



**T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KRONİK BÖBREK HASTALARINDA TAMAMLAYICI TIP
UYGULAMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYDAN A. ÖZDEMİR

Tez Danışmanı:

PROF.DR. RENGİN ERDAL

ANKARA- 2009

ÖZET

Kronik böbrek hastalığı(KBH) günümüzde major halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Kronik böbrek hastalarının hastalığın veya tedavinin yol açtığı sorunlar ile baş etme yöntemi olarak tamamlayıcı tıp uygulamalarını tercih etme oranları da her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada, Kronik böbrek hastalarının tamamlayıcı tıp uygulamalarından hangilerini, ne kadar süredir kullandıkları ile kullandıkları uygulamalar hakkında bilgi edindikleri kaynakların öğrenilmesi, kullanım ile hastaların demografik özellikleri arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı Ankara, Adana Alanya, İskenderun merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi gören 388 hasta dahil edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan anket ile toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların, 204 erkek (%52,6) ve 104 kadındı (% 47,4) ve yaş ortalamaları $48,87 \pm 15,9$ (18–85, ortanca= 50) yıldır. Çalışmaya katılan hastaların %58'i tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların eğitim düzeyleri ($p=0,045$) ile tamamlayıcı tıp kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastalar tarafından uygulanan tamamlayıcı tıp yöntemlerinin maliyeti, bu yöntemlere olan inançları, bu yöntemlerin iyi gelmesi veya zararlı olma durumu, bu yöntemleri hastalıklarından önce veya sonra kullanma durumu ile hastaların hemodiyaliz tedavisi gördükleri merkez arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0,001$). Hastaların bilgi edindikleri kaynaklar ile kullandıkları yöntemler arasında anlamlı ilişki kitle iletişim araçları ile yakın çevreleri olarak saptanmıştır($p<0,001$). Bu çalışmanın sonuçları kronik hastalık tedavisi gören hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından en çok dini inançları doğrultusundaki yöntemleri tercih ettiklerini, bu uygulamaların en çok eğitim düzeyi düşük hastalarda görüldüğünü, bilgi edinmek için kitle iletişim araçları ile yakın çevresini tercih ettiklerini ve hastalık öncesinde bu yöntemleri kullananların hastalık sonrasında da kullanma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Tamamlayıcı Tıp, Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları, Hemodiyaliz

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease is accepted as one of the major public health problems. Chronic Kidney Disease patients are using complementary medicine applications to cope with the disease and its' outcomes. The percentage of complementary medicine applications' usage among Chronic Kidney Disease patients is rising every other day. The aim of this study is to gather information about the complementary medicine applications used by the Chronic Kidney Disease patients, and its' relation to demographic factors. In this study, 388 Chronic Kidney Disease patients included who are in hemodialysis therapy program at Ankara, Adana, Alanya, İskenderun Başkent University Dialysis Centers. The data is collected by interview to the patients with a questionnaire. The questionnaire is prepared according to the information gathered from other studies by the researcher. The patients' mean age is $48,87 \pm 15,9$ years and median age is 50 years with a range of 18–85 years. The participants distribution between gender is 204 male (52,6%) and 104 female (47,4%). The results of this study showed that 58 % of the participants are using one of the complementary medicine applications. Among the users of complementary medicine applications most users are low educated and believe that these applications are beneficial ($p < 0,001$). As a source of information most of the patients using one of the complementary medicine applications prefer either mass media or relatives and friends ($p < 0,001$). Most employed complementary medicine applications are the ones related to their religion. The results of this study reflected that the Chronic Kidney Disease patients treated by hemodialysis and using at least one of the complementary medicine applications are low educated, believes in the benefits of the applications they are using and chooses the religion based applications among other complementary medicine applications.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Complementary Medicine, Complementary Medicine Applications, Hemodialysis

İÇİNDEKİLER

Özet	ii
Abstract	iii
Simgeler ve Kısaltmalar	v
Şekiller	vi
Tablolar	vii
Giriş ve Amaç	1
Genel Bilgiler	2
Hastalar ve Yöntem	10
Bulgular	14
Tartışma	28
Sonuç ve Öneriler	34
Kaynaklar	35
Ekler	39

SİMGELER VE KISALTMALAR

KBH:	Kronik böbrek hastalığı
ASKH:	Aterosklerotik kalp hastalığı
K/DOQI:	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
AHRQ:	Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurumu
NIH:	Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü
AHRQ:	Amerikan Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurumu
M.Ö.:	Milattan Önce
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
NCHS:	Amerikan Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi
CDC:	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
HIV/AIDS:	Human immunodeficiency virus /Acquired immune deficiency syndrome

ŞEKİLLER

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Çalışmanın zaman çizelgesi

12

TABLolar

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hasta grubunun demografik özellikleri	13
Tablo 2. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki	14
Tablo 3. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile yaş arasındaki ilişki	15
Tablo 4. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile eğitim arasındaki ilişki	15
Tablo 5. Hasta grubunun kullandığı uygulamalara yaptıkları harcamalar	16
Tablo 6. Hasta grubunun KBH dışında tedavi gördükleri hastalıklar	17
Tablo 7. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile ek hastalıklarının olup olmaması arasındaki ilişki	17
Tablo 8. Hasta grubunun tedavi gördükleri merkezlere göre dağılımı	18
Tablo 9. Hasta grubunun tedavi gördükleri merkez ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu arasındaki ilişki	18
Tablo 10. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi durumları arasındaki ilişki	19
Tablo 11. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıba inanç durumları arasındaki ilişki	19
Tablo 12. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıp uygulamalarının zararlı olabileceğini düşünmeleri ile arasındaki ilişki	20
Tablo 13. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıbbın iyi geldiğini düşünmeleri ile arasındaki ilişki	20
Tablo 14. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile KBH tanısı almadan veya aldıktan sonra kullanımı arasındaki ilişki	21
Tablo 15. Hasta grubunun kullandıkları her gün yenip içilebilecek tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımı	22

Tablo 16. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarını hazırlama şeklinin dağılımını gösteren tablo	22
Tablo 17. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarını elde etme şeklinin dağılımını gösteren tablo	22
Tablo 18. Hasta grubunun kullandıkları her gün yenip içilebilecek tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanım süresini gösteren tablo	23
Tablo 19. Hasta grubunun kullandıkları diğer tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımını gösteren tablo	24
Tablo 20. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi edindikleri kaynakların dağılımını gösteren tablo.	25
Tablo 21. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi edindikleri kaynaklar ile kullanma ilişkisi	26

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Tamamlayıcı tıp (Alternatif tıp) uygulamaları akut ve kronik böbrek hasarı açısından önemli bir risk faktörü oluşturabilmektedir. Bu faktörler arasında; şifalı bitki karışımlarının peptisit veya ağır metaller ile kirlenmiş olması, bitkilerin içindeki etken maddelerin böbrek üzerine direkt toksik etki yapması, kullanılan bitkinin farmakokinetik etkisinin bilinmemesi, uygun olmayan yöntemler ile hazırlanan bileşimlerin biyolojik aktiviteler için gerekli olan standartları yerine getirememesi veya bitkinin terminolojisinde gerçekleşen bir karışıklık sonucu farklı bir bitkinin kullanılması sayılabilir. Böbrekte hasar meydana geldiğinde de kişilerin tamamlayıcı tıba olan eğilimleri değişmemekte sadece kullanma amacı değişmektedir. Yapılan çalışmalar kronik böbrek hastalarının tamamlayıcı tıp kullanımı ile hastalıklarının progresyonunu durdurabileceklerine inandıklarını; diyaliz hastalarının ise tamamlayıcı tıp kullanımının hastalıklarının komorbidite semptomlarının doğurduğu sıkıntıları hafifletebileceklerine inandıklarını göstermiştir. Duncan ve arkadaşlarının diyaliz tedavisi gören hastalar üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda; araştırmaya katılan hastaların %18'inin tamamlayıcı tıp metotlarından en az birini kullandıkları veya kullanmakta oldukları, hastaların % 63'ünün de tamamlayıcı tıp metotlarından birini kullanmaya eğilimleri olduğu gösterilmiştir. Öte yandan şifalı bitki karışımları değişik nedenler ile tedavi gören hastaların kullandıkları ilaçlar ile bir araya geldiğinde tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı;

Yakın amaç:

Türkiye'nin farklı bölgelerinde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'na bağlı diyaliz merkezlerinde Kronik Böbrek Hastalığı tedavisi gören hastaların tedavi ile birlikte tamamlayıcı tıp uygulamalarından hangilerini kullandıklarını ve bu uygulamaları hangi kaynaklardan öğrendikleri konusunda bilgi sahibi olmak amaçlanmaktadır.

Uzak Amaç:

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda tedavi gören hastaların tedavilerinden sorumlu olan doktorlar ve hastalar için tamamlayıcı tıp uygulamalarının fayda ve zararlarını içeren bir eğitim programının hazırlanması ve tanı ve tedavi sürecinde doktorların değinmeleri gereken tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi.

II. GENEL BİLGİLER

Kronik Böbrek Hastalığı tedavi olanakları sınırlı, finansal açıdan pahalı, duygusal açıdan yıpratıcı, her yıl katlanarak artan insidans gösteren ve yapılan son çalışmalar sonucunda Halk Sağlığı alanında da major sağlık sorunları arasında yer alan bir hastalıktır (1–5).

Kronik böbrek hastalığı en az üç ay boyunca böbrek hasarı veya böbrek fonksiyonlarında azalma görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Glomerüler Filtrasyon hızına göre 5 evreye ayrılan KBH sınıflandırmasında, en son dönem olan 5. evre, böbrek yetmezliği olarak kabul edilmekte ve bu evredeki hastalar tedavi altına alınmaktadır (5). Kronik böbrek yetmezliğinin 5. evresinde böbrekler vücuttaki atık maddeleri artık temizleyemediklerinden, hasta yaşamını ancak hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek nakli ile sürdürebilmektedir (6).

Dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kronik böbrek yetmezliğinin insidansı ve prevalansı her geçen gün artış göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde diyaliz tedavisi veya böbrek nakli ile yaşamını sürdüren kronik böbrek hastalarının sayısındaki artışı gösteren bir projeksiyon çalışması yapılmış ve 1999'da 340,000 olan sayının 2010'da 651,000'e ulaşacağı öngörülmüştür (7). Benzer şekilde Türkiye için gerçekleştirilen projeksiyon çalışmasında ise günümüzde ortalama 40,000 olan diyaliz tedavisi gören KBH sayısının 2010 yılında 70,000'e yaklaşacağını öngörülmüştür (8).

