8).

2.2. Dünyada GETAT

Dünyada çoğu ülkede GETAT uygulamaları uzun yıllardır kullanılmaktadır. Örneğin Afrika'da GETAT bilgi ve uygulamaları uygulayıcıları arasında sözlü olarak nesiller boyunca aktarılmıştır. Yapılan son çalışmalarda dünyada GETAT kullanımında artış olduğu belirlenmiştir. 2018 yılı itibarıyla DSÖ Afrika'da nüfusun %87'sinin, Amerika'da %80'inin, Doğu Akdeniz bölgesinde %90'ının, Avrupa'da %89'unun, Kuzey-doğu Asya'da %91'inin, Batı-pasifik bölgesinde

%93'ünün GETAT yöntemlerini kullandığını bildirmiştir. Son yıllarda, bazı ülkeler sağlık pratisyenlerinin bu konuda bilgisini geliştirmek için eğitim programlarını güçlendirmiş, bu yöntemler üniversite müfredatına dahil edilmiştir. Batı Afrika Ekonomik Topluluğundaki çeşitli ülkelerin; Demokratik Kongo Cumhuriyetinin, Güney Afrika ve Tanzanya'nın eczacılık ve tıp öğrencileri için müfredatta yer verilmiştir (4).

Üye devletler %88 oranında GETAT kullanımını kabul etmiştir. Bu ülkelerde GETAT'a yönelik politikalar, yasalar, programlar ve ofisler vardır ve GETAT kullanan ülke sayısının daha da yüksek olması beklenmektedir. Bazı ülkelerin geleneksel ilaçların da olduğu kendi ulusal temel ilaç listeleri vardır. DSÖ Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden; her yaştaki insana sağlıklı yaşamlar sunmak ve refaha yöneltmek ilkesi; evrensel sağlık kapsamında ele alınarak, insanların daha sağlıklı olmasını teşvik etmeyi hedefler. GETAT'ın, temel sağlık hizmetlerine dahil edilmesinin evrensel sağlık hedefine önemli katkılar sağlayabileceği bildirilmiştir (4,5).

DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi ve Dünya Sağlık Asamblesi kararlarına göre Üye Devletlerce 2005 ve 2018 yılları arasında GETAT'ın güvenliği, kalitesi, etkinliği ve uygun entegrasyonu için adımlar atılmıştır. DSÖ Bölgelerinden Amerika Kıtası'nda, sağlık hizmetlerine katkı sağlayan GETAT uygulamalarının küresel hedeflerin gerisinde olmakla beraber istikrarlı bir şekilde devam etmesi beklenmektedir. Doğu Akdeniz Bölgesi'nde, 2005'ten beri düzenleme ve bitkisel ilaçların tescili alanında belirgin ilerleme görülmüştür. Avrupa Bölgesindeki üye devletlerde bitkisel ilaçlar için kayıt sistemi oluşturulması ve düzenlenmesi konularında iyileşme kaydedilmiştir. Güney-Doğu Asya Bölgesi, GETAT'a dair tüm göstergeler bakımından oldukça iyi bir konumdadır (4,5).

2.3. Türkiye'de GETAT

2014 yılında Türkiye'de GETAT uygulamaları "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ile resmi olarak tanınmış ve Türkiye GETAT Enstitüsü kurulmuştur. İlgili yönetmelikle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapılabileceği yerler, uygulayabilecek kişiler, uygulamaların sınırlılıkları, usul ve esasları belirlenmiştir. Enstitü ise GETAT'ın bilimsel kanıtlar ışığında modern tıba entegre edilmesi yoluyla, sağlığın korunmasını ve iyileştirilmesini, hedeflemektedir (7).

Sağlık Bakanlığı Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Daire Başkanlığı'nın 2021 yılı itibariyle yayınladığı istatistik sonuçlarına göre Ekim ayı itibariyle 1507 ünite, 78 uygulama

merkezi, 28 eğitim merkezi mevcuttur. Yine 2015-2021 yılları arasında 5300 tabip GETAT eğitimi verilerek sertifikalandırılmıştır. Düzenlenen eğitimlerle bu uygulamaların daha doğru ve sağlıklı şekilde yapılabilmesi ve merdiven altı diye tabir edilen yerlerde eğitimsiz kişilerce, sağlıksız koşullarda uygulanmasının önüne geçilerek halk sağlığının korunması için önemli adımlar atılmıştır (9). Yine 2015-2021 yılları arasında 5300 tabip GETAT eğitimi verilerek sertifikalandırılmıştır ve 2021 itibariyle onaylanmış 18559 GETAT sertifikalı uygulayıcı vardır (9) (Bkz Tablo1)

Tablo-1: Türkiye’de Onaylı GETAT Yöntemleri ve Sertifikalandırılmış Uygulayıcıların Dağılımı

Uygulamanın Adı	Sertifika Sayısı
Akupunktur Sertifikası	2518
Apiterapi Sertifikası	176
Fitoterapi Sertifikası	814
Hipnoz Sertifikası	688
Homeopati Sertifikası	587
Kupa Uygulaması Sertifikası	4942
Larva Uygulaması Sertifikası	115
Mezoterapi Sertifikası	3389
Müzik terapi Sertifikası	134
Osteopati Sertifikası	27
Ozon Uygulaması Sertifikası	2975
Proloterapi Sertifikası	626
Refleksoloji Uygulaması Sertifikası	68
Sülük Uygulaması Sertifikası	1500
Toplam Tescilli Sertifika Sayısı	18559

Tablo-1’de Türkiye’de onaylı GETAT yöntemleri ve sertifikalandırılmış uygulayıcıların dağılımı verilmiştir. Buna göre 2518 akupunktur sertifikası, 3389 mezoterapi sertifikası, 4942 kupa uygulaması sertifikası, 2975 ozon uygulaması sertifikası ve 1500 sülük uygulaması sertifikasının diğer sertifikalara göre daha fazla verildiği belirlenmiştir (9).

2.4. GETAT Yönetmeliğine Göre Onaylı GETAT Yöntemleri

2.4.1. Akupunktur

Özellikle iğne ile olmak üzere, lazer ışınlarıyla, elektrikle vücutta ve kulakta belirli özel noktalara uyarı verilmesi şeklinde, 2000 yıldan daha eskiye dayanan Doğu Asya'dan gelen geleneksel bir uygulamadır. Terapötik amaçlar veya basit nöromodülasyon için organik ve fonksiyonel değişiklikler yapmak için, akupunktur noktaları denen vücut yüzeyinin belirli bölgelerine iğnelerin sokulmasıyla periferik nöral stimülasyona dayanır. Kanama bozukluğu öyküsü olanlarda ve hamilelerde akupunktur uygulanmamalıdır (7,12).

Tablo 2: Akupunktur Uygulanabilen Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik durumlar	
Organik sebep bulunamamış baş ağrıları, anksiyete	Alkol bağımlılığı tedavisindeki problemleri azaltmak için
İşlevsel mide-barsak bozuklukları, kabızlık, GÖR	Çocukta yapay solunum borusu çıkarıldıktan sonraki solunumsal sorunlarda
Lökomotor (hareket) sistemi ağrıları, nöropatik ağrılar, diş ağrıları	Kronik göz rahatsızlıklarında tedavi adaptasyonunu yükseltmek için
Ağrılı adet görme, kısırlık, PKOS ve adet öncesi gerginlik sendromu, doğum sancısı	Bellek Sorunlarında hayat kalitesini artırmak için
Basit obeziteli bireylerde diyet adaptasyon için	Nedeni belli olmayan veya sjögrendeki keratokonjunktivitis sikka
Tütün bırakma anksiyetesi	Kas spastisitesi ve güçsüzlüğü olan SVO nedenli kısmi felçlerde
Organik sebep bulunmayan gece idrar kaçırma	İlerleyici nörolojik fonksiyon bozukluğu gelişmemiş ve kauda ekuina olmayan sinir kökü tahrişleri
Organik sebep bulunamamış baş dönmesi veya uyku problemleri	Alerjik rinit
Kronik solunum sistemi patolojilerinde yaşam seviyesini iyileştirme	Radyoterapi ve kemoterapiye bağlı kusma, ağrı, ağız kuruluğu tedavisi.
İlaça bağlı, hareket hastalığı veya hamilelik kaynaklı bulantı ve kusmalar	Egzama, cilt kuruluğu, alerjik durumlarda kaşıntı.
Bel fıtığı, kas spazmı, ani ve uzun süreli sırt ağrıları	Genel iyilik durumunu oluşturma ve devam ettirmek için

Tablo-2’de akupunktur uygulanabilen hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre baş ağrıları, anksiyete, nöropatik ağrılar, diş ağrıları, gece idrar kaçırma, hareket hastalığı veya hamilelik kaynaklı bulantı ve kusmalar gibi çeşitli durumlarda akupunktur uygulanabilmektedir (7,12).

2.4.2. Apiterapi

Apiterapi, kimi hastalıklarda arılara ait ürünlerin tedaviye destek olarak kullanılmasıdır. Canlı olan bal arısının zehiri ve yine zehiri içeren ampul/merhemler bu amaçla kullanılır. En çok tercih edilen bal, propolis, arı sütü ve polenler immüniteyi desteklemede kullanılır (7).

Arı zehri tedavisinin geleneksel tıpta farklı kanser türlerini tedavi etmek için önemli bir modalite olabileceğini söyleyen çalışmalar mevcuttur (17).

Arı polenin alkolizm, diyabette, kalp sağlığını desteklemede, venöz tıkanıklıkta faydaları olduğunu belirten çalışmalar vardır (16).

Oral, topikal, intra/subkütan yolla kullanımları vardır. Kas krampları ve kas ağrısı gibi durumlarda kullanılır. Arı ürünleriyle ilgili alerji öyküsü olanlarda ve çocuklarda kullanılmamalıdır. Karaciğer, kalp böbrek yetmezliği hastalarında, hamilelikte ve emzirme döneminde kullanımı da kontrendikedir (7).

2.4.3. Fitoterapi

Binlerce yıldır hastalıkları tedavi etmede bitkilerden faydalanılan tedavi yöntemidir. Son asırda farmakognozi biliminin de gelişimiyle bitkilerin etken maddeleri, etki mekanizmalarının da bulunmasıyla bitkilerin kullanımının etkinliği ve güvenliği de geliştirilmeye başlanmıştır. Atropin, digoksin, efedrin, ergotamin, fizostigmin gibi etken maddeler bitkilerden elde edilir. Bitkinin taze veya kurutulmuş kısımları çay, damla, kapsül gibi şekillerde kullanılır. Bitkisel ürünler sentetik ilaçlara göre kolay ulaşılması, daha ucuz olması, zararının az olduğu inancı, kronik hastalıklarda daha faydalı olduğu düşüncesi gibi sebeplerle kullanılır. Bitkisel ürünlerin faydaları kadar toksik etkileri de bulunmaktadır bu yüzden bir uzmana danışılarak ve güvenli ürünler kullanılmalıdır (18).

2.4.4. Hipnoz

Zihin-beden tıbbi türü olan hipnoterapi, batılı psikoterapötik uygulamalardan türetilmiştir. Hastalar, sağlıklarını iyileştirmelerine yardım amaçlı; rahatlamaları ve odaklanmaları sağlanıp transa geçirilir. Çevrelerine ve yaşadıkları deneyimlere kendilerini kaptırırlar ve nispeten dikkatleri dağılır, ancak bilinçsiz değildirler. Bazı hastalar kendilerini hipnotize etmeyi öğrenirler. Hipnoterapi ağrı

sendromları, menopoz semptomları, fobiler ve konversiyon bozuklukları tedavisinde, sigarayı bırakma ve kilo kaybında başarılı olduğuna dair çalışmalar mevcut (19).

Tablo-3: Hipnoz Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik durumlar	
Depresyon (Uzman psikiyatristçe yapılabilir), Anksiyete ve stres problemleri	Yanık tedavisinde ağrıyı azaltmada
Hamilelik ve doğum aşamalarında ve jinekolojik hastalıklarda	Doğum esnasında
Cerrahi girişimlerde: Ameliyat öncesi korkuyu giderme, anksiyete ve ağrıyı gidermeye yardım etmek, ameliyat sonrası ve ameliyat sırasında bulantı, ağrı ve anksiyete ile başa çıkma	Diş hekimliğinde; korkularda, anestezi, diş gıcırdatma, protezlere uyum için, çene eklemi işlev bozukluğu, trigeminal sinir ağrısı vb. durumlarda
Obezite	Maligniteli hastalardaki ağrı, kaygı ve ilaç yan etkilerini gidermede
Kısırlık tedavisi sürecinde	Cinsel işlev patolojisi (non-organik)
Teşhis işlemleri ve girişimsel işlemler sırasında	İşlevsel barsak problemleri
Uyku sorunları (non-organik), Yeme bozuklukları	Acil tıp pratiğinde endişenin azaltılmasında ve tedaviye adaptasyonu yükseltmede
Ameliyattaki ağrının giderilmesinde	Alerjik rinit ve astım, İmmün sistemin kuvvetlendirilmesi
Alkol bağımlılığının tedavisinde (yalnızca psikiyatrist yapabilir), Tütün ürünleri bırakma tedavisi sırasında	Akut ve kronik ağrı

Tablo-3'te hipnoz uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre depresyon, ameliyat öncesi korkuyu giderme, anksiyete ve ağrıyı gidermeye yardım etme, kısırlık tedavisi sürecinde, obezite, ameliyattaki ağrının giderilmesinde, uyku sorunları (non-organik), yeme bozuklukları gibi durumlarda hipnoz kullanılabilmektedir (7, 19).

2.4.5. Sülük Uygulaması

Sülüklerle tedavi yöntemidir. Sülükler vücuttan kan emerken salgıladıkları 100'den fazla etken madde tedavi edici özellik sağlar. Bunlar; vazodilatör, bakteriyostatik, analjezik, antienflamatuar ve antikoagülan etkili maddelerdir ve mikro sirkülasyonla ilgili problemleri düzeltmek, organ ve dokuların kan akışını düzenleyip hipoksiyi azaltmak, ağrıyı azaltmak ve immüniteyi güçlendirme gibi etkileri vardır (37). Günümüzde hirudoterapi venöz akımın azaldığı flep uygulamaları vb. rekonstrüktif cerrahi işlemlerde, ateroskleroz, varis, hematoma, tromboz, diyabette vasküler hasarlarda, glaukoma olmak üzere cerrahi, oftalmoloji, travmatoloji alanlarında kullanılmaktadır. Rusya, Amerika, Almanya, Fransa gibi gelişmiş ülkelerde tedaviye yardımcı olarak hirudoterapi kullanılmaktadır (20,21).

Tablo-4: Sülük Uygulamasının Kullanıldığı Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve klinik durumlar
Osteoartrit gibi eklem harabiyeti oluşmuş eklem hastalıkları
Uyluk, bacak varis hastalıklarında ağrıyı azaltmada
Tenisçi dirseği vb. hallerde ağrı kontrolünde
Flep cerrahisini takiben, replantasyonu takiben olan venöz yetmezlikler

Tablo-4'te sülük uygulamasının kullanıldığı hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre osteoartrit gibi eklem harabiyeti oluşmuş eklem hastalıkları, uyluk, bacak varis hastalıklarında ağrıyı azaltmada, flep cerrahisini takiben, replantasyonu takiben olan venöz yetmezlikler gibi durumlarda sülük uygulaması yapılabilmektedir (7,20).

2.4.6. Homeopati

Benzeri benzerle tedavi etme (benzerler yasası) ilkesine dayanan tıbbi bir sistemdir. Yüksek dozlarda verildiğinde bazı semptomlara neden olan bir maddenin, çok düşük dozlarda kısa sürede verilince aynı semptomları iyileştirdiğine inanılmaktadır. Homeopati uygulamasında her kişinin durumu özenle analiz edilerek ihtiyacı olduğu tespit edilen duruma özel ilaçlar uygulanır. Kronikleşmiş rahatsızlıklar, kanserler, fiziksel travmalarda destek amaçlı kullanımı vardır. Homeopati, vücudun enerji akışını yeniden sağlamayı amaçlar; kimya veya fizyoloji ilkelerine dayanmaz. Homeopatide kullanılan ilaçlar, bitki özleri ve mineraller gibi doğal olarak oluşan

maddelerden elde edilir. Homeopatik ilaç ne kadar seyreltilirse, o kadar güçlü olduğu kabul edilir (7,22).

Tablo-5: Homeopati Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik Durumlar	
İmmün sistemin kuvvetlendirilmesi	Doğum sancısını azaltma
Kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji, spastik kolon	Radyoterapi ve kemoterapide oluşan kusma, ağrı, gerginlik ve radyasyona bağlı dermatitin azaltılmasında.
Romatizmal patolojilere bağlı eklem iltihabı, kronik ağrı, ağız kuruluğu hallerinde	Çocuk hastada operasyon öncesi ve sonrası destek için
Hiperaktivite bozukluğu ve dikkat eksikliği	Travmalarda iyileşmeyi hızlandırma
Gerilim tipi ve migren gibi non-organik baş ağrıları, diş ağrıları	Sinir kökü zedelenmeleri
Adet öncesi disfori, sancılı adet görme	Bağımlılık tedavisinde destekleyici.
Kas- eklem, kemiğin hareketle ağrısı	Ameliyat sonrası ağrı, ajitasyon, şişlik, yara iyileşmesi, şikayetlerin azaltılmasında.
Non-organik uykusuzluk	Üriner sistem taş ağrısı
Egzema, alerjik astım, alerjik rinit	Anksiyete
Üsye semptomlarında	Varis gelişmiş venlerin postoperatif hematomu ve ağrının giderilmesi amaçlı.
Kemoterapide olabilen kusma, ağız yaraları, ağız kuruluğunda	Gastro-özofageal reflü ve gastrite bağlı mide ağrı ve yanmasında, kusma, diyare gibi olaylarda

Tablo-5’te homeopati uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre immün sistemin kuvvetlendirilmesi, adet öncesi disfori, sancılı adet görme, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, üsye semptomları, kas- eklem, kemiğin hareketle ağrısı, kemoterapide olabilen kusma, ağız yaraları, ağız kuruluğu, sinir kökü zedelenmeleri, travmalarda iyileşmeyi hızlandırma, doğum sancısını azaltma gibi durumlarda homeopati uygulanabilmektedir (7, 22).

2.4.7. Kayropratik Uygulaması

Manipülatif ve vücut temelli bir uygulama olan kayropraksi, omurganın yapısı ile diğer eklemlerli yüzeyler arasındaki ilişkinin ve bunların sinir sistemi ile etkileşiminin, sağlığı koruma veya geri kazanmada yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu ilişkiyi düzeltmenin esas yolu, omurganın,

diğer eklemlerin ve yumuşak dokuların manipölasyonudur. Kayropraktörler fiziksel terapiler, masaj veya akupresür sağlayabilir ve egzersizler, ergonomik önlemler önerebilir. Yaşam enerjisinin akışını yeniden sağlamak amacıyla omurlardaki varsayılan yanlış hizalanmaları düzeltmek için manipölasyon kullanma mantığıyla çalışır. Kanıta dayalı olarak kullanımı kas-iskelet sistemi özellikle bel ağrısıyla sınırlıdır. Kayropraktik, baş ağrısı, özellikle migren tedavisinde bazen yararlıdır. Ayrıca boyun ağrısını tedavi etmek için de kullanılmıştır. Osteoporoz, nöropati, önceki omurga cerrahisi, inme, kan damarı bozuklukları durumlarında kayropraksi yapılmamalıdır (23,24).

Tablo-6: Kayropraktik Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalık ve Klinik Durumlar	
Spordan veya iş kaynaklı kas-iskelet zedelenmeleri	Diz, omuz, çene eklemi, femoroasetabular eklem fonksiyon bozuklukları
Bazı sinir kökü tahrişleri	İleri yaş popülasyonun osteoartrit vb. problemleri
Çekme veya itme hareketinin ani yapılmasıyla olan zorlamaya bağlı ağrılar.	Bel omurilik kanal darlığında erken koruyucu tedavi.
Servikal alan kökenli baş ağrısı, sırt ve boyun ağrılar, duruşla alakalı skolyoz	Disk fitıklarının ilk dönem koruyucu tedavisi, lökomotor(hareket) sistemi problemleri.
Ani ya da uzun süreli yumuşak doku yaralanmaları	İşlev bozukluğu olan faset eklem sorunları.

