



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**VAN Y.Y.Ü. DURSUN ODABAŞ TIP MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE GELENEKSEL
VE TAMAMLAYICI TIP YÖNELİMİNİN SAPTANMASI VE GELENEKSEL
VE TAMAMLAYICI TIP YÖNELİMİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
İLİŞKİSİNİ İNCELEYEN BİR ANKET ÇALIŞMASI**

Dr. Jale AYDEMİR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK

VAN-2022

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**VAN Y.Y.Ü. DURSUN ODABAŞ TIP MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE GELENEKSEL
VE TAMAMLAYICI TIP YÖNELİMİNİN SAPTANMASI VE GELENEKSEL
VE TAMAMLAYICI TIP YÖNELİMİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE
İLİŞKİSİNİ İNCELEYEN BİR ANKET ÇALIŞMASI**

Dr. Jale AYDEMİR
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK

VAN-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden her fırsatta faydalandığım, karşılaştığım her türlü güçlükte desteğini esirgemeyen, tezimin gerçekleşmesinde deneyimleri, bilimsel duruşu ve bakış açısıyla bana esin kaynağı olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK'a;

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmama katkılarından dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN ve Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI'ya;

Tez araştırma istatistiklerinin analizinde katkılarını ve güler yüzünü esirgemeyen Sayın Arş. Gör. Dr. Duygu KORKMAZ'a;

Çok değerli aile hekimliği asistan arkadaşlarıma;

Kliniklerinde çalışmaktan mutluluk duyduğum, rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tüm hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma;

Eğitim hayatım boyunca bana en büyük desteği ve sevgiyi veren babam Mehmet DEMİR, ablam Derya ÖNAL ve canım annem rahmetli Emine DEMİR'e;

Hayatımı güzelleştiren tez çalışmam süresince desteğini, anlayışını ve sevgisini benden hiç esirgemeyen sevgili eşim Cihat'a teşekkür ederim.

Dr. Jale AYDEMİR

ÖZET

Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisini İnceleyen Bir Anket Çalışması

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığı; sağlığı geliştirme ve koruma için bilgiye erişebilme, anlayabilme ve kullanabilme yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri ifade eder. İnsanlar uzun yıllardır sağlığını geliştirmek ve korumak için, yadsınamayacak düzeyde, modern tıp dışında tedavi arayışları içerisinde olmuşlardır. Bu arayış, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kavramının doğmasına neden olmuştur. Bireylerin GETAT ile ilgili bilgilerini ölçmek, GETAT yöntemlerine yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olmak ve bunun sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini incelemek; bu uygulamaların güvenliğini ve etkinliğini doğru bir şekilde değerlendirmek ve birinci basamakta hastaları doğru yönlendirmek açısından faydalı olacaktır. Bu çalışmamızda yetişkin bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek; yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakmak ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin GETAT yönelimi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerine, Mayıs 2021-Ekim 2021 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arasında, okuryazar olan, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden, 200 yetişkin bireyin dahil edildiği kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışma anketini sosyodemografik verilere ve GETAT kullanımına yönelik soru formu ile Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (YSOÖ) olduğu 39 soru oluşturmaktadır. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten ve onamları alındıktan sonra, hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle uygulandı. Verilerin analizinde; üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, medyan, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Student t Testi (2 kategorili

değişkenlerde) ve Tek Yönlü Varyans (2'den fazla kategorili değişkenlerde) analizi yapıldı. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan Çoklu Karşılaştırma Testi kullanıldı. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplandı. Gruplar ile kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare Testi yapıldı. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alındı ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 200 kişinin yaş ortalaması $34,02 \pm 12,36$ olup %43,5'i erkek, %56,5'i kadındı. GETAT hakkında bilgi sahibi olanlar, katılımcıların %69,5'ini (n=139) oluşturmaktadır. %51,8 oranla en çok internet/radyo/televizyondan bilgi alınmıştı. En çok bilinen uygulamalar %76,3 sülük ve %63,3 kupaydı. GETAT'ı bilen bireylerde kullanma oranı %37,4 (n=52) saptandı. En çok %51,9 oranla aile ve %42,3 oranla komşu/arkadaş önerisi ile kullanılmıştı. En çok kullanılan uygulamalar %43,1 kupa ve %28,8 sülük olup daha önce homeopati, larva uygulaması, osteopati, proloterapi, refleksoloji uygulamalarını kullanan bulunmamaktaydı. Kullanıcıların %55,8'i kas-eklem ağrısı nedeniyle GETAT'a yönelmiş olup, %65,4'ü tedavi ediciliğine inanmaktaydı. %82,7 ile çoğunluğu fayda gördüğünü belirtmiş, zarar gördüğünü belirten olmamıştı. GETAT yöntemleri %67,3 oranla en çok evde ve %65,4 oranla ile en çok sağlık çalışanı olmayanlar tarafından uygulanmıştı. GETAT uygulaması kullanmış olan katılımcıların %75'i bu konuda herhangi bir hekim ile görüşmemiş, görüşmeyenlerin %84,6 ile çoğunluğu görüşmeye gerek duymamıştı. GETAT hakkında bilgi sahibi olanların %93,5'inin aile hekimini bu konuda hiç paylaşım yapmamıştı. Gelecekte kullanmak hakkında, GETAT yöntemlerinden birini kullanmamış katılımcıların %46'sı (n=40) kararsız olduğunu, %42,5'i (n=37) kullanmak istediğini belirtmişti. GETAT'ı bilme ve eğitim durumu ile medeni hal arasında anlamlı ilişki saptandı. Lise ve üniversite mezunu bireylerde GETAT'ı bilenlerin daha fazla, bekar bireylerde daha azdı. Yaş, eğitim durumu, meslek, sağlık durumu ve kronik hastalık varlığı ile GETAT kullanımı arasında anlamlı ilişki saptandı. Yaş ortalaması yüksek olanlar, lise ve üniversite mezunu olanlar, sağlık durumu iyi ve çok iyi olanlarda, öğretmen, öğrenci ve sağlık çalışanlarında GETAT uygulaması kullanmayanlar daha fazlaydı. Cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, sosyal güvence varlığı ile GETAT bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışmaya katılanların YSOÖ puanı ortalaması $14,59 \pm 3,49$ olarak bulundu.

Kadınlarda, kentte yaşayanlarda, lise ve üniversite mezunlarında, sosyal güvencesi olanlarda, sağlık durumunu ‘iyi’ olarak değerlendirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulundu. GETAT hakkında bilgi sahibi olanların YSOÖ puan ortalamaları istatistiki anlamlı olarak daha yüksek hesaplandı. GETAT uygulaması kullanımı ile YSOÖ puanı ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı. Kullandığı GETAT yöntemini evde uygulayan ve kendisine GETAT uygulamasının kim tarafından uygulandığını bilmeyen bireylerin YSOÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde daha düşük bulundu.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre GETAT ile ilgili toplumun çoğunluğu bilgi sahibidir ve her 4 kişiden biri GETAT yöntemlerini kullanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düşük olanlarda bilinçsiz GETAT kullanımı istenmeyen sonuçlar doğurabilir. GETAT’a karşı toplumun artan ilgisi göz ardı edilmemeli, bireylerin GETAT yöneliminde doğru kararlar almaları için sağlık okuryazarlığını geliştirici girişimlerde bulunulmalıdır. Birinci basamak hekimleri GETAT konusunda gerekli bilgi donanımına sahip olmalı ve topluma GETAT ile ilgili rehberlik edebilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

A Survey Study that Investigates Determination of Traditional and Complementary Medicine Orientation in Adults Applying to Van YYU Dursun Odabas Medical Center Family Medicine Polyclinics and the Association between Traditional and Complementary Medicine Orientation and Health Literacy

Introduction and Aim: Health literacy; refers to cognitive and social skills that determine the ability to access, understand and use information for health promotion and protection. For many years, people have sought treatment other than modern medicine to improve and protect their health. This search has led to the birth of the concept of Traditional and Complementary Medicine (TCM). To measure the knowledge of individuals about TCM, to have information about their approach to TCM methods and to examine its relationship with health literacy; will be beneficial in terms of correctly evaluating the safety and effectiveness of these practices and guiding patients in primary care. In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitudes, and behaviors of adult individuals about traditional and complementary medicine, to look at the health literacy levels of adult individuals and to investigate the relationship between health literacy level and TCM orientation.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive survey study conducted between May 2021 and October 2021, included 200 adult individuals aged 18-65, literate, willing to participate in the study, admitted to Van Yuzuncu Yil University Dursun Odabas Medical Center Family Medicine outpatient polyclinics. The study questionnaire consists of 39 questions including a questionnaire for sociodemographic data and the use of TCM, and the Adult Health Literacy Scale (AHLs). After the participants were informed about the subject and scope of the study and their consent was obtained, the study form was applied with face-to-face question and answer technique. Descriptive statistics for continuous variables are expressed as mean, standard deviation, minimum and maximum values. Descriptive statistics are expressed as numbers and percentages for categorical variables. Student's t-test (variables with 2 categories) and One-Way Analysis of Variance (variables with more than 2 categories) were used to compare group means in terms of continuous variables. Following analysis of variance, Duncan Multiple Comparison Test was used to identify

different groups. Pearson Correlation Coefficients were calculated to determine the relationship between these variables. Chi-square test was used to determine the relationship between groups and categorical variables. The statistical significance level was taken as 5% in the calculations and the SPSS statistical package program was used for the calculations.

Results: The mean age of 200 participants in our study was 34.02 ± 12.36 and 43.5% were male and 56.5% were female. Those who have knowledge about TCM was 69.5% (n=139) of the participants. Information was obtained mostly from internet/radio/television with 51.8%. The most well-known TCM methods were 76.3% hirudotherapy and 63.3% cupping therapy. The use rate was 37.4% (n=52) in individuals who knew TCM. It was mostly used with family at 51.9% and neighbor/friend at 42.3% recommendations. The most commonly used applications were 43.1% cupping therapy and 28.8% hirudotherapy, and there was no one who used homeopathy, maggot therapy, osteopathy, prolotherapy, reflexology before. 55.8% of users preferred TCM due to muscle-joint pain, and 65.4% believed it was curative. With 82.7%, the majority said they benefited, no one said they were harmed. TCM methods were mostly applied at home and the practitioner of 60% of the users was not a healthcare professional. 75% of the participants who used the TCM therapy did not talk to any physician about this issue, and the majority of those who did not, 84.6%, said did not need to. The family doctor of 90% of those who knew about TCM had never shared with them about. About future use, 46% (n=40) of the participants who did not use any of the TCM methods were undecided, and 42.5% (n=37) wanted to use it. A significant relationship was found between knowing TCM and educational status and marital status. Those who knew TCM were more common in high school and university graduates, and less in single individuals. There was an association between TCM use and age, education level, occupation, health status, presence of chronic disease. Those who did not use TCM therapy were more common among those with a high average age, those who were high school and university graduates, those with good and very good health status, teachers, students, and health professionals. There was no statistically significant association between gender, marital status, place of residence, existence of social security and TCM knowledge status. The mean AHLS score of the participants in the study was detected to be 14.59 ± 3.49 . The level of health literacy was

significantly higher in women, those living in the city, high school, and university graduates, those with social security, those who evaluated their health status as 'good', and those who did not have a chronic disease. Those who had knowledge about TCM had a statistically significant higher mean score of AHLS. There was no significant difference between the use of the TCM treatment and the average of the AHLS score. Individuals who applied the TCM method at home and did not know who applied the TCM method to them had significantly lower AHLS score average.

Conclusion: According to the results of our study, the majority of the society is knowledgeable about TCM, and one out of every 4 people uses TCM methods. In those with low health literacy, unconscious use of TCM may lead to undesirable results. The increasing interest of the society towards TCM should not be ignored, and attempts should be made to improve health literacy so that individuals can make the right decisions in the direction of TCM. Primary care physicians should have the necessary knowledge about TCM and should be able to guide the society about TCM.

Keywords: Traditional Medicine, Complementary Medicine, Health Literacy

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	IX
TABLolar LİSTESİ	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIII
KISALTMALAR	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı	3
2.1.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması	4
2.1.3. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi ve ölçekler	6
2.1.4. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili etmenler	9
2.1.5. Sağlık okuryazarlığının önemi	11
2.1.6. Birinci basamakta sağlık okuryazarlığı	13
2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp.....	14
2.2.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tanımı	14
2.2.2. Dünyada GETAT.....	15
2.2.3. Türkiye’de GETAT	17
2.2.4. GETAT Uygulamaları	18
2.2.5. GETAT tutumunun değerlendirilmesi.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Modeli	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.5. Araştırmanın Tekniği	34
3.5.1. Sosyodemografik Verilere ve GETAT Kullanımına Yönelik Soru Formu ...	34

3.5.2. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ).....	35
3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	35
3.7. Verilerin Analizi.....	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	37
4.2. GETAT ile İlgili Özellikler	39
4.3. GETAT Bilgi Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	46
4.4. GETAT Kullanma Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	48
4.5. YSOÖ Puanı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi.....	50
4.6. YSOÖ Puanı ve GETAT ile İlgili Özelliklerin İlişkisi	53
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. GETAT Bilgi Durumu ile İlgili Özellikler.....	57
5.2. GETAT Kullanımı ile İlgili Özellikler.....	58
5.3. SOY ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi.....	65
5.4. SOY ile GETAT İlişkisi.....	65
5.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları	67
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	70
ÖZGEÇMİŞ	82
EKLER	83
Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	83
Ek 2. Sosyodemografik Verilere ve GETAT Kullanımına Yönelik Soru Formu	87
Ek 3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)	92

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Üç sağlık alanına uygulanan sağlık okuryazarlığının dört boyutlu matrisi (20)	11
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=200).....	38
Tablo 3. Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Özellikleri (n=56)	39
Tablo 4. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumları (n=200)	39
Tablo 5. GETAT'ı Bilen Katılımcıların Bilgi Özellikleri (n=139).....	40
Tablo 6. Katılımcıların GETAT Kullanım Durumları (n=139)	41
Tablo 7. GETAT Kullanan Katılımcıların GETAT Kullanım Özellikleri (n=52)	42
Tablo 8. GETAT Uygulaması Kullanan Katılımcıların Diğer GETAT Kullanım Özellikleri (n=52)	44
Tablo 9. Kullandığı GETAT Uygulaması Hakkında Hekim ile Görüşmelerde, Hekimin Tepkisi ile İlgili Özellikler (n=13).....	44
Tablo 10. Kullandığı GETAT Uygulaması ile İlgili Hekim ile Görüşmeyenlerin Konuşmama Sebebi (n=39)	45
Tablo 11. Katılımcılardan GETAT Hakkında Bilgi Sahibi Olanlardan, Aile Hekimlerinin Kendilerine Daha Önce GETAT ile İlgili Bilgi Verme Durumu Özelliği (n=139).....	45
Tablo 12. GETAT Hakkında Bilgisi Olup da GETAT Yöntemlerinden Birini Kullanmamış Katılımcıların Gelecekte Kullanmakla İlgili Düşüncesi (n=87)	46
Tablo 13. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumu Özellikleri ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=200).....	47
Tablo 14. GETAT Hakkında Bilgi Sahibi Katılımcıların GETAT Kullanma Durumu Özellikleri ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=139).....	49
Tablo 15. Çalışmaya Dahil Edilen Bireylerin YSOÖ Puan Ortalamaları (n=200).....	50
Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyet Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=200)	50
Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durum Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=200).....	50
Tablo 18. Katılımcıların İkamet Yeri Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200).....	51
Tablo 19. Katılımcıların Eğitim Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=200). 51	

Tablo 20. Katılımcıların Meslek Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200)	52
Tablo 21. Katılımcıların sosyal güvence özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi (n=200).....	52
Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200).	53
Tablo 23. Katılımcıların Kronik Hastalık Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi(n=200).....	53
Tablo 24. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi (n=200)	54
Tablo 25. Katılımcıların GETAT Kullanım Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=139).....	54
Tablo 26. Katılımcıların GETAT Uygulamasını Uygulama Yeri Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=52)	55
Tablo 27. Katılımcılara GETAT Uygulamasının Kim Tarafından Uygulandığı ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=52).....	55
Tablo 28. Katılımcıların Gelecekte GETAT Uygulaması Kullanmak Hakkında Düşüncesi Özelliği ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=87)	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sorensen ve ark. geliştirdiği sağlık okuryazarlığı modeli.....	10
---	----

KISALTMALAR

ABD	: Ana Bilim Dalı
ark.	: Arkadaşları
Arş. Gör. Dr.	: Araştırma Görevlisi Doktor
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
Max.	: Maksimum
Min.	: Minimum
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
Std.	: Standart
YSOÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
YYÜ	: Yüzüncü Yıl Üniversitesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında kullanılmıştır. Bu tarihten 25 yıl sonra tanımlanmaya başlanmış ve çeşitli kavramsal modeller geliştirilmiştir (1). En geniş haliyle “Sağlık hizmeti sunucularının ve sağlık hizmeti alıcılarının sağlığı geliştirmek ve bilinçli eyleme dönüştürülebilir kararlar almak için sağlık bilgilerine ve hizmetlerine erişme, bunları anlama ve kullanma becerisini etkileyen bilişsel yetiler ile sahip olunan sağlık bilgisi, deneyim, bireysel özellikler, hastalık durumu, kültürel ve dilsel tercihleri içeren dinamik, işbirlikçi ve karşılıklı yarar sağlayan bir yeterlilikler.” şeklinde tanımlanmaktadır (2). Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, hasta odaklı sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılmaması, sağlıkla ilgili terimlerin fazlalığı, sağlık harcamalarındaki artış sağlık okuryazarlığının zamanla önemini arttırmıştır (3).

Sosyal statüsünün düşük olduğunu ifade edenler, öğrenim düzeyi yüksek olmayanlar, gelir düzeyi yüksek olmayanlar, sağlık durumunu kötü olarak ifade edenler, sağlık problemi nedeniyle aktivite sınırlaması olanların ve yaşlıların sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (4). Yeterli sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık durumu sınırlı sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olan kişilerden daha iyidir. Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişiler koruyucu sağlık önlemlerinin önemi hakkında daha az bilgiye sahiptir, kronik hastalıkların öz yönetimine daha az katılabilirler, genellikle ilaç talimatlarını anlamazlar ve ilaçları yanlış alabilirler (5).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına etkili bir şekilde ulaşım kullanma kapasitesini geliştirir. Yaşam kalitesini artırır, sağlık hizmeti alanların bu hizmetlerle ilgili karar mekanizmalarına katılımını sağlar. Sağlık okuryazarlığının düşük olması durumunda kişiler sosyal ve kültürel açıdan gelişemez ve sağlık bu durumdan olumsuz etkilenir. Sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyonellerinin iletişim ve klinik beceriler kazanması açısından da önemli bir öğedir (6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre geleneksel tıbbın uzun bir geçmişi vardır. Sağlığın korunmasında, fiziksel ve zihinsel hastalıkların önlenmesi, teşhisi, geliştirilmesi veya tedavisinde kullanılan açıklanabilir olsun ya da olmasın farklı kültürlerle özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlanır. “Tamamlayıcı tıp” veya “alternatif tıp” terimleri, o ülkenin kendi ananesinin veya geleneksel tıbbının bir parçası olmayan ve baskın sağlık sistemine tam olarak entegre olmayan geniş bir sağlık uygulamaları grubunu ifade eder. Bazı ülkelerde geleneksel tıp ile birbirinin yerine kullanılırlar (7).

Türkiye’de 2014’te yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) uygulamalarının genel esasları, yapılabileceği yerler ve yetkili kişiler, çalışma usul ve esasları belirtilmiş olup yapılabilecek uygulamalar akupunktur, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzikterapi şeklinde 15 uygulama olarak belirtilmiştir (8).

1.2. Amaç

Bu çalışmamızda yetişkin bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi, tutum ve davranışı belirlemek; yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakmak ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin GETAT yönelimini ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır. İnsanların hastalık halinde veya sağlık halinde fark etmeksizin modern tıptan başka tedavi arayışında oldukları görmezden gelinmemelidir. Bireylerin GETAT yöntemlerinin yararı veya zararı hakkında bilgilerini ölçmek, bu konuda yönelimlerini saptamak ve bunun sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini incelemek özellikle birinci basamakta hastaları doğru yönlendirmek, gerekirse hastaların eğitimini sağlamak açısından faydalı olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı

Okuryazarlık bireyin bilgiyi işlemek, fikir ve görüşleri ifade etmek, karar vermek ve problem çözmek için okuma, yazma ve matematiği kullanabilme yetisi olarak tanımlanmaktadır (9). UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)'ya göre okuryazarlık çeşitli içeriklerde basılı ve yazılı materyalleri kullanarak anlayabilme, tanımlayabilme, yorumlayabilme, iletişim kurabilme, hesaplayabilme becerisidir. Bireylerin hedeflerine ulaşmalarını, bilgilerini ve potansiyellerini geliştirmelerini ve topluma tam olarak katılmalarını sağlamada bir öğrenme sürekliliği içerir (10). Anlaşıldığı üzere okuryazarlık sadece okuma-yazma yetisi değil, okuduğunu anlama, işleme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan kompleks bir kavramdır (11). Belirli bir konu hakkındaki bilgiye yönelik finansal okuryazarlık, beslenme okuryazarlığı, bilgisayar okuryazarlığı, kültürel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı gibi birçok alanı vardır (12).

Geçtiğimiz yüzyıl ortalarından itibaren artış gösteren kronik hastalıkların oluşumunda kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının etkisi büyüktür. Sağlıklı yaşam ilkelerine uyulmaması kronik hastalıkların oluşuma zemin hazırlar. Bu bağlamda Ottawa'da 1986'da ilki düzenlenen "Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi Konferansı" sonunda yayımlanan Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirme çalışmalarının yalnızca sağlık sektörünün çabası ile başarılamayacağı, diğer sektörlerin de bu konuda sorumluluk almaları gereği söylenmiştir. Bu kapsamda bilim dünyası tarafından geliştirilen bilgilerin topluma iletilmesi gerekmektedir. İletişimin iki boyutu olduğundan hareketle, bir yandan bilgilerin topluma anlaşılır dille ve ulaşılabilir araçlarla iletilmesi, diğer taraftan da toplumun bu bilgilere ulaşabilmesi, anlaması, yorumlaması ve bu bilgiler ışığında uygun davranış geliştirmesi üzerinde durulmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrolü arttırmalarını ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi

eylemine sürdürmek için bireylerin katılımı şarttır. Bu noktada “sağlık okuryazarlığı” kavramı gündeme gelmektedir (13,14).

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” isimli bir makalede kullanılmıştır (15). O zamandan bugüne farklı şekillerde tanımlanan sağlık okuryazarlığının (SOY) günümüzde de 250’yi aşan birçok tanımı mevcuttur (16). Amerikan Tıp Akademisi 1999’da SOY’u reçeteleri, randevu kağıtlarını ve sağlıkla ilgili diğer materyalleri okuyabilmek ve anlayabilmek ile ilişkilendirmiştir (17). DSÖ’ye göreyse broşür okumak ve randevu alabilmekten daha fazlasıdır. “Bireylerin yaşam tarzlarını ve yaşam şartlarını değiştirerek kişisel sağlığı ve toplum sağlığını geliştirmek için yeterli bilgi, beceri ve güven seviyesine ulaşabilmesi” şeklinde ifade edilmiştir (14). Amerikan Tıp Akademisi (Ulusal Tıp Enstitüsü) “Bireylerin uygun sağlık kararlarını alabilmesi için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesinin derecesi” olarak açıklamakla birlikte yeni tanım ihtiyacının olduğunu da söylemektedir (18,19).

Sorensen ve ark. 2012’ye kadar yapılan 17 tanımı incelemiş ve “SOY, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların günlük yaşamlarında sağlık hizmetlerini alma, hastalıklarını önlenme, sağlıklarını geliştirme ile ilgili karar almak ve muhakeme edebilmek için sağlıkla ilişkili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme, uygulama konusunda gerekli bilgi, motivasyon ve yeterlidir.” şeklinde geniş bir tanım yapmışlardır (20).

2.1.2. Sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması

Nutbeam sağlık okuryazarlığını 3 düzeyde ele almıştır (21):

1) Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı: Temel okuma, yazma ve aritmetik becerilerine karşılık gelen bir tanımdır. Bireylerin ilgili sağlık bilgilerini (örneğin, sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı hakkında) elde etmesi ve bu bilgiyi bir dizi öngörülen faaliyete uygulaması için yeterli olan temel becerileri tanımlar. Sağlıkla ilgili karar vermeyi sağlayan bireysel okuryazarlık kapasitesini tanımlayan bir terimdir (22).

2) İnteraktif sağlık okuryazarlığı: İnsanların sağlık hizmetlerine aktif katılımını sağlayan daha gelişmiş sosyal ve bilişsel becerileri karşılık gelen bir tanımdır. Farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmaya olanak tanıyan daha gelişmiş okuryazarlık becerilerini tanımlar. Mevcut bilgileri genişletebilmeyi, yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilmeyi ve sağlıkla ilgili kararlar almak için başkalarıyla etkileşimde bulunabilmeyi kapsar. Bu üst düzey becerilere sahip bireyler farklı bilgi kaynakları arasında daha iyi ayırım yapabilir ve yapılandırılmış iletişim kanalları (örneğin; okul sağlığı eğitimi, mobil uygulamalar, etkileşimli web siteleri) aracılığıyla daha etkileşimli ve erişilebilir olan sağlık aktivitelerine katılabilir (22).

