



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP TEDAVİSİ
ALAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE HASTA
MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. ZEYNEP AYBEK DİNLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2024



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**Dr. ZEYNEP AYBEK DİNLER
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP TEDAVİSİ
ALAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE HASTA
MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi AHMET YILMAZ
DİYARBAKIR-2024**

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve yazımı aşamasında her kademede vermiş olduğu desteklerinden dolayı değerli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz'a saygı ve şükranlarımı sunarım. Uzmanlık eğitimimde tecrübelerini esirgemeyen başta anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Tahsin Çelepkolu'na ve bölümümüzün kıymetli hocaları Doç. Dr. Pakize Gamze Erten Bucaktepe'ye, Dr. Öğr. Vasfiye Pervane Demir'e teşekkür ederim; ayrıca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma, beraber çalıştığım hemşirelere, hastane çalışanlarına ve asistanlık süreci boyunca emeğini eksik etmeyen değerli bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimin başından sonuna kadar gerek dostluklarıyla gerekse tez yazım sürecindeki destekleriyle her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarım Berçem Aktaş ve Lütüfiye Gür Elez'e teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan, hayatımın her döneminde anlayış gösterip desteklerini esirgemeyen gerek tıp eğitimim gerekse uzmanlık eğitimim süresince yaşadığım her sıkıntıda arkamda duran, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem, babam ve kardeşlerime; sevgisini ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Hasan Fehmi Dinler'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Zeynep AYBEK DİNLER

ÖZET

Giriş ve Amaç: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları çok uzun bir tarihsel geçmişe sahip olan uygulamalar olarak bilinmektedir. Bu uygulamalar hem dünyada hem de ülkemizde büyük ilgi görmekte ve her geçen gün daha fazla tercih edilmektedir. Çalışmamızda GETAT alan hastalarda yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma, tanımlayıcı kesitsel tarzda planlanmış ve etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya Dicle Üniversitesi GETAT Polikliniğine başvuran 211 kişi katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu anketi, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği (AHMÖ) uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 24.0’da yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 36,27 idi. Katılımcıların %56,9’u kadın, %55,9’u memur, %44,5’i üniversite mezunu, %54,5’i orta ekonomik düzeyde idi. Katılımcıların %67,8’inin bilinen bir kronik hastalığı yoktu, %80,6’sı GETAT uygulamalarını; %66,8’i ise hastanemizi başkalarına tavsiye etmekteydi. Katılımcıların %38,9’u kupa terapi almıştı ve hastaların %49,8’i GETAT uygulamalarına sağlığını arttırmak ve genel iyilik halini sağlamak amacıyla yönelmişti. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel komponent alt boyutunun puan ortalaması $45,78 \pm 0,58$ olarak mental komponent alt boyutunun puan ortalaması ise $41,61 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. AHMÖ’nün genel puan ortalaması $3,37 \pm 0,05$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların eğitim durumları, meslekleri, kronik hastalık sayıları, aldıkları GETAT yöntemi, hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumları ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemi ve seans sayıları ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = 0,03$).

Sonuç ve Öneriler: Lise ve altı eğitimi olanlarda, emeklilerde, ozon alanlarda hastanemizi tavsiye edenlerde memnuniyet düzeyi yüksek saptanmıştır. Katılımcıların genel olarak memnun olduğu ve tavsiye ettiği GETAT uygulamalarının yapıldığı merkezler çoğaltılarak daha çok hastaya ulaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti, GETAT.

ABSTRACT

Introduction and Purpose: Traditional and complementary medicine (TCM) practices are known as practices that have a very long historical history. These applications attract great attention both in the world and in our country and are becoming more preferred every day. Our study aimed to evaluate the quality of life and patient satisfaction in patients receiving TCM.

Materials and Methods: The study was planned in a descriptive cross-sectional style and ethics committee approval was obtained. 211 people who applied to Dicle University TCM Polyclinic participated in the study. Sociodemographic data form survey, SF-12 Quality of Life Scale and Outpatient Satisfaction Scale (OSS) were applied to the participants. Statistical analysis of the data was done in SPSS 24.0.

Results: The average age of the participants in our study was 36,27. 56.9% of the participants were women, 55.9% were civil servants, 44.5% were university graduates, and 54.5% were of medium economic level. 67.8% of the participants did not have a known chronic disease, 80.6% of the participants recommended TCM practices and 66.8% of the participants recommended our hospital to others. 38.9% of the participants had received cupping therapy and 49.8% of the patients had used TCM practices to improve their health and ensure general well-being. The mean score of the physical component sub-dimension of the SF-12 Quality of Life Scale was found to be 45.78 ± 0.58 , and the mean score of the mental component sub-dimension was 41.61 ± 0.58 . The overall average score of OSS was calculated as 3.37 ± 0.05 . A statistically significant difference was found between the participants educational status, profession, number of chronic diseases, the TCM methods they received, their recommendation of the hospital to others, and their satisfaction levels ($p < 0,05$). A statistically significant difference was found between their quality of life levels and the TCM methods and the number of sessions the participants received ($p = 0.03$).

Conclusion and Recommendations: Satisfaction level was found to be high among those with high school education or lower, retirees, ozone users, and those who recommended our hospital. The centers where TCM applications are performed, which the participants are generally satisfied with and recommend, should be increased and more patients should be reached.

Keywords: Traditional medicine, complementary medicine, quality of life, patient satisfaction, TCM.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
KISALTMA DİZİNİ.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tanımı	3
2.2. Dünyada GETAT Kullanımı ve Gelişimi	4
2.3. Türkiye’de GETAT Kullanımı ve Gelişimi	5
2.4. Türkiye’de Kullanılmasına İzin Verilen GETAT Yöntemleri	6
2.4.1. Akupunktur	6
2.4.2. Apiterapi.....	8
2.4.3. Fitoterapi	9
2.4.4. Hipnoz	10
2.4.5. Hirudoterapi (Sülük uygulaması).....	11
2.4.6. Homeopati.....	12
2.4.7. Kayropratik	13
2.4.8. Kupaterapi (Hacamat uygulaması).....	13
2.4.9. Larva uygulaması	15
2.4.10. Mezoterapi.....	16
2.4.11. Müzik terapi	17
2.4.12. Osteopati	18
2.4.13. Ozon uygulaması.....	20
2.4.14. Proloterapi	21

2.4.15. Refleksoloji	23
3. MATERYAL VE METOD	24
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri	24
3.2. Araştırmanın Evreni	25
3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli	25
3.3.1. Sosyodemografik veri formu	25
3.3.2. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-12)	26
3.3.3. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği (AHMÖ)	26
3.4. İstatiksel Analiz.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Veriler.....	28
4.2. Korelasyon Analizi.....	31
4.3. Karşılaştırmalı İstatistiksel Veriler	32
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	Error! Bookmark not defined.
8. EKLER.....	62
EK 1. Sosyodemografik Veri Formu	69
EK 2. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği.....	72
EK 3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği	75

KISALTMA DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHMÖ: Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

MCS: Mental Component Score

PCS: Physical Component Score

SF-12: Short Form-12



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri	28
Tablo 2. Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemleri.....	30
Tablo 3. Yaş ve kullanılan ölçeklerin ortalaması	31
Tablo 4. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile yaşın korelasyon tablosu.....	32
Tablo 5. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının cinsiyet ile karşılaştırılması	33
Tablo 6. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt boyutlarının meslekle karşılaştırılması.....	34
Tablo 7. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile katılımcıların eğitim durumunun karşılaştırılması.....	35
Tablo 8. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının ekonomik durum ile karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. SF-12 ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının katılımcılarda kronik hastalık varlığı ile karşılaştırılması.....	37
Tablo 10. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının kronik hastalık sayısı ile karşılaştırılması	38
Tablo 11. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile katılımcıların daha önce GETAT polikliniğine başvuru durumlarının karşılaştırılması	39
Tablo 12. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının akupunktur alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması.....	40
Tablo 13. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının ozon uygulaması alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması	41
Tablo 14. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının sülük uygulaması yaptıran katılımcılar ile yaptırmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması	42
Tablo 15. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının kupa terapi yaptıran katılımcılar ile yaptırmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması...	43
Tablo 16. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının mezoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması	44

Tablo 17. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının kayropratik yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması	45
Tablo 18. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının fitoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması	46
Tablo 19. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının diyet alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması.....	47
Tablo 20. Katılımcıların aldıkları seans sayısı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması	48
Tablo 21. Katılımcıların GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etme durumlarının ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılması	49
Tablo 22. Katılımcıların hastanemizi başkalarına tavsiye etme durumlarının ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılması.....	50



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çok uzun bir tarihsel geçmişi olan geleneksel tıp kavramı; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, bu hastalıkların saptanması ve tedavi edilmesine ek olarak insan sağlığının korunması ve iyiliğinin devamının sağlanmasında kullanılan, farklı kültürlerin kendine has teori, inanç ve tecrübelerine dayalı açıklanabilir veya açıklanamayan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlanmıştır. ‘Tamamlayıcı tıp’ veya ‘alternatif tıp’ kavramları ise, o ülkenin kendi geleneğinin veya konvansiyonel tıbbının parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemiyle tam olarak entegre olmayan geniş bir dizi sağlık hizmeti uygulamasını ifade eder. Bazı ülkelerde bu kavramlar geleneksel tıpla birbirinin yerine kullanılmaktadır (1).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT); erişilebilir ve uygun maliyetli olmasının yanı sıra, daha geniş bir inanç sisteminin parçası olup günlük yaşamın ve refahın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Avustralya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da “tamamlayıcı ve alternatif tıp” , özellikle kronik hastalıkların tedavisi ve yönetimi için modern tıba paralel olarak her geçen gün daha fazla kullanılmaktadır. Hastalıkların tedavi sürecinde kullanılan kimyasal ilaçların olumsuz etkilerine ilişkin endişeler, kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerine yönelik istek ve halkın sağlık bilgilerine daha fazla erişiminin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımını arttırdığı düşünülmektedir (2).

Bunun yanında günümüzde ortalama yaşam süresinin artışına paralel olarak; bakım süreci ve tedavi edilmesi güç, kronik, dejeneratif ve malign hastalık sıklığındaki artış, yeni teknolojilerin yüksek maliyeti, bu olanaklara ulaşılmasındaki güçlükler, sağlık ekibi üyelerinin yeterli zaman ayıramayışı, güncel bakım ve tedavi yöntemlerine karşı duyulan kuşku ve olası yan etkilerinden korku tamamlayıcı terapi yöntemlerine olan ilgiyi de büyük ölçüde arttırmıştır (3).

Kökeni insanlık tarihi kadar eski olan GETAT uygulamalarının, son dönemlerde dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de kullanımı gittikçe yaygınlaşmıştır (4). Ülkemizde yedi coğrafi bölgede 5882 katılımcı ile yapılan bir çalışmada geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavilerini kullanım oranı %60,5 olarak tespit edilmiştir (5). Artan bu kullanım oranıyla birlikte DSÖ, GETAT uygulamalarının ülkelerin sağlık politikalarındaki rollerinin ve yerinin

tanımlanmasının gerekli olduğunu, bu şekilde GETAT uygulamalarına hastaların güveninin artacağını, iyi olan uygulamaların destekleneceğini ve hastaların tedavilerinin güvence altına alınacağını düşünmektedir (1). Buna yönelik olarak ülkemizde GETAT alanındaki ilk düzenleme “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile 1991 yılında oluşturulmuştur (6). Bu yönetmelik günümüze kadar çeşitli düzenlemeler ve yeni yönetmeliklerle geliştirilmiş ve 2014 yılında daha geniş kapsamlı ”Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle, on beş ayrı uygulama için sertifikasyon programı düzenlenmiş, uygulamaların endikasyon, kontrendikasyon ve kimlerce yapılabileceği gibi konular belirlenmiştir. Yönetmelikte yer verilen uygulamalar: kupa terapisi (hacamat), refleksoloji, kayropratik, fitoterapi, apiterapi, hirudoterapi (sülük), hipnoz, mezoterapi, ozon terapisi, akupunktur, proloterapi, larva uygulaması, osteopati, müzik terapi ve homeopatidir (7).

Sağlıkta iyilik halinin bir ölçümü olan yaşam kalitesi kavramı; kişinin fiziksel, psikolojik, ruhsal ve manevi bakımdan içinde bulunduğu genel refah halini ifade eden bir kavram olarak açıklanmıştır (8). Hastaların kendilerinin bildirmiş olduğu yaşam kalite düzeyi değerlendirmesinin kronik hastalıkların tedavi sürecinde ortaya çıkan sorunların çözümüne, hastalara verilen tedavi ve bakımın düzenlenmesine, daha sonra da süreç içinde bu uygulamaların iyileştirilmesine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir (9).

Bu kapsamda çalışmamızda çoğunlukla kronik ve süregelen hastalıklar da dahil olmak üzere bir çok hastalıkta tercih edilen ve her geçen gün kullanımında artış görülen GETAT uygulamalarını alan hastalarda yaşam kalitesi ve hasta memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmış olup bu değerlendirmelerin hasta tedavilerinde gelişme ve iyileşmeye olanak sağlayabileceği düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tanımı

DSÖ; geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramını “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür” şeklinde tanımlamıştır (1).

Dünyada hala geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp kavramlarının tanımı üzerinde ortak bir görüş oluşmamış olmakla birlikte 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde kurulan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) alternatif ve tamamlayıcı tıp kavramlarına bir tanımlama getirmiştir. Bu tanımlamaya göre alternatif tıp; GETAT uygulamalarının konvansiyonel tıp yöntemlerinin yerine kullanılması, tamamlayıcı tıp ise bu GETAT yöntemlerinin konvansiyonel tıp tedavileriyle birlikte kullanılmasını ifade etmektedir. Bunun yanında NCCAM geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramlarını uyumlu bir şekilde bir araya getiren integratif tıp kavramını da ortaya koyarak bu tanımlamaların birbiriyle ilişkilendirilebilecek kavramlar olduğunu ortaya koymuştur (10).

Avrupa çapında GETAT yöntemlerine ulaşmada eşitliği sağlamak amacıyla 2004 yılında kurulan Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM) ise GETAT’ı daha farklı bir şekilde tanımlamıştır. Bu tanımlamada GETAT; geleneksel tıbbi yaklaşımların yanı sıra hastalar için geniş bir yelpazede sağlık hizmeti seçenekleri oluşturmak amacıyla kullanılabilen, sağlığın sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve oluşmuş hastalıklara yönelik tedavilerin oluşturulmasını sağlayan bağımsız ve özerk sağlık hizmeti uygulamaları olarak ifade edilmiştir (11).

Geçmiş binlerce yıl öncesine dayanan, geleneksel tıbbın gelişmesine büyük katkılar sunan ve sürekli bir gelişim ve dönüşüm içinde olan Geleneksel Çin Tıbbında da geleneksel tıp kavramı farklı bir şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre geleneksel tıp; doğada meydana gelen değişim ve dönüşümlerin insan üzerinde ortaya çıkarmış olduğu etkileri inceleyen, binlerce yıldır uygulanan ve sürekli geliştirilen hekimlik uygulamalarının toplamını oluşturan kavramdır (12).

2.2. Dünyada GETAT Kullanımı ve Gelişimi

Tarih öncesi çağlardan bu yana insanların çeşitli hastalıkları tedavi etmek bu hastalıkların etkilerini azaltmak için bitki, hayvan, mikroorganizma ve deniz ürünleri gibi maddeleri kullandıkları fosil kayıtlarıyla gösterilmiş ve bu şekilde geleneksel tıbbın tarihinin çok eski zamanlara dayandığı düşünülmüştür (13). Önceki dönemlerde toplumların kendi etki alanında sınırlı kalan geleneksel tıp uygulamaları, 1990'lardan sonra gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere tüm dünyada daha çok kullanılmaya ve gelişmeye başlamıştır (14).

DSÖ; GETAT'ın küresel sağlık sisteminin önemli bir parçası olduğunu, dünyada pek çok ülkenin bu yöntemlerden faydalandığını ve GETAT yöntemlerinin ülkelerin sağlık sistemleriyle bütünleşmesinin bu yöntemlerin gelişmesine katkıda bulunacağını düşünmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bireyler tarafından %40 ile %60 oranında kullanılan geleneksel tıp yöntemlerinin Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde nüfusun %40'tan fazlası tarafından yılda en az bir kez kullanıldığı belirtilmiştir. DSÖ; Geleneksel Tıp Stratejisini ortaya koyarak oldukça yüksek oranlarda tercih edilen geleneksel tıp yöntemlerinin modern tıpla bir bütünlük içinde kullanımını teşvik etmeyi amaçlamıştır (1).

Geleneksel Çin Tıbbının ortaya çıkışı yaklaşık olarak 3000 yıl öncesine kadar dayanmakta, Çin kültürünün ayrılmaz bir parçası olarak hala kullanılmaya devam edilmekte ve Çin halkının %60'ı tarafından hala kullanılmaktadır. Geleneksel Çin Tıbbının; Kore, Japonya, Hindistan gibi pek çok Asya ülkesine de bu bölgelerde geleneksel tıp kavramının gelişmesinde öncülük ettiği düşünülmektedir (15).

Etiyopya'da geleneksel tıbbın 1948 yılından beri yasal olarak kullanıldığı ve 1978'den itibaren bölgenin Sağlık Bakanlığı tarafından uygulandığı belirtilmiştir. Bu toplumda geleneksel tıp uygulamaları genellikle resmi olarak bir eğitim almayan belli yaşın üzerindeki kadınlar tarafından uygulanmakta olup halkın %80'inin bu yöntemleri güvenle kullandığı belirtilmektedir (16).

Avustralya'ya on dokuzuncu yüzyılda Çinli göçmenlerin akın etmesiyle birlikte geleneksel tıp uygulamaları bu toplumda da kullanılmaya başlanmış ve bu uygulamaların her yaştan hastaya uygulandığı çeşitli nörolojik ve romatolojik hastalıklar için tercih edildiği ve tekrarlayan kronik hastalıklara uygulanabildiği belirtilmiştir.

Kore’de on dokuzuncu yüzyıl itibarıyla kullanılan geleneksel Kore tıbbının ülkenin sağlık sisteminde önemli bir yer tuttuğu ve halkın %86’sı tarafından kullanılmakta olduğu bildirilmektedir (17).

2.3. Türkiye’de GETAT Kullanımı ve Gelişimi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de GETAT uygulamalarına ilginin artmasıyla birlikte 1991 yılından bu yana oluşturulan yönetmelik ve düzenlemelerle uygulanan tedavilerin bilimsel usul ve esaslarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Ülkemizde ilk olarak 29 Mayıs 1991 tarihinde ‘Akupunktur Tedavi Yönetmeliği’ sağlık bakanlığınca yayınlanmış ve bu yönetmelikle akupunktur merkezlerinin açılış, sertifikasyon ve denetim mekanizmaları belirlenmiştir (6).

