

# Kardiyovasküler Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu

Ayşe Uçar<sup>1</sup> , Özlem Canbolat<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

## Özet

**Amaç:** Kardiyovasküler hastalık tanısı alan hastaların tamamlayıcı alternatif tedavi kullanım durumunun belirlenmesidir.

**Yöntemler:** Bu araştırma, 01 Ağustos 2019-31 Ocak 2020 tarihleri arasında bir üniversitenin Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran, kardiyovasküler hastalık tanısı olan 288 hastayı içeren tanımlayıcı bir çalışmadır. Veri toplama aracı olarak "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "TAT Hatırlatıcı Şablon"u kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların yaş ortalaması  $59.32 \pm 13.89$  olup %54.2'si erkektir. Hastaların %61.5'i ilköğretim mezunu, %82.3'ü evlidir. Hastaların %41'i dört ile altı arası ilaç kullanmaktadır ve en fazla koroner arter hastalığı tanısı ile başvurmuşlardır (%36.8). Hastalık süreleri ortalama  $8.77 \pm 7.69$  yıldır. Hastalarımızın %63.5'i en az bir TAT yöntemi kullanmakta olup TAT kullanım amaçları en fazla (%35) şifa bulmak- iyileşmektir. TAT kullananların %57.9'u fayda gördüğünü bildirirken, %1.6'sı zarar gördüğünü ifade etmiştir. En sık kullanılan TAT yöntemi %68.3 ile dua ve %18 ile fitoterapidir. TAT kullananların çoğunluğu (%79.8) bu uygulamayı günlük olarak yapmaktadır. Hastaların TAT kullanım kararı çoğunlukla (%69.9) kendilerine ait olup, uygulayıcı da yine çoğunlukla (%96.2) kendileridir. Hastaların %85.2'si TAT uyguladıklarını sağlık profesyonellerine bildirmediğini belirtmiştir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla TAT kullanmaktadır ( $p=0.025$ ).

**Sonuç:** Çalışmaya alınan hastalar TAT yöntemlerinden sıklıkla dua ve fitoterapi yöntemini tercih etmiş olup, zarar görme oranı oldukça düşüktür. Fakat hastalar kullanılan yöntemlerin sağlık profesyoneline bildirilmesi konusunda çekimser kalmışlardır.

**Anahtar sözcükler:** Kardiyak, kardiyovasküler hastalık, kronik hastalık, tamamlayıcı alternatif tedavi, hemşirelik.

## Use of Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Diseases

### Abstract

**Objective:** To determine the use of complementary alternative medicine in patients diagnosed with cardiovascular disease.

**Methods:** This was a descriptive study that included 288 patients, with a diagnosis of cardiovascular disease, who applied to the cardiology outpatient clinics of a university medical faculty hospital between August 01, 2019, and January 31, 2020. The Descriptive Information Form and Complementary Alternative Medicine (CAM) Reminder Template were used as data collection tools.

**Results:** The mean age of the patients in the study was  $59.32 \pm 13.89$  years, and 54.2% of them were men. Of the patients, 61.5% were primary school graduates, and 82.3% were married; 41% of the patients were using between 4 and 6 drugs and presented mostly with a diagnosis of coronary artery disease (36.8%). The mean duration of the disease was  $8.77 \pm 7.69$  years; and 63.5% of the patients used at least one CAM method, and the goal of using CAM was to find healing and recovery in most (35%). Although 57.9% of CAM users reported that they benefited, 1.6% stated that they were harmed. The most com-

**İletişim (Correspondence):** Ayşe Uçar. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

**Telefon (Phone):** +90 533 550 64 12 / 9183 **E-Posta (E-mail):** akkolucar@gmail.com

**Başvuru Tarihi (Submitted Date):** 14.06.2021 **Kabul Tarihi (Accepted Date):** 15.09.2021

©Copyright 2021 by Turkish Society of Cardiology - Available online at www.khd.tkd.org.tr

**OPEN ACCESS** This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



monly used CAM method was prayer with 68.3% and phytotherapy with 18%. The majority (79.8%) of CAM users did it on a daily basis. The patients' decision to use CAM was mostly (69.9%) their own, and the practitioner was mostly (96.2%) themselves. Of the patients, 85.2% stated that they did not inform the health professionals they were using CAM. Women used CAM more than men ( $p=0.025$ ).

**Conclusion:** The patients included in the study frequently preferred prayer and phytotherapy methods from the CAM methods, and the rate of harm was very low. However, the patients were reluctant to report the methods used to the healthcare professional.

**Keywords:** Cardiac, cardiovascular disease, chronic diseases, complementary alternative medicine, nursing

**Cite this article as:** Uçar A, Canbolat Ö. Use of Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Diseases. Turk J Cardiovasc Nurs 2021;12(29):155-162.