3) Eleştirel sağlık okuryazarlığı: İleri seviyede bilişsel, sosyal becerilere ve eleştirel düşünme becerisine sahip olmaya karşılık gelen bir tanımdır. Bu gelişmiş becerilere sahip bireyler, sağlık üzerinde etkisi olan yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bilgi edinebilir ve kullanabilir. Bu becerilerin uygulanması, kişisel sağlık riskleri hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesini, sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinin anlaşılmasını ve toplu örgütlenmeyi ve eylemi içerebilir (örneğin, sosyal ve çevresel sağlık konularında savunma organizasyonlarına katılarak). Bu düzey sağlık okuryazarlığında bireysel yararların yanı sıra toplumsal yararlar daha fazla ön plandadır (22).

Zarcadoolas ve ark. geliştirdikleri çok boyutlu modelde sağlık okuryazarlığını sadece okuma, yazma, anlama becerileri olarak değer onların da ötesinde 4 alanda ele almışlardır:

1) Temel okuryazarlık: Okuma, yazma, konuşma ve sayısal hesaplama becerilerini ifade eder. Bireyin istatistik içeren bilgileri okuyup anlayabilmesi, tedavi riskleri ile ilgili yüzdeler ile karşılaştırmalar, ilaç dozları ile ilgili bilgiler de sayısal hesaplama becerileri içine girmektedir.

2) Bilimsel okuryazarlık: Bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma becerilerini ifade eder. Temel bilimsel kavramları bilmeyi, teknik karmaşıklığı

anlayabilmeyi, bilimsel belirsizliği anlayabilmeyi ve bilimdeki hızlı değişiklikleri anlayabilmeyi içermektedir.

3) Vatandaşlık okuryazarlığı: Vatandaşların kamusal konulardan haberdar olmalarını ve bu konularda karar alma süreçlerine dahil olmalarını sağlayan yetenekleri ifade eder. Medya okuryazarlığı becerileri, hükümet politikalarını bilmek, toplumun sağlığını etkileyebilecek bireysel sağlık davranış ve seçimlerin farkında olmak bu konuya dahildir.

4) Kültürel okuryazarlık: Sağlık bilgilerini yorumlamak ve buna göre hareket etmek için ortak inançları, gelenekleri, dünya görüşünü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeteneğini ifade eder. Birey sağlık profesyonellerinin verdiği bilgi ve önerileri, kendi kültürel birikimine göre değerlendirdiğinden, kültürün etkisi göz önünde bulundurulmaktadır. Kültürel farklılıklar aynı mesaja farklı tepki ve yoruma yol açar. Sağlık mesajlarının kültürel özelliklere uygun olarak oluşturulması durumunda daha anlaşılır ve etkili olması beklenir (23).

2.1.3. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi ve ölçekler

1990'lı yıllarda “Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını anlayabiliyor musunuz?”, “Sağlık konusunda yazılı materyalleri okurken yardım gereği duyuyor musunuz?” gibi basit ve kısa sorularla sağlık okuryazarlığı düzeyi tespit edilmeye çalışılmıştır. Sağlık okuryazarlığı önem kazandıkça ölçek gereği doğmuş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır. Uygulanan ilk ölçek National Assesment of Adult Literacy'dir (NAAL- Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi). Amerikan sağlık ve eğitim sistemine Amerikalı yetişkinlerin ne kadar okuryazarlığı olduğu hakkında sistematik geri bildirim sağlamıştır (24).

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde birçok ölçek geliştirilmiştir. Çok boyutlu bir kavram olması tanımlamadaki çeşitliliğin yanında ölçüm araçlarının çeşitliliğine de yansımıştır. İdeal ölçüm kısa olmalı, hızlı uygulanabilmeli ve güvenilir olmalıdır. Bunların bazıları yalnızca okuma yazma becerilerine yönelik iken bazıları anlama ve yorumlama becerilerini de hesaba katar (25). Sıklıkla kullanılan bazı ölçekler şunlardır:

Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA-Test of Functional Health Literacy in Adults)

1995'te Parker ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Sağlık hizmetleri ile ilişkin ögeleri okuma, anlama, sayısal işlem yapma ile ilgili yeteneği ler. Kişinin sağlık bilgi düzeyleri ve sağlıkla ilgili doğru karar verebilme becerilerini değerlendirir. Sayısal ve sözel anlama yetisinin ölçen 17 ve 50 maddelik iki bölümden oluşur. Yaklaşık 22 dakika sürer. 0-100 arasında puanlama yapılır. Puanlamaya göre yetersiz (0-59), düşük (60-74), yeterli (75-100) sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilir. Türkçe uyarlaması mevcuttur (15,26). Uzun sürmesi uygulamasını zorlaştırmaktadır. 1999'da Baker ve S-TOFHLA (Short-TOFHLA) ismiyle testin kısa versiyonu geliştirilmiştir. Uygulama süresi 8-12 dakika sürmektedir. 36 sözel 4 sayısal maddeden oluşan iki bölümdür. Puanlama uzun formda olduğu gibidir. Sayısal kısmının güvenilirliği uzun versiyondaki kadar değildir. Kısa versiyon okuduğunu anlama testi olarak geçmektedir (27,28).

Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)

1991'de Davis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Birinci basamak sağlık merkezine başvuran hastaların yaygın tıbbi terimleri ne kadar iyi okuduklarını değerlendirmek için kullanılan ve sınırlı okuma becerisine sahip hastaları belirlemeyi sağlayan telaffuz testidir. Ancak anlama ve sayısal işlem yeteneğini ölçmemektedir. Katılımcılara artan zorluk seviyesine göre 125 kelime yöneltir ve sesli olarak okuması istenir. Uygulama 3-5 dakika sürer. Puanlamaya göre 'düşük okuryazarlık materyallerini okuyamayabilir', 'düşük okuryazarlık materyallerini okuyabilir ancak ilaç etiketlerini okuyamayabilir', 'düşük okuryazarlık materyallerini okumakta zorlanmaz ancak hasta eğitim materyallerinde zorlanabilir' ve 'hasta eğitim materyallerini okuyabilir' şeklinde dört grupta derecelendirme yapılır. Davis ve ark 1993 yılında leği kısaltmış ve 66 kelimelik kısa formu REALM-S (REALM-short) geliştirmişlerdir ve bu versiyonda da uzun formu ile aynı şekilde puanlama yapılmaktadır. Daha sonraki yıllarda ölçek revize edilerek REALM-R (REALM-Revised) ismiyle daha kısa formu oluşturulmuştur. 6 ve daha düşük puan alanlar düşük sağlık okuryazarlığı için riskli olarak değerlendirilmişlerdir. Bu leğin Türkçe

uyarlaması mevcuttur(15,28). Arozullah ve ark. ölçeğin 7 kelimelik REALM-SF (REALM-short form) geliştirmişlerdir (29).

En Yeni Hayati İşaret Testi (NVS-Newest Vital Sign)

Düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin tespit edilmesini sağlayan, okuma ve sayısal hesap kabiliyetini ele alan hızlı bir tarama testidir. Katılımcıya standart bir yiyecek etiketi gösterilir ve etiketteki bilgilere yönelik 6 soru yöneltilir. 6 üzerinden puanlama yapılır. 4-6 puan yeterli, 2-3 puan sınırlı, 0-1 puan %50'den yüksek ihtimalle yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilir. Çalışmalarda 4-6 puan yeterli ve 0-3 puan sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak ikiye de ayrılabilir. Uygulama 3 dakika sürer. Türkçe uyarlaması mevcuttur (15,30,31).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

2016 yılında Okyay ve ark. tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün de desteğiyle geliştirilmiştir. İlk önce Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için kullanılan olan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-EU)'nin Türkçe versiyonu olan ASOY-TR oluşturulmuştur. Bu çalışmada edinilen tecrübeler ışığında kavramsal çerçevede değişikliğe gidilerek TSOY-32 meydana getirilmiştir. Ölçeğin 2 temel boyut (tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve 4 süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam 8 bileşeni vardır. 32 maddelik 5'li likert şeklinde düzenlenmiştir. 15 yaş ve üzerine uygulanmıştır. 50 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. 0-25 puan yetersiz, >25-33 puan sorunlu-sınırlı, >33-42 yeterli, >42-50 mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak değerlendirilmiştir (32).

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadioğlu tarafından 2012 yılında Türkçe konuşan yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik geliştirilen; sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organ yeri ve isimleri ile ilgili 1 soru olmak üzere toplam 23

sorudan oluşan bir ölçektir. 0-23 arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı seviyesi de artmaktadır (33).

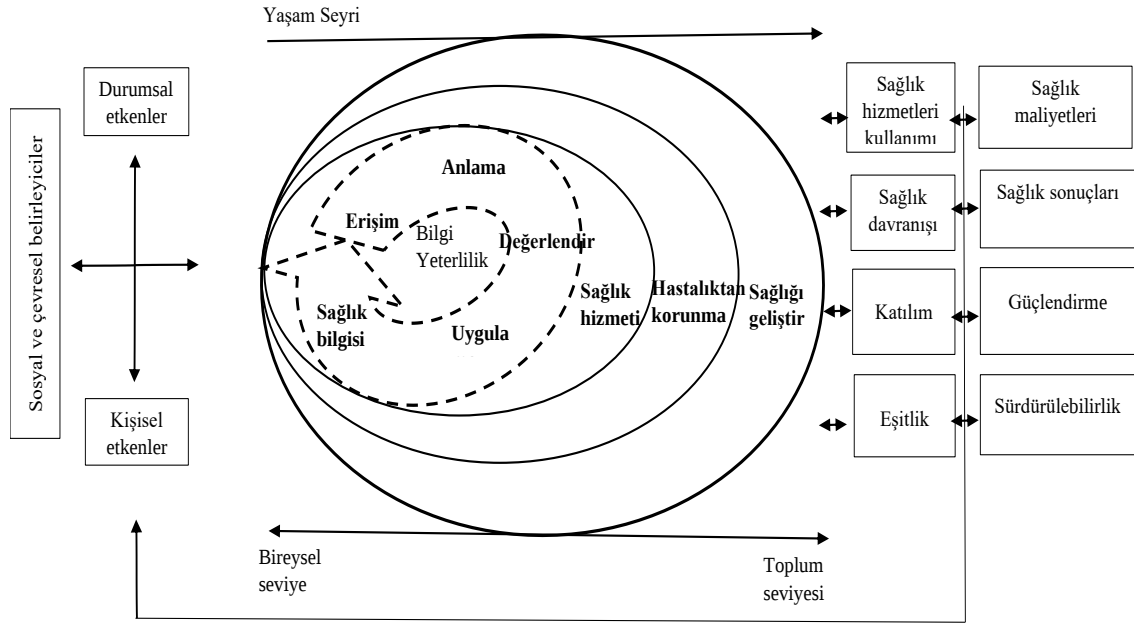
Bunların dışında birçok Tıbbi Başarı Okuma Testi (MART- Medical Achievement Reading Test) gibi okuma testleri, diyabet hastalarına yönelik Diyabet Hastaları İçin Okuryazarlık Değerlendirmesi (LAD-Literacy Assesment for Diabetes) ölçeği, sağlık alanında bilgi taraması yapan kullanıcıların okuryazarlık düzeyi için geliştirilen e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS-e-Health Literacy Scale) gibi testler bulunmaktadır (28,34,35).

2.1.4. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili etmenler

İnsanların içinde doğdukları, büyüdükları, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlar sağlık okuryazarlığını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı; temel, bilimsel, medeni ve kültürel okuryazarlık alanlarının ve bu alanlara ilişkin becerilerin karşılıklı etkileşimini ifade etmektedir; kültür de sağlık okuryazarlığı kapsamı dahiline alınmıştır. Medyanın sağlıkla ilgili inanç, tutum ve davranışlara yön verici etkisi bulunmaktadır. Dolayısıyla medya okuryazarlığı da sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı yalnızca bireysel yaşam biçimi olarak değil; toplumun farklı sosyal, ekonomik, çevresel koşulları ile de şekil almaktadır. Dolayısıyla yalnızca sağlık eğitimi ile geliştirilmesi yetersizdir; bireylerin ve toplulukların sosyal, ekonomik ve siyasi belirleyiciler ile ilgili adım atabilmeleri için desteklenmeleri de ele alınmalıdır (36).

Sorensen ve ark. meydana getirdiği modelde sağlık okuryazarlığının merkezinde bilgi, yeterlilik, motivasyon bulunmakta ve bunların çevresinde erişme-anlama-değerlendirme-uygulama olmak üzere 4 temel yetkinlik bir halka oluşturmaktadır (Şekil 1). Erişme sağlık bilgisini aramak, bulmak, elde etmeyi; anlama, erişilen sağlık bilgilerini idrak etmeyi; değerlendirme, erişilen sağlık bilgilerini yorumlama, filtreleme, yargılamayı; uygulama, sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlık bilgisini kullanma ve iletişim kurmayı ifade eder. Bilginin elde edilmesi anlama, zamanlama ve güvenilirliğe bağlıdır. Bilginin anlaşılması beklentilere, algılanan faydaya, sonuçların bireyselleştirilmesine, nedenselliklerin yorumlanmasına bağlıdır. Bilginin

değerlendirilmesi bilginin karmaşıklığına, diline, anlaşılabilirliğine bağlıdır. Etkili iletişim kavrayışa bağlıdır (20).



Şekil 1: Sorensen ve ark. geliştirdiği sağlık okuryazarlığı modeli (20)

Sağlık okuryazarlığının çekirdeğini oluşturan bu 4 temel yetkinlik sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere 3 temel alana uygulanır (Tablo 1) (20).

Tablo 1. Üç sağlık alanına uygulanan sağlık okuryazarlığının dört boyutlu matrisi (20)

	Sağlıkla ilgili bilgiye erişme	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma
Sağlık hizmeti	Tıbbi konularda bilgiye erişim yeteneği	Tıbbi bilgiyi anlama ve anlam çıkarma becerisi	Tıbbi bilgiyi yorumlama becerisi	Tıbbi konularda bilinçli kararlar verebilme
Hastalıktan korunma	Hastalıklarla ilgili risk faktörleri hakkında bilgiye erişebilme	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	Risk faktörleri ile ilgili bilgiyi yorumlama ve değerlendirebilme	Risk faktörleri ile ilgili bilinçli kararlar verebilme
Sağlığı geliştirme	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri konusunda kendini güncelleyebilme	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma becerisi	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sosyal ve fiziksel çevrede sağlığın belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar verebilme

Sorensen ve ark. oluşturdukları model sağlık okuryazarlığının belirleyicilerine de yer verir. Bunlar bireysel belirleyiciler, (yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, gelir durumu vs.), durumsal belirleyiciler (sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı, fiziksel çevre vs.), sosyal ve çevresel belirleyiciler (demografik durum, kültür, dil, siyasi güçler, sosyal sistemler vs.) dir (20). Bu model gerekli ölçeklerin geliştirilmesi ve eksiklik olan alanların saptanıp müdahale edilmesinde yardımcı olmaktadır (37).

2.1.5. Sağlık okuryazarlığının önemi

Sağlık okuryazarlığı sağlığın korunması ve sürdürülmesinde kültür oluşumu ve özgüven kazanılması gibi kişisel gelişim alanlarının ve sosyal becerilerin arttırılması yönünden destekleyici bir araçtır. Bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşmasını ve bu bilgi ve hizmetleri kullanabilme yeteneğini geliştirerek var olan sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite şartlarının oluşturulmasını, sağlıklı yaşam yılı ve kalitesinin arttırılmasını sağlar. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ile elde edilen olumlu sonuçlar sadece bireyin kendi sağlığını değil toplum sağlığını da pozitif yönde etkilemektedir (3).

Sağlık okuryazarlığı sağlık profesyonelleri için mesleki tatmin, doğru iletişim ve klinik yetilerin kazanılmasını bu yetilerin uygun bir şekilde kullanılmasını; sağlık hizmeti alanlar için de anlaşılır iletişimi, karar mekanizmalarına katılmayı ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmayı sağlar (3).

Gelişmişlik düzeyine bakmaksızın birçok ülkede sağlık okuryazarlığı seviyesi toplumun çoğunda yeterli düzeyde değildir. Avrupa'da 8 ülkede (İspanya, Bulgaristan, İrlanda, Almanya, Polonya, Avusturya, Yunanistan, Hollanda) 8000 kişi ile yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olanların oranı %12,4, sorunlu olanların oranı %35,2 olarak saptanmıştır (38). Asya'da 6 ülkede (Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan, Vietnam) 10024 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmaya göre ülkelerin sağlık okuryazarlık indeksleri 29,6 ile 34,4 arasında değişmektedir (39). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi (NAAL-National Assessment of Health Literacy) çalışmasında 2003'te Amerika'da yetişkinlerin sadece %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığı olduğu görülmüştür (40). Türkiye'de ise 23 il ve 4924 birey ile yapılan çalışmada %24,5 yetersiz, %40,1 sorunlu olduğu saptanmıştır (41).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin genel sağlık düzeylerinde düşüklük olduğu, sağlıklı yaşam ilkelerine uygun davranmadıkları, risk faktörlerinden kaçınmadıkları, tarama programlarına ve koruyucu sağlık müdahalelerine daha az katıldıkları görülmektedir. Bunun sonucu toplumda kronik ve dejeneratif hastalıkların sayısında artış olmakta ayrıca hastalıkların erken evresinde saptanması güçleşmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan kronik hastalığı olanlar hastalıklarının takibini yapmakta zorlanmakta, kontrollerini aksatmakta, tıbbi öneri ve talimatlara bağlı kalamamaktadırlar. Reçete talimatlarını uygulamada zorlanmakta, ilaçlarını nasıl kullanacağını bilememekte, yanlış kullanabilmekte ve böylece kronik hastalıklarının öz yönetiminde başarısız olmaktadır. Hastalar düşük sağlık okuryazarlığı durumunda semptomatik dönemde sağlık arama davranışında ve sağlık durumunun kötüleştiğini anlamada gecikmektedirler. Hastanede kalma süresi uzamakta, hastanede yatış sayıları artmaktadır. Acil servis gibi yüksek maliyetli hizmetlerden faydalanma sayısında artış olmaktadır (42,43).

Sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin bir diğer yansıması sağlık sisteminden yararlanmada eşitsizliktir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireyler öz güven eksikliği yaşamakta, sağlık profesyoneline kendini yeterince ifade etmekte zorlanmakta, sağlık ile ilgili soruları sormaktan kaçınmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerine erişme ve bunları kullanmada sağlık okuryazarlığı yüksek düzeyde olan bireyler kadar yetkin olamamakta sağlık sisteminin eşitlik ilkesinde yararlanamamaktadır (43).

Tüm bunların sonucu olarak düşük sağlık okuryazarlığı sağlıkta adaletsizlik, sağlıkta maliyetin artması, toplumda mortalite oranlarının artması ile sonuçlanmaktadır (43).

2.1.6. Birinci basamakta sağlık okuryazarlığı

Birinci basamak sağlık kurumlarının sağlık sistemlerine ilk giriş noktası olması bakımında aile hekimleri için sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality); WONCA Avrupa kurulunun yapmış olduğu tanımdaki birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, kapsamlı yaklaşım, özgün problem çözme becerileri, bütüncül yaklaşım, toplum yönelimli olma temel yeterlilikleri ile de uyumlu olarak sağlık okuryazarlığı tedbirlerine yönelik bir kılavuz geliştirmiştir. Bu kılavuzda sağlık okuryazarlığı düşük olanları tespit etme, bu kişilerle iletişime geçip eğitim sağlama konularından bahsedilmektedir. Bu kılavuzda gerçek hayat örnekleri, kısayollar ve ipuçları verilerek sözlü iletişim, yazılı iletişim, öz yönetim ve destekleyici sistemler kilit odak noktalarına değinilmektedir (44,45).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için geliştirilen ölçekler, uygulaması uzun sürebilmekte olduğundan günlük pratikte tarama amacıyla pek tercih edilmemektedir. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı testlerinin geliştiricileri, klinisyenlerin bir hastanın test edilmeden dolayı utanma olasılığına karşı duyarlı olmalarını ve günlük klinik bakıma adapte etmek üzere bilgileri nasıl kullanacağını düşüncelerini önerir. Bu bağlamda Chew ve ark. yetersiz sağlık okuryazarlığı olanları belirlemek üzere aile hekimlerinin günlük hasta muayenesinin bir parçası olarak sorulabilecek “Hastane materyallerini okumak için ne sıklıkla birinden yardım alıyorsunuz?”, “Tıbbi formları kendi kendinize doldurmada ne kadar eminsiniz?”, “Yazılı bilgileri anlamakta güçlük

çektığınız için tıbbi durumunuzu öğrenmekte ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?” şeklinde 3 kısa soru oluşturmuşlardır (46,47). Sonraki yıllarda daha önce de bahsedildiği gibi mevcut ölçeklerin kısa formu veya yeni kısa ölçekler de geliştirilmiştir. Bunların yanında aile hekimini düşük sağlık okuryazarlığı açısından uyaracak kırmızı bayraklar tanımlanmıştır:

- Randevuları sık sık kaçırma
- Hasta kayıt formunda eksiklikler olması
- İlaç uyumsuzluğu
- İlaçlarının isimlerini ve kullanım amaçlarını bilmeme
- Hapların etiketlerini okuyarak değil de bakarak dış görünüş ile tanıma
- Tutarlı, sıralı tarih verememe
- Az soru sorma veya hiç soru sormama
- Testleri ve yönlendirmeleri takip etmeme
- Gözlüğünü evde unutup evde okuyacağını söyleyen hasta (48)

2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

2.2.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tanımı

Geleneksel tıbbın uzun bir geçmişi vardır. DSÖ’ye göre farklı kültürlerle has yerel teorilere, deneyimlere ve inançlara dayalı, açıklanabilir olsun veya olmasın, sağlığın devamlılığı; fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, teşhisi veya tedavisinde kullanılan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır. “Tamamlayıcı tıp” ve “alternatif tıp” terimleri o ülkenin geleneksel tıbbının bir parçası olmayan ve baskın sağlık sistemine tam olarak entegre edilmemiş geniş bir sağlık hizmetleri yelpazesini ifade eder. Bazı ülkelerde birbirlerinin yerine kullanılırlar (7).

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health-NCCIH)’ne göre sağlık sisteminde yer almayan yöntemler modern tıp ile birlikte kullanılıyorsa “tamamlayıcı”, modern tıbbın yerine kullanılıyorsa “alternatif” olarak isimlendirilir. Modern tıp ile GETAT yöntemlerini bir araya getiren, insanın psikososyal bir varlık olarak bütüncül sağlığını ele alan, tek bir

organ yerine tüm kişiyi tedavi etmeye vurgu yapan yaklaşımı “integratif tıp” olarak ifade etmiştir (49).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Avrupa Federasyonu (European Federation for Complementary and Alternative Medicine-EFCAM) tamamlayıcı ve alternatif tıbbı “sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için kullanılan; halk için geniş sağlık hizmetleri seçenekleri oluşturan bağımsız olarak veya modern tıbbi yaklaşımların yanında kullanılabilen uygulamalar” şeklinde tanımlamıştır. Bireyselleştirilmiş bütünsel bakım ve invaziv olmayan hastalık tedavisi sağlaması tamamlayıcı ve alternatif tıbbi cazip kılar (50).

Bahsedilen terimler ile çokça karışan bir kavram fonksiyonel tıptır. Fonksiyonel tıba göre her insan genetik ve çevresel değişkenlere göre kendine özgü biyokimyasal bireyselliğe sahiptir. Bu yüzden hastalık merkezli bir yaklaşımdan ziyade hasta merkezli yaklaşımı ele alır. Hastanın beden, akıl ve ruhsal yönlerindeki içsel ve dışsal faktörler arasında dinamik dengeyi kurmayı amaçlamaktadır. Diyet, hava ve su kalitesi, radyasyon, fiziksel egzersiz, ruhsal ve psikososyal etkenler gibi yaşam stili ve çevresel faktörlere odaklanarak fonksiyonu bozulmuş biyolojik sistemler arasında dengeyi kurmaya çalışır. En güncel bilimsel verilere uygun hareket eder (51).

2.2.2. Dünyada GETAT

İnsanlık sağlığını geliştirmek ve korumak için sürekli bir arayış içinde olmuştur. Bu arayış zamanla kültürel, fiziksel ve coğrafi özelliklerden etkilenerek sağlığın uygarlıklara has kimlikler kazanarak gelişmesine neden olmuştur. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp toplumun temel sağlık gereksinimlerini karşılamada önemli yer kaplamaktadır. Hindistan, Japonya, Kore. Çin gibi Asya ülkelerinde hastalık tedavi ve yönetiminde geleneksel ve tamamlayıcı tıp ana rol oynamaktadır. Geleneksel Çin Tıbbı 3000 yıl öncesi antik Çin felsefesine dayanır. Uzak Doğu Asya’daki birçok geleneksel tıp sistemi yüksek oranda geleneksel Çin tıbbından etkilenmiştir. 2017’deki verilere göre Çin’de nüfusun %60’ı geleneksel tıbbi kullanmaktadır (52).