Daha sonra 17 Eylül 2002 tarihinde ‘Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik’ yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle toplumun ve fertlerin sağlığını korumak amacıyla uygulanan akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasının sağlanması amaçlanmıştır (18).

Bu düzenlemenin ardından 2012 yılında GETAT uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri yapmak, yapılacak uygulamalar için izin ve denetlemeleri takip etmek ve izinlere aykırı olan faaliyetleri durdurmak amacıyla ‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı’ kurulmuştur (19).

GETAT uygulamalarının sadece sertifikalı kişiler tarafından yapılabileceğini ortaya koyan ‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ 2014 yılında yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle ayrıca sağlık profesyonelleri dışındaki kişilerin uygulama yapması yasaklanmıştır. Uygulama sertifikalarının hekim, uzman hekim, diş hekimi ve hekim gözetiminde olmak şartıyla yardımcı sağlık personelleri tarafından alınabileceği belirtilmiş ve 15 ayrı program için sertifikasyon programları düzenlenmiştir. Sertifikasyon düzenlenen bu uygulamalar; kupa terapisi (hacamat), refleksoloji, kayropratik, fitoterapi, apiterapi, hirudoterapi (sülük), hipnoz, mezoterapi, ozon terapisi, proloterapi, akupunktur, larva uygulaması, osteopati, müzik terapi ve homeopatidir (7).

Ayrıca 2019 yılında yayınlanan ‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik’ yapılan uluslararası anlaşmalar ile iyi klinik uygulamalar çerçevesinde GETAT alan hastalar üzerinde

bilimsel araştırma yapılmasını ve bu araştırmalarda kişilerinin haklarını korumayı sağlayacak usul ve esasları düzenlemeyi amaçlamıştır (20).

Son olarak ülkemizde 2019-2023 stratejik planında geleneksel tıp uygulamaları ile ilgili bazı hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler şu şekildedir (21) ;

“Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında ürün ve hizmet güvenilirliği ile standardizasyonun sağlanmasına yönelik hukuki düzenlemeler tamamlanacak, kontrol-denetim mekanizması oluşturulacaktır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin hukuki düzenlemeler tamamlanacaktır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıpta merkez sayısı ve kamu hastanelerindeki ünite sayısı artırılabilecek, kontrol ve denetim mekanizmaları oluşturulacaktır.”

2.4. Türkiye’de Kullanılmasına İzin Verilen GETAT Yöntemleri

2.4.1. Akupunktur

Kelime olarak akupunktur, ‘acus’ (iğne) ve ‘punctura’ (delme) kelimelerinin bir araya gelmesiyle türemiş bir kavram olarak yaklaşık 2000 yıl önce Çin’de ortaya çıkmıştır. Dünyanın en eski uygulamalarından biri olan akupunktur uzun tarihsel gelişimi boyunca pek çok farklı uygulama ve teknikle yaygınlaşmıştır.

Akupunktur aynı zamanda anatomik noktaları uyarmak için kullanılan bir uygulamayı da ifade etmektedir. İğne kullanımının yanı sıra akupunktur uygulayıcıları; manuel basınç, elektrik uyarımı, mıknatıs, düşük enerjili lazer teknolojileri, ısı ve ultrasonu da kullanabilmektedirler. Bu çeşitliliğe rağmen pratikte en sık kullanılan teknikler cildin belirli noktalarına yerleştirilen ince, katı ve metalik iğnelerin manuel manipülasyonu veya elektrikle uyarılmasıdır. Klasik akupunktur tedavisi hastanın yapısal özelliklerinin tanımlanmasıyla başlamaktadır. Hastanın teşhisi konulup değerlendirilmesi yapıldıktan sonra vücudun kendi düzenleyici sisteminin uyarılması ve onarılması için kesin olarak belirlenmiş noktalara ince metal iğneler yerleştirilmektedir. Klasik teori, vücudu birbirine bağlayan 14 ana meridyen üzerinde yer aldığı söylenen yaklaşık 365 noktayı içermektedir (22).

Tipik bir akupunktur seansında 5 ile 20 arasında değişen sayılarda iğne kullanılmakta ve seanslar genellikle yaklaşık bir saat sürmektedir. İğneler yerleştirildikten sonra, hasta rahat yatarak genellikle 10-15 dakika bekletilmekte ve

seans sonunda iğneler çıkarılmaktadır. Tedaviler haftada bir veya iki kez yapılmakta olup toplam seans sayısı ve seansların süresi; hastanın durumuna, hastalığın ciddiyetine ve süresine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (23).

Akupunktur iğnesinin cilde yerleştirilmesiyle ortaya çıkan uyarıların beyin korteksine kadar ulaşarak mezensefalon ve periventriküler bölgedeki nöronları uyarak ağrı kontrol sistemini harekete geçirdiği düşünülmektedir. Bu kontrol sisteminin harekete geçmesiyle beyin dokusu ve plazmada beta endorfin, enkefalin, serotonin ve norepinefrin düzeylerinde yükselme meydana gelerek analjezik ve antienflamatuar etki oluşmaktadır. Bu nedenle ağrı sendromlu hastalıkların tedavisinde akupunktur uygulaması tedavi seçeneği olarak kullanılabilir (24).

2014 tarihinde yürürlüğe konulan “GETAT Uygulamaları Yönetmeliği” uygulama merkezleri ve ünitelerde akupunktur uygulanabilecek durumları şu şekilde açıklamıştır:

- Kas-iskelet sisteminde görülen mekanik ağrılar ve eklem ağrıları
- Migren ve gerilim tip gibi organik sebebe bağlı olmayan baş ağrıları
- Diş ağrıları
- Kas spazmı ve akut veya kronik dönemdeki bel ağrıları
- Nöropatik ağrılar
- İlaç yan etkisiyle ilişkili, taşıt tutmasına bağlı veya gebelik dönemlerindeki

bulantı-kusmalar

- Fonksiyonel gastrointestinal sistem bozuklukları
- Alerjik rinit semptomları
- Dismenore, polikistik over sendromu, infertilite, premenstruel sendrom
- Organik bir nedene bağlı olmayan uyku bozukluğu
- Eksojen obezite (diyetle uyum amacıyla)
- Alerji, cilt kuruluğu ile ilişkili kaşıntı ve egzama
- Sigarayı bırakma esnasında meydana gelen anksiyete
- Gece işemeleri (organik nedenden bağımsız)
- Radyoterapi ve kemoterapi ilişkili ağrı, bulantı, kusma
- Vertigo (organik nedeni olmayan)
- Kronik solunum sistemi hastalıkları (hayat kalitesini yükseltmek amacıyla)

- Genel iyilik durumunun oluşması ve devamlılığın sağlanması
- Kauda ekuina saptanmayan ve ilerleyici nörolojik kayıp olmayan sinir kökü irritasyonu

- Alkol bağımlılığı tedavisi sonrası
- Ekstubasyon sonrası çocuktaki solunum sıkıntısı
- Kronik göz hastalıkları
- Hafıza problemleri ve unutkanlık
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
- İdiopatik ve/veya sjögren hastalığı ile ilişkili göz kuruluğu.

Aynı yönetmelikte; acil durumlar, kanama diyatezi tanısı varlığı gebelikte bazı özel dönemler akupunkturun kontrendike olduğu durumlar olarak gösterilmiştir (7).

2.4.2. Apiterapi

Apiterapi, bal arısı ürünlerinin bir veya birden fazla hastalığın önlenmesi ya da tedavisi için kullanılması şeklinde tanımlanan bir tamamlayıcı tıp yöntemi olarak bilinmektedir. Kullanılan arı ürünleri bal, arı sütü, polen, propolis, arı zehri ve balmumu gibi farklı ürünler olabilmektedir. Kullanımı dünya üzerinde yaklaşık 3000 yıllık bir geçmişe sahip olan apiterapi; Uzakdoğu ülkelerinde ortaya çıkmış olmasına karşın günümüzde dünyanın her yerinde tercih edilen ve gittikçe önemi artan bir tedavi şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (25).

Bal, bitkilerin nektarından üretilen ve içeriğinde yaklaşık olarak %70-80 oranında karbonhidrat içeren bir besin olarak bilinmektedir. İçerdiği karbonhidratın yanı sıra içeriğinde a-tokoferol, askorbik asit ile glikoz oksidaz, katalaz ve peroksidaz gibi enzimler de bulunmaktadır (26). Bal sahip olduğu içeriğiyle antioksidan, antimikrobiyal, antiinflamatuvar, antiparaziter, antiviral, antimitojenik ve prebiyotik etkiler oluşturarak tedavi edici, hastalıkları önleyici ve iyileştirici olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri içinde yerini almıştır (27).

Arı poleni, doğanın en eksiksiz gıdası olarak ifade edilen ve çok eski çağlardan beri geleneksel tıp uygulamaları içinde yerini alan bir madde olarak bilinmektedir. Polenin sahip olduğu bileşenler ele alındığında başka herhangi bir gıdaya kıyasla tüm metabolitleri daha yüksek oranda içerdiği ortaya konulmuştur. Bağışıklık sistemi üzerine stres oluşturan radyasyon ve kimyasal bileşikleri elimine ederek

metabolizmadaki stresi ortadan kaldırarak antioksidan bir etki oluşturan polen; immünite üzerinde koruyucu ve iyileştirici bir etki oluşturmaktadır (25).

Arı sütü viskoz jelimsi bir madde olup kısmi olarak suda çözünmektedir. Rengi beyaz ile sarı arası değişkenlik gösterebilmektedir. Arı sütü; içeriğindeki proteinler, aminoasitler, lipitler, vitaminler ve şekerler ile yüksek besleyici özelliğe sahip bir apiterapi ürünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Hücre yenilenmesi, hücre üretimi ve metabolizması üzerinde etkili olan arı sütü genel olarak canlılık ve enerji sağlamak amacıyla kullanılabilmektedir. Hafıza güçlendirme, kan basıncını düşürme, deri yenilenmesini hızlandırma, yorgunluğu azaltma, hormonal düzenlenme ve büyüme gelişmede hızlanma gibi etkileri bulunmaktadır. Antiviral, antimikrobiyal ve antitümoral etkileri nedeniyle kullanımı tercih edilen bir madde olarak bilinmektedir (28).

Ülkemizde kullanılan yönetmelikte belirtilen apiterapi kullanma endikasyonları şu şekildedir (7):

- Sekonder immun yetmezlik tanısı olan hastalarda immün sistemi desteklemek
- Eklem ve kaslardaki hassasiyetinin azaltılması bunun yanında kas kasılmalarının önlenmesi ve kasları kuvvetlendirmek
- Kronik deri hastalıkları olanlarda iyileşme ve yenilenmeyi sağlamak.

2.4.3. Fitoterapi

Bitkiler; tarih öncesi çağlardan beri insanlar tarafından tıbbi amaçla kullanılabilen maddeler olarak bilinmektedir (29). Fitoterapi; basitçe hastalıkların tedavisi veya önlenmesinde bitkilerin kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde kullanılan GETAT yöntemleri arasında en sık başvurulanan yöntem fitoterapi olup her yaş grubundan hastanın rahatlıkla kullanabildiği bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (30).

Son yıllarda sentetik ilaçlarla ortaya çıkan yan etkilerin ve bunlarla beraber gelen medikal ve ekonomik sorunların bitkisel tedavilere yönelimi arttırdığı düşünülmektedir. Bununla birlikte küratif tedavi yöntemi günümüzde mümkün olmayan hastalıkların çoğalması ve doğal tedavilerin daha etkili ve yan etki açısından güvenli olarak görülmesinin de bu ilgiyi arttırdığı düşünülmektedir. Fitoterapinin genel olarak güvenli kabul edilmesinin yanı sıra bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının

toksik etkilere yol açabildiği ve uygun olmayan formlarda kullanımının ciddi yan etkiler oluşturabilme potansiyelinin olduğu bilinmektedir. Özellikle bitkisel tedavilerle birlikte bazı ilaçların kullanımının ilaç etkileşimlerine yol açtığı ve birbirini nötralize edebildiği akılda tutulması gereken noktalardan biri olarak belirtilmektedir (31).

Fitoterapinin kullanılabildiği hastalıklar; meme kanseri, HIV, karaciğer hastalıkları, astım, romatolojik hastalıklar ve çeşitli kronik hastalıklar olarak bildirilmiştir (32).

Bitkisel tedavilere ulaşımın ve kullanımının belli bir standartta olması amacıyla ülkemizde bitkisel ürünler gıda takviyesi ya da geleneksel bitkisel tıbbi ürün olarak sınıflandırılmaktadır. Bitkisel ürün tedavi edici özelliği ile sunulacak ise başvuru ve onay işlemleri Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na değerlendirilmektedir (33). Ayrıca 2014 yılında yayınlanan GETAT yönetmeliği de fitoterapi uygulamaları hakkında uyulması gereken kuralları ve gerekli yasal düzenlemeleri içermektedir (7).

2.4.4. Hipnoz

Hipnoz dikkat ve odağın yakın çevreden ayrıştığı; duygulanımın içe dönük bir hal aldığı uyanık farkındalık ve telkinlere uyum durumu olarak tanımlanmaktadır (34). İndüksiyon ile başlayan ve çevreye karşı farkındalığın azaltılması ile devam eden yönlendirme ve telkinleri içeren bir süreçler bütünü olarak bilinen hipnozun çok uzun bir tarihsel geçmişe sahip olduğu bilinmektedir. Hipnotik kapasitenin absorbsiyon, dissosiasyon ve telkiniyet olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Hipnozun genel doğasının ve sinir bilimin her geçen gün daha da iyi anlaşılmasıyla birlikte hipnoterapi geleneksel tıp uygulamaları içinde gittikçe artan oranda tercih edilmektedir. Hipnoterapinin çok çeşitli uygulama alanları mevcut olup uygulama yapanların belli bir eğitim ve meslek dalına sahip kişiler olması gerekmektedir.

Hem psikiyatride hem de genel tıp alanlarında kullanılabilen hipnoterapi çeşitli hastalıklarda tedavi amacıyla tercih edilebilmektedir. Genel tıp alanında kullanılabildiği uygulamalardan bazıları şu şekildedir: dental uygulamalarda analjezi sağlamak, immün yetmezlikli hastalarda immün cevabı arttırmak, dermatolojik hastalıklarda kaşıntıyı azaltmak, romatolojik ve kronik hastalıklarda ağrıyı azaltmak, gebelikte bulantı kusmaları azaltmak ve obezitede yeme davranışını düzenlemek.

Bunun dışında psikiyatrik hastalıklardan anksiyete bozuklukları, depresyon, dissosiyatif bozukluklar, uyku bozuklukları, obsesive-kompulsive bozukluk ve tik bozuklukları gibi birçok hastalıkta tedavi amaçlı olarak hipnoterapi kullanılabilmektedir (35).

2.4.5. Hirudoterapi (Sülük uygulaması)

Hirudoterapi, tıbbi sülüklerin tedavi amacıyla kullanıldığı bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Uzun bir tarihsel geçmişe sahip olduğu düşünülen bu tedavi yöntemine 1020 yılında İbni Sina'nın 'El Kanun Fi't- Tıbb' adlı eserinde yer verildiği bilinmektedir.

Sülükler, üzerine konuldukları deri bölgesini ısırarak veya o bölgeyi hortumlarıyla delerek kanı emerler. Bu ısırık sırasında açığa çıkan maddelerden dolayı ağrı hissi oluşmaz veya sivrisinek ısırığına benzeyen hafif bir ağrı oluşur. Sülük tükrüğünde bulunan anestezi ve antikoagülan maddelerin tedavinin temel ilkesini oluşturduğu düşünülmektedir (36).

Sülük tükrüğünde yüzden fazla biyoaktif bileşenin bulunduğu düşünülmektedir. Bu bileşenlerin antikoagülan, bakteriyostatik, analjezik, antioksidan ve ödem önleyici etkileri bulunmaktadır. Ayrıca kan basıncını düşürücü, hipoksiyi önleyici, bağışıklık sistemini aktive edici ve organizmanın biyoenerji durumunu düzenleyici etkilerinin de uygulanan kişide tedavi edici etkinliğin oluşmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Şu ana kadar sülük tükrüğünde bulunan tanımlanmış bileşenlerden bazıları şunlardır: hirudin, hiyaluronidaz, asetil kolin, histamin benzeri peptitler ve kalın (37).

Tedavi sırasında hastaya uygulanan sülüklerin cilde tutunma süresi yirmi ile kırk beş dakika arasında değişkenlik gösterebilmektedir ve bu süre içinde sülük tarafından 5 ile 15 ml arasında kan emilebilmektedir.

Sülük tedavisi alacak olan hastanın ilk değerlendirilmesi detaylı bir şekilde yapılmalı ve hastanın kullandığı ilaçlar, sigara kullanıp kullanmadığı mutlaka sorgulanmalıdır bunun yanında hastanın daha önceden bilinen arteriyel veya venöz yetmezlik, hemofili gibi hastalıklar başta olmak üzere tıbbi hastalık geçmişi detaylı olarak sorgulanmalıdır (38).

Hirudoterapi için ülkemizde belirlenmiş olan endikasyonlardan bazıları şunlardır;

- Osteoartrit
- Dejeneratif eklem hastalıkları
- Alt ekstremitenide oluşan variköz venöz hastalıklar.

Kanama diyatezi, aktif kanama varlığı, anemi, antikoagülan ilaç kullanımı, gastrointestinal kanama öyküsü, kanser, gebelik ve laktasyon gibi durumlarda ise sülük tedavisi kontrendikedir (7).

2.4.6. Homeopati

Homeopati; Yunancada “benzer” (ómoio) ve “acı” (páthi) kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan ve vücuttaki iyileştirici güçleri aktive edebilmek amacıyla kişiye hastalıkla aynı şekilde etki gösteren bileşenlerin düşük dozda verilmesi esasına dayanan bir geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak bilinmektedir (39). İlk olarak 1700’lü yılların sonlarında Alman Doktor Samuel Hahnemann tarafından ortaya konan bu tedavi yönteminin ilk ortaya çıktığı zamanlarda gördüğü ilginin günümüzde azalmış olduğu bilinmektedir.