Kronik Böbrek Hastalığı'na bağlı böbrek fonksiyonlarını kaybeden hastalarda gelişen komplikasyonlar nedeni ile artış gösteren aterosklerotik kalp hastalığı (ASKH) mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Hastalığın erken teşhis ve tedavisinin KBH'nın doğurduğu bu sonuçları önlediği veya geciktirdiği yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (9).

Nefrologlar tarafından kılavuz kitap olarak kabul edilen K/DOQI (*Kidney Disease Outcomes Quality Initiative*) , Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurumu (AHRQ) tarafından belirlenen anahatlar çerçevesinde oluşturulan bir literatür derlemesi olarak tanımlamaktadır (10). K/DOQI kılavuzu KBH'nın erken evresindeki hasta prevalansının tahmin edilenden daha fazla olduğunu ve bu nedenle erken tanı ile tedavinin KBH'nın ilerlemesini önleyerek böbrek kaybını geciktirebileceğini vurgulamaktadır (11). Ancak KBH tanı ve tedavisinde ki gecikme sonucu hastalık için alınması gereken koruyucu önlemlerin uygulanması mümkün olmamaktadır (5,12–14). Kronik Böbrek Hastalığı'nın tanı ve tedavisinin erken evrede yapılamaması birçok nedene bağlıdır. Genelde herkesin bir tanım ve sınıflamayı kabul etmemesi ve erken teşhis için gereken basit testlerin standart olarak uygulanmaması bu nedenlerin başında gelmektedir (5,15).

Böbrek hastalığının özellikle geç yaşlarda ortaya çıkması ve yavaş ilerlemesi, glomerüler filtrasyon hızında azalma olmasına rağmen birçok hastanın böbrek yetmezliği gelişmeden kardiyovasküler hastalıktan ölmesine neden olmaktadır. Hastalık erken evrelerde teşhis edilirse, hasta azalan glomerüler filtrasyon hızının nedeni olarak ortaya çıkan hipertansiyon, anemi, malnütrisyon, kemik hastalığı, nöropati ve yaşam kalitesinde azalma gibi sonuçlardan korunabilmekte veya tedavi edilebilmektedir. Erken tanı ve tedavi KBH açısından hem hastalığın doğurduğu sonuçları önleme veya tedavi etme, hem de hastanın böbrek yetmezliği aşamasına gelmesini geciktirebilmeyi sağlayabilmektedir (5). Hasta böbrek yetmezliği tedavisine başladığında bir yandan hastalıktan kaynaklanan organik, mental ve psikososyal problemler ile yaşamaya çalışırken bir yandan da tedavi nedeni ile kısıtlanan işlevleri ile baş etmeye çalışmaktadır (16–19).

Hemodiyaliz, Kronik Böbrek Hastalığında 5. evre hastaların tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Tedavi sırasındaki her bir aşamayı kontrol eden, uygulayan hemşireler veya diyaliz teknisyenleri tarafından haftada 3 kere uygulanan hemodiyalizin her seansı ortalama 4 saat sürmektedir. Hemodiyaliz tedavisi yapay böbrek makinesine takılan diyalizer ile hasta arasında vasküler bir bağlantı kurularak yapılmaktadır. Bu bağlantı genelde hastanın önkoluna yerleştirilen bir arteriovenöz fistül yardımı ile gerçekleştirilmektedir. Ancak tedavi merkezine devam zorunluluğu, diyet, ilaç kullanımı ile tedavi yönteminin getirdiği pek çok kısıtlama ve bu kısıtlamalara bağlı yaşam şekli hastalarda başta anksiyete, depresyon ve umutsuzluk olmak üzere birçok fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal soruna yol açmaktadır (16–24). Hastalığın kronik olması, tedavinin hem duygusal hem de fiziksel açıdan yıpratıcı hale gelmesine ve hastaların medikal tedavilerine ek olarak tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvurmalarına neden olmaktadır (25–28).

Tamamlayıcı tıbbın tanımı için uzun yıllar tartışmalar yapılmış, kimisi eksik bulunmuş, kimisi de yeterince açıklayıcı olmadığı için kabul edilmemiştir. 1995 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) tarafından gerçekleştirilen ‘Araştırma Metodoloji Konferansı’nda Tamamlayıcı tıp tanımları bir araya getirilerek bugün kabul gören tanımı yapılmıştır. Buna göre Tamamlayıcı Tıp;

" Belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı" olarak tanımlanmıştır (29).

Tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında yer alan bitkisel tedavi yöntemlerinin tarihi M.Ö. 3000’li yıllara kadar uzanmaktadır. Hint tıbbının önemli isimlerinden Rig Veda 1000’e yakın, Yunan tıbbının önemli isimlerinden Eskulap ve Hipokrat 400’e yakın ve 1650’li yıllara kadar

referans kitap olarak kabul edilen “Tıp Kanunu” adlı eseri yazan İbn-i Sina ve Al Gafini 800’e yakın hayvansal ve bitkisel tedavilerden bahsetmişlerdir (30).

Hastalıkları basit ve kolay elde edilebilen bitkiler kullanarak tedavi etme fikrinin ilk somut örneği 17. yüzyılda Fransa’da görülmektedir. Bugün tamamlayıcı tıp uygulamaları altında yer alan bitkiler ile tedavi 17. yüzyılda ‘Fakirler için Tıp’ olarak nitelendirilmekte ve meslektaşlarından birçok eleştiri alan Paul Dubé tarafından bu konuda kitaplar yazılarak desteklenmekteydi. Dubé yazdığı kitaplarda böbrek hastalıklarının tedavisi için de birçok bitki karışımı önermişti. Örneğin Dubé böbrek taşı için her sabah ardıç ile kaynatılmış beyaz şaraba kırmızıturp karıştırılarak içilmesini önermekteydi. Böbrek inflamasyonu için ise Dubé 3 basamaklı bir tedavi yöntemi belirlemişti. Birinci basamakta yapışkan otu, ökse otu kökleri, ketentohumu ve menekşe yağı birlikte kaynatılarak içilecek, ikinci basamakta dövülmüş yumurta yağ ve sirke ile karıştırılarak böbreğin olduğu yere masaj yapılacak ve en son basamakta hastalığın belirtileri bittiğinde 2 dirhem sinameki, erik suyu ve zaç yağı ile hazırlanan karışım içilecekti (31).

On dokuzuncu ve yirminci yüzyıldaki kimya ve biyokimya alanlarındaki gelişmeler tıp alanındaki ihtiyaçlar doğrultusunda laboratuvarlarda birçok ilaç geliştirilmesine imkan sağlamış, laboratuvar ortamında bitkiden gerekli etken madde alınarak modern ilaçlar üretilmeye başlamıştır. Ancak geliştirilen ilaçların sadece dörtte biri bitkisel kökenlidir (32).

Son on yılda tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artış göstermiş ve Dünya’da herhangi bir tamamlayıcı tıp uygulamasını kullanma yüzdesi %80’i aşmıştır (33,34). Kitle iletişim araçlarının da etkisi ile bitkisel ürünlerin doğal olduklarından dolayı güvenli olduğu varsayımı toplumda tamamlayıcı tıba olan eğilimi arttırmıştır. Bitkisel ürünlerin güvenli olduğu varsayımı, daha çok kullanma isteğine ve buna bağlı aşırı dozda kullanıma neden olarak çeşitli organ hasarlarına yol açabilmektedir (34–38).

Tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımındaki artışta medyanın rolü önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Radyo, televizyon ve gazete gibi büyük kitlelere ulaşarak halkta farkındalık yaratma görevini üstlenmiş olan kitle iletişim araçlarının özellikle sağlık alanında yaptıkları yayınlarda dikkatli olmaları gerekmektedir. Yayından sorumlu kişinin bilgilerin doğruluğunu araştırması, aldığı sorumluluğun farkında olması ve herhangi bir tereddüt durumunda kime danışması gerektiğini iyi bilmesi gerekmektedir (34). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı "halkın rasyonel tıp kullanımı hakkında eğitimi" ile ilgili çalışma sonucunda gelişmekte olan ülkelerde en popüler iletişim araçları televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçları iken gelişmiş ülkelerde yazılı basın daha ön planda yer almaktadır (39).

Tamamlayıcı tıp uygulamaları, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde kolayca elde edilebilen, maddi olarak uygun ve genel popülasyon tarafından tercih edilen terapi çeşidi olarak kullanılmaktadır. DSÖ'nün 1998 yılında yaptığı "DSÖ Sıtma Zayıflatma Programı"nda Gana, Mali, Nijerya ve Zambiya'da yüksek ateşli çocukların %60'ında bitkilerden yapılan ilaçlar ile çocukların evde tedavi edildikleri bildirilmiştir (40– 43). Birçok gelişmiş ülkede de tamamlayıcı tıp kullanımı giderek popülaritesini arttırmakta ve herhangi bir tamamlayıcı tıp uygulamasını kullanma yüzdesi %65'i bulmaktadır (44,45).

Amerika Birleşik Devletlerinde her geçen gün artan tamamlayıcı tıp popülaritesini araştırmak için Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) ile Hastalık kontrol ve önleme merkezi (CDC) 2002 yılında yaklaşık 31,000 yetişkin üzerinde bir anket çalışması yapmıştır. Araştırmanın sonucunda 1999 yılındaki alternatif veya tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma oranının 2002'de ikiye katlandığı; Amerikan nüfusunun üçte ikisinin bitki kaynaklı bir bileşim kullandığı ve kullananların genelde kadın, yüksek eğitim almış ve 60 yaşın altında oldukları bildirilmiştir (46,47).

Amerika Birleşik Devletlerinde bir aile hekimi kliniğinde 200 hasta üzerinde tamamlayıcı tıp uygulamalarından bitkisel ürün kullanma çalışması yapılmış ve eğitimin kullanma ile pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların %52'si son bir yıl içerisinde bitkisel ürün kullandıklarını belirtmiş ancak kullananların %33'ü kullandıkları ürün hakkında doktorlarını bilgilendirmediklerini söylemişlerdir (38).