Amerika Birleşik Devletleri’nde 1990 yılında yapılan çalışmada son bir yılda tamamlayıcı tedavilere yönelenlerin oranı %33,8 iken 1997 yılında bu oran %42,1’e

yükselmiş (53). GETAT yöntemlerine sıklıkla başvurulması sebebiyle Amerika Birleşik Devletleri'nde 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsüne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) kurulmuştur. Daha sonra ismi "Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi" (The National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) olarak değiştirilmiştir (54).

Avrupa birliğine bakıldığında Orta ve Güney Avrupa ülkelerinde GETAT yöntemleri genellikle doktorlar tarafından uygulanıyor olup Kuzey Avrupa'da çoğunlukla ayrı meslek dalları olarak değerlendirilmektedir. Avrupa genelinde yaklaşık 180.000 doktor GETAT ile ilgili bilgi ve beceriye sahiptir (53). 2014'te Avrupa'da yapılan araştırmaya göre son 1 yılda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları kullananlar çalışma popülasyonunun %25,9'unu oluşturmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tıpa yönelenler %10 ile Macaristan'da en az, %40 ile Almanya ve İsviçre'de en fazla sayıyı oluşturmaktadır. En çok yönelimin masaj terapisine olduğu; en çok yönelim nedeninin cilt problemleri, bel ve boyun ağrısı olduğu saptanmıştır (55).

Tanzanya, Uganda, Ruanda, Benin, Etiyopya ve Hindistan ülkelerinde GETAT kullanım oranı %60-90 arasındadır (52). Endonezya'da 31,415 katılımcı ile 2014-15 yıllarında yapılan geniş çaplı bir araştırmada son 4 haftada geleneksel tıbbi kullananların oranı %24,4, tamamlayıcı tıba başvuranların oranı %32,9 saptanmıştır (56).

DSÖ'ye göre GETAT global sağlık sistemlerinin göz ardı edilemez bir parçasını oluşturmaktadır ki 2013'te GETAT'ın sağlık hizmetlerine potansiyel katkısını kullanmak; GETAT ürünlerini, uygulayıcılarını ve uygulamalarını araştırarak, düzenleyerek ve uygun olduğu durumlarda sağlık sistemlerine entegre ederek güvenli ve etkili kullanımını teşvik etmeyi amaçlayan DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023 'ü yayımlamıştır. Ayrıca Strateji, üye devletleri proaktif politikalar geliştirmede ve GETAT' ın nüfusu sağlıklı tutmada oynadığı rolü güçlendirecek eylem planları uygulama konusunda desteklemeyi amaçlamaktadır (57). DSÖ 2019 Global Raporu'na göre 2005-2018 yılları arasında üye devletlerin popülasyonları arasında GETAT kullanım oranlarının bölgesel yüzdesi Afrika %87, Amerika %80, Orta Doğu %90,

Avrupa %89, Güneydoğu Asya %91, Batı Pasifik %93 olarak; global yüzdesi de %88 olarak belirtilmiştir (58).

2.2.3. Türkiye’de GETAT

Türkiye’de GETAT ile ilgili ilk düzenleme 1991’de akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasının sağlanması amacıyla çıkartılan Akupunktur Tedavi Yönetmeliği ile olmuştur. Bu yönetmelikle akupunktur uygulama yöntemleri, uygulamaya yetkili kişiler ve yerler belirtilmiş, denetim için üst kurul oluşturulmuştur. Sonraki yıllarda bir bilimsel kurul oluşturularak akupunktur için eğitim programı oluşturulmuştur (59).

Sağlık Bakanlığı bünyesine 2012’de Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş 2014’te ‘tıbbın alternatifi olmaz’ ilkesinden yola çıkarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiş ve Ekim 2014’te Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı “İnsan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemek” olarak belirtilmiştir (60). 2014’te Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)’na bağlı olarak Türkiye GETAT Enstitüsü kurulmuştur. Enstitünün amacı kanıta dayalı olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın modern tıp ile entegre bir şekilde insan sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, geliştirilmesine ve bozulan insan sağlığının düzeltilmesine katkı sağlamaktır (52). 2018 yılında “Medeniyetlerin Beşiğinde Anadolu” sloganıyla İstanbul’da DSÖ’nün de iştirak ettiği ilk uluslararası GETAT kongresi gerçekleştirilmiş, kongreye yaklaşık 50 ülkeden katılım olmuştur (61).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin sağlık uygulamaları arasında yerini almasıyla bu konuda yapılan çalışmalara da düzenleme getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Mart 2019’da Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik yayımlamıştır. Bu yönetmeliğin amacı “Taraf olunan uluslararası anlaşmalar ile iyi klinik uygulamaları çerçevesinde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanlarında insanlar üzerinde bilimsel araştırma yapılmasına ve

gönüllülerin haklarının korunmasına dair usul ve esasları düzenlemek” olarak belirtilmiştir (62).

Türkiye’de GETAT kullanım durumu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Kayseri’de 2015 yılında 1100 kişide yürütülen bir çalışmada herhangi bir GETAT uygulamasını kullananların oranı %65,8 olarak; en çok kullanılan uygulamalar da kaplıca veya ılıcaya gitme (%38,6) ve bitkisel ürün/ilaç kullanma (%37,2) olarak saptanmıştır (63).

2.2.4. GETAT Uygulamaları

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health-NCCIH)’ne göre tamamlayıcı yaklaşımlar tedavinin nasıl alındığına göre sınıflandırılabilir:

- Besinsel (probiyotikler, spesifik diyetler, besin takviyeleri, şifalı otlar vs.)
- Psikolojik (hipnoz, meditasyon, müzik terapi vs)
- Kombinasyon (psikolojik+fiziksel: yoga, tai chi, dans terapi vs. veya psikolojik+besinsel: farkındalıklı yeme vs.) (49)

DSÖ 2019 Global Raporu’nda üye devletlerin kendi ülkelerindeki insanlar tarafından GETAT uygulamalarının kullanılıp kullanılmadığı sorulmuş, seçebilecekleri 9 uygulama (ve diğer uygulama biçimleri için ‘diğerleri’ seçeneği) verilmiş olup 9 uygulama akupunktur, ayurveda, kayropratik, fitoterapi, homeopati, natüropati, osteopati, geleneksel Çin tıbbı, Unani tıbbı olarak belirlenmiştir (58).

Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde ünite ve uygulama merkezlerinde yapılabilecek uygulamalar akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi olarak 15 uygulama şeklinde belirlenmiştir (8).

Akupunktur

Akupunktur kelime olarak Latince iğne anlamındaki “acus” ve batırma, delme anlamına gelen “punctura” kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Tarihi 5000 yıl öncesine dayanıyor olup akupunktur ile ilgili ilk yazılı eser M.Ö. 200 yılında bir iç hastalıkları kitabı olan Çince yazılmış Huangdi Neijing (The Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine) idir. M.Ö. 1000 yılına ait arkeolojik kazılarda akupunktur iğneleri bulunmuştur. İbn-i Sina da 1100 yıllarında vücuttaki akupunktur enerji kanallarında bahsetmiştir. Avrupa’nın akupunktur ile tanışması 17. yüzyılı bulmuştur. Amerika’ya ise 1972 sularında bir Amerikan gazete muhabirinin Çin’de apandisit ameliyatı sonrası ağrıların akupunktur ile giderilmesi ve bu olayın Amerikan basınında yer etmesi ile gitmiştir (64).

Yaşam enerjisi “Qi”, vücutta meridyen olarak adlandırılan birtakım kanalların oluşturduğu ağ sistemi içinde akmaktadır. Geleneksel Çin Tıbbı’nda gözler, dil ve cilt incelenerek, radial nabıza bakılarak Qi değerlendirilir. Optimum sağlık için Qi’yi oluşturan parasempatometik sisteme karşılık gelen Yin ve sempatometik sisteme karşılık gelen Yang dengede olmalıdır. Travma, emosyonel stres, enfeksiyonlar, beslenme eksikliği gibi etkenler bu dengeyi bozar. Akupunktur uygulamasında deriye batırılan iğneler ile bozulmuş olan enerji akım düzensizliği düzeltilmeye çalışılır. Altın, gümüş, bakır veya çelik iğneler, elektrik, ses, manyetik titreşimler, lazer, termik stimülasyon gibi uyarı yöntemleri ile bedendeki özel noktaların uyarılmasıyla uygulanır. Artralji, miyalji, migren ve diğer baş ağrıları, diş ağrısı, dismenore, infertilite, gebelikle ilgili bulantı kusmalar, uyku bozukluğu, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, felçlerde kas kontraktürleri veya güçsüzlükleri gibi daha birçok onay görmüş geniş kullanım alanı vardır (8,65).

Apiterapi

Apiterapi arı ve arıdan elde edilen bal, polen, arı sütü, propolis, arı zehri gibi ürünlerin tamamlayıcı ve destekleyici olarak bazı hastalıklarda kullanılmasıdır. Apiterapi kelime olarak Latince bal arısı anlamına gelen ‘*Apis mellifera*’ dan gelmektedir. Arı zehri intradermal ve subkutanöz uygulanabilirken diğer arı ürünleri oral ve topikal şekilde uygulanabilmektedir (8,66,67).

Balın ilk üretimi M.Ö. 4000 yıllarına dayanmaktadır. O zamanlardan bu zamana insan beslenmesi ve sağlığında her zaman önemli bir yeri olmuştur. Toplandığı bitki örtüsüne göre değişmekler birlikte %95'i şeker, geri kalanı fenolik maddeler, proteinler ve minerallerden meydana gelmektedir. Bal virüs, bakteri, mantar ve parazitlere karşı baskılayıcı özelliğe sahiptir. Antioksidan, antiproliferatif etki potansiyeli ile yara iyileşmesi ve kanser hastalıklarında etkili olabilmektedir (67).

Arı zehri yüzyıllardır romatoid artrit, multpil skleroz, zührevi hastalıklar gibi pek çok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Ekstraktının transdermal uygulanması veya canlı arının direkt iğnesinin batırılması yoluyla uygulanmıştır. Arı zehri terapötik potansiyeli olan peptitler ve enzimler gibi birçok aktif komponent ihtiva etmektedir. Bunlardan en bilineni mellitindir. Mellitin özellikle antibakteriyel olarak iyi bilinmesine rağmen yapılan son çalışmalarda antiviral etkisinin de olduğu ortaya koyulmuştur. Zarflı virüslere karşı geniş spektrumlu toksik etkisinin olduğu, HIV ve Influenza H1N1 replikasyonunu suprese ettiği izlenmiştir. Ayrıca, Parkinson Hastalığı, Alzheimer Hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıklara karşı nöroprotektif potansiyelinin olduğu; kanser hastalıklarında anti-tümör, anti-metastatik etkisinin olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur (68,69).

Propolis esas olarak arılar tarafından ağaç ve diğer bitkilerden toplanan reçinelerden oluşur. Arı kovanını bir arada tutmaya yarayan çimento benzeri bu madde tıbbi özelliklere sahiptir. İçeriğinde balmumu, esansiyel yağlar, polen, mineraller, vitaminler ve enzimler bulunmaktadır. Bitki türüne ve iklime göre özellikleri değişmektedir (70). Propolisin antimikrobiyal, antiinflamatuvar, rejeneratif, immünmodülatör, antioksidan, antikarsinogenik etkileri olduğu bilinmektedir. En yaygın kullanım alanı dermatoloji ve kozmetik alanlardadır. Aknede etkili losyonlar, yüz kremleri, merhemler gibi ilaçlarda ve kozmetik ürünlerde bulunmaktadır. Burun spreyi ve diş macunlarına da katılmaktadır (71).

Eski Mısırlıların “hayat veren toz” olarak adlandırdığı polen içeriğindeki protein, vitamin ve minerallerle oldukça zengin bir besin maddesidir. Flavonoid glikozidler, fitosteroller gibi biyolojik komponentleri ile antioksidan, antikarsinogen, antiinflamatuvar antiaterosklerotik etkileri bulunmaktadır. Polen yüksek irtifaya uyumu

da kolaylaştırmaktadır. Dağcılar, pilotlar için uygun bir besin maddesidir. Polenin nem içeriği kalitesin etkilemektedir (71).

Arı sütü işçi arıların kafa kısmındaki hipofaringeal bezden salgılanmaktadır. Hafızayı güçlendirdiği, fiziksel performansı arttırdığı, hipotansif etkisinin olduğu, antibakteriyel, antioksidan, antitümör, antialerjik olduğu bildirilmiştir (67).

Ülkemizde GETAT ünitelerinde bal, polen, propolis ve arı sütü destekleyici olarak sekonder immün yetmezlikli hastalarda uygulanabilmektedir. Arı zehri GETAT uygulama merkezlerinde miyalji ve artraljide, kas kontraktürleri veya kas güçsüzlüğünde kullanılabilmektedir; bal, kronik deri lezyonlarında destekleyici amaçlı topikal olarak uygulanabilmektedir (8).

Fitoterapi

Fitoterapi, tıbbi bitkilerin hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanıldığı GETAT yöntemidir; hastalıklardan korunmak ve tedaviyi desteklemek amacı ile tıbbi etkisi bilimsel olarak kanıtlanmış bitkiler, onların etkin maddelerini taşıyan kısımları veya bir işlem yoluyla elde edilmiş doğal ürünleri ile bunlardan hareketle hazırlanarak standardize edilmiş farmasötik formlar (tablet, kapsül vs.) ve bitkisel tıbbi ürünler kullanılarak yapılan uygulamadır. Bu terim ilk defa 1870-1953 yılları arasında yaşamış olan Fransız doktor Henri Leclerc tarafından La Presse Medical dergisinde kullanılmıştır (72)(73).

Hakkari’de yapılan arkeolojik kazılarda 50000 yıl öncesine ait bulunan kalıtlar bitkilerin kullanımına dair en eski kanıtları oluşturmaktadır. Geçmişten günümüze insanlar sağlıklarını korumak için hep ellerindeki doğal kaynaklarını kullanmışlardır. Fitoterapi ile ilgili ilk yazılı kanıt Ninova Antik Kütüphanesi’nde bulunan, Mezopotamya’daki Sümer, Akar, Asur medeniyetlerinin M.Ö. 3000 yıllarına ait tabletleridir. M.Ö. 1500 yıllarına ait Mısır papirüsleri ve Hattuşaş’ta bulunan Hitit tabletlerinde de tıbbi bitkilerden faydalandığı görülmektedir. Hipokrat kitaplarında yaklaşık 400 tane bitkisel ürünü anlatmıştır. İbn-i Sina, 1650’li yıllara kadar tıpta referans kitap olan edilen Tıp Kanunu (El-Kanun fi’t-Tıb) adlı eserinde 800 hayvansal ve bitkisel tedaviden bahsetmiştir. 19. yüzyıl başlarından itibaren kimya biliminin

gelişmesiyle bitkilerdeki aktif kimyasal bileşenlerin ekstrakte edildiği, saflaştırıldığı ve yapılarının açıklandığı yeni bir dönem başlamıştır. Zamanla ilaç sanayinin gelişmesi, antibiyotiklerin tedavide başarı sağlamasıyla sentetik ilaçlara yönelen toplum, medyanın yönlendirmesi, bir takım yan etkiler ve modern tıbbın kanser gibi hastalıkların tedavisinde yetersiz kalması gibi nedenlerle tekrar bitkisel tedaviye yönelmiştir. Bitkisel ürünlere yönelimin artması ve bu ürünlerin sağlık pazarında gittikçe önemli bir yer etmesine paralel olarak bunların etkinliği, güvenliği ve kontrolü konusunda artan bir endişe bulunmaktadır (74,75). Bu bağlamda ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından insan sağlığını koruyucu, tedavi edici etkileri olan ve geleneksel kullanıma sahip tıbbi bitkilerden hazırlanan bitkisel tıbbi ürünlerin ve bitkisel preparatların ruhsatlarını vermek, etkililik, güvenlilik ve kalitesi ile ilgili uyulması gereken usul ve esasları belirlemek amacıyla “Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği” oluşturulmuştur (76).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uygulaması olarak kullanılan fitoterapötikler günümüz ilaç teknolojisinin kurallarına uygun hazırlanmıştır. Avrupa’da bazı ülkeler bitkisel ürünlerin belli standartlarda eczanelerde ve marketlerde satışına izin vermektedir. Bu standartlar DSÖ, Komisyon E, European Scientific Cooperative on Phytotherapy (ESCOP) gibi kurumlar aracılığıyla belirlenmektedir. Bitkilerin içerdiği kimyasal içerik farmakolojik etkisini sağlar. Tüm ilaçlar gibi bitkisel ürünlerin de yan etkisi olabilmekte diğer ilaçlarla veya gıdalarla etkileşime girebilmektedir. Dolayısıyla bitkisel ilaçlar hekim gözetiminde kullanılmalıdır, hekim hastasının kullandığı bitkisel ürünleri bilmelidir (72,73). Almanya ve Çin’de tıbbi bitkisel ilaçlar bu konuda eğitim almış hekimler tarafından reçete edilmekte ve sağlık güvence sistemi tarafından karşılanmaktadır (74).

Hipnoz

Hipnoz, kişinin dikkatinin yakın çevresinden ayrıştığı; biliş ve imgelem gibi iç deneyimlere yönlendirildiği uyanık farkındalık durumu ve verilen telkinlere uyum şeklinde tanımlanmaktadır. Ne olduğunun unutulduğu, kişinin kontrolünün kaybettiği bir uyku hali değildir. Farkındalık ve bilinç korunur ama dışarıdan gelen uyarılara tepkisiz kalınır. Bilimsel olarak ilk defa 1765 yılında Fransız Antoine Mesmer tarafından kullanılan hipnoz daha sonraları cerrahi operasyonlarda anesteziye

kullanılmıştır. Ülkemizde hipnoz, Fransız psikolog ve nörolog Pierre Janet'in kitabının 1935'te Cemil Sena Ongun tarafından Türkçeye tercümesiyle başlamıştır (72,77).

Hipnoz tek başına tedavi edici bir yöntem olarak değerlendirilmeyebilir. Asıl tedavinin verilmesini kolaylaştıran bir araç, destekleyici yöntemdir. Tıpta çok çeşitli kullanım alanları mevcuttur. Hipoanaljezide, davranış bozukluklarında, cinsel işlev bozukluklarında, obezite ve yeme bozukluklarında, sigara-alkol bağımlılığında, infertilitede, organik sebebi bulunmayan kaşıntılarda gerekli sertifikayı almış hekim, diş hekimi ile hekim gözetiminde psikologlar tarafından uygulanabilmektedir (8,77).

Sülük Uygulaması

Sülükler 15000'den fazla üyesi olan halkalı solucan grubunda kan emerek beslenen canlılardır. Tıbbi tedavide kullanılan yaklaşık 15 tür bulunmaktadır. Tedavide sıklıkla kullanılan *Hirudo medicinalis* ve *Hirudo verbana* türleridir. Sülükler hortumları ile ciltte delik açarak ya da ısırarak kan emerler. Tutunduğu bölgeden 5-15 ml kan emebilir. 20-60 dakika süren beslenme süreci sonrası hastayı bırakır. Her bir sülük tek kullanımlıktır. Aynı hasta için de olsa bir defa kullanılan sülük imha edilir. Sülük uygulamasından önce daima anemi açısından tam kan sayımı bakılır. En sık komplikasyonu uzamış kanamadır. Bir diğer komplikasyon enfeksiyonlardır. En sık görülen gram negatif bakteri *Aeromonas hydrophili*dir. Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, sistemik enfeksiyonlar, sepsis kliniği oluşturabilmektedir.

Sülük uygulaması, steril sülük kullanılarak yapılan GETAT uygulamasıdır. Latince terim olarak "Hirudoterapi" olarak isimlendirilir. Sülüklerin etkisi tükürüklerinde bulunan başta analjezik, antikoagülan, antiinflamatuvar, antimikrobiyal özellikleri olan pek çok biyoaktif maddeye bağlıdır. Bunlardan en bilineni "hirudin"dir. Hirudin, heparine benzer bir maddedir ve trombinin en güçlü inhibe edicisidir. Tükürükte bulunan 100'den fazla biyolojik olarak aktif bileşikler mikrosirkülasyonu arttırıp iltihaplanmayı azaltırken eklem hareketindeki rijitliği ve hareket kısıtlılığını azaltır. Sülük uygulaması osteoartrit, lateral epikondilit gibi hastalıklarda ağrıyı azaltma amaçlı; variköz venler, tromboflebit gibi venöz hastalıklarda, flep cerrahisi sonrası görülen venöz yetmezlikler, replantasyon ve revaskülarizasyon sonrası venöz

yetmezliklerde destekleyici tedavi olarak kullanılmaktadır. Ayrıca bazı sülük türlerinin tükürüklerinin antimetastatik olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur.

Sülüklerin ilk kullanımı ile ilgili bulgular Eski Mısır'da M.Ö. 1500'lü yıllara ait mezarlardaki resimlere dayanmaktadır. M.Ö. 200-130 yıllarında yaşamış İyonyalı şair ve hekim Nicander'in sülükleri kullanan ilk tıp hekimi olduğu söylenir. Roma döneminde ünlü hekimlerden Galen (M.S. 130-201), humoral teorisine göre insan vücudunun içerdiği dört sıvının (kan, balgam, sarı safra, siyah safra) dengesini sağlamada sülüklerin fazla kanı emerek faydalı olduğunu vurgulamıştır. İbn,î Sina (M.S. 980-1037) ünlü kitabı El Kanun Fi't Tıbb'da sülüklerin tedavi amaçlı kullanımından bahsetmiştir. 19. yüzyılda Avrupa'da yoğun bir şekilde kullanılmıştır. 1980'li yıllarda venöz konjesyon gelişen dokularda erken dönemde sülük kullanımının dramatik iyileşme sağladığı gözlemlenmiş; flep kanlanması etkili olduğu, yara iyileşmesinin hızlandırdığı için plastik cerrahide yaygın olarak kullanılmıştır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) 2004 yılında sülüklerin satışına, plastik ve rekonstrüktif cerrahide kullanımına onay vermiştir. Günümüzde birçok ülkede Amerika, Kanada, Rusya, Almanya, Fransa gibi birçok ülkede çeşitli endikasyonlarla çeşitli alanlarda sülükler tedavi amaçlı kullanılmaktadır (8,78,79).

Homeopati

Homeopati, Yunanca benzer anlamına gelen “Homoios” ve hastalık, acı çekme anlamına gelen “Pathos” kelimelerinin birleşmesiyle oluşur. “Similia similibus curentur” (Benzeri benzer ile tedavi etmek) homeopatinin özünü oluşturan temel ilkesidir. Bu ilkeye göre bir madde insanda hastalık yapıyorsa, bu madde o hastalığa sahip insanlara verildiğinde tedavi edici olabilir. Diğer ilkeler homeopatik ilacın düşük dozda verilmesi ve tek bir ilaç kullanılmasıdır (80). Homeopatik amaçla hayvansal, bitkisel, mineral kaynaklı maddeler hatta hastalıklı doku, mikroorganizmalar kullanılabilir. Bu maddeler remedi olarak adlandırılır. Remediler başlangıç maddesinin bir molekülünün bulunma olasılığının düşük olduğu bir seri dilüsyon, dilüsyonlar arasında güçlü çalkalamalar ile elde edilen ultramoleküler ilaç olarak bilinir. Her seyreltmede başlangıç maddesi azalmasına rağmen kuvvetlendirme ilkesi ile enerji olarak daha güçlü hale gelir. Homeopatide hastalıklarda herkeste görülen belirgin semptomlar değil; hastaya özgü, karakteristik, sıra dışı semptomlar tespit edilir.

Semptomlar tespit edildikten sonra remedilerin hangi belirtilerde kullanıldığını gösteren kaynak olan ‘homeopatik repertuar’a bakılır ve her hastaya en uygun remedi seçilir. Homeopatinin prensipler dahilinde literatüre geçmesi Alman hekim Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından olmuştur. Ancak felsefesi Hipokrat’a kadar uzanmaktadır (81,82).

Homeopati canlıyı bir bütün olarak ele alan, canlının bütün olarak hastalandığını ve bir bütün olarak iyileşebileceğini savunan bütüncül bir uygulama yöntemidir. Modern tıp ile homeopatik uygulamanın ters düştüğü bazı zamanlar olmuştur. Homeopatik ilaçların doku seviyesindeki etkileri henüz net bir şekilde aydınlatılamamıştır. Bazı bilim insanları homeopatik etkinin kuantum fiziği kavramından hareketle anlaşılabilirliğini ifade etmektedir (81).

Kayropraktik

DSÖ 2005 Kayropraktikte Temel Eğitim ve Güvenlik Kılavuzu’ndaki tanıma göre kayropraktik, sinir-kas-iskelet sistemi bozukluklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesi ile bu bozuklukların genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgilenen sağlık hizmeti alanıdır. Manuel tekniklere vurgu yaparak, özellikle subluksasyon üzerine odaklanıp eklem mekaniğini düzeltme üzerine yoğunlaşır. İlaç ve cerrahi kullanmadan kas-iskelet-sinir sistemi patolojilerine yönelik destekleyici uygulamadır. Kayropraktikte yapı ve işlev arasındaki ilişki, kas-iskelet sistemi yapısı ile sinir sistemi tarafından kontrol edilen işlev, sağlığın korunması ve yeniden yapılandırılmasına yönelik yaklaşımın merkezini oluşturur (83).