Homeopati hastaya zarar vermeden tamamen doğal yöntemlerle hastayı iyileştirmeyi hedefleyen ve bazı ilkelere dayanan bir tedavi yöntemidir. Dayandığı ilkelere homeopatinin esasını teşkil eden ilke ‘benzer, benzerini iyileştirir’ ilkesi olarak bilinmektedir. Bu prensibe göre kişiye yüksek dozda verilince hastalık oluşturan bir madde aynı hastaya çok düşük dozda verilince kişide iyileşmeyi sağlamaktadır ve bu iyileşmeyi sağlayan şey kişinin kendi vücudundaki iç enerji ve organizmanın doğal savunma sistemidir. Homeopatide hastalığa, hastanın genel durumuna ve tedavi ihtiyacına göre kişiye özel olarak ilaçlar hazırlanır, bu ilaçlar çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel kaynaklardan elde edilir. Hazırlanan ilaçlarda bulunan ana maddenin çeşitli bileşenlerle seyreltilerek oldukça düşük dozda verildiği bilinmektedir (40,41)

Homeopati düşük yan etki profili ve hastalar tarafından güvenli olarak görülmesi nedeniyle tercih edilebilmektedir. Homeopatinin ülkemizde uygulanabildiği hastalıklardan bazıları şunlardır;

- Migren
- Gerilim tipi baş ağrısı
- Fibromiyalji

- Kronik yorgunluk sendromu (7).

2.4.7. Kayropratik

Kelime olarak ‘elle yapılan’ anlamına gelen kayropratik uygulamasının keşfi çok eski tarihlere dayanmakla birlikte resmi olarak 1895 yılında Alman bilim adamı Daniel David Palmer tarafından uygulanmaya başlandığı kabul edilmektedir. Kayropratik kelime olarak Yunanca kökenli olup tanım olarak kas iskelet ve sinir sistemi hastalıklarını teşhis, tedavi ve muayene etme sırasında kullanılan eklem ve iskelet yapısını manuel teknikler kullanarak düzeltmeyi amaçlayan bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kayropratik uygulamaları temel olarak omurga sisteminin mekanik bozuklukları ve bu bozuklukların sinir sistemi üzerinde oluşturduğu olumsuz sonuçları ortadan kaldırmayı ve hastanın yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Kayropratik uygulamalarının alanında uzman kişilerce ve bu alanda eğitim aldıktan sonra yapılması önerilmekte olup bu şekilde uygulama sonucu ortaya çıkabilecek komplikasyonların en aza indirilmesi hedeflenmiştir (42).

Özellikle omurga ve kas iskelet sistemi hastalıklarında tercih edilen kayropratik uygulamaları ülkemizde de uygulanmakta ve bu uygulamalar için sertifikasyon programları düzenlenmektedir. Bu doğrultuda ülkemizde kayropratik uygulamasının yapılabileceği bazı hastalıklar şunlardır:

- Postural skolyoz
- Akut ve kronik bel ağrıları
- Osteoartrit
- Lomber disk hernisi (7).

2.4.8. Kupaterapi (Hacamat uygulaması)

Tarihte ilk olarak milattan önce 3500 yıllarında Asurlular tarafından bambu ve hayvan boynuzları kullanılarak uygulanan kupa tedavisi, Geleneksel Çin Tıbbında da en az 2000 yıllık bir tarihi geçmişe sahip olan ancak kesin kökeni hala tam olarak bilinmeyen bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması olarak literatürde yerini almaktadır. Orta Doğu ve Arap toplumlarında kupa tedavisi yerine ‘vücudu eski ve orijinal durumuna geri döndürme’ anlamına gelen hacamat kelimesi kullanılmış olup İslam dininde de tavsiye edilmesi üzerine İslam toplumları tarafından da tercih edilen

ve günümüze kadar da uygulanmaya devam eden bir tedavi yöntemi olarak varlığını sürdürmüştür (43).

Kupa tedavisi günümüzde cam veya sert plastikten yapılmış top veya çan şeklindeki farklı boyutlardaki kupalarla uygulanmakta olup uygulama alanı ve uygulama süresi hastalar arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Kupalar ortalama 5-10 dakika bekletilmektedir. Kupa uygulaması sonrası uygulama alanında eritem, ekimoz ve ödem oluşumu görülebilir ancak bu durumların birkaç gün içinde kendiliğinden iyileşme eğilimi gösterdiği bilinmektedir. Uygulanan alanda negatif basınç oluşturmak amacıyla manuel pompalar veya ateş kullanılabilmektedir. Kupa tedavisinde kupalar uygulanmadan önce veya uygulanıp alındıktan sonra deri yüzeyine çizikler atılarak bu alandaki interstisyel alandaki sıvının dışarı atılması hedeflenmektedir (44).

Kupa tedavisi uygulama özelliklerine göre çeşitli alt gruplara ayrılarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamalar uygulama tekniğinin tipi, emiş gücü, emme yöntemi, kupa içeriğindeki maddenin cinsi, tedavi uygulanan bölge ve bu kategoriler dışında kalan diğer uygulamalar başlıkları altında incelenmektedir (45).

Etki mekanizması henüz net olarak tanımlanmamış olan kupa tedavisinin iyileştirici etkisinin nasıl ortaya çıktığına dair pek çok teori öne sürülmüştür. Bu teorilere göre kupa uygulamasında atmosfer altı basınç emilmesiyle periferik kan dolaşımında artış olmakta ve bu durum bağışıklık sisteminin çalışmasına yardım etmektedir. Bunun yanında kupa tedavisiyle ağrı eşiğinde artış, derinin kan akımında artış, inflamasyonda azalma ve nöroendokrin sistemin çalışmasında artış olduğu düşünülmektedir. Tüm bu etkiler göz önüne alındığında kupa tedavisinin hastalıklardan korunma, hastalık gelişimini önleme ve tedavi edici amaçlarla kullanılabileceği düşünülmektedir. Kupa tedavisi; migren, karpal tünel sendromu, diyabet, hipertansiyon, bel ağrısı, boyun ağrısı, baş ağrısı, fasial paralizi ve astım gibi çok geniş yelpazede hastalıkta tercih edilebilmektedir (46).

Ülkemizde de uygulama kolaylığı, kültürel ve dini etkiler nedeniyle büyük bir kullanım oranına sahip olan kupa tedavisinin endikasyon ve kontrendikasyonları yönetmelikle belirlenmiş olup kontrendike olduğu durumlar şu şekilde özetlenebilmektedir:

- Tromboflebit

- Cerrahi yara ve aktif yaralar
- Dekompanse kalp hastalığı
- Hemofili gibi kanama bozuklukları
- Antiagregan ilaç kullanımı
- Ciddi anemi (hemoglobin 9,5 mg/dl'nin altındaki anemiler)
- Varis üzerine direkt uygulama (7).

2.4.9. Larva uygulaması

Maggot Debridman Tedavisi (MDT) olarak da bilinen larva uygulamasının tarihi yüzyıllar öncesine dayanmakta olup ilk olarak savaş bölgelerinde yaralanan askerlerin yaralarının kurtçukların istila ettiği alanlarda daha hızlı iyileştiğinin askeri cerrahlar tarafından fark edilmesiyle keşfedilmiştir (47). Birinci Dünya Savaşı döneminde Doktor Bear tarafından bu larvalar ilk defa yara iyileşmesinde sistematik olarak kullanılmıştır. Keşfedildiği dönemde yara bakımı tedavisinde yaygın olarak kullanılan larva tedavisi, daha sonra antibiyotik tedavilerinin ortaya çıkmasıyla popülerliğini yitirmiş ve daha az kullanılmaya başlanmıştır ancak ilerleyen dönemlerde ortaya çıkan antibiyotik direnci ve özellikle diyabetik yara ülserlerinin görülme sıklığındaki artış ile kullanımı tekrar gündeme gelmiş ve larva tedavisi yeniden kullanılmaya başlanmıştır.

Larva tedavisinde *Lucilia Sericata* denilen güvenli ve etkili olduğu bilinen özel bir kurtçuk cinsi kullanılmakta olup kullanım öncesi dezenfeksiyon işlemleri yapılarak kurtçukların özel pansumanlar içinde saklanmaktadır. Yara bakımında kullanılan bu larvaların yara iyileşmesindeki etki mekanizması nekrotik dokunun debridmanı, yara yerinin dezenfeksiyonu ve bu alanda iyileşmenin uyarılması şeklinde bilinmektedir. Yara yerinde bu şekilde granülasyon dokusu oluşumunu uyaran larvaların sağlıklı dokuya zarar vermedikleri gösterilmiştir (48).

Özellikle diyabetik ayak gibi kronik enfekte yaralarda oldukça faydalı olduğu kabul edilen larva tedavisinin ülkemizde uygulanabildiği endikasyonlardan bazıları şunlardır:

- Diyabete bağlı gelişen ayak ülserleri
- Venöz staz ülserleri
- Nekrotizan fasit

- Post-operatif iyileşmeyen yaralar
- Osteomiyelit
- Travmatik yara ülserleri
- Bası ülserleri
- Arteriyel iskemik ülserler
- Diyabetten bağımsız gelişen nöropatik ayak ülserleri (7).

2.4.10. Mezoterapi

İlk olarak 1952 yılında Fransa’da Dr. Michel Pistor tarafından geliştirilen bir teknik olan mezoterapi; Yunancada ‘derinin orta tabakasına enjeksiyonla tedavi uygulanması’ anlamına gelen bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Enjeksiyon için çok ince iğnelerin kullanıldığı mezoterapide uygulanacak olan madde subkutan veya intradermal olarak uygulanabilmektedir (49).

Pistor, mezoterapinin esas olarak ‘doğru yere, çok seferde, az miktarda’ uygulanması gereken bir tedavi yöntemi olduğunu vurgulamıştır. Bu uygulamalar yapılırken enjeksiyonların deri altına 4 mm derinliği geçmeyecek şekilde, seri olarak ve aralarında 1-4 cm mesafe oluşturularak yapılması önerilmektedir. Uygulamalar aylık veya haftalık olarak seanslar şeklinde uygulayıcı klinisyenin belirlediği zamana göre yapılmaktadır (50).

Mezoterapi ilk ortaya çıktığı dönemlerde spor yaralanmaları, kas spazmları, vücuttaki enfeksiyon durumları, bazı romatolojik rahatsızlıklar, damar hastalıkları ve dolaşım problemlerinde kullanılmış olup daha sonra zaman geçtikçe farklı endikasyonlarda tercih edilmeye başlanmıştır. Günümüzde mezoterapi; akne tedavisi, cilt gençleştirme, sellülit, alopesi, skar oluşum durumları ve bölgesel zayıflama gibi kozmetik durumların tedavisi amacıyla da kullanılabilmekte olup bu endikasyonlarda tercih edilme oranı gittikçe artmaktadır (51).

Mezoterapinin etki mekanizması net olarak açıklanamamış olmakla beraber yapılan uygulamalarda sıklıkla enjekte edilen bileşenler; prokain, lidokain, piroksikam, pentoksifilin, hyaluronik asit, biotin, kafein, aminofilin, vitaminler ve minerallerdir. Bu maddeler mezoterapinin hangi amaçla yapıldığına bağlı olarak seçilmekte ve uygulama sırasında düşük dozlar kullanılarak ortaya çıkabilecek istenmeyen etkilerin önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Mezoterapi uygulama şekli

ve alınan sonuçlar bakımından aynı ilaçların sistemik kullanımlarına göre daha olumlu bir etki profili oluşturan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uygulama bölgesinde aktif enfeksiyon varlığı, gebelik, emzirme, kanama diyatezi, kanser ve ileri derecede kalp hastalığı varlığında mezoterapi yapılması önerilmemektedir (52).

Bu durumların dışında genel olarak güvenli bir yöntem olarak kabul edilmekte olan mezoterapi uygulamaları için ülkemizde belirlenen endikasyonlardan bazıları şunlardır:

- Trigeminal nevralji
- Migren
- Miyafasial ağrı sendromu
- Yumuşak dokularda oluşan spor yaralanmaları
- Alopesi, keloid ve akne gibi cilt sorunları
- İmmun sistem güçlendirmeleri
- Mikrodolaşım bozukluğuna bağlı ödem ve şişlikler
- Spazmodik patolojilere bağlı ağrılar
- Artrit ve romatoid poliartrit gibi eklem patolojileri (7).

2.4.11. Müzik terapi

Müzik kelime olarak düşünce, duygu ve imgelerin tek sesli veya çok sesli olarak anlatılması sanatı olarak tanımlanmaktadır (53). İnsanın yaratılışından itibaren canlı ve cansız sistemlerin bir araya gelmesi ile doğanın da tam bir uyum ve ahenk içinde kendine ait musikisiyle eşlik etmesiyle birlikte müzik kavramı daha geniş bir anlam kazanmaktadır. Sadece bir ritim veya uyumlu sesler bütünü olarak düşünülmemesi gereken müzik kavramının canlılar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkileri uzun yıllar boyunca araştırmalara konu olmuş ve müziğin iyileştirici tedavi edici özelliklerinin olduğu kabul edilmiştir. Müziğin bu tedavi edici, gevşemeyi sağlayıcı etkisini doğrudan otonom sinir sistemi üzerine etki ederek oluşturduğu düşünülmektedir. Cerrahi geçiren hastalar, yoğun bakım ünitelerinde bulunan hastalar ve çocuk hastalar başta olmak üzere birçok hasta grubunda müziğin akut ve kronik dönemdeki ağrıyı azalttığı, kaygı seviyesini düşürdüğü ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (54).

İnsanlık tarihinin çok eski çağlarından beri müziğin iyileştirici etkisinin keşfedilmesiyle birlikte tarihsel süreç içinde hemen hemen her toplumda müzik sanatı iyileştirici bir amaçla kullanılmış olup müziğin tedavi amacıyla kullanıldığı en eski medeniyetlerden bazıları şunlardır: Sümerler, Asurlar, Babiller, Şamanlar, Çinliler, Yunanlar ve Mısırlılar. Daha sonradan kendi toplumumuza kadar uzanım gösteren Selçuklu, Endülüs, Emevi ve Osmanlı toplumlarında da müziğin şifalı etkisi kabul edilerek kullanılmıştır. Özellikle Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde yapılan hastanelerde akıl hastalıkları olan hastalar için uygulanan müzik tedavisi birçok toplum için örnek teşkil edecek özelliğe sahip bir uygulama olarak bilinmektedir (55).

Müzik terapinin hastalar üzerinde oluşturduğu iyileştirici etkilerin inflamasyonun azaltılması ve bağışıklık sistemi üzerinde aktivasyon oluşturulması yoluyla olduğu düşünülmekle birlikte müzik terapiye yönelik araştırmaların ve ilginin artması bu tedavi yönteminin geliştirilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır (56).

Uygulanması kolay, maliyeti düşük, güvenli ve yan etkisi gösterilmeyen müzik terapinin ülkemizde uygulanabildiği bazı endikasyonlar şu şekilde belirlenmiştir:

- Preoperatif ve postoperatif ağrı giderilmesi
- Anksiyete ve stres bozuklukları
- Sosyal fobi
- Doğum sırasında ağrı ve anksiyetenin azaltılması
- Kişilik bozuklukları
- Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda ağrı ve anksiyetenin azaltılması
- Otizm spektrum bozukluklarında dikkatin arttırılması
- Zekâ geriliklerinde öğrenme ve dikkatin arttırılması (7).

2.4.12. Osteopati

Osteopati; kişinin iyilik halinin vücuttaki kemik, eklem, bağ doku ve kasların bir arada düzenli çalışmasına bağlı olduğu ilkesine dayanan; kişinin kaslarını eklemlerini hareket ettirerek masaj yaparak veya esneterek tedavi etmeyi amaçlayan bir tamamlayıcı tıp uygulaması olarak bilinmektedir (57). Osteopati disiplininin ilk olarak ortaya çıkışı Andrew Taylor Still tarafından 1874 yılında ABD’de olmuştur ve bu uygulama birçok farklı ülkede kullanılarak günümüze kadar varlığını sürdürmüştür (58).

Osteopatik manuel terapi (OMT); tüm yaş gruplarında ortaya çıkan osteoporoz dışındaki kas iskelet sistemi hastalıklarında kullanılabilmektedir. OMT’de vücudun tüm sistemlerinin kendi içinde bir işleyiş düzeni olduğu ve bu düzeni sağlayan mekanizmanın korunması veya bozulmuş olan sistemin tekrar düzenlenmesiyle hastalıkların tedavi edilebileceği düşünülmektedir. Osteopati uygulamalarında bu düşünceye dayanarak vücuttaki hastalıklarla bozulmuş homeostazisin yeniden en üst düzeyde oluşturulmasıyla hastalığın tedavi edilmesi amaçlanmaktadır. OMT kas iskelet sistemindeki ağrıları azaltır, solunum mekaniğini destekler, venöz drenaj ve lenfatik drenajı düzenleyerek vücudun fonksiyonlarını en uygun hale getirir, homeostazisi destekler.

Osteopatinin parietal, visseral ve kranial osteopati olmak üzere üç sistem üzerinden etki gösterdiği düşünülmektedir. Parietal osteopati, kas iskelet sistemine ait ağrı ve fonksiyon bozukluklarında kullanılarak eklemlerin fizyolojik hareket açıklığını sağlamayı hedefler. Visseral osteopatinin organizmada visseral organlardan kaynaklanabilecek olan omurga, eklem ve diğer bölgelerde oluşan ağrıyı gidermeyi sağladığı bilinmektedir. Bu duruma safra kesesi kaynaklı patolojilerin yaptığı sağ omuz ağrısının ortadan kaldırılması için safra kesesindeki patolojinin tedavi edilmesi örnek olarak verilebilir. Kranial osteopatide ise stresin tüm vücutta meydana getirmiş olduğu ağrı ve gerginliğin hassas ve hafif dokunuşlarla ortadan kaldırılması ve beden sağlığının geri kazanılması hedeflenmektedir.

OMT vücutta birçok bölgeye uygulanabilir, uygulama noktaları uygulayıcı hekim tarafından belirlenmekte ve semptomların görüldüğü bölgeden farklı bir bölge de olabilmektedir. Kullanılan teknikler de çeşitlilik göstermekte olup uygulanan hastaya ve hastalığa göre değişkenlik gösterebilmektedir (59).

Ülkemizde de bu uygulamanın eğitimini tamamlamış kişiler tarafından uygulanabilen osteopati için belirlenen bazı endikasyonlar şu şekildedir:

- Postural bozukluklar
- Omurga disk kaymaları
- Spastik bozukluklar
- Eklem sertliği ve dejenerasyonları
- Kas iskelet sisteminin akut ve kronik ağrıları (7).

2.4.13. Ozon uygulaması

Ozon gazı; 19. Yüzyılın ortalarına doğru keşfedilen kimyasal yapısında mezomerik bileşimlerin olması nedeniyle kararsız bir yapıda olan üç adet oksijen atomunun bir araya gelmesiyle oluşan renksiz, keskin kokulu bir gaz olarak bilinmektedir. Normalde dünyanın stratosfer tabakasında bulunan ve güneşin zararlı ışınlarından dünyayı koruyan ozon gazı özellikle solunum yolları için tahriş edici özelliğe sahiptir ve birçok kaynakta zararlı bir gaz olarak bilinmektedir.