Son yıllarda giderek artan tamamlayıcı tıp uygulamalarına artan ilginin nedenleri birçok çalışma ile araştırılmıştır. Yapılan çalışmalar ile günümüzde alternatif tıbbın popülaritesinin giderek artmasını açıklayabilecek faktörler olarak; her geçen gün gelişen tıp alanındaki bilgilerin çatışması, tedavi masraflarının her geçen gün artması, sağlık ve tedavi ile ilgili holistik uygulamaların entelektüel veya manevi açıdan çekici gelmesi, plasebo etkisi gösterilmiştir (48–54). Tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımının giderek artmasının bir başka nedeni olarak tedavisi olmayan kronik hastalıkların sayısındaki artış da gösterilmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle kanser ve HIV/AIDS hastalarının uyguladıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarının efektif olduğu gösterilmiştir. (55, 56)

Son zamanlarda bitkisel ürünlerin tanıtımının artması, kronik böbrek hastalarının da bilinçsiz bir şekilde bu ürünleri kullanmalarına neden olabilmektedir (57). Bitkinin kendisi sağlıklı kişilerde herhangi bir toksik etki göstermese de özellikle kronik böbrek hastalarına verilirken veya kullanırken çok dikkat edilmesi gerekmektedir (38). Kronik veya tamamen tedavi edilemeyen bir sağlık sorunu yaşayan hastalar; hipertansiyon, uykusuzluk, kas krampları gibi bazı semptomları gidermek için doğal ve güvenilir çare olarak düşündükleri bitkisel ürünlere başvurabilmekte ve istedikleri zaman bu uygulamaları bırakarak yaşamlarının kontrollerini ellerinde tuttuklarına inanmaktadırlar. Ancak, bu durum her zaman mümkün olamamaktadır (38, 57, 58).

Diyaliz tedavisine henüz başlamamış olan hastalar kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamasının kendisini diyalizden kurtarabileceğini düşünürken, diyaliz tedavisi altında olan hastalar hastalık veya tedaviden kaynaklanan komorbidite semptomlarını hafifletebileceklerini düşünerek tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmayı tercih etmektedirler (38). Tamamlayıcı tıp uygulamalarından biri olan bitki kökenli haplar ve bitkisel karışımlar özellikle böbrek hastaları için tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir. Bitkinin farmakolojik etkisi, içerdiği kimyasal bileşenler, hastanın kullandığı ilaçlar ile birlikte birleştiğinde hasta için tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir (38,59). Örneğin bir yerli Tahiti meyvesi olan ve her şeyi iyileştirdiğine inanılan “Noni” suyu yüksek miktarda potasyum içerdiğinden ve laksatif olarak kullanılan keten tohumu ise sıvı alımını arttırdığından diyaliz tedavisi gören hastalarda, böbrek atılımı gerçekleşmediği de düşünülerek, çok dikkatli bir şekilde kullanılmalıdır (28,60). Yapılan çalışmalara göre, tamamlayıcı tıp uygulamalarının kronik böbrek hastaları tarafından kullanımı 1990 ile 1997 yılları arasında %380 oranında artmıştır (57).

Uygun teknikler ile hazırlanmayan bitki kökenli haplar ve karışımlar hem standardizasyon açısından hem de içerik açısından gerekli nitelikleri sağlayamadıklarından sağlıklı bireylerde de hastalığa yol açabilmektedir. Bir çok ürün tezgahta veya kolayca alınabilen yerlerde satılmakta ve peptisit veya ağır metaller ile kirlenmiş olabilmektedir. Aranan bitkinin terminolojisindeki bir hata, istenenin yerine başka bir bitki kullanılması gibi hatalar nedeni ile böbrek hasarına kadar gidebilen bir süreç yaşanabilmektedir (38, 60, 61). Örneğin Hindistan ve Pakistan gibi gelişmekte olan ülkelerde bitkisel ürünlerin fazla tüketilmesi interstisyel nefrite yol açarak son dönem böbrek yetmezliğinin gelişmesine neden olabilmektedir (62). Genelde bayanlar tarafından zayıflama amacı ile kullanılan ve bir Çin bitkisi olan “Aristolochia Fangchi” den yapılan zayıflama haplarının renal fibrozise yol açarak böbrek yetmezliğine sebep olduğu da rapor edilmiştir. Bu tipteki bitkilerin içerdikleri Aristolochic

Asitler içeren bir çok bitkinin kullanımının kısa sürede böbrek yetmezliğine giden nefropati vakalarına yol açtığı bilinmekte ancak değişik formlarda hem internette hem de dükkanlarda satılmaya devam edilmektedir (63–72). Bunun gibi birçok bitki kontrolsüz kullanılmaktadır ve birçoğu kronik böbrek gelişimini hızlandırmaktadır.

Günümüzde tamamlayıcı tıp, kronik hastalıkların getirdiği umutsuzluğa karşı bir çıkış yolu olarak düşünülmektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastaları da tanı konmasından itibaren birçok çıkış noktası aramaktadırlar. Birinci safhada diyalize girmeyi geciktirme, böbreği korumaya yönelik arayışlar olmaktadır, ikinci aşamada da diyalizde ki yaşam kalitesini arttırmak ve ölüm korkusunu yenmek için arayışlar olmaktadır. Ancak tamamlayıcı tıbbın buradaki rolü hakkında net bilgi bulunmamaktadır. Tamamlayıcı tıp uygulamaları kontrolsüz kullanıldığında komplikasyon oranlarını arttırmakta ve çoğunlukla da hastayı takip eden medikal ekibin bilgisi dışında yapıldığı içinde önlem alınmamaktadır.

III. HASTALAR VE YÖNTEM

Araştırma Evreni:

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda Kronik Böbrek Hastalığı tanısı ile Başkent Üniversitesi'ne bağlı Ankara, Adana, Alanya ve İskenderun diyaliz merkezlerinde tedavi gören 1700 hasta oluşturmaktadır.

Örnekleme:

Çalışmanın evren birey sayısı, olayın görüş sıklığının incelenmesinde kullanılan formül ile hesaplanmış ve 400 olarak belirlenmiştir.

$$\frac{N * t^2 * p * q}{d^2 (N-1) + t^2 * p * q} = 384 \sim 400 \pm 100$$

$p = 0,5$	$\alpha = 0,05$
$q = 0,5$	$t = 1,96$
$\pm \text{ sapma } d = 0,05$	$N = 1700$

Çalışmaya alınan hasta grubu 18 yaşından büyük Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda Kronik Böbrek Hastalığı tanısı ile Başkent Üniversitesi'ne bağlı diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalar arasından rastgele seçilmiştir.

Hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve onayları alındıktan sonra hazırlanan anket doldurulmuştur (Ek1). Tüm merkezlerde 450 hastaya ulaşılmış; 388 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın Tipi:

Tanımlayıcı türde kesitsel epidemiyolojik araştırma.

Araştırmanın Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler:

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda Kronik Böbrek Hastalığı tanısı ile Başkent Üniversitesi'ne bağlı diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalarda tamamlayıcı tıp uygulamaları.

Bağımsız Değişkenler:

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda Kronik Böbrek Hastalığı tanısı ile Başkent Üniversitesi'ne bağlı diyaliz merkezlerinde tedavi gören ve/veya takip edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, gelir düzeyi, eğitim durumu, bilgi kaynakları.

Veri Toplama Yöntemleri:

Konu ile ilgili çalışmalar ve dini, kültürel inançlar baz alınarak hazırlanan anket formu araştırmacı, araştırma ile ne amaçlandığına dair bilgiye sahip doktor ve hemşireler tarafından birebir uygulanmıştır.

Anket geçerliliği için çalışma öncesi Ankara diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören 20 hasta üzerinde pilot uygulama yapılmıştır. Çalışmaya alınan hasta grubuna kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarının hepsini işaretlemeleri istenmiştir. Tamamlayıcı tıp uygulamaları literatür taraması ve kültürel inançlar çerçevesinde gruplandırılmıştır. Her gün içilebilen veya yenebilen bitkisel karışımlar ile kültürel, dini ve tamamlayıcı tıp tanımını içinde yer alan uygulamalar ayrı bölümlerde soruldu.

Verilerin Analizi:

Araştırma süresince toplanan veriler SPSS 11,5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin kontrolü ve girişinin ardından SPSS 11,5 programı kullanılarak sayı ve yüzdeler hesaplanarak kullanılacak tablolar oluşturulmuştur. Hipotez testleri için veriler normal dağılım göstermediğinden χ^2 testleri uygulanmıştır.

Zaman Çizelgesi:

Şekil 1. Çalışmanın zaman çizelgesi

Faaliyetler	2008										
	Ş u b a t	M a r t	N i s a n	M a y ı s	H a z i r a n	T e m e z	A ğ u s t o s	E y l ü	E k i m	K a s ı m	A r a l ı k
Literatür tarama											
Anket hazırlama											
Anket Uygulaması ve verilerin toplanması											
Verilerin düzeltilmesi ve veri girişi											
Tez Yazımı											

2008 yılı şubat ayında başlayan literatür taramaları Ekim ayı sonuna kadar devam etmiştir. Araştırmacı tarafından literatür taramaları sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda Şubat ile Mayıs ayı sonuna kadar geçen sürede verilerin toplanması için kullanılacak olan anket formu hazırlanmıştır (EK 1). Anket formu kullanılarak verilerin toplanması Haziran ayı başından Ağustos ayı sonuna kadar sürmüştür; verilerin düzeltilerek, istatistiksel değerlendirmelerin yapılacağı SPSS 11,5 programına girilmesi işlemleri Ekim ayı sonunda bitirilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre tez araştırmacı tarafından Kasım ve Aralık ayı içerisinde yazılmıştır.

Kullanılan Ölçekler:

Literatürde konu ile ilgili çalışmalar ve dini, kültürel inançlar bir araya getirilerek araştırmacı tarafından düzenlenmiştir. Anket 3 bölümde incelenmektedir. 1. bölümde hastanın tedavi gördüğü merkez ve demografik göstergeleri; 2. bölümde hastanın tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi, inanç, kullanım şekli; 3. bölümde ise hastanın kullandığı tamamlayıcı tıp uygulamaları ile bu uygulamalar ile ilgili bilgileri hangi kaynaklardan aldıkları incelenmektedir (EK 1).