Spinal manipülasyonun geçmişi Hipokrat ve antik Yunan hekimlerine uzansa da kayropraktik keşfi 1895’te Daniel David Palmer’a atfedilir. “Kayropraktik” terimi Yunanca “elle yapılan” anlamına gelip kelime Palmer tarafından türetilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkeleri gibi kimi ülkelerde kayropraktik yasal olarak tanınmış ve resmi üniversite dereceleri oluşturulmuştur. Ülkemizde de GETAT uygulama merkezleri ve ünitelerinde sertifikalı tabip tarafından uygulanabilmektedir. Akut ve kronik boyun ve bel ağrısı, skolyoz, miyofasyal ağrı sendromu, akut ve kronik yumuşak doku zorlanmaları gibi durumlarda kayropraktiğe

başvurulmaktadır. Tümör, fraktür, enfeksiyon, kist gibi durumlarda uygulanmamaktadır (8,83).

Kupa Uygulaması

Tarihi 5500 yıl öncesine uzanan kupa tedavisi ile ilgili ilk yazılı kaynak M.Ö. 3300 yılında Makedonya’da yazılmıştır. Ondan önce ilk kez Asurlular tarafından hayvan boynuzları ve bambular kullanılarak uygulanmıştır. Mısır’da da M.Ö. 1550’de kupa tedavisinden bahseden bir eser mevcuttur. Çin’de akupunktur ile kombine tedavi olarak kullanılmış olup; Hipokrat ve Galen de uygulamış, İbn-i Sina da bahsetmiştir. “Hicamat” kelime anlamı olarak Arapça’da ‘doğru hacme sokmak’ anlamına gelmektedir. Kupa uygulaması, Orta Doğu ve Arap toplumları tarafından vücudun eski sağlığına gelmesi anlamında “hicamat” olarak isimlendirilmiştir. Rönesans dönemiyle İtalya ve diğer Avrupa ülkelerinde yaygınlık kazanmıştır (84).

Kupa uygulamasının etki mekanizması ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Bir teoriye göre spinal sinirlerin oluşturduğu segmentler boyunca ilgili deri alanlarında iç organlarla bağlantılar vardır. Organda oluşan bir patolojik durumda ilgili olduğu deri bölgelerine giden uyarı ile bu bölgede cilt değişiklikleri veya ağrı meydana gelebilir. Hasta organla ilgili segmente yapılacak kupa tedavisi ile organın iyileşmesine katkıda bulunulabilir. Kupa uygulaması insizyon atılarak veya atılmadan yapılabilir. İnsizyon atılmıyorsa ‘kuru kupa’ olarak isimlendirilir. ‘Yaş kupa’ tedavisinde yapılan insizyon ve negatif basınç, ağrı sinyallerinin spinal korda ulaşmasını sağlayan kapıyı kapatır. Geleneksel Çin tıbbında insizyonlar akupunktur meridyenlerine paralel olarak atılmaktadır. İslam coğrafyalarında yapılan kupa tedavisi ay takviminin belli günlerinde yapılır. Dolunay döneminde ayın çekim kuvvetinin etkisiyle yeryüzündeki suların yükseldiği gibi vücuttaki sıvıların da cilde yaklaştığı, yüzeye daha fazla toksik madde taşıdığı düşünülür (85).

Kuru ve yaş kupa yöntemi ülkemizde GETAT merkezlerinde; immün sistemi güçlendirmede, kas-iskelet sistemi ağrılarında, migren ve gerilim gibi organik olmayan baş ağrılarında, organik olmayan uyku bozukluklarında, bulantı ve kusmada, kabızlıkta, nevraljilere bağlı ağrılarda, inmeye bağlı hıçkırık, yorgunluk, afazi gibi durumlarda uygulanmaktadır. Diğer ülkelerde intervertebral disk patolojileri, amenore, dismenore,

infertilite, astım, akne, hiperlipidemi, karpal tünel sendromu gibi başka endikasyonları mevcuttur. Trombofilebit, aktif yaralar, anemi, kanama/pıhtılaşma bozukluğu durumlarında, doğrudan varis üzerine uygulanmamaktadır (8,85).

Larva Uygulaması

Yüzyıllar boyunca larvaların, istila ettiği yaralara faydalı etkileri savaş alanlarında askeri cerrahlar tarafından gözlemlenmiş, larvalar ile infeste olan yaraların daha hızlı iyileştiği tespit edilmiştir. Ortopedi cerrahı William Baer Birinci Dünya Savaşı sırasındaki hizmeti sırasında larva ile infeste yaraları gözlemlemiş ve  ocuk hastanesinde profes rken sistematik olarak larva yöntemini ilk uygulayan kişi olmuştur. 1940'larda antibiyotiklerin yaygın olarak kullanılması ve gelişen cerrahi teknikler nedeniyle larva uygulaması çok daha az kullanılmaya başlandı. 1980'lerin sonlarına doğru antimikrobiyal direncin yaygın hale gelmesi, basınç ülserleri ve diyabetik ayak ülserlerinin yükselişe geçmesi ile tekrar gündeme geldi (86). Tarihte Maya yerlilerinin de yaralarına güneşte kurutulmuş sığır kanı sürerek yaraların kurt uklanmasını sağladıkları bilinmektedir (87).

Larva uygulaması (Maggot tedavisi), *Lucilia (Phaenicia) sericata* yeşil sineği steril larvalarının biyodebridman amacıyla kronik yaralarda kullanılmasıdır. Yara yüzey alanın her santimetrekaresine 5-10 larva 48-72 saat pansumanlarda bırakılarak uygulanır. Larvalar salgılarındaki proteolitik enzimlerle yaradaki enfekte,  l  dokuyu emebildikleri besin açısından zengin bir sıvıya d n şt r rl r. Her bir larva 24 saatte 25 mg nekrotik materyali uzaklaştırabilir. Ayrıca sindirim sistemindeki antimikrobiyal içerikleri sayesinde bakterileri öldürüp, bakterilerin oluşturdukları biyofilmi çözüp yarayı dezenfekte etmektedirler. Ayrıca larva sekresyonları endotel doku ve fibroblast proliferasyonunu uyarak yara iyileşmesini hızlandırmakta, granülasyon dokusu oluşmasını sağlamaktadır (86,88).

Larva uygulaması, 2004 yılında Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onay almıştır. Ülkemizde GETAT merkezlerinde diyabetik ayak ülserleri, venöz staz ülserleri, bası ülseri, osteomyelit, arteriyel/iskemik ülserler, travmatik iyileşmeyen yaralar, post-operatif yaralar, nekrotizan fasiitte uygulanmaktadır (8,88).

Mezoterapi

Mezoterapi çok küçük ilaç dozlarının mezoderminden köken alan kas, yağ, kıkırdak ve deri dokusuna intrakutan veya subkutan enjeksiyon ile uygulandığı bir tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Yunanca orta anlamındaki “mesos” ve tedavi anlamındaki “therapia” sözcüklerinin bir araya gelmesiyle oluşur ve “derinin orta kısmının tedavisi” anlamına gelir. İlk kez Fransa’da 1952’de doktor Michel Pistor’un akut astım atağı gelişen ve işitme kaybı olan hastaya astım atağı için intravenöz uyguladığı prokainin hastanın işitme kaybını da geçirdiğini gözlemlemesi ve prokaini işitme kaybı için kulak çevresine intradermal enjekte etmesi ile ortaya çıkmıştır. Pistor az hacimde, çok seferde ve doğru yere yapılan uygulamaları mezoterapinin esasları olarak tanımlamıştır. Kozmetik olarak bölgesel zayıflama/lipoliz amacıyla, yaşlanma karşıtı olarak, saç dökülmesi ve selülit tedavisinde sıklıkla kullanılırken, spor hekimliğinde kas-eklem ağrılarında da kullanılmaktadır. Mezoterapi uygulamasında prokain, lidokain gibi analjezikler; analjezik ve antiinflamatuvar etkili piroksikam; ciltte rejenerasyon için hiyalüronik asit, vitaminler, mineraller; saç için dutasterid, biotin, minoksidil; bölgesel zayıflama/lipoliz için aminofilin, kafein, deoksikolat, fosfatidilkolin ve antioksidan etki için glutatyon kullanılabilmektedir. 4, 6, 8, 13 mm ince iğne uçları (27,30,32 G) kullanılmaktadır. Uygulanacak bölgeye belli aralıklarla el ile, enjeksiyon tabancası ile veya dermaroller kullanılarak seanslar halinde yapılmaktadır (89–91).

Proloterapi

Proloterapi, kas-iskelet sistemi hastalıklarında tendon ve ligamentlere enjeksiyonları içeren bir GETAT uygulamasıdır. İlk kez 1937’de Louis Schultz’un temperomandibular eklem aralığına sklerozan madde enjeksiyonu yapmasıyla tanımlanmıştır. Modern proloterapi uygulamaları 1950’lerle genel cerrah George Stuart Hackett’in geliştirdiği protokoller ile şekillenmiştir. Proloterapi ‘proliferasyon’ ve ‘terapi’ sözcüklerinin bir araya gelmesi ile oluşmuştur. Proloterapinin çalışma mekanizması hastanın kendi inflamatuvar yanıtını uyarıp patolojik alanda proliferasyonu ve rejenerasyonu tetikleyerek yeni ve sağlıklı doku oluşumunu sağlamaktır. Bu amaçla hasarlı tendon veya ligamente prolifere özelliğe fenol gibi tahriş edici, gliserin ve dekstroza gibi osmotik etkili, sodyum morrhuate gibi kemotaktik

ajanlar veya kök hücre, trombosit, ozon, çinko sülfat gibi solüsyonlar enjekte edilir. En sık kullanılan solüsyon dekstrozdur. Dekstroz solüsyonu %10'un altında rejeneratif, üstünde proliferatif etki göstermektedir. Düşük yoğunlukta hücresel seviyede nörojenik yollarla ağrı kesici olarak etki göstermekte, yüksek yoğunlukta osmotik etki ile proliferasyonu uyarmaktadır. Ucuz, ulaşılabilir, güvenilir olması proloterapide dekstrozu değerli kılan diğer özellikleridir. Proloterapide enjeksiyonlar 'entezis' adı verilen doku kanlanması daha az olduğu tendon ve ligamanların kemiğe yapışma yerlerine uygulanır. Enjeksiyonlar üç-dört haftalık seanslar halinde uygulanmaktadır. Seans zamanlarında, proloterapinin özü olan inflamasyonu baskılama özelliğinden dolayı steroid ilaçlar kullanılmamasına dikkat edilir (92,93).

Osteopati

Osteopati, 1800'lerin ortasında Amerika Birleşik Devletleri'nde doktor Andrew Taylor Still tarafından geliştirilmiş ve bu tarihlerde ilk osteopati okulu kurulmuştur. 2010'da DSÖ tarafından osteopati ile ilgili endikasyonlar ve kontrendikasyonlar ile ilgili bilgi sahibi olmak ve farkındalık oluşturmak için 'Osteopatide Eğitim Kriterleri' adlı kılavuz çıkarılmıştır. Osteopatinin temel ilkeleri şunlardır: İnsan vücudu beden, zihin ve ruhtan oluşan dinamik bir fonksiyonel birimdir, vücut kendi kendini düzenleme mekanizmasına sahiptir ve doğal olarak kendi kendini iyileştirebilmektedir, vücudun tüm seviyelerinde yapı ve işlev birbiriyle ilişkilidir. Osteopatik bakış açısında kas-iskelet ve organsal bileşenleri çevreleyen fasyal gerginlikleri gevşetmek, ağrıyı azaltmak ve fonksiyonu geri kazandırmak amaçlanır. Osteopatik manuel terapiler kas-iskelet ağrılarını azaltır, disfonksiyonun vücut sistemleri üzerindeki etkisini azaltır, solunum mekaniğini geliştirir, venöz ve lenfatik drenajı iyileştirir, homeostasisi destekler. Semptomatik bölgeden uzakta da olsa birçok doku ve organa uygulanabilir. Osteopati hasta merkezli yaklaşımla farklı amplitüdde manuel teknikler, yumuşak doku germe, yuvarlama ve basınç teknikleri, miyofasyal germe ve gevşeme teknikleri, pozisyonel tedavi, kas-enerji teknikleri ve visseral teknikleri içerir. Osteopati üç sistem üzerinden etki gösterir. Parietal osteopati, kas-iskelet sisteminden kaynaklanan ağrı ve disfonksiyonlarının tedavisinde; visseral osteopati, visseral yapılardaki patolojileri iyileştirerek, bunların sebep olduğu ağrı ve şikayetleri ortadan kaldırmada; kranial osteopati, hassas hafif dokunuşlar ve germe gevşeme teknikleri ile stresin tüm bedende

oluşturduğu gerginliğin yok edilmesinde etkilidir. Osteopatik ve kayropratik teknikler benziyor gibi görünse de osteopati kan dolaşımını optimize etmeye odaklanır ve manuel terapi uygulamalarını standart tedavi yöntemleri ile birlikte kullanır. Osteopatik manipülasyonda artmış hareketliliği sağlamak için eklemi destekleyen çevre dokular da kullanılır (94–96).

Ozon Uygulaması

Ozon üç oksijen atomunun oluşturduğu kararsız bir moleküldür. 1839’da Alman kimyacı Christian Friedrich Schönbein tarafından bulunmuştur. İlk kullanım alanı özellikle bakterisidal etkisinden dolayı dezenfeksiyon amacıyla olmuştur. Ozon kimyasal özelliği nedeniyle en güçlü oksidan maddelerdendir. Tıpta kullanımı 1915’te Birinci Dünya Savaşı zamanında Dr. Albert Wolff’un askerlerin yaralarını tedavi etmek için ozonu kullanmasıyla başlar.

Ozon tedavisi belli oranlarda oksijen-ozon karışımının çeşitli yöntemlerle vücuda verilmesidir. Bu uygulama intravenöz, intramuskuler, intraartiküler, intraplevral, intradiskal, subkutanöz, kutanöz, oral, rektal, vajinal yoldan yapılabilmektedir. Klasik uygulama tekniği majör otohemoterapidir. Bu yöntemde hastadan belirli miktarda kan alınır ve uygun dozda ozon gazı ile karıştırılır. 5 dakika kadar bekledikten sonra tekrar intravenöz olarak hastaya geri verilir. Ozon tedavisi ile vücutta kontrollü bir oksidatif stres oluşturulur. Ozon gazı hücre membranındaki doymamış yağ asitleri ile reaksiyona girerek başta hidrojen peroksit olmak üzere birçok reaktif oksijen molekülleri açığa çıkarır. Bu moleküller uygun dozlarda sinyal iletiminin düzenleyicileri olarak hareket ederek immün cevabın önemli araçlarını hareket geçirip çeşitli biyolojik ve terapötik etkiler ortaya çıkartırlar. Uzun vadede süperoksit dismutaz, glutatyon transferaz, glutatyon redüktaz, katalaz gibi antioksidan enzimleri attırırlar. Sonuç olarak ozon vücudun antioksidan kapasitesini arttırarak etki göstermektedir. Tıbbi ozon özel jeneratörlerde saf oksijenin yüksek voltajdan geçirilmesi ile üretilir. Elde edilen oksijen-ozon karışımı gazın %3-%5’lik kısmını ozon gazı oluşturur. Ozon tedavisinde kullanılan malzemeler ve üretim jeneratörü çelik, seramik, cam teflon gibi ozona dayanıklı maddelerden üretilmiş olmalıdır.

Ozon uygulaması osteoartrit, kemik nekrozu, tendon ve bağ yaralanmaları, vertebral hastalıklar, nöropatik ağrı, inatçı iskemik ve diyabetik lezyonlar, basınç ülserleri, gingivit, periodontitlerde endike olabilmektedir. Glukoz-6-fosfat enzim eksikliğinde (favizm), kontrolsüz hipertiroidide, gebelikte, ciddi trombositopenide kullanılması önerilmemektedir. Ozon gazı canlılar için çok toksik bir moleküldür, doz ayarlamasına dikkat edilmelidir. Uygulamaya ait hava embolisi ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara rastlanılmıştır. En sık rastlanan yan etkisi hemolizdir. Uluslararası Ozon Birliği 2010 yılından bu yana ozon tedavisi ile ilgili temel ilkeler, terapötik gerekçe, endikasyonlar ve kontrendikasyonlar hakkında tedavi rehberleri yayımlamakta ve stratejiler belirlemektedir (97–99).

Refleksoloji

Refleksoloji, tüm endokrin bezler, organlar ve vücudun diğer kısımlarıyla ilişkili olan eller, ayaklar ve kulaklardaki refleks noktalarına el ile uygulanan ovma, sıvazlama, sıkma gibi basınç teknikleri ile bedenin kendi kendini iyileştirme gücü kazanmasına ve vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardımcı olan özel basınç tekniği ile enerji dengeleme sistemidir. Buradaki “refleks” terimi “yansıtma” anlamındadır. Vücuttaki her organ ve diğer yapıların el, ayak, kulak ve gözbebeğinde yansıttığı bir refleks noktası vardır. İlk Çin ve Mısır’da uygulanmış olan refleksolojinin yaklaşık 12000 yıllık geçmişi vardır. Dr. Fitzgerald el ve ayaklarda bazı alanlara basınç uygulanmasıyla vücudun diğer bölgelerinde anestezi etkisi olduğunu gözlemlemiş ve vücudu el ve ayak parmak uçlarında sonlanan meridyenlere ayırarak 1914’te ‘Bölge terapisi’ni tanımlamıştır. Daha sonraları masör Eunice Ingham ayaktaki refleks noktalarını geliştirmiştir. Refleksolojide masajdan farklı olarak daha yüzeysel temas ve bazı bölgelerde derin baskı yapılır. Ayrıca refleksolojinin kendine özgü basınç teknikleri ve hareket şekilleri mevcuttur. Genellikle her bir seans 10-45 dakika sürer ve tedavi edici etkisi için 6-8 seans uygulanması önerilir. En çok tercih edilen bölge daha kolay ulaşılabilir ve daha duyarlı olması nedeni ile ayaklardır. Stres ve anksiyete, sindirim sistemi rahatsızlıkları, kas-eklem ve baş ağrısı, uyku bozuklukları, idrar inkontinansı, onkolojik tedavi yan etkilerini azaltma, nörolojik hastalıklarda rehabilitasyon amaçlı kullanım gibi çeşitli sistemleri kapsayan birçok endikasyonu olabilmektedir (8,100).

Müzikterapi

Müzik terapisi duygusal, fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştirmeyi, korumayı ve geliştirmeyi sağlayan terapötik bir ilişki içinde müziğin klinik ve kanıta dayalı olarak kullanıldığı uygulamadır. Yapılan çalışmalarda bazı psikiyatrik hastalıklarda duygu durumu düzenlenmesinde etkisi olan serotonin, dopamin, adrenalin ve testosteron gibi hormonlar için olumlu olduğu; tansiyon, solunum hızı, kalp hızı, vücut ısısı gibi işlevleri düzenlediği; beyindeki oksijen ve kanlanmayı dengelediği saptanmıştır. Müzikle tedavinin tarihi oldukça eskiye dayanmaktadır. Çinli filozof Konfüçyus, müziğin insanlar üzerindeki etkisini “Müzik yapıldığı zaman kişiler arası ilişkiler düzelir, gözler parlar, kulaklar keskin olur, kanın hareketi ve dolanımı sakinleşir.” şeklinde anlatmıştır. Türklerde Anadolu öncesi zamanlarda Orta Asya’da şaman müzisyenler hastalık tedavisinde müziği kullanmışlardır. 15. yüzyılda Osmanlı zamanında Edirne’de bulunan birçok psikolojik rahatsızlığa belli makamların reçetelendiği Sultan Beyazıt Darüşşifası dönemin önemli ruh hastalıkları merkezidir. Batı dünyasında müziğin hastanede kullanılması 20. yüzyılı bulmuştur. Hastanelerdeki ilk kullanımı anestezi ve analjeziye yardımcı olmak amacıyla olmuştur. Anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, sosyal fobiler gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda; ameliyathanelerde, doğumhanelerde, yoğun bakım ünitelerinde ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde; otizmde dikkatin artırılması, öğrenmenin kolaylaştırılmasında; özellikle onkolojide olmak üzere akut ve kronik ağrıların giderilmesinde ve rehabilitasyonda müzik terapisine başvurulmaktadır. Müzik terapideki bakış açısına göre her madde kendine has titreşim halindedir. İnsan vücudundaki yapıların da birlikte armonik bileşim oluşturdıkları kendine özgü frekansları mevcuttur, bu kişinin kendi rezonansını meydana getirmektedir. Hastalık halinde bedenin çeşitli bölümlerinde hücrel titreşimler bozulmaktadır. Bu durumda rezonans yapması için bozulmuş hücreye yeni bir dışsal titreşim verilerek hücrenin kendine özgü titreşimi yeniden sağlanabilir (8,101).

2.2.5. GETAT tutumunun değerlendirilmesi

Mc Fadden ve ark. 2010 yılında oluşturmuştur. 2016 yılında Köse E ve ark. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 27 maddeden oluşmakta olup 7’li likert şeklinde olup Cronbach Alfa katsayısı 0.808’dir (102).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran yetişkin bireylerin GETAT hakkında bilgi düzeyini, kullanım durumlarını, yönelimlerini belirlemek; GETAT yönelimi ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak; bu ilişkinin ne yönde olduğunu görmek amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerinde Mayıs 2021 ile Ekim 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

Geçmişten günümüze insanlar çeşitli sebeplerle sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesinde geleneksel yöntemlere başvurmuşlardır. Son zamanlarda bireylerin modern tıp dışında arayışlarda olduğu, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı karşı artan bir ilgisinin olduğu görülmektedir. Dünya üzerinde bazı bireylerin bilinçsizce bazılarının ise bilinçli bir şekilde kullandığı birçok GETAT yöntemi mevcuttur. Literatür incelendiğinde başvuru GETAT yöntemleri, kullanım nedenleri, bunların sosyodemografik veriler ile ilişkisi, yararları ve zararları hakkında çalışmalar yapıldığı görülmektedir.

SOY da son 30 yıldır önemi gittikçe artan bir konudur. Literatürde SOY kavramı, yetersizliği ve sonuçları ile ilgili yapılmış geniş kapsamlı birçok araştırma vardır. Bu çalışmada da yetişkinlerin GETAT hakkında bilgi, tutum ve davranışları incelenmiş; GETAT yöneliminin SOY ile ilişkisi olup olmadığını, varsa ne yönde bir ilişki olduğu araştırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma grubunu; Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerine Mayıs 2021-Ekim 2021 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası, okuryazar, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 200 yetişkin birey oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek çalışma formu hazırlandı. Form üzerinde çalışmanın amacına yönelik gerekli düzenleme ve seçimler yapılarak toplamda 39 sorudan oluşan yeni bir çalışma formu oluşturuldu. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle 10-15 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 25 kişi ile ön çalışma olarak denendi, soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı.

Çalışma formu Ek 3'te sunulmuştur:

Çalışma Formunun Materyalleri:

Çalışma formu 2 bölümden oluşmaktadır:

- 1) Sosyodemografik Verilere ve GETAT Kullanımına Yönelik Soru Formu
- 2) Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

3.5.1. Sosyodemografik Verilere ve GETAT Kullanımına Yönelik Soru Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, ikamet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, sağlık durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile GETAT hakkındaki bilgisi, kullanım durumu, bilgi kaynakları, GETAT kullanım sebepleri, yönlendiren kaynaklar, tercih nedenleri, kullanılan yöntemler, nerede ve kim tarafından uygulandığı, kullanım süresi, uygulamanın etkisi hakkında GETAT kullanımına yönelik 16 soru (alt başlıklar ile 28 soru) bulunmaktadır.

3.5.2. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Sezer ve Kadioğlu (2012) tarafından Türkçe konuşan yetişkin bireylerin SOY konusundaki seviyelerini ölçmeye yönelik geliştirilen sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, organ yeri ve isimlerini bilmeye yönelik 1 sorudan oluşan toplamda 23 soruluk bir ölçektir. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmeli soru tipindedir. Soruların puanlaması her soru tipi için ayrı ayrı yapılmıştır. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan; boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verilmiştir. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğruyla birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmiştir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır (33).

Testin Genel Kapsam Geçerlilik İndeksi %90,71 cronbach alpha katsayısının 0,77 olması ölçeğin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Korelasyon değerinin 0,87 olması iki ayrı zamanda yapılan ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve ölçeğin zamana göre değişmezliği kararına varılmıştır. YSOÖ'nün sağlık okuryazarlığını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, yetişkin bireylerde güvenle kullanılabileceği ortaya konmuştur (33).

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nun onayı alındıktan sonra yapılmış, poliklinikte anket çalışması yapılabilmesi için de ilgili ana bilim dalından izin alınmıştır (Tarih: 12/03/2021, Karar No: 2021/04-16. Tez danışmanı değişikliği nedeniyle güncelleme: Tarih: 11/02/2022 Karar No: 2022/02-11) (Ek 1).