Tablo-6’da kayropraktik uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre spordan veya iş kaynaklı kas-iskelet zedelenmeleri, bazı sinir kökü tahrişleri, çekme veya itme hareketinin ani yapılmasıyla olan zorlamaya bağlı ağrılar, servikal alan kökenli baş ağrısı, sırt ve boyun ağrılar, duruşla alakalı skolyoz, ani ya da uzun süreli yumuşak doku yaralanmaları gibi durumlarda kayropraktik uygulamaları yapılabilmektedir (7, 23).

2.4.8. Kupa Uygulaması

Yaş ve kuru kupa uygulaması şeklinde kullanılır. Kuru kupa; dolaşımı arttırmak için belirli bölgelerin vakumlanması ile yapılır. Lokal vakuma ek olarak yüzeysel deri kesikleri yapılarak kanın dışarı çıkarıldığı yöntem ise yaş kupa (Hacamat) olarak adlandırılır. Bu uygulamayı sertifikalı sağlık personeli yapabilir. Bazı araştırmacılar, ıslak kupa uygulamasının fazla sıvıları boşalttığını, deriye ve

kaslara kan akışını arttırıp periferik sinirleri, hormonları, dolaşım ve bağışıklık sistemlerini uyardığını belirtmektedir (25).

Belirgin anemisi olanlarda, cerrahi ve aktif yarası olanlarda, hemofili ve tromboflebit varlığında ve antiagregan kullananlarda, ileri derecede kalp yetmezliği olanlarda ve doğrudan varislerin üzerine uygulanamaz (7).

Tablo-7: Kupa Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik durumlar	
Romatolojik hastalıklarda geçmeyen ağrı, eklem hareket azlığı, sabah tutukluğu, yorgunluk vb.	Lökomotor(hareket) sistem ağrıları, diz ağrısı, fibromiyalji, nevraljiler
Mide-bağırsak problemlerindeki kusma, kabızlık.	Migren vb. baş ağrıları, organik sebepsiz uyku problemi
Organik patoloji tespit edilmemiş hastalarda bağışıklık sistemini kuvvetlendirme	Felç geçirmeye bağlı yorgunluk, hıçkırık, konuşma bozukluğu

Tablo-7’de kupa uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlara yer verilmiştir. Buna göre romatolojik hastalıklarda geçmeyen ağrı, eklem hareket azlığı, sabah tutukluğu, yorgunluk, patoloji tespit edilmemiş hastalarda bağışıklık sistemini kuvvetlendirme, felç geçirmeye bağlı yorgunluk, hıçkırık, konuşma bozukluğu, baş ağrıları, organik sebepsiz uyku problemi gibi durumlarda kupa uygulamaları yapılabilmektedir (7, 25).

2.4.9. Larva Uygulaması (Maggot Debridman Tedavisi)

Nekrotik, kabuklu ve/veya enfekte olmuş dokuyu çıkarmak için yaraya yeşil şişe sineği kurtçuklarının yerleştirilmesi uygulamasıdır. Ölü dokuları ve ölü dokudaki bakterileri ortadan kaldırarak çoğu durumda yaranın durumunu iyileştirdiği belirtiliyor. Yara tedavisinde kullanılan kurtçuklar sağlıklı dokuya saldırır veya sağlıklı dokuya gömülmezler, sadece ölü dokuyu çıkarırlar. Kurtçuklarla ilgili klinik deneylerde, yaraları geleneksel pansumanlara göre çok daha kısa sürede temizleyebildiklerini ve iyileşme sürelerini hızlandırabileceğini göstermiştir (26). Alerjisi, kanama bozukluğu, bazı fistüller ve kanamalı apse olması durumlarında bu yöntem kullanılmamalıdır (7).

Tablo-8: Larva Uygulaması Yapılabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik Durumlar
Diyabetik ayak yarası.
Dekübit yarası
Venöz tıkanma yaraları
Arter iskemik ülserleri
Osteomyelit
Non-diyabetik nöropatik ayak yaraları
Travmaya bağlı geçmeyen yaralar
Ameliyat sonrası yaralar
Nekrotizan fasiit

Tablo-8’de larva uygulaması yapılabilecek hastalıklar ve klinik durumlara yer verilmiştir. Buna göre diyabetik ayak yarası, dekübit yarası, venöz tıkanma yaraları, arter iskemik ülserleri, osteomyelit, non-diyabetik nöropatik ayak yaraları, travmaya bağlı geçmeyen yaralar, ameliyat sonrası yaralar, nekrotizan fasiit gibi durumlarda larva uygulamaları yapılabilmektedir (7, 26).

2.4.10. Mezoterapi

Mezoderm orijinli organ hastalıklarını iyileştirmeyi hedefleyen farmakolojik veya bitkisel ilaçların bölgesel, minimal dozlarda, özel iğneler ve yöntemlerle cilt içine doğal bitki ekstraktları, homeopatik ilaçlar, vitaminler ve mineral enjeksiyon uygulanmasıdır. İlacın cilt içine iğne kullanmadan, elektroporasyon ile verilmesi iğnesiz mezoterapidir (7,10).

Kullanılan ilaçlar genelde bitki veya mineraldir (10,27). Endikasyon mevcutsa, uygulama yapılacak bölge genişliği ve durumuna göre uygulamaya karar verilmektedir. Mezoterapi 4,6,8,13 mm’lik ve 27,30,32 G’lik iğne uçları ve 5-10 cc’lik enjektörlerle ya da yarı otomatik/otomatik mezoterapi tabancaları ile yapılır (10). Akut enfeksiyonlarda, derin ven trombozu, değişken kan basıncı, miyokard enfarktüsü, senkop sonrası epizot, açık yaralar, ileri evre kalp yetersizliği, diyabet varlığında, antikoagülan tedavi alan hastalarda, böbrek yetmezliğinde, ilaçlara karşı çok hassasiyeti bulunan kişilerde ve gebelikte uygulanamaz (7).

Tablo-9: Mezoterapi Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik Durumlar
Eklem zedelenmesinde olan hareket azlığı, ağrı, sertlik ve şişmeler
Akut romatizmalar, eklem inflamasyonu, romatoid çoklu-artritler gibi eklem hastalıkları
Bağ dokusundaki patoloji nedenli kızarıklık, ağrı ve hareket kısıtlanması
Mikro-dolaşım sorunları, jinekolojik damar problemleri
Akut ve kronik yumuşak doku zedelenmelerindeki ağrı, kızarıklık ve hareket kısıtlılığı,
Serebral palsy, pleji gibi durumlarda rehabilitasyon için
Miyofasiyal ağrı sendromu, migren, trigeminal ve serviko-brakial sinir ağrısı.
Mikro dolaşımdaki problemlere bağlı ödemlerde destekleyici.
Spazmlara bağlı ağrılarda
Spor yaralanmalarında yumuşak doku hasarı
Keloid, alopesi, akne gibi dermatolojik problemler
Bağışıklık sistemini güçlendirme

Tablo-9’da mezoterapi uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlara yer verilmiştir. Buna göre hareket azlığı, ağrı, sertlik ve şişmeler, eklem inflamasyonu, romatoid çoklu-artritler gibi eklem hastalıkları, patoloji nedenli kızarıklık, ağrı ve hareket kısıtlanması, spazmlara bağlı ağrılar, keloid, alopesi, akne gibi dermatolojik problemler ve bağışıklık sistemini güçlendirme gibi durumlarda mezoterapi uygulanabilmektedir (7, 70).

2.4.11. Proloterapi

Proloterapi, kas-iskelet ağrısında enjeksiyon uygulanan tamamlayıcı ve alternatif tıbbi bir tedavidir. Ağrılı bağ ve tendon bağlanma yerleri üzerindeki bölgelere ve bitişik eklem boşluğuna nispeten küçük bir tahriş edici veya sklerozan solüsyonun enjekte edilmesidir. Proloterapi, klasik tedavilere dirençli, çeşitli ağrılı kronik hareket sistemi rahatsızlıklarının tedavisi uygulamasıdır. 2-3 ay süresince 2-6 haftada bir yapılan birkaç enjeksiyon uygulanır. Bazı çalışmalarda proloterapiye iyi yanıt veren durumlar arasında tenisçi dirseği, aşıl tendinopatisi ve tendonları içeren diğer aşırı kullanım yaralanmaları bulunur. Proloterapinin diz osteoartriti ve bel ağrısı için de etkili olduğu yönünde çalışmalar olmakla birlikte bu çalışmalar daha az kesindir (28).

Tablo-10: Proloterapi Uygulanabilen Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve klinik durumlar
Kas kirişi zedelenmeleri, iltihaplı eklem patolojileri
Eklemdaki bağ doku zayıflığı kaynaklı ağrı, ödem
Yineleyen baş, bel ve boyun ağrıları
Omurga ve kaburgalardaki yumuşak doku ağrıları.
Migren
Topuk diken, bağ ve kas yaralanmasında oluşan yırtıklar

Tablo-10’da proloterapi uygulanabilen hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre kas kirişi zedelenmeleri ve aşırı kullanmaya bağlı zedelenme, iltihaplı eklem patolojileri, yineleyen baş, bel ve boyun ağrıları, migren, topuk diken, bağ ve kas yaralanmasında oluşan yırtıklar gibi durumlarda proloterapi kullanılabilmektedir (7, 28). Ancak, mental retardasyon, hemofili gibi kanama bozuklukları, DVT, antikoagülan kullanma, instabil hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, epilepsi, açık yaralar, kalp yetmezliğinin son evreleri, diabetes mellitus, gibi durumlarda uygulanamaz (7).

2.4.12. Osteopati

Osteopati, kasları ve eklemleri masaj, hareket ya da germe yoluyla hastanın problemini bulma, engelleme ve tedavi metodudur. Osteopati, bir bireyin refahının kemiklerine, kaslarına, bağlarına ve bağ dokusunun koordine ve düzenli çalışmasına bağlılığını esas alır. Osteopatlar, fiziksel manipülasyon, germe ve masaj kullanır: eklem hareketliliğini arttırmak, kas gerginliğini gidermek, ağrıyı azaltmak, dokulara kan akışını arttırmak gibi amaçlarla vücudun iyileşmesine yardımcı olmaya çalışılır. Bir dizi teknik kullanırlar, ancak ilaç veya ameliyat kullanmazlar (29).

Tablo-11: Osteopati Yapılabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar (7,29)

Hastalıklar ve klinik durumlar
Kemik-kas ve eklemlerde oluşan ağrılar ve işlevsel sorunlar
Brakial sinir ağrısı, siyatalji, diske bağlı ağrılar, migren vb. baş ağrıları.
Hamilelik ağrıları
Serebral palsy gibi nöromüsküler problemler, hormonal denge bozukluklarında destekleyici amaçlı
Ayaktan ameliyat sonrası rehabilitasyon.
Psikosomatik sendromlar, depresyon., uyku sorunları

Tablo-11’de osteopati yapılabilecek hastalıklar ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre kemik-kas ve eklemlerde oluşan ağrılar ve işlevsel sorunlar, ayaktan ameliyat sonrası rehabilitasyon, hamilelik ağrıları, psikosomatik sendromlar, depresyon., uyku sorunları gibi durumlarda osteopati yapılabilmektedir.

2.4.13. Ozon Uygulaması

Bölgesel veya sistemik ozon-oksijen karışımı uygulamasıdır. Belirli miktarlarda kanın steril şekilde vücut dışında tıbbi ozon gazı ile karıştırılarak vücuda tekrar verilme işlemleri olan majör ve minör otohemoterapi şeklinde veya vajinal ve rektal yolla uygulamaları vardır. Bakteri, virüs, mantar, maya ve protozoaların inaktivasyonu, oksijen metabolizmasının uyarılması, immünitinin aktivasyonu ile etki eder (30).

Ozonun gaz halinde intravenöz enjeksiyonu hava embolisi yaparak ölümle sonuçlanabileceğinden bu şekilde uygulanmaz. G6PD eksikliği, Basedow Graves tipi kontrolsüz hipertiroidi, şiddetli kanama, malign hipertansiyon, şiddetli trombositopeni ($<50000/\text{mm}^3$) varsa ozon tedavisi yapılmamalıdır (7,30).

Tablo-12: Ozon Uygulaması Yapılabilecek Hastalık ve Klinik Durumlar

Hastalık ve Klinik Durumlar
Omurga ve disk hastalıklarındaki yansıyan ağrı, omurga disk hastalıkları
Enfekte diyabetik yaralar
Fibromyalji, eklem ve ligaman zedelenmesi
Kanlanma ihtimali bulunmayan iskemi gelişmiş ekstremitelerdeki yaralar
Uzmanca yönlendirilen diyabetik yaralar, nöropatik ağrı
Diş eti, damak iltihapları vb. durumlar

Tablo-12’de ozon uygulaması yapılabilecek hastalar ve klinik durumların omurga ve disk hastalıkları, enfekte diyabetik yaralar, eklem ve ligaman zedelenmesi, diş eti iltihapları gibi durumlarda kullanılabileceği belirtilmiştir (7, 30).

2.4.14. Refleksoloji

Manipülatif ve vücut temelli bir uygulamadır. Avuç içi veya ayağın belirli bölgelerine uygulanan manuel baskıya dayanan bir masaj terapisi çeşididir; bu alanların meridyenler aracılığıyla farklı organlara veya vücut sistemlerine karşılık geldiğine inanılmaktadır. Bu alanların uyarılmasının, ilgili vücut bölümündeki ağrı veya semptomlardan sorumlu enerji blokajını ortadan kaldırdığına inanılır.

Refleksoloji, homunculus temelli bir terapi olarak kabul edilir, çünkü tüm vücudun ayakların altında veya avuç içi yüzeyinde temsil edildiğini varsayar (31).

Tablo-13: Refleksoloji Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve klinik durumlar
Organik bir patoloji bulunmayan kişilerde bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, anksiyete durumları, panik atak tedavisinde destekleyici
Sindirim rahatsızlığına ait bulantı, kusma, kabızlık olayları, spastik kolon hastalığı
Kısmi felç, beyin felci, multipl skleroz gibi rahatsızlıklarda rehabilitasyona destek
Yapısal sebep bulunamamış baş ağrıları, stres, malignite vb. hallerde kusma, ağrı semptomlarını azaltma
Astımda duygusal gerginliği hafifletip destek amaçlı, doğum sancılarının azaltılması
Yapısal olmayan uyku bozuklukları
Aşırı aktif mesane durumuna bağlı idrar inkontinansında yardımcı olarak
İskelet-kas ağrıları

Tablo-13'te refleksoloji uygulanabilecek hastalıklar ve klinik durumlara yer verilmiştir. Organik bir patoloji bulunmayan kişilerde bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, anksiyete durumları, sindirim rahatsızlığına ait bulantı, kusma, kabızlık olayları, spastik kolon hastalığı, kısmi felç, beyin felci, multipl skleroz gibi rahatsızlıklarda, yapısal sebep bulunamamış baş ağrıları, stres, malignite vb. hallerde kusma, ağrı semptomlarını azaltma, astımda duygusal gerginliği hafifletip destek amaçlı, doğum sancılarının azaltılması gibi durumlarda kullanılabilir (7, 31).

2.4.15. Müzik Terapi

Müzik terapisi, müzik aracılığıyla, konunun uzmanı bir profesyonel tarafından psikolojik ve sosyal gereksinimlerin giderilmesi amacıyla yüzyıllardır birçok medeniyette kullanılan yöntemdir. Müzik terapinin ameliyat anksiyetesini azaltmada, nörolojik hastalıklarda, kalp hastalıklarında, genel beyin fonksiyonlarında, psikolojik rahatsızlıklarda faydalı olduğuna dair çalışmalar vardır (7,13).

Tablo-14: Müzik terapi Uygulanabilecek Hastalıklar ve Klinik Durumlar

Hastalıklar ve Klinik Durumlar
Stres, anksiyete ve kişilik problemleri
Yoğun Bakımda ağrı ve kaygıyı hafifletmek için
Yanığın tedavisindeki ağrı ve huzursuzluğu azaltmak için
Doğum esnasında sancı ve duygusal gerginliği azaltmak için
Ameliyat öncesi anksiyete ve ameliyattan sonraki ağrının azaltılması
Mental retardasyonda öğrenmeyi kolaylaştırmak ve çevreyle iletişimi artırmak için
MS, Parkinson gibi durumlarda rehabilitasyonda
Kanser hastalarında ağrı, kusma, stres ve ilaç advers etkilerini azaltma amaçlı
Otizmlilerde dikkati ve çevre farkındalığını artırmak için, öğrenmeyi kolaylaştırma amaçlı
Akut ve kronik ağrıda
Felçli insanların rehabilitasyonunda yardımcı olarak

Tablo-14'te müzik terapi uygulanabilecek hastalık ve klinik durumlar verilmiştir. Buna göre stres, anksiyete, ağrı ve huzursuzluk azaltmada, ameliyat öncesi ve sonrasında, yoğun bakımda, akut ve kronik ağrı durumlarında ve ilaç advers etkilerini azaltma amaçlı müzik terapi verilebilmektedir (7, 13).

2.5. Hipertansiyon

2.5.1. Hipertansiyonun Önemi

Hipertansiyon %25-35 oranlarında görülme sıklığı ile her yıl on milyonun üzerinde can kaybına yol açmaktadır (11). Ülkemizde şimdiye kadar yapılan 18 yaş üstü çalışmalarda prevalansın ortalama %30 civarında olduğu, yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Hipertansiyon yaygınlığı

kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yürütülen PatenT çalışmaları hastaların hipertansiyonla ilgili farkındalıklarında gelişmeler olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hala ülkemizde hipertansif olup hastalığını bilmeyen ve yeterince tedavi edilmeyen hipertansiyon hastalarının sayısı oldukça yüksektir. Hipertansiyonun tedavi edilme oranları yıllar içinde artsa da ülkemizde hipertansiyonu olan bireylerin yarısında kan basıncı kontrolü sağlanabildiği bildirilmiştir (14).

Yapılan çalışmalar hipertansiyonun, kardiyο-serebrovasküler hastalıkları, renal sorunları, organlarda fonksiyon kaybını ve erken ölüm riskini artırdığını göstermektedir. Hipertansiyon konusunda insanların bilinçlenmesi, hekimlerin sağlıklı yaşama dair önerileri ile bireylerin yaşam tarzını iyileştirmesi, hipertansiyonun erken tanınması ve etkin şekilde tedavisi hipertansiyon tedavisinde başarı oranlarını yükselterek ölüm oranlarını düşürebilir (15).

2.5.2. Hipertansiyonun Tanımı

Kılavuzlara göre, klinikteki sistolik kan basıncının ≥ 140 mm Hg olduğu durumlarda tekrarlanan muayenelerde diyastolik kan basıncı ≥ 90 mm Hg ise hipertansiyon tanısı konulabilir. Yüksek-normal KB, yaşam tarzı düzenlemelerinden fayda görebilecek ve gerekli endikasyonlarda ilaç tedavisi alacak olan SKB= 130-139, DKB=85-89 mmHg olan tansiyon değerleridir (11).

Tablo-15: Hipertansiyon Sınıflandırması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	Ve	<80
Yüksek-normal	130-139	Ve/veya	85-89
Hipertansiyon	≥ 140	Ve/veya	≥ 90
Evre 1	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2	≥ 160	Ve/veya	≥ 100

İzole sistolik hipertansiyon; özellikle yaşlılarda yaygın görülmekle birlikte genç yaş grubunda da rastlanabilen SKB (≥ 140 mm Hg) yüksekliği ve DKB (<90 mm Hg) düşüklüğü ile farkedilen esansiyel hipertansiyon şeklidir (32).

2.5.2.1. Primer Hipertansiyon

Hipertansiyon hastalarının ortalama %80-90'ında primer (esansiyel) hipertansiyon. Dolayısıyla nedeni tespit edilememiş, başka bir hastalığa bağlı gelişmemiş, arteriyel kan basıncında süregelen bir artış vardır (11,15).

2.5.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Yüksek tansiyonlu hastaların %10-20'sinde ise temelinde yatan bir patoloji nedenli hipertansiyon vardır. Sekonder hipertansiyon, ani meydana gelebilir ve primer hipertansiyondan daha yüksek değerlere çıkabilir.

İkincil hipertansiyona sebep olabilen durumlar:

- Böbrek hastalığı
- Adrenal gland malignitesi
- Tiroid problemleri
- Konjenital damar problemleri
- Obstrüktif uyku apnesi
- Oral kontraseptifler, reçetesiz satılan ağrı kesiciler, grip-nezle ilaçları ve reçetelenmiş bazı ilaçlar
- Kokain, amfetamin
- 20 yaş altında, 50 yaştan sonra başlamış yüksek tansiyonda, ailede ikincil hipertansiyon olanlarda, hızlı başlangıçlı ve şiddeti yüksek hipertansiyonda ($>180/110$ mmHg), ilaç tedavisi ile yeterince düşüş sağlanamayan durumlarda, son zamanlarda kontrol edilemeyen hipertansiyonda, end organ hasarı varsa ve hikâye, fizik muayene ile tetkiklerinde hipertansiyon yapabilecek bir hastalığa ait semptomları olanlarda, sekonder hipertansiyon sebepleri incelenmelidir.