IV. BULGULAR

1. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTALARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya yaş ortalamaları $48,9 \pm 15,9$ (18–85, ortanca= 50) olan 204 erkek (%52,6), 184 kadın (% 47,4) toplam 388 hasta dahil edilmiştir. Hasta grubunun demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Hasta grubunun demografik özellikleri

YAŞ	Sayı	Yüzde
18–36	107	27,6
37–50	90	23,2
51–61	100	25,7
62–85	91	23,5
Toplam	388	100
MEDENİ DURUM		
Evli	267	68,9
Bekar	74	19,0
Boşanmış	18	4,6
Eşi Ölmüş	29	7,5
Toplam	388	100
ÖĞRENİM DURUMU		
Okur- Yazar değil	75	19,4
Okur-Yazar	28	7,2
İlkokulu bitirmiş	150	38,7
Ortaokul veya dengini bitirmiş	45	11,5
Lise veya dengini bitirmiş	49	12,7
Yüksekokul bitirmiş	41	10,5
Toplam	388	100
ÇALIŞMA DURUMU		
Evvet çalışıyorum	50	12,9
Hayır çalışmıyorum	338	87,1
Toplam	388	100
HANEYE GİREN NET GELİR		
250 YTL ve altı	72	18,6
250–500 YTL	119	30,7
500–1000 YTL	121	31,2
1000–2000 YTL	49	12,6
2000–3000 YTL	15	3,9
3000–4000 YTL	5	1,2
4000 YTL ve üzeri	7	1,8
Toplam	388	100

Haneye giren net gelir’de son 3 grup yüzdesi düşük olduğundan birleştirilerek 2000 YTL den sonrası aynı grup içine alınmıştır.

2. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

2.1. Çalışmaya Alınan Hasta Grubunun Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Kullanımı ile Demografik Özelliklerin İlişkisi.

Çalışmaya katılan hastaların %58’i tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumları ile cinsiyet (Tablo 2), yaş (Tablo 3), medeni durum, çalışma durumu, haneye giren net gelir ve bağlı oldukları Sosyal Güvenlik Kurumu’nun farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumları ile eğitim arasında ($p=0,045$) anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4). Çalışmaya alınan hastaların eğitim durumları ile tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanma durumları Spearman korelasyon testi ile de incelenmiştir. Korelasyon 0,01 güven aralığında anlamlı çıkmış ancak eğitim ile kullanım arasındaki ilişkinin zayıf olduğu görülmüştür ($p=0,004$, spearman rho = 0,147).

Tablo 2. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki

Hastanın Cinsiyeti	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erkek	118	57,8	86	42,2	204	100,0
Kadın	107	58,2	77	41,8	184	100,0
Toplam	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 0,004, p= 0,951

Tablo 3. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile yaş arasındaki ilişki

Yaş	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
18-36	59	55,1	48	44,9	107	100,0
37-50	53	58,9	37	41,1	90	100,0
51-61	57	57,0	43	43,0	100	100,0
62-85	56	61,5	35	38,5	91	100,0
Toplam	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 0,897, p= 0,826

Tablo 4. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile eğitim arasındaki ilişki

Hastanın Öğrenim Durumu	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okur- Yazar değil	51	22,7	24	14,7	75	19,3
Okur-Yazar	16	7,1	12	7,4	28	7,2
İlkokulu bitirmiş	94	41,8	56	34,4	150	38,7
Ortaokul veya dengini bitirmiş	22	9,8	23	14,1	45	11,6
Lise veya dengini bitirmiş	21	9,3	28	17,2	49	12,6
Yüksekokul bitirmiş	21	9,3	20	12,3	41	10,6
Toplam	225	100,0	163	100,0	388	100,0

Pearson ki kare= 11,347, p= 0,045

Çalışmaya alınan hasta grubunun verdikleri cevaplara göre tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma oranı en çok ilkokul mezunları ile okuryazar olmayanlarda görülmektedir. Ortaokul, lise veya yüksekokul mezunu olan hastaların tamamlayıcı tıp kullanımı oranı oldukça düşüktür. Çok fazla bir farklılık göstermese de hasta grubunda tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma eğilimi daha çok okuryazar olmayan veya olan ile ilkokul mezunu kişilerde daha yüksek oranda çıkmaktadır (Tablo 4).

Haneye giren aylık net gelir ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma durumunun anlamlı çıkmaması hastaların kullandıkları uygulamalar için harcadıkları para miktarı ile de ilişkilendirilebilir.

Hastaların kullandıkları yöntemler ile maliyet arasındaki ilişkiye baktığımızda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). Elde edilen sonuçlara göre tamamlayıcı tıp kullanan hastaların % 55'i kullandıkları yöntemlere sadece 0–50 YTL harcamakta, % 37,3'ünün ise hiçbir harcama yapmadıklarını görülmektedir (Tablo 5). Analiz sonucu kullanılan yöntemin maliyet olarak hastaya hiçbir yük getirmediği görüldüğünden tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı ile gelir arasında anlamlı bir ilişki görülmemesi sonucu doğal kabul edilebilir.

Tablo 5. Hasta grubunun kullandığı uygulamalara yaptıkları harcamalar

Uygulamaların Maliyeti	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
0–50 YTL	124	55,1	10	6,1	134	34,5
50–250 YTL	16	7,1	2	1,2	18	4,6
250–500 YTL	1	0,4	0	0,0	1	0,3
1000 YTL üzeri	0	0,0	1	0,6	1	0,3
Harcamıyorum	84	37,3	150	92,0	234	60,3
Toplam **	225	100,0	163	100,0	388	100,0

Pearson ki kare= 121,689, $p < 0,001$

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

2.2. Çalışmaya Alınan Hasta Grubunun Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Herhangi Birini Kullanma Durumu ile Tedavi Gördükleri Diğer Hastalıklar Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan hastalara tedavi gördükleri KBH dışında tedavi gördükleri diğer hastalıklar Tablo 6'da gösterilmiştir. Tedavi gördükleri diğer hastalıklar verdikleri cevaplar doğrultusunda kategorize edildi. Veriler değerlendirilirken tamamlayıcı tıp kullanımı ile tedavi gördüğü başka hastalığın olup olmadığına bakıldı.

Tablo 6. Hasta grubunun KBH dışında tedavi gördükleri hastalıklar.

Tedavi gördüğü diğer hastalıklar	Sayı	Yüzde
Yüksek Tansiyon	82	21,1
Şeker	17	4,4
Kalp Hastalığı	26	6,7
Romatizma	25	6,4
Yüksek Tansiyon, Şeker ve Kalp Hastalığı	23	6,0
Yüksek Tansiyon ve Kalp Hastalığı	14	3,6
Yüksek Tansiyon ve Romatizma	13	3,4
FMF ve Yüksek Tansiyon	2	0,5
Şeker ve Kalp Hastalığı	15	3,9
Yüksek Tansiyon ve Şeker Hastalığı	21	5,4
Hepatit B veya C	7	1,8
Depresyon	2	0,5
Akdeniz Anemisi	4	1,0
Diğer	5	1,3
Yok	132	34,0
Toplam	388	100

Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumları ile tedavi oldukları başka hastalıkların olup olmaması arasında farklılık görülmemiştir ($p=0,580$). Hasta grubu tedavi gördükleri başka hastalıklar olmasa da tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma eğilimi göstermektedirler (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile ek hastalıklarının olup olmaması arasındaki ilişki

Ek Hastalık	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	151	67,1	105	64,4	256	66,0
Yok	74	32,9	58	35,6	132	34,0
Toplam **	225	100,0	163	100,0	388	100,0

Pearson ki kare= 0,306, p= 0,580

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

2.3. Çalışmaya alınan hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tedavi gördükleri merkezler arasındaki ilişki

Çalışmaya katılan hastaların Başkent Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezleri'ne bağlı diyaliz merkezlerine göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hasta grubunun tedavi gördükleri merkezlere göre dağılımı

Tedavi Gördüğü Merkez	Sayı	Yüzde
Adana	117	30,1
Ankara	111	28,6
Alanya	67	17,3
İskenderun	93	24,0
Toplam	388	100

Çalışmaya katılan hastaların tedavi gördükleri merkez ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu arasında farklılık görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 9). Hasta grubu içinde ana merkez olan Ankara'da tedavi altında bulunan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma eğiliminin daha az olduğu görülmüştür. Sırasıyla Alanya, İskenderun ve Adana'da ise kullanımın daha yüksek oranda olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Hasta grubunun tedavi gördükleri merkez ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu arasındaki ilişki

Tedavi Gördüğü Merkez	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır		Sayı	Yüzde
Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Ankara	48	43,2	63	56,8	111	100,0
Adana	67	57,3	50	42,7	117	100,0
Alanya	48	71,6	19	28,4	67	100,0
İskenderun	62	66,7	31	33,3	93	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 17,933, $p<0,001$

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

3. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN TAMAMLAYICI TIP

UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ, İNANÇ VE KULLANMA DURUMLARI

Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgileri arasında fark görülmemektedir ($p= 0,188$) (Tablo 10). Tamamlayıcı tıp hakkında bilgileri olsun veya olmasın hastalar bu uygulamalardan en az birini kullanma eğilimindedirler.

Tablo 10. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi durumları arasındaki ilişki

Tamamlayıcı tıp hakkında bilgi sahibi olma durumu	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	127	61,1	81	38,9	208	100,0
Hayır	98	54,4	82	45,6	180	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 1,732, p=0,188

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıba inançları arasında fark görülmektedir ($p< 0,001$).

Hasta grubunda toplam 162 hasta tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanmakta ve 162 kişinin % 75,9'u tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanmaktadır. Tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanmayan sayısı 226 hastadır. 226 hastanın % 45'i inanmasalar da tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanmakta veya deneme eğilimindedirler (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıba inanç durumları arasındaki ilişki

Tamamlayıcı tıp yöntemlerine inanç	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	123	75,9	39	24,1	162	100,0
Hayır	102	45,1	124	54,9	226	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 36,728, p<0,001

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile kullanılan uygulamaların zararlı olduğunu düşünceleri arasında fark görülmektedir ($p < 0,001$) (Tablo 12). Hasta grubunda tamamlayıcı tıp uygulamalarının tedavileri ile birleştiği zaman zararlı olmayacağını düşünenlerin %71'i bu uygulamalardan en az birini kullanırken, zararlı olabileceğini düşünenlerin %45'i bu uygulamalardan en az birini kullanmakta ve kullanma eğilimi göstermektedirler.

Tablo 12. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıp uygulamalarının zararlı olabileceğini düşünceleri ile arasındaki ilişki

Uygulamayı zararlı bulma durumu	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet, zararlı olabilir	54	45,0	66	55,0	120	100,0
Hayır, zararlı değil	113	71,1	46	28,9	159	100,0
Bilgim yok	58	53,2	51	46,8	109	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 20,498, $p < 0,001$

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

Çalışmaya katılan hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile kullanılan uygulamaların yararlı olduğunu düşünceleri arasında fark görülmektedir ($p < 0,001$) (Tablo 13). Hasta grubunda tamamlayıcı tıp uygulamalarının kendilerine iyi geldiğini düşünenlerin % 94,9'u tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanmaktadırlar. Bu uygulamaların kendilerine iyi geldiğini düşünmeyenler arasında da oran daha az da olsa kullanan hastalar bulunmaktadır (%32,3).