**K**ardiyovasküler hastalıklar, son 15 yılda küresel olarak önde gelen ölüm nedenleri olmaya devam etmektedir.<sup>[1]</sup> 2016 yılında, yaklaşık her üç ölümden biri kardiyovasküler hastalıklar nedeniyledir ve bu, dünya çapında tahmini olarak 17.9 milyon kişi demektir.<sup>[2]</sup> Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre 2018 yılı içerisindeki tüm ölümlerin %38.4'ünü (161 bin 920) dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmuştur.<sup>[3]</sup> Kardiyovasküler hastalıklar sadece yüksek ölüm oranlarından sorumlu değildir. Orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde üretkenliğin kısıtlanmasına ve gerek ilaç tedavisi gerek cerrahi ve girişimsel tedavi sebebiyle sağlık maliyetlerinin önemli düzeyde artmasına sebep olmaktadır. Küresel düzeyde 2017'deki en büyük hastalık yükü, %15'le (yaklaşık 366 milyon) kardiyovasküler hastalıklar nedeniyledir.<sup>[4]</sup> Türkiye hastalık yükü çalışmasında da kardiyovasküler hastalıkların otuz yaş ve üzerinde en yüksek hastalık yüküne sahip olduğu ve ülke nüfusunun yaşlanmasıyla paralel olarak bu artışın devam edeceği bildirilmiştir.<sup>[5]</sup> Kardiyovasküler hastalıkların kronik olması, bu denli yüksek ölüme sebebiyet vermesi ve hastalık yükünün fazla olması, hasta bireyleri farklı tedavi seçeneklerini kullanmaya yönlendirmede etkilidir. Bu tedavi yöntemleri geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte tamamlayıcı veya geleneksel tedaviye tercih edilen alternatif tedavi şeklinde olabilmektedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) "genellikle geleneksel tıbbın bir parçası olarak görülmeyen çeşitli tıbbi ve sağlık sistemleri, uygulamaları ve ürünleri grubu" olarak tanımlanmaktadır.<sup>[6]</sup> Tamamlayıcı tedaviler geleneksel tedavilere ek olarak kullanılırken alternatif tedaviler geleneksel tedavilerin yerine kullanılan yaklaşımlar olarak bilinmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health- NIH)'ne göre, TAT'lar; biyolojik temelli tedaviler, alternatif tıbbi sistem, zihin-beden müdahalesi, manipülatif ve beden temelli yöntemler, enerji terapileri olmak üzere beş kategoriye ayrılmaktadır.<sup>[7]</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 geleneksel ve tamamlayıcı tıp raporunda, DSÖ'ye üye ülkelerden %88'inde (170 ülke) aktif olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanıldığını bildirmiştir.<sup>[8]</sup> Dünya çapında genel popülasyonlarda TAT kullanımının yaygınlığı %9.8 ile %76 arasında değişmektedir.<sup>[9]</sup> Literatürde çeşitli hastalık gruplarında semptomları iyileştirmek amacıyla TAT yöntemlerinin yaygın bir şekilde kullanıldı-

ğı<sup>[9-12]</sup> ve ülkemizde ise TAT kullanım sıklığının kanserli hastalarda %22.1-%84.1,<sup>[13]</sup> hipertansiyon hastalarında %51.3-%74.3 arasında değiştiği bildirilmektedir.<sup>[14]</sup>

Kullanılan TAT uygulamalarından özellikle bitkisel ürünler ve besin takviyelerinin güvenlikleri ve etkinlikleriyle ilgili yeterli bilginin olmaması, kullanılan TAT uygulamalarının sağlık profesyonelleri ile tartışılmaması ve mevcut tıbbi tedavinin kesintiye uğraması gibi olumsuz etkilerin olabileceği göz ardı edilmemelidir. Kardiyovasküler hastalıklarda ciddi besin-ilaç etkileşimlerinin olduğu bilinmektedir (varfarin, digoxin, amiodaron ve siklosporin).<sup>[15]</sup> Hastaların bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamaları, kullanılan destek tedavilerin olumsuz etkilerine maruz kalmalarına sebep olabilmektedir. Bu tür olumsuzlukların ortadan kaldırılabilmesi için mevcut durumun ortaya konulması ve gerekli önlemlerin alınması gerekir.

Ülkemizde hipertansiyonda TAT kullanımına yönelik çalışmalar<sup>[16-18]</sup> mevcut olmasına rağmen genel olarak kardiyovasküler hastalıklarda TAT uygulamaları hakkında tek çalışmaya ulaşılmıştır.<sup>[19]</sup> Bu araştırma kardiyovasküler hastalık tanısı alan hastaların TAT kullanım durumunun belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bir üniversite hastanesinde 01 Ağustos 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. 01 Ağustos 2019- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniklerine başvuran araştırma kriterlerine uyan 300 hastaya ulaşılmıştır. Bu hastalardan 18 yaş ve üzeri olan, en az 6 aydır kardiyovasküler hastalık tanısı almış olan, iletişim problemi olmayan, psikiyatrik tanısı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen 12 hasta çalışma dışı bırakılarak 288 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

## Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından Kardiyoloji Polikliniklerine gelen araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yaklaşık 10 dakikada toplanmıştır. Görüşmeler, hasta bekleme alanı katında yer alan poliklinik odasında

yapılmıştır. Veri toplamada "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "TAT Hatırlatıcı Şablon"u kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Bilgiler Formu:** Araştırmacılar tarafından literatüre<sup>[7,20-22]</sup> dayalı olarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgiler Formu, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların sosyo-demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb.) içeren 7 soru, ikinci bölümde hastalık özelliklerini (komorbidite, kullandığı ilaçlar, tanı, vb.) içeren 5 soru ve üçüncü bölümde TAT yöntemlerine yönelik (TAT kullanma durumu, nedeni, sıklığı, vb.) 9 soru bulunmaktadır.