Çalışmaya katılmaya gönüllü kişilere çalışmanın içeriği, amacı, yararları hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu imzalatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Formda ayrıca anketin kim tarafından uygulandığı, içeriği, elde

edilecek bilgilerin nerede ve ne şekilde kullanılacağı, kişisel bilgilerin kesinlikle gizli tutulacağı, kimlik bilgilerinin kullanılmayacağı gibi bilgiler yer almaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, medyan, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler bakımından grup ortalamalarını karşılaştırmada Student t testi (2 kategorili değişkenlerde) ve Tek Yönlü Varyans (2'den fazla kategorili değişkenlerde) analizi yapılmıştır. Varyans analizini takiben farklı grupları belirlemede Duncan Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır. Bu değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Gruplar ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare Testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 18-65 yaş arası 200 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,02 \pm 12,36$ olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %43,5'i (n=87) erkek, %56,5'i (n=113) kadındır. Medeni duruma bakıldığında katılımcıların %59,5'i (n=119) evli, %40,5'i (n=81) bekardır. Katılımcıların %88'i (n=176) kentte, %7'si (n=14) köyde, %5'i (n=10) kasabada ikamet etmektedir. Eğitim durumu açısından üniversite mezunu %48 (n=96), lise mezunu %31,5 (n=53), orta okul mezunu %7,5 (n=15), ilkokul mezunu %13 (n=26) oranlarındadır. Meslek olarak bakıldığında çalışmaya katılanların %27'si (n=54) çalışmayan, %15,5'i (n=31) öğrenci, %15,5'i (n=31) sağlık çalışanı, %6'sı (n=12) emekli, %23'ü (n=46) diğer meslek dallarından olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanlar katılımcıların %84'ünü (n=168) oluştururken, sosyal güvencesi olmayanlar %16'sını (n=32) oluşturmaktadır. Katılımcıların %51'i (n=102) sağlık durumunu iyi, %29,5'i (n=59) orta, %15,5'si (n=31) çok iyi, %4'ü (n=5) zayıf cevabını vermiştir. Kronik hastalık olarak baktığımızda %72'sinin (n=114) kronik hastalığının olmadığı, %28'inin (n=56) olduğu saptanmıştır. (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=200)

Özellikler	Kategoriler		
Yaş		34,02 ± 12,36 Min: 18 Mak: 64	
		N	%
Cinsiyet	Erkek	87	43,5
	Kadın	113	56,5
Medeni Durum	Evli	119	59,5
	Bekar	81	40,5
İkamet Edilen Yer	Kent	176	88
	Kasaba	10	5
	Köy	14	7
Eğitim Durumu	İlkokul	26	13
	Orta okul	15	7,5
	Lise	63	31,5
	Üniversite	96	48
Meslek	Çalışmıyor	54	27
	Öğrenci	31	15,5
	Sağlık çalışanı	31	15,5
	Emekli	12	6
	Öğretmen	26	13
	Diğer*	46	23
Sosyal Güvence	Yok	32	16
	Var	168	84
Sağlık Durumu	Çok iyi	31	15,5
	İyi	102	51
	Orta	59	29,5
	Zayıf	8	4
Kronik Hastalık	Var	56	28
	Yok	144	72

*memur, sekreter, mühendis, serbest meslek, çiftçi, kuaför, işçi, askeri personel, emniyet personeli, avukat, akademisyen, bankacı

Kronik hastalığı olanların %32,2'si diyabetes mellitus, %23,2 'si hipertansiyon, %14'ü migren, %14'ü romatizmal hastalık, %10,7'si kalp hastalığı, %8,8 'i tiroit,

%5,3'ü kanser, %5,3'ü anemi, %3,5'i KOAH hastasıdır. Kronik hastalığı olanların %75'inin (n=42) doktorunun reçetelediği ilaçları kullandığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Kronik Hastalığı Olan Katılımcıların Özellikleri (n=56)

Özellikler	Kategoriler	N	%
Katılımcının Kronik Hastalığı*	Hipertansiyon	13	23,2
	Diyabet	18	32,1
	Kalp hastalığı	6	10,7
	KOAH	2	3,5
	Kanser	3	5,3
	Anemi	3	5,3
	Tiroit hastalığı	5	8,8
	Migren	8	14
	Romatizmal hastalık	8	14
Katılımcının kronik hastalığı için ilaç tedavisi alıp almaması	Evet, reçetelenen ilaçları kullanıyorum	42	75
	Hayır, ilaç tedavisine gerek duyulmadı	10	17,9
	Hayır, reçetelenen ilaçlar yan etki gösterdi	2	3,6
	Hayır, reçetelenen ilaçları kendim kullanmak istemedim	2	3,6

*Birden fazla yanıt verilebilmektedir.

4.2. GETAT ile İlgili Özellikler

Çalışmaya katılanların %69,5'i (n=139) GETAT hakkında bilgi sahibi olduğunu, %30,5'i (n=61) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumları (n=200)

Özellikler	Kategoriler	N	%
GETAT Bilgisi	Evet	139	69,5
	Hayır	61	30,5

GETAT hakkında bilgisi olanların bilgi kaynakları, oran olarak %51,8 (n=71) internet/radyo/televizyon, %24,5 (n=34) arkadaşlar, %22,3 (n=31) akrabalar, %13,7

(n=19) kitap/dergi/broşür/gazete, %11,4 (n=16) hekim, %4,3 (n=6) diğer kaynaklar şeklindedir. Bilinen uygulamalara bakıldığında bilinme oranları sülük uygulaması %76,3 (n=106), kupa uygulaması %63,3 (n=88), akupunktur %46 (n=64), hipnoz %36 (n=50), ozon uygulaması %30,2 (n=42), müzik terapi %25,9 (n=36), fitoterapi %23,7 (n=33), mezoterapi %12,2 (n=17), %8,6 (n=12) apiterapi, %6,5 (n=9) kayropraktik, %5 (n=7) larva uygulaması, %3,6 (n=5) refleksoloji, %2,9 (n=4) homeopati, %1,4 (n=2) osteopati, %0,7 (n=1) proloterapi, ve %0,7 (n=1) diğer uygulama şeklinde bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. GETAT'ı Bilen Katılımcıların Bilgi Özellikleri (n=139)

Özellikler	Kategoriler	N*	%
GETAT Bilgi Kaynakları	Akrabalar	31	22,3
	Arkadaşlar	34	24,5
	Hekimim	16	11,4
	İnternet/radyo/televizyon	72	51,8
	Kitap/dergi/broşür/gazete	19	13,7
	Diğer**	6	4,3
Bilgi Sahibi Olunan GETAT Yöntemleri	Akupunktur	64	46
	Apiterapi	12	8,6
	Fitoterapi	33	23,7
	Hipnoz	50	36
	Sülük uygulaması	106	76,3
	Homeopati	4	2,9
	Kayropraktik	9	6,5
	Mezoterapi	17	12,2
	Larva uygulaması	7	5
	Osteopati	2	1,4
	Proloterapi	1	0,7
	Refleksoloji	5	3,6
	Ozon uygulaması	42	30,2
	Müzik terapi	36	25,9
	Kupa uygulaması	88	63,3

*Birden fazla yanıt verilebilmektedir. **aktar, hastane

Çalışmaya katılanların daha önce herhangi bir GETAT uygulaması kullanma durumlarına bakıldığında %37,4 (n=52) kullandığını, %62,6 (n=87) kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların GETAT Kullanım Durumları (n=139)

Özellikler	Kategoriler	N	%
GETAT Kullanımı	Evet	52	37,4
	Hayır	87	62,6

Çalışmaya katılanlara GETAT uygulamalarını kimin önerisi ile kullandıkları sorulduğunda; aile %51,9 (n=27), komşu/arkadaş %42,3 (n=22), doktor %13,5 (n=7), sosyal medya %13,5 (n=7), basın yayın organları %7,7 (n=4) ve diğer %3,8 (n=2) oranlarında yanıtlanmıştır. GETAT uygulaması kullananların %55,8'i (n=29) kas-eklem ağrısı, %28,8'i genel sağlık halinin iyiliği, %15,4'ü (n=8) baş ağrısı/migren, %13,5'i (n=7) stres, %11,5' (n=6) kronik hastalık, %3,8'i (n=2) kilo ve %9,6'sı (n=5) da diğer sağlık sorunları için bu yöntemlere başvurmuşlardır. Tercih nedenlerine bakıldığında GETAT kullanan katılımcıların %65,4'ü (n=34) tedavi ettiğine inanması, %30,8'i (n=16) tedaviye destek olması, %23,1'i (n=12) kolay ulaşılabilir olması, %17,3'ü (n=9) uygulamasının kolay olması, %5,8'i (n=3) ucuz olması sebebiyle ve %3,8'i (n=2) de diğer sebepler ile bu yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Kullanılan uygulamalar %43,1 (n=22) kupa, %28,8 (n=15) sülük, %13,5 (n=7) fitoterapi, %11,5 (n=6) müzik terapi, %7,7 (n=4) akupunktur ve %7,7 (n=4) kayropraktik, %5,8 (n=3) ozon, %3,8 (n=2) mezoterapi, %1,9 (n=1) apiterapi ve %1,9 (n=1) hipnoz uygulaması olarak saptanmıştır. Katılımcılardan daha önce homeopati, larva uygulaması, osteopati, proloterapi, refleksoloji ve GETAT yönetmeliğinde bulunmayan uygulamaları uygulayan bulunmamaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. GETAT Kullanan Katılımcıların GETAT Kullanım Özellikleri (n=52)

Özellikler	Kategoriler	N*	%
Kimin Önerisi ile Kullanıldığı	Aile	27	51,9
	Komşu/Arkadaş	22	42,3
	Doktor	7	13,5
	Sosyal medya	7	13,5
	Basın yayın organları	4	7,7
	Diğer**	2	3,8
GETAT Uygulamasına Yönelten Sağlık Sorunu	Kas-eklem ağrısı	29	55,8
	Kronik hastalık	6	11,5
	Baş ağrısı migren	8	15,4
	Stres	7	13,5
	Kilo	2	3,8
	Genel sağlık halinin iyiliği	15	28,8
	Diğer***	5	9,6
Tercih Nedeni	Ucuz olması	3	5,8
	Kolay ulaşılabilir olması	12	23,1
	Uygulamasının kolay olması	9	17,3
	Tedavi ediciliğine inancım	34	65,4
	Tedaviye destek olması	16	30,8
	Diğer****	2	3,8

Tablo 7'nin devamı bir sonraki sayfadadır.

Tablo 7 (devamı). GETAT Kullanan Katılımcıların GETAT Kullanım Özellikleri (n=52)

Özellikler	Kategoriler	N	%
Kullanılan Uygulama	Akupunktur	4	7,7
	Apiterapi	1	1,9
	Fitoterapi	7	13,5
	Hipnoz	1	1,9
	Sülük uygulaması	15	28,8
	Homeopati	0	0
	Kayropraktik	4	7,7
	Mezoterapi	2	3,8
	Larva uygulaması	0	0
	Osteopati	0	0
	Proloterapi	0	0
	Refleksoloji	0	0
	Ozon uygulaması	3	5,8
	Müzik terapi	6	11,5
	Kupa uygulaması	22	43,1

*Birden fazla yanıt verilebilmektedir. **şirket aktivitesi ***baş dönmesi, abdominal herni, hemoroid *****aktivite, hekim önerdiği için

GETAT uygulaması kullanmış olan katılımcıların %82,7'si (n=43) fayda gördüğünü ve %17,3'ü de (n=9) uygulamanın etkisinin olmadığını belirtmiştir. Zarar gördüğünü belirten olmamıştır. GETAT yönteminin nerede uygulandığı sorulduğunda bireylerin %67,3'ü (n=35) ev, %13,5'i (n=7) hastane, %11,5'i (n=6) özel klinikte uygulandığını belirtmiştir. Kullanılan GETAT yönteminin kim tarafından uygulandığına bakıldığında, %65,4'üne (n=34) sağlık çalışanı olmayanlar tarafından uygulandığı görülmektedir. Kullanıcıların %61,5'i (n=32) şimdiye kadar yalnızca 1 defa GETAT yöntemini kullanmıştır. GETAT uygulaması kullanmış olan katılımcıların %75'i (n=39) bu konuda herhangi bir hekim ile görüşmemiştir (Tablo 8).

Tablo 8. GETAT Uygulaması Kullanmış Katılımcıların Diğer GETAT Kullanım Özellikleri (n=52)

Özellikler	Kategoriler	N	%
Uygulamanın Etkisi	Fayda gördüm	43	82,7
	Zarar gördüm	0	0
	Etkisi olmadı	9	17,3
Nerede Uygulandığı	Hastane	7	13,5
	Özel klinik	6	11,5
	Ev	35	67,3
	Diğer*	4	7,7
Kim Tarafından Uygulandığı	Doktor	8	15,4
	Diğer sağlık çalışanı	6	11,5
	Sağlık çalışanı değil	34	65,4
	Bilmiyorum	4	7,7
Ne Kadar Süreyle Kullanıldığı	1 defa	32	61,5
	Ara sıra	2	3,8
	İyileşene kadar	16	30,8
	Düzenli olarak	2	3,8
Kullanılan GETAT uygulaması hakkında hekimi ile konuşulup konuşulmaması	Evet, aile hekimim ile görüştüm	5	9,6
	Evet, diğer branştan hekimim ile görüştüm	8	15,4
	Hayır herhangi bir hekim ile görüşmedim	39	75

*otel, yurt dışı

Kullandığı GETAT uygulaması ile ilgili hekim ile görüşenlerde, hekimin tepkisi ile ilgili özellikler Tablo 9’da görülmektedir.

Tablo 9. Kullandığı GETAT Uygulaması Hakkında Hekim ile Görüşenlerde, Hekimin Tepkisi ile İlgili Özellikler (n=13)

Özellikler	Kategoriler	N	%
Hekiminin katılımcının GETAT uygulamalarını kullanmasını nasıl karşıladığı	Kullanmayı bırakmamı tavsiye etti	3	23,1
	Kullanmaya devam etmemi tavsiye etti	6	46,2
	Kullanıp kullanmamayı bana bıraktı	3	23,1
	Herhangi bir tepkisi olmadı	1	7,7

Kullandığı GETAT uygulaması ile ilgili hekim ile görüşmeyenlerin %84,6'sı (n=33) görüşmeme sebebi olarak gerek görmediğini belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Kullandığı GETAT Uygulaması ile İlgili Hekim ile Görüşmeyenlerin Konuşmama Sebebi (n=39)

Özellikler	Kategoriler	N	%
GETAT uygulaması kullanması hakkında hekim ile konuşmama sebebi	Hekimin tepkisinden korktum	1	2,6
	Gerek görmedim	33	84,6
	Hekimim daha önce bu konuda hiç benimle konuşmadı	4	10,3
	Diğer	1	2,6

Katılımcılardan GETAT hakkında bilgi sahibi olanların aile hekimlerinin daha önce GETAT hakkında kendileri ile paylaşım yapıp yapmadığına bakıldığında %93,5'inin (n=130) aile hekiminin bu konuda paylaşım yapmadığı saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcılardan GETAT Hakkında Bilgi Sahibi Olanlardan, Aile Hekimlerinin Kendilerine Daha Önce GETAT ile İlgili Bilgi Verme Durumu Özelliği (n=139)

Özellikler	Kategoriler	N	%
Aile hekiminin GETAT yöntemleri hakkında konuşup konuşmadığı	Evet	9	6,5
	Hayır	130	93,5

GETAT hakkında bilgisi olup da GETAT yöntemlerinden birini kullanmamış katılımcılara gelecekte kullanmak isteyip istemeyecekleri sorulduğunda %46 (n=40) kararsız olduğunu, %42,5 (n=37) kullanmak istediğini, %11,5 (n=10) kullanmak istemediğini belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. GETAT Hakkında Bilgisi Olup da GETAT Yöntemlerinden Birini Kullanmamış Katılımcıların Gelecekte Kullanmakla İlgili Düşüncesi (n=87)

Özellikler	Kategoriler	N	%
GETAT Yöntemlerini Gelecekte Kullanmak ile İlgili Düşünce	Evet kullanırım	37	42,5
	Hayır kullanmam	10	11,5
	Kararsızım	40	46

4.3. GETAT Bilgi Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 13'te GETAT hakkında bilgi durumu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, sağlık durumu, kronik hastalık varlığı karşılaştırılmıştır. GETAT hakkında bilgi sahibi olanların ve olmayanların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Cinsiyet, ikamet edilen yer, meslek, sosyal güvence varlığı, sağlık durumu, kronik hastalık varlığı ile de GETAT bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Eğitim durumu açısından bakıldığında, lise ve üniversite mezunu bireylerde GETAT ile ilgili bilgi sahibi olmanın daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum açısından, bekar bireylerde GETAT ile ilgili bilgi sahibi olmanın daha az olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumu Özellikleri ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Kategoriler	GETAT Hakkında Bilgisi Olanlar		GETAT Hakkında Bilgisi Olmayanlar		P
Yaş		33,9 ± 12,6		34,1 ± 11,80		0,93
Cinsiyet		N	%	N	%	0,283
	Erkek	57	65,5	30	34,5	
	Kadın	82	72,5	31	27,5	
Medeni Durum		N	%	N	%	0,036
	Evli	76	63,8	43	36,2	
	Bekar	63	77,7	18	22,3	
İkamet Yeri		N	%	N	%	0,341
	Kent	120	68,2	56	31,8	
	Kasaba	9	90	1	10	
	Köy	10	71,4	4	28,6	
Eğitim Durumu		N	%	N	%	0,042
	İlköğretim	13	50	13	50	
	Orta Öğretim	9	60	6	40	
	Lise	50	79,4	13	20,6	
	Üniversite	67	69,8	29	30,2	
Meslek		N	%	N	%	0,265
	Çalışmıyor	37	68,5	17	31,5	
	Öğrenci	27	87	4	13	
	Sağlık Çalışanı	21	67,7	10	32,3	
	Emekli	9	75	3	25	
	Öğretmen	16	61,5	10	38,5	
	Diğer	29	63	17	37	
Sosyal Güvence		N	%	N	%	0,175
	Yok	19	59,4	13	40,6	
	Var	120	71,4	48	28,6	
Sağlık Durumu		N	%	N	%	0,545
	Çok İyi	21	67,7	10	32,3	
	İyi	67	65,7	35	34,3	
	Orta	45	76,3	14	23,7	
	Zayıf	6	75	2	25	
Kronik Hastalık		N	%	N	%	0,082
	Var	44	78,6	12	21,4	
	Yok	95	66	49	34	

4.4. GETAT Kullanma Durumu ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 14'te daha önce GETAT hakkında bilgi sahibi olanlarda herhangi bir GETAT uygulaması kullanıp kullanmama ile yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, sağlık durumu, kronik hastalık varlığı karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, sosyal güvence varlığı ile GETAT bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

GETAT uygulaması kullananlarda yaş ortalamasının kullanmayanlara göre daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Üniversite ve lise mezunu bireylerde GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu, ilköğretim ve orta öğretim mezunu bireylerdeyse kullananların fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Öğretmen, öğrenci ve sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık durumunu iyi ve çok iyi olarak değerlendiren bireylerde GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan bireylerde GETAT uygulaması kullanmamanın daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. GETAT Hakkında Bilgi Sahibi Katılımcıların GETAT Kullanma Durumu Özellikleri ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n=139)

Özellikler	Kategoriler	GETAT Uygulaması Kullanmış Olanlar		GETAT Uygulaması Kullanmamış Olanlar		P
Yaş		39,9 ± 14,9		30,3 ± 9,4		0,001
Cinsiyet		N	%	N	%	0,908
	Erkek	21	36,8	36	63,2	
	Kadın	31	37,8	51	62,2	
Medeni Durum		N	%	N	%	0,336
	Evli	31	40,8	45	59,2	
	Bekar	21	33,3	42	66,7	
İkamet Yeri		N	%	N	%	0,072
	Kent	41	34,2	79	65,8	
	Kasaba	4	44,4	5	55,6	
	Köy	7	70	3	30	
Eğitim Durumu		N	%	N	%	0,000
	İlköğretim	10	76,9	3	23,1	
	Orta Öğretim	7	77,8	9	22,2	
	Lise	17	34	33	66	
	Üniversite	18	26,9	49	73,1	
Meslek		N	%	N	%	0,017
	Çalışmıyor	19	51,4	18	48,6	
	Öğrenci	6	22,2	21	77,8	
	Sağlık Çalışanı	4	19	17	81	
	Emekli	6	66,7	3	33,3	
	Öğretmen	4	25	12	75	
	Diğer	13	44,8	16	55,2	
Sosyal Güvence		N	%	N	%	0,572
	Yok	6	31,6	13	68,4	
	Var	46	38,3	74	61,7	
Sağlık Durumu		N	%	N	%	0,021
	Çok İyi	6	28,6	15	71,4	
	İyi	20	29,9	47	70,1	
	Orta	25	55,6	20	44,4	
	Zayıf	1	16,7	5	83,3	
Kronik Hastalık		N	%	N	%	0,037
	Var	22	50	22	50	
	Yok	30	31,6	65	68,4	

4.5. YSOÖ Puanı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Çalışmaya katılanların YSOÖ puan ortalaması $14,59 \pm 3,49$ olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmaya Dahil Edilen Bireylerin YSOÖ Puan Ortalamaları (n=200)

Özellikler	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.
YSOÖ puanı	14,59	3,49	4	22

YSOÖ puanı ile yaş arasında anlamlı bir korelasyon elde edilmemiştir ($p:0,214$).

Cinsiyet açısından bakıldığında kadınlarda YSOÖ puanının daha yüksek olduğu ve iki grup arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo16).

Tablo 16. Katılımcıların Cinsiyet Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
Cinsiyet	Erkek	87	13,9885	3,59746	0,031
	Kadın	113	15,0619	3,35219	

Katılımcıların medeni durumu açısından evli ve bekar gruplar arasında YSOÖ puanı olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Medeni Durum Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
Medeni Durum	Evli	119	14,2857	3,69182	0,129
	Bekar	81	15,0494	3,14603	

Katılımcıların ikamet yeri açısından YSOÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında kent ve kasaba grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kentte yaşayanlarda YSOÖ puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır. Köyde ikamet edenlerle diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p:0,021) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların İkamet Yeri Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
İkamet Yeri	Kent	176	A 14,8295	3,51884	4,00	22,00	0,021
	Kasaba	10	B 12,0000	2,58199	9,00	17,00	
	Köy	14	AB 13,5000	2,87563	9,00	19,00	
	Total	200	14,5950	3,49313	4,00	22,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

Eğitim durumu açısından, ilköğretim ve orta öğretim mezunu bireylerin YSOÖ puan ortalamalarının lise ve üniversite mezunu bireylere göre düşük olduğu, anlamlı istatistiksel fark olduğu tespit edilmiştir (p:0,01) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Eğitim Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
Eğitim Durumu	İlköğretim	26	B 11,9231	3,58801	4,00	19,00	0,010
	Orta öğretim	15	B 11,7333	4,04381	6,00	18,00	
	Lise	63	A 14,5079	3,08416	9,00	22,00	
	Üniversite	96	A 15,8229	2,96291	8,00	2,00	
	Total	200	14,5950	3,49313	4,00	22,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

Meslek özellikleri ile SOY ilişkisine bakıldığında öğretmenlerin YSOÖ puan ortalamalarının çalışmayanlara göre yüksek olduğu, emekli bireylerin YSOÖ puan ortalamalarının çalışmayanlara göre düşük olduğu ve bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p:0,001). Sağlık çalışanı ve öğrenci

gruplarının kendi aralarında ve diğer gruplarla aralarında YSOÖ puanı olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Meslek Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
Meslek	Çalışmıyor	54	B 13,7963	3,68771	4,00	22,00	0,001
	Öğrenci	31	AB 15,5484	2,75486	10,00	20,00	
	Sağlık çalışanı	31	AB 15,5806	2,90717	9,00	22,00	
	Emekli	12	A 11,3333	1,66969	9,00	14,00	
	Öğretmen	26	A 15,9615	4,10347	6,00	22,00	
	Diğer	46	AB 14,3043	3,33913	6,00	21,00	
	Total	200	14,5950	3,49313	4,00	22,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

Sosyal güvencesi olan katılımcılarda YSOÖ puan ortalaması daha fazla saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan ve olmayan gruplar arasında YSOÖ puanı olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların sosyal güvence özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
Sosyal Güvence	Yok	32	12,7500	3,80153	0,001
	Var	168	14,9464	3,32881	

Katılımcıların sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri ile YSOÖ puan ilişkisine bakıldığında ‘çok iyi’ yanıtını verenlerin YSOÖ puan ortalamaları, ‘orta’ diyenler ve ‘zayıf’ diyenlere göre yüksek bulunmuştur. ‘Orta’ yanıtını verenlerin YSOÖ puan ortalamaları da ‘zayıf’ diyenlere göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p:0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
Sağlık Durumu	Çok iyi	31	A 16,3871	2,84813	10,00	22,00	0,001
	İyi	102	AB 14,9902	3,33447	6,00	22,00	
	Orta	59	B 13,4576	3,39026	6,00	22,00	
	Zayıf	8	C 11,0000	3,77964	4,00	15,00	
	Total	200	14,5950	3,49313	4,00	22,00	

A, B, C (↓): Aynı sütunda farklı büyük harf alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