Hipertansiyon klavuzlarına göre hipertansiyon tanısını doğrulamak için hastanın ölçülen kan basıncı değerlerine göre genellikle bir-dört haftalık aralıklarla iki üç kez görülmesi önerilir. Hastada kardiyovasküler hastalık düşündüren bulgular varsa ve tansiyon değeri $\geq 180/110$ mm Hg ölçülmüş ise tanı tek bir ziyarette konulabilir. Evre 1 ve evre 2 yüksek tansiyon hastalarına uygun medikal tedavi verilmelidir (11,15).

2.5.3. Hipertansiyon Teşhisi – Ofis Tansiyon Ölçümü

İlk değerlendirme: Eş zamanlı çift koldan KB yi ölçülür. Tekrarlanan ölçümlerde >10 mm Hg kollar arasında tutarlı bir fark varsa, KB si daha yüksek olan kolu kullanın. Fark >20 mm Hg ise daha fazla araştırma düşünülmeli.

Ayakta kan basıncı: Tedavi edilen hipertansiflerde 1 dakika sonra ve postural hipotansiyonu düşündüren semptomlar olduğunda ve yaşlılarda ve diyabetli kişilerde ilk ziyarette 3 dakika sonra tekrar ölçülmelidir.

Ofis dışında da KB ölçümü hipertansiyonun doğru teşhisi ve ilaç tedavisi vermek için gereklidir. Yüksek normal KB veya evre 1 hipertansiyon (sistolik 130–159 mm Hg ve/veya diyastolik 85–99 mm Hg) olarak sınıflandırılan ofis KB olan tedavi edilmemiş veya tedavi edilmiş kişilerde KB seviyesinin evde veya ayaktan KB izleme kullanılarak doğrulanması gerekir (11).

2.5.3.1. Beyaz Önlük ve Maskeli Hipertansiyon

2.5.3.1.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Ofis (hastane vb. yerler)’te tansiyonu yüksek olan hastaların tansiyonlarının evde ve ayaktan kan basıncı izlemede normal (<130/80) olduğu durumu gösterir. Eğer ofis dışı kan basıncı normal ve yüksek ofis KB’na rağmen end organ zedelenmemişse, sadece tıbbi ortama bağlı, hastada kan basıncı ölçümüne geçici adrenerejik yanıtla meydana gelen “beyaz önlük” hipertansiyonu vardır. Evre 1 hipertansiyon hastalarının ¼ ünde, evre 2 hipertansiyonda %10 oranında hastane ölçümlerinde beyaz önlük HT’na rastlanır. Beyaz önlük hipertansiyonu, toplam kardiyovasküler hastalık riski düşükse iyi huyludur. Fakat bazı çalışmalar beyaz önlük HT’lu bireylerin KB normal olanlara göre daha çok organ hasarı, metabolik bozukluk durumlarıyla karşılaştığı bulunmuş. Yine yapılan çalışmalarda bu hastalarda yaşam tarzı düzenlemeleri (YTD) ve medikal tedavi ile kan basıncı kontrolünün kardiyovasküler vakaları düşürmede etkin olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak Beyaz önlük hipertansiyonunda ek KVH riski mevcutsa YTD ne ek medikal tedavi tavsiye edilirken, ek risk yoksa YTD’nin yeterli olduğu ve hastanın belli aralıklarla izlenmesi tavsiye edilmektedir (11).

Hastane KB değerlerinde hipertansif olduğu belirlenen bireylerde beyaz önlük hipertansiyonu olup olmadığını söyleyebilmek kolay değildir; fakat, kadın hastalarda grade 1 hipertansiyon varsa, yaşlı hastalarda, sigara kullanmayanlarda, yeni tanı hipertansiyonda ve hastane

KB ölçümü az sayıda yapılmışsa beyaz önlük HT daha çoktur. 1 günlük ortalama ve sabah KB ölçümleri normal değerlerdeyken, minimum üç hastane KB değerlendirmesinde KB $\geq 140/90$ mmHg ise, beyaz önlük HT teşhisi konulabilir. Ev ortamında da en azından birkaç KB ölçümünün ortalamasına bakılarak da bu teşhise varılabilir (11,33).

2.5.3.1.2. Maskeli Hipertansiyon

Maskeli hipertansiyon, klinikte normal kan basıncı (KB) ($<140/90$ mmHg), ancak klinik dışında yüksek bir kan basıncı (ayaktan gündüz KB veya evde KB $>135/85$ mmHg) olarak tanımlanır. Popülasyonun %10'unda görülebilir ve rutin muayenelerle teşhis konulamadığından önemlidir. Artmış end organ hasarı ve kardiyovasküler olaylar açısından kötü prognoz belirteçidir. Maskeli hipertansiyon tabiri daha çok tedavi almayan yüksek tansiyon hastaları için kullanılmalıdır. Fakat tedavi alanlarda da KB'nın hastane ölçümünde normal, rutin durumlarda ve ölçümlerde ise daha fazla çıkabileceği unutulmamalıdır (11,33).

Tablo-16: Maskeli Hipertansiyon ve Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Hipertansiyon Türü	Ölçümler
Beyaz önlük (veya izole ofis) hipertansiyonu	Ofis KB $>140/90$ mmHg ve 24 saatlik ayaktan ölçüm KB ölçümü $<130/80$ mmHg ve uyanık ayakta KB ölçümü $<135/85$ mmHg ve uyku KB $<120/70$ mmHg olan tedavi edilmemiş hastalar veya evde KB $<135/85$ mmHg
Maskeli hipertansiyon	Ofis KB $<140/90$ mmHg ve 24 saatlik ayaktan ölçüm KB ölçümü $>130/80$ mmHg ve/veya uyanık ayakta KB ölçümü $<135/85$ mmHg ve/veya uyku AKB $<120/70$ mmHg veya evde KB $<135/85$ mmHg olan tedavi edilmeyen kişiler
Maskeli kontrolsüz hipertansiyon	Ofis KB $<140/90$ mmHg ve 24 saatlik ayaktan ölçüm KB ölçümü $<130/80$ mmHg ve/veya uyanık ayakta KB ölçümü $>135/85$ mmHg ve/veya uyku AKB $>120/70$ mmHg veya evde KB $>135/85$ mmHg olan tedavi gören kişiler

Tablo-16'da beyaz önlük (veya izole ofis) hipertansiyonu, maskeli hipertansiyon ve maskeli kontrolsüz hipertansiyon türlerinin ölçümleri verilmiştir (33).

2.5.4. Teşhis / Klinik Testler

Hipertansiyon hastaları genelde semptomsuz olsa da en sık baş ağrısı vardır, fakat araştırma gerektiren sekonder hipertansiyon veya hipertansif komplikasyonları gösterebilen semptomlar da olabilir. Ofiste hipertansiyon tanısı için ortalama 140/90 mm Hg, ancak ev için 135/85 mm Hg ve 24 saatlik ayaktan izleme için 130/80 mmHg eşik değeri kullanılır.

Anamnez dikkatli alınmalıdır. Tıbbi öyküde incelenenler:

Kan basıncı: Yeni başlayan hipertansiyon, süre, önceki KB seviyeleri, mevcut ve önceki antihipertansif ilaçlar, KB'nı etkileyebilecek diğer ilaçlar/reçetesiz satılan ilaçlar, antihipertansif ilaçların intoleransı (yan etkileri), antihipertansif tedaviye uyum ve ilaçları düzenli kullanma, önceki oral kontraseptifler veya hamilelik ile hipertansiyon.

Risk faktörleri: Kardiyovasküler hastalık hikayesi (ailede hipertansiyon öyküsü, kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, inme), diabetes mellitus, dislipidemi, kronik böbrek hastalığı (KBH), alkol, sedanter yaşam, sigara, psikososyal faktörlerdir.

Genel kardiyovasküler risk değerlendirmesi: Kılavuzlardaki yönergeler/öneriler doğrultusunda yapılmaktadır.

Hipertansiyon/birlikte var olan hastalıkların semptom/belirtileri: Göğüs ağrısı, dispne, taşikardi, kladikasyon, periferik ödem, baş ağrıları, bulanık görme, noktüri, hematüri, baş dönmesi.

Sekonder hipertansiyonu düşündüren semptomlar: Kas güçsüzlüğü/tetani, kramplar, aritmiler (hipokalemi/primer aldosteronizm), flaş pulmoner ödem (renal arter stenozu), terleme, çarpıntı, sık baş ağrısı (feokromositoma), horlama, tıkalıcı uyku apnesi, tiroid hastalığı semptomları (11,15).

2.5.4.1. Fizik Muayene

Detaylı fizik muayene, hipertansiyon tanısının doğrulanmasına ve HAOH ve/veya sekonder hipertansiyonun tanımlanmasına yardımcı olabilir ve şunları içermelidir.

Dolaşım ve kalp: Nabız hızı/ritim/karakter, juguler venöz nabız/basınç, apeks atımı, ekstra kalp sesleri, bazal raller, periferik ödem, radyo-femoral gecikme değerlendirilebilir.

Diğer organlar/sistemler: Büyümüş böbrekler, boyun çevresi >40 cm (obstrüktif uyku apnesi), büyümüş tiroid, artmış vücut kitle indeksi (BMI) /bel çevresi, yağ birikintileri ve renkli çizgiler (Cushing hastalığı/sendromu) görülebilir (15).

2.5.4.2. Laboratuvar İncelemeleri ve EKG

Kan tetkikleri: Serum potasyum, sodyum, kreatinini ve glomerüler filtrasyon hızı, lipit profili ve açlık kan şekeri

İdrar tetkiki: Dipstick idrar testi

12 derivasyonlu EKG: Sol ventrikül hipertrofisi, atriyal fibrilasyon, iskemik kalp hastalığı tespiti

2.5.4.3. Ek Tanı Testleri

HAOH (Hipertansiyona bağlı uç organ hasarı), eşlik eden hastalıklar ve/veya sekonder hipertansiyon şüphesini değerlendirmek ve doğrulamak için endike olduğunda ek araştırmalar yapılabilir (34).

2.5.4.4. Görüntüleme Teknikleri

Ekokardiyografi, karotis doppler, böbrekler / renal arter ve adrenal görüntüleme, renal anjiyografi, fundoskopi, beyin bt/mr gibi görüntülemeler gerekebilir (14).

2.5.4.5. Fonksiyonel Testler ve Ek Laboratuvar Araştırmaları

Ayak bileği-kol indeksi: Periferik (alt ekstremité) arter hastalığı

Sekonder hipertansiyon için ek testler: Aldosteron-renin oranı, serbest plazma metanefrinleri, gece geç saatlerde tükürük kortizol veya kortizol fazlalığı için diğer tarama testleri, idrar albumin/kreatinin oranı, serum ürik asit seviyesi, karaciğer fonksiyon testleri de sekonder HT tanısında kullanılabilir (15).

2.5.4.6. Kardiyovasküler Risk Faktörleri

Hipertansif hastaların %50'sinden fazlasında ek kardiyovasküler risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri diyabet, dislipidemi, obezite, hiperürisemi ve ayrıca sağlıksız alışkanlıklardır (alkol, sigara, sedanter hayat). Bir veya daha fazla ek kardiyovasküler risk faktörünün varlığı, hipertansif hastalarda koroner, serebrovasküler ve renal hastalık riskini orantılı olarak artırır. Hipertansif hastalarda, özellikle ailede KVH öyküsü varsa, ek risk faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir (11).

2.5.4.7. Diğer Risk Faktörleri

65 yaş üstü olma, erkek cinsiyet, kalp hızı (>80 atım/dk), artmış vücut ağırlığı, diyabet, yüksek LDL /trigliserit seviyeleri, ailede KVH ve hipertansiyon öyküsü, erken menopoz, sigara içme, psikososyal veya sosyoekonomik faktörlerdir.

Ürik asit artışı hipertansiyonu olan hastalarda yaygındır ve diyet, ilaçlar veya ürat düşürücü ilaçlar ile tedavi edilmelidir. Etkili bir KB kontrolünün olmayan hipertansiyon ve kronik iltihabi hastalıklar, KOAH, psikiyatrik bozuklukları olan hastalarda kardiyovasküler riskte bir artış düşünülmelidir (11,14).

2.5.5. Hipertansiyon Aracılı Organ Hasarı

Hipertansiyon aracılı organ hasarı (HAOH), arterlerde ve/veya beslediği organlarda (beyin, kalp, böbrekler, gözler) yüksek tansiyonun neden olduğu yapısal veya fonksiyonel değişikliklerdir. Hafif-orta seviyede KB yükseklikleri olan kişilerde organ hasarı varsa yeniden sınıflandırma ve ilaç tedavilerini düzenlemek gerekir (11).

Hipertansiyonu olan tüm hastalarda HAOH'nı saptamak için değerlendirmeler rutin olarak serum kreatinin ve GFR, dipstick idrar testi, 12 uçlu EKG değerlendirilmelidir (15).

2.5.6. Hipertansiyon Tedavisi

2.5.6.1. Yaşam Tarzı Değişikliği

Yaşam tarzı değişikliği antihipertansif tedavide ilk basamaktır ve aynı zamanda tedavinin etkilerini de artırabilir. Sağlıklı alışkanlıklar edinmek, yüksek tansiyonun başlamasını engelleyebilir veya geciktirebilir ve KVH riskini kısıtlayabilir.

Bu değişiklikler:

- Tuzun kısıtlanması
- Yeterli meyve sebzenin, tam tahılların alınması, rafine şeker ve trans yağların az olduğu sağlıklı bir diyet uygulamak
- Sigarayı bırakma
- Alkolü kısıtlama
- Düzenli egzersiz
- Stresin azaltılması.
- Vücut kitle indeksi yüksek hastalar mümkün olduğunca normal kilolarına inmelidir (14).

2.5.6.2. Erişkinde Hipertansiyon Yönetimi

Hipertansif bir hastada ilk muayenede, kardiyovasküler risk ve hipertansiyonla ilgili herhangi bir organ hasarı araştırılmalıdır. İlaç tedavisi başlarken bu durumlar da göz önüne alınarak tedavi başlanır.

Evre 1 hipertansiyonu olan ve komorbiditesi olmayan hastalarda ilaca başlamadan üç ila altı ay önce yaşam tarzı değişikliği önerilir. İlaç tedavisine başladıktan sonra üç ay içinde hedef KB <140/90 mmHg' dır. Üç ay sonra 65 yaşından küçük hastalarda hedef KB <130/80 mm Hg'nin olmalıdır. Hipertansiyonda ilaç tedavisi başlamak için eşik değer SKB $\geq$ 140 mmhg DKB $\geq$ 90 mmhg' dır.

Evre 1 hipertansiyonda (SKB $\geq$ 140-159mmhg DKB $\geq$ 90-99 mmhg) 3 ay yaşam stili düzenlemesi ardından kontrol kan basıncı tekrar yüksek gelirse ilaç tedavisi başlanır. İstisna olarak 80 yaş üzeri yaşlı hastalarda ilaç tedavisi için eşik değer sistolik KB $\geq$ 150'dir, fakat Evre 1

hipertansiyon yanında KVH, KBH, DM, Hedef organ hasarı gibi ek risk durumlarında hemen ilaç tedavisi başlamak gerekir. Evre 2 hipertansiyon (SKB ≥ 160 mmHg DKB ≥ 100 mmHg)’da ise hemen ilaç tedavisine başlanmalıdır (43).

Tablo-17: Komorbid Hastalık ve Yaşa Göre Sınır ve Hedef KB Değerleri

Sınır (mmHg)	Yaş:18-64		Yaş: 65-79		Yaş >80	
	KB	Hedeflenen KB (mmHg)	Sınır KB (mmHg)	Hedeflenen KB (mmHg)	KB	Hedeflenen KB (mmHg)
Diabetes Mellitus	140/90	120-130/70-80	>140/90	130-140/70-80	>150	130-140/70-80
Koroner hastalık	140/90	120-130/70-80	>140/90	130-140/70-80	>150	130-140/70-80
Kronik böbrek hastalığı	140/90	120-130/70-80	>140/90	130-140/70-80	>150	130-140/70-80
Yüksek riskli durumlar*	140/90	120-130/70-80	>140/90	130-140/70-80	>150	130-140/70-80

“Hipertansiyonda ilaç başlanan hastalarda sınır ve hedef kan basıncı değerleri yaşa ve komorbid hastalıklara göre Tablo 2.17’de gösterilmiştir. 65-79 yaş aralığındaki riski fazla bireylerde, uyum sağlanabiliyorsa kan basıncı düzeyi 120-130/70-80 mmHg düzeyi de normal sayılabilir” (14).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilk seçenekler; ACE inhibitörleri, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri ve ARB’ler. Beta-blokerler; atriyal fibrilasyon, kalp yetersizliği, anjina, MI sonrası gibi durumlarda hipertansiyon tedavisinin her aşamasında verilebilen ilk seçenektir. Tedaviye monoterapi veya kombinasyon şeklinde başlanabilir. Monoterapiden fayda görülmezse kombinasyon terapisine de geçebilir (15).

2.5.7. Komorbid Hastalıklarda Hipertansiyon Yönetimi

Yaşlılar: Altmış beş/seksen yaşları arasındaki hastalarda tedaviye hipertansiyonu olan genç yaş grubundaki hastalar gibi başlanmalı, çok ileri yaşlılarda ise SKB 150 mmHg $\uparrow$ ise antihipertansif başlanarak tansiyon değerleri 130 ila 140 mmHg arasında tutulmalıdır. Bu grup hastalarda ani tansiyon düşüklüğünü önlemek için diüretikler, α ve β blokerler kullanılmamalıdır.

Diyabetik Hastalar: KB 140/90 mmHg ise düşürülmeli ve hedef <130/80 mmHg (yaşlı hastalarda <140/80mmHg) olmalıdır. Bir renin-anjiyotensin sistemi (RAS) inhibitörü ve bir kalsiyum kanal blokörü ve/veya tiazid benzeri diüretik ile tedavi önerilir.

Koroner Arter Hastaları: Hedef KB <130/80 mmHg'dir. Antiplatelet tedavi rutin olarak önerilir. LDL kolesterol hedefine göre lipit düşürücü tedavi düşünülebilir.

Kalp Yetmezlikli Hastalar: Tansiyon hedef değeri ise <130/80 mmHg ve >120/70 mmHg şeklinde olmalıdır. ACE inhibitörleri, ARB'ler, β blokerler ilk seçeneklerdendir. Beraberinde kullanılan diüretiklerin semptomların iyileşmesinde katkısı vardır. Regülasyonun sağlanamadığı hallerde kalsiyum kanal blokerleri de tedaviye eklenebilir. ACE inhibitörlerine veya ARB'lere alternatif olarak Anjiyotensin reseptör-neprilisin inhibitörü (ARNİ; Sacubitril-Valsartan) de, azalmış EF'li kalp yetmezliği olan hipertansiflerin tedavisi için endikedir (11).

Hipertansiyon ve İnme: Tansiyon yüksekliği, kanamalı ve iskemik inmede başta gelen risklerdendir. Tansiyon kontrolü ile inme büyük ölçüde önlenir. KB >140/90 mmHg ise düşürülmeli ve hedef <130/80 mmHg (yaşlı hastalarda <140/80) şeklinde olmalıdır. RAAS blokerleri, KKB'ler ve diüretikler ilk sıradaki ilaçlardır (11).

Hemorajik İnme Hastaları: Bu hastalarda tansiyon değerleri çok yüksek ise ilk altı saatte tedavinin başlanması ve SKB'nın 130 ile 140 mmHg aralığında tutulmasının hastanın kliniğini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Daha kısa etkili ilaçlar daha avantajlı olabilse de intravenöz labetalol ve nikardipin en sık birinci basamak ajanlar olarak kullanılır (11,13).

Kronik Böbrek Hastaları: KBH da ilaçla tedavi eşiği 140/90 mmHg'dir. Albüminürisi (>30 mg/gün) olan hastalarda daha düşük değerlerde tedavi verilebilir. KBH da olumlu etkisi kanıtlanmış ilaçlar ACE inhibitörleri ve ARB'lerdir (14).