**TAT Hatırlatıcı Şablon:** Hatırlatıcı şablon, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür ışığında<sup>[6,7,15]</sup> biyolojik temelli tedaviler (aromaterapi, şelasyon terapisi, diyetle dayalı tedaviler, halk hekimliği, iridoloji, megavitamin tedavisi, mineraller, nöral tedavi ve fitoterapi / bitkisel ilaç tedavileri), alternatif tıbbi sistem (akupunktur, ayurveda, homeopati ve naturopatik tıp), zihin-beden müdahalesi (antropoetik tıp, otojenik eğitim, biofeedback, biorezonans, bilişsel davranışçı terapiler, derin nefes egzersizleri, grup desteği, yönlendirilmiş hayal kurma, müzik terapisi, hipnoz, görüntü, meditasyon, dua, gevşeme, Qigong, tai chi, yoga ve shiatsu), manipülatif ve beden temelli yöntemler (akupressur, Alexander tekniği, Bowen tekniği, kayropratik manipülasyon, Feldenkrais metodu, masaj, myofacial release, kranio-sakral terapi, osteopatik manipülasyon, refleksoloji, Rolfing, Trager vücut çalışması ve Tui na), enerji terapileri (terapötik dokunma, ışık terapisi, manyetik terapi, milimetre dalga terapisi, Qigong, reiki ve ses enerjisi terapisi) olarak ayrılan kategorilere göre hazırlanmıştır. Ayrıca spesifik yaklaşımlar da (sauna, hayvan iletişimi destekli terapileri, spinal cord uyarısı) hatırlatıcı şablonda yer almaktadır. Bu şablon hastaların kullanmış oldukları bazı uygulamaları TAT olarak düşünmeme ihtimali göz önünde bulundurularak, aynı zamanda tercih ettikleri TAT yöntemini belirleyebilmek için hazırlanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25 (IBM Statistical Package for the Social Sciences Corp., Armonk, NY, ABD) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde, ki-kare ve çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p < 0.05$  anlamlılıkla değerlendirilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanması için Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulundan 12/07/2019 tarihli 2019/1997 sayılı ile etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı kurumdan 18.07.2019 tarihli 14567952-050/1206 sayılı ile kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $59.32 \pm 13.89$  olup, çoğunluğu (%39.6) 50-64 yaş arasıdır. Bireylerin %54.2'si erkek, %82.3'ü evli, %61.5'i ilköğretim mezunu ve %80.9'unun çalışmadığı belirlenmiştir. Gelirini kısmen yeterli bulanlar %56.3 ve yalnız yaşamayan birey oranı %92.4'dür. Hastaların %51.7'si sağlık hizmetlerine kolay ulaştığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%36.8) KAH tanısı ile başvurmuş olup, %35.1'inin hastalık süresi 6 ay-3 yıl arasında değişmektedir. İlaç kullanım sayısı %41 ile en çok 4-6 arasıdır. Hastaların yalnızca %7.3'ünde birden fazla komorbidite gözlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların TAT kullanma durumları incelendiğinde %63.5'inin herhangi bir TAT yöntemi kullandığı, kullananların ( $n=183$ ) %35'inin şifa bulmak-iyileşmek için TAT kullanımını tercih ettiği tespit edilmiştir. En çok tercih edilen TAT yönetiminin %68.3 ile dua etmek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %57.9'u kullandığı TAT yönteminden fayda gördüğünü ve %79.8'inin günlük olarak TAT yöntemini uyguladığını belirtmiştir. TAT uygulaması yapanların %45.9'unun ailesinde de TAT kullanımı saptanmıştır. Ailelerin sıklıkla başvurduğu TAT yöntemi de hastalarla benzer olarak %66.7 ile duadır. Hastaların %69'u TAT kullanımına kendisi karar verirken, %96.2'si TAT uygulayıcısının kendisi olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %85.2'si TAT kullandığını sağlık personeline söylemediklerini belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hastaların yaş ve TAT kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 50-64 yaş aralığında TAT kullanımı sıklıkla tercih edilmiş fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Kadınlar ve erkeklerin TAT kullanımına baktığımızda kadınların erkeklerle oranla daha fazla TAT yöntemi kullandığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Araştırmamızda evli olanların bekârlara oranla, ekonomik durumu kısmen yeterli olanların ekonomik durumu yeterli ve yetersizlere oranla ve yalnız yaşamayanların yalnız yaşayanlara oranla daha fazla TAT yöntemi kullandıkları saptanmıştır. Fakat bu gruplar arasında TAT kullanımı durumunda anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Çalışmayan hastaların çalışanlara oranla ve ilköğretim seviyesinde eğitim görenlerin diğer eğitim seviyelerinde eğitim görenlere oranla daha fazla TAT kullanımı gözlenmiş olmasına rağmen, bu gruplar arasında da TAT kullanımı açısından istatistiksel olarak bir anlamlılığın olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Hastaların komorbidite, kullanılan ilaç sayısı, tanı ve sağlık hizmetine ulaşım durumu ile TAT kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