Tablo 13. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile tamamlayıcı tıbbın iyi geldiğini düşünceleri ile arasındaki ilişki

Uygulamaların iyi gelme durumu	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet, iyi geliyor	148	94,9	8	5,1	156	100,0
Hayır, iyi gelmiyor	50	32,3	105	67,7	155	100,0
Bilgim yok	27	35,1	50	64,9	77	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Pearson ki kare= 145,844, $p < 0,001$

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

4. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINDAN HERHANGİ BİRİNİ KULLANMA DURUMU İLE KBH TANISI ÖNCESİ VE SONRASI KULLANMA DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Çalışmaya alınan hasta grubunda KBH tanısı önce ve sonrasında tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma arasında fark görülmüştür ($p<0,001$). Hasta grubunda KBH tanısı ve tedavisi almadan önce (%87,1), tanı ve tedavi sonrasında (%49,8) göre kullanma oranının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Hasta grubunun tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile KBH tanısı almadan veya aldıktan sonra kullanımı arasındaki ilişki

Hastalıktan önce kullanma durumu	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam*	
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hastalık öncesi kullanmış	74	87,1	11	12,9	85	100,0
Hastalık öncesi kullanım yok	151	49,8	152	50,2	303	100,0
Toplam **	225	58,0	163	42,0	388	100,0

Mc Nemar ki kare, $p<0,001$

* Satır toplamı, ** Sütun toplamı

5. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI, HAZIRLAMA ŞEKİLLERİ, KULLANMA SÜRELERİ VE KULLANDIKLARI BİTKİSEL ÜRÜNLERİ ALDIKLARI YERLER/KİŞİLER İLE HAZIRLAMA YÖNTEMLERİ

KBH hastalarının her gün yenebilen veya içilebilen bitkisel karışımları grubunda yer alan “Bitki Karışımları” grubundaki içecek ve yiyecekleri daha çok tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. Hasta grubunun kullandıkları her gün yenip içilebilecek tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımı

Tercih Edilen Tür	Sayı	Yüzde
Bitki Karışımı	97	43,1
Meyve Çayı	68	30,2
Bitki Tohumu veya sebzesi	45	20,0
Macun veya merhem olarak hazırlanan karışımlar	15	6,7
TOPLAM	225	100,0

Hastalar kullandıkları bitkisel karışımları genelde kendileri hazırlamakta (Tablo 16) ve bu bitkileri Aktar'dan almayı daha çok tercih etmektedir (Tablo 17).

Tablo 16. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarını hazırlama şeklinin dağılımını gösteren tablo

Hazırlama Yöntemi	Sayı	Yüzde
Siz kendiniz hazırlıyorsunuz	119	52,9
Hazır alıyorsunuz	106	47,1
TOPLAM	225	100,0

Tablo 17. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarını elde etme şeklinin dağılımını gösteren tablo

Elde Edilen Yer	Sayı	Yüzde
Aktardan alıyorum	85	37,8
Kendim topluyorum	59	26,2
Marketten alıyorum	45	20,0
Arkadaş/Akrabadan alıyorum	36	16,0
TOPLAM	225	100,0

Çalışmaya alınan hasta grubunun kullandıkları bitki kökenli ürünleri bir yıldan daha uzun bir süredir kullanmaktadırlar (Tablo 18). Hastalar uyguladıkları bitki kökenli ürünleri düzenli olarak her gün veya haftada en az iki kere kullanmaktadırlar. Bitki karışımları olarak neler içtikleri görüşme sırasında sorulduğunda otlar, meyve kabuk ve yaprakları, şarap, bitki tohumları... vb. gibi aktarlardan, arkadaş veya akrabalarından alabildikleri, kendi buldukları çevreden toplayabildikleri bitkiler ile hazırladıkları anonim tarifler verildi.

Tablo 18. Hasta grubunun kullandıkları her gün yenip içilebilecek tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanım süresini gösteren tablo

Kullanma Süresi	Sayı	Yüzde
Son 1 yıldır kullanıyorum	39	17,3
1 yıldan fazla kullanıyorum	186	82,7
TOPLAM	225	100,0

6. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN KULLANDIĞI DİNİ, KÜLTÜREL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI BAŞLIĞI ALTINDA YER ALAN DİĞER UYGULAMALAR

Çalışmaya alınan hasta grubuna kültürel, dini ve tamamlayıcı tıp başlığı altında yer alan diğer uygulamaları kullanıp kullanılmadığı da soruldu. Hastalara birden çok seçenek işaretleyebilecekleri söylendi. Toplam 651 cevap elde edildi. Hastaların kullandıkları uygulamalar içerisinde dini inanç (Toplamda %69,0) ve kültürden (Toplamda %21,4) gelen geleneksel uygulamaların çoğunlukta olduğu görüldü (Tablo 19).

Tablo 19. Hasta grubunun kullandıkları diğer tamamlayıcı tıp uygulamalarının dağılımını gösteren tablo

Kullanılan Diğer Uygulamalar	Sayı	Yüzde
Zemzem Suyu	130	20,0
Adak	91	14,0
Nazar Boncuğu	72	11,0
Muska	52	7,9
Gevşen	49	7,5
Kaplıca	48	7,3
Yatır	41	6,2
Masaj	35	5,3
Hoca	25	3,8
Okunmuş yiyecek veya içecek	23	3,5
Dua Etmek	22	3,3
Şifacı	16	2,4
Balıklı Göl	14	2,1
Akupunktur	9	1,3
Taş Isıtma	7	1,0
Özel Taşlar	6	0,9
Yoga	4	0,6
Tesbih Çekmek	3	0,4
Sülük	3	0,4
Reiki	1	0,1
TOPLAM	651	100

7. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTA GRUBUNUN KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI HAKKINDAKİ BİLGİLERİ HANGİ KAYNAKLARDAN ALDIKLARI.

Çalışmaya alınan hasta grubuna kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili bilgiyi nereden edindikleri soruldu. Birden fazla şık işaretleyebilecekleri söylenen hastalar toplamda 717 şık işaretlediler. Bilgi kaynaklarını dağılımına bakıldığında hastaların okumaktan çok dinlemeyi tercih ettikleri ve kitle iletişim araçlarının tercih konusunda önemli bir yere sahip olduğu görüldü (Tablo 20). Hastaların kullandıkları uygulamalar ile ilgili bilgileri Komşu/Arkadaş/İş Arkadaşları ve akrabalarından alma yüzdesi toplam 45,3; TV programları, haber programları ve gazetelerden alma yüzdesi toplam % 38,5 olarak belirlendi.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında TV programları, haber programları, gazete, akrabalar, komşu/arkadaş/iş arkadaşı, diğer böbrek hastaları ve sağlık ile ilgili kitaplardan bilgi aldıkları ve etkilendikleri görüldü ($p<0,001$). Bunun dışında kalan radyo, dergi, ansiklopediler, internet, sokak ve el ilanları ile tamamlayıcı tıp uygulaması arasında bir fark görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 20. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi edindikleri kaynakların dağılımını gösteren tablo.

Kullanılan uygulamalar hakkında bilgi edinilen kaynaklar	Sayı	Yüzde
Komşu/Arkadaş/İş Arkadaşları	192	26,8
TV Programları	142	19,9
Akraba	132	18,5
Gazete	70	9,8
Haber Programları	63	8,8
Diğer Böbrek Hastaları	49	6,8
Sağlık ile ilgili Kitaplar	31	4,3
Dergi	16	2,2
Radyo	12	1,6
Ansiklopedi	6	0,8
İnternet	3	0,4
Din Adamı	1	0,1
TOPLAM	717	100

Tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında çalışmaya alınan hasta grubunun tercih ettikleri bilgi edinme kaynakları ile ilgili p değerleri ve bilgi edinilen kaynağa göre kullanım dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Hasta grubunun kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi edindikleri kaynaklar ile kullanma ilişkisi

Kullanılan uygulamalar ile ilgili bilgi edinme kaynakları	Tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanma				Toplam		P değeri
	Evet		Hayır				
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Komşu/Arkadaş/İş arkadaşları	155	68,9	37	22,7	192	49,5	p<0,001
Tv programları	123	54,7	19	11,7	142	36,6	p<0,001
Akrabalar	107	47,6	25	15,3	132	34,0	p<0,001
Gazete	59	26,2	11	6,7	70	18,0	p<0,001
Haber Programları	55	24,4	8	4,9	63	16,2	p<0,001
Diğer KBH hastaları	42	18,7	7	4,3	49	12,6	p<0,001
Sağlık Kitapları	26	11,6	5	3,1	31	8,0	p=0,002
Dergi	12	5,3	4	2,5	16	4,1	p=0,159
Radyo Programları	10	4,4	2	1,2	12	3,1	p=0,071
Ansiklopedi	5	2,2	1	0,6	6	1,5	p=0,205
İnternet	2	0,9	1	0,6	3	0,8	p=0,760
Sokak İlanları	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
El İlanları	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Broşürler	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-

V. TARTIŞMA

Kronik Böbrek Hastalığı birçok değişken faktör nedeni ile gelişebildiğinden her yaş grubunda görülebilmektedir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin uzamasının sonucunda Diabetes mellitus tip 2 ve hipertansiyon KBH'ye en çok yol açan sebepler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkelere KBH ileri yaşlarda daha sık görülmektedir.

Yapılan diğer çalışmaların aksine çalışmanın sonuçlarına göre kronik böbrek hastalığı tanısı ile diyaliz tedavisi görmekte olan hastaların yaşı ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma arasında istatistiksel fark görülmemiştir. Bunun nedeni de Türk toplumunun gelişmiş ülkelere nazaran daha genç popülasyondan oluşması olarak değerlendirilebilir.

Tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma durumu ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumu arasında fark görülmemesinin nedeni olarak Türk kültüründe yer alan kişinin hayatındaki aile bireyleri ve toplum görüşlerinin etkisi gösterilebilir. Hastanın tedavi gördüğü hastalık kronik ve fiziksel ile duygusal açıdan yıpratıcı olduğundan kişinin cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu veya bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumu ne olursa olsun, hasta yakınları ve çevre tarafından doğru veya yanlış yönlendirilmektedirler. Bu çalışmadaki çevresel faktörler ile ilgili sonuçlarımızda bunu desteklemektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmalarda tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanma ve eğitim pozitif korelasyon göstermekte; yüksek eğitim almış olanlarda kullanım oranı artmakta olduğu belirtilmiştir (46,47). Ancak bu çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde farklı bir sonuç bulunmuştur. Sonuçlara göre tamamlayıcı tıp uygulamalarından herhangi birini kullanım oranının okuryazar olmayan grupta %22,7, okuryazar olanlarda %7,1, ilkokul mezunlarında %41,8, ortaokul, lise ve yüksek okul mezunlarında ise yaklaşık %9 olduğu görülmüştür. Öğrenim seviyesi arttıkça kullanım oranı azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda yüksek öğrenim görmüş kişilerde tamamlayıcı tıp kullanımının yüksek oranda olması; bu kişilerin değişik kaynakları taraması ve hastalıklarını araştırmaları olarak yorumlanmıştır. DSÖ tarafından yapılan çalışmalarda özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere hastalıkların geleneksel kökenli uygulamalar ile

tedavi edildikleri görülmüştür. Bu çalışmanın verilerinin analizi sonucunda az eğitilmiş kişilerin etki veya öneri ile geleneksel kökenli uygulamaları daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Kronik böbrek hastalığı tanısı ile diyaliz tedavisi gören hastaların haneye giren aylık net gelirleri ile tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında farklılık görülmemiştir. Gelirin kullanım üzerinde etkisini olmamasının nedenini uygulamaların maliyetinde çıkan sonuçlar ile açıklayabiliriz. Kullanılan uygulamaların maliyet dağılımına baktığımız zaman kullandıkları uygulamalar için hastaların %55'i 0-50 YTL, %37'si ise hiçbir harcama yapmamaktadır. Toplam olarak baktığımız da tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanan hastaların %92'si kullandıkları yöntemler için hiç veya çok az bir ödeme yaptıkları görülmüştür. Hastalar tarafından kullanılan tamamlayıcı tıp uygulamaları hane harcamalarına ek bir yük getirmediğinden hastanın hanesine giren gelirin az veya çok olmasının da önemli bir faktör olmadığını söyleyebiliriz.

Kronik böbrek hastalığı tanısı ile diyaliz tedavisi gören hastaların yaklaşık %66'sı hastalığın doğurduğu veya hastalığın kendisine yol açan veya yaş ile ortaya çıkan diğer hastalıkların da tedavisi altındadırlar. Tamamlayıcı tıp kullanımının alınan diyaliz tedavisi dışındaki diğer hastalıkların tedavileri ile etkilenip etkilenmediğine bakıldığında sonuç anlamlı çıkmamış; hastaların tedavi aldıkları diğer hastalıkları olsun veya olmasın tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvurdukları görülmüştür. Diabetes mellitus, hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı gibi ikinci hastalıklar KBH oluşumunda önemli faktörlerdir. Bu hastalıkların ilerlemesi ile birlikte KBH süreci paralel gitmektedir. Bu nedenle de tamamlayıcı tıp kullanımı ile ek hastalık arasında fark çıkmamıştır. Bu çalışmada diyaliz öncesi tamamlayıcı tıp kullanma oranı ile diyaliz sonrasında bu uygulamalara devam etme oranı yüksek çıkmıştır. Bu sonuçta KBH ile ek hastalıkların tamamlayıcı tıp açısından hastanın yaşamında aynı grubu oluşturduğunu göstermektedir.

Çalışmaya alınan hastaların tedavi gördükleri merkezi ile tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma durumunda farklılık vardır. Özellikle Ankara diyaliz merkezinde tedavi gören hastaların, Adana, Alanya, İskenderun diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalara oranla tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak Ankara merkez hastalarının okuma- yazma oranları ile

sosyokültürel çevrenin farklılığı söylenebilir. Adana, İskenderun ve Alanya hasta gruplarının sosyokültürel çevresi daha çok ananevi gelenekler ile ağır basmaktadır.

Hastaların tamamlayıcı tıbbın ne olduğunu bilmeleri ile kullanımları arasında fark görülmemiştir. Hastalar bilgileri olmasa da bu uygulamaları kullanmaktadırlar. Bunun sebebi olarak hastalığın kronik oluşu, umutsuzluk, ölüm fikri ile karşı karşıya gelinmesi ve tedavinin doğurduğu kısıtlar ile fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal sorunlar, sosyokültürel seviye ve çevrenin etkili olduğunu söyleyebiliriz. Diğer yandan bu çalışmada tamamlayıcı tıp uygulamalarının daha çok eğitim düzeyi düşük olanlar tarafından tercih edilmesi de diğer bir etkidir.

Kronik böbrek hastalığı tanısı ile diyaliz tedavisi gören hastaların tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanmaları ile kullanımları arasında istatistiksel fark görülmüştür. 338 hasta içerisinde toplam 162 hasta tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanmakta ve 162 hastanın %75,9'u bu uygulamalardan en az birini kullanmaktadır. Tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanan hastaların bu uygulamaları kullanmaları doğal bir sonuçtur. Ancak inanan hastalar arasında da bu uygulamaları tercih edenler (%45) bulunmaktadır. Bu hastaların tercih etme nedenleri hastalığın kronik olması ve tedavi ile birlikte doğurduğu sonuçlar ile baş etmek olarak açıklanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarının kendilerine zarar verebileceği hakkındaki düşünceleri ile kullanma durumları arasında istatistiksel fark görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre tamamlayıcı tıp uygulamalarının zararlı olmadığını düşünen hastaların %71'i bu uygulamaların en az birini kullanmaktadırlar. Tamamlayıcı tıp uygulamalarının zararlı olabileceğini düşünen hastaların %45'i, bu konuda hiçbir bilgisi olmadığını ifade eden hastaların da %53,2'si bu uygulamalardan en az birini kullandıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen sonuçlar çerçevesinde genelde zararlı olmadığını düşünen veya bu konuda bir bilgisi olmayan hastaların bu uygulamaları tercih ettiklerini görsek de, zararlı olabileceğini düşünen hastaların da bir bölümünün tamamlayıcı tıp uygulamalarını tercih etmeleri hastalığın kronik ve progresif olması ile açıklanabilir. Her ne kadar çalışmamızda yer almasa da kişinin yaşam kalitesinde ve süresinde kaybedecek bir şeyin olmaması kendilerine zarar verebileceğini düşünmelerine rağmen tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmalarına neden olan altta yatan bir faktör olarak düşünülebilir.

Tamamlayıcı tıp uygulamalarının iyi gelip gelmediği sorulduğunda, uygulamalardan en az birini kullanan hastaların %94,9'u kullandıkları yöntemin kendilerine iyi geldiğini belirtmişlerdir. Kullanılan yöntemin iyi gelmediğini düşündüğü halde kullanan bir yüzde olması (%32,3), kullandıkları halde kendilerine iyi gelip gelmediği konusunda bir bilgileri olmayan yüzde (%35,1) kadar şaşırtıcı bir sonuç doğurmamaktadır. Yapılan çalışmalar tamamlayıcı tıp uygulamalarının plasebo etkileri nedeni ile hastanın kendisine iyi geldiğini düşündürdüğünü, hatta iyi geldiğini düşünmese bile hastaların kullandıkları uygulamalardan vazgeçemediklerini göstermektedir (48–54). Sonuçlara bakıldığında çalışmanın diğer yapılmış çalışmaları desteklediğini görmekteyiz. Tamamlayıcı tıp uygulamaları kendilerine iyi geldiği için kullananlar arasında plasebo etkisinin varlığı inkar edilemez bir gerçektir. Kullandıkları uygulamaların kendilerine iyi gelmediğini savunan ama halen kullanmaya devam eden hastalarda da diğer çalışmalarda da görülen 'bırakamama'nın sonucu olduğunu söyleyebiliriz (38, 57, 58). Er ya da geç bu gruptaki hastalar bir gün bu uygulamaların kendilerine iyi geleceğini düşündüklerinden kullandıkları yöntemlere devam etmektedirler.

Kronik böbrek hastalığı tanısı öncesi ve sonrasında kullanımın değişip değişmediğine baktığımız zaman aralarında istatistiksel bir fark görülmektedir. Tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullanma durumu hastalıklarından önce de bu uygulamaları kullanmış hastalarda daha çok görülmektedir. KBH tanısı almadan önce farklı nedenler ile kullandıkları tamamlayıcı tıp uygulamalarına devam etmeyi tercih etmeleri, hastalıklarının kullandıkları uygulamalardan kaynaklanmadığını düşündükleri sonucuna varabiliriz. Tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanan hastaların uyguladıkları yöntemin zarar vermeyeceğini düşündükleri bilindiğinden zaten inandıkları bir uygulamayı kronik hastalık sonrası da devam etmeleri beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalar tedavi edilemeyen bir hastalık sahibi olduklarını düşündükleri için inandıkları uygulamalara daha sıkı bağlandıkları daha önceden yapılan birçok çalışma tarafından gösterilmiştir (38, 53, 55–60).

Tamamlayıcı tıp uygulamaları altında yer alan her gün içilebilecek ve yenebilecek bitkisel karışımlar arasında diyaliz tedavisi altındaki KBH hastalarının en çok tercih ettiği tür ankette bitki karışımı olarak belirtilen seçenek olmuştur. Hastalar kullandıkları bitki karışımlarının neler olduğunu açıklamış ve çoğunlukla aktardan aldıkları bitkilerden oluşturulan karışımları kendilerinin hazırladıklarını belirtmişlerdir. Kullanılan bitkiler Avrupa ve Amerika da yapılan

çalışmalardan farklı çıkmıştır (1, 3, 28, 29, 33, 36, 38, 46, 47, 51, 53, 55–60,63–72). Her şeyi iyileştirdiğine inanılan ısırgan otu ve tohumu, elma kabuğu, tarçın, limon kabuğu rendesi, kurutulmuş çay, beyaz şarap, sarımsak, keten tohumu, zencefil, kiraz sapı, rezene, sinameki, adaçayı, ihlamur, kuşburnu, kuru incir ve kayısı, pekmez, susam yağı, keten yağı, üzüm çekirdeği... gibi bitki veya bitki kökenli ürünler değişik tarifler ile karıştırılarak düzenli olarak her gün veya haftada 2–3 kere hasta tarafından kullanılmaktadır. Hasta bu ürünlerin değişik sorunlarına ilaç yerine kullanabileceği çareler olarak görmektedir. Kullanılan bu ürünler bir yıldan fazla süredir hasta tarafından tüketilmekte ve ilaçlardan daha güvenli olduklarına inanılmaktadır.