Ozonun bir tedavi yöntemi olarak kullanılması yaklaşık yüz elli sene öncesine dayanmaktadır. İlk olarak içme suyunu dezenfekte etmek amacıyla kullanılan ozonun Birinci Dünya Savaşı sırasında antibakteriyel olarak yaralara uygulanması sonrasında ozonun yarayı enfeksiyonlardan korumakla kalmayıp aynı zamanda antienflamatuar etkiler yaptığı ve hemodinamiyi düzenlediği keşfedilmiştir. Bunun üzerine tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanan ozon uygulaması günümüze kadar varlığını sürdürmeyi başarmıştır.

Ozonun klinik uygulamalarda oluşturduğu etkinin mekanizmaları şu şekildedir:

- Bakterilerde hücre zarfının bütünlüğünü bozar, virüslerin üreme sikluslarını değiştirir, mantar hücrelerinin büyümesini inhibe eder ve bu şekilde inaktivasyon oluşturarak antimikrobiyal etki oluşturur.
- Glutasyon peroksidaz, süperoksit dismutaz ve katalaz gibi enzimlerin aktivasyonunu ve üretimini uyarak oksijen metabolizmasını uyarıcı etki oluşturur.
- İnterferon moleküllerinin üretimini arttırarak immün sistemin aktive edilmesini sağlar (60).

Saf oksijenin özel tasarlanmış jeneratörlerden geçirilmesiyle elde edilen ozon gazı ilk olarak Alman kimyacı Christian Friedrich Schönbein tarafından 1840 yılında üretilmiştir. Kararsız bir molekül yapısına sahip olan ozon, tıbbi kullanım için hazırlandıktan sonra hızlı bir şekilde uygulanmalı ve depolanmadan kullanılmalıdır. Yüksek oksidatif gücü nedeniyle bakteri virüs ve mantarlar üzerinde oldukça büyük etkisi olan ozonun sistemik olarak uygulanması farklı metotlarla gerçekleştirilebilmektedir. Bu metotlardan bazıları şunlardır: majör otohemoterapi, minör otohemoterapi, rektal uygulama, vajinal uygulama ve doğrudan enjeksiyon.

Ozonun gaz formu hava embolisine yol açabileceği için intravenöz uygulanmaması gerekmektedir (61).

Ozon plazmada bulunan çoklu doymamış yağ asitleri ve antioksidan maddelerle hızlı bir şekilde reaksiyona girerek birçok kimyasal yolağın aktifleşmesini sağlayarak etkisini göstermektedir. Ozonun çok hızlı şekilde etkileşime giren bir gaz olması nedeniyle fizyolojik dozunun belirlenmesi ve buna göre uygulanması oldukça önemli bir yere sahiptir (62).

Ülkemizde de son zamanlarda oldukça yaygın bir şekilde kullanılan ozon uygulaması daha çok major otohemoterapi ve minör otohemoterapi yollarıyla uygulanmaktadır. Majör otohemoterapide hastadan alınan 50-100 cc kan, steril koşullarda medikal ozon gazı ile normobarik şartlarda karıştırılıp hastaya geri verilir. Minör otohemoterapide ise hastadan alınan 2-10 cc kan, medikal ozon gazı ile karıştırılarak hastaya intramuskuler olarak uygulanır. Ozon uygulamasının yapıldığı endikasyonlardan bazıları şu şekildedir:

- Eklem, tendon ve ligament yaralanmaları
- Fibromiyalji
- Diyabetik yaralar
- Nöropatik ağrılar
- Periodontit (7).

2.4.14. Proloterapi

Proloterapi uygulaması kelime olarak ‘proliferasyon’ sözcüğünden köken alan uygulandığı bölgeyi yenileyici bir enjeksiyon tedavisi olarak bilinmektedir. Proloterapide enjekte edilecek madde kas iskelet sistemi içerisinde istenilen bölgeye uygulanabilmekte olup tedavide amaç kişinin kendi inflamatuvar cevabını indükleyerek hasarlı alandaki patolojik dokuların uzaklaştırılarak yeni sağlıklı doku oluşumunun uyarılması olarak bilinmektedir. Bu yönüyle proloterapi, rejenerasyon ve büyümeyi uyaran ve fizyolojik yara iyileşmesini taklit eden tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak birçok kas iskelet sistemi hastalığında uygulanabilmektedir (63).

Yaklaşık olarak yüz yılı aşkın bir süredir uygulanmakta olan proloterapi, ABD’li Doktor George Hackett’in uzun yıllar boyunca kendi yaptığı uygulamaları kitap haline getirmesiyle resmi olarak da tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak kabul

edilmiştir. Proloterapide enjekte edilen maddenin özelliği ve enjeksiyon yeri hastaya ve klinik duruma göre değişmekle beraber genellikle ağırlı eklem boşluğuna az miktarda tahriş edici ve sklerozan madde enjekte edilerek uygulanmakta ve gün geçtikçe tüm dünyada daha yaygın bir şekilde uygulandığı bilinmektedir. Enjeksiyon sonrası oluşan tahrişle dokuda inflamasyon gelişir, iyileşme ve yenilenme başlar ve hasarlı doku genişleyerek güçlenir bu sayede eklemde bulunan ağrı azalır ve eklemin biyomekanik işlevi düzelme gösterir (64).

Proloterapide enjekte edilen maddeler arasında en sık kullanılan ve en güvenli olarak değerlendirilen madde dekstroza olarak bilinmektedir. Bunun dışında enjeksiyonda ozon, fenol, kök hücre ve trombosit gibi proliferan özellik gösteren maddeler de kullanılabilir. Uygulama öncesinde hasta değerlendirilip fizik muayenesi dikkatli bir şekilde yapılarak palpasyonla enjeksiyon yapılacak noktaların belirlenmesi gerekmektedir. Genellikle enjeksiyon yapılacak alan eklem bağ ve tendonlarının kemiğe yapışma yerleri olarak seçilmektedir. Enjeksiyonların uygun antisepsi kuralları altında yapılması gerekmekte ve seansların sayısı ve seanslar arasındaki süre hastanın klinik durumuna ve tedaviye verdiği yanıtla bağlı olarak değişebilmektedir. Genel olarak ilk birkaç seanstan sonra klinik yanıt beklenirken bağ dokunun eski gücüne yeniden ulaşması için ortalama olarak 6 aylık bir süre gerektiği düşünülmektedir (63).

Proloterapi; enjeksiyonun yapıldığı yere göre entezofasiyal proloterapi, miyofasiyal proloterapi ve nörofasiyal proloterapi olmak üzere üç ana grupta incelenmektedir. Proloterapinin literatürde osteoartrit, epikondilit, rotator manşet yaralanmaları, kronik bel ağrısı gibi kas iskelet hastalıklarında uygulanabileceği bildirilmektedir (65).

Ülkemizde proloterapinin kullanılabildiği endikasyonlardan bazıları ise şunlardır:

- Bel ağrısı
- İnflamatuar eklem ağrıları
- Topuk diken
- Spor yaralanmaları
- Arteritler, mikro dolaşım bozuklukları (7).

2.4.15. Refleksoloji

Tamamlayıcı tıp uygulamalarından biri olan refleksoloji teriminin kelime olarak 'yansıtma' veya 'aksetme' anlamına geldiği bilinmektedir. Refleksoloji uygulamasında el, ayak ve kulak bölgelerine yapılan masaj veya uygulanan basınçla uyarılan bölgeye denk geldiği düşünülen vücut bölgesinde terapötik etki oluşturulması hedeflenmektedir. Refleksoloji uygulaması daha çok ayak üzerinde yapılmakta ve vücuttaki her bir organın ayak tabanında temsil ettiği bölgeler olduğu düşünülmektedir. Uygulama bölgelerine yapılan basınç ve masaj etkisi ile elektrokimyasal uyarımlar ve nöronal iletimler gerçekleşerek hedef organın uyarılmasını sağlamakta vücudun kendi fizyolojik fonksiyonlarını geri kazanmasını ve iyileşme mekanizmasını aktifleştirmesini uyarmaktadır. Refleksoloji tek başına tedavi edici bir yöntem olarak değil vücudun kendi kendini iyileştirici mekanizmalarını aktifleştirmesi için destek olan bir tamamlayıcı yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (66).

Refleksolojinin tarihçesinin çok eski çağlara dayandığı düşünülmekle beraber bu uygulamaların beş yüz yıl öncesine kadar Çin ve Hindistan'da uygulandığı tahmin edilmektedir. Refleksolojinin modern tarihçesinde ise Amerikalı Doktor Fitzgerald karşımıza çıkmaktadır. Fitzgerald, vücudu on bölgeye ayırarak her bölgede bulunan organların oluşan enerji değişimleriyle birbirini etkilediğini ortaya koymuştur. Daha sonraki dönemlerde vücut bölgelerinin ayakta hangi noktalara denk geldiği daha iyi ve net olarak belirlenmiş ve uygulamalar bu noktalar üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Pratikte refleksolojinin en yaygın uygulama alanı ayaklar olarak bilinmektedir. Tipik bir refleksoloji seansı 30 ile 60 dakika arasında sürmekte ve bu seanslar sırasında ayakta bulunan refleks bölgelerine çeşitli yollarla basınç uygulanmaktadır. Çok geniş bir kullanım yelpazesi olan refleksolojinin; akut enfeksiyonlar, ateş, derin ven trombozu ve bulaşıcı hastalık gibi durumlarda uygulanmaması tavsiye edilmektedir (67).

Ülkemizde refleksolojinin uygulanabildiği endikasyonlardan bazıları şunlardır:

- Migren
- İrritable barsak sendromu
- Anksiyete bozuklukları
- Bulantı, kusma, kabızlık gibi sindirim sistemi hastalıkları

- Kas iskelet sistemi ağrıları
- Organik olmayan baş ağrıları
- Panik atak
- Uyku bozuklukları (7).



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırmamız, tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmış olup araştırmanın evreni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran hastalar olarak tasarlanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; okuma yazma biliyor olmak, okuduğunu anlama ve yanıt verme konusunda mental olarak yeterli olmak, herhangi bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi almış olmak olarak belirlenmiştir. Çalışmadan hariç tutma

kriterleri ise; okuma yazma bilmemek, herhangi bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemiyle tedavi almamak, okuduğunu anlama ve yanıt verme hususunda yeterli mental düzeye sahip olmamak olarak belirlenmiştir.

Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.03.2023 tarihinde ve 101 sayılı karar ile onaylanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evreni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi GETAT Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden biriyle tedavi alan hastalar olarak belirlenmiştir. Örneklem hesabı yapılırken G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak iki bağımsız ortalamanın farkı için çift yönlü hipotez, orta etki büyüklüğü (0,5), alpha hata düzeyi 0,05 olacak şekilde hesaplanmış olup ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 210 olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışmanın gücü de yine aynı programla hesaplanmış olup %95 bulunmuştur. Araştırma verileri 01.05.2023 ile 01.08.2023 tarihleri arasında toplanmış ve sonuç olarak çalışmaya 211 kişi dâhil olmuştur.

3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli

Etik kurul onayının ardından Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi GETAT Polikliniğine başvuran hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek hastaların sosyodemografik veri formu, SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğini içeren anketleri doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan kişilere yeterli ve gerekli tüm açıklamalar yapılmış ve hastaların katılımı kendi rızaları dahilinde olmuştur. Anketler yüz yüze uygulanmış olup verilerin toplanması 01.05.2023 ile 01.08.2023 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik veri formunda; yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, ekonomik durum, kronik hastalık varlığı, GETAT polikliniğine başvurulup başvurulmadığı, GETAT yöntemlerinden hangisiyle tedavi aldığı, aldığı tedaviyi kaç seans aldığı, GETAT uygulamalarına yönelme nedeni, bu uygulamaları tavsiye etme durumu ve beklenen sonuca ulaşıp ulaşılmadığı sorulmuştur (Ek 1).

3.3.2. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-12)

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1994 yılında geliştirilmiş olan belirli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın son dört hafta için yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. SF-36 ölçeğine daha kısa bir alternatif olarak 12 sorudan oluşan SF-12, Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (68). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Soylu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (69). SF-12 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada toplamda 12 soru içerir her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir, puan ile yaşam kalitesi doğru orantılıdır (Ek 3). Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası; sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur. Ölçeğin iç tutarlık katsayıları (Cronbach's Alpha) tarafımızca fiziksel komponent (PCS) için ($\alpha=0,75$) ve mental komponent (MCS) için ($\alpha=0,60$) bulunmuştur. Ölçek verileri hesaplanırken fiziksel ve mental komponent alt boyutlarının puan hesaplamasında 'Sf-12 Calculator' programı kullanılmıştır.

3.3.3. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği (AHMÖ)

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği; 5 alt boyuttan (5'li likert tipli-kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) ve toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; randevu (1,2,3,4,5. maddeler), etkin muayene (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18. maddeler), çalışanların tutumu (19,20,21. maddeler), bekleme süresi ve danışmanlık (22,23,24. maddeler), genel memnuniyet (25,26,27,28,29. maddeler) şeklinde anket soruları ile numaralandırılmıştır (Ek 2). Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının puanı arttıkça hasta memnuniyeti algısı da artmaktadır. Ölçek toplam ve alt boyutlarının puanları; 1-1,79 puan arası "kesinlikle katılmıyorum", 1,80-2,59 puan arası "katılmıyorum", 2,60-3,39 puan arası "kararsızım", 3,40-4,19 puan arası "katılıyorum", 4,20-5 puan arası "kesinlikle katılıyorum" şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Kaya ve Maimaitı tarafından yapılmıştır (70). Ayrıca 2021 yılında Kevenk ve arkadaşları tarafından geliştirme, güvenlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (71). Ölçeğin alt boyutlarına ait tarafımızca hesaplanan Cronbach's Alpha

değeri randevu alt boyutu için ($\alpha=0,83$), etkin muayene alt boyutu için ($\alpha=0,95$), çalışan tutumu alt boyutu için ($\alpha=0,89$), bekleme süresi ve danışmanlık için ($\alpha=0,86$), genel memnuniyet alt boyutu için ise ($\alpha=0,92$) bulunmuştur.

3.4. İstatiksel Analiz

Araştırma verilerimizin istatiksel değerlendirmesinde SPSS 24.0 forwindows istatistik paket program kullanılmıştır. Ölçümsel değişkenler ortalama+standart sapma ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Kolmogorov-Smirnov testi ve histogram ile bakılmış ve verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. İki seçenekli gruplamaların karşılaştırmasında veriler normal dağılmadığından Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İkiden çok seçenekli gruplamaların karşılaştırmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için veriler normal dağılım göstermediğinden Spearman'ın rho korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için önemlilik düzeyi %95 güven aralığında ve $p<0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistiksel Veriler

Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi GETAT Polikliniğine başvuran 211 hasta katılmıştır. Katılımcıların %56,9'u (n=120) kadın, %43,1'i (n=91) erkekti. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $36,7 \pm 0,72$ idi. Meslek gruplarına bakıldığında hastaların %55,9'unun (n=118) memur olduğu ve %44,5'inin (n=94) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Örnekleme oluşturan bireylerin %54,5'inin (n=115) gelirleri ile giderlerinin birbirine denk olduğu %27'sinin (n=57) ise giderlerinin gelirlerine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Başvuran kişilerin %67,8'inin (n=143) daha önceden bilinen bir kronik hastalığı bulunmamakta idi.

Hastaların %55'i (n=116) daha önce GETAT polikliniğine başvurmamış kişiler idi. Hastaların %49,8'i (n=105) GETAT uygulamalarına sağlığını arttırmak ve genel iyilik hali için yönelmiş idi.

Katılımcıların %80,6'sının (n=170) GETAT uygulamalarını başkalarına da tavsiye ettiği; %38,9'unun (n=82) GETAT uygulamalarıyla beklediği sonucu aldığı %36,5'inin (n=77) ise tam tedavi olmadığı ancak kısmi olarak rahatladığı görülmektedir. Başvuranların %66,8 i ise (n=141) hastanemizi başkalarına tavsiye etmektedir. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Veriler		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	91	43,1
	Kadın	120	56,9
Meslek	Memur	118	55,9
	Emekli	6	2,8
	İşçi	32	15,2
	Ev hanımı	26	12,3
	Çalışmıyor	29	13,7
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	22	10,4
	Lise mezunu	30	14,2
	Üniversite mezunu	94	44,5

Tablo 1'in devamı

	Yüksek lisans-doktora	65	30,8
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla	39	18,5
	Gelir gider eşit	115	54,5
	Gider gelirden fazla	57	27,0
Kronik hastalık varlığı	Evet	68	32,2
	Hayır	143	67,8
GETAT başvuru durumu	Evet	95	45,0
	Hayır	116	55,0
Seans sayısı	İlk seans	78	37,0
	İkinci seans	34	16,1
	Üç ve daha fazla seans	91	43,1
	Tamamlanmış	8	3,8
Yönelim nedeni	Sağlığı arttırma	105	49,8
	Doğal olması	41	19,4
	Modern tıptan fayda görülmemesi	21	10,0
	İlaç kullanmak istememe	9	4,3
	Dini nedenler	10	4,7
	İnsanların tavsiyesi	20	9,5
	Medya organları	2	0,9
	Diğer nedenler	3	1,4
Tavsiye etme durumu	Evet	170	80,6
	Hayır	12	5,7
	Kararsızım	29	13,7
Beklenen sonuca ulaşma durumu	Yarar görmeme	14	6,6
	Henüz sonuç almamış	38	18,0
	Beklenen sonucu alma	82	38,9
	Kısmi rahatlama olması	77	36,5
Toplam		211	100

Hastaların %38,9'unun (n=82) kupa terapi, %18'inin (n=38) diyet ve beslenme, %17,1'inin (n=36) sülük, %16,1'inin (n=34) akupunktur, %11,8'inin (n=25) mezoterapi uygulamalarını yaptırmış oldukları görülmektedir. Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemleri

Veriler	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Akupunktur	34	16,1
Ozon	17	8,1
Sülük	36	17,1
Kupaterapi	82	38,9
Mezoterapi	25	11,8
Hipnoz	2	0,9
Kayropraktik	10	4,7
Müzik terapi	2	0,9
Refleksoloji	2	0,9
Apiterapi	5	2,4
Larva terapi	1	0,5
Proloterapi	6	2,8
Fitoterapi	32	15,2
Osteopati	2	0,9
Diyet ve beslenme	38	18

SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fiziksel komponent alt boyutunun puan ortalaması $45,78 \pm 0,58$ olarak mental komponent alt boyutunun puan ortalaması ise $41,61 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. AHMÖ'nün randevu alt boyutunun puan ortalaması $3,33 \pm 0,05$ iken etkin muayene alt boyutu $3,51 \pm 0,05$ olarak hesaplanmış olup çalışanların tutumu alt boyutunda puan ortalaması $3,37 \pm 0,06$ olarak bulunmuştur. Bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutunda puan ortalaması $3,02 \pm 0,07$ olup genel memnuniyet alt boyutunda ise $3,20 \pm 0,07$ şeklinde hesaplanmıştır. AHMÖ'nün genel toplam puan ortalaması $3,37 \pm 0,05$ olarak bulunmuştur. Kullanılan ölçeklerin ve yaşın ortalaması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Yaş ve kullanılan ölçeklerin ortalaması

Veriler	Ort±SD	Median	Min-Max
Yaş	36,27±0,72	33	19-67
SF-12-PCS	45,78±0,58	45,51	24,21-64,54
SF-12-MCS	41,61±0,58	40,94	23,00-64,05
AHMÖ-Randevu	3,33±0,05	3,40	1-5
AHMÖ-Etkin muayene	3,51±0,05	3,61	1-5
AHMÖ-Çalışan tutumu	3,37±0,06	3,33	1-5
AHMÖ-Bekleme süresi ve danışmanlık	3,02±0,07	3,00	1-5
AHMÖ-Genel memnuniyet	3,20±0,07	3,20	1-5
AHMÖ-Genel toplam	3,37±0,05	3,37	1,37-5,00

SF-12-PCS: Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel bileşen skoru, SF-12-MCS: Yaşam kalitesi ölçeği mental bileşen skoru, AHMÖ: Ayaktan Hasta memnuniyet ölçeği.