Hastaların TAT kullanma durumu üzerindeki belirleyicilik oranları çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=288)**

Özellik	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SD$
<b>Yaş (yıl)</b>	<b>18-89</b>	<b>59.32±13.89</b>
<b>Yaş grupları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18-49	64	22.2
50-64	114	39.6
≥65 yaş	110	38.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	132	45.8
Erkek	156	54.2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	237	82.3
Bekâr	51	17.7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	42	14.6
İlköğretim	177	61.5
Lise	29	10.1
Üniversite/master/doktora	40	13.9
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	55	19.1
Hayır	233	80.9
<b>Gelir durumu</b>		
Yeterli	89	30.9
Kısmen yeterli	162	56.3
Yetersiz	37	12.8
<b>Yalnız yaşama durumu</b>		
Evet	22	7.6
Hayır	266	92.4
<b>Sağlık hizmetine ulaşım</b>		
Kolay	149	51.7
Kısmen kolay	63	21.9
Zor	76	26.4
<b>Tanı</b>		
KAH	106	36.8
HT	54	18.8
Kapak hastalıkları	46	16.0
Diğer*	82	28.5
<b>Hastalık süresi</b>		
6 ay 3 yıl arası	101	35.1
4-10 yıl arası	98	34.0
10 yıl üzeri	89	30.9
<b>Kullanılan ilaç sayısı</b>		
İlaç kullanmıyor	10	3.5
1-3 ilaç kullanıyor	102	35.4
4-6 ilaç kullanıyor	118	41.0
7 ve üzeri ilaç kullanıyor	58	20.1
<b>Komorbidite</b>		
Ek hastalık yok	128	44.4
Tek ek hastalık	139	48.3
Birden fazla ek hastalık	21	7.3

\*Diğer: Kalp yetmezliği, ritim bozukluğu, kalbin enfeksiyon hastalıkları, atriyal septal defekt/ventriküler septal defekt.

**Tablo 2. Hastaların TAT kullanım özelliklerine göre dağılımı**

Özellik	n	%
<b>TAT kullanma (n=288)</b>		
Hayır	105	36.5
Evet	183	63.5
<b>TAT kullanma nedeni (n=183)</b>		
Genel sağlık	22	12.0
Şifa bulmak-iyileşmek	64	35.0
Semptomları gidermek	24	13.1
Rahatlamak	28	15.3
Tıbbi tedaviye destek-mevcut durumun korunması	14	7.7
Şifa+rahatlama	31	16.9
<b>TAT yöntemi (n=183)</b>		
Fitoterapi	33	18.0
Dua	125	68.3
Diyete dayalı tedavi	14	7.7
Diğer*	11	6.0
<b>TAT fayda görme (n=183)</b>		
Çok fayda gördüm	43	23.5
Fayda gördüm	106	57.9
Biraz fayda gördüm	27	14.8
Hiç fayda görmedim	4	2.2
Zarar gördüm	3	1.6
<b>TAT sıklık (n=183)</b>		
Günlük	146	79.8
Haftalık	6	3.3
Aralıklı (periyodik)	13	7.1
Semptom varlığında	8	4.4
Aklıma geldikçe	10	5.5
<b>TAT kararı (n=183)</b>		
Kendisi	128	69.9
Çevre	2	1.1
Aile	3	1.6
Kendisi+doktor	19	10.4
Kendisi+çevre+int	25	13.7
Kendisi+medya	6	3.3
<b>TAT uygulayan (n=183)</b>		
Doktor	4	2.2
Hemşire	2	1.1
Kendisi	176	96.2
Sertifikalı görevli	1	0.5
<b>TAT kullandığını sağlık personeline söyleme (n=183)</b>		
Evet	27	14.8
Hayır	156	85.2
<b>Ailede TAT kullanımını (n=183)</b>		
Yok	99	54.1
Var	84	45.9
<b>Ailede TAT yöntemi (n=84)</b>		
Fitoterapi	18	21.4
Dua	56	66.7
Sülük	2	2.4
Diyete bağlı tedavi	4	4.8
Hacamat+sülük	3	3.6
Reiki+gevşeme+yoga	1	1.2

\*Diğer: Hacamat, reiki, gevşeme teknikleri, sauna, müzik, meditasyon, mineral, megavitamin tedavileridir.