Yapılan çalışmalarda hastaların bitkisel ürünleri daha güvenli kabul ettikleri görülmüştür (34–38). Doğal oldukları için güvenilir olarak kabul edilen bu ürünlerin kullanımının giderek daha da arttığı yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (34–38). Yapılan çalışmaya alınan hasta grubunda tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullananların bu uygulamalara inandıkları, kendilerine iyi geldiğini düşündükleri ve zararlı olamayacağını düşündükleri belirtilmişti. Bu bilgiler çerçevesinde hastaların genelde aktarlardan aldıkları ve kendilerinin hazırladıkları karışımları tüketim sıklığının da her gün veya hafta da 2–3 kere çıkması bütün bu sonuçlar ile ilişkilendirilebilir. Hasta zaten inandığı bir uygulamayı hastalanınca kullanmaya devam etmekte ve kendisine iyi geldiğini düşünmese bile kullanmayı bırakmamaktadır. Kronik bir hastalık tanısı konmuş olan bu kişiler hastalığın ve tedavinin doğurduğu komplikasyonlar ve yaşam şekline getirdiği kısıtlayıcılık ile inandıkları öğelere daha sıkı bağlanarak baş etmektedirler.

Kronik, tedavi olanakları sınırlı ve hem fiziksel hem de duygusal açıdan yıpratıcı bir hastalık tanısı konan ve ölüm fikri ile yüz yüze kalan hastaların inançlarına daha sıkı bağlandıkları çalışma sonuçlarında da görülmektedir. Hastaların uyguladıkları diğer tamamlayıcı tıp uygulamalarında en yüksek oranı dini inançtan (%69,0) doğan uygulamalar oluşturmaktadır. Muska, Zemzem suyu, gevşen, okunmuş yiyecek veya içecek, adak, hocaya gitmek, dua etmek, yatır ziyaretleri ile tespih çekme dini inançtan doğan uygulamalar olarak alınmıştır. Bu uygulamalar arasında en çok zemzem suyu içmek ve adak adamak kullanıldığı görülmüş, dini inançlara eğilimin artmasına rağmen hastaların kullandıkları yöntemler ile ilgili bilgi almak için din adamlarına danışmamaları dikkatimizi çeken bir unsur olmuştur. .

Hastanın dini ögelere daha çok eğilim göstermesi hastalığın kronik olması, diyaliz tedavisinin duygusal ve fiziksel açıdan yıpratıcı olması, diyaliz tedavisinin hastanın yaşam şeklini etkilemesi, hastanın ölüm fikri ile karşı karşıya gelmesi gibi nedenler ile açıklanabilir. Özellikle ölüm fikri ile karşılaşan kronik hastaların dinsel ögelere sığındıkları yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Kronik hastalık tedavisi gören kişilerin de umutsuzluk ve yıpranma nedeni ile kendilerine çare olabilecek diğer uygulamalara yöneldikleri de yapılan çalışmalar ile belirtilmiştir (28, 38, 57, 58). Özellikle KBH hastalarının diyaliz tedavisi nedeni ile yaşadıkları fiziksel bozukluklar ile psikolojik sorunların hastaları farklı uygulamalara yönlendirdiği birçok çalışma sonucunda gösterilmiştir. Yapılan daha önceki çalışmaların ışığında hastaların kronik bir hastalık ile baş etme yolu iyileşebileceklerine inanma ve bu doğrultuda tamamlayıcı tıp uygulamalarına, özellikle de dini inançlarının doğrultusunda kullandıkları unsurlara yönelmektedirler.

Dünya sağlık örgütünün yaptığı çalışmalarda halkın tamamlayıcı tıp uygulamaları konusunda kitle iletişim araçlarından etkilendikleri belirtilmektedir. Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastaların kullandıkları yöntem ile ilgili olarak en çok bilgi aldıkları kaynakların toplam %45,3 ile çevresel faktörlerden Komşu/Arkadaş/İş arkadaşları ve akrabalar; %38,5 ile kitle iletişim araçlarından TV programları, haber programları ve gazeteler olduğu görülmüştür. Çevresel faktör olarak Komşu/Arkadaş/İş arkadaşları ve Akrabaların KBH hastaları üzerindeki etkileri yapılan birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Öte yandan bu çalışmada elde edilen en önemli bilgi hastaların okumaktan çok seyrederek bilgileri öğrendikleridir. Kitle iletişim araçları arasında en yüksek tercih edilme oranını TV programları (%19,9) almaktadır. Bunun yanı sıra broşür, el ve sokak ilanları hastalar tarafından hiç tercih edilmemekte; ansiklopedi ve sağlık ile ilgili kitaplar ise çok düşük bir oranda tercih edilmektedir. Tamamlayıcı tıp kullanan hastaların çoğunluğunun az eğitilmiş olması da bu sonucu desteklemektedir.

Bu çalışmanın kısıtı olarak diyaliz tedavisi altındaki hastaların kullandıkları uygulamaları tepki görme korkusu ile özellikle tedavilerinden sorumlu doktorlardan saklama içgüdüleri anket çalışması sırasında karşımıza çıkmıştır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak;

Kronik böbrek hastalığı tanısı ile diyaliz tedavisi gören hastalar, hastalıkları ile baş etme yöntemi olarak özellikle dini öğelerin ağırlıklı olarak yer aldığı tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmaktadırlar.

Tamamlayıcı tıp yöntemi içinde çevre ve ailevi etki önemli yer tutmakta, bu konudaki bilgileri kitle iletişim araçlarından almaktadırlar. Bu hasta grubu, gerek diyaliz öncesi gerekse diyaliz sırasında doktor ve tedavisinde yer alan ekibe karşı kullandıkları uygulamaları tepki görme korkusu ile saklamaya meyilli olmaktadır. Bu nedenle tedavi ekibinin tamamlayıcı tıp konusundaki görüşlerinin belirlenmesine yönelik çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca hastaların tanı ve tedavi sürecinde, tıbbi ekibin tamamlayıcı tıp uygulamalarına değinmesinin faydası olacağı görülmektedir. Hem tıbbi ekip hem de hastalar için tamamlayıcı tıp uygulamalarının fayda ve zararlarını içeren eğitim programının katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Ancak hastalara yönelik eğitim programının daha çok görsel materyallerden olmasının daha faydalı olacağı çalışmamızda gösterilmiştir.

Sosyokültürel rehabilitasyonun da KBH sürecinde hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği sonucuna varılmıştır.

VII. KAYNAKLAR

1. Wojcikowski K, Johnson DW; Gobe Glenda Herbs or natural substances as complementary therapies for chronic kidney disease: ideas for future studies. *J Lab Clin Med* 2006;147:160-166
2. Schieppati A, Remuzzi G; Chronic renal diseases as a public health problem: Epidemiology, social, and economic implications. *Kidney Int Suppl.* 2005;98:S7-S10
3. Li X, Wang H: Chinese herbal medicine in the treatment of chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2005;12:276–81
4. Eknoyan G, Lameire N, Barsoum R et al: The burden of kidney disease: Improving global outcomes. *Kidney Int* 2004;66: 1310–1314.
5. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MWD; Hogg RJ, Perrone RD, Lau J, Eknoyan G: National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. *Ann Int Med* 2003;139: 137–147
6. Tanyi R.A, Werner J : Women’s Experience of Sipirotuality Within End-Stage Renal Disease and Hemodialysis. *Clin Nurs Res* 2008;17: 32–49
7. United States Renal Data System. Excerpts from the 2000 U.S. Renal Data System Annual Data Report: Atlas of End Stage Renal Disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2000;36:S1-S279
8. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Türkiye'de Nefroloji-Dializ ve Transplantasyon (Registry–2006), Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Yorum Danışmanlık – İstanbul, 2007.
9. Remuzzi G, Ruggenti P, Perico N. Chronic renal diseases: renoprotective benefits of renin-angiotensin system inhibition. *Ann Int Med.* 2002;136:604–15.
10. Woolf SH. Manual for Clinical Practice Guideline Development. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1991
11. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Kidney Disease Outcome Quality Initiative.* *Am J Kidney Dis.* 2002;39:S1–246.
12. McClellan WM, Knight DF, Karp H, Brown WW: Early detection and treatment of renal disease in hospitalized diabetic and hypertensive patients: important differences between practice and published guidelines *Am J Kidney Dis.* 1997;29:368–75
13. Obrador GT, Ruthazer R, Arora P, Kausz AT, Pereira BJ: Prevalence of and factors associated with suboptimal care before initiation of dialysis in the United States *JASN* 1999;10:1793–800
14. Coresh J, Wei GL, McQuillan G, Brancati FL, Levey AS, Jones C, et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States; findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey (1988–1994). *Arch Int Med.* 2001;161:1207–16
15. Hsu CY, Chertow GM: Chronic renal confusion: insufficiency, failure, dysfunction, or disease. *Am J Kidney Dis.* 2000;36:415–8
16. Bekki Z. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde kosültasyon-liyezon psikolojisinin önemi. *Çınar Dergisi.* 1998;4:96–100
17. Şentürk A, Tamam L, Levent BA: Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. *ARV* 2000;9:49–65
18. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2003;14:72–80

19. Özatalay E. Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 1990
20. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *J Consulting Clin Psychology*. 2002;70: 712–724
21. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö: Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2003;12:113–116
22. Ching WLS: The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *J Adv Nursing* 2001;35:218–227
23. Sezer MT: Psikiyatrik Sorunlar. Editör: Akpolat T, Ulaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. 2. Baskı, Anadolu Yayıncılık, Kayseri, 2001:147–152
24. Hagren B, Pettersen I.M, Severinsson E et al: The Hemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end stage renal disease. *J Adv Nursing*. 2001;34:196–202
25. Peters, VJ, Hazel L, Finkel P, Colls J: Rehabilitation experiences of patients receiving dialysis. *ANNA J* 1994;21:419–426
26. Beer J: Body Image of a patient with ESRD and following renal transplantation. *British J Nursing*. 1995;4:591–598
27. White Y, Grenyer BFS: The biopsychological impact of end stage renal disease: The experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nursing*. 1999;30:1312–1320
28. Duncan HJ, Pittman S, Govil A, Sorn L, Bissler G, Schultz T, Faith J, Kant S, Chaudhury PR: Alternative Medicine use in dialysis patients: Potential for good and Bad! *Nephron Clin Prac* 2007;105:108–113
29. Authors Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public, *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. National Academies Press, Washington D.C. 2005:19
30. http://saglik.tr.net/genel_saglik_bitkilerle_tedavi.shtml, Dr. Kerem Gün, Prof. Dr. M. Zeki Karagülle. Erişim tarihi. Aralık 2008
31. Bellinghieri G, Santoro D, Bucca M, Savica V: Therapy of kidney diseases in poor people in France during the 18th century. *J Nephrol* 2004;17:619–624
32. Şarışen Ö, Çalışkan D: Fitoterapi; bitkilerle tedaviye dikkat. *STED* 2005;14:182–187
33. Normile D: Asian medicine; The new face of traditional medicine. *Science* 2003;299: 188–190
34. Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. 2004 World Health Organization
35. Boyce N: Unknown quantity. *New Sci* 1999;161:18–19
36. De Smet PA: Health risks of herbal remedies. *Drug Saf* 1995;13:81–93
37. Niggemann B, Grüber C: Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003;5:707–716
38. Dahl NV: Herbs and supplements in dialysis patients: panacea or poison? *Semin Dial* 2001;14:186–192.
39. Public education in rational drug use: A global survey. Geneva, WHO, 1997
40. Brieger WR: Roll Back Malaria. Pre-testing of needs assessment procedures. IDO Local government, Oyo State Nigeria. Unpublished draft, 1998.
41. Diarria D: Roll Back Malaria. Needs assessment report. Field test of instruments and methodology in Mali. Unpublished draft, 1999; copy available from Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization.