Tablo-18: Kronik Böbrek Hastalığı Olanlarda Eşik/Hedef Kan Basıncı Düzeyleri (14)

Yaş Grupları	Sınır Tansiyon değeri (mmHg)	Hedef Tansiyon değeri (mmHg)
18-64 yaş	>140/90	120-130/70-80
65-80 yaş	>140/90	130-140/70-80
>80 yaş	>150	130-140/70-80

Tablo-18'de kronik böbrek hastalığı olanlarda eşik/hedef kan basıncı düzeyleri verilmiştir. Buna göre hedef tansiyon değerleri 18-64 yaş grubunda 120-130/70-80; 65-80 yaş grubunda 130-140/70-80; 80 üzeri yaş grubunda 130-140/70-80 olarak belirtilmiştir (14).

Gebelik ve Laktasyon: Hipertansiyonda maternal riskler, plasental ayrılma, inme, çoklu organ yetmezliği (karaciğer, böbrek), yaygın damar pıhtılaşmasıdır. Fetal riskler ise prematür doğum, intrauterin büyüme geriliği veya ölümdür. SKB ≥ 150 mmHg ve/veya DKB ≥ 95 mmHg olan gebelerde ilaç tedavisi düşünülmektedir. Nifedipin, labetolol, metildopa, hidralazin gebelikte kullanılabilen antihipertansiflerdir.

Preeklampsi, anne ve fetüste çok tehlikeli olabilen ve proteinüri ile seyreden hipertansif durumdur. Eklampsi de preeklampsi mevcut hamilelerde yeni başlayan tonik-klonik nöbetler veya komadır. Hamilelerde ani başlayan şiddetli hipertansiyonda hastanede tedavi gerekebileceğinden hızlıca hastaneye yönlendirilmelidir (14).

2.5.8. Hipertansif Acil Durum Yönetimi

Hipertansiyona bağlı ani gelişen beyin, kalp, arterler, böbrekler ve retina gibi hedef organlarda hasar vardır. İlerleyici organ yetmezliğini önlemek için acilen tanısal çalışma ve kan basıncının azaltılması gerekir. Genellikle intravenöz tedavi gerekir. Antihipertansif tedavi organ hasarının türüne göre belirlenir.

Malign hipertansiyon: KB'nın aşırı yükselmesine bağlı ($>200/120$ mmHg) bilateral retinopati gelişmesi.

Hipertansif ensefalopati: Şiddetli KB yükselmesine bağlı letarji, nöbetler, bilinç kaybı ve nedeni açıklanamayan koma.

Diğer patolojiler: Şiddetli KB yükselmesine bağlı beyinde hemoraji, akut felç, koroner sendrom, pulmoner ödem, aort anevrizması/diseksiyon, şiddetli preeklampsi ve eklampsi olabilir. Akut hedef organ hasarı olmayan, önemli ölçüde yüksek tansiyonu olan hastalar hipertansif acil vaka sayılmaz ve oral ilaç verilir.

2.5.9. Malign Hipertansiyonda Değerlendirme ve Teşhisi

Ciddi derecede yüksek kan basıncı (veya mevcut basınç $<180/120$ mmHg olsa bile, önceden normal bir değerdeki kan basıncında akut bir artış) ile gelen hastalarda hikâye ve fizik muayenede şu durumlara dikkat edilmeli;

1. Akut travma
2. Nöbet, deliryum, stupor, görme bozuklukları vb. nörolojik semptomlar

3. Hemorajik veya iskemik inmeye bağlı fokal nörolojik semptomlar
4. Fundoskopide evre III veya IV hipertansif retinopati bulguları
5. KİBAS işareti olabilen bulantı ve kusma
6. Miyokard iskemisi veya aort diseksiyonuna bağlı olabilen göğüs ağrısı
7. Aort diseksiyonuna bağlı olabilecek akut, şiddetli sırt ağrısı
8. Pulmoner ödem nedeniyle oluşabilecek dispne
9. Hamilelik, şiddetli hipertansiyonlu hastalarda preeklampsi veya eklampsi gelişebilir.
10. Kokain, amfetamin, fensiklidin veya MAO inhibitörleri vb. ilaçlar

Hedef organ hasarının varlığını değerlendirmek için; EKG, Göğüs radyografisi, idrar tetkiki, serum elektrolit ve kreatinin, kardiyak markerlar, MR ya da BT ile beyin görüntüleme, kontrastlı göğüs BT tetkikleri yapılmalıdır (11,15).

Tablo-19: Kan Basıncını IV İlaç Tedavisi ile Düşürmek Gereken Acil Hipertansif Durumlar

Klinik durum	KB Düşürülmesi için Süre ve Hedef	İlk Tercih Tedavi	Alternatif Tedavi
KBY olsun veya olmasın Malign HT	Birkaç saatte ortalama KB'ında %20-25 düşme	Labetalol Nikardipin	Nitroprussid Urapidil
Hipertansif ensefalopati	İvedilikle ortalama KB'ında %20-25 düşme	Labetalol Nikardipin	Nitroprussid
Akut koroner	İvedilikle sistolik KB'ında <140 mmHg şeklinde düşme	Nitrogliserin Labetalol	Urapidil
Akut kardiyojenik pulmoner ödem	İvedilikle sistolik KB'ında <140 mmHg şeklinde düşme	Nitroprussid Veya Nitrogliserin (Loop diüretik ile)	Urapidil (Loop diüretik ile)
Akut aort diseksiyonu	İvedilikle sistolik KB'ında <120 mmHg ve kalp hızı <60 vuruş/dk şeklinde düşme	Esmolol ve Nitroprussid Veya Nitrogliserin veya Nikardipin	Labetalol Veya Metoprolol
Eklampsi ye ciddi preeklampsi/HELLP	İvedilikle sistolik KB'ında <160 mmHg ye diyastolik kalp basıncı <105 mmHg olacak şekilde düşme	Labetalol Veya Nikardipin ve magnezyum sülfat	Doğumu düşün

Tablo-19'da kan basıncını iv ilaç tedavisi ile düşürmek gereken acil hipertansif durumlar verilmiştir. Buna göre acil hipertansif klinik durumlar KBY olsun veya olmasın malign HT, hipertansif ensefalopati, akut koroner hadise, akut kardiyojenik pulmoner ödem, akut aort diseksiyonu, eklampsi ve ciddi preeklampsi/HELLP şeklinde belirtilmiştir (14).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup, Şanlıurfa ilinde Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı hipertansiyon hastalarına anket soruları yöneltilerek yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Temmuz-Aralık 2021 tarihleri arasında, Şanlıurfa'da yaşayan, 18 yaş üstü, Türkçe konuşabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü 258 hasta oluşturmuştur. 18 yaş altı, Türkçe konuşamayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar çalışmaya alınmamıştır.

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Etik kurulu tarafından uygunluğunun onaylanmasının ardından (21.06.2021 tarih/ sayı no: HRU/21.12.15) (EK-1) bu çalışma başlatılmıştır. Veriler toplanmadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır.

Verilerin elde edilmesinde, araştırmacı tarafından hazırlanan hipertansiyon tanısı olan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulamaya yönelik 12 soru ve GETAT yöntemleriyle ilgili bilgi durumlarına yönelik 13 soru içeren anket formu ayrıca 13 soruluk "Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği" (TTTÖ ölçeği) kullanılmıştır. Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği, 4'lü likert tipinde ve (0) hiç katılmıyorum, (1) biraz katılıyorum, (2) oldukça katılıyorum, (3) tamamen katılıyorum seçeneklerinden birinin işaretlenebildiği, 13 soruluk bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0 maksimum puan ise 39'dur. Ölçekten yüksek puan alınması tamamlayıcı tedaviye karşı olumlu tutumu ifade etmektedir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapan Prof. Dr. Ayşegül Dönmez'den (100), ölçek kullanımı için izin alınmıştır (EK-2).

Anket aracılığıyla toplanan verilerin analizi için IBM SPSS 22 versiyonu programı kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerine ve bilgi düzeyine yönelik soruların yanı sıra Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği (TTTÖ) kullanılmıştır. Ölçeklerde bulunan soruların katılımcılarca aynı algılanıp algılanmadığını belirlemek için Tukey Non-Additivity testi ile ve soruların bir toplamsal ölçek oluşturacak şekilde hazırlanıp hazırlanmadığı Hotelling T^2 testi ile test edilmiştir. Sonuçta kullanılan ölçeğin toplanabilirliği sağladığı (Hotelling $T^2=1408.306$, $p=0.001<0.05$) ve ölçeğe birbirinden farklı cevaplar verildiği görülmüştür (Tukey Non-Additivity $p=0.001<0.05$). Araştırmadaki verilerin Kolmogorov Smirnov testine göre normal dağılmadığı görülmüş ve çarpıklık ve basıklık değerleri esas alınarak normallik dağılımı varsayımını sağladığı bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1,5) ile (+1,5) arasında olduğu tespit

edildiği için dağılım normaldir. Bu sebeple ölçek puan karşılaştırmalarında parametrik testlerden faydalanıldı. Araştırmada kullanılan ölçek puanı ile demografik karşılaştırmalarda iki grup karşılaştırmaları için Bağımsız rneklem t Testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) analizi kullanılmıştır. Demografik bilgilere ilişkin frekans (n) ve yüzde (%), ölçek bilgisine ilişkin ortalama, standart sapma, arpıklık basıklık değerlerine yer verilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 20’de verilmiştir. Araştırmaya katılanlar cinsiyet değişkeni bakımından incelendiğinde, 143’ünün (%55,4) kadın, 115’inin (%44,6) erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan 40 yaş altında 16 kişi (%6,2), 40-49 yaş arasında 55 kişi (%21,3), 50-59 yaş arasında 102 kişi (%39,5), 60 yaş ve üzeri 85 kişi (%32,9) olduğu, medeni durum değişkeni bakımından incelendiğinde evli 220 kişi (%85,3), bekar 38 kişi (%14,7) olduğu bulunmuştur.

Meslek değişkeni bakımından incelendiğinde, 4’ünün (%1,6) öğrenci, 44’ünün (%17,1) ev hanımı, 21’inin (%8,1) öğretmen, 38’inin (%14,7) memur, 10’unun (%3,9) doktor, 15’inin (%5,8) hemşire/tekniker/ sağlık çalışanı, 36’sının (%14) işçi, 48’inin (%18,6) çiftçi, 42’sinin (%16,3) emekli olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi değişkeni incelendiğinde, okur yazar olmayan 17 kişi (%6,6), okur-yazar olan 12 kişi (%4,7), ilköğretim seviyesinde olan 45 kişi (%17,4), ortaöğretim-lise seviyesinde 94 kişi (%36,4), üniversite ve üzeri seviyede olan 90 (%34,9) kişi olduğu görüldü.

Gelir düzeyi değişkeni bakımından incelendiğinde, 34 kişinin (%13,2) gelirinin giderinden fazla olduğu, 127 kişinin (%49,2) gelirinin giderine eşit olduğu, 97 kişinin (%37,6) ise gelirinin giderden az olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 25’i (%9,7) köy-kasabada, 102’si (%39,5) ilçede, 131’i (%50,8) merkez ilçede ikamet etmekteydi,

Hipertansiyon süresi bakımından incelendiğinde ise 23 kişinin (%8,9) 1 yıldan az süredir, 51’inin (%19,8) 1-4 yıldan beri, 59 kişinin (%22,9) 5-9 yıldan beri, 82 kişinin (%31,8) 10-19 yıldan beridir hipertansiyon hastası olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak katılımcıların hipertansiyon ilacı kullanım durumu incelendiğinde, 9’unun (%3,5) hipertansiyon ilacı kullanmadığı, 77’sinin (%29,8) düzensiz hipertansiyon ilacı kullandığı, 172’sinin (%66,7) düzenli olarak hipertansiyon ilacı kullandığı, düzenli aspirin veya kan sulandırıcı kullanım durumu incelendiğinde ise 156 kişinin (%60,5) kullanmadığı, 102 kişinin (%39,5) düzenli olarak aspirin veya kan sulandırıcı kullandığı görülmektedir.

Araştırmaya katılanların kaç farklı hipertansiyon ilacı kullandığı incelendiğinde, 1 çeşit hipertansiyon ilacı kullanan 152 kişi (%58,9), 2 çeşit kullanan 93 kişi (%36) ve 3 çeşit kullanan 7 kişi

(%2,7) olduğu görülmektedir. Ek kronik hastalık durumu incelendiğinde, 129 kişinin (%50) ek kronik hastalığı olmadığı, 129 kişinin (%50) ek kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo-20: Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Değişkenler	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	143	55,4
	Erkek	115	44,6
Yaş	40 yaş altı	16	6,2
	40-49 yaş arası	55	21,3
	50-59 yaş arası	102	39,5
	60 yaş ve üzeri	85	32,9
Medeni durum	Evli	220	85,3
	Bekar	38	14,7
Meslek	Öğrenci	4	1,6
	Ev hanımı	44	17,1
	Öğretmen	21	8,1
	Memur	38	14,7
	Doktor	10	3,9
	Hemşire/tekniker/sağlık çalışanı	15	5,8
	İşçi	36	14
	Çiftçi	48	18,6
	Emekli	42	16,3
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	17	6,6
	Okur-Yazar	12	4,7
	İlköğretim	45	17,4
	Ortaöğretim-lise	94	36,4
	Üniversite ve üzeri	90	34,9
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	34	13,2
	Gelir gidere eşit	127	49,2
	Gelir giderden az	97	37,6
İkamet ettiğiniz yer	Köy-kasaba	25	9,7
	İlçe	102	39,5

	Merkez ilçe	131	50,8
	1 yıldan az	23	8,9
	1-4 yıl	51	19,8
	5-9 yıl	59	22,9
Hipertansiyon süresi	10-19 yıl	82	31,8
	20-29 yıl	41	15,9
	30 yıl ve üzeri	2	0,8
	Kullanmıyor	9	3,5
Hipertansiyon ilacı	Düzensiz kullanıyor	77	29,8
	Düzenli kullanıyor	172	66,7
Düzenli aspirin ve/veya sulandırıcı	Kullanmıyor	156	60,5
	Kullanıyor	102	39,5
Kaç farklı hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz	1	152	58,9
	2	93	36
	3	7	2,7
	Belirtmeyen	6	2,3
Ek kronik hastalık	Yok	129	50
	Var	129	50

Tablo-21: Katılımcıların GETAT hakkında bilgi değerlendiren sorulara verdiği yanıtların dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon tedavisinde geleneksel tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarının kullanılabilirliğini biliyor musunuz?	Hayır	38	14,7
	Sadece duydum	106	41,1
	Kısmen biliyorum	114	44,2
GETAT uygulamaları hakkında bilgi kaynağınız/kaynaklarınız?	Arkadaş ve çevre	98	38
	İnternet ve medya	95	36,8
	Aile büyükleri ve akrabalar	44	17,1
	Aktar	4	1,6
	Sağlık Bakanlığı eğitimleri	2	0,8
	Hemşire ve diğer yardımcı sağlık personeli	2	0,8
	Aile hekimim	1	0,4
	Belirtmeyen	12	4,7
	Evet	206	79,8
Hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalanır mısınız?	Hayır	52	20,2

GETAT uygulamalarından hangi/hangilerini hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için kullandınız?	Fitoterapi	190	73,6
	Kaplıca	37	14,3
	Kupa	22	8,5
	Sülük Uygulaması	13	5,0
	Müzik Terapi	16	6,2
	Refleksoloji	7	2,7
	Ozon Uygulaması	4	1,6
	Osteopati	4	1,6
	Larva	3	1,1
	Homeopati	5	1,9
	Hipnoz	3	1,1
	Apiterapi	13	5,0
	Akupunktur	10	3,8
	Kayropraktik	1	0,4
	Proloterapi	1	0,4
GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?	Mezoterapi	4	1,6
	Bir fikrim yok	47	18,2
	Evet	165	64
	Hayır	46	17,8
Bitkisel (fitoterapötik) ürünlerden hangi/hangilerini kullanıyorsunuz?	Sarımsak	169	65,5
	Limon	165	64,0
	Zeytinyağı	91	35,3
	Nar ekşisi	48	18,6
	Kekik	29	11,2
	Ceviz suyu	35	13,6
	Çörek otu	22	8,5
	Zencefil	31	12,0
	Yeşil çay	28	10,9
	Adaçayı	15	5,8
	Maydanoz	18	7,0
Kullandığınız GETAT uygulamalarının yan etkilerini ve kullanmamanız gereken durumları biliyor musunuz?	Evet	4	1,6
	Kısmen	84	32,6
	Hiç	168	65,1
	Belirtmeyen	2	0,8
	Günlük	80	31
GETAT uygulamalarını hangi sıklıkta kullanırsınız?	Haftada 1-2 kez	68	26,4
	Ayda 1-2 kez	99	38,4
	Yılda birkaç kez	10	3,9
	Belirtmeyen	1	0,4

GETAT yöntemi kullanma nedeniniz nedir?	İlaç tedavisine destek olması için	111	43
	Yakınının tavsiyesi	103	39,9
	Yan etkilerinin daha az olması	34	13,2
	GETAT'ın ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu düşünmem	3	1,2
	İlaçlara göre daha ucuz olması	3	1,2
	Belirtmeyen	4	1,6
Hekiminizle GETAT yöntemi kullandığınızı paylaşıyor mısınız?	Evet	104	40,3
	Hayır	154	59,7
Hekiminizle GETAT yöntemi kullandığınızı paylaşmama nedeniniz?	Özel bir nedeni yok	72	46,7
	Gerekli olduğunu bilmiyordum	51	33,1
	Doktorumdan olumsuz tepki alacağımı düşündüm	5	3,2
	Belirtmeyen	26	16,8
Aile hekiminizin geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilmesini ve gerekli hallerde önermesini ister miydiniz?	Evet	164	63,6
	Hayır	94	38,4

Katılımcıların GETAT yöntemlerine dair bilgi ve kullanım tutumları değerlendirilmiştir. “Hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarının kullanılabildiğini biliyor musunuz?” sorusuna 38 katılımcı hayır cevabı vermiş olup (%14,7), sadece duyduğunu bildirenlerin 106 (%41,1), kısmen bildiğini ifade edenler 114 (%44,2) kişidir.

“GETAT uygulamaları hakkında bilgi kaynağınız/kaynaklarınız nelerdir?” sorusuna katılımcıların 98'i (%38) arkadaş ve çevresi, 95'i (%36,8) internet ve medya, 44'ü (%17,1) aile büyükleri ve akrabaları, 4'ü (%1,6) aktarlar, 2'si (%0,8) Sağlık Bakanlığı eğitimleri, 2'si (%0,8) hemşire vd sağlık personeli, 1'i (%0,4) aile hekimim cevabını vermiştir.

“Hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalanır mısınız?” sorusuna 206 kişi (%79,8) evet, 52 kişi (%20,2) hayır cevabını vermiştir. “GETAT uygulamalarından hangi/hangilerini hipertansiyon hastalığınızın tedavisi için kullandınız?” sorusuna en fazla verilen yanıtlara bakarsak, 190'ı (%73,6) fitoterapi, 37'si (%14,3) kaplıca, 22'si (%8,5) kupa, 16'sı (%6,2) müzik terapi, 13'ü (%5) apiterapi, 10'u (%3,8) akupunktur, 7'si (%2,7) refleksoloji, 4'ü (%1,6)

osteopati, ozon ve mezoterapi, 1'er kişi (%0,4) kayropraktik ve proloterapi, 3'er kişi larva ve hipnoz, 5 kişi homeopati uygulamalarını kullandığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların "GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünüyör musunuz?" sorusuna verdiğı cevaplar incelendiğinde 165 kişi (%64) GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünürken, 46 kişi (%17,8) faydalı olmadığını, 47 kişi ise (%18,2) bir fikri olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların "Bitkisel (fitoterapötik) ürünlerden hangi/hangilerini kullanıyorsunuz?" sorusuna verdiğı cevaplar incelendiğinde, katılımcıların 169'unun (%65,5) sarımsak, 165'inin (%64,0) limon, 91'inin (%35,3) zeytinyağı, 8'inin (%3,1) zeytin yaprağını, en çok tükettiğı, 48'inin (%18,6) nar ekşisini, 18'inin (%7,0) maydanozu, 4'ünün (%1,6) kiraz sapını, 28'inin (%10,9) yeşil çayı, 16'sının (%6,2) keten tohumu yağını, 2'sinin (%0,1) hibiskusu, 15'inin (%5,8) adaçayını, 31'inin (%12,0) zencefili, 11'inin (%4,2) ıhlamuru, 14'ünün (%5,4) melisa çayını, 29'unun (%11,2) kekiğı, 22'sinin (%8,5) çörek otu, 8'inin (%3,1) alıç, 35'inin (%13,6) ceviz suyunu kullandığı tespit edilmiştir.