4.2. Korelasyon Analizi

Katılımcıların yaşları ile AHMÖ'nün çalışan tutumu memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,258$; $p<0,001$). Katılımcıların yaşları ile genel memnuniyet alt boyutu arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,184$; $p=0,007$). Hastaların fiziksel sağlık alt boyutu ile mental sağlık alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0,196$; $p=0,004$).

Katılımcıların AHMÖ'nün randevu alt boyutundaki memnuniyetleri ile etkin muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi ile danışmanlık ve genel memnuniyet alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=0,643$ $p<0,001$; $r=0,575$ $p<0,001$; $r=0,562$ $p<0,001$; $r=0,577$ $p<0,001$).

AHMÖ'nün etkin muayene alt boyutuyla çalışanların tutumu alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,707$; $p<0,001$). Etkin muayene alt boyutuyla bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutu arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,688$; $p<0,001$). Çalışanların tutumu ile bekleme süresi ve danışmanlık boyutu ve genel memnuniyet boyutu arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r=0,696$

$p<0,001$; $r=0,692$ $p<0,001$). Katılımcıların yaşları ile ölçek alt boyutlarının korelasyon tablosu Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile yaşın korelasyon tablosu

Veriler (r***)	Yaş	PCS	MCS	R	EM	ÇT	BSD	GM
Yaş	1							
PCS	,017	1						
MCS	,050	-,196**	1					
R	,094	,033	-,047	1				
EM	,114	,008	,017	,643**	1			
ÇT	,258**	-,001	-,037	,575**	,707**	1		
BSD	,148*	-,039	-,039	,562**	,688**	,696**	1	
GM	,184**	,006	-,016	,577**	,710**	,692**	,755**	1

* $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı ***r, korelasyon katsayısı ,PCS: SF-12 fiziksel bileşen skoru, MCS: SF-12 mental bileşen skoru, R:Randevu ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, EM: Etkin muayene ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, ÇT: Çalışanların tutumu ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, BSD: Bekleme süresi ve danışmanlık ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, GM: Genel memnuniyet ayaktan hasta memnuniyet ölçeği.

4.3. Karşılaştırmalı İstatistiksel Veriler

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile yaşam kalitesi ve hasta memnuniyet ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyetlerinin ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının cinsiyet ile karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Erkek	45,61±0,81	45,29	27,59-62,30	,566
	Kadın	45,91±0,82	46,48	24,21-64,54	
MCS	Erkek	42,32±0,89	42,07	23,00-64,05	,261
	Kadın	41,06±0,76	40,76	25,00-61,17	
R	Erkek	3,22±0,10	3,20	1-5	,189
	Kadın	3,42±0,06	3,40	1-5	
EM	Erkek	3,42±0,10	3,38	1-5	,220
	Kadın	3,58±0,06	3,69	1-5	
ÇT	Erkek	3,41±0,11	3,33	1-5	,562
	Kadın	3,33±0,08	3,33	1-5	
BSD	Erkek	2,99±0,12	3,00	1-5	,691
	Kadın	3,05±0,08	3,00	1-5	
GM	Erkek	3,23±0,11	3,40	1-5	,447
	Kadın	3,17±0,08	3,20	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. PCS: SF-12 fiziksel bileşen skoru, MCS: SF-12 mental bileşen skoru, R:Randevu ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, EM: Etkin muayene ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, ÇT: Çalışanların tutumu ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, BSD: Bekleme süresi ve danışmanlık ayaktan hasta memnuniyet ölçeği, GM: Genel memnuniyet ayaktan hasta memnuniyet ölçeği.

Katılımcılardan emekli olanların AHMÖ alt boyutlarından etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık ve genel memnuniyet ortalaması daha yüksek hesaplanmış olup diğer meslek gruplarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,003, p=0,004, p=0,001). Emekli olan katılımcıların diğer meslek gruplarından olan katılımcılara göre AHMÖ etkin muayene alt boyutunda ise memnuniyet düzeylerinin istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir farka sahip olduğu görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların meslekleri ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt boyutlarının meslekle karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Memur	45,73±0,79	45,18	24,21-64,54	,986
	Emekli	45,79±4,82	46,52	25,30-61,60	
	İşçi	45,23±1,25	45,93	28,84-58,94	
	Ev hanımı	46,29±1,74	47,81	29,84-63,30	
	Çalışmıyor	46,12±1,62	46,10	24,51-60,14	
MCS	Memur	41,47±0,75	41,42	23,00-64,05	,220
	Emekli	47,17±4,74	49,18	31,28-60,31	
	İşçi	43,97±1,47	42,29	29,96-60,99	
	Ev hanımı	40,25±1,64	39,39	25,95-57,92	
	Çalışmıyor	39,61±1,56	40,78	25,00-59,35	
R	Memur	3,21±0,07	3,20	1-5	,048
	Emekli	4,00±0,22	4,00	3,40-5	
	İşçi	3,36±0,18	3,50	1-5	
	Ev hanımı	3,40±0,15	3,80	1,80-4,80	
	Çalışmıyor	3,61±0,15	3,60	1,80-5	
EM	Memur	3,38±0,07	3,42	1-5	,003
	Emekli	4,50±0,17	4,53	4-5	
	İşçi	3,70±0,19	4,00	1,38-5	
	Ev hanımı	3,52±0,16	3,65	1,77-5	
	Çalışmıyor	3,63±0,13	4,00	2,31-5	
ÇT	Memur	3,18±0,08	3,00	1-5	<0,001
	Emekli	4,66±0,21	5,00	4-5	
	İşçi	3,70±0,21	4,00	1-5	
	Ev hanımı	3,53±0,16	3,83	1-5	
	Çalışmıyor	3,32±0,15	3,33	1,33-5	
BSD	Memur	2,87±0,09	3,00	1-5	,004
	Emekli	4,11±0,22	4,00	3,33-5	
	İşçi	3,40±0,20	4,00	1-5	

Tablo 6'nın devamı

	Ev hanımı	3,06±0,19	3,16	1,67-5	
	Çalışmıyor	3,00±0,19	3,00	1-5	
GM	Memur	3,00±0,09	3,00	1-5	,001
	Emekli	4,46±0,19	4,60	3,80-5	
	İşçi	3,42±0,21	3,90	1-5	
	Ev hanımı	3,29±0,16	3,50	1,60-5	
	Çalışmıyor	3,45±0,16	3,60	1,80-5	

p* $<0,05$, p* $<0,001$ istatistiksel anlamlı. Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları ile ölçek alt boyutları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların etkin muayene, çalışan tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık ve genel memnuniyet ortalamasının lise üzeri eğitime sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,032, p=0,032, p=0,043, p=0,23). (Tablo 7)

Tablo 7. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile katılımcıların eğitim durumunun karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Lise ve altı	45,19±1,08	44,70	29,84-63,30	,481
	Lise üstü	45,97±0,69	46,18	24,21-64,54	
MCS	Lise ve altı	42,49±1,06	41,10	26,68-60,99	,361
	Lise üstü	41,32±0,69	40,81	23,00-64,05	
R	Lise ve altı	3,42±0,13	3,70	1-5	,192
	Lise üstü	3,30±0,06	3,40	1-5	
EM	Lise ve altı	3,65±0,12	3,96	1-5	,032
	Lise üstü	3,47±0,06	3,53	1,38-5	
ÇT	Lise ve altı	3,57±0,14	4,00	1-5	,032
	Lise üstü	3,30±0,07	3,00	1-5	
BSD	Lise ve altı	3,28±0,15	3,33	1-5	,043
	Lise üstü	2,94±0,08	3,00	1-5	
GM	Lise ve altı	3,48±0,12	3,70	1-5	,023
	Lise üstü	3,11±0,08	3,00	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların ekonomik durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ekonomik durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının ekonomik durum ile karşılaştırılması

Veriler		Ort $\pm$ SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Gelir >gider	45,66 $\pm$ 1,30	45,40	27,59-59,22	,863
	Gelir=gider	46,01 $\pm$ 0,81	46,43	25,30-64,54	
	Gelir<gider	45,39 $\pm$ 1,10	44,98	24,21-63,30	
MCS	Gelir >gider	40,75 $\pm$ 1,29	40,94	26,45-64,05	,859
	Gelir=gider	41,66 $\pm$ 0,72	41,60	23,00-60,31	
	Gelir<gider	42,08 $\pm$ 1,32	39,85	25,00-61,17	
R	Gelir >gider	3,14 $\pm$ 0,12	3,20	1,00-4,40	,245
	Gelir=gider	3,40 $\pm$ 0,08	3,40	1-5	
	Gelir<gider	3,32 $\pm$ 0,10	3,40	1,40-5,00	
EM	Gelir >gider	3,37 $\pm$ 0,10	3,53	1,92-4,38	,212
	Gelir=gider	3,60 $\pm$ 0,07	3,76	1-5	
	Gelir<gider	3,44 $\pm$ 0,12	3,53	1,38-5,00	
ÇT	Gelir >gider	3,21 $\pm$ 0,14	3,33	1-5	,414
	Gelir=gider	3,44 $\pm$ 0,09	3,66	1-5	
	Gelir<gider	3,32 $\pm$ 0,13	3,33	1-5	
BSD	Gelir >gider	2,80 $\pm$ 0,14	2,66	1-5	,173
	Gelir=gider	3,13 $\pm$ 0,09	3,33	1-5	
	Gelir<gider	2,96 $\pm$ 0,15	3,00	1-5	
GM	Gelir >gider	2,92 $\pm$ 0,15	3,00	1,00-4,60	,128
	Gelir=gider	3,34 $\pm$ 0,08	3,40	1-5	
	Gelir<gider	3,11 $\pm$ 0,16	3,00	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı. Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak herhangi bir alt boyutta anlamlı bir fark

saptanamamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. SF-12 ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının katılımcılarda kronik hastalık varlığı ile karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Var	44,84±1,23	46,90	24,21-63,30	,628
	Yok	46,23±0,63	45,40	28,84-64,54	
MCS	Var	42,92±1,29	40,04	25,00-61,17	,523
	Yok	40,98±0,59	41,00	23,00-64,05	
R	Var	3,42±0,10	3,40	1,80-5,00	,352
	Yok	3,29±0,07	3,20	1-5	
EM	Var	3,64±0,10	3,76	1,77-5,00	,225
	Yok	3,45±0,06	3,53	1-5	
ÇT	Var	3,50±0,11	3,66	1-5	,339
	Yok	3,30±0,08	3,33	1-5	
BSD	Var	3,07±0,13	3,00	1-5	,824
	Yok	3,00±0,08	3,00	1-5	
GM	Var	3,30±0,13	3,40	1-5	,416
	Yok	3,15±0,08	3,00	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile ölçek alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada; kronik hastalık sayısı ile AHMÖ’nün etkin muayene ile bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,043$, $p=0,019$). Birden fazla kronik hastalığa sahip olmayan katılımcıların bu alt boyutlarda memnuniyet ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların sahip olduğu kronik hastalık sayısı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırma tablosu Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. SF-12 Ölçeği ile Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının kronik hastalık sayısı ile karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Bir hastalık	45,03±1,19	47,01	24,21-61,60	,613
	İki ve daha fazla hastalık	46,88±2,79	47,22	29,84-63,30	
MCS	Bir hastalık	43,09±1,24	41,20	25,00-61,17	,275
	İki ve daha fazla hastalık	40,43±3,51	36,71	27,00-59,35	
R	Bir hastalık	3,38±0,11	3,40	1-5	,375
	İki ve daha fazla hastalık	3,20±0,17	3,40	2,20-4,00	
EM	Bir hastalık	3,67±0,10	3,76	1,62-5,00	,043
	İki ve daha fazla hastalık	3,11±0,23	2,96	1,77-4,46	
ÇT	Bir hastalık	3,50±0,12	3,66	1-5	,079
	İki ve daha fazla hastalık	2,97±0,28	2,83	1-5	
BSD	Bir hastalık	3,19±0,14	3,00	1-5	,019
	İki ve daha fazla hastalık	2,33±0,18	2,00	1,67-3,33	
GM	Bir hastalık	3,28±0,13	3,40	1-5	,655
	İki ve daha fazla hastalık	3,18±0,27	2,90	1,60-4,80	

p* $<$ 0,05 istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların daha önce GETAT Polikliniğine başvurup başvurmadıkları sorgulanmış ve başvuru durumu ile ölçek alt boyutları karşılaştırılmıştır. Buna göre daha önce GETAT Polikliniğine başvuran katılımcıların AHMÖ etkin muayene alt boyutunda puan ortalaması $3,64\pm 0,08$ olarak hesaplanmış ve başvurmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (p=0,049). Katılımcıların GETAT başvuru durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt grupları ile katılımcıların daha önce GETAT polikliniğine başvuru durumlarının karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Başvuran	45,13±0,87	44,73	24,51-64,54	,228
	Başvurmayan	46,31±0,79	46,97	24,21-63,30	
MCS	Başvuran	41,03±0,87	41,00	23,00-61,17	,486
	Başvurmayan	42,07±0,78	40,87	25,95-64,05	
R	Başvuran	3,40±0,08	3,40	1-5	,230
	Başvurmayan	3,27±0,07	3,30	1-5	
EM	Başvuran	3,64±0,08	3,76	1,38-5,00	,049
	Başvurmayan	3,41±0,07	3,38	1-5	
ÇT	Başvuran	3,47±0,09	3,66	1-5	,231
	Başvurmayan	3,29±0,09	3,16	1-5	
BSD	Başvuran	3,09±0,11	3,00	1-5	,368
	Başvurmayan	2,97±0,09	3,00	1-5	
GM	Başvuran	3,28±0,10	3,40	1-5	,352
	Başvurmayan	3,14±0,09	3,00	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemleri sorgulanmış ve buna göre ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırma yapılmıştır. Akupunktur almayan katılımcılarda SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel sağlık skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,023). Akupunktur alma durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının akupunktur alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Akupunktur alan	42,88±1,50	41,65	24,51-60,14	,023
	Akupunktur almayan	46,34±0,62	47,01	24,21-64,54	
MCS	Akupunktur alan	41,08±1,54	41,75	25,00-59,84	,760
	Akupunktur almayan	41,71±0,62	40,81	23,00-64,05	
R	Akupunktur alan	3,25±0,17	3,20	1,40-5,00	,467
	Akupunktur almayan	3,35±0,06	3,40	1-5	
EM	Akupunktur alan	3,60±0,16	3,57	1,92-5,00	,709
	Akupunktur almayan	3,50±0,06	3,61	1-5	
ÇT	Akupunktur alan	3,48±0,16	3,50	1,33-5,00	,569
	Akupunktur almayan	3,35±0,07	3,33	1-5	
BSD	Akupunktur alan	3,22±0,21	3,00	1-5	,359
	Akupunktur almayan	2,99±0,07	3,00	1-5	
GM	Akupunktur alan	3,42±0,18	3,40	1-5	,141
	Akupunktur almayan	3,16±0,07	3,20	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcılardan ozon tedavisi alanların AHMÖ alt boyutlarından randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu ve genel memnuniyet alt boyutlarının tümünde ozon tedavisi almayan katılımcılara göre memnuniyet düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,004, p=0,013, p=0,007, p=0,001). Ozon tedavisi alan katılımcılarla almayan katılımcılar arasında bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutunda istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark

saptanmıştır ($p<0,001$). Ozon tedavisi alma durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeğinin alt gruplarının ozon uygulaması alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort $\pm$ SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Ozon alan	46,65 $\pm$ 2,00	46,01	35,93-62,30	,977
	Ozon almayan	45,70 $\pm$ 0,61	45,47	24,21-64,54	
MCS	Ozon alan	41,05 $\pm$ 1,77	39,61	29,82-57,03	,797
	Ozon almayan	41,65 $\pm$ 0,61	41,10	23,00-64,05	
R	Ozon alan	3,91 $\pm$ 0,23	4,00	2-5	,004
	Ozon almayan	3,28 $\pm$ 0,05	3,40	1-5	
EM	Ozon alan	4,04 $\pm$ 0,23	4,00	1,92-5,00	,013
	Ozon almayan	3,47 $\pm$ 0,05	3,57	1-5	
ÇT	Ozon alan	3,94 $\pm$ 0,25	4,00	1-5	,007
	Ozon almayan	3,32 $\pm$ 0,06	3,33	1-5	
BSD	Ozon alan	3,94 $\pm$ 0,23	4,00	2-5	<0,001
	Ozon almayan	2,94 $\pm$ 0,07	3,00	1-5	
GM	Ozon alan	3,97 $\pm$ 0,21	4,00	2-5	,001
	Ozon almayan	3,13 $\pm$ 0,07	3,00	1-5	