Kronik hastalığı olan katılımcılarda YSOÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Kronik Hastalık Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi(n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
Kronik Hastalık	Var	56	13,5179	3,45354	0,006
	Yok	144	15,0139	3,42958	

4.6. YSOÖ Puanı ve GETAT ile İlgili Özelliklerin İlişkisi

Katılımcıların GETAT bilgi durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisine bakıldığında, GETAT hakkında bilgi sahibi olanların YSOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. GETAT hakkında bilgi sahibi olmayanlarla arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların GETAT Bilgi Durumu Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi (n=200)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
GETAT Bilgisi	Evet	139	15,2158	3,15715	0,000
	Hayır	61	13,1803	3,82321	

Tablo 25’te görüldüğü üzere GETAT hakkında bilgi sahibi olanlardan, daha önce GETAT uygulaması kullanan ile kullanmayan grup arasında YSOÖ puanı olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların GETAT Kullanım Özellikleri ile YSOÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (n=139)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ			P
		N	Ortalama	Std. Sapma	
GETAT Kullanımı	Evet	52	14,6538	3,15535	0,105
	Hayır	87	15,5517	3,12811	

Kullandığı GETAT yönteminin katılımcıya nerede uygulandığına göre YSOÖ puan ortalamalarına bakıldığında evde uygulayan bireylerin YSOÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. GETAT uygulamasını evde uygulayan grup ile diğer yerlerde uygulayan grup arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir ($p:0,040$) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların GETAT Uygulamasını Uygulama Yeri Özellikleri ile YSOÖ Puanı İlişkisi (n=52)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
GETAT Uygulama Yeri	Hastane	7	AB 16,0000	3,00000	11,00	19,00	0,040
	Özel klinik	6	AB 16,0000	2,75681	11,00	19,00	
	Ev	35	B 13,8286	3,05331	6,00	18,00	
	Diğer	4	A 17,5000	2,51661	15,00	21,00	
	Total	52	14,6538	3,15535	6,00	21,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

Katılımcılardan kendisine GETAT uygulamasının kim tarafından uygulandığını bilmeyenlerin YSOÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p:0,041) (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcılara GETAT Uygulamasının Kim Tarafından Uygulandığı ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=52)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
GETAT Uygulamasının Kim Tarafından Uygulandığı	Doktor	8	A 16,0000	2,77746	11,00	19,00	0,041
	Diğer sağlık çalışanı	6	A 16,0000	2,68328	14,00	21,00	
	Sağlık çalışanı değil	34	A 14,5294	2,89446	9,00	19,00	
	Bilmiyorum	4	B 11,0000	4,54606	6,00	17,00	
	Total	52	14,6538	3,15535	6,00	21,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

GETAT hakkında bilgisi olan ve daha önce GETAT uygulaması kullanmamış olan katılımcılardan, gelecekte GETAT uygulaması kullanmayı düşünmeyen bireylerin YSOÖ puan ortalamaları, kullanmayı düşünen ve kararsız olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Gelecekte GETAT Uygulaması Kullanmak Hakkında Düşüncesi Özelliği ile YSOÖ Puan İlişkisi (n=87)

Özellikler	Kategoriler	YSOÖ					P
		N	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Mak.	
Katılımcının gelecekte GETAT uygulaması kullanmak hakkında düşüncesi	Evet	37	A 16,0541	2,84747	10,00	22,00	0,056
	Hayır	10	B 13,4000	3,43835	9,00	19,00	
	Kararsızım	40	A 15,6250	3,15162	10,00	22,00	
	Total	87	15,5517	3,11811	9,00	22,00	

A, B (↓): Aynı sütunda farklı büyük harfi alan kategori istatistik olarak anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Yetişkin bireylerde GETAT yöneliminin saptanması, SOY düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi, GETAT yöneliminin ve SOY düzeyinin sosyodemografik özelliklerle karşılaştırılmasını konu edinen bu çalışmada elde edilen bulgular bu alanlarda yapılan çalışmalar ile birlikte değerlendirilmiştir.

5.1. GETAT Bilgi Durumu ile İlgili Özellikler

Çalışmamızda bireylerin GETAT ile ilgili bilgi sahibi olanların %69,5 oran ile çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Literatürde genel olarak GETAT bilgisi olanların yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ankara'da yapılan bir çalışmada bu oran %81,6 bulunmuştur (103). Oral ve ark. Kayseri'de 1100 kişi ile yürüttüğü araştırmada GETAT'ı bilenler %72,3 oranındadır (63). Etiyopya'daki bir çalışmada %78,7 olarak saptanmıştır (104).

Çalışmamızda bireylerin GETAT hakkında en çok bilgi kaynaklarının %51,8 oranla internet/radyo/televizyon ve %46,8 oranla akraba/arkadaş olduğu görülmüştür. Aydil ve ark. çalışmasına göre GETAT yöntemleri hakkında bilgilere en çok kitle iletişim araçları ve internet vasıtasıyla erişilmektedir (105). Kayseri çalışmasında da GETAT ile ilgili bilgilere en çok akraba/arkadaş/komşu, sonrasında televizyon/radyo, daha sonra da internet aracılığıyla erişilmektedir (63). Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada GETAT bilgi kaynakları olarak medya, aile, arkadaş, akraba başta gelmektedir (106). Bir sistematik derlemede de GETAT bilgi kaynaklarının başında aile, arkadaş, medya, internet gelmektedir (107). Günümüzde GETAT yöntemlerinin özellikle medyada popüler olması, ağızdan ağıza yayılımının artması bilinirliğini daha da arttırmıştır. Ancak bir sağlık çalışanı veya sağlık kuruluşundan bilgi alanların sayısının az olması, bireylerin GETAT hakkında güvenilir kaynaklardan bilgi alıp almadığını ve sağlık çalışanlarının hastaları bu konuda sorgulayıp sorgulamağı durumunu düşündürmektedir.

En çok bilinen uygulamalar sülük, kupa, akupunktur, hipnoz, ozon uygulaması olarak saptanmıştır. Trabzon'da yapılan bir çalışmada en bilinen uygulamalar sırasıyla kupa, sülük, akupunktur, fitoterapi olarak bulunmuştur (108). İzmir'de yapılan başka bir

çalışmada da en çok bilinen yöntemlerin kupa ve akupunktur olduğu görülmüştür (109). Sülük ve kupa yöntemlerinin halk arasında sağlık çalışanı olmayanlarca sağlık kuruluşu olmayan yerlerde de yapılabiliyor olması ve bu yöntemlere ulaşımın daha kolay olması bilinirliğinin daha fazla olmasına neden olmuş olabilir. Anket çalışmamızın yapıldığı zaman periyodunda hastanemizde hipnoz ve ozon uygulamalarının yapıldığı GETAT merkezinin bulunuyor olması hipnoz ve ozonun bizim çalışma grubumuzda daha fazla duyulmuş olmasına neden olmuş olabilir.

Sosyodemografik veriler ile GETAT bilgi durumu birlikte değerlendirildiğinde lise ve üniversite mezunu bireylerde GETAT hakkında bilgi sahibi olanlar anlamlı olarak daha fazladır. Çalışmamızla uyumlu olarak benzer şekilde Oral ve ark. çalışmasında da yüksek okul mezunlarında GETAT bilgi düzeyi daha yüksek oranda tespit edilmiştir (63). Eğitim düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili bilgilenmenin artması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda medeni durum açısından GETAT ile ilgili bilgi sahibi olanlarda bekar bireyler daha az saptanmıştır. Bu durum çalışmaya katılan bekar bireylerin evlilere göre daha az sayıda olması nedeni ile ilgili olabilir.

5.2. GETAT Kullanımı ile İlgili Özellikler

Çalışmamızda GETAT ile ilgili bilgi sahibi olanlardan daha önce GETAT uygulaması kullanmış olanların oranı %37,4 olarak bulunmuştur, tüm katılımcılara göre bu oran %26'dır. Eskişehir'de yapılan çalışmada GETAT uygulamalarını kullanım sıklığı %29,8 saptanmıştır (110). Ankara'da aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü 1430 kişi ile yapılan çalışmada, katılımcıların %32,6'sı bir sağlık sorununun tedavisinde GETAT yöntemlerine başvurmuştur (111). Kahramanmaraş'ta GETAT yöntemlerinden birini en azından bir kez kullananların oranı %47,3 olarak bulunmuştur (112). WHO 2019 Global Raporu'na göre GETAT kullanıcılarının global yüzdesi %88 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de ülke çapında bir oran mevcut değildir (58). Avrupa'da yapılan araştırmaya göre son 1 yılda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını kullananlar çalışma popülasyonunun %25,9'unu oluşturmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tıba yönelenler %10 ile Macaristan'da en az, %40 ile Almanya ve İsviçre'de en fazla sayıyı oluşturmaktadır (55). Endonezya'da 31.415 katılımcı ile 2014-15 yıllarında yapılan geniş çaplı bir araştırmada son 4 haftada geleneksel tıbbi

kullananların oranı %24,4; tamamlayıcı tıbbi başvuruların oranı %32,9 olarak saptanmıştır (56). Suudi Arabistan'daki araştırmada GETAT yöntemlerini kullananlar %84,6 oranındadır (106). 2017'deki veriler Çin'de geleneksel tıp kullanıcı oranının %60 olduğunu göstermektedir (52). Diğer bazı ülkelerde Dünya üzerinde coğrafya ve kültüre göre GETAT kullanımının çeşitli oranlarda olduğu görülmektedir. Özellikle bazı bölgelerde Çin ve Hint tıbbının kültürdeki yeri geleneksel tıp yönelimini etkilemiştir. GETAT yöntemlerinin daha çok geleneksel olarak kullanılıyor oluşu az gelişmiş ülkelerde yönelimin daha fazla olmasına neden olurken, tamamlayıcı tıp yaklaşımlarında GETAT'ın yerini almasıyla gelişmiş ülkelerde de yönelimin arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin en çok aile ve komşu/arkadaştan etkilenecek GETAT uygulamalarını kullandıkları saptanmıştır. Oysa ki GETAT hakkında bilgilenim en çok internet/radyo/televizyon aracılığıyla olmuştur. Samsun'da yapılan çalışmada da televizyon ve internet ilk sıradaki bilgi kaynağı iken; GETAT kullanımı ilk sırada aile, arkadaş, akraba, komşu tarafından önerilmiştir (113). Bu fark kişilerin eyleme geçmesinde en yakınlarından duydukları ve gördükleri ile hareket etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu sonuç, GETAT hakkında toplumsal yönlendirmenin ne kadar etkili olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıları GETAT uygulamalarına yönelten sağlık sorunlarına bakıldığında; en çok kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, ikinci olarak da genel sağlık halinin iyiliği için kullandıklarını belirtmişlerdir. Odabaş ve Ağadayı'nın çalışmasında da GETAT yöntemlerine en çok başvurma nedeni kas-eklem ağrısıdır (103). Elazığ'da bir GETAT Merkezi'ne başvuranlarla yapılan araştırmada en çok işlem yaptıрма nedeni genel sağlık/iyilik halini artırmak ve ağrıları gidermek olarak saptanmıştır (114). Tayvan'da yapılan çalışmada en çok kullanım nedeni; nedeni bilinmeyen ateş, sonrasında kas-eklem ağrısıdır (115). Jatau ve ark. çalışmasında katılımcıları GETAT'a yönelten sağlık sorunlarının başında soğuk algınlığı ve nezle, ağrılar, artrit gibi kronik hastalıklar gelmektedir (107). Grace ark. araştırmasına göre geleneksel tıp kullanıcılarının %45'inin bu uygulamaları ağrı kesici ajanlar olarak kullandığı görülmüştür (116). Literatüre bakıldığında GETAT yöntemlerinin daha çok semptomatik rahatsızlıkların

giderilmesinde kullanıldığı, radikal tedavi olarak daha az kullanıldığı sonucu çıkarılabilir.

Çeşitli çalışmalarda bireylerin GETAT'ı kullanma nedeni olarak ucuz olması, kolay erişilebilir olması, tedavi etmesi, tedaviye destek olması, konvansiyonel tedavilerin başarısızlığı gibi seçenekler açısından sorgulanmıştır. Bizim çalışmamızda GETAT kullanıcıları arasında en sık tercih nedeni tedavi ediciliğine inanç olarak belirtilmiştir. Hatay 'da bir dahiliye polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada bireylerin en sık GETAT kullanma nedeni tedaviyi destekleyici olması olarak belirtilmiştir (117). 231 yayının dahil edildiği bir sistematik derlemede GETAT kullanımına ilişkin bildirilen ilk neden yayınların %84'ünde algılanan faydalar olarak bulunmuştur. Sonraki nedenler GETAT'ın güvenliği ve konvansiyonel tedaviden memnuniyetsizliktir (118). Avustralya'da yapılan çalışmada GETAT tercih nedeni olarak ilk 3 neden hayat felsefesine uyması, aile/arkadaşın önermesi sonrasında durumundaki olası iyileşme, durumunda kanıtlanmış fayda cevapları verilmiştir (119). Bizim çalışmamız ve literatürden anlaşılmaktadır ki GETAT kullanıcıları uygulamalara güven duymaktadır. Bireylerde GETAT yönelimi ile konvansiyonel tedaviye destek veya konvansiyonel tedaviden kopma düşüncelerinin sorgulanması faydalı olacaktır.

Çalışmamızda en çok başvurulanan uygulamaların kupa ve sülük uygulaması olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde GETAT bünyelerinde en çok talep gören uygulamalar akupunktur, kupa, sülük, fitoterapi, ozondur (120). Ankara'da bazı Aile Sağlığı Merkezleri'nde 18 yaş üstü kişilerle yapılan çalışmada en çok kullanılan uygulamanın kupa, sülük ve akupunktur olduğu saptanmıştır (111). Kahramanmaraş'taki çalışmada en çok başvurulanan uygulamalar sırasıyla bitkisel tedavi, masaj, diyet takviyesi, kupa uygulaması şeklindedir (112). Başka bir çalışmada en fazla kullanılanlar bitkisel tedavi, kupa, akupunktur, sülük tedavisidir (121). Konya'da bir GETAT kliniğinde yapılan 3 yıllık retrospektif bir araştırmanın sonucunda en çok başvurulanan yöntemlerin akupunktur ve ozon terapisi olduğu görülmüştür (122). Amerika'da 2002'de en çok kullanılan GETAT yöntemlerinin başında bitkisel terapiler gelmekte, onu sırasıyla gevşeme teknikleri ve kayropratik takip etmektedir (123). Avrupa'da en çok yönelimin masaj terapisine olduğu saptanmıştır (55). Avustralya'da bitkisel/botanik terapiler, meditasyon/rahatlama teknikleri, masaj terapisi en çok

kullanılan uygulamalardır (119). Yeni Zelanda’da vitamin, mineral, bitkisel remediler ile masaj ve akupunktur olduğunu gösteren bir çalışma mevcuttur (124). Toplumumuzda ‘hacamat’ olarak da bilinen kupa uygulamasının İslam dininde de yeri olması ve özellikle kuru kupa uygulamasının evde de yapılabiliyor olması kullanımının yaygın olmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamızda kullanıcıların GETAT uygulamalarını en çok kas-eklem ağrısı nedeniyle tercih etmiş olması, genellikle ağrı endikasyonu nedeniyle başvuru alan kupa ve akupunktur yöntemlerine yönelimin daha fazla olmasına sebep olmuş olabilir. Farklı ülkelerdeki kültür farklılıkları ve sağlık sistemindeki farklılıklar, rağbet görülen GETAT yöntemlerinde farklılıklara neden olmuştur. Örneğin Çin’de akupunktur yaygındır ve hastanelerde akupunktur birimleri mevcut olup; akupunktur, bitkisel ilaçlar, osteopati ve geleneksel Çin tıbbi uygulamaları kısmen sağlık sigortası kapsamındadır (58,125). Bizim anketimizde çalışmaya katılanlara Sağlık Bakanlığının GETAT merkezlerinde uygulanmasına onay verip listelediği yöntemler sorulmuş; masaj, meditasyon, dua gibi listede olmayan yöntemler ayrıca belirtilmemiştir. Bu yöntemleri uyguluyorlarsa ‘diğer’ seçeneğine yazmaları istenmiştir.

Çalışmamızda medeni durum açısından, bekar bireylerde GETAT ile ilgili bilgi sahibi olmanın daha az olduğu saptanmış olsa da kullanım açısından medeni durum ile ilişki saptanmamıştır. Çalışmalarda da genellikle medeni durum ile GETAT kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (112,126). Ancak Isparta’da yapılan bir çalışmada bekarlarda GETAT kullanımının daha az olduğu görülmektedir (127). Bu fark o çalışmada evli ile bekar katılımcı farkının daha fazla sayıda olmasında kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda GETAT’a başvuranlarda yaş ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Kuşaslan Avcı’nın çalışmasında da GETAT uygulaması kullananlarda yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır (128). İleri yaşta kronik ağrı problemlerinin ve kronik hastalıkların daha fazla olması bu durumla ilgili olabilir. Yurtdışı çalışmalarında yaş ile GETAT kullanımının ters orantılı olduğu araştırmalar mevcuttur (129–132).

Bu çalışmada eğitim durumu açısından bakıldığında, lise ve üniversite mezunu bireylerde GETAT ile ilgili bilgi sahibi olmanın daha fazla olduğu tespit edilmiş olmasına rağmen, üniversite ve lise mezunu bireylerde GETAT uygulaması

kullanmayanların daha fazla olduğu, ilköğretim ve orta öğretin mezunu bireylerdeyse kullananların fazla olduğu tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Özdemir ve ark. çalışmasında eğitim seviyesi düşük olanlarda GETAT kullanımı daha fazladır (133) Isparta’da yapılan diğerk bir araştırmada da eğitim düzeyi arttıkça GETAT kullanım oranlarının azaldığı saptanmıştır (127). Hipertansiyon hastaları ile yapılan bir çalışmada da uyumlu sonuç saptanmıştır (134). Ancak Hakkoymaz ve Koçyiğit’in çalışmasında aksi olarak eğitim seviyesine sahip olanlarda GETAT kullanımı fazla saptanmıştır (112). Avrupa ve Amerika’da yapılan çalışmalarda da GETAT kullanıcılarının yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu görölmektedir (129–131,135). Gelişmiş ölkelerde onaylı GETAT merkezlerinin ve ehil GETAT uygulayıcılarının yaygın olması, birçok Batı ölkesinde GETAT uygulamalarının sigorta tarafından karşılanıyor olması, GETAT uygulamalarına güvenin daha fazla olması ve özellikle tamamlayıcı tedavi olarak GETAT uygulamalarının önemli bir yerinin olması, ölkemizdeyse daha gelenekçi bir yaklaşımla GETAT yöntemlerinin uygulanıyor olması bu farka neden olmuş olabilir (127, 129, 133). Çalışmamızda meslek açısından öğretmen, öğrenci ve sağlık çalışanlarında GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu görölmüştür. Bunu öğrenci kesiminin gençlerden oluşması, sağlık çalışanlarının modern tıbbın uygulayıcıları olarak GETAT’a daha az yönelmiş olması, sağlık çalışanı ve öğretmenlerin eğitim seviyesinin yüksek olması bunu açıklayabilir. Meslek açısından çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Bolu’da yapılan bir araştırmada öğrenci, işçi, esnaf, ev hanımı meslekleri arasında GETAT kullanım açısından fark bulunmamıştır (136).

Sağlık durumunu ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak değerlendiren bireylerde GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ak ve ark. çalışmasında da sağlık durumunun kötü olduğunu belirtenler GETAT yöntemlerini daha fazla kullanmışlardır (111). Kronik hastalığı olmayan bireylerde de GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğu saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görölmüştür. Benzer şekilde Kocabaş ve ark. çalışmasında da kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla GETAT uygulamalarını kullandıkları saptanmıştır (136). Her ne kadar genel sağlık halinin iyiliği için GETAT uygulamalarını kullananların oranı yüksek olsa da kişilerin sağlığı bozulmadan GETAT’a yöneliminin daha az olduğu görölmektedir.

Çalışmamızda GETAT kullanıcılarının %82,7'si uygulamadan yarar gördüğünü belirtmiştir. Odabaş ve ark. çalışmasında fayda görenler %70 oranındadır (103). Oral ve ark. çalışmasında da %68 oran ile fayda görenler çoğunluktadır(63). Doğu Türkiye kapsamında yapılan çalışmada %87 oranında fayda görenler çoğunluktadır (137). Yarar görenlerin daha fazla olması kullanıcıların GETAT yöntemlerini daha çok ağrı, genel sağlık halinin iyiliği amaçlarıyla tercih etmesi; kronik hastalıkların radikal tedavisinde kullanımının çok olmamasına bağlanabilir. Yapılan çalışmalarda GETAT uygulamalarından fayda gördüğünü, memnun olduğunu belirtenlerin kayda değer miktarda fazla olması üzerinde daha fazla çalışılmaya değer bir konudur. Spesifik hasta grupları ile yapılan çalışmalarda fayda görenler daha az orandadır (138–140). Spesifik hasta grupları ile daha çok çalışma yapılması aydınlatıcı olabilir. Çalışmamızda zarar gördüğünü belirten olmamıştır. Farklı çalışmalarda yan etki belirten bireyler olmuştur. Şengüleroğlu ve ark. çalışmasında GETAT uygulamalarında yan etki yaşayanlar %22,2 oranındadır. En çok yan etki görülen uygulamalar fitoterapi, akupunktur, sülük, mezoterapi olarak saptanmıştır (125). Obezite tanılı 117 GETAT kullanıcısı ile yapılan çalışmada, bitkisel ürün kullanan 11 kişide yan etki gelişmiştir (141). Onkoloji hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %8,9'unda yan etki görülmüş ve en çok kullanılan uygulamanın fitoterapi olduğu saptanmıştır (139). Özellikle fitoterapi uygulamasında yan etkiler açısından dikkatli olunmalıdır. Bizim çalışmamızda GETAT kullanıcılarının uygulamayı çoğunlukla yalnızca 1 defa kullanmış olması, fitoterapiye başvuranların az olması yan etkileri görmek açısından yetersiz kalmasına neden olmuş olabilir. Yan etkiler açısından spesifik GETAT uygulamalarına yönelik çalışmalar yapılması faydalı olacaktır.

GETAT yöntemi kullanmış olanlara nerede uygulandığı sorulduğunda %67,3 'ev' yanıtını vermiştir. Odabaş ve ark. çalışmasında da %60,5 evde uygulandığını belirtmiştir (103). Avustralya'daki çalışmada kullanıcılar daha çok beden temelli manipülatif uygulamaları hastanede yaptırmaktadır, masaj terapi ve bitkisel olmayan takviyeler hastanede kullanım için en çok tercih edilen iki yöntemdir (119). Çalışmamızda GETAT yöntemi kullanmış olanlarda yöntem, %26,9'una doktor veya diğer sağlık çalışanı tarafından uygulanmıştır. Ulusoy ve Keskin'in çalışmasında sadece %5'e sağlık personeli tarafından uygulanmış olduğu görülmüştür (139). Bahall'ın çalışmasında kullanıcıların sadece %9,5'ine bir sağlık çalışanı tarafından uygulanmıştır

(142). Kahramanmaraş'taki çalışmada GETAT yöntemi kullananların %82,4'üne sağlık çalışanı olmayanlar tarafından uygulama yapılmıştır (112). GETAT kullanıcılarının birçoğu yöntemleri sağlık merkezi olmayan yerde, sağlık çalışanı olmayanlarca uygulmakta veya uygulamaktadır. Gelişebilecek yan etkilere erken müdahale ve komplikasyonların önlenmesi için birinci basamakta bireylere bu konuda rehber olunmalıdır.

Çalışmamızda GETAT kullanıcılarının %75'i kullandığı uygulama ile ilgili aile hekimi veya diğer branştan hekimi ile görüşmemiştir. Görüşmeyenler sebep olarak yoğunlukla gerek duymadığını belirtmiştir. Yıldırım ve Marakoğlu'nun çalışmasında %98 doktoruna söylememiş, söylemeyenlerin %84,7'si doktorun bilmesine gerek duymadığını belirtmiştir (138). Doğu Türkiye çalışmasında da GETAT kullanıcılarının %85'i doktoru ile bu konuda konuşmamıştır (137). Yeni Zelanda ve Kaliforniya'da yapılan çalışmalarda bu oran sırasıyla %53,3 ve %42,6 ile biraz daha düşük olup Kaliforniya'da görüşmeme nedeni olarak doktorun bilmesinin önemli olmadığını düşünenler çoğunluktadır (124,135). Çalışmamızda GETAT'ı bilen katılımcıların %93,5'inin aile hekimi de kendisi ile GETAT yöntemlerini kullanıp kullanmadığı hakkında hiç konuşmamıştır. Kişilerin sağlıklarıyla ilgili konularda doktoruna danışmadan hareket ettiği görülmektedir. Poliklinik görüşmelerinde hastaları GETAT kullanımı açısından sorgulamak ve GETAT kullanımının yarar ve zararları hakkında hastalara yol göstermek faydalı olacaktır.