"Kullandığınız GETAT uygulamalarının yan etkilerini ve kullanmamanız gereken durumları biliyor musunuz?" sorusuna evet cevabını verenlerin sayısı 4 (%1,6), kısmen bildiğı cevabını verenler 84 (%32,6), hiç bilmediğini belirtenler 168 (%65,1) idi. 2 katılımcı bu soruyu yanıtsız bırakmıştı.

"GETAT uygulamalarını hangi sıklıkta kullanırsınız?" sorusuna yılda birkaç kez cevabını veren 10 kişi (%3,9), ayda 1-2 kez cevabını veren 99 kişi (%38,4), haftada 1-2 kez cevabını veren 68 kişi (%26,4), günlük cevabını veren 80 kişi (%31) olduğu görüldü. 1 kişi ise (%0,4) bu soruyu yanıtsız bırakmıştır.

"GETAT yöntemi kullanma nedeniniz nedir?" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, ilaç tedavisine destek olması için kullandığını belirten 111 kişi (%43), yakınının tavsiyesi üzerine kullandığını belirten 103 kişi (%39,9), yan tesirleri daha az olduğundan kullandığını belirten 34 kişi (%13,2), GETAT' ın ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu düşündüğünden dolayı kullandığını belirten 3 kişi (%1,2) olduğu görülmüştür ayrıca 4 kişi (%1,6) kullanım nedenini belirtmemiştir.

"Hekiminizle GETAT yöntemi kullandığınızı paylaşır mısınız?" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, 120 kişi (%46,5) özel bir nedeni olmadığını, 86 kişinin (%33,3) gerekli olduğunu bilmediğini, 7 kişi (%2,7) doktorundan olumsuz tepki alacağını düşündüğü için hekimiyle GETAT

yöntemini kullandığını paylaşmadığını belirtmiştir. Ayrıca, 26 kişi (%16,8) hekimiyle neden paylaşmadığı hakkında fikir belirtmemiştir.

Katılımcıların “Aile hekiminizin geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilmesini ve gerekli hallerde önermesini ister miydiniz?” sorusuna, 164 kişi (%63,6) evet, 94 kişinin ise (%38,4) hayır cevabı vermiştir.

Tablo-22: Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği ile İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	Ölçekten alınan min-max puan	Ortalama	Standart sapma	Çarpıklık	Basıklık
Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği	5-31	12,17	4,76	0,923	0,886

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, ölçekten alınan minimum puanın 5, maksimum puanın ise 31 olduğu görülmektedir. Ölçeğe ilişkin ortalama puanın 12.17 $\pm$ 4.76 olduğu, ayrıca ölçeğe ilişkin çarpıklık değerinin 0.923, basıklık değerinin ise 0.886 olduğu görülmektedir. Buna göre ölçek puanlamasına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri (-1,5) ile (+1,5) arasındaydı. Dolayısıyla ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği söylenebilmektedir. Buna göre, hipotez testlerinin karşılaştırmasında parametrik yöntemlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo-23: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Toplam Puanlarının Demografik Özelliklere göre dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	Ortalama $\pm$ SS	T	P
Cinsiyet	Erkek	15 12,53 $\pm$ 5,14	1,091	0,276
	Kadın	43 11,88 $\pm$ 4,44		
Medeni durum	Evli	20 12,35 $\pm$ 4,89	1,432	0,153
	Bekar	8 11,15 $\pm$ 3,86		
Düzenli olarak asetilsalisilik asit ve/veya diğer grup antiagreganları kullanma durumu	Kullanıyor	56 11,78 $\pm$ 4,26	-1,629	0,104
	Kullanmıyor	02 12,77 $\pm$ 5,41		
Ek kronik hastalık var mı	Hayır	29 12,30 $\pm$ 4,80	0,417	0,677
	Evet	29 12,05 $\pm$ 4,74		

*Bağımız Örneklem T Testi ile değerlendirilmiştir

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, düzenli olarak asetil salisilik asit ve/veya diğer grup antiagreganları kullanma durumu ek kronik hastalık olup olmama değişkenleri bakımından ölçek toplam puanı ile değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelenmesi için bağımsız örneklem t testi karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 22’de gösterilmiştir. Buna göre, cinsiyet bakımından TTTÖ puanları karşılaştırıldığında, kadın ve erkeklerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.276>0.05$). Dolayısıyla, kadın ve erkeklerin tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları arasında fark olmadığı söylenebilir (Tablo-23)

Medeni hal açısından TTTÖ puanları karşılaştırıldığında, evli ve bekarların ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.153>0.05$). Buna göre evlilerin ve bekarların tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları arasında fark olmadığı söylenebilmektedir.

Katılımcıların düzenli olarak antiagregan kullanma durumu bakımından TTTÖ puanları karşılaştırıldığında, antiagreganları kullananların ve kullanmayanların ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.104>0.05$). Buna göre antiagreganları kullanan ve kullanmayanların tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları arasında fark olmadığı söylenebilmektedir.

Araştırmaya katılanların ek kronik hastalığı olup olmaması bakımından TTTÖ puanları karşılaştırıldığında, ek kronik hastalığı olanlar ile olmayanların ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.677>0.05$). Dolayısıyla, ek kronik hastalığı olanlar ile olmayanların tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları arasında fark olmadığı söylenebilmektedir.

Tablo-24: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere göre dağılımı

Değişkenler	Kategoriler		Ortalama± SS	F	P
Yaş	40 yaş altı	6	14,50±5,73	1,533	0,206
	40-49 yaş arası	5	12,21±4,58		
	50-59 yaş arası	02	11,76±4,29		
	60 yaş ve üzeri	5	12,21±5,16		
Meslek	Öğrenci		12,25±7,13	0,669	0,719
	Ev hanımı	4	12,18±3,67		
	Öğretmen	1	11,33±4,12		
	Memur	8	11,89±5,44		
	Doktor	0	10,20±3,70		
	Hemşire/tekniker/sağlık personeli	5	12,40±4,15		
	İşçi	6	13,22±4,95		
	Çiftçi	8	12,75±5,47		
	Emekli	2	11,69±4,71		
Eğitim durumu	Okur Yazar değil	7	12,58±3,80	3,939	0,004
	Okur-Yazar	2	15,58±5,12		
	İlköğretim	5	13,35±5,16		
	Ortaöğretim-lise	4	12,28±4,87		
	Üniversite veya üzeri	0	10,94±4,32		
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	4	11,20±4,88	2,461	0,087
	Gelir gidere eşit	27	12,82±5,10		
	Gelir giderden az	7	11,67±4,16		
İkamet yeri	Köy-kasaba	5	13,68 ±5,80	1,722	0,181
	İlçe	02	11,72±4,25		

	Merkez ilçe	31	12,24±4,90		
	1 yıldan az	3	12,82±5,14		
	1-4 yıl	1	12,88±5,80	0,947	0,451
	5-9 yıl	9	12,38±4,16		
	10-19 yıl	2	11,59±4,19		
	20-29 yıl	1	11,60±4,88		
	30 yıl ve üzeri		16,0±8,48		
	Kullanmıyor		16,33±5		
Hipertansiyon ilacı kullanım durumu	Düzensiz kullanıyor	7	12,54±4,70	4,306	0,014
	Düzenli kullanıyor	72	11,79±4,69		
Kaç farklı hipertansiyon ilacı kullandığı	1 ilaç kullanan	52	12,05±4,41		
	2 ilaç kullanan	3	11,68±4,62	5,285	0,006
	3 ilaç kullanan		17,57±8,10		

**Tek Yönlü ANOVA Testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların yaş, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi, ikamet yeri, hipertansiyon süresi, hipertansiyon ilacı kullanım durumu, kaç farklı hipertansiyon ilacı kullandığı değişkenleri bakımından ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığının tespiti için ikiden fazla grup karşılaştırmalarında One Way ANOVA (Varyans Analizi) uygulanmıştır.

Yaş değişkeni bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0.206>0.05$). Dolayısıyla, kişilerin içinde yaşlarının tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını etkilemediği söylenebilmektedir.

Meslek değişkeni bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, meslek grupları arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. ($P=0.719>0.05$).

Eğitim durumu bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim durumları arasında TTTÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p=0,004<0,05$). Hangi eğitim durumları arasında farklılık olduğunu bulmak için varyansların homojen olduğu göz önünde bulundurularak Post-Hoc (Çoklu karşılaştırma) testlerinden Scheffe testi uygulanmıştır. Buna göre, eğitim durumu okur- yazar olanların (ort=15,58), üniversite veya üzeri olanlara göre (ort=10,94) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.

Gelir düzeyi bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyleri arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,087>0,05$). Dolayısıyla, kişinin gelir durumunun tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını etkilemediği söylenebilmektedir.

İkamet yeri bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ikamet yerleri arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,181>0,05$). Dolayısıyla kişilerin köy-kasabada veya merkez ilçede yaşaması tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını etkilememiştir.

Hipertansiyon süreleri bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hipertansiyon süreleri arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,451>0,05$). Buna göre, hipertansiyon hastası olma süresinin tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını etkilememiştir.

Hipertansiyon ilacı kullanım durumu bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hipertansiyon ilacı kullanma durumları arasında TTTÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,014<0,05$). Buna göre, hipertansiyon ilacını kullanmayanların tamamlayıcı tedavi kullanmaya yönelik tutumları düzensiz kullananlara göre; hipertansiyon ilacını düzensiz kullananların tutumları da düzenli kullananlara göre daha olumludur.

Katılımcıların kaç farklı hipertansiyon ilacı kullandığı bakımından TTTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kaç farklı hipertansiyon ilacı kullandığı ile TTTÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p=0,006<0,05$). Hangi ilaç sayısını kullananlar arasında farklılık olduğunun tespiti için varyansların homojen olmadığı göz önünde bulundurularak Post-Hoc (Çoklu karşılaştırma) testlerinden Tamhane's T2 testi uygulanmıştır. Buna göre, üç ilaç kullananların

(Ort.=17,57), 1 ilaç kullananlara göre (Ort.=12,05) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha yüksektir.

Tablo-25: Katılımcıların Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği 'ne Verdiği Cevapların Dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	N	%
Tamamlayıcı tedavilerin daha kolay uygulanabilir olduğuna inanırım	Hiç katılmıyorum	105	40,7
	Biraz katılıyorum	110	42,6
	Oldukça katılıyorum	41	15,9
	Tümüyle katılıyorum	2	0,8
Tamamlayıcı tedaviler telkin etkisi yapar	Hiç katılmıyorum	45	17,4
	Biraz katılıyorum	120	46,5
	Oldukça katılıyorum	87	33,7
	Tümüyle katılıyorum	6	2,3
Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ilaç tedavilerinden daha etkili olduğunu düşünürüm	Hiç katılmıyorum	188	72,9
	Biraz katılıyorum	61	23,6
	Oldukça katılıyorum	7	2,7
	Tümüyle katılıyorum	2	0,8
Tamamlayıcı tedavi uygulamalarından sonra kendimi iyi hissedirim	Hiç katılmıyorum	93	36
	Biraz katılıyorum	116	45
	Oldukça katılıyorum	46	17,8
	Tümüyle katılıyorum	3	1,2
Tamamlayıcı tedavilerin vücudun doğal güç kaynakları olduğunu düşünürüm	Hiç katılmıyorum	116	45
	Biraz katılıyorum	107	41,5
	Oldukça katılıyorum	32	13,4
	Tümüyle katılıyorum	3	1,2
Herhangi bir sağlık sorununda hekime başvurmadan önce tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvururum	Hiç katılmıyorum	191	74
	Biraz katılıyorum	55	21,3
	Oldukça katılıyorum	11	4,3
	Tümüyle katılıyorum	1	0,4
Sağlık sorunu yaşadığımda ilaç tedavisi ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eşit oranda kullanırım	Hiç katılmıyorum	198	76,7
	Biraz katılıyorum	48	18,6
	Oldukça katılıyorum	10	3,9
	Tümüyle katılıyorum	2	0,8
Tamamlayıcı tedavilerin daha kolay ulaşılabilir olduğuna inanırım	Hiç katılmıyorum	89	34,5
	Biraz katılıyorum	79	30,6
	Oldukça katılıyorum	79	30,6

	Tümüyle katılıyorum	11	4,3
	Hiç katılmıyorum	7	2,7
İlaç tedavisinin tamamlayıcı tedaviden daha etkili olduğunu düşünürüm	Biraz katılıyorum	30	11,6
	Oldukça katılıyorum	112	43,4
	Tümüyle katılıyorum	109	42,2
	Hiç katılmıyorum	13	5
Sağlık sorunu yaşadığımda yalnızca ilaç tedavisi kullanırım	Biraz katılıyorum	66	25,6
	Oldukça katılıyorum	103	39,9
	Tümüyle katılıyorum	76	29,5
	Hiç katılmıyorum	70	27,1
Çevremdekilere tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmalarını öneririm	Biraz katılıyorum	145	56,2
	Oldukça katılıyorum	35	13,6
	Tümüyle katılıyorum	8	3,1
	Hiç katılmıyorum	178	69
İlaç tedavisinin tek başına faydalı olmayacağına inanırım	Biraz katılıyorum	61	23,6
	Oldukça katılıyorum	14	5,4
	Tümüyle katılıyorum	5	1,9
	Hiç katılmıyorum	48	18,6
İlaç tedavisinin yanında tamamlayıcı tedavilerinde faydalı olduğuna inanırım	Biraz katılıyorum	123	47,7
	Oldukça katılıyorum	78	30,2
	Tümüyle katılıyorum	9	3,5

Katılımcılardan “tamamlayıcı tedavilerin daha kolay uygulanabilir olduğuna inanırım” sorusuna 105 kişi (%40,7) hiç katılmadığını, 110’u (%42,6) biraz katıldığını, 41’i (%15,9) oldukça katıldığını, 2’si (%0,8) tümüyle katıldığını belirtmiştir.

“Tamamlayıcı tedaviler telkin etkisi yapar” sorusuna 45 kişi (%17,4) hiç katılmadığını, 120’si (%46,5) biraz katıldığını, 87 kişi (%33,7) oldukça katıldığını, 6 kişi ise (%2,3) tümüyle katıldığını belirtmiştir.

“Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ilaç tedavilerinden daha etkili olduğunu düşünürüm” sorusuna 188 (%72,9) hiç katılmıyorum, 61 (%23,6) biraz katılıyorum, 7 (%2,7) oldukça katılıyorum, 2 (%0,8) tümüyle katılıyorum cevabı verilmiştir.

Katılımcıların “tamamlayıcı tedavi uygulamalarından sonra kendimi iyi hissedirim” sorusuna 93’ü (%36) hiç katılmıyorum, 116’sı (%45) biraz katılıyorum, 46’sı (%17,8) oldukça katılıyorum, 3’ü (%1,2) tümüyle katılıyorum cevabını vermiştir. Araştırmaya katılanların “tamamlayıcı tedavilerin vücudun doğal güç kaynakları olduğunu düşünürüm” sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde, 116’sı (%45) hiç katılmadığını, 107’si (%41,5) biraz katıldığını, 32’si (%13,4) oldukça katıldığını, 3’ü (%1,2) tümüyle katıldığını belirtmiştir.

Katılımcıların “herhangi bir sağlık sorununda hekime başvurmadan önce tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvururum” sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde; hiç katılmadığını belirten 191 (%74) kişi, biraz katıldığını belirten 55 kişi (%21,3), oldukça katıldığını belirten 11 kişi (%4,3), tümüyle katıldığını belirten 1 kişi (%0,4) olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların “sağlık sorunu yaşadığımda ilaç tedavisi ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini eşit oranda kullanırım” sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde, bu ifadeye hiç katılmayan 198 kişi (%76,7), biraz katılan 48 kişi (%18,6), oldukça katılan 10 kişi (%3,9) ve tümüyle katılan 2 kişi (%0,8) olduğu saptanmıştır. Ayrıca “tamamlayıcı tedavilerin daha kolay ulaşılabilir olduğuna inanırım” sorusuna ise 89 kişi, (%34,5) hiç katılmadığını, 79 kişi (%30,6) biraz katıldığını, 79 kişi (%30,6) oldukça katıldığını, 11 kişi (%4,3) de tamamen katıldığını söylemiştir.

Katılımcıların “ilaç tedavisinin tamamlayıcı tedaviden daha etkili olduğunu düşünürüm” sorusuna verilen yanıtlara bakarsak, bu soruya 7 kişinin (%2,7) hiç katılmadığı, 30 kişinin (%11,6) biraz katıldığı, 112 kişinin (%43,4) oldukça katıldığı, 109 kişinin ise (%42,2) tümüyle katıldığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların “sağlık sorunu yaşadığımda yalnızca ilaç tedavisi kullanırım” sorusuna yanıtlarına bakarsak; 13 kişinin (%5) hiç katılmadığı, 66 kişinin (%25,6) biraz katıldığı, 103 kişinin (%39,9) oldukça katıldığı, 76 kişinin (%29,5) tümüyle katıldığı tespit edilmiştir. “Çevremdekilere tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullanmalarını öneririm” sorusuna verilen yanıtlara bakarsak; bu soruya 70 kişinin (%27,1) hiç katılmadığı, 145 kişinin (%56,2) biraz katıldığı, 35 kişinin (%13,6) oldukça katıldığı, 8 kişinin (%3,1) tümüyle katıldığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların “ilaç tedavisinin tek başına faydalı olmayacağına inanırım” sorusuna verdiği cevaplar incelendiğinde, bu soruya 178 kişinin (%69) hiç katılmadığı, 61 kişinin

(%23,6) biraz katıldığı, 14 kişinin (%5,4) oldukça katıldığı, 5 kişinin ise (%1,9) tümüyle katıldığı tespit edilmiştir.

Tablo-26: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının GETAT Yöntemlerinin Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyi Sorularına Göre Dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	Ortalama $\pm$ SS	T	P
Hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalanır mısınız?	Hayır	2	7,71 $\pm$ 1,62	-14,202 0,001
	Evet	06	13,30 $\pm$ 4,63	
Hekiminizle GETAT yöntemi kullandığınızı paylaşıyor mısınız?	Evet	04	12,56 $\pm$ 4,81	1,077 0,282
	Hayır	54	11,91 $\pm$ 4,73	
Aile hekiminizin geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilmesini ve gerekli hallerde önermesini ister miydiniz?	Evet	64	13,74 $\pm$ 4,74	8,442 0,001
	Hayır	4	9,44 $\pm$ 3,38	
Hipertansiyon tedavisinde fitoterapötik (bitkisel) ürünleri kullanma durumunuz	Kullanmam	7	8,26 $\pm$ 2,03	-11,880 0,001
	Kullanırım	99	13,35 $\pm$ 4,70	

***Bağımsız Örneklem t Testi kullanılmıştır

Katılımcıların bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplarla TTTÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelenmesi için bağımsız örneklem t testi karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Buna göre, hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalanıp faydalanmama durumu bakımında TTTÖ ölçek ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001<0,05$). Buna göre hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalananların (Ort.=13,30) GETAT uygulamalarından faydalanmayanlara göre (Ort.=7,71) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha yüksektir.

Hastaların hekimiyle GETAT yöntemi kullanımını paylaşıp paylaşmamaları bakımından TTTÖ ölçek ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,282>0,05$). Buna göre

hastaların hekimiyle GETAT yöntemi kullanım durumunu paylaşp paylaşmamaları tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarını değiştirmemektedir.

Katılımcıların aile hekiminin geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilmesini ve gerekli hallerde önermesini isteyip istememesinin TTTÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p=0,001<0,05**). Buna göre; aile hekiminin geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilmesini ve gerekli hallerde önermesini isteyenlerin (Ort.= 13,74) istemeyenlere göre (Ort.=9,44) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının daha yüksek ve etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların hipertansiyon tedavisinde fitoterapötik (bitkisel) ürünleri kullanma durumu bakımından GETAT ölçek ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p=0,001<0,05**). Buna göre, Ort. (bitkisel) ürünleri kullananların (Ort.=13,35) kullanmayanlara göre (Ort.=8,26) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının daha yüksek ve etkili olduğu söylenebilmektedir.