p* $<0,05$, p* $<0,001$ istatistiksel anlamlı. * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Sülük tedavisi alan katılımcılar ile bu tedaviyi almayan katılımcılar arasında SF-12 ve AHMÖ alt boyutları karşılaştırılmıştır ve herhangi bir alt boyutta anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların sülük tedavisi alma durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının sülük uygulaması yaptıran katılımcılar ile yaptırmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Sülük yaptıran	45,62±1,21	44,30	33,40-57,76	,680
	Sülük yaptırmayan	45,81±0,66	46,18	24,21-64,54	
MCS	Sülük yaptıran	42,58±1,17	42,50	30,36-54,91	,345
	Sülük yaptırmayan	41,40±0,65	40,81	23,00-64,05	
R	Sülük yaptıran	3,23±0,16	3,50	1-5	,797
	Sülük yaptırmayan	3,35±0,06	3,40	1-5	
EM	Sülük yaptıran	3,39±0,15	3,61	1,54-5,00	,543
	Sülük yaptırmayan	3,54±0,06	3,61	1-5	
ÇT	Sülük yaptıran	3,30±0,16	3,33	1-5	,701
	Sülük yaptırmayan	3,38±0,07	3,33	1-5	
BSD	Sülük yaptıran	2,97±0,18	3,00	1-5	,836
	Sülük yaptırmayan	3,04±0,08	3,00	1-5	
GM	Sülük yaptıran	3,22±0,15	3,00	1-5	,999
	Sülük yaptırmayan	3,20±0,07	3,20	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcılardan kupa terapi yaptıran ve yaptırmayanlar arasında yapılan SF-12 ve AHMÖ alt boyutlarının karşılaştırılmasında herhangi bir ölçek alt boyutuyla kupa terapi yaptırma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların kupa

terapi yaptırma durumları ile SF-12 ve AHMÖ alt boyutlarının karşılaştırması Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının kupa terapi yaptıran katılımcılar ile yaptırmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Kupa terapi alan	45,94±0,89	45,10	27,78-63,30	,985
	Kupa terapi almayan	45,68±0,77	46,43	24,21-64,54	
MCS	Kupa terapi alan	41,48±0,93	40,50	26,45-64,05	,775
	Kupa terapi almayan	41,68±0,74	41,00	23,00-61,17	
R	Kupa terapi alan	3,29±0,09	3,40	1-5	,829
	Kupa terapi almayan	3,36±0,07	3,40	1-5	
EM	Kupa terapi alan	3,48±0,09	3,69	1-5	,938
	Kupa terapi almayan	3,53±0,07	3,61	1,38-5,00	
ÇT	Kupa terapi alan	3,45±0,10	3,33	1-5	,428
	Kupa terapi almayan	3,31±0,09	3,33	1-5	
BSD	Kupa terapi alan	3,00±0,11	3,00	1-5	,696
	Kupa terapi almayan	3,04±0,09	3,00	1-5	
GM	Kupa terapi alan	3,28±0,11	3,40	1-5	,553
	Kupa terapi almayan	3,15±0,09	3,00	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Mezoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcıların ölçek alt boyutlarında karşılaştırılması yapılmıştır. Bu karşılaştırmaya göre mezoterapi alan ve almayan katılımcılar arasında AHMÖ alt boyutlarından çalışanların tutumu ve genel memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,014$). Katılımcıların mezoterapi alma durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının mezoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Mezoterapi alan	45,62±1,70	47,43	25,30-59,22	,852
	Mezoterapi almayan	45,80±0,62	45,47	24,21-64,54	
MCS	Mezoterapi alan	43,16±1,83	42,07	23,00-61,17	,334
	Mezoterapi almayan	41,40±0,61	40,79	25,00-64,05	
R	Mezoterapi alan	3,08±0,15	3,00	2-5	,051
	Mezoterapi almayan	3,37±0,06	3,40	1-5	
EM	Mezoterapi alan	3,44±0,15	3,38	1,92-5,00	,359
	Mezoterapi almayan	3,52±0,06	3,65	1-5	
ÇT	Mezoterapi alan	2,94±0,21	3,00	1-5	,020
	Mezoterapi almayan	3,42±0,07	3,50	1-5	
BSD	Mezoterapi alan	2,82±0,20	2,66	1-5	,223
	Mezoterapi almayan	3,05±0,07	3,00	1-5	
GM	Mezoterapi alan	2,75±0,20	2,80	1-5	,014
	Mezoterapi almayan	3,26±0,07	3,40	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların kayropratik yapma durumları ile ölçek alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada herhangi bir alt boyutta anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kayropratik alma durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 17’ de gösterilmiştir.

Tablo 17. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının kayropratik yapan katılımcılar ile yapmayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Kayropratik yapan	45,99±2,52	47,70	33,30-56,31	,949
	Kayropratik yapmayan	45,77±0,60	45,44	24,21-64,54	
MCS	Kayropratik yapan	40,14±2,85	40,38	26,45-57,91	,624
	Kayropratik yapmayan	41,68±0,59	40,94	23,00-64,05	
R	Kayropratik yapan	3,22±0,10	3,20	2,80-4,00	,406
	Kayropratik yapmayan	3,34±0,06	3,40	1-5	
EM	Kayropratik yapan	3,59±0,17	3,65	2,77-4,54	,915
	Kayropratik yapmayan	3,51±0,05	3,61	1-5	
ÇT	Kayropratik yapan	3,60±0,19	3,50	3-5	,555
	Kayropratik yapmayan	3,35±0,07	3,33	1-5	
BSD	Kayropratik yapan	3,03±0,16	3,00	2,33-4,33	,970
	Kayropratik yapmayan	3,02±0,07	3,00	1-5	
GM	Kayropratik yapan	3,36±0,24	3,10	2,20-5,00	,701
	Kayropratik yapmayan	3,19±0,07	3,20	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Fitoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında yapılan SF-12 ve AHMÖ ölçek alt boyutları karşılaştırılmasında katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Fitoterapi alma durumları ile SF-12 ve AHMÖ alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının fitoterapi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort $\pm$ SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Fitoterapi alan	44,31 $\pm$ 1,65	43,98	27,59-64,54	,264
	Fitoterapi almayan	46,04 $\pm$ 0,62	46,43	24,21-63,30	
MCS	Fitoterapi alan	40,50 $\pm$ 1,17	40,62	27,52-53,24	,635
	Fitoterapi almayan	41,80 $\pm$ 0,65	41,20	23,00-64,05	
R	Fitoterapi alan	3,28 $\pm$ 0,19	3,40	1-5	,981
	Fitoterapi almayan	3,34 $\pm$ 0,06	3,40	1-5	
EM	Fitoterapi alan	3,66 $\pm$ 0,11	3,88	1,92-5,00	,159
	Fitoterapi almayan	3,49 $\pm$ 0,06	3,53	1-5	
ÇT	Fitoterapi alan	3,27 $\pm$ 0,18	3,50	1-5	,791
	Fitoterapi almayan	3,38 $\pm$ 0,07	3,33	1-5	
BSD	Fitoterapi alan	2,88 $\pm$ 0,16	3,00	1-4	,494
	Fitoterapi almayan	3,05 $\pm$ 0,08	3,00	1-5	
GM	Fitoterapi alan	3,22 $\pm$ 0,18	3,50	1,00-4,80	,660
	Fitoterapi almayan	3,20 $\pm$ 0,07	3,20	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Diyet ve beslenme tedavisi alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında yapılan ölçek alt boyutları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

saptanmamıştır ($p>0,05$). Diyet ve beslenme tedavisi alma durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. SF-12 Ölçeği ve Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği alt gruplarının diyet alan katılımcılar ile almayan katılımcılar arasında karşılaştırılması

Veriler		Ort $\pm$ SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Diyet alan	43,79 $\pm$ 1,43	44,22	24,21-61,09	,121
	Diyet almayan	46,22 $\pm$ 0,63	47,01	24,51-64,54	
MCS	Diyet alan	40,96 $\pm$ 1,30	40,04	27,32-59,35	,656
	Diyet almayan	41,75 $\pm$ 0,65	41,00	23,00-64,05	
R	Diyet alan	3,24 $\pm$ 0,12	3,10	1,80-5,00	,266
	Diyet almayan	3,35 $\pm$ 0,06	3,40	1-5	
EM	Diyet alan	3,36 $\pm$ 0,10	3,38	1,38-4,46	,211
	Diyet almayan	3,55 $\pm$ 0,06	3,69	1-5	
ÇT	Diyet alan	3,21 $\pm$ 0,13	3,16	1-5	,287
	Diyet almayan	3,40 $\pm$ 0,07	3,33	1-5	
BSD	Diyet alan	2,75 $\pm$ 0,14	2,66	1-4	,111
	Diyet almayan	3,08 $\pm$ 0,08	3,00	1-5	
GM	Diyet alan	3,02 $\pm$ 0,15	3,00	1,00-4,80	,227
	Diyet almayan	3,24 $\pm$ 0,07	3,40	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aldıkları seans sayısı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre bir seans tedavi alan katılımcılarda SF-12 ölçeğinin fiziksel komponent skor ortalaması 47,79 $\pm$ 1,01 puan ile birden fazla seans alan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Seans sayısı ile SF-12 ölçeğinin PCS alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,003$). Alınan seans sayısı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların aldıkları seans sayısı ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Bir seans	47,79±1,01	49,59	24,21-62,30	,003
	Birden fazla seans	44,60±0,69	44,73	24,51-64,54	
MCS	Bir seans	40,96±0,93	39,76	26,45-61,17	,339
	Birden fazla seans	41,98±0,74	41,20	23,00-64,05	
R	Bir seans	3,33±3,40	3,40	1-5	,962
	Birden fazla seans	3,33±0,07	3,40	1-5	
EM	Bir seans	3,45±0,09	3,61	1-5	,449
	Birden fazla seans	3,55±0,07	3,61	1,38-5,00	
ÇT	Bir seans	3,32±0,10	3,33	1-5	,727
	Birden fazla seans	3,39±0,08	3,33	1-5	
BSD	Bir seans	2,91±0,11	3,00	1-5	,303
	Birden fazla seans	3,09±0,09	3,00	1-5	
GM	Bir seans	3,05±0,11	3,00	1-5	,092
	Birden fazla seans	3,29±0,08	3,40	1-5	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların aldıkları GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etme durumlarının ölçek alt boyutlarıyla yapılan karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p $>0,05$). GETAT uygulamalarını başkalarına tavsiye etme durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etme durumlarının ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Öneririm	45,63±0,65	44,90	24,51-64,54	,581
	Önermem	47,01±2,37	49,31	27,78-58,58	
	Kararsızım	46,17±1,66	49,01	24,21-61,09	
MCS	Öneririm	41,86±0,65	41,07	25,00-64,05	,116
	Önermem	44,86±2,27	42,25	35,04-61,17	
	Kararsızım	38,76±1,39	38,63	23,00-51,05	
R	Öneririm	3,35±0,06	3,40	1-5	,084
	Önermem	2,90±0,24	2,90	2-5	
	Kararsızım	3,44±0,14	3,40	2-5	
EM	Öneririm	3,51±0,06	3,61	1-5	,316
	Önermem	3,20±0,26	3,42	1,92-5,00	
	Kararsızım	3,64±0,12	3,61	2,23-5,00	
ÇT	Öneririm	3,38±0,07	3,33	1-5	,100
	Önermem	2,77±0,35	2,66	1-5	
	Kararsızım	3,56±0,14	3,66	2-5	
BSD	Öneririm	3,06±0,08	3,00	1-5	,072
	Önermem	2,33±0,24	2,16	1-4	
	Kararsızım	3,09±0,15	3,00	2-5	
GM	Öneririm	3,24±0,07	3,40	1-5	,154
	Önermem	2,63±0,30	2,50	1,00-4,20	
	Kararsızım	3,20±0,16	3,00	1,80-5,00	

p* $<0,05$ istatistiksel anlamlı. Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Katılımcıların hastanemizi başkalarına tavsiye etme durumları ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre AHMÖ alt boyutlarının tümünde tavsiye eden katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır (p $<0,001$). Hastanemizi tavsiye etme durumu ile ölçek alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların hastanemizi başkalarına tavsiye etme durumlarının ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılması

Veriler		Ort±SD	Median	Min-Max	p*
PCS	Tavsiye eden	45,88±0,71	45,44	24,51-64,54	,874
	Tavsiye etmeyen	45,58±1,03	46,05	24,21-61,44	
MCS	Tavsiye eden	41,72±0,71	40,94	25,00-64,05	,808
	Tavsiye etmeyen	41,38±1,02	40,90	23,00-61,17	
R	Tavsiye eden	3,64±0,06	3,80	1,80-5,00	<0,001
	Tavsiye etmeyen	2,72±0,09	2,80	1-4	
EM	Tavsiye eden	3,85±0,05	3,92	1,92-5,00	<0,001
	Tavsiye etmeyen	2,84±0,08	2,92	1-5	
ÇT	Tavsiye eden	3,73±0,07	4,00	1-5	<0,001
	Tavsiye etmeyen	2,63±0,10	2,66	1-5	
BSD	Tavsiye eden	3,46±0,07	3,66	1-5	<0,001
	Tavsiye etmeyen	2,15±0,08	2,00	1-4	
GM	Tavsiye eden	3,61±0,06	3,80	1,40-5,00	<0,001
	Tavsiye etmeyen	2,36±0,10	2,40	1,00-4,40	

p* < 0,05, p* < 0,001 istatistiksel anlamlı * Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri GETAT Polikliniğine başvuran 211 hasta üzerinde yapmış olduğumuz bu çalışmada GETAT alan hastaların yaşam kalitesi ve hasta memnuniyet düzeylerini inceledik. Çalışmamıza katılan 211 hastadan 120 tanesi (%56,9) kadın, 91 tanesi (%43,1) erkekti. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $36,7 \pm 0,72$ idi. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi GETAT Merkezine başvuran 261 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada başvuran bireylerin %57,5'inin kadın; %42,5'inin ise erkek olduğu bildirilmiş olup başvuran hastaların cinsiyet dağılımı çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aynı çalışmada yaş ortalaması $49,07 \pm 14,60$ bulunmuş olup çalışmamıza göre daha yüksek saptanmıştır (72). GETAT tedavilerine başvuran bireylerin daha çok kadınlardan oluşması, kadınların fiziksel ve mental olarak genel iyilik hali ve sağlıklarını artırma konusunda daha fazla arayış ve çaba içinde olmalarından kaynaklanmış olabilir. Başvuru yapanların yaş ortalamasının genç orta yaş düzeylerinde olması bu yaş grubundaki kişilerin GETAT uygulamaları hakkında daha kolay ve daha çok bilgiye ulaşabiliyor olmaları sayesinde olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan 211 kişiden 118'i (%55,9) memurdu ve katılımcıların 159 tanesinin (%75,3) eğitim düzeyi lise üzeri idi. Ankara'da yapılan GETAT ile ilgili bir çalışmada eğitim düzeyi lise üzeri olanların, katılımcıların %32,3'ünü oluşturduğu bildirilmiştir (73). Bu çalışmada eğitim düzeyinin çalışmamızdan farklı olarak daha düşük bulunmasının sebebi çalışma yapılan bölgenin sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Başvuran kişilerin çoğunluğunun eğitim seviyesinin yüksek olması GETAT uygulamalarının yaygınlığının ve bilinirliğinin eğitim seviyesi yüksek olanlarda daha çok olduğunu düşündürebilir. Ayrıca çalışmanın üniversite hastanesine bağlı bir GETAT merkezinde yapılmış olması, başvuran kesim içinde hastane çalışanlarının ve burada eğitim almakta olan kişilerin başvurmuş olması da eğitim düzeyi yüksek katılımcıların oranını arttırmış olabilir.

Çalışmamızda hastaların memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği kullanılmış ve AHMÖ toplam puan ortalaması $3,37 \pm 0,05$ olarak hesaplanmıştır. AHMÖ'nün randevu alt boyutunun puan ortalaması $3,33 \pm 0,05$ iken etkin muayene alt boyutu $3,51 \pm 0,05$ olarak hesaplanmış olup

Çalışanların tutumu alt boyutunda puan ortalaması $3,37\pm0,06$ olarak bulunmuştur. Bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutunda puan ortalaması $3,02\pm0,07$ olup genel memnuniyet alt boyutunda ise $3,20\pm0,07$ şeklinde hesaplanmıştır. Buna göre en yüksek memnuniyet etkin muayene alt boyutunda en düşük memnuniyet ise bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutunda saptanmıştır. Bulunan sonuçlar AHMÖ'nün 2018 yılında yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. Bununla birlikte 2019 yılında İstanbul'da yapılan bir hasta memnuniyet çalışmasında da çalışmamızda olduğu gibi en yüksek memnuniyetin etkin muayene alanında en düşük memnuniyetin ise bekleme süresi ve danışmanlık alanında olduğu saptanmıştır (70,74). ABD'de yapılan geniş kapsamlı bir memnuniyet çalışmasında hasta memnuniyeti ile bekleme süresi arasında ters bir ilişki olduğu saptanmış olup hastaların bekleme süresinin arttıkça memnuniyet düzeylerinin azaldığı ortaya konulmuştur (75). Çalışmamızda hastaların en düşük memnuniyet düzeyinin bekleme süresi ve danışmanlık alt boyutunda görülmesinin nedeni GETAT uygulamalarının birçoğunda seans sürelerinin uzun olması buna bağlı olarak hastaların bekleme sürelerinin uzaması olabilir. En yüksek memnuniyet düzeyinin etkin muayene alt boyutunda olmasının nedeni ise çalışmamızın bir GETAT merkezinde yapılmış olması sebebiyle uygulamaların hastaların kişisel mahremiyetlerinin korunarak yeterli ekipmanlarla ve bu alanda eğitilmiş kişiler tarafından yapılıyor olması olabilir.