**Tablo 3. TAT kullanma durumlarına göre hastaların özellikleri**

Gruplar		TAT kullanma			X <sup>2</sup>	p
		Evet (n=183)	Hayır (n=105)	Toplam		
Yaş	18-49	37	27	64	1.727	0.422*
	50-64	77	37	114		
	65 ve üzeri	69	41	110		
Cinsiyet	Kadın	93	39	132	5.027	0.025*
	Erkek	90	66	156		
Medeni durum	Evli	152	85	237	0.203	0.652*
	Bekâr	31	20	51		
Ekonomik durum	Yeterli	57	32	89	0.306	0.858*
	Kısmen yeterli	104	58	162		
	Yetersiz	22	15	37		
Yalnız yaşama durumu	Evet	11	11	22	1.885	0.127*
	Hayır	172	94	266		
Çalışma durumu	Evet	32	23	55	0.843	0.222*
	Hayır	151	82	233		
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	31	11	42	5.107	0.167*
	İlköğretim	114	63	177		
	Lise	14	15	29		
	Üniversite/master/doktora	24	16	40		
Komorbidite	Ek hastalık yok	78	50	128	1.425	0.490*
	Tek ek hastalık	93	46	139		
	Birden fazla ek hastalık	12	9	21		
Kullanılan ilaç sayısı	İlaç kullanmıyor	7	3	10	0.613	0.893*
	1-3 ilaç kullanıyor	64	38	102		
	4-6 ilaç kullanıyor	77	41	118		
	7 ve üzeri ilaç kullanıyor	35	23	58		
Tanı	KAH	68	38	106	0.969	0.809*
	HT	37	17	54		
	Kapak hast.	28	18	46		
	Diğer <sup>†</sup>	50	32	82		
Hastalık süresi	6 ay- 3 yıl arası	58	43	101	2.535	0.281*
	4-10 yıl	65	33	98		
	>10 yıl	60	29	89		
Sağlık hizmetine ulaşım	Kolay	89	60	149	4.591	0.101*
	Kısmen kolay	38	25	63		
	Zor	56	20	76		

\*Ki-kare testi kullanılmıştır.

<sup>†</sup>Diğer: Kalp yetmezliği, ritim bozukluğu, kalbin enfeksiyon hastalıkları, atriyal septal defekt/ventriküler septal defekt.

Bu değişkenlerden cinsiyetin, TAT kullanma durumuna %13 (R2: 0.130) oranında katkı sağladığı saptanmıştır (p<0.006). Regresyon katsayısına göre (B), kadınların erkeklerden TAT kullanma durumununun 0.096 puan daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0.006).

## Tartışma

Günümüzde tıptaki büyük ilerlemelere rağmen TAT uygulamaları hala yaygın olarak kullanılmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklara yönelik farmakolojik tedavilerin sürekli

**Tablo 4. Hastaların TAT kullanma durumlarını etkileyen faktörler: Çoklu regresyon analizi sonuçları**

TAT kullanma durumunu etkileyen bağımsız değişkenler	B	β (Beta)	t	p
Cinsiyet	1,135	0,096	1,132	0,025
	R:0,631	R2: 0,130	F: 2.581	p<0,006

B: Regresyon katsayısı, F: Varyans Analizi, B (Standartize Beta): Kısmi regresyon katsayısı, T: Regresyon katsayıları için anlamlılık testi, R: İlişki düzeyi, R2: Belirlilik (Determinasyon) Katsayısı

kullanımı, yan etkilerin yaşanması, tedavinin etkinliğini sınırlar. Kalp hastalarında, TAT kullanımı hem yararlı hem de riskli olabilir. Bitki özlerine dayalı antioksidanların pre-hipertansiyon/hipertansiyonu olanlara fayda sağladığı<sup>[23]</sup>, kontrendikasyonu olmayan hastalarda antihipertansif ilaçlarla birlikte masaj ve akupunkturun tansiyonu düşürmede etkili olduğu belirlenmiştir.<sup>[24]</sup> Kardiyovasküler hastalıklarda sıklıkla kullanılan antitrombotik ajanlar ise, bitki-ilaç etkileşimlerinde yer alan en yaygın reçeteli ilaçlar arasındadır. Pek çok şifalı bitki, antiplatelet aktivite potansiyeli göstererek kanamalara neden olabilmektedir. Özellikle ginkgo, danshen olarak bilinen bir adaçayı, aspirin gibi kardiyovasküler hastalıklarda kullanılan bitkiler aspirin, klopidogrel ve varfarin etkisini artırarak kanama yan etkisine neden olabileceği bildirilmektedir.<sup>[25-27]</sup> Sarı kantaronun ise klopidogrelin etkisini inhibe ettiği bildirilmiştir.<sup>[27]</sup> Kurt üzümü (goji berry), zencefil, şeftali çekirdeği, meyan kökü, varfarin etkisini artırdığı bilinen diğer bitkilerdir.<sup>[25]</sup> Bu nedenle, özellikle hasta ile çok fazla etkileşimde bulunabilecek hemşireler tarafından kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde TAT kullanımı ve kullanılan TAT türünün tespiti, ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilecek potansiyel yan etkileri önleyebilir.

Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması 59 olup, kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı ile paraleldir. Çalışmamızda hastaların %63.5'i herhangi bir TAT yöntemi kullanmaktadır. Ülkemizde yakın zamanda yapılan benzer bir çalışmada TAT kullanımı %80 olarak belirlenmiştir.<sup>[19]</sup> Bu oranlar Avrupa'da TAT kullanımına yönelik 21 Avrupa ülkesinin verilerinin yer aldığı Avrupa Sosyal Araştırması'nın (European Social Survey- ESS) istatistiklerine göre son 12 ayda TAT kullanımı %25.9'dur.<sup>[11]</sup> Avrupa çalışmasında bilinen tüm TAT tedavi yöntemlerinin yer almaması, ayrıca çalışmada herhangi bir sağlık sorunu olmayan bireylerin düşük TAT kullanım oranları, aradaki farkı açıklamaktadır. Kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması, kitle iletişim araçlarıyla daha çok vakit geçirmelerine ve bu sebeple erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla TAT kullanımına neden olabilir. Sosyodemografik olarak, TAT kullanıcılarının daha çok kadın ve orta yaşlı olma durumu Avrupa ve Amerika ile benzerdir.<sup>[6,11]</sup> Ekonomik açıdan daha yeterli olanların TAT yöntemlerine ulaşılabilirliği, kullanım oranlarını artırmış olabilir. Hastalık süresinin artması ile şifa bulma çabalarının artışı,<sup>[28]</sup> mevcut tıbbi tedavinin yetersiz geldiği

düşüncesi<sup>[9]</sup> veya çaresizlik duygusu TAT kullanımının artması üzerine etkilidir. Hastaların tanımlayıcı bilgileri ile TAT kullanımı arasında sadece cinsiyet etkili bulunmuş olup, kadınların daha fazla TAT kullandığı belirlenmiştir. Bu durum bazı çalışmalarla benzer olup, nedenler ortak tanımlanmıştır.<sup>[6,9,11,17]</sup> Cinsiyet etkeninin belirgin olduğu bir diğer çalışmada, hipertansif erkeklerde TAT kullanımı hipertansif kadınlardan yaklaşık üç kat daha fazla tespit edilmiştir. Gerekçe olarak hipertansiyonun, cinsel işlev bozukluğuna neden olması, birçok anti-hipertansif ilacın erektil disfonksiyona ve cinsel performansta kötüleşmeye neden olabileceği, cinsellikle ilgili meselelerin çalışmanın yapıldığı Gana ve Afrika'da erkekler açısından önemli bir kültürel etken olması olarak öne sürülmüştür.<sup>[29]</sup>

Araştırmamızda TAT kullananların %35'i şifa bulmak-iyileşmek için TAT kullanımını tercih etmiştir. Tüm popülasyonlarda TAT kullanımının en çok bildirilen nedeni genel sağlığı ve iyiliği geliştirme açısından<sup>[19,28]</sup> beklenen faydalardır. Bu faydalar hastalıkların tedavisi, semptomların hafifletilmesi, ilaç yan etkilerinin azaltılması, refahın sürdürülmesi şeklinde olabilir.<sup>[2,9]</sup> Çeşitli çalışmalarda ilk sırada bitkisel terapiler tercih edilirken,<sup>[10,11,17,19,28]</sup> çalışmamızda en çok tercih edilen TAT yönetimi %68.3 ile duadır. Çalışmamızda hastaların dini uygulamaları manevi bir terapi olarak daha sık kullanmaları, TAT kullanım oranını artırmıştır. Bu uygulamanın yaygınlığı, popülasyonun dini inançları ve bu inançlara bağlılığı, maliyet etkinliği ve kolay erişim sebebiyledir. Benzer dini inançlara sahip Suudi Arabistan'da da yapılan ve en yaygın olarak kullanılan uygulamaların, dua etme ve Kuran'ı tek başına veya su üzerinde okuma gibi ruhsal temelli yöntemler olduğu ve ardından şifalı bitkilerin kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir.<sup>[30]</sup> Uygulamada tercih edilen TAT yöntemleri kültürel farklılıklar,<sup>[6]</sup> dini inançlar,<sup>[30,31]</sup> etnik köken<sup>[12,32]</sup> ve daha birçok etkene bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Batı toplumlarının, medikal tedavi etkinliği ve güvenliğinden memnun olmaları durumunda TAT kullanımlarının sınırlı olduğu bilinmektedir.<sup>[9]</sup> Bunun nedeni farmakolojik tedaviye kolayca erişebilmeleri ve TAT'ın Batı ülkelerinde kronik hastalıklar için bir seçenek olarak görülme olasılığının düşük olması olabilir.