Katılımcılara uygulamaları hangi sıklıkla kullandıkları sorusuna %61,5 "1 defa" yanıtını vermiştir. Kuşaslan Avcı'nın çalışmasında da GETAT kullanıcılarının %51,9'unun uygulamaları 1 aydan daha kısa süreli kullandığı görülmektedir (128). Buradan GETAT kullanımının genellikle kısa zamanlı olduğu görülmektedir. Bireyler deneme amaçlı GETAT uygulamalarına yönelmiş veya yan etkilere korkmuş olabilir. Ya da daha çok semptomatik tedavide kullanılmış olmasından kaynaklı kısa zamanlı uygulanmış olabilir. Daha önce GETAT yöntemlerini uygulamayanlara gelecekte kullanmak isteyip istemedikleri sorulduğunda %46 kararsız olduğunu, %42,5 kullanmak istediğini, %11,5 kullanmak istemediğini belirtmiştir. Bu sorunun sorulduğu başka bir çalışmada %21 hayır cevabı verilmiştir (143). Bu çalışmalardan GETAT yöntemlerini ileride kullanacak bireylerin artış göstereceği çıkarılabilir. Aile Hekimliği pratiğinde

GETAT ile ilgili bilgilendirme ve doğru yönlendirme konusunda daha fazla çalışmak gerekli olabilir.

5.3. SOY ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Çalışmaya katılanların SOY puanı ortalaması $14,59 \pm 3,49$ olarak bulunmuştur. Kadınlarda, kentte yaşayanlarda, lise ve üniversite mezunlarında, sosyal güvencesi olanlarda, sağlık durumunu ‘iyi’ olarak değerlendirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bolu’da yapılan bir çalışmada bireylerin YSOÖ kullanılarak hesaplanan SOY puan ortalaması $12,02 \pm 3,77$ olarak saptanmış, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda SOY puanı yüksek görülmüştür (144). Bilecik ilindeki çalışma YSOÖ puanı $13,32 \pm 3,62$ olarak bulunmuş, kadınlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda SOY düzeyi yüksek bulunmuştur (145). Dursun ve ark. çalışmasındaysa YSOÖ puan ortalaması $15,78 \pm 3,50$ olarak saptanmıştır. Diğer bazı çalışmalarda da genellikle kronik hastalığı olmayanlarda, eğitim düzeyi yüksek olanlarda SOY düzeyinin yüksek saptandığı görülmektedir (146–148). Avrupa genelinde yapılan bir çalışmada erkeklerde SOY seviyesi biraz daha düşük bulunmuştur (38). Türkiye’de yapılan başka bir araştırmada da erkeklerin SOY ölçeğinden aldığı puan ortalaması kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (41).

5.4. SOY ile GETAT İlişkisi

Çalışmamızda GETAT bilgi durumu ile YSOÖ puan ortalamaları ilişkisine bakıldığında, GETAT hakkında bilgi sahibi olanların YSOÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. GETAT uygulaması kullanan ile kullanmayan grup arasında YSOÖ puanı olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İzmir’de onkoloji hastaları ile yapılan çalışmada çalışmamızla uyumlu şekilde yüksek sağlık okuryazarlığı olanlarda GETAT’ı duyanlar daha fazladır ve GETAT kullanımı ile SOY seviyesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır (149). Dursun ve ark. yetişkin bireylerde yaptıkları çalışmada SOY seviyesi arttıkça GETAT’a karşı tutumda azalma olduğu görülmüştür (150). Köse ve ark. tıp fakültesi öğrencilerinde GETAT Tutum Ölçeğini (CACMAS) kullanarak yaptıkları çalışmalarında ise SOY ile

GETAT tutumu arasında güçlü bir ilişki saptanmamıştır (151). Amerika’da yapılan bir çalışmada SOY ile GETAT ilişkisi kökene göre değişmektedir. Afro-amerikan olmayanlarda, yeterli sağlık okuryazarlığı olanlarda artmış GETAT kullanımı görülmüştür. Afro-amerikanlarda GETAT ve SOY arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (152). Amerika’da yapılan başka bir çalışmada da non-Hispanik siyahlar dışındakilerde, yüksek SOY düzeyine sahip olanlarda GETAT yöneliminin daha fazla olduğu görülmüştür. Non-Hispanik siyahlarda anlamlı ilişki bulunmamıştır (153). Avustralya’da 65 yaş ve üstü kişiler ile yapılan çalışmada GETAT kullanımı ile SOY arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (154). Almanya’da baş ağrısı için modern tıp ve GETAT yöntemlerinden homeopati uygulayan grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada; modern tıp grubunda tedavi güvenilirliği ve beklentisine ilişkin katılımcı raporlarının düşük SOY ile azaldığını, homeopatik ilaçlar için daha düşük SOY ile bu sonuçların arttığını görülmüştür (155). GETAT yöneliminin SOY ile ilişkisi bölgeye, kültüre, kökene göre değişebilmektedir.

Kullandığı GETAT yöntemini evde uygulayan ve kendisine GETAT uygulamasının kim tarafından uygulandığını bilmeyen bireylerin YSOÖ puan ortalamaları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Bireylerin doğru sağlık uygulamalarını doğru şekilde almaları ve sağlığın korunması için SOY düzeyinin yeterliliği önemlidir.

GETAT ve SOY ilişkisini inceleyen daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Montana Eyalet Üniversitesi’nden Shreffler-Grant ve ark. bu konu üzerinde özel olarak durmuş olup, geliştirdikleri GETAT SOY kavramsal modelinde bireylerin GETAT konusunda sağlık okuryazarı olmak için dört ana kavram hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiğine inanmaktadırlar: doz, etki, güvenlik ve erişilebilirlik (156). Bu kavramlar ışığında GETAT ile ilgili SOY’u spesifik şekilde ölçmek için gelecekteki araştırmalarda ve klinik çalışmalarda kullanım umudu veren 21 soruluk bir ölçek geliştirmişlerdir: Montana Eyalet Üniversitesi Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (157)

5.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Literatürde GETAT ile SOY ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır, özellikle ülkemizde bu konuda araştırmalar çok azdır. Yapılan çalışmalar genellikle belli bir popülasyona yönelik olarak yapılmıştır. Çalışmamızın aile hekimliği polikliniğinde yürütülmüş olması toplumun güzel bir örneği olarak gösterilebilir. Van ilinde de benzer bir araştırma yapılmamış olması nedeniyle çalışmamızın literatüre katkısı değerlidir.

Çalışmamız 18-65 yaş arasını kapsıyor olup pediatrik ve geriatric popülasyon için fikir vermemektedir. Anket çalışması, COVID-19 pandemisi nedeniyle poliklinik başvurularının daha az sayıda olduğu bir dönemde yapılmıştır. Katılım hedefine ulaşılsa da daha fazla katılımcı ile bu çalışmanın yapılması çalışmayı daha değerli kılacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına göre GETAT ile ilgili toplumun çoğunluğu bilgi sahibidir ve her 4 kişiden biri GETAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bireyler GETAT ile ilgili bilgiyi en çok internet/radyo/televizyon akraba/arkadaştan almaktadır. En çok da aile ve komşu/arkadaştan etkilenecek bu uygulamaları kullanmaktadırlar. Kişilerin sağlıklarıyla ilgili doğru bilgilenimi sağlamak üzere birinci basamak hekimlerine iş düşmektedir. Birinci basamak hekimleri GETAT konusunda gerekli meslek içi eğitimler ile gerekli bilgilenimi edinmeli ve topluma GETAT ile ilgili rehberlik edebilmelidir. GETAT sağlık uygulamalarının bir gerçeğidir. Bunun için GETAT ile ilgili bilgi içeriğinin Tıp Eğitimi müfredatında yer alması gerekir. GETAT'ın yararları ve zararları kanıta dayalı bir şekilde ele alınmalı, bilimsel verilere uygun olarak sağlık hizmeti verilmelidir. Ayrıca en çok bilgi kaynağı olan internet/radyo/televizyonda GETAT ile ilgili çıkan reklamlar toplumu yanlış yönlendirmemek adına gerekli denetimlere tabi tutulmalıdır.

Sülük, kupa, akupunktur, hipnoz, ozon uygulaması en bilinen yöntemlerdir. Uygulamalar en çok ev ortamında, sağlık çalışanı olmayanlarca yapılmaktadır. Kullanıcıların dörtte üçü kullandığı uygulama ile ilgili aile hekimi veya diğer branştan hekimi ile görüşmemiştir. Görüşmeyenler sebep olarak çoğunlukla gerek duymadığını belirtmiştir. Poliklinik görüşmelerinde hastalara GETAT yöntemi kullanıp kullanmadığı sorulmalı ve kullanım detayları sorgulanmalı, bu konuda bireylere doğru yönlendirme yapılmalıdır. En çok uygulanan yöntemler kanama, enfeksiyon gibi yan etkilerin gelişebileceği kupa ve sülük uygulamalarıdır. Çalışmamızda zarar gördüğünü belirten olmamış, çoğu kişi fayda gördüğünü belirtmiştir. Ancak kullanıcıların yarısından fazlası uygulamayı yalnızca 1 defa kullanmış, çoğunlukla kas-eklem ağrısı nedeniyle başvurmuşlardır. Özellikle GETAT uygulama merkezlerinde prospektif ve uygulamaya spesifik, daha fazla katılımcı ile çalışmalar yapılması yarar ve zararları görmek açısından faydalı olacaktır.

GETAT kullanıcıları uygulamaları en çok tedavi ettiğine inandıkları için tercih etmektedirler. Uygulamaları kullanmamış bireylerden gelecekte kullanmak isteyip

istemedikleri sorulduğunda %46 kararsız olduğunu, %42,5 kullanmak istediğini belirtmiştir. İlerleyen zamanlarda GETAT'a ilgide ve kullanıcı sayısında artış olabilir.

GETAT ile ilgili bilgi sahibi olma eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha fazladır. Bekarlarda bilgilenim azdır. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda; öğretmen, öğrenci ve sağlık çalışanlarında; sağlık durumunu 'iyi' ve 'çok iyi' olarak değerlendiren bireylerde, kronik hastalığı olmayan bireylerde GETAT uygulaması kullanmayanlar daha fazladır. Yaş ortalaması GETAT'a başvuranlarda daha fazladır.

GETAT hakkında bilgisi olanların YSOÖ puan ortalamaları istatistiki anlamlı olarak daha yüksektir. GETAT uygulaması kullanma ile SOY arasında anlamlı ilişki yoktur. Kullandığı GETAT yöntemini evde uygulayan ve kendisine GETAT uygulamasının kim tarafından uygulandığını bilmeyen bireylerin SOY'u daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kişisel sağlık bakımlarıyla ilgili karar vermede aktif rol alma yeteneklerini geliştiren hem temel hem de karmaşık bir beceridir. Bireylerin GETAT hakkındaki bilgilerinin ve sağlık okuryazarlığının daha iyi anlaşılması, bu tedavilerin güvenliğini, etkinliğini veya maliyet etkinliğini yeterince değerlendirmek için önemlidir. Kullanıcılar GETAT konusunda sağlık okuryazarı değilse, yanlış seçim yapabilir, dolandırıcılıkların kurbanı olabilir veya potansiyel olarak zararlı maddeleri tüketebilirler. Öte yandan GETAT'ın bilinçli kullanımı, sağlık ve hastalık yönetiminde seçenekleri artırabilir ve öz bakım ile ilgili bilinçli karar vermeyi teşvik edebilir. Kişilerin sağlık sistemine en yakın olduğu yer olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında, bireylerin sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilmelerini sağlamak adına, SOY'un geliştirilmesi için adımlar atılmalıdır. Hastalara sunulan sağlık hizmetinde GETAT uygulamalarının da varlığı bir gerçektir. GETAT uygulamalarının sağlığın geliştirilmesi, korunması ve iyileştirilmesinde bir yöntem olarak kullanıldığı farkındalığı hem hastalarda hem de de hekimlerde oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkoğlu N, Kılıç D. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. J Anatolia Nurs Heal Sci. 2021;24(1):25–33.
2. Parnell TA, Stichler JF, Barton AJ, Loan LA, Boyle DK, Allen PE. A concept analysis of health literacy. Nurs Forum. 2019;54(3):315–27.
3. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye ' de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Derg. 2020;1(1):5–13.
4. Muslu L, Kolutek R. Çocukluk Çağı Kanseri ve Sağlık Okuryazarlığı. Güncel Pediatr. 2018;16(3):117–32.
5. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, et al. Health literacy: A new concept for general practice? Aust Fam Physician. 2009;38(3):144–7.
6. Aras Z, Bayık Temel A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. FN Hem Derg. 2017;25(2):85–94.
7. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine World Health Organization. 2000.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Resmî Gazete [Internet]. 2014 Oct 27;Sayı:29158. Available from: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
9. Young S, Macrae C, Cairns G PA. Adult Literacy and Numeracy in Scotland. Scottish Government Publ. 2001;
10. UNESCO. The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. UNESCO Educ Sect. 2004;
11. Yalçın Balçık P, Şahin B, Taşkaya S. Health literacy. TAF Prev Med Bull. 2014;13(4):321–6.
12. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009;24(3):285–96.
13. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turk J Public Heal. 2014;12(1):61–8.
14. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):349–64.
15. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2016;9(4):142–7.
16. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Fam Med

Community Heal. 2020;8(2):1–8.

17. Parker RM, All E. Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal Am Med Assoc.* 1999;281(6):552–7.
18. Nielsen-bohlman L, Panzer AM, David A. Health literacy: a prescription to end confusion. National Academies Press. 2004.
19. Pleasant A, Rudd RE, O’Leary C, Paasche-Orlow MK, Allen MP, Alvarado-Little W, et al. Considerations for a New Definition of Health Literacy. *NAM Perspect.* 2016;
20. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1):80.
21. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8.
22. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health.* 2020;42:159–73.
23. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promot Int.* 2005;20(2):195–203.
24. Institute of Medicine. Measures of Health Literacy. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
25. Ceylan O. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Türkçe Ölçekler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Derg.* 2020;1(2):39–45.
26. Parker RM, Baker DW, Williams M V, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults : A New Instrument for Measuring Patients ’ Literacy Skills. 1994;10:537–41.
27. Baker DW, Williams M V, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. 1999;38:33–42.
28. Mancuso JM. Assessment and measurement of health literacy : An integrative review of the literature. *Nurs Heal Sci.* 2009;11:77–89.
29. Arozullah AM, Yarnold PR, Bennett CL, Soltysik RC, Wolf MS, Ferreira RM, et al. Development and Validation of a Short-Form , Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine. *Med Care.* 2007;45(11):1026–33.
30. Goodman MS, Griffey RT, Carpenter CR. Do Subjective Measures Improve the Ability to Identify Limited Health Literacy in a Clinical Setting? *J Am Board Fam Med.* 2015;28(5):584–94.
31. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al.

- Quick Assessment of Literacy in Primary Care : The Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514–22.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. 1st ed. Pınar O, Abacıgil F, editors. Ankara; 2016.
33. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2014;17(3):165–70.
34. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü [Health Literacy and Measurment]. *TAF Prev Med Bull*. 2014;13(4):327–34.
35. Tamer Gencer Z. Norman ve Skinner'in E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Derg*. 2017;(52):131–46.
36. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A, editors. Ankara; 2015.
37. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sak Tıp Derg*. 2018;8(2):214–28.
38. Sørensen K, M. Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe : comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
39. Duong T V, Aringazina A, Baisunova G, Pham T V, Pham KM, Truong TQ, et al. Measuring health literacy in Asia : Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017;27(2):80–6.
40. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment (NCES 2006-483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.
41. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. 1st ed. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları; 2014.
42. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Derg*. 2015;2:48–54.
43. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(1):69–74.
44. Çopurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016;10(1):42–7.
45. Cifuentes M, Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Albright K, Weiss BD, et al.

- Implementing the AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit Practical Ideas for Primary Care Practices [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. Available from: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/guide/index.html>
46. Davis TC, Wolf MS. Health Literacy: Implications for Family Medicine. *Fam Med*. 2004;36(8):595–8.
 47. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Fam Med*. 2004;36(8):588–94.
 48. Kendir C, Vega IV, Kartal M. Why considering “health literacy” level is important for Family Physicians? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2019;13(4):402–6.
 49. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name? [Internet]. [cited 2021 Jul 25]. Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
 50. CAM Definition [Internet]. [cited 2021 Jul 25]. Available from: <http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/>
 51. Türel B. Fonksiyonel Tıp Nedir ? *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2019;(3(özel sayı)):150–4.
 52. Biçer İ, Yalçın Balçık P. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP : TÜRKİYE VE SEÇİLEN ÜLKELERİNİN İNCELENMESİ. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg*. 2019;22(1):245–57.
 53. Doğru F, Şahbaz RP. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme. *J Tradit Med Complement Ther*. 2020;3(1):107–18.
 54. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2016;9(2):67–77.
 55. Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe : Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health*. 2018;46:448–55.
 56. Pengpid S, Peltzer K. Complementary Therapies in Clinical Practice Utilization of traditional and complementary medicine in Indonesia : Results of a national survey in 2014 – 15. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2018;33(2018):156–63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.006>
 57. World Health Organisation. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva; 2013.

58. World Health Organisation. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva; 2019.
59. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem. Ankara Med J. 2015;15(2):102–5.
60. Şahan D, İlhan MN. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilim Derg. 2019;4(3):12–9.
61. Taştan K. Ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Kilometre Taşları. Ankara Med J. 2018;18(3):458–9.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete. 2019 Mar 9;Sayı:30709.
63. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel / alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. TAF Prev Med Bull. 2016;15(2):75–82.
64. Kavaklı A. Akupunktur. Fırat Tıp Derg. 2010;15(1):1–4.
65. Çalışkaner Z, Kartal Ö, Sener O. Astım ve Allerjik Hastalıklarda Akupunktur Tedavisi. TAF Prev Med Bull. 2011;10(1):107–14.
66. Çakmak İ. Apiterapi. Uludağ Arıcılık Derg. 2001;16–8.
67. Onbaşlı D, Çelik Yuvalı G, Kahraman S, Kanbur M. Apiterapi ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. Erciyes Üniv Vet Fak Derg. 2019;16(1):49–56.
68. Wehbe R, Frangieh J, Rima M, Obeid D El, All E. Bee Venom : Overview of Main Compounds and Bioactivities for Therapeutic Interests. Molecules. 2019;24(2997):1–13.
69. Kelle İ. Apiterapi. Dicle Tıp Derg. 2007;34(4):311–5.
70. Fratellone PM, Tsimis F, Fratellone G. Apitherapy Products for Medicinal Use. J Altern Complement Med. 2016;0(0):1–3.
71. Aydın Y, Tekeoğlu İ. Tamamlayıcı Tıp ve Güncel Apiterapi Uygulamaları. J Biotechnol Strateg Heal Res. 2018;2(2):64–73.
72. Ünal M, Nezih H. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. Euras J Fam Med. 2019;8(1):1–9.
73. Mat A. Geçmişten Günümüze Fitoterapi. In: Canat HL, Kadioğlu A, editors. Genito-Üriner Hastalıklarda Fitoterapinin Yeri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, TÜD/Türk Üroloji Akademisi Yayını; 2019. p. 1–4.
74. Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel Ürünlerin Yanlış Kullanımı ve Zararları. Lokman Hekim Derg. 2014;4(3):1–5.

75. Simaan J. Herbal medicine, what physicians need to know. *Leban Med J*. 2009;57(4):215–7.
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği. *Resmî Gazete*. 2010 Oct 6; Sayı:27721.
77. Telli A. Hipnoz ve Bilimde Kullanım Alanları. *J Med Palliat Care*. 2020;1(4):109–12.
78. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Med J*. 2018;18(1):141–8.
79. Yaman O. Tıbbi Sülük Terapisi (Hirudoterapi). *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2019;3(Özel Sayı):29–46.
80. Özçakır A, Ofllu Doğan F. Homeopatiye Genel Bakış ve Akıldaki Sorular. *Turkish Fam Physician*. 2013;4(1):1–5.
81. Özpek AÖ, Altıntaş L. Homeopatik remediler. *Vet Farmakoloji ve Toksikoloji Derneği Bülteni*. 2019;10(1):31–9.
82. Fisher P. What is Homeopathy? An Introduction. *Front Biosci. Elite edi*. 2012;(4):1669–82.
83. World Health Organisation. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva; 2005.
84. Okumuş M. Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Med J*. 2016;16(4):370–82.
85. Çiftci MM. Kupa Tedavisi ve Klinik Uygulamalar. *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2019;3(özel sayı):22–8.
86. Sherman RA. Maggot therapy takes us back to the future of wound care: New and improved maggot therapy for the 21st century. *J Diabetes Sci Technol*. 2009;3(2):336–44.
87. Ender YARSAN SS. Yara Sağaltımında Larval Tedavi Uygulamaları. *Türk Vet Hekimleri Birliği Derg*. 2007;7:1–8.
88. Grassberger M, Sherman RA, Gileva OS, Kim CMH. Biotherapy - History , Principles and Practice (A Practical Guide to the Diagnosis and Treatment of Disease using Living Organisms). Grassberger M, Sherman RA, Gileva OS, Kim CMH, Mumcuoglu KY, editors. 2013.
89. Atalık A. Mezoterapi ve Klinik Uygulamalar. *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2019;3(özel sayı):115–8.
90. Gökdemir G. Mezoterapinin Etkileri Kanıtlanmış mıdır? *Türkderm-Deri Hast ve Frengi Arşivi Derg*. 2009;43(Özel Sayı 1):12–6.

91. Bulam H, Ayhan S, Sezgin B, Özmen S, Çenetoğlu S. Mezoterapi: İğnenin Ucundaki Mucize mi, Yoksa Şişirilmiş Balon mu? Turk Plast Rekonstruktif ve Estet Cerrahi Derg. 2013;21(2).
92. Çakmak S. Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. TOTBİD Derg. 2017;16:282–6.
93. Solmaz İ. Kas İskelet Sistemi Ağrılarında Proloterapi Enjeksiyonları. J Biotechnol Strateg Heal Res. 2019;3(Özel Sayı):91–114.
94. Kaya E, Altınbilek T. Osteopati Yaklaşımı; Bel Ve Boyun Ağrılarında Yeri. J Biotechnol Strateg Heal Res. 2019;3(Özel Sayı):85–90.
95. Yıldız S, Kaya E, Altınbilek T, Şendil A, Erdoğan EP. Dünya Sağlık Örgütü “Osteopatide Eğitim Kriterleri ” Belgesinden Günümüze - Osteopati : Derleme. İntegratif Tıp Derg. 2013;1(2):54–64.
96. Aydın T. Sporcularda osteopatik tıp uygulamaları. Spor Hekim Derg. 2015;50:91–100.
97. Bocci VA. Scientific and Medical Aspects of Ozone Therapy. State of Art. Arch Med Res. 2006;37(2006):425–35.
98. Babuççu O. Ozon Terapi :Mit Ve Gerçek. Türk Plast Rekonstruktif ve Estet Cerrahi Derg. 2011;19(3):105–12.
99. Kesikburun S, Yaşar E. Ozon tedavisi. TOTBİD Derg. 2017;16:196–202.
100. Doğan HD. Ellerin İyileştirme Sanatı : Refleksoloji. Eur J Basic Med Sci. 2014;4(4):89–94.
101. Karamızrak N. Ses ve Müziğin Organları İyileştirici Etkisi. Koşuyolu Hear J. 2014;17(1):54–7.
102. Köse E, Ekerbiçer HÇ, Erkorkmaz Ü. Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale: Turkish Validity Reliability Study. Sak Med J. 2018;8(4):726–36.
103. Odabaş ÖK, Ağadayı E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Davranışları. Turkish J Fam Med Prim Care. 2021;15(1):121–8.
104. Belachew N, Tadesse T, Gube AA. Knowledge, Attitude, and Practice of Complementary and Alternative Medicine Among Residents of Wayu Town, Western Ethiopia. J Evidence-Based Complement Altern Med. 2017;22(4):929–35.
105. AYDİL S, ARİFOĞLU KARAMAN Ç, KÜÇÜKAKKAŞ O. Evaluation of the Awareness of Patients Who Apply to Physical Medicine and Rehabilitation Outpatient Clinic with Pain About Traditional and Complementary Medical

- Practices: Descriptive and Cross-sectional Research. *J Tradit Med Complement Ther.* 2021;4(2):227–37.
106. Elolemy AT, Albedah AMN. Public knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicine in Riyadh region, Saudi Arabia. *Oman Med J.* 2012;27(1):20–6.
 107. Jatau AI, Aung MMT, Kamauzaman THT, Chedi BAZ, Sha’aban A, Rahman AFA. Use and toxicity of complementary and alternative medicines among patients visiting emergency department: Systematic review. *J Intercult Ethnopharmacol.* 2016;5(2):191–7.
 108. ATEŞ E, ÖZAYDIN M. Trabzon kalkınma mahallesi aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş arası bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ*; 2020.
 109. Özcan S, YILMAZER TT. Polikliniğe Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi*; 2020.
 110. Didem Oktar, Ece Elif Öcal, Seval Çalışkan Pala, Muhammed Fatih Önsüz SM. BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN ERİŞKİMLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KULLANIMI. In: 3International 21National Public Health Congress. 2019.
 111. AK N, BARAN AKSAKAL FN. Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumları. *J Tradit Med Complement Ther.* 2020;3(2):191–8.
 112. Hakkoymaz H, Koçyiğit BF. Assessment of complementary and alternative medicine use among patients admitted to the emergency room: A descriptive study from a Turkish hospital. *PeerJ.* 2019;7:e7584.
 113. Koç Z, Çınarlı T. The determination of Complementary and Alternative Medicine use in patients presenting at the emergency room. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;31:164–9.
 114. KILIÇ KN, SOYLAR P. Investigation of Attitudes, Reasons and Satisfaction Levels of Individuals Who Apply to Traditional and Complementary Medicine Practices. *J Tradit Med Complement Ther.* 2019;2(3):97–105.
 115. Pengpid S, Peltzer K. Utilization of complementary and traditional medicine practitioners among middle-aged and older adults in India: results of a national survey in 2017–2018. *BMC Complement Med Ther* [Internet]. 2021;21(1):262. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03432-w>
 116. Grace R, Vaz J, Da Costa J. Traditional medicine use in timor-leste. *BMC Complement Med Ther.* 2020;20(1):165.