Tablo-27: Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Puanlarının Hasta Bilgi Düzeyi Sorularına Göre Dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	Ortalama ±SS	F	P
Hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarının kullanılabil-diğini biliyor musunuz?	Hayır	8 8,42±2,34	39,602	0,001
	Sadece duydum	06 10,90±3,63		
	Kısmen biliyorum	14 14,61±5,03		
GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	65 13,78±4,80	43,376	0,001
	Hayır	6 7,5±1,76		
	Bir fikrim yok	7 11,12±3,06		
Kullandığınız GETAT uygulamalarının yan etkilerini ve	Evet	21±4,24	67,298	0,001
	Kısmen	4 15,71±4,37		

kullanmamanız gereken durumları biliyor	Hiç	68	10,20±3,58
musunuz?	Gerekli olduğunu bilmiyordum	6	11,68±4,48
Hekiminizle GETAT yöntemi kullandığınızı paylaşılmama nedeniniz?	Doktorumdan olumsuz tepki alacağımı düşündüm		17,85±7,71
	Özel bir nedeni yok	20	11,67±4,57

****Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır

Hasta bilgi düzeyi değişkenleri bakımından TTTÖ puanı arasında anlamlı farklılık olup olmadığının bulmak için ikiden fazla grup karşılaştırmalarında One Way ANOVA (Varyans Analizi) uygulanmıştır. Varyansların homojen olduğu durumda Post-Hoc (Çoklu karşılaştırma) testlerinde Scheffe testi, homojen olmadığı durumda ise Tamhane's T2 testi uygulanmıştır. Buna göre, hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarının kullanılabildiğini bilip bilmeme durumu bakımından ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.001<0.05$). Buna göre, hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarının kullanılabildiğini sadece duyanların (Ort.=10,90) hiç bilmeyenlere göre (Ort.=8,42) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kısmen bilenlerin (Ort.=14,61); sadece duyanlara (Ort.=10,90) ve hiç bilmeyenlere göre (Ort.= 8,42) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılardan GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünüp düşünmeme durumuna göre ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001<0,05$). Sonuç olarak, GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu bilenlerin (Ort.=13,78); faydalı olduğunu düşünmeyenlere (Ort.=7,5) ve bu konu hakkında bir fikri olmayanlara göre (Ort.=11,12) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılanlardan kullandıkları GETAT uygulamalarının yan etkilerini ve kullanmamaları gereken durumları bilip bilmeme durumları bakımından ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001<0,05$). Buna göre, GETAT uygulamalarının yan etkilerini ve kullanmaması gereken durumları bilenlerin (Ort.=21,00); hiç bilmeyenlere (Ort.=7,5) ve

kısmen bilenlere göre (Ort.=15,71) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hekimleriyle GETAT yöntemi kullanım durumunu paylaşmama nedeni bakımından ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0.003<0.05$). Buna göre, hekimiyle GETAT yöntemi kullandığını paylaşmama nedeni doktorundan olumsuz tepki alacağını düşünenlerin (Ort.= 17,85); gerekli olduğunu bilmeyenlere göre (Ort.=11,68) ve özel bir nedeni olmayanlara göre (Ort.=11,67) tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha yüksek bulunmuştur.



5. TARTIŞMA

Sağlık sorunlarına çözüm arayışı içinde olan hastaların, modern tıp uygulamaları dışında onaylanmış farklı şifa yöntemlerini de tercih etmeleri ve GETAT uygulamaları kullanımının Türkiye’de ve dünya genelinde hızla artması hekimlerin de konuya olan ilgisini arttırmaktadır. Hipertansiyon, sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, yaygın prevelansı ve yüksek mortalite oranlarıyla kronik hastalıklar arasında çok önemli yer tutar. Hipertansiyon hastalığının klinik ilerleyişini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerden olan GETAT yöntemlerini kullanacak hastaların ve hekimlerinin bu yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olması tedavi başarısı ve istenmeyen durumların önüne geçilmesi bakımından önemlidir. Yöremizdeki hipertansiyon hastalarının GETAT yöntemleri kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını ortaya koymayı amaçladığımız bu araştırmada katılımcıların yaşları sıklıkla 50-59 yaş aralığında dağılım göstermekte olup evliler ve kadınlar çoğunlukta idi. Katılımcıların çoğunluğu ilçe merkezlerinde yaşamakta olup, eğitim seviyesi ortaokul-lise ve üniversite ve üzeri seviyede olanlar çoğunlukta idi. Hastaların çoğu tek çeşit hipertansiyon ilacı kullanmakta idi ve yarısının ek kronik hastalığı vardı. Birden fazla ilaç kullananların ve eğitim durumu okur-yazar seviyesinde olanların GETAT kullanımıyla ilgili tutumları daha olumluydu.

Gökçe ve ark.’nın çalışmalarında %63’ü kadın, %74,8’i ilköğrenim seviyesinde, %47,9 ek hastalığı olan katılımcıların yaş ortalaması 61 ve HT tanı süresi 1-5 yıldır (36). Terkeş ve ark. çalışmalarında katılımcıların yaş ortalamasının 59, tanı süresinin 10,9 yıl olduğu, %81’inin evli, %53’ünün kadın, %77,3’ünde hipertansiyon harici kronik hastalık tespit edilmiş (37). Efe ve ark. çalışmalarında katılımcıların %77,9’unun kadın, hastalık yılı ortalaması 9,9 yıl olup, hepsinin bir veya daha fazla kronik hastalığı olduğu bulunmuş (50). Güven ve ark.’nın çalışmasında ise katılımcıların %68,9’unun kadın olup %30,1’i 60-69 yaş aralığında dağılım göstermiştir (52). Literatüre benzer biçimde bu çalışmada da Türkiye’de yapılmış olan prevalans çalışmalarında görüldüğü gibi hipertansiyonun kadınlarda ve 50 yaş üstünde daha sık görüldüğü bulunmuştur (15). Yine Şanlıurfa’da yapılmış olmasına rağmen Dağ ve Kahraman hastanelere başvuran hipertansiyon hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, aile sağlığı merkezlerinde yürütülen çalışmamızdan farklı şekilde erkek hastaların oranını kadınlara göre daha fazla bulmuştur (60). Bu durum aile sağlığı merkezlerinin daha kolay ulaşılır olması ve kadınların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda bu merkezlere erkeklerden daha sık başvurmasından kaynaklanabilir.

Literatüre benzer şekilde (36,59,85) bu çalışmada üniversite ve daha ileri seviyede eğitim almış kişilerin tamamlayıcı tedavileri kullanmaya ilişkin tutumları okuryazar ve ilkokul mezunu olan kişilerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Köy-kasaba gibi yerleşim merkezlerinden katılımcı sayımızın az olması, il merkezinden, eğitim düzeyi yüksek katılımcı sayısının fazlalığı gibi nedenler bu sonuca yol açmış olabilir. Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe, daha bilinçli ve temkinli bir yaklaşımla konuyu araştırmaları nedeniyle GETAT yöntemlerine karşı sorgulayıcı davranıyor da olabilirler. Başka bir deyişle eğitim düzeyi yüksek kişilerin, GETAT yöntemlerinin hipertansiyonda kullanımıyla ilgili kısıtlılıklardan, olası yan etkilerinden ve bu yöntemlerin ehil olmayan kişilerce de uygulanabilmesinden kaynaklı olumsuz tutum geliştirmiş olabildikleri de düşünülmektedir.

Bu çalışmada literatürdeki bazı çalışmalarla benzer şekilde cinsiyet, yaş, medeni hal, meslek, yaşanılan yer, gelir düzeyi, ek kronik hastalıkların varlığı gibi sosyodemografik özelliklerle, tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik geliştirilen tutum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (59,104). Farklı şekilde Gökçe ve arkadaşlarının çalışmasında (36) yaşın artması ve gelir düzeyinin azalması durumunda; Güven ve ark.'nın çalışmasında ise ileri yaşlarda, kadınlarda, ek kronik hastalığı olanlarda ve kasabada yaşayanlarda GETAT yöntemleri kullanımıyla ilgili tutum puanları daha fazla bulunmuştur (52).

Bu çalışmada katılımcıların %33,3 'ünün hipertansiyon ilacını düzenli kullanmadığı ve ilaç uyumlarının düşük olduğu görülmektedir. Kretchy ve ark.'nın hipertansiyon hastaları üzerinde yaptığı çalışmada %93 gibi yüksek bir oranda ilaç uyumsuzluğu bildirilmiş ancak ilaç uyumsuzluğunun GETAT ile anlamlı ilişkisi olmadığı, hipertansif hastalarda yüksek ilaç uyumsuzluğunun nedenlerini ortaya koyamaya yönelik ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (94).

2010 da Krousel-Wood ve ark.'nın çalışmasında, siyahi hastalarda antihipertansif ilaç kullanımına uyumun düşük olması ile GETAT yöntemlerinin kullanımı arasında ilişki olduğu, bu grup hastaların GETAT yöntemlerini daha çok kullandığı bulunmuştur (118).

Aşılar ve Gözüm çalışmalarında katılımcıların antihipertansif tedaviye uyumlarının iyi olduğu ve genelde besin temelli tamamlayıcı yaklaşımları kullanan hastaların, kullandıkları bu ürünlerin ilaç uyumuna etkisi olmadığını bildirmişlerdir (53).

Bizim çalışmamızda hipertansiyon ilacını düzensiz kullanan veya hiç kullanmayanların TTTÖ puanları düzenli kullananlardan anlamlı şekilde yüksekti. Bu grup hastaların GETAT yöntemlerini tercih etmeleri ve kullanıyor olmaları, hipertansiyon ilaçlarını aksatmalarına ya da hiç kullanmamalarına sebep oluyor olabilir. Hipertansiyon hastaları hipertansiyonun yol açabileceği ölüm dahil tüm komplikasyonlar konusunda ayrıntılı şekilde bilgilendirilmeli ve ilaçların düzenli kullanımının önemi anlatılmalıdır.

Bu çalışmada hastaların %79,8'inin hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamalarından faydalandığı görülmüştür. Şanlıurfa'da yapılan başka bir çalışmada ise çalışmamızdakinden nispeten düşük olmakla birlikte %65,9 gibi yine yüksek oranlar bildirilmiş olması, yöremizde hipertansiyon hastalarınca GETAT yöntemleri kullanımının yaygın olduğuna dikkat çekmektedir (60). Gökçe ve ark.'nın yaptığı çalışmada benzer şekilde hastaların yarısından fazlasının (%64,8) GETAT yöntemlerinin faydalı olduğuna inandığı ve hastaların yarısından fazlasının hipertansiyon tedavisinde bu yöntemleri kullandığı saptanmıştır (36). Bu yöntemlerin kullanılma oranını Terkeş ve ark. %57,5(37); Efe ve ark. (50) %74,7; Toprak ve Demir (51) %63,9; Güven ve ark. (52) %52,7; Aşıl ve Gözüm (53) ise %42,7 şeklinde bildirmiştir. Özer ve Bakır'ın dahiliye polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan çalışmalarında ise hastaların, %56,5'inin GETAT yöntemlerini kullandığı bildirilmiştir (59). Bu sonuçlara bakarak ülkemizde GETAT yöntemlerinin rağbet gördüğü söylenebilmekle birlikte, çalışmamızda ortaya koyduğumuz hipertansiyon hastalarının GETAT kullanım oranının, Türkiye'deki benzer çalışmalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Sosyokültürel özellikler nedeniyle geleneklerin bu tutum üzerinde etkisi olabilir.

Yurt dışı çalışmalara bakıldığında Ali-Shtayeh ve ark. (54) Filistin'den hipertansiyon hastalarının GETAT kullanım oranını çalışmamızdan daha yüksek şekilde %85,7 olarak bildirmiştir. İbrahim ve ark. (55) Irak'ta bu oranları %65,5; Shafiq ve ark. (56) Hindistan'da %63,9; Gohar ve ark. (57) Birleşik Krallık'ta %43,1; Amira ve Okubadejo (58) Nijerya'da %39,1 şeklinde bildirmişlerdir.

Korede halkın %86'sının Kore geleneksel tıbbını kullandığı bildirilmiştir (89). Kes ve ark.'nın çalışmalarına göre hipertansiyon hastalarının GETAT yöntemlerini kullanım sıklığı 10 ülke verilerine göre %12,8-%85,7 oranlarında değişmektedir (62). GETAT yöntemlerinin kullanımını araştıran çalışmalarda, ABD, Almanya, İsviçre, Küba, Japonya, Şili gibi ülkelerde popülasyonun yarısına yakını GETAT'ı çoğunlukla yılda en az bir kere kullandığını bildirilmiştir (5,45). Bu çalışmamızda ise katılımcılar en çok %38,4 oranıyla bu yöntemleri ayda 1-2 kez kullandığını, ikinci sırada ise %31 oranıyla günlük kullanım olduğunu ifade etmiştir.

Çalışmamızda hastaların %65,1'i kullandığı GETAT yöntemlerinin yan etkilerini ve kullanmaması gereken durumları bilmediğini ifade etmiştir. Bu sonuca göre hastaların çoğunun kullandığı GETAT yönteminin yan etkilerini bilmemeleri ve bu konuda bilgilendirilme ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Yeşilada, bitkisel ilaçların kullanılan diğer ilaçlarla etkileşime girebileceğini, hastanın kullandığı ilaçların etkisini artırıcı ya da azaltıcı etkileri olabileceğini bildirmiştir (93). Kretchy ve arkadaşlarının Gana'da yaptığı çalışmada bitkisel yöntemler kullanan hastalarda ilaç yan etkisi görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (94). Ergün ve ark. (102) ve Gezmen Karadağ ve ark. da bu yönde benzer yönde görüş bildirmişlerdir (101).

Çalışmamızdaki hastaların %59,7'si ve yine yakın zamanda yapılan başka benzer bir çalışmada da (49) katılımcıların yine yarısından biraz fazlası, GETAT yöntemlerini kullandıkları bilgisini hekimleriyle paylaşmadığını ifade etmiştir. Güven, Ş.'nin (52) ve Koç ve ark.'nın (96) yaptığı çalışmalarda bizim çalışmamızdan oldukça yüksek oranlarda hastaların hekimleriyle GETAT kullanım bilgisi paylaşmadıkları bildirilmiştir (sırasıyla %72 ve %92). 2010 yılları başlarında yapılan benzer çalışmalarda da hastaların kullandıkları GETAT yönteminden sağlık çalışanlarına bahsetmedikleri ya da daha düşük oranlarda bildirdikleri görülmektedir (54,94,95). Türkiye'de henüz aile hekimliği uygulamasının yeni olduğu dönemlerde yapılan çalışmalarda hastaların hekimleriyle GETAT yöntemleri kullanım durumlarını paylaşmamama oranlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışmamızda katılımcıların %46,7'si, hekimlerine bu durumu bildirmemeye özel bir gerekçe belirtmemiş, %33,1'i gerekli olduğunu bilmediğini, %3,2'si doktorundan olumsuz tepki alacağını düşündüğünü bildirmiştir. Kocabaş ve ark. da çalışmalarında da katılımcılar büyük oranda doktorlarına GETAT yöntemi kullandıklarını bildirmeye gerek duymadıklarını ifade etmişlerdir. Doktorlarının kendilerini bu yöntemleri kullanıp kullanmadıkları hakkında sorgulamaması, doktorun bu konuyla ilgilenmediğini zannetmeleri ve vaktini almamak istemeleri, ya da tasvip etmeyeceğini düşünmeleri de gerekçe olarak bildirilmiştir (104).

Çalışmamız yakın tarihte yapılmıştır ve bu konudaki oranlarımız eski çalışmalara göre daha umut vericidir. Aile hekimliği uygulamasının sağladığı sürekli ve sağlıklı hasta hekim iletişiminin bu duruma katkısı olmuş olabilir. GETAT yöntemleri konusunda yapılan çalışmaların hekimlerin farkındalıklarını ve bu konuda toleranslarını arttırıyor olması da hastaların GETAT yöntem kullanım durumlarını hekimle paylaşmaya teşvik edici diğer bir iyileştirici faktör olabilir. Yine de hastaların GETAT yöntemleri kullanma durumlarını hekimleriyle paylaşma oranlarının düşük olduğu ve bunun gerekliliği ve önemine dair bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar GETAT uygulamaları hakkında bilgi kaynaklarını; birinci sırada arkadaş/çevre (%38), ikinci sırada internet/medya (%36,8) olarak bildirmişlerdir. Hekimlerinden bilgi alma veya sağlık bakanlığının bu konuda düzenlediği eğitimlerinden faydalanma oranı oldukça düşüktür. Gökçe ve ark. yaptığı çalışmada da bilgi kaynağının en çok sağlık çalışanı dışı kişiler olduğu görülmüştür (36). Aksoy çalışmasında katılımcıların kullanıyor olduğu GETAT yöntemleri hakkında bilgi kaynaklarından ilk iki sırada aile/yakın akraba ve TV/Radyo olduğunu bildirmiştir (49).

İnternet, arkadaş, yakın çevre gibi GETAT uygulamaları konusunda yetkin olmayan kaynaklardan alınan bilgiler eksik veya hatalı olabileceğinden bu konuda hasta ve hekimlerin bilgilendirilmesini sağlamak için sürekli ve düzenli eğitimlerin planlanması katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %64'ü GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünmekte olup, en sık kullandıkları GETAT uygulamaları fitoterapi (%73,6), kaplıca (%14,3), kupa (%8,5), müzik terapi (%6,2), akupunktur (%3,8), apiterapi (%5) uygulamalarıdır. Güven ve ark. çalışmalarında bitkisel tedavileri kullanma oranını %70,1 bildirmişlerdir (52). Gökçe ve ark.'nın çalışmasında (36) hastaların tamamı bitkisel olmak üzere ve bu yöntemleri haftada iki kez (%43,1) kullandığı görülmüştür. Bu çalışmadaki sonuçlarla karşılaştırdığımızda hipertansiyonda GETAT yöntemleri kullanma oranı ve GETAT yöntemlerini faydalı bulma oranı, yine GETAT kullanma sıklığı benzer şekilde yüksek çıksa da bu çalışmada GETAT kullanma oranı daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca bu çalışmada hastaların kupa ve kaplıca tedavisi gibi yöntemleri de hastalıklarının tedavisi için kullandığını söylese de Gökçe ve ark. çalışmasında sadece fitoterapi kullanıldığı bildirilmiştir (36).

Bitkisel ürünlerin GETAT uygulamaları arasında en sık kullanılanlar arasında olduğu (36,58,62) ve hipertansiyon hastalarının da bu yöntemleri kullandıkları, literatürde diğer sık kullanılan uygulamalar arasında akupunktur, besin takviyeleri, aromaterapi, yoga, Tai Chi de bulunmakta olup (63), Türkiye'den bir çalışmada bitkisel ürünlerin kronik hastalıklarda tedavi yöntemi olarak ilk sırada tercih edildiği bildirilmiştir (90).

Bu çalışmada bitkisel ürünlerden en sık kullanılanlar %65,5 oranla sarımsak, %64,0, limon, %35,3 oranla zeytinyağıdır. Şanlıurfa'da yapılan başka bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde limon (%13,8) ve sarımsağın (%1,4) en fazla kullanılan ürünler olduğu bildirilmiştir (60). Literatürden başka bir çalışmada ise en sık tercih edilen ürün ıhlamur olup bu yöntemin yaşanan

toplumun kültürüne ait olduğu, diğer yöntemlerin de aile ve yakın akrabalarından öğrenildiği bildirilmiştir (49). Akpınar ve Tezel Türkiye'deki hipertansif hastaların %86,9 oranında doğal yöntem kullandıklarını; sarımsak (%44,3), limon suyu (%42,5) ve zeytin ağacının yaprağını kaynatıp suyunu içme (%23,9) şeklinde tedavi yöntemleri kullandığını bildirmişlerdir (65). Toprak ve Demir, hipertansif hastaların tansiyonları yükseldiğinde sarımsaklı yoğurt (%27,8), limon ve greyfurt gibi ekşi yiyecekler (%25,8), ayran (%5,6) ve/veya kekik suyu (%2,8) kullandığını göstermişlerdir (51).

Bahar ve ark.'nın çalışmasında %33,6 oranında sade limon suyu, ikinci sıklıkla sarımsakla birlikte limon suyu kullanıldığı bildirilmiştir. Kullanılan diğer ürünler arasında zeytin yaprağı, nar ekşisi, maydanoz, lavanta bulunmaktadır (64).

Efe ve ark.'nın çalışmasında ise fitoterapi yöntemi olarak limon kullanım oranı %76, sarımsak %59,1, yeşil çay %5,6, zeytinyağı %4,2 şeklinde bildirilmiştir (50). Biçen ve arkadaşları da benzer şekilde limon ve sarımsağın sık kullanıldığını bulmuşlardır (61). Aynı çalışmada adaçayı, ökse otu, ısırgan ve kekik gibi ürünleri de hastaların kullandıkları görülmüştür. Bu çalışmada hipertansiyonda GETAT yöntemlerinden fitoterapinin özellikle de limon ve sarımsağın sık kullanıldığı bildiren literatürle uyumlu sonuçlar ortaya konmuştur (50,60,61,64).