Çalışmamızda GETAT alan hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla SF-12 Ölçeği kullanılmıştır. İki ana alt boyuttan oluşan ölçekte katılımcıların fiziksel ve mental sağlık alt boyutları değerlendirilmiştir. Çalışmamızda PCS puan ortalaması $45,78\pm0,58$ olarak, MCS puan ortalaması $41,61\pm0,58$ olarak hesaplanmıştır. İstanbul'da bir aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada PCS puan ortalaması 45.88 ± 9.90 olarak, MCS puan ortalaması $44.15\pm10,22$ olarak bulunmuş olup puan ortalamalarının çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür (76). Çin'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada ise PCS ortalama puanı $70,52\pm13,65$ olarak, MCS ortalama puanı $61,32\pm7,17$ olarak bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (77). Literatürdeki çalışmalarda SF-12 alt boyut puan ortalamalarının değişkenlik göstermesi anketin uygulandığı kişilerin yaş, cinsiyet veya sağlık durumlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ve kronik hastalık sayıları sorgulanmış ve ölçek alt boyutlarıyla karşılaştırılmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların %67,8'i (n=143) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan bireylerden oluşmaktaydı. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumları ile SF-12 alt grupları incelendiğinde kronik hastalığa sahip olan katılımcıların PCS puan ortalamasının kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmış olmasına karşın bu gruplar arasında PCS açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Amerika'da yapılan kronik hastalıklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kişilerde kronik hastalıkların artmasının yaşam kalitesinde azalmaya neden olacağı saptanmış olup bu sonuç çalışmamızda saptanan puan ortalamalarını destekler niteliktedir (78). Çalışmamızda PCS alt boyutunda puan ortalamasının daha düşük saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamasının nedeni bu çalışmada yer alan katılımcıların çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayan bireyler olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Isparta ve Kayseri merkezli yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip olan bireylerin daha çok GETAT uygulamalarına yöneldiği gösterilmiştir (73,79). Çalışmamızda GETAT polikliniğine başvuranların çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığa sahip olmaması bu uygulamaların tanıli bir kronik hastalığı bulunmayan bireylerde de semptomları yönetmek veya genel sağlık ve iyilik halini arttırmak amacıyla da tercih edilebilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık sayıları ile memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında iki ve daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin AHMÖ alt boyutlarında etkin muayene ve bekleme süresi ile danışmanlık boyutlarında memnuniyet düzeyinin bir kronik hastalığı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,043$, $p=0,019$). Daha fazla kronik hastalığa sahip olan bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olması; hastalık sayısı arttıkça kişilerde yapılan uygulamalara yönelik beklenti düzeyinde artış olmasından veya kişilerin sahip olduğu kronik hastalıkların getirmiş olduğu fiziksel ve mental yükün memnuniyet düzeylerini düşürmüş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara aldıkları GETAT uygulamalarını kaç seans aldıkları sorulmuştur. GETAT uygulamalarını bir seans alan katılımcılar ile birden

fazla seans alan katılımcıların PCS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,003$). Katılımcılardan GETAT uygulamalarını bir seans alanların PCS puan ortalamasının birden fazla seans alan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. GETAT uygulamalarının birçoğunda uygulamalar seanslar şeklinde yapılmakta olup seansların tamamlanmasıyla beklenen tedavi edici ve iyileştirici etkinin en üst düzeyde ortaya çıkması hedeflenmektedir. Çalışmamızda da birden fazla seans alan katılımcılarda PCS skorunun düşük olması fiziksel olarak yaşam kalitesi düşük bireylerin tedavide maksimum etkiye ulaşmak için seansları uygun sayıda almak istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Aynı zamanda fiziksel olarak yoğun kısıtlama yaşamayan ve yaşam kalitesi daha yüksek olan bireylerde tedaviyi tamamlama ve seanslara devam etmede yeterli uyumun bulunmaması da bu farka yol açmış olabilir. Literatürde GETAT uygulamalarının seans sayıları ile kullanıcıların yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye dair yeterli çalışma bulunmamış olup çalışmamız bu konuda sonraki çalışmalara öncülük edebilme özelliği taşımaktadır.

Çalışmamızda hastaların aldıkları seans sayısı ile hasta memnuniyeti arasında karşılaştırma yapılmış olup alınan seans sayısı ile hasta memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Malezya’da yapılan GETAT alan bireylerde memnuniyet düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde alınan seans sayısı ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (80). Alınan seans sayısının memnuniyet düzeyinde anlamlı bir değişime yol açmamasının, memnuniyeti asıl belirleyen faktörün hastanın beklentilerinin karşılanma durumu olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara GETAT uygulamalarına yönelme nedenleri sorulmuş olup katılımcıların %49,8’inin ‘sağlığı arttırmak ve genel iyilik hali için’ %19,4 ünün ‘GETAT yöntemlerinin daha doğal yöntemler olduğunu düşündükleri için’ %10’unun ‘modern tıp tedavilerinden yeterince fayda görmedikleri için’ %9,5’inin ise ‘yakın çevresi tavsiye ettiği için’ yöneldikleri saptanmıştır. Kılıç’ın yaptığı GETAT uygulamalarına başvuran bireylerin başvuru nedenleri ve memnuniyet durumlarının incelendiği bir çalışmada kullanıcıların GETAT uygulamalarına en sık yönelme nedenleri genel sağlık iyilik halini arttırmak (%19,1) ikinci neden ise ağrılarını gidermek(%18,9) olarak saptanmıştır (72). Sağkal ve arkadaşları tarafından yaşlı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin GETAT yöntemlerini ağrılarını

gidermek ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla tercih ettikleri belirtilmiştir (81). Shorofi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hastaların %26'sının yaşam tarzına uyduğu için %23'ünün genel sağlık ve iyilik halini arttırmak için GETAT uygulamalarına yöneldikleri bildirilmiştir (82). Yapılan çalışmalar ve sonuçları incelendiğinde GETAT uygulamalarına genel olarak yönelim nedenlerinin genel sağlık ve iyilik halini arttırmak, ağrıyı azaltmak, yakın çevrenin tavsiyeleri veya doğal tedaviye yönelme ihtiyacı olduğu birçok çalışmada ortaya konulmuş olup genel olarak literatür sonuçları çalışmamızla paralellik göstermekte ve birbirini desteklemektedir.

Katılımcıların GETAT uygulamalarını başkalarına da tavsiye edip etmedikleri sorgulanmış olup %80,6'sının bu uygulamaları başkalarına da tavsiye ettiği görülmüştür. Bunun yanında katılımcıların hastanemizi başkalarına tavsiye edip etmediği ve tavsiye etme durumları ile memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. GETAT uygulaması alan katılımcılardan hastanemizi başkalarına tavsiye edenlerde memnuniyet düzeylerinin AHMÖ bütün alt boyutlarının tümünde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). GETAT kullanım yaygınlığının 32 ülkedeki yetişkinler üzerinde incelendiği bir çalışmada Danimarka, Slovenya, İspanya, İsviçre, Tayvan ve ABD'de kullanıcıların %80'inden fazlasının memnuniyet bildirdikleri gösterilmiş olup GETAT alan hastaların çok büyük çoğunluğunun çalışmamızla benzer şekilde bu uygulamalardan memnun olduğu görülmektedir (83). Tekçi tarafından 2017 yılında Dicle Üniversitesinde asistan hekimlerin GETAT tutumlarına yönelik yapılan çalışmada asistan hekimlerin %67'sinin GETAT uygulamalarını tavsiye ettiği saptanmıştır (84). Hastaların memnuniyet düzeylerinin ve uygulamalardan gördükleri faydaların artması, uygulamaların kişide fiziksel veya ruhsal olarak rahatlama sağlaması; hastaların GETAT uygulamalarını ve uygulama aldıkları merkezleri başkalarına tavsiye etmelerini sağlamış olabilir. Ayrıca çalışma yaptığımız yerin hastane bünyesinde bulunan resmi bir GETAT merkezi olması nedeniyle hastaların alanında uzman ve sertifikalı hekimlerden bu uygulamaları almış olmaları, hastaların tedavilerinin hastane şartlarında yapılması, katılımcıların memnuniyet düzeylerinin artmasını sağlamış olabilir. Bununla birlikte GETAT uygulamalarının yan etki ve komplikasyon oranı oldukça düşük olduğundan ve genel olarak güvenli uygulamalar olarak kabul edildiğinden dolayı hastaların olumsuz

sonuçlarla karşılaşmamış olması da bu memnuniyet ve tavsiye edilme oranının artmasına katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile memnuniyet düzeyleri karşılaştırılmış olup eğitim düzeyi ile memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların memnuniyet düzeyinin AHMÖ alt boyutlarından etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık, çalışanların tutumu ve genel memnuniyet boyutlarının tümünde lise ve üzeri eğitim düzeyi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,032$, $p=0,043$, $p=0,032$, $p=0,023$). Dicle üniversitesinde memnuniyet üzerine yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (85). Hastaların eğitim seviyesinin arttıkça memnuniyet düzeylerinin azalması bu kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik beklenti seviyelerinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nitekim yapılan çalışmalarda kişilerin beklentileri hasta memnuniyetini etkileyen önemli psikososyal etmenlerden biri olarak gösterilmiştir (86).

Çalışmamıza dâhil olan katılımcıların tümü GETAT yöntemlerinden en az bir tanesi ile tedavi almış kişilerden oluşmuştur ve katılımcıların hangi GETAT yöntemini kullanmış oldukları sorgulanmıştır. Katılımcıların en çok almış olduğu yöntem ilk sırada kupa terapi (%38,9), daha sonra sırasıyla diyet ve beslenme (%18), sülük (%17,1), akupunktur (%16,1), fitoterapi (%15,2), mezoterapi (%11,8) ve ozon terapi (%8,1) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda en az yapılan uygulamaların ise hipnoz, müzik terapi, refleksoloji, homeopati ve osteopati uygulamaları olduğu görülmüştür. Akupunktur, ozon ve kupa terapi uygulamalarının yapıldığı bir merkezdeki çalışmada katılımcıların %59'unun kupa terapi için başvurduğu bildirilmiştir (72). Furlan ve arkadaşlarının Kanada'da bel ağrısı olan hastaların kullandıkları GETAT yöntemleri üzerine yaptıkları bir çalışmada en sık kullanılan yöntemler akupunktur, spinal manipülasyon ve masaj olarak bildirilmiştir (87). Erdem ve arkadaşlarının GETAT üzerine yapmış oldukları bir çalışmada katılımcıların en çok bilgi sahibi oldukları ve tercih ettikleri uygulamaların kupa terapi, sülük, fitoterapi ve akupunktur olduğu gösterilmiştir (88). İngiltere'de hekimler üzerine yapılan bir çalışmada ise hekimlerin en çok tercih ettiği GETAT yöntemlerin akupunktur ve homeopati olduğu bildirilmiştir (89). Sonuçlar dikkate alındığında ülkemizde farklı bölgelerde yapılan

Çalışmaların genel olarak çalışmamızı destekler nitelikte sonuçları olduğu görülmüştür. Bunun yanında ülkemiz dışındaki çalışmalar incelendiğinde çalışmanın yapıldığı bölge ve çalışmaya katılan kişilerin özelliklerine göre tercih edilen GETAT yöntemlerinin farklılık gösterebildiği görülmüştür. Ülkelerin kendi sağlık politikaları ve düzenlemelerinde GETAT uygulamalarına verilen destek o ülkede yaygın kabul edilen uygulamaların daha çok tercih edilmesini sağlamış olabilir. Ayrıca bireylerin kendi kültürel, etnik ve dini yaşayışlarına bağlı olarak tercih ettikleri GETAT yöntemleri değişebilmektedir. Hacamat uygulamasının ülkemizde yapılan birçok çalışmada en çok tercih edilen yöntem olması İşlam dininde bu uygulamanın yer almasından kaynaklanıyor olabilir. Bu durum bireylerin fiziksel ve manevi olarak iyilik halini sağlamalarında dini görüşlerinin tedavi yönelimlerini etkileyebildiğini gösterebilmektedir. Bunun dışında kupa, sülük ve fitoterapi uygulamalarının hastane dışında da uygulanabiliyor olmaları da bu uygulamaların bilinirliğini arttırarak tercih edilme oranlarını yükseltmiş olabilir. Çalışmamızda bazı uygulamaların daha az tercih edilmesinin nedeni de bu uygulamaların bilinme oranlarının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim 2022 yılında Karahan'ın yapmış olduğu çalışmada en az bilinen GETAT yöntemleri arasında proloterapi, hipnoz, apiterapi ve kayropaktik uygulamalarının yer aldığı belirtilmiştir (90). Az bilinen uygulamaların çalışmamızda en az tercih edilen uygulamalarla paralellik göstermesi GETAT uygulamalarının bilinirliğinin arttıka tercih edilme oranının arttıracağını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda katılımcıların almış oldukları GETAT yöntemleri ile yaşam kaliteleri ve memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Akupunktur alan hastalarda yaşam kalitesi alt boyutlarında, ozon terapi alan katılımcıların AHM alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup geri kalan uygulamalar ile yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ozon terapi alan hastalarda AHM'nn tüm alt boyutlarında memnuniyet düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kılıç'ın yapmış olduğu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde ozon terapi alan hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (72). Katılımcıların ozon terapiden memnuniyet düzeylerinin yüksek olması ozon terapi uygulamalarının yapılmasının teknik ve nispeten daha karmaşık uygulamalar olması nedeniyle deneyimli merkezler tarafından uygulanabiliyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca ozon terapinin düzenli seanslar halinde

uygulanmasının hastaya vermiş olduğu rahatlama ve iyilik hali de hastaların memnuniyet düzeyini yükseltmiş olabilir.

Çalışmamızda akupunktur alan hastalarda SF-12 PCS alt boyutunda akupunktur almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,023$). Akupunktur alan katılımcıların PCS puanının düşük olması, akupunkturun fiziksel olarak yaşam kalitesi daha düşük olan hastalar için ilgi çekici bir GETAT yöntemi olduğunu düşündürebilir. Hegyi tarafından inme hastalarında akupunktur kullanımının yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir vaka kontrol çalışmasında akupunktur uygulaması alan hastaların almayan gruba göre yaşam kalitelerinde anlamlı bir yükselme olduğu bildirilmiştir (91). Köroğlu'nun akupunktur alan hastalar üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada akupunktur alan hastalarda kognitif fonksiyonlarda düzelme olduğu ve yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir (92). Çalışmamızda akupunktur almayan katılımcılarda SF-12 PCS puan ortalamasının alan katılımcılara göre anlamlı seviyede yüksek olması, çalışmamızın tanımlayıcı-kesitsel bir çalışma olarak planlanması nedeniyle çalışmamızın hastaların bu tedavileri almak için başvurdukları zaman dilimindeki yaşam kalitesini değerlendirmesinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası yaşam kalitesi düzeyleri karşılaştırılmadığından bu şekilde bir sonuç ortaya çıkmış olabilir. Literatürde vaka kontrol şeklinde veya tedavi öncesi ile sonrası karşılaştırılmalı şekilde yapılan çalışmalarda akupunktur uygulamasının yaşam kalitesi ve fiziksel fonksiyonlar üzerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda kupa terapi ve kayropratik alan hastalarda SF-12 ve AHMÖ alt boyutlarında anlamlı bir fark saptanmamış olup literatürde yapılan bazı çalışmalarda bu tedaviler öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalarda yaşam kalitelerinin yükseldiği gösterilmiştir bu durum yine çalışmamızın tanımlayıcı-kesitsel bir çalışma olmasından kaynaklanmış olabilir (93,94).

Çalışmamızda katılımcıların yaşları ile ölçek alt boyutlarının korelasyon analizi yapılmıştır. Katılımcıların yaşı ile AHMÖ'nün çalışanların tutumu, bekleme süresi ile danışmanlık ve genel memnuniyet alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların yaşı arttıkça bu boyutlardaki memnuniyet düzeyinin artmış olduğu görülmüştür. Yaş arttıkça katılımcıların memnuniyet

düzeylerinin yükselmesi yaş ilerledikçe hastaların beklenti düzeylerinde azalma olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte kişilerin ilerleyen yaşlarda daha çok kronik hastalığa sahip olmaları, ileri yaşlarda fiziksel ve ruhsal olarak daha yoğun olarak iyilik halini bulmaya çalışmaları ve GETAT uygulamalarından daha çok fayda görmüş olmaları memnuniyet düzeylerini arttırmış olabilir. AHMÖ alt boyutlarının tümünün kendi aralarında istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı bir korelasyona sahip olduğu görülmüştür.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi GETAT Polikliniğine başvuran hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri lise ve altı olanlarda, emekli olan katılımcılarda, kronik hastalığı olanlarda ve daha önce GETAT polikliniğine başvuran katılımcılarda memnuniyet düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Bunun yanında ozon terapi alan katılımcılarda ve hastanemizi başkalarına tavsiye eden katılımcılarda da memnuniyet düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeylerde yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sosyodemografik verileri ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında; GETAT yöntemini bir seans alan katılımcılarda ve akupunktur almayan katılımcılarda yaşam kalitesi PCS alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu GETAT uygulamalarına genel sağlık ve iyilik halini arttırmak amacıyla başvurmuş ve en çok tercih edilen GETAT yöntemi kupa terapi olarak saptanmıştır.

Çok uzun bir tarihsel geçmişe sahip olan ve dünyanın her yerinde her geçen gün daha çok tercih edilen GETAT uygulamalarına yönelik memnuniyet ve yaşam kalitesi değerlendirilmesini yapmış olduğumuz çalışmamızın sonraki çalışmalar için faydalı olacağı düşünülmektedir bu kapsamda çalışmamızdan hareketle önerilerimiz şu şekilde sıralanabilir:

1. Literatürde GETAT ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bir kısmı bilgi tutum düzeyi değerlendirmesi ve vaka sunumları şeklinde yerini almıştır. GETAT uygulamalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi üzerine vaka kontrol çalışmaları çoğaltılarak etkinliği gösterilmelidir.
2. Ülkemizde oluşturulmuş olan yönetmelikle yasal olarak uygulanabilen GETAT uygulamaları hakkında hekimlere hizmet içi eğitimler ve sertifikasyon programları düzenlenerek alanında uzman kişilerce GETAT uygulamalarının hastalara verilebilmesi amaçlanmalıdır.

3. Tıp fakóltesi eğitim sürecine geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları eklenmeli, özellikle aile hekimliği uzmanlığı başta olmak üzere uzmanlık eğitimlerinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yer verilmelidir.
4. Geleneksel tıp uygulamalarını almak isteyen kişilerin bu uygulamaların alanında uzman, eğitimli kişilerden alınmasına yönelik gerekli bilgilendirilmeler sağlanmalıdır.
5. Ülke genelinde hizmet veren resmi GETAT merkezlerinin sayısı arttırılmalıdır.
6. GETAT uygulamalarını alan kişilere yönelik memnuniyet çalışmaları yürütölerek uygulamalarda var olan eksikliklerin giderilmesi sağlanmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization. 2013. (Erişim tarihi: 26.10.2023).
2. Traditional medicine-growing needs and potential. WHO/EDM/2002.4. (Erişim tarihi: 26.10.2023).
3. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1):93-8.
4. Şimşek B, Aksoy D, Basaran N, Taş D, Albasan D, Kalaycı M. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. Eur J Integr Med. 2017;15:68-72.
5. Öztürk H, Şaylıgil Ö. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2020;1(12):404-9.
6. Akupunktur Tedavi Yönetmeliği (1991). Resmi Gazete, Sayı: 20885. 29 Mayıs 1991.
7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği (2014). Resmi gazete, Sayı: 29158. 27 Ekim 2014.
8. Cohen JS, Biesecker BB. Quality of life in rare genetic conditions: a systematic review of the literature. Am J Med Genet A. 2010;152A(5):1136-56. doi: 10.1002/ajmg.a.33380.
9. Haraldstad K, Wahl A, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, Borge CR et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Qual Life Res. 2019;28(10):2641-2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
10. National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. (Erişim tarihi: 01.11.2023)
11. European Federation for Complementary and Alternative Medicine. CAM Definition. <http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/>. (Erişim tarihi: 01.11.2023)
12. [www.wikipedia.gov.tr/geleneksel çin tıbbı](http://www.wikipedia.gov.tr/geleneksel_çin_tıbbı). (Erişim tarihi: 01.11.2023).
13. Fabricant DS, Farnsworth NR. The value of plants used in traditional medicine for drug discovery. Environ Health Perspect. 2001;109(1):69-75. doi: 10.1289/ehp.01109s169.