42. Gyapong M, Aikins M, Amofah G. Report on pretesting of instruments of roll back malaria needs assessment in the Dangme West District Ghana. Unpublished draft, 1999; copy available from Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization.
43. RBM Country Team. The final RBM Report on the pre-testing of the RBM (WHO) research instruments, and the situation analysis for action against malaria in Petauke District, Zambia 1999; copy available from Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization.
44. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva, WHO, 2002
45. Ernst E: Prevalence of the use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78:252–257
46. Kennedy J. Herb and supplement use in the US Population. *Clin Therap* 2005;27: 1847–1858
47. Bardia A, Nisly NL, Zimmerman MB, Gryzlak BM, Wallace RB: Use of herbs among adults based on evidence-based indications: findings from the National Health Survey. *Mayo Clin Proc*. 2007;82: 561–566
48. Morreim EH. A dose of our own medicine. *Alternative medicine, conventional medicine, and the standards of science*. *J Law Med Ethics*. 2003;31:222–235
49. Hufford DJ. Evaluating complementary and alternative medicine: The limits of science and scientists. *J Law Med Ethics*. 2003;31:198–212
50. Pagan JA, Pauly MV: Access to conventional medical care and the use of complementary and alternative medicine. *Health Aff (Milwood)*. 2005;24:255–262
51. Whitman M. Understanding the perceived need for complementary and alternative nutraceuticals: lifestyle issues. *Clin J Oncol Nurs*. 2001;5:190–194
52. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM: The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann Intern Med*. 1998;129:1061–1065
53. Kaptchuk TJ The placebo effect in alternative medicine: Can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Ann Intern Med*. 2002;136:817–825
54. Bostrom H. Placebo- the forgotten drug. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23 (supp 3): 53–57
55. Carlsson M. Perceived quality of life and coping for Swedish women with breast cancer who choose complementary medicine. *Cancer Nursing*, 2001;24:395–401
56. Power R. HIV; Effectiveness of Complementary and Alternative Medicine. *Primary Care* 2002;29:361–78
57. Hamm BR, Dahl NV: Herbs, menopause, and dialysis. *Semin Dial* 2002;15: 53–59.
58. Novak M, Shapiro CM, Mendelssohn D, Mucsi I: Diagnosis and management of insomnia in dialysis patients. *Semin Dial* 2006;19:25–31
59. Foote J, Cohen B: Medicinal herb use and the renal patient. *J Ren Nutr*. 1998;8:40–42
60. Burrowers JD, Van Houten G: Use of Alternative medicine by patients with stage 5 chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2005;12:312–325
61. Colson CR, De Broe ME: Kidney injury from alternative medicines. *Adv Chronic Kidney Dis* 2005;12:261–275
62. Barsoum RS: End-stage renal disease in the developing World. *Artif Org* 2002;26: 737–746
63. Debelle F, Nortier J: Nephropathy caused by Chinese plants and aristolochic acids: from clinical observation to experimental model. *Bull Mem Acad R Med Belg* 2006;161:327–333
64. Vanherweghem JL, Depierreux M, Tielemans C, Abramowicz D, Dratwa M, Jadoul M, Richard C, Vandervelde D, Verbeelen D, Vanhaelen-Fastre R, et al: Rapidly

- progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs. *Lancet* 1993;341:387–391
65. Lord GM, Cook T, Arlt VM, Schmeiser HH, Williams G, Pusey CD: Urothelial malignant disease and Chinese herbal nephropathy. *Lancet* 2001;58:1515–1516
 66. Krumme B, Endmeir R, Vanhaelen M, Walb D: Reversible Fanconi syndrome after ingestion of a Chinese herbal 'remedy' containing aristolochic acid. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:400–402
 67. Pena JM, Borrás M, Ramos J, Montoliu J: Rapidly progressive interstitial renal fibrosis due to a chronic intake of a herb (*Aristolochia pistolochia*) infusion. *Nephrol Dial Transplant* 1996;11:1359–1360
 68. Stengel B, Jones E: End-stage renal insufficiency associated with Chinese herbal consumption in France. *Nephrologie* 1998;19:15–20
 69. Tanaka A, Nishida R, Yoshida T, Koshikawa M, Goto M, Kuwahara T: Outbreak of Chinese herb nephropathy in Japan: are there any differences from Belgium? *Intern Med* 2001;40:296–300
 70. Chen W, Chen Y, Li A: The clinical and pathological manifestations of aristolochic acid nephropathy – the report of 58 cases. *Zhonghua Yixue Zazhi* 2001;81:1101–1105
 71. Chang CH, Wang YM, Yang AH, Chiang SS: Rapidly progressive interstitial renal fibrosis associated with Chinese herbal medications. *Am J Nephrol* 2001;21:441–448
 72. Meyer MM, Chen TP, Bennett WM: Chinese Herb Nephropathy. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2000;13: 334–337

7. Böbrek hastalığı dışındaki hastalıklar:

- 1) Yüksek Tansiyon
- 2) Şeker Hastalığı
- 3) Kalp Hastalığı
- 4) Romatizma
- 5) Diğer (Belirtiniz): _____

8. Tamamlayıcı tıp (hayvansal ürünlerin veya ot, bitki karışımlarının çay olarak içilmesi, yenmesi, vücuda sürülmesi; hastalık nedeni ile adak adanması, hocaya veya şifacıya gitmek, yoga, meditasyon, akupunktur gibi uygulamalar yapmak) uygulamalarının tedavi ile birlikte kullanılabildiğini duydunuz mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır

9. Tamamlayıcı tıp yöntemlerine inanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

10. Doktorunuzun verdiği ilaçlar ile birlikte meyve çayları, bitki tohumları, bitkisel karışımlar gibi içecekleri ve/ veya yiyecekleri kullanıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

11. İçtiğiniz ve/ veya yediğiniz karışımlar, içecekler nelerdir?

- 1) Bitki karışımı: _____
- 2) Meyve Çayı: _____
- 3) Bitki tohumu veya sebzesi: _____
- 4) Macun veya merhem olarak hazırlanan karışımlar:

12. Kullandığınız meyve çayları ve/ veya bitkisel karışımları kullanma sıklığınız:

- 1) Hergün
- 2) Haftada 1 kere
- 3) Haftada 2–3 kere
- 4) 15 günde 1 kere
- 5) 15 günde 2–3 kere
- 6) Ayda 1 kere
- 7) Diğer (Belirtiniz): _____

13. Kullandığınız meyve çayları ve/ veya bitkisel karışımları;

- 1) Son 1 yıldır kullanıyorum
- 2) 1 yıldan fazla kullanıyorum: _____

14. Kullandığınız meyve çayları ve/ veya bitkisel karışımları:

- 1) Siz kendiniz hazırlıyorsunuz
- 2) Hazır alıyorsunuz
- 3) Diğer (Belirtiniz): _____

15. İçmek veya yemek için hazırladığınız karışımlarda kullandığınız bitki ve otları:

- 1) Aktardan alıyorum
- 2) Marketten alıyorum
- 3) Kendim topluyorum
- 4) Arkadaş/ akrabadan alıyorum

16. Kullandığınız meyve çayları ve/ veya bitkisel karışımlarını hastalığınızdan önce kullanıyor muydunuz?

- 1) Evet kullandım ve hala kullanıyorum
- 2) Evet kullandım ama sonra bıraktım
- 3) Hayır kullanmadım
- 4) Hayır kullanmadım ama şu anda kullanıyorum

17. Aşağıdaki uygulamalardan hangilerinin size iyi geldiğini, sizi rahatlattığını, kendinizi daha iyi hissetmenize neden olduğunu düşünüyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1) Muska
- 2) Gevşen
- 3) Adak
- 4) Nazar Boncuğu takmak
- 5) Özel güçleri olduğuna inanılan taşları takmak (Ametist, Safir, Opal... vb.)
- 6) Zemzem suyu içmek
- 7) Akupunktur
- 8) Yoga
- 9) Reiki
- 10) Masaj
- 11) Kaplıca
- 12) Şifacı

- 13) Hoca'ya gitmek
- 14) Sülük yapıştırma
- 15) Yadır ziyareti
- 16) Balıklı Göl
- 17) Taş ısıtma
- 18) Hacimat
- 19) Okunmuş yiyecek, içecekler
- 20) Diğer: _____

18. Kullandığınız meyve çayları ve/veya bitkisel karışımların, uygulamaların size aylık maliyeti ne kadar?

- 1) 0–50 YTL
- 2) 50–250 YTL
- 3) 250- 500 YTL
- 4) 500- 1000 YTL
- 5) 1000 YTL üzeri

19. Kullandığınız meyve çayları ve/veya bitkisel karışımların, uygulamaların size zararlı olabileceğini düşündünüz mü?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Bilgim Yok

20. Kullandığınız meyve çayları ve/veya bitkisel karışımların, uygulamaların size iyi geldiğini düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Bilgim Yok

21. Kullandığınız yöntem ile ilgili bilgileri nereden aldınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1) Televizyon programları
- 2) Haber programları
- 3) Gazete
- 4) Dergi
- 5) Sağlık ile ilgili kitaplar
- 6) Ansiklopediler
- 7) İnternet
- 8) Radyo
- 9) Komşu/ Arkadaş/ İş arkadaşı
- 10) Akrabalar

11) Diğer Böbrek Hastaları

12) Sokak ilanları

13) El ilanları

14) Broşürler

15) Diğer (Belirtiniz):_____