Literatürden farklı şekilde bu çalışmada zeytinyağı kullanım oranları da yüksek bulunmuştur. Bu durum yöremizde zeytin üretiminin fazla olması, zeytinyağının faydalarının eski zamanlardan beri çok iyi biliniyor olmasından kaynaklanabilir.

Romani ve ark. sızma zeytinyağının, kardiyoprotektif etkilerini, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için ideal bir diyet modeli olduğunu (82), Massaro ve ark. yüksek oleik asit ve antioksidan polifenol içeriği nedeniyle zeytinyağının kuvvetli anti hipertansif etkilerini ortaya koymuştur (83). Aromaterapotik ürünlere dair Oboh ve ark. limon, portakal kabuklarından alınan uçucu yağların hipertansiyon ve tip 2 diyabet ilişkili enzimler üzerinde inhibitör etkileri olduğunu göstermişlerdir (84).

Bazı çalışmalarda sarımsağın antihipertansif etkilerine ilişkin bulgularda kesin kanıtlara ulaşamadığı ya da tutarsızlıklar olduğu bildirilmekle birlikte (46,67,68,73,97,100) yapılan pek çok çalışmada hipertansif hastalarda kan basıncı üzerinde sarımsağın kuvvetli olumlu etkiler oluşturduğu (70,71,72,73,75,76) gösterilmiştir.

Bu yönleriyle hipertansiyon tedavisinde sarımsak kullanımının olumlu etkilerinin ve olası yan etkilerinin klinikte hekimler tarafından bilinmesi ve önerilmesiyle hastalara katkılar sunulabilir.

Irfan ve ark. çalışmalarında fermente sarımsağın trombosit agregasyonunu belirgin şekilde inhibe ettiğini (77), Dülger ise sarımsak, zencefil gibi ürünlerin antikoagülan veya antitrombotik ilaçların etkinliğini artırarak kanamalara neden olabileceğini bildirilmişlerdir (79). Ayrıca sarımsağın trombosit agregasyonunu inhibe edip varfarinle etkileşime girebileceğini ve cerrahi sonrası gelişen spontan kanamalar ile cerrahi girişim öncesi ve sonrası tüketilen sarımsak ile ilişkilendirildiği de bildirilmiştir (80,81). Çalışmamızda da olduğu gibi sık kullanılan fitoterapi yöntemlerinden olan sarımsakla ilgili yapılan çalışmalardan, yan etki olasılığından dolayı hastaların sarımsağı kullanırken dikkatli olmaları gerektiği görülmektedir (77,79,80,81).

Bu çalışmada hastaların çoğunluğu (%74) bir sağlık problemi olduğunda ilk etapta GETAT yöntemlerini tercih etmediklerini bildirmiştir. Kocabaş ve ark. (104) da çalışmalarında benzer sonuçlar bildirilmişlerdir. Aksoy'un çalışmasında da öncelikle doktora müracaat etme oranları oldukça yüksektir (%79,2) ve aynı çalışmada hastalar GETAT uygulamalarından da faydalandıklarını (%20,4) ve önerilmesi halinde bu yöntemleri kullanabileceklerini bildirenlerin oranı %40 olarak bildirilmiştir (49).

Bu çalışmada GETAT yöntemi kullanma nedeni olarak katılımcıların çoğunluğu, ilaç tedavisine destek olması için (%43), ikinci sıklıkla yakınının tavsiyesi üzerine kullandığını belirtilmiştir (%39,9). Özer ve ark.'nın çalışmasında (59) daha düşük oranda (%28,3) doktor tarafından verilen tedaviye yardımcı olması amacıyla kullanım bildirilmiştir. Güven ve ark. da GETAT yöntemlerini tansiyonu düşürücü olarak (52) tercih ettiklerini bildirmiştir. Diyabette şeker seviyesin düşürmek (86), kanserde tedaviye bağlı olumsuz etkileri gidermek gibi farklı amaçlarla kullanımlar da bildirilmiştir (87). Gökçe ve ark. çalışmasında katılımcıların GETAT yöntemlerinin ilaçlardan daha etkili olduğunu düşündüklerini (%27,3) ve yan etkilerinin ilaçlardan daha az olduğu için (%20) bu yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (36).

Güven ve ark. çalışmasında GETAT kullananların %90'ı, kullandığı yöntemin tansiyon düşürücü etkisine inandığını belirtmiştir (52) Çalışmamızda da hastaların GETAT yöntemlerini çoğunlukla tedavilerine yardımcı olarak kullanımının yaygın olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada hipertansiyon tedavisinde GETAT uygulamaları kullanılabildiğini duyanların, hiç bilmeyenlere göre bu yöntemleri kullanmaya yönelik tutum puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kısmen bilenlerin; sadece duyanlara ve hiç bilmeyenlere göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutum puanları daha yüksektir.

Literatürle uyumlu şekilde bu çalışmada GETAT uygulamalarını, yan etkilerini ve kullanılmaması gereken durumları bilenlerin ve bu yöntemlerin faydalı olduğunu düşünenlerin, bu konu hakkında bir fikri olmayanlara, kısmen bilenlere ve bu yöntemleri faydalı bulmayanlara göre kullanma eğilimleri yüksektir (59,91,92). Hangi durumda, hangi yöntemlerin, kimler tarafından uygulanabileceği konusunda farkındalık sağlayacak ve bilgi düzeylerini arttıracak eğitimlerin düzenlenmesi, hastaların bu konuda olumlu tutum geliştirmesini sağlayabilir.

Bu çalışma bulgularına göre hipertansiyon ilacı kullanmayan hastalar, hipertansiyon ilacını düzenli olarak kullanan kişilere göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik daha olumlu tutuma sahiptir.

Hipertansiyon tedavisinde üç farklı ilaç kullananlar, tek ilaç kullananlara göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik daha olumlu tutum göstermektedirler. Bu durum, mevcut tedaviden istenilen şekilde olumlu yanıt alınmadığı hallerde hastaların farklı destek yöntemleri arayışına girebildiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlası aile hekiminin GETAT yöntemlerini bilmesi ve gerekli hallerde önermesi gerektiğini düşünmekteydi ve bu grupta GETAT yöntemleri kullanma eğilimi daha yüksekti.

Literatürde gevşeme teknikleri ve yoga gibi bazı psikolojik ve/veya fiziksel uygulamaların hipertansiyonlu kişilerde kan basıncını düşürmeye yardımcı olabileceği, hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla karşılaştırılabilir etkilere sahip olmadığı da bildirilmiştir (47).

Literatürde bir sistematik derlemede genel gevşeme tekniklerinin kan basıncında küçük azalmalarla sonuçlandığı ancak birçok çalışmanın iyi tasarlanmayıp sonuçların tutarsız olduğu, gevşeme teknikleri ile kan basıncının düşmesi arasındaki ilişkiye dair kanıtların zayıf olduğu kanaati bildirilmiştir (98).

Bu çalışmada katılımcıların 2. sırada en çok kullandıkları GETAT yöntemi kaplıca tedavisidir. Yuan ve ark.'nın bildirdiği meta analizde doğal termal kaplıca tedavisinin hipertansif hastalar üzerinde hiçbir olumsuz etkisi olmadığı ve genellikle olumlu etkileri olduğunu gösterilmiştir (112). Yine kaplıcanın tansiyon düşürücü olduğunu belirten bir çalışma da mevcuttur (109). Literatürde kaplıca tedavisinin etkinliğini göstermeye yönelik daha fazla kontrollü çalışma gerekliliği olduğu da vurgulanmaktadır (111). 2003 yılında Shin ve ark. yaptığı çalışmada ilaç tedavisi ile kontrol altına alınan hipertansiyonu olan hastalara uygulanan 10 dakikalık jakuzi tedavisi sonucunun muhtemelen güvenli olduğu hastaların bu yöntemle rahatlatılabileceği bildirilmiştir (116).

Bu çalışmada hipertansiyon tedavisinde akupunktur yöntemini tercih edenlerin oranı %3,8 idi. Huimin ve ark.'nın 2019'daki çalışmasında değişken kalitede 15 sistematik derlemeye dayanan mevcut kanıtların, akupunkturun sistolik ve diyastolik kan basıncını azaltmakta konvansiyonel tedaviye yararlı bir yardımcı tedavi olarak kabul edilebileceğini, akupunkturun ciddi yan etkiler olmaksızın güvenli bir prosedür olabileceği bildirilmiştir (107). Wenhao ve ark. 2021 yılında kulak akupunkturu müdahalesinin, hipertansiyondan muzdarip hastalarda hemodinamik tepkileri iyileştirdiğini bildirmişlerdir (108). Wang ve ark. da çalışmalarında konvansiyonel batı tıbbi ile birlikte sürekli akupunkturun kombine tedavisinin tek başına batı tıbbına kıyasla primer hipertansiyonun kontrolü üzerinde daha iyi etki sağladığını ve anti-hipertansif etkinin muhtemelen endotelinin azalması ve nitrik oksit artışıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (117). Niu ve ark. da çalışmalarından antihipertansif ilaç kullanımıyla birlikte masaj ve akupunkturun kontrendikasyonu olmayan kişilerde yüksek tansiyonun kontrolünde fayda sağlayabileceği sonucunu bildirmiştir (113).

Pimentel ve ark. sistematik incelemelerinde akupunktur, elektroakupunktur veya elektrostimülasyon tedavisi ile kardiyovasküler sistemin yanıtında bir iyileşme olsa da çalışmaların heterojenliğinin her bir spesifik hastalık için uygulamada standardizasyona izin vermediğinden HT'da akupunktur kullanımı için daha ileri çalışmaların gerektiğini bildirmişlerdir (12).

Bu çalışmada katılımcıların %8,5.'nin kupa tedavisi kullandığı görülmektedir. Literatürde kupa tedavisinin hipertansiyonda kullanımını inceleyen çalışmalara baktığımızda 2019'da Lu ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada çoğu yüksek metodolojik kalitede olmayan yedi randomize çalışma incelenmiş olup birkaç çalışmada, antihipertansif ilaçlara karşı tek başına hacamat uygulamasının kan basıncını ve hipertansiyona bağlı semptomları önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Mevcut kanıtlara dayanarak kesin sonuçlara varılamayacağı ve klinik önerilerde bulunulamayacağı, araştırma

projelerinin doğrulama gerektirdiği de vurgulanmıştır (25). Wang ve Xiong GETAT yöntemlerinin hipertansiyon için potansiyel faydaları ve güvenliğinin yüksek kaliteli çalışmalar ile doğrulanmasına hala ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir (115).

Çalışmamızda 16 katılımcının müzik terapisi yöntemini kullandığı görülmektedir. 2016'da Kühlmann ve ark.'nın konuyla ilgili metaanalizlerinde müzik terapi uygulanan hipertansiyon hastalarında kan basıncında azalmaya yönelik bir eğilimin olduğu ancak müzik terapi ile kan basıncının düşürülmesi arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurulamadığı bildirilmiştir. Bu güvenli, düşük maliyetli müdahalenin potansiyel değeri göz önüne alındığında, hipertansiyon tedavisinde müzik müdahalelerinin etkinliğini değerlendiren iyi tasarlanmış, yüksek kaliteli ve yeterince güçlü randomize çalışmalar gerektiği sonucuna varılmıştır (114). 2021'de Akbaş, Şebnem'in yoğun bakım hastalarına uygulanan müzik terapisinin çeşitli vital ve klinik parametreler üzerine etkinliği gösterilmiştir (74). Çadırcı, müzik terapi konusunda yapılmış birçok çalışmada yararları görülmüş olsa da klasik tedavi yanında müzik terapinin de kullanılabilmesi için kanıta dayalı daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu; hangi hastalıkta hangi müziğin daha etkin olduğu ve ne şekilde uygulanacağına dair prosedürlere ihtiyaç olduğunu bildirmiştir (13). Literatür ışığında müzik terapinin faydaları olduğu halde çalışmaların yetersizliği nedeniyle rutin tedavide kullanılamadığını ancak hipertansiyon hastalarında denenmesinin faydalı olabileceği düşünülmektedir (13).

Literatürde, yapılan çalışmalar ışığında kılavuzların HT tedavisinin temelinde öncelikle standart klasik farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerini önerdiği bildirilmiştir. Başka bir deyişle GETAT tabanlı kan basıncı azaltma yöntemleri hipertansiyon tedavisinde ilk basamak tedavi için onaylanmamış ancak destek tedavide yer alabileceği görüşü hâkimdir. Buna gerekçe olarak da MI, serebrovasküler hastalık, konjestif kalp yetmezliği gibi yıkıcı kardiyovasküler problemlerde azalma sağlayan GETAT temelli bir kan basıncı düşürücü tedavi olmaması gösterilmiştir (105).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre;

1. Hipertansiyon hastalarının %33,3'ü doktoru tarafından reçete edilen ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır.
2. Hastaların %74'ü bir sağlık problemi olduğunda ilk olarak GETAT yöntemleriyle tedaviyi tercih etmemekte, modern tıbbi yöntemleri tercih etmektedirler.
3. Katılımcıların %79,8'i hipertansiyon hastalıklarının tedavisinde GETAT yöntemlerini kullanmaktadır.
4. Eğitimleri okur- yazar seviyesinde olanların, üniversite veya üzeri seviyede olanlara göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
5. Hipertansiyon ilacı kullanmayanların kullananlara göre, düzensiz kullananların da düzenli kullananlara göre GETAT kullanımı konusunda tutumları daha olumludur.
6. Katılımcılar tarafından en çok tercih edilen GETAT yöntemleri en sık %73,6 oranı ile fitoterapi, %14,3 kaplıca, %8,5 kupa, %6,2 müzik terapi, %5 apiterapi idi.
7. Katılımcıların GETAT yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları genellikle arkadaş-çevre (%38) ve internet/medya (%36,8) şeklindedir.
8. GETAT yöntemi kullanma nedenleri en çok ilaçlı tedavisi yanında destek olması için (%43) ve yakınlarının tavsiyesi (%39,9) olmuştur.
9. GETAT yöntemlerinin yan etkilerini ve kullanılmaması gereken durumları katılımcıların çoğunun hiç bilmediği (%65,1) saptanmıştır.
10. Hipertansiyon tedavisinde GETAT yöntemlerinden faydalananların, bu yöntemlerden faydalananlara bu yöntemleri kullanmaya yönelik tutum puanlarının daha yüksek bulunmuştur.
11. Aile hekiminin GETAT yöntemlerini bilmesini ve gerekli durumlarda önermesini isteyenlerin, istemeyenlere göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
12. Fitoterapotik ürünleri kullananların kullanmayanlara göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
13. Hipertansiyon tedavisinde GETAT yöntemlerinin kullanıldığını bilme düzeyi arttıkça tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.

14. GETAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünenlerin; faydalı olduğunu düşünmeyenlere ve bu konu hakkında bir fikri olmayanlara göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
15. GETAT yöntemlerinin yan etkilerini ve kullanmaması gereken durumları bilenlerin; hiç bilmeyenlere ve kısmen bilenlere göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
16. GETAT yöntemi kullandığını paylaşmama nedeni olarak; doktorundan olumsuz tepki alacağını düşünenlerin, gerekli olduğunu bilmeyenlere ve özel bir bildirmeme nedeni olmayanlara göre tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutumları daha olumludur.
17. GETAT yöntemleri çeşitli şekillerde olup ağrı, sinir sistemi hastalıkları, ameliyat öncesi ve sonrası süreçlerde, depresyon gibi durumlarda hastalar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak hastalar, modern tıbbi uygulamaları öncelikli olarak gerçekleştirme eğilimindedirler.

Öneriler

Araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilere yer verilebilir;

1. Hipertansiyon hastalarının tedavilerinde GETAT yöntemlerini de yüksek oranda tercih etmeleri nedeniyle, konuyla ilgili bilgi alabilecekleri doğru kaynakların önerilmesi ya da danışmanlık hizmetlerinin planlanması,
2. Başta aile hekimleri olmak üzere, hekimlerinin gerekli hallerde GETAT yöntemlerini hastalarına önerebilmesi, düşünenlerin, varlığında hastalarını uyarabilmeleri için bu yöntemler hakkında farkındalıklarının arttırılmasına yönelik eğitimlerin teşvik edilmesi
3. En çok tercih edilen GETAT yönteminin fitoterapi olması nedeni ile hekimlerin ayrıntılı öykü alarak bitkisel ürünlerin hastalar tarafından kullanımını özellikle sorgulamaları ve bu ürünlerin ilaçlarla etkileşime girme ihtimali nedeniyle hastaları gerekli hallerde uyarabilecek seviyede bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olabilmeleri,
4. Okuma yazma bilmeyen veya eğitim düzeyi düşük hastaların GETAT yöntemlerini daha sık tercih etmeleri nedeniyle bu gruptaki hastalara hipertansiyon ve verebileceği zararlar detaylı bir şekilde anlatılmalı GETAT yöntemlerini kullanıyorlar olmaları nedeniyle ilaçlarını aksatıyorlarsa gerekli bilgilendirmelerin yapılması,
5. GETAT yöntemlerinin uygun endikasyonda ve kontrendikasyonu olmayan hastalarda Sağlık Bakanlığı aracılığı ile sertifikalandırılmış eğitimlere katılmış, yetkin kişiler tarafından uygulanması, bu yöntemleri tercih edecek olan hastaların bu yönde farkındalıklarının arttırılması önerilir.

7. KAYNAKÇA

1. Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı ve zararları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2014; 4(3): 1-5.
2. World Health Organization. Program on Traditional, M. WHO traditional medicine strategy 2002-2005, Geneva, World Health Organization, 2002;
3. World Health Organization. Traditional and complementary medicine in primary health care, 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.37> License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Erişim Tarihi 25 Temmuz 2021];
4. Organization WH. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization; 2013;
5. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Erişim Tarihi 25 Temmuz 2021].
6. Atayoğlu AT, Alp Mİ, Uğraş Hİ, Yıldırım HH, Alp Meşe E. eds. 2. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi Özet Kitabı, 2019;
7. Gazete TR. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27, Ekim 2014;
8. NCCIH. Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> [Erişim Tarihi 22Ağustos 2021].
9. GETAT Dairesi Başkanlığı, SHGM. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Dairesi Başkanlığı İstatistiki Bilgiler 2021 Erişim adresi: <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/Eklenti/40099/0/1--istatistik-ve-bilgilendirme-sunumupdf.pdf> [Erişim Tarihi 31 Temmuz 2021];
10. Çadırcı D. Sağlıklı yaşam ve mezoterapi, In: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, S. Demirağ ed., 2. Baskı, Hipokrat Yayıncılık, 2020; 157-70.
11. Unger T, et al. International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension, 2020; 75(6): 1334-57.
12. Rodrigo de Lima P, Alice P, Duque BR, Moreira LFR. Acupuncture for the treatment of cardiovascular diseases: a systematic review. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.jams.2018.07.005>.
13. Çadırcı D. Müzik Terapisi, In: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, S. Demirağ ed, 1. Baskı, Hipokrat Yayıncılık, 2019; 199-211.

14. Hipertansiyon Klinik Protokolü. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38132,hipetansiyonkp20200723pdf.pdf?0> [Erişim Tarihi 27 Ağustos 2021].
15. Obezite TEMD, Grubu HÇ. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara, 2018;
16. Habryka C, Kruczek M, Drygaś B. Bee products used in apitherapy. World Scientific News, 2016; 254-258.
17. Oršolić N. Bee venom in cancer therapy. Cancer Metastasis Rev. 2012 Jun;31(1-2):173-94.
18. Fürst R, Zündorf I. Evidence-based phytotherapy in Europe: Where do we stand? Planta Med. 2015; 81 (12-13): 962-7.
19. Thompson T, Terhune DB, Oram C, Sharangparni J, Rouf R, Solmi M, Veronese N, Stubbs B. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. Neurosci Biobehav Rev. 2019 Apr; 99: 298-310.
20. Singh AP. Medicinal leech therapy (hirudotherapy): a brief overview. Complement Ther Clin Pract. 2010 Nov; 16 (4): 213-5.
21. Liu C, Barkley TW Jr. Medicinal leech therapy: New life for an ancient treatment. Nursing. 2015 Nov; 45 (11): 25-30.
22. Schmukler AV. Homeopathy an A to Z handbook, Llewellyn Publications, 2006; 1: 1-50.
23. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J*. 2018;18(5):866-79.
24. Salehi A, Hashemi N, Imanieh MH, Saber, M. Chiropractic: is it efficient in treatment of diseases? Review of Systematic Reviews. International Journal of Community-based Nursing and Midwifery, 2015; 3 (4):244–54.
25. Lu S, Du S, Fish A, Tang C, Lou Q, Zhang X. Wet cupping for hypertension: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Hypertens. 2019; 41 (5): 474-80.
26. Mumcuoglu KY. Clinical Applications for Maggots in Wound Care. American Journal of Clinical Dermatology. 2001; 2, 219–27.
27. Sivagnanam G. Mesotherapy- The french connection. J Pharmacol Pharmacother. 2010 Jan; 1(1):4-8.
28. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in primary care practice. Prim Care. 2010; 37 (1): 65-80.
29. Licciardone JC, Schultz MJ, Amen B. Osteopathic Manipulation in the Management of Chronic Pain: Current Perspectives. *J Pain Res*. 2020; 13:1839-47.