Hasta popülasyonumuzda TAT kullanımından kaynaklanan besin-ilaç etkileşimi, ilaca uyumun azalması gibi yan etkiler yaşanabileceği bilinmektedir.<sup>[9]</sup> Araştırmada TAT kullanan hastaların %57.9'u kullandığı TAT yönteminden fayda

gördüğünü ifade ederken, %1.6'sı zarar gördüğünü belirtmiştir. Bu durum yapılan çalışmalarla<sup>[17,28]</sup> benzer olmasına rağmen, kullanılacak TAT yöntemine göre sağlık profesyonelleri ve TAT uygulayıcılarının gözetimi önemlidir. TAT kullanmaya karar verme ve uygulama konusunda bireyler kendileri daha etkin olmuşlardır. Diğer toplumlarda kişinin sosyal ağı ve çevresel etkenler daha etkili iken,<sup>[30,32]</sup> batı toplumlarında sağlık konusunda iç kontrol odağının gelişmiş olması ile hastaların kendi kendilerine ve kendileri için bir tedaviye karar vermeyi tercih ettiklerini göstermektedir.<sup>[9]</sup> TAT kullanımı konusunda sağlık personeli çok az etkilidir. Bunun nedeni TAT'ın etkililiğine ve güvenliğine dair kanıt eksikliği, alternatif terapistin sınırlı bilgisi / eğitimi olarak bildirilmiştir.<sup>[33]</sup> Bu durum, sağlık personelinin TAT tedavileri hakkında daha az danışmanlık vermelerine ve yalnızca mevcut biyomedikal tedavileri daha fazla uygulamalarına neden olmaktadır. Hastalarımız kullandıkları TAT yöntemi konusunda literatüre benzer olarak<sup>[17,18,30]</sup> çoğunlukla sağlık personellerini bilgilendirmemişlerdir. TAT kullanımı konusunda sağlık personellerinin yeterli sorgulama yapmaması, onaylanmama korkusu,<sup>[6,30]</sup> kişilerin paylaşımı gerekli görmemeleri,<sup>[17,18]</sup> bunun terapötik yolculuklarının önemli bir parçası olmadığını düşünmeleri<sup>[30]</sup> sağlık personellerini bilgilendirme konusundaki engellerdir. Uygunsuz TAT kullanımını azaltmak için, sağlık hizmeti sağlayıcıları, bitki-ilaç etkileşimleri dâhil olmak üzere, tedavi seçeneklerini, olası tedavi sonuçlarını ve TAT'ın olası olumsuz etkilerini net bir şekilde açıklamak için daha fazla zaman harcamalıdır.

### Sınırlılıklar

Araştırmamız tek merkezli yürütülmüştür ve bulgular yalnızca veri toplama zamanı için geçerlidir. Ayrıca araştırma, bireylerin TAT yöntemleri kullanım durumu formunun ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

### Sonuç

Türkiye'de dünya geneline uygun olarak kardiyovasküler hastalıklar sık görülmektedir. Genel olarak TAT'lar yaygın olarak kullanılmaktadır ve kardiyovasküler hastalıklarda TAT kullanımı oldukça değişkendir. Sağlık profesyonelleri, insanların ihtiyaçlarını karşılamak için TAT kullanımına başvurabileceklerini kabul etmelidir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları, tedavi öncesi ve sırasında hastalarına düzenli olarak TAT kullanımlarını sormalıdır. Bu alanda daha kesin kanıtlar sağlamak için kardiyovasküler hastalıklarda TAT kullanımı, nedenleri, etki ve yan etkileri konusunda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma için etik komite onayı Necmettin Erbakan Üniversitesi'nden (Tarih: 12 Temmuz 2019, No: 2019/1197) alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık Katkıları:** Konsept - A.U., Ö.C.; Dizayn - A.U., Ö.C.; Veri Toplama veya İşleme - A.U., Ö.C.; Analiz veya Yorumlama - A.U., Ö.C.; Literatür Arama - A.U., Ö.C.; Yazan - A.U., Ö.C.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Fon/Finans Kaynakları:** Çalışmayı destekleyen herhangi bir finans kaynağı bulunmamaktadır.

### Kaynaklar

1. World Health Organization-WHO. The top 10 causes of death. 24 May 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Erişim tarihi: 16.06.2019.
2. Kohl WK, Dobos G, Cramer H. Conventional and complementary healthcare utilization among US adults with cardiovascular disease or cardiovascular risk factors: A nationally representative survey. *J Am Heart Assoc* 2020;9(9):e014759. [\[Crossref\]](#)
3. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber Bülteni. Sayı: 30626, 26 Nisan 2019, Saat: 10:00. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>. Erişim tarihi:10.06.2019.
4. Roser M, Ritchie H. Burden of Disease. 2016. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>. Erişim tarihi:10.05.2021.
5. Uçar A, Arslan S. Bir Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Turk J Card Nur* 2017;8(17):121-30. [\[Crossref\]](#)
6. Rabito MJ, Kaye AD. Complementary and alternative medicine and cardiovascular disease: an evidence-based review. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;2013:672097. [\[Crossref\]](#)
7. Namjooyan F, Ghanavati R, Majdinasab N, Jokari S, Janbozorgi M. Uses of Complementary and Alternative Medicine in Multiple Sclerosis. *J Tradit Complement Med* 2014;4(3):145-52. doi:10.4103/2225-4110.136543. [\[Crossref\]](#)
8. World Health Organization - WHO. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine. [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA\\_kuruluslar/WHO/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/UA_kuruluslar/WHO/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf). Erişim tarihi: 16.06.2019.
9. Tangkiatcumjai M, Boardman H, Walker DM. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. *BMC Complement Med Ther* 2020;20(1):363. [\[Crossref\]](#)
10. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2018;3(5):e000895. [\[Crossref\]](#)
11. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salminen ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health* 2018;46(4):448-55. [\[Crossref\]](#)
12. Felicilda-Reynaldo RFD, Choi SY, Driscoll SD, Albright CLA. National Survey of Complementary and Alternative Medicine Use for Treatment Among Asian-Americans. *J Immigr Minor Health* 2020;22(4):762-70. [\[Crossref\]](#)
13. Kav S, Hanoglu Z, Algier L. Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer Patients in Turkey: A Literature Review. *Int J Hematol Oncol* 2008;18(1):32-8.