117. Özer Z, Bahçecioğlu TURAN G, Bakir E. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg / J Heal Prof Res [Internet]. 2020;2(3):102–12. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr/751837>
118. Tangkiatkumjai 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.
119. Shorofi SA. Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. Complement Ther Clin Pract. 2011;17(4):199–205.
120. ÜSTÜNBAŞ B. TÜRKİYE’DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN İLLER BAZINDA GENEL GÖRÜNÜMÜ. In: 4 International Health Sciences and Management Conference [Internet]. 2019. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/340535535>
121. Okyay RA, Koçyiğit BF. Assessment of Complementary Medicine Use among Patients with Pain : A Descriptive Study from a Tertiary Hospital. Sak Med J. 2018;8(3):603–10.
122. KÜÇÜKCERAN H, ALP H, AĞADAYI E. Therapies Used in a Traditional and Complementary Medicine Outpatient Clinic: A Three-Year Experience. J Tradit Med Complement Ther. 2021;4(2):219–26.
123. Hilary A Tindle, Roger B Davis, Russell S Phillips DME. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. Altern Ther Heal Med. 2005;11(1):42–9.
124. Yates KM, Armour MJ, Pena A. Complementary therapy use amongst Emergency Medicine patients. Complement Ther Med. 2009;17(4):224–8.
125. ŞENGÜLEROĞLU N, KIDIK E, ÖZDEMİR MB, MIDİK ÖZPAK A, FİDANCI İ, YENGİL TACİ D, et al. Alternative Treatments That the Patients Apply Before Presenting. J Contemp Med. 2020;10(4):637–41.
126. Bahall M. Complementary and alternative medicine usage among cardiac patients: A descriptive study. BMC Complement Altern Med. 2015;15(1):100.
127. Mustafa Ö, Ersin U, Fadime A, Raziye Ö, Malik D, Mürşide Ç. Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi. Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi. 2005;13:179–86.
128. Kusalın Avcı D. The use of traditional and complementary medicine among diabetes patients, and the awareness and attitudes of physicians. J Pak Med Assoc. 2018;68(11):1650–4.
129. Weizman A V., Ahn E, Thanabalan R, Leung W, Croitoru K, Silverberg MS, et

- al. Characterisation of complementary and alternative medicine use and its impact on medication adherence in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35(3):342–9.
130. Van Der Schee E, Groenewegen PP. Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health.* 2010;10:128.
131. Huybregts E, Betz W, Devroey D. The use of traditional and complementary medicine among patients with multiple sclerosis in Belgium. *J Med Life.* 2018;11(2):128–36.
132. Tsang VHM, Lo PHW, Lam FT, Chung LSW, Tang TY, Lui HM, et al. Perception and use of complementary and alternative medicine for low back pain. *J Orthop Surg.* 2017;25(3):1–8.
133. Özdemir AA, Erdal R, Haberal M. Factors Predisposing to the Use of Complementary Therapies in Patients With Chronic Renal Failure. *Exp Clin Transplant.* 2018;Suppl 1:64–9.
134. Dilek Ş, Gamze G, Nuriye MUZ, Rtürk EE, Zcan AÖ. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 2013;2(3):160–6.
135. Li JZ, Quinn J V., McCulloch CE, Jacobs BP, Chan P V. Patterns of complementary and alternative medicine use in ED patients and its association with health care utilization. *Am J Emerg Med.* 2004;22(3):187–91.
136. Kocabaş D, Eke E, Demir M. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINDA BİREYLERİN GELENEKSEL VE ALTERNATİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. *BAİBÜ Sos Bilim Enstitüsü Derg.* 2019;19(1/Bahar):63–80.
137. Tan M, Uzun O, Akçay F. Trends in complementary and alternative medicine in Eastern Turkey. *J Altern Complement Med.* 2004;10(5):861–5.
138. Yıldırım Dİ, Marakoğlu K. Complementary and alternative medicine use amongst Turkish type 2 diabetic patients: A cross-sectional study. *Complement Ther Med.* 2018;41:41–6.
139. Ulusoy ZB, Keskin A. ONKOLOJİ HASTALARININ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP (GETAT) YÖNTEMLERİ HAKKINDAKİ TUTUMLARI. *Ankara Med J.* 2021;(3):374–85.
140. Çetin OB. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi.* 2007;6(6):89–106.
141. DALGIÇ N, NUR EKE R. Obezite Hastalarında Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastan Tıp Derg.* 2020;53(2):85–91.

142. Bahall M. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: A cross-sectional, descriptive study. *BMC Complement Altern Med*. 2017;17:345.
143. Salah AO, Salameh AD, Bitar MA, Zyoud SH, 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.
144. Güçük S, Dilekçi E, Kayhan M. Kas İskelet Sistemi Şikayetleriyle Yatan Hastaların Sağlık Okuryazarlığı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları. *Eurasian J Fam Med*. 2020;9(3):131–8.
145. İbrahimoglu Ö, Saray Kılıç H, Mersin S. Fabrika Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler : Bilecik İli Örneği. *Sağlık ve Toplum*. 2019;(3):26–32.
146. G Ozturk Emiral MT, , B Isiktekin Atalay, S Goktas, G Dagtekin, H Aygar, D Arslantas, A Unsal, AB Babaoglu KT, Department. Level among Adults in Western Turkey. *Niger J Clin Pract*. 2021;24:28–37.
147. Yılmazel, G., Cetinkaya F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. *East Mediterr Heal J*. 2015;21(8):598–605.
148. Hatice İkişik, Güven Turan, Feyza Kutay, Filiz Sever, Sema Nur Keskin, Hilal Güdek, Safiye Rumeysa Dur Tiftik IM. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecm*. 2020;73(3):247–52.
149. Dişsiz G, Yılmaz M. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract J*. 2016;23:34–9.
150. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yeti ş kinlerde Geleneksel / Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Derg*. 2019;1(1):1–10.
151. Köse E, Oturak G, Ekerbiçer HÇ. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi. *Sak Tıp Derg*. 2021;11(2):373–80.
152. Bains SS, Egede LE. Association of Health Literacy with Complementary and Alternative Medicine Use : A Cross-Sectional Study in Adult Primary Care Patients Association of Health Literacy with Complementary and Alternative Medicine Use : A Cross-Sectional Study in Adult Prima. *BMC Complement Altern Med*. 2011;11:138.
153. Gardiner P, Mitchell S, Filippelli AC, White LF, Paasche-orlow MK, Jack BW. Health Literacy and Complementary and Alternative Medicine Use Among Underserved Inpatients in a Safety Net Hospital. *J Health Commun*. 2013;18:290–7.

154. Smith CA, Chang E, Gallego G. Complementary Therapies in Medicine Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complement Ther Med* [Internet]. 2019;42(1):53–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.10.025>
155. Wilhelm M, Euteneuer F. Does Health Literacy Make a Difference ? Comparing the Effect of Conventional Medicine Versus Homeopathic Prescribing on Treatment Credibility and Expectancy. *Front Psychol*. 2021;12:581255.
156. Shreffler-grant J, Nichols E, Weinert C, Ide B. The Montana State University Conceptual Model of Complementary and Alternative Medicine Health Literacy. *J Heal Commun*. 2013;18(10):1193–200.
157. Shreffler-Grant J, Weinert C, Nichols E. Instrument to Measure Health Literacy About Complementary and Alternative Medicine. *J Nurs Meas*. 2014;22(3):489–99.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı : Jale
Soyadı : Aydemir
Doğum Yeri : Tire
Doğum Tarihi : 07/04/1993
Mesleği : Tıp doktoru
Uzmanlığı : Aile hekimliği
E-posta : jaledemir65@hotmail.com

Öğrenim Bilgileri:

Okul	Şehir	Mezuniyet
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	İzmir	2018
Özel Yesevi Koleji	Aydın	2011
Yeniçiftlik İlköğretim Okulu	İzmir	2007

Mesleki Deneyim:

Tarih

1) Çankırı Kurşunlu Toplum Sağlığı Merkezi (Pratisyen Hekim)	2018-2019
2) Van YYÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD (Arş. Gör. Dr.)	2019-

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

 T.C. VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU						
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Van Y.Y.Ü Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini İnceleyen Bir Anket Çalışması				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimi				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimi Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				☐
		Anket çalışmaları				☒
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				☐
		Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar				☐
		Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma				☐
		Hücre veya doku kültürü çalışmaları				☐
		Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar				☐
		Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar				☐
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					☐	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					☐	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar					☐	
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi İnsana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmediği yapılacak olan tüm araştırmalar					☐	
Diğer :					☐	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	DİĞER:	☒ İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/04-16	Tarih: 12/03/2021
	Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Van Y.Y.Ü Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini İnceleyen Bir Anket Çalışması" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN V. UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>H. Ö.</i>
Prof. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Sermin ALGÜL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hülya GÜNBATAR	Göğüs Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>H. G.</i>
Doç. Dr. Zübeyir HUYUT	Tıbbi Biyokimya	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Ramazan ÜSTÜN	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>Z. K.</i>
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Cemil TALMAÇ	Periodontoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>A. T.</i>
Dr. Öğr. Üyesi Necip GÜVEN	Ortopedi ve Travmatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>N. G.</i>
Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURMAZ	Radyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Sadi ELASAN	Tıbbi Biyoistatistik	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>S. E.</i>
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Derya Dicle ÖZÇİÇEK	Eczacı	Van Eczacılar Odası	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>D. Ö.</i>
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>O. D.</i>
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	<i>A. S.</i>

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık Okuryazarlığı İle İlişisini İnceleyen Bir Anket Çalışması				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Eğitimi ve Bilişimi				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				☐
		Anket çalışmaları				☒
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				☐
		Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar				☐
		Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma				☐
		Hücre veya doku kültürü çalışmaları				☐
		Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar				☐
		Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılacak araştırmalar				☐
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					☐	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					☐	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar				☐		
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar				☐		
Diger :				☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	DİĞER:	☒ İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literatür ve CD				

Sayfa 1/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/02-11	Tarih: 11/02/2022
	Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12/03/2021 tarih ve 2021/04-16 sayılı kararıyla Danışmanlığını Doç. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI'nın yapmış olduğu Arş. Gör. Dr. Jale DEMİR'e ait, "Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişisini İnceleyen Bir Anket Çalışması" adlı uzmanlık tez çalışmasıyla ilgili 28/01/2022 tarih ve 160061 sayılı ile kurulumuza gönderilmiş olan dilekçede belirtilen, sorumlu araştırmacısı olarak Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK olacak şekilde yeniden düzenlenmesi talebinin tüm sorumluluk çalışmada yer alan araştırmacılara ait olmak üzere kabulüne, toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN V.UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Sermin ALGÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Sermin ALGÜL	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Hülya GÜNBATAR	Göğüs Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Hamit Hakan ALP	Tıbbi Biyokimya	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Cemil TALMAÇ	Periodontoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Necip GÜVEN	Ortopedi ve Travmatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURMAZ	Radyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sadi ELASAN	Tıbbi Biyoistatistik	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Alp NALCI	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Selver KARAASLAN	Hemşirelik	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Derya Dicle ÖZÇİÇEK	Eczacı	Van Eczacılar Odası	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı
Tel : 432- 2251701-05
Faks : 432-2251091
e-posta: etikkur@yyu.edu.tr

Ek 2. Sosyodemografik Verilere ve GETAT Kullanımına Yönelik Soru Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma yetişkin bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yönelimini saptamak ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini incelemek için yapılmaktadır. Çalışmada kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Çalışmamız bilimsel amaçlar doğrultusunda hazırlanmış olup veriler hiçbir kişi, kurum ve kuruluş ile paylaşılmayacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Ankete katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi M. Emin LAYIK
Arş. Gör. Dr. Jale DEMİR
Van YYÜTF Aile Hekimliği ABD

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Medeni durum: a)Evli b)Bekar c)Dul

4. İkamet ettiğiniz yer: a)Kent b)Kasaba c)Köy

5. Eğitim Durumunuz:

a)Okuryazar değil b)İlköğretim c)Orta öğretim d)Lise e)Üniversite

6. Meslek:

a)Çalışmıyor b)Öğrenci c)Sağlık çalışanı d)Emekli
e)Diğer(belirtiniz).....

7. Sosyal güvence: a)Yok b)Var

8. Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a)Çok iyi b)İyi c)Orta d)Zayıf

9. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a)Var b)Yok(10. Soruya geçiniz)

9a. Kronik bir hastalığınız varsa sizde olanları işaretleyiniz:

a)Hipertansiyon b)Diyabet c)Kalp hastalığı d)Koah
e)Kanser f)Anemi(kansızlık) g)Tiroit hastalığı h)Migren
i)Romatizmal hastalık j)Hiperkolesterolemi k)Diğer
(belirtiniz).....

9b. Kronik hastalığınız için ilaç tedavisi alıyor musunuz?

- a)Evet, doktorumun reçetelediği ilaçları kullanıyorum.
- b)Hayır, doktorum ilaç tedavisini gerek görmedi.
- c)Hayır doktorumun reçetelediği ilaçlar yan etki gösterdi.
- d)Hayır, doktorumun reçetelediği ilaçları kullanmak istemedim.

10. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkında herhangi bir bilginiz var mı? (bitkisel tedaviler, kupa, hacamat, sülük, akupunktur, ozon, mezoterapi, hipnoz, ozon, müzik terapi vs.)

- a)Evet
- b)Hayır(*diğer anket formuna geçebilirsiniz*)

10a. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkında nerelerden bilgi aldınız?

- a)Aile üyelerinden
- b)Akralaraldan
- c)Arkadaşlardan
- d)Hekimimden
- e)İnternette/radyodan/televizyondan
- f)Yazılı basından
- g)Diğer(belirtiniz)...

10b. Aşağıdaki geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz (uygulamalarla ilgili açıklamalar anketin son sayfasında mevcuttur):

- a)Akupunktur
- b)Apiterapi
- c)Fitoterapi
- d)Hipnoz
- e)Sülük uygulaması
- f)Homeopati
- g)Kayropratik
- h)Mezoterapi
- i)Larva uygulaması
- j)Osteopati
- k)Proloterapi
- l)Refleksoloji
- m)Ozon uygulaması
- n)Müzik terapi
- o)Kuru kupa/yaş kupa(hacamat)
- p)Diğer(belirtiniz).....
- ...

11. Kullanıyor olduğunuz veya daha önce kullandığınız geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları var mı?

- a)Evet
- b)Hayır(*15. Soruya geçiniz*)

11a. Bu yöntemleri kullanmayı kimin önerisiyle veya neyin yönlendirmesiyle tercih ettiniz?(*birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- a)Ailemin
- b)Komşu/Arkadaşın
- c)Doktorumun
- d)Sosyal medyanın
- e)Basın yayın organlarının
- f)Diğer(belirtiniz).....

11b. Sizi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelten sağlık sorunlarınızı işaretleyiniz:

- a)kas-eklem ağrısı
- b)kronik hastalık
- c)kozmetik nedenler
- d)baş ağrısı/migren
- e)stres
- f)kilo
- g)genel sağlık halinin iyiliği için
- h)Diğer(belirtiniz):.....

11c. Bu yöntemleri tercih etme nedenlerinizi işaretleyiniz:

- a)ucuz olması
- b)kolay ulaşılabilir olması
- c)uygulamasının kolay olması
- d)tedavi ediciliğine inancım
- e)tedaviye destek olması
- f)Diğer(belirtiniz.....)

11d. Kullanıyor olduğunuz veya daha önce kullandığınız uygulamaları işaretleyiniz:

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| a) Akupunktur | b) Apiterapi | c) Fitoterapi | d) Hipnoz |
| e) Sülük uygulaması | f) Homeopati | g) Karyopraktik | h) Mezoterapi |
| i) Larva uygulaması | j) Osteopati | k) Proloterapi | l) Refleksoloji |
| m) Ozon uygulaması | n) Müzik terapi | o) Kuru kupa/yaş kupa(hacamat) | |
| p) Diğer(belirtiniz)..... | | | |
| ... | | | |

12. Uygulamanın size etkisi nasıl oldu?

- a)**Fayda gördüm
- b)**Zarar gördüm
- c)**Etkisi olmadı

13. Bu hizmet size nerede uygulandı?

- a)**Hastanede
- b)**Özel klinikte
- c)**Diğer(belirtiniz):.....

13a. Bu hizmet size kim tarafından uygulandı?

- a)**Doktor **b)**Diğer sağlık çalışanı **c)**Sağlık çalışanı değil **d)**Bilmiyorum

13b. Ne kadar süreyle bu uygulamaları kullandınız/kullanıyorsunuz?

- a)**1 defa
b)İyileşene kadar kullandım
c)Ara sıra kullanıyorum
d)Düzenli olarak kullanıyorum

14. Kullandığınız uygulama hakkında ilgili hekiminiz ile konuştunuz mu?

- a)**Evet, aile hekimim ile görüştüm.
b)Evet diğer branştan hekimim ile görüştüm.
c)Hayır herhangi bir hekim ile görüşmedim.(14b. Soruya geçiniz)

14a. Hekiminiz nasıl karşıladı?(cevapladıktan sonra 15. Soruya geçiniz)

- a)**Kullanmayı bırakmamı tavsiye etti.
b)Kullanmaya devam etmemi tavsiye etti.
c)Kullanıp kullanmamayı bana bıraktı.
d)Herhangi bir tepkisi olmadı.

14b. Hekiminiz ile bu konuda konuşmama sebebiniz nedir?

- a)**Hekiminin tepkisinden korktum.
b)Gerek görmedim.
c)Hekimim daha önce bu konuda hiç benimle konuşmadı.
d)Diğer(belirtiniz).....
.....

15. Aile hekiminiz daha önce geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanıp kullanmadığınız hakkında hiç sizinle konuştu mu?

- a)**Evet **b)**Hayır

16. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını daha önce kullanmadıysanız gelecekte kullanmayı düşünüyor musunuz?

- a)**Evet kullanırım **b)**Hayır kullanmam **c)**Kararsızım

Akupunktur: Özel noktalara (kulaktan veya bütün vücuttan seçilirler) özel iğneler kullanarak veya lazer gibi uyaranlarla uyarılarak yapılan tedavi metodudur.

Apiterapi: Arı ve arı ürünlerinin koruyucu ve bazı hastalıkların tedavisinde tamamlayıcı uygulama yöntemi olarak kullanılması biçimidir. Başlıca arı ürünleri bal, balmumu, arı poleni, propolis, arı sütü ve arı zehridir.

Fitoterapi: Bitkisel tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçlarla yapılan bir tıbbi tedavi yöntemidir.

Hipnoz: Telkin yoluyla bir kişinin bilinç ve farkındalık, vücut, hisler, duygular, düşünceler, hafıza veya davranışlarında değişiklik elde etmek üzere tasarlanmış veya bu sonucu ortaya çıkaran işlemdir.

Sülük uygulaması: Steril sülük kullanılarak yapılan uygulamadır.

Homeopati: Kişiye özgü seçilmiş ilaçlar ile sağlık durumunu iyileştirmeyi hedef alan bütüncül bir uygulama yöntemidir.

Kayropraktik: Kas, omurga ve iskelet sisteminin biyomekanik bozuklukları ve bunun sinir sistemi üzerinde oluşturduğu sorunları önlemesiyle ilgilenen destekleyici bir uygulama alanıdır. Uygun hastalarda normal mekanik hareketliliğini yitirmiş eklemleri elle uygulanan tekniklerle düzeltme üzerine yoğunlaşır.

Kupa uygulaması: Kan dolaşımını arttırmak için bölgesel vakum oluşturmaya dayanan kuru kupa uygulaması ve belli vücut noktalarında bölgesel vakumla beraber cilt kesikleri oluşturarak kanın alındığı yaş kupa uygulaması (hacamat)

Larva uygulaması: *Lucilia (Phaenicia) sericata* steril larvalarının kronik yaralarda biyodebridman (kalan sağlıklı dokunun iyileşme potansiyelini geliştirmek için ölü, hasarlı veya enfekte olmuş dokunun tıbbi olarak uzaklaştırılması) amaçlı kullanılması suretiyle yapılan uygulamadır.

Mezoterapi: Düşük dozlarda bitkisel, farmakolojik ilaçların hastalığın olduğu en yakın alana küçük özel iğneler aracılığıyla elle veya mezoterapi enjeksiyon aletleri ile cilt içine özel teknikler yoluyla enjekte edilerek tedaviyi destekleyici bir tamamlayıcı tıp uygulamasıdır.

Proloterapi: İşlevselliğini kaybetmiş, zayıf, hasarlı eklem, kıkırdak, ligament ve tendonları güçlendirerek tekrar eski haline getirmek amacı ile iyileşme sağlayıcı maddelerin iğne tedavisi ile vücuda verilmesi ile yapılan bir tedavidir.

Osteopati: Eklemler, kaslar, bağ dokusu ve omurgayı içeren kas iskelet sisteminin güçlendirilmesine yardımcı olan, bütün vücut sağlığına odaklanan ve hastalıklarda kas-iskelet sisteminin etkinliği üzerinde duran girişimsel olmayan (iğne, ameliyat içermeyen) bir tamamlayıcı tıp uygulamasıdır. Sıklıkla hastanın omurga bölgesi, yumuşak dokuları, iç organ sistemleri ve baş bölgesi üzerine eller ile uygulanır.

Ozon uygulaması: Saf oksijenden özel bir jeneratör vasıtası ile elde edilen ozon gazının hastanın kendi kanı veya serum fizyolojik ile karıştırılarak, ya da gaz halinde vücudun çeşitli bölgelerine verilmesi ile uygulanan bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemidir.

Refleksoloji: El, ayak tabanı ve kulaklarda vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleriyle ilgili yönlendirici refleks alanlarının mevcudiyeti prensibine dayanan bir uygulama yöntemidir. Refleksoloji sıklıkla hastanın ayakları, elleri veya kulakları üzerine eller ile uygulanır. Daha az sıklıkla masaj cihazı, masaj çubuğu, masaj mili gibi aletler kullanılabilir.

Müzikterapi: Müzik terapisi konusunda ehliyetli bir profesyonel tarafından müziğin ve müzik uygulamalarının bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada klinik ve kanıta dayalı kullanıldığı uygulamadır.

Ek 3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Çalışmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederim
1.Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Baş dönmesi 2)Göz kararması 3)Terleme 4)Baş Ağrısı 5)Halsizlik 6)Bilmiyorum
2.Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Baş dönmesi 2)Göz kararması 3)Terleme 4)Baş Ağrısı 5)Halsizlik 6)Bilmiyorum
3.Düzenli olarak tartılır mısınız? 1)Evet 2) Hayır
4.Kilonuzun boyunuzla göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır
5.Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısı kaç derece olmalıdır? 1) 36°C üstü 2) 36.5°C üstü 3) 37°C üstü 4)37.5 °C üstü 5) Bilmiyorum
6.Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Ilık duş almak/aldırmak 2)Soğuk suya tutmak 3)Başına sirkeli bez koymak 4)Acile başvurmak 5)Terletmek için üzerini örtmek 6)Kıyafetlerini çıkarmak 7)Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak 8)Bilmiyorum
7.Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Eşin korunması (geri çekme) 2)Kondom(prezervatif) 3)Ria(spiral) 4)Doğum kontrol hapları 5)Bilmiyorum

8.Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?	
9.Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?	
10.Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız? 1)Yemekten hemen önce 2)Yemekten 1 saat önce 3)Yemekle beraber 4)Bilmiyorum	
11.Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dahiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4)Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
12.Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1)Dahiliye 2)Gastroenteroloji 3)Üroloji 4)Kardiyoloji 5)Acil 6)Bilmiyorum	
13.Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız:	
(Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.)	
Kendi Kendine Meme Muayenesi ()	a.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi ()	b.18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi ()	c.40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması ()	d.18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir
(Bu bölümü sadece erkekler cevaplayacaktır.)	
Kendi Kendine Testis Muayenesi ()	a. 18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi ()	b. 50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması ()	c. 50 yaş üstü erkekler için her yıl

14.Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harfleri eşleştirip parantezlere yazınız.	
Dahiliye ()	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ()	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ()	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ()	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ()	e. İç Hastalıkları
15.Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır	
16.Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır	
17.Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz? 1)Evet 2) Hayır	
18.Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşar mısınız? 1) Evet 2) Hayır	
19.Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz? 1) Evet 2) Hayır	
20.Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz? 1) Evet 2) Hayır	
21.Sağlıkla ilgili gazete/dergi vs. okur musunuz? 1) Evet 2) Hayır	
22.Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır	

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.