30. Elvis AM, Ekta JS. Ozone therapy: A clinical review. J Nat Sci Biol Med. 2011 Jan; 2(1):66-70.
31. Ernst E, et al. Reflexology: An update of a systematic review of randomized clinical trials. Maturitas, 2011; 68 (2): 116-20.
32. De Leeuw PW. 19- Isolated Systolic Hypertension. Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease (Third Edition). G. L. Bakris and M. J. Sorrentino, Elsevier, 2018; 180-8.
33. Parati G, Ochoa JE, Bilo G. Whitecoat and masked hypertension in chronic kidney disease: importance of the difference between office and out-of-office blood pressure measurements. J Am Heart Assoc, 2019; 8 (9): 12299-300.
34. Muntner P, Carey RM, Gidding S, Jones DW, Taler SJ, Wright JT Jr, Whelton PK Potential US Population Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. Circulation. 2018 Jan 9;137(2):109-18.
35. Peacock WF, Hilleman DE, Levy PD, Rhoney DH, Varon J. A systematic review of nicardipine vs labetalol for the management of hypertensive crises. Am J Emerg Med. 2012; 30 (6): 981-93.
36. Gokce H, Gürdoğan E. Complementary and alternative therapy usage status and attitudes of hypertension patients. Eurasian Journal of Family Medicine, 2019; (8): 59-68.
37. Terkeş N, et al. Use of herbal products in complementary and alternative treatment in patients with hypertension. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 2021; 12 (27): 10-7.
38. Ak N, Aksakal F. N. B. Bazı aile sağlığı merkezlerine başvuranların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili bazı bilgi ve tutumları. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, 2020; 3(2): 191- 8.
39. Nahas R. Complementary and alternative medicine approaches to blood pressure reduction: An evidence-based review. Can Fam Physician. Nov 2008; 54 (11): 1529-33.
40. Lafçı D., Kara Kaşıkçı M. Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(4): 1114-31.
41. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019 Turk Kardiyol Dern Ars 2019; 47 (6): 535-46.
42. Caner, B. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp YÜGETAT bülteni. YTH. 2019. Erişim adresi: <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-bulteni/2/> [Erişim Tarihi 20 Ağustos 2021]
43. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Tokgözoğlu L. Türk hipertansiyon uzlaş raporu 2019. Archives of the Turkish Society of Cardiology, 2019; 47 (6): 535-46.

44. Ravishankar B, Shukla VJ. Indian systems of medicine: a brief profile. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2007;4(3):319-37.
45. Park HL, Lee HS, Shin BC, Liu J, Shang Q, Yamashita H, Lim B. Traditional medicine in China, Korea, and Japan: a brief introduction and comparison. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*. 2012; 429103-4.
46. The National Center for Complementary and Integrative Health Complementary Health Approaches for Hypertension: What the Science Says, Erişim adresi: <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/complementary-health-approaches-for-hypertension> [Erişim Tarihi 10 Ağustos 2021]. May 2021;
47. Chaddha A, Modaff D, Hooper-Lane C, Feldstein DA. Device and non-device-guided slow breathing to reduce blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019; 45: 179-84.
48. Biçer İ, Yalçın Balçık P. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2019; 22 (1): 245-57.
49. Aksoy Ö. Altındağ İlçesinde bazı mahallelerde yaşayan yetişkinlerin geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi, görüş ve davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, May 23, 2019. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/490832>. [Erişim tarihi: 3 Eylül 2021]
50. Efe D, Akça N, Kiper S, Akbuğa G, Gümüş K. Spatula DD. 207 Hipertansiyonu olan özerSpatula DD. 2012; (2): 207-12.
51. Toprak D, Demir S. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey, *Behavioral Medicine*, 2007; 33 (1): 5-10.
52. Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 2 (3): 160-6.
53. Aşılar RH, Gözüm S. Hipertansif bireylerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisi. *TJFMPC* 2017; 11 (4): 235-44.
54. Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Jamous RM, Salameh NM. Complementary and alternative medicine (CAM) use among hypertensive patients in Palestine. *Complement Ther Clin Pract*. 2013 Nov;19(4):256-63.
55. Ibrahim, Inas & Hassali, Mohamed & Saleem, Fahad & Al-Tukmagi, Haydar & Dawood, Omar Thanoon. Use of complementary and alternative medicines: a cross-sectional study among hypertensive patients in Iraq. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*. 2017; 9. 10.1111/jphs.12209.

56. Shafiq N, Gupta M, Kumari S, Pandhi P. Prevalence and pattern of use of complementary and alternative medicine (CAM) in hypertensive patients of a tertiary care center in India. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 2003; 41(7): 294-8.
57. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GY, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med*. 2008 Feb 8; 8:4-5.
58. Amira OC, Okubadejo NU. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care center in Nigeria. *BMC Complement Altern Med*. 2007; 28 (7): 30-1.
59. Özer Z., Bahçecioğlu Turan G., Bakır E. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Pro Arş. Dergisi*. 2020; 2(3): 102-12.
60. Dağ İ, Selma K. Determination of the hypertension patients profiles in sanlıurfa. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 10-4.
61. Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Dilek M, Akpolat T. Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2012; 29 (2): 109-112-3.
62. Kes D, et al. Use of complementary and alternative medicine by hypertensive patients: a literature review. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016; 7 (12): 40-55.
63. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: the United States 2002. *Seminars in Integrative Medicine*. 2004; 2 (2):5 4-17.
64. Bahar et al. *Afr J tradit Complement Altern Med*, 2013; 10 (2): 292-8.
65. Akpınar RB, Tezel A. Kan basıncını düşürmede kullanılan doğal yöntemler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003; 6 (2):34–39
66. Matsutomo, T." Potential benefits of garlic and other dietary supplements for the management of hypertension (Review)". *Experimental and Therapeutic Medicine* 19.2 (2020): 1479-84.
67. Reinhart KM, Coleman CI, Teevan C, Vachhani P, White CM. Effects of garlic on blood pressure in patients with and without systolic hypertension: a meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(12):1766-71.
68. Wang HP, Yang J, Qin LQ, Yang XJ. Effect of garlic on blood pressure: a meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015; 17 (3): 223-31.
69. Ried K, Frank OR, Stocks NP, Fakler P, Sullivan T. Effect of garlic on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2008; 16 (8): 13-4.

70. Ried K. Garlic lowers blood pressure in hypertensive individuals, regulates serum cholesterol, and stimulates immunity: an updated meta-analysis and review. *J Nutr.* 2016; 146 (2): 389-96.
71. Sobenin IA, Andrianova IV, Fomchenkov IV, Gorchakova TV, Orekhov AN. Time-released garlic powder tablets lower systolic and diastolic blood pressure in men with mild and moderate arterial hypertension. *Hypertens Res.* 2009; 32 (6): 433-7.
72. Nakasone Y, Nakamura Y, Yamamoto T, Yamaguchi H. Effect of a traditional Japanese garlic preparation on blood pressure in prehypertensive and mildly hypertensive adults. *Exp Ther Med.* 2013 Feb;5(2):399-405.
73. Ried K, Frank OR, Stocks NP. Aged garlic extract reduces blood pressure in hypertensives: a dose-response trial. *Eur J Clin Nutr.* 2013; 67 (1): 64-70.
74. Akbaş Ş. Yoğun bakım hastalarına uygulanan müzik terapinin endotrakeal aspirasyon sırasındaki ağrı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 2021;
75. Chen CY, Tsai TY, Chen BH. Effects of black garlic extract and nanoemulsion on the deoxycorticosterone acetate-salt induced hypertension and its associated mild cognitive impairment in rats. *Antioxidants (Basel).* 2021; 10 (10): 1611-2.
76. Wai-Jo J, Chan, Andrew J, McLachlan Edward J, Luca, Joanna E. Harnett. Garlic (*Allium sativum* L.) in the management of hypertension and dyslipidemia-A systematic review, *Journal of Herbal Medicine*, 2020; 19: 100292-3.
77. Irfan M, Kim MK, Kwon HW, Rhee MH, Kim HK. Antiplatelet effects of garlic and chitosan: a comparative study between fermented and non-fermented preparations. *Biomedical Science Letters.* 2018; 24: 280-4.
78. Sobenin IA, Myasoedova VA, Iltchuk MI, Zhang DW, Orekhov AN. Therapeutic effects of garlic in cardiovascular atherosclerotic disease. *Chin J Nat Med.* 2019; 17 (10): 721-8.
79. Dülger, H. Herbal drugs, and drug interactions, *Marmara Pharm J.* 2012; 16: 9-22.
80. Doğan Ö, Avcı A. Herbs and drug interactions. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics.* 2018; (4): 49-54.
81. Demirtürk E, Çetin Uyanıkgil EÖ. Evaluation of the pharmacokinetics of warfarin in the triangle of food, drug, and warfarin. *Med J SDU* 2021; 28 (1): 171-8.
82. Romani A, Ieri F, Urciuoli S, Noce A, Marrone G, Nediani C, Bernini R. Health effects of phenolic compounds found in extra-virgin olive oil, by-products, and a leaf of *Olea europaea* L. *Nutrients* 2019; 11: 1776-7.

- 83.** Massaro M, Scoditti E, Carluccio M.A., Calabriso N, Santarpino G, Verri T, De Caterina R. Effects of olive oil on blood pressure: epidemiological, clinical, and mechanistic evidence. *Nutrients* 2020; 12: 1548-9.
- 84.** Oboh G, Olasehinde TA, Ademosun AO. Inhibition of enzymes linked to type-2 diabetes and hypertension by essential oils from peels of orange and lemon, *International Journal of Food Properties*, 2017; 20 (1): 586-94.
- 85.** Eric B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 2007;16 (4): 761-8.
- 86.** Kaynak İ, Polat Ü. Diabetes mellitus'lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*. 2017; 27 (2): 56- 64.
- 87.** Saghatchian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delaloge S. Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *Breast*. 2014; 23 (3): 279-85.
- 88.** Can Çiçek et al. / TFSD, Diyabetli bireylerde tamamlayıcı tedavi kullanımı ve bilgi kaynakları 2021; 2 (1): 92-103.
- 89.** Han SY, Kim HY, Lim JH, Cheon J, Kwon YK, Kim H, Chae H. The Past, present, and future of traditional medicine education in Korea. *Integrative Medicine Research* 2016; 5 (2): 73-82.
- 90.** Can G. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarına genel bakış. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, 2013; (1): 49-51.
- 91.** Öztürk R, Güleç D, Sevil Ü. Use of complementary and alternative medicine and attitudes in patients with gynecological cancers. *Gaziantep Med J*, 2016; 22 (3):141-7.
- 92.** Seyyedraşoli A, Ghahramanian A, Rahimlou Z. The relationship between knowledge and attitude of patients with chronic diseases regarding complementary Medicine. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2017; 19(5):
- 93.** Yeşilada E. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp YÜGETAT Bülteni. YTH, 2019; Erişim adresi: <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-bulteni/10/> [Erişim Tarihi 24 Ağustos 2021].
- 94.** Kretchy IA, Owusu-Daaku F, Danquah S. Patterns and determinants of the use of complementary and alternative medicine: a cross-sectional study of hypertensive patients in Ghana. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Feb 4; 14:44-5.
- 95.** Lee K, Mokhtar H, Krauss S, Ong B. Hypertensive patients' preferences for complementary and alternative medicine and the influence of these preferences on the adherence to prescribed medication. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2014; 20: 99-105.

96. Koç Z, Sağlam Z. Yaşlı hipertansif hastaların bitkisel ürün kullanım durumlarının belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2012; 15: 83-4.
97. Rohner A, Ried K, Sobenin IA, Bucher HC, Nordmann AJ. A systematic review and meta-analysis on the effects of garlic preparations on blood pressure in individuals with hypertension. *Am J Hypertens*, 2015; 28 (3): 414-23.
98. Dickinson HO, Beyer FR, Ford GA, Nicolson D, Campbell F, Cook JV, Mason J. Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 1: 4935-6.
99. Wang J, Xiong X, Liu W. Yoga for essential hypertension: a systematic review. *PLoS One*. 2013; 8 (10): 76357-8.
100. Stabler SN, Tejani AM, Huynh F, Fowkes C. Garlic for the prevention of cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; (8): 7653-4.
101. M Gezmen-Karadağ, ets. Bitkiler ve ilaç etkileşimleri Göztepe Tıp Dergisi 2013; 28 (4): 164-70.
102. Ergün GÖ, Yıldırım MY, Alparslan N. Esansiyel hipertansiyon hastalarında sosyo-ekonomik düzey farklılığı ve ilaç uyuncu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2002; 6 (4): 165-71.
103. Corp I. IBM SPSS statistics for windows, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2013;
104. Kocabaş D, Eke E, Demir M. Evaluation of the attitudes of the individuals on traditional and alternative methods in the use of health care. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2019; 19 (1): 63-80.
105. Lattanzio M, Weir M. An evidence-based appraisal of complementary and alternative medicine strategies for the management of hypertension, *Journal of Hypertension*, 2020; 38 (8): 1412-9.
106. Ersöz T. Bitkisel ilaçlar ve gıda takviyeleri ile ilgili genel yaklaşım ve sorunlar. *MİSED Türk Eczacıları Birliği Yayını*, 2012; 11 (2): 27-8.
107. Zhao H, Li D, Li Y, Yang Y, Liu Y, Li J, Mao J. Efficacy and safety of acupuncture for hypertension: An overview of systematic reviews. *Complement Ther Clin Pract*. 2019 Feb; 34:185-94.
108. Li W, Liu H, Huo C, Xu G, Zhang T, Li Z. Effects of acupuncture on the relationship between cerebral hemodynamics and arterial blood pressure in patients with hypertension. *Medicine in Novel Technology and Devices*. 2021; 12: 100093-4.

- 109.** Oshima Y, et al. Balneotherapy for Hypertension with Special Reference to the Factor Analysis of the Effects of Spa Treatment on Hypertensive Patients. *Japanese Heart Journal* 1960; 1 (4): 361-74.
- 110.** Bilge A, Uğuryol M, Dülgerler Ş, Yıldız M. Tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2018; 34: 55-66.
- 111.** Umay E, Tezelli M, Meshur M, Umay S. The effects of balneotherapy on blood pressure and pulse in osteoarthritis patients with hypertension. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2013; 19: 16-21.
- 112.** Yuan D, Yu ZX, Wang W, Chen Y. Head-out immersion in natural thermal mineral water for the management of hypertension: a review of randomized controlled trials. *International Journal of Biometeorology*. 2019; 63: 484-780.
- 113.** Niu JF, Zhao XF, Hu HT, Wang JJ, Liu YL, Lu DH. Should acupuncture, biofeedback, massage, Qi gong, relaxation therapy, device-guided breathing, yoga and tai chi be used to reduce blood pressure? Recommendations based on high-quality systematic reviews. *Complement Ther Med*. 2019; 42: 322-31.
- 114.** Kühlmann AY, Etnel JR, Roos-Hesselink JW, Jeekel J, Bogers AJ, Takkenberg JJ. Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: a quest for answers. *BMC Cardiovasc Disord*. 2016; 19 (16): 69-70.
- 115.** Wang J, Xiong X. Evidence-based chinese medicine for hypertension. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 9783-98.
- 116.** Shin TW, Wilson M, Wilson TW. Are hot tubs safe for people with treated hypertension? *CMAJ*. 2003; 169 (12): 1265-8.
- 117.** Wang YJ, Xin Zhao, Lan XD, Xu SQ Zhang LH. The anti-hypertensive effect of time acupuncture on the patients with primary hypertension: 辰时针刺对原发性高血压患者的降压效应. *World Journal of Acupuncture- Moxibustion*. 2020; 30(4): 272-6.
- 118.** Krousel-Wood, M., et al. "Adverse Effects of Complementary and Alternative Medicine on Antihypertensive Medication Adherence: Findings from the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults." *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58: 54-61.

Ek-2: Uygulama İzin Belgesi

 Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü Doküman no: EY.YD.002	BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURULARI İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Yayın tarihi: 31.01.2021 Revizyon tarihi:00 Revizyon no:00 Sayfa 1 / 2
--	---

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Suat KOÇ
Kurumu	Erzurum Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
Araştırma Yapılacak İller	Şanlıurfa
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Şanlıurfa İl merkez ve ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezleri
Araştırmanın Konusu	Hipertansiyon Hastalarının Genetik ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları
Araştırmanın Statüsü	Uzmanlık Tezi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (*) Var / () Yok Araştırmacı Dilekçesi (*) Var / () Yok Etik Kurul Kararı (*) Var / () Yok Sorumlu ve Yardımcı Araştırmacı Öz Geçmiş (*) Var / () Yok Anket, Ö Çek (Varsa) (*) Var / () Yok Anket, Ö Çek kullanım İzin Formu (*) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Verilerin toplanmasında, Hipertansiyon hastalarına GETAT yöntemleri kullanımı ile ilgili bilgileri, karar, tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere sosyo-demografik özellikleri ve bilgilerini sorgulamaya yönelik veri değerlendirme form ve anketi ve Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği kullanılacaktır.
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Temmuz – Aralık 2021
KOMİSYON KARARI	
Söz konusu Bilimsel Araştırma çalışma başvurusu Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonunca uygun görülmüştür.	
KARAR TARİHİ	06.08.2021
KARAR NO	001

Belge Doğrulama Kodu: 62588e7c-fb50-417b-9e72-7174277c3efb | Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

HİPERTANSİYON HASTALARININ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ KULLANIMINA İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARI

ORJ İNALLİK RAPORU

%**7**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**6**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**1**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

sbu.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

2

Submitted to Eskisehir Osmangazi University

Öğrenci Ödevi

<%**1**

3

acikerisim.uludag.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

www.tutad.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

5

Submitted to Trakya University

Öğrenci Ödevi

<%**1**

6

shgmgetatdb.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

7

Submitted to Okan Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<%**1**

8

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

9

acikerisim.ybu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%**1**

10	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
11	www.ttb.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
13	www.isarder.org İnternet Kaynağı	<% 1
14	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
15	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
16	media.iskur.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	birim.ailevecalisma.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
18	cms.galenos.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
19	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
20	Submitted to Girne American University Öğrenci Ödevi	<% 1

21	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<% 1
22	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
23	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	<% 1
24	openaccess.cag.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
25	www.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
26	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
27	TEKİN, Göknur. "Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi", Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016. Yayın	<% 1
28	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
29	pt.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
30	wcssr.org İnternet Kaynağı	<% 1
31	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1

32 Hacer KOBYA BULUT, Meral BEKTAŞ. "Use of Complementary Medicine in Children Receiving Chemotherapy", Journal of Traditional Medical Complementary Therapies, 2019
Yayın

33 acikerisim.tbmm.gov.tr
İnternet Kaynağı

34 dspace.trakya.edu.tr
İnternet Kaynağı

35 halksagligiokulu.org
İnternet Kaynağı

36 www.tkgm.gov.tr
İnternet Kaynağı

37 adudspace.adu.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

38 isfaw2019.isfaw.org
İnternet Kaynağı

39 ndnr.com
İnternet Kaynağı

40 tamamlayiciterapiler.meetinghand.com
İnternet Kaynağı

41 www.doczz.it
İnternet Kaynağı

www.esbl.k12.tr

42	Internet Kaynağı	<% 1
43	www.kvakademi.org Internet Kaynağı	<% 1
44	www.scopemed.org Internet Kaynağı	<% 1
45	OZTURK, Onur and SELCUK, Mustafa Yasin. "Apitherapy in Primary Care", Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, 2016. Yayın	<% 1

Alıntıları çıkar;
Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde
üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

Kapat