14. Kes D, Gökdoğan F, Tuna D. Use of Complementary and Alternative Medicine by Hypertensive Patients: A Literature Review. *Turk J Card Nur* 2016;7(12):40-55. [\[Crossref\]](#)
15. Uysal H. Current Approaches to Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular Diseases. *Turk J Card Nur* 2016;7(Sup 2):69-83. [\[Crossref\]](#)
16. Bahar Z, Kizilci S, Beser A, Besen DB, Gördes N, Ersin F, et al. Herbal therapies used by hypertensive patients in Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2012;10(2):292-8. [\[Crossref\]](#)
17. Güven Ş, Muz G, Ertürk N, Özcan A. Use of Complementary and Alternative Treatment in the Patients with Hypertension. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2013;2(3):160-6. [\[Crossref\]](#)
18. Terkeş N, Özer Z, Ayaz G. Use of Herbal Product in Complementary and Alternative Treatment in Patients with Hypertension. *Turk J Card Nurs* 2021;12(27):10-7. [\[Crossref\]](#)
19. Arslan S, Gökçe E, Deniz Doğan S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, et al. The use of complementary and alternative medicine among individuals with cardiovascular disease. *Cukurova Med J* 2020;45(4):1644-52. [\[Crossref\]](#)
20. Aşiret GD, Düğger Ü, Kapucu S, Kurne AT, Karabudak R. Determination of the Situation of Complementary and Alternative Treatment Use of Multiple Sclerosis Patients. *GÜSB D* 2017;6(3):1-6.
21. Güleç S, Gümüş K. Effects of complementary and integrated methods in patients with multiple sclerosis in patients satisfaction. *J Int Soc Res* 2018;11(56):367-75. [\[Crossref\]](#)
22. Şaş S, Büyükturan Ö, Büyükturan B. Assessment of Complementary and Alternative Medicine Methods In Patients with Musculoskeletal System Diseases. *Sakarya Med J* 2018;8(3):481-8. [\[Crossref\]](#)
23. Shen T, Xing G, Zhu J, Cai Y, Zhang S, Xu G, et al. Effects of 12-Week Supplementation of a Polyherbal Formulation in Old Adults with Prehypertension/Hypertension: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2019:1-15. [\[Crossref\]](#)
24. 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. [\[Crossref\]](#)
25. Chua YT, Ang XL, Zhong XM, Khoo KS. Interaction between warfarin and Chinese herbal medicines. *Singapore Med J* 2015;56(1):11-8. [\[Crossref\]](#)
26. Lim JW, Chee SX, Wong WJ, He QL, Lau TC. Traditional Chinese medicine: herb-drug interactions with aspirin. *Singapore Med J* 2018;59(5):230-9. [\[Crossref\]](#)
27. Li J, Liang Q, Sun G. Interaction between Traditional Chinese Medicine and Anticoagulant/Antiplatelet Drugs. *Curr Drug Metab* 2019;20(9):701-13. [\[Crossref\]](#)
28. Bahall M. Complementary and alternative medicine usage among cardiac patients: a descriptive study. *BMC Complement Altern Med* 2015;15:100. doi: 10.1186/s12906-015-0610-y. [\[Crossref\]](#)
29. 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;14:44. [\[Crossref\]](#)
30. Salah AO, Salameh AD, Bitar MA, Sa'ed HZ, Alkaiyat AS, Al-Jabi SW. Complementary and alternative medicine use in coronary heart disease patients: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Complement Med Ther* 2020;20(1):231. [\[Crossref\]](#)
31. Qureshi NA, Khalil AA, Alsanad SM. Spiritual and Religious Healing Practices: Some Reflections from Saudi National Center for Complementary and Alternative Medicine, Riyadh. *J Relig Health* 2020;59(2):845-69. [\[Crossref\]](#)
32. Teo TY, Yap J, Shen T, Yeo KK. Complementary and alternative medicine use amongst patients with cardiovascular disease in Singapore. *BMC Complement Altern Med* 2016;16(1):446. [\[Crossref\]](#)
33. Shoaib M, Khaliq MF. Physicians' attitude, belief and practice of complementary alternative medication use. *Patient Preference and Adherence* 2017;11:1091-2. <https://doi.org/10.2147/PPA.S141767>