14. Aydın S. DSÖ ve gelenekten küresele tıbbın alternatif serüveni. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2012;22:8-11.
15. Tosun N, Demir Y, Sağlık E. Sağlık turizmi açısından geleneksel ve tamamlayıcı tıp. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Turizmi Dergisi. 2020;5(1):32-43.
16. Bishaw M. Promoting traditional medicine in Ethiopia: a brief historical review of government policy. Soc Sci Med. 1991;33(2):193-200. doi: 10.1016/0277-9536(91)90180-k.
17. Organization WH. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide. WHO. 2001.
18. Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2002). Resmi gazete. Sayı: 24879. 16 Eylül 2002.
19. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011). Resmi Gazete. Sayı: 28103. 2 Ekim 2011.
20. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (2019). Resmi Gazete Sayı: 30709. 9 Mart 2019.
21. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Güncellenmiş Stratejik Planı (2019). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf>. (Erişim tarihi: 03.01.2024).
22. Aronson MD. Acupuncture. Uptodate 2020. <https://www.uptodate.com/contents/acupuncture>. (Erişim tarihi: 04.01.2024).
23. Kaptchuk TJ. Acupuncture: theory, efficacy, and practice. Ann Intern Med 2002; 136:374. doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00010.
24. Cabioğlu MT. Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. Genel Tıp Dergisi. 2008;18(2).
25. Özdemir G, Ersöz E, Dilek N. Apitherapy and health. Black Sea Journal of Health Science. 2021;4(2):168-174.
26. Doğan A, Kolankaya D. Protective effect of Anzer honey against ethanol-induced increased vascular permeability in the rat stomach. Exp Toxicol Pathol. 2005;57(2):173-8. doi: 10.1016/j.etp.2005.04.004.
27. Karadal F, Yildirim Y. The quality parameters and nutritional and health effect of honey. J Fac Vet Med Univ Erciyes. 2012;9(3):197-209.

28. Aydın Y, Tekeoğlu İ. Tamamlayıcı tıp ve güncel apiterapi uygulamaları. J Biotechnol Strateg Health Res. 2018;2(2):64-73.
29. Saper RB. Overview of herbal medicine and dietary supplements. Uptodate 2021. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-herbal-medicine-and-dietary-supplements>. (Erişim tarihi:29.01.2024).
30. Dağlar N, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında fitoterapinin yeri. Euras J Fam Med. 2018;7(3):73-7.
31. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: bitkilerle tedaviye dikkat (!). Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(8):182-187.
32. Bent S, Ko R. Commonly used herbal medicines in the United States: a review. Am J Med. 2004;116(7):478-85. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.10.036.
33. Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (2005). Resmi Gazete. Sayı: 25705. 19 Ocak 2005.
34. Williamson A. What is hypnosis and how might it work? palliat care. 2019;31. Doi: 10.1177 / 1178224219826581.
35. Ağargün MY. Hipnoz ve hipnoterapi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2012;22:62-63.
36. Singh AP. Medicinal leech therapy (hirudotherapy): a brief overview. Complement Ther Clin Pract. 2010;16(4):213-5.
37. Abdullah S, Dar L, Rashid A, Tewari A. Hirudotherapy/leech therapy: applications and indications in surgery. Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES). 2012;1(3):172.
38. Yantis MA, O'Toole KN, Ring P. Leech therapy. Am J Nurs. 2009;109(4):36-42. doi: 10.1097/01.NAJ.0000348601.01489.77.
39. Sezer Ö. Türkiye’de yeni parlayan bir integratif tıp yöntemi: homeopati. Euras J Fam Med. 2015;4(1):1-6.
40. Dossett M. Homeopathy. Uptodate 2022. <https://www.uptodate.com/contents/homeopathy>. (Erişim tarihi:26.02.2024).
41. Arslan M, Sevgi Ş. Alternatif bir tedavi sistemi: homeopati. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi. 2013;38-38.
42. Organization WH. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva: World Health Organization; 2005;44.

43. El Sayed SM, Mahmoud HS, Nabo MMH. Methods of wet cupping therapy (Al-Hijamah): in light of modern medicine and prophetic medicine. *Altern Integr Med*. 2013;1-16.
44. Okumuş M. Kupa tedavisi ve hacamat. *Ankara Medical Journal*. 2016;16(4):370-82.
45. Al-Bedah AM, Aboushanab TS, Alqaed MS, Qureshi NA, Suhaibani I, Ibrahim G et al. Classification of cupping therapy: a tool for modernization and standardization. *J Complement Altern Med Res*. 2016;1(1):1-10.
46. Aboushanab TS, AlSanad S. Cupping therapy: an overview from a modern medicine perspective. *J Acupunct Meridian Stud*. 2018;11(3):83-87. doi: 10.1016/j.jams.2018.02.001.
47. Pechter EA, Sherman RA. Maggot therapy: the surgical metamorphosis. *Plast Reconstr Surg*. 1983;72(4):567-70. doi: 10.1097/00006534-198310000-00032.
48. Sherman RA. Maggot therapy takes us back to the future of wound care: new and improved maggot therapy for the 21st century. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2009;3(2):336-44.
49. Sivagnanam G. Mesotherapy-the French connection. *J Pharmacol Pharmacother*. 2010;1(1):4-8. doi: 10.4103/0976-500X.64529.
50. Herreros FO, Moraes AM, Velho PE. Mesotherapy: a bibliographical review. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):96-101. doi: 10.1590/s0365-05962011000100013.
51. Özmen S, Demir HY, Yavuzer R, Atabay K. Alternatif estetik uygulamalar-1: mezoterapi. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Derg*. 2005;13(3):195- 201.
52. Atalık A. Mezoterapi ve klinik uygulamalar. *J Biotechnol Strateg Health Res*. 2019;3:115-8.
53. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr> (Erişim Tarihi: 24.04.2024).
54. Kemper KJ, Danhauer SC. Music as therapy. *South Med J*. 2005;98(3):282-8. doi: 10.1097/01.SMJ.0000154773.
55. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010;36(1): 29-32.
56. Koç EM, Başer AD, Kahveci R, Özkara A. Ruhun ve bedenın gıdası: geçmişten günümüze müzik ve tıp. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2016;8(1):51-55.

57. Osteopati-NHS (National Health System) 2015. <https://www.nhs.uk/conditions/osteopathy>. (Erişim:25.04.2024).
58. Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N. Reliability of diagnosis and clinical efficacy of cranial osteopathy: a systematic review. 2016;11(12):20. doi: 10.1371/journal.pone.0167823.
59. Elif K, Altınbilek T. Osteopati yaklaşımı; bel ve boyun ağrılarında yeri. J Biotechnol Strateg Health Res. 2019;3:85-90.
60. Elvis AM, Ekta JS. Ozone therapy: a clinical review. J Nat Sci Biol Med. 2011;2(1):66-70. doi: 10.4103/0976-9668.82319.
61. Nogales CG, Ferrari PA, Kantorovich EO, Lage-Marques JL. Ozone therapy in medicine and dentistry. J Contemp Dent Pract. 2008;9(4):75-84.
62. Bocci VA. Tropospheric ozone toxicity vs. usefulness of ozone therapy. Arch Med Res. 2007;38(2):265-7. doi: 10.1016/j.arcmed.2006.09.011.
63. Çakmak S. Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi. 2017;16(3):282-6.
64. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in primary care practice. Prim Care. 2010;37(1):65-80. doi: 10.1016/j.pop.2009.09.013.
65. Örsçelik A, Solmaz İ. Popüler bir tamamlayıcı tıp tedavisi: proloterapi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2023;30(1):135-42.
66. Doğan HD. Ellerin iyileştirme sanatı: refleksoloji. Eur J Basic Med Sci. 2014;4(4):89-94.
67. Yüksel H. Tamamlayıcı tıp uygulamaları: refleksoloji. Bütünleyici Ve Anadolu Tıbbı Dergisi. 2021;2(3):56-66.
68. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center. 1994.
69. Soyly C, Kütük B. Reliability and validity of the Turkish version of SF-12 health survey. Turk Psikiyatri Dergisi. 2022;33(2):108-117. doi: 10.5080/u25700.
70. Kaya ŞD, Maımaıtı N. Ayaktan hasta memnuniyeti ölçeği geliştirme çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018;21(4):601-623.

71. Kevenk AU, Kantaş Yılmaz F, Öztürk M. Ayaktan hasta memnuniyet ölçeği: ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;30 (2):141-151.
72. Kılıç KN, Soylar P. Investigation of attitudes, reasons and satisfaction levels of individuals who apply to traditional and complementary medicine practices. J Tradit Complem Med. 2019;2(3):97-105.
73. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinc N. State of opinions and use about traditional/alternative medicine who applied to family health center.TAF Prev Med Bull. 2016;15(2):75-82.
74. Kırdarlı M. Multipl skleroz polikliniklerinden hizmet alan hastaların memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi. İstanbul 2019.
75. Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. Am J Manag Care. 2014;20(5):393-400.
76. Canatar A. Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde sağlık anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2022.
77. Lin Y, Yu Y, Zeng J, Zhao X, Wan C. Comparing the reliability and validity of the SF-36 and SF-12 in measuring quality of life among adolescents in China: a large sample cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):360.
78. Thommasen HV, Zhang W. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. Rural Remote Health. 2006;6(2):528.
79. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Public interest to traditional medicine in Isparta. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2005;13(3):179-86.
80. Kaur J, Hamajima N, Yamamoto E, Saw YM, Kariya T, Soon GC et all. Patient satisfaction on the utilization of traditional and complementary medicine services at public hospitals in Malaysia. Complement Ther Med. 2019;42:422-428. doi: 10.1016/j.ctim.2018.12.013.
81. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Complementary and alternative treatment methods among elderly individuals in living rural setting. F.Ü. Sağ Bil Tıp Derg. 2013;27(1):19-26.

82. 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. doi: 10.1016/j.ctcp.2011.05.001.
83. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and determinants of traditional, complementary and alternative medicine provider use among adults from 32 countries. *Chin J Integr Med*. 2018;24(8):584-590. doi: 10.1007/s11655-016-2748-y.
84. Tekçi A. Araştırma görevlisi hekimlerin geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi ve tutumları. Dicle Üniversitesi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır 2017.
85. Emhan A, Bez Y. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. *diclemedj*. 2010;37(3):241-7.
86. Linder Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):583-9. doi: 10.1016/0277-9536(82)90312-4.
87. Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, Van Tulder M, Santaguida L et al. Complementary and alternative therapies for back pain II. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010;(194):1-764..
88. Koçaş M, Erdem R. Bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyleri ve bunların kullanımı üzerine bir inceleme. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2019;1(2):64-81.
89. White A. Complementary medicine: use and attitudes among GPs. *Fam Pract*. 1997;14(4):302–6.
90. Karahan M. Hekimlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Tıp Fakültesi Kanuni Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon 2022.
91. Hegyi G, Szigeti GP. Rehabilitation of stroke patients using Yamamoto new scalp acupuncture: a pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2012;18(10):971–977.

92. Tamara Köroğlu F. Kas iskelet sistemi ağrılarında akupunktur kullanılan geriatrik hastalarda kognitif fonksiyonların seyri. T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2019.
93. Teut M, Kaiser S, Ortiz M. Pulsatile dry cupping in patients with osteoarthritis of the knee-a randomized controlled exploratory trial. BMC Complementary Alternative Medicine. 2012;12:184.
94. Dal  . Torakal bölge kayropratik manipülasyonların yaşam kalitesine etkisi. Bahçeşehir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2022.



8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu

1-Yaşınız:.....

2-Cinsiyetiniz:

1-Erkek

2-Kadın

3-Mesleğiniz:

1-Memur

2-Emekli

3-İşçi

4-Ev hanımı

5-Çalışmıyor

4-Eğitim durumunuz?

1-İlköğretim mezunu

2-Lise mezunu

3-Üniversite mezunu

4-Yüksek lisans – doktora mezunu

5-Ekonomik durum değerlendirmenizi nasıl yaparsınız?

1-Gelir düzeyim giderlerime göre fazladır.

2-Gelir düzeyim ile giderlerim birbirini karşılamaktadır.

3-Gelir düzeyim giderlerime göre azdır.

6-Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1-Evet

2-Hayır

7-Eğer varsa hastalığınızı belirtiniz:

1-Diyabet

2-Hipertansiyon

3-Kalp damar hastalıkları(KAH, SVO, HİPERLİPİDEMİ)

4- Hipotiroidi/Hipertiroidi/Guatr

5- Astım, KOAH

6- Malignite

7-Cilt hastalıkları

8-Kas- eklem-romatizma hastalıkları

9-Diğer.....

8-Daha önce GETAT polikliniğine başvurduunuz mu?

1-Evet

2-Hayır

9-Aşağıdaki GETAT yöntemlerinden herhangi biriyle tedavi aldınız mı?

1-Akupunktur

2-Ozon uygulaması

3-Hirudoterapi(Sülük)

4-Kupaterapi(Hacamat)

5-Mezoterapi

6-Hipnoz

7-Kayropraktik

8-Müzik terapi

9-Refleksoloji

10-Apiterapi(arı ve ürünleri)

11-Larva(Maggot) terapi (sinek larvası)

12-Proloterapi

13-Fitoterapi(Bitki ve bitkisel ürünler)

14-Homeopati

15-Osteopati

16-Diyet ve beslenme

10-Aldığınız tedavi yöntemini kaç seans aldınız?

1-İlk seansım

2-İkinci seansım

3-Üç veya daha fazla seans

11-GETAT uygulamalarına yönelme nedeniniz nedir?

1-Sağlığımı artırmak istemem ve genel iyilik hali için

2-Bu yöntemlerin daha doğal yöntemler olduğunu düşünmem

3-Modern tıp tedavilerinden yeterince yanıt alamamam

4-Uzun süre ilaç tedavisi almak istememem

5-Dini nedenler

6-Etrafımdaki insanların tavsiye etmesi

7-Medya organlarında(internet televizyon v.s) görmüş olmam

8-Diğer.....

12-GETAT uygulamalarını başkasına da önerir misiniz?

1-Evet

2-Hayır

3-Kararsızım

13-Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri açısından beklediğiniz sonuca ulaştınız mı?

1-Hiçbir yarar görmedim

2- Daha sonucu almadım

3- Beklediğim sonucu aldım

4- Tedavi olmadım ama kısmi rahatlama meydana geldi

EK 2. Ayaktan Hasta Memnuniyet Ölçeği

	AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Kesinlikle katılıyorum(5)
A	Randevu					
1	Hastanenin randevu sistemini anlamak kolaydır (telefon, internet vs.)					
2	Randevu almak istediğim zaman en kısa sürede randevu merkezine ulaşabiliyorum.					
3	Şikâyetim ile ilgili olarak randevu alırken makul bir süre harcıyorum.					
4	Şikâyetim ile ilgili olarak makul bir tarihe randevu alabiliyorum.					
5	Randevu ile ilgili verilen direktifleri açıklayıcı buluyorum.					
B	Etkin muayene					
6	Muayene sırasında bana ayrılan süreden memnunum.					
7	Şikâyetim ile ilgili olarak etkin bir şekilde muayene edilirim.					
8	Muayene ile ilgili olarak ihtiyaç halinde başka birime yönlendirilmem konusunda (konsültasyon) yardımcı olunur.					
9	Muayene olurken kişisel mahremiyetime saygı gösterilir.					
10	Muayene edilmemle ilgili yeterli ekipman bulunmaktadır.					
11	Şikâyetimle ilgili olarak etkin çözüm sunulmaktadır.					
12	Tedavimden memnunum.					
13	Şikâyetim dikkatli ve istekli bir şekilde dinlenir.					
14	Sorularımı cevaplamak için yeterli zaman ayrılır.					
15	Şikâyetim ile ilgili olarak gerekli açıklamalar ve tavsiyeler yapılır.					
16	Doktorun profesyonelliği yeterli düzeydedir.					
17	Doktoruma güvenirim.					

18	Doktorların tutumundan memnunum.					
C	Çalışanların tutumu					
19	Sekreterlerin tutumundan memnunum.					
20	Hemşirelerin tutumundan memnunum.					
21	Hastabakıcıların tutumundan memnunum.					
D	Bekleme süresi ve danışmanlık					
22	Muayene olmayı beklerken bekleme salonunda geçirdiğim süre makul bir süredir.					
23	Muayeneyi beklerken gecikme durumunda bilgilendirilme yapılır.					
24	Mesai saatleri dışında ihtiyaç durumunda danışmanlık alınabilir.					
E	Genel memnuniyet					
25	Hastanenin genel konforu (bekleme odası, poliklinik vs.) yeterlidir.					
26	Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
27	Hastanenin / birimin genel temizliği yeterlidir.					
28	Hastanenin genel çalışmaları yeterli düzeydedir.					
29	Sağlık çalışanı sayısı yeterlidir.					

Hastanemizi başkalarına da tavsiye eder misiniz? (1)Evet (2)Hayır

EK 3. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1-Genelde, sağlığını;

- A. Mükemmel
- B. Oldukça iyi ☐
- C. İyi ☐
- D. Orta ☐
- E. Kötü

2-Aşağıdaki maddeler, tipik bir gün sırasında yapabileceğiniz etkinlikler hakkındadır. Sağlığını, bu etkinlikleri yaparken sizi kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Öncelikle orta düzeydeki etkinlikler sırasında; örneğin: Masayı çekerken, elektrik süpürgesi kullanırken, yürüyüş yaparken sağlığını sizi ne ölçüde kısıtlıyor?

- A. Çok kısıtlıyor ☐
- B. Az kısıtlıyor ☐
- C. Hiç kısıtlamıyor

3-Merdiven çıkarken sağlığını sizi ne ölçüde kısıtlıyor? ☐

- A-Çok kısıtlıyor ☐
- B. Az kısıtlıyor ☐
- C. Hiç kısıtlamıyor

4- Son dört hafta boyunca, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu? ☐

- A. Hayır ☐
- B. Evet

5- Son dört hafta boyunca, fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, düzenli etkinlikleriniz veya işinizde kısıtlandığınız oldu mu?

- A. Hayır ☐
- B. Evet

6- Son dört hafta boyunca, kendinizi depresif (çökkün) veya kaygılı hissetmek gibi duygusal bir sorun sonucunda beklenenden daha az iş yaptığınız oldu mu?

- A. Hayır ☐
- B. Evet

7-Son dört hafta boyunca, kendinizi depresif (çökkün) veya kaygılı hissetmek gibi duygusal bir sorun sonucunda düzenli etkinlikleriniz veya işinizde her zamanki kadar dikkatli olamadığınız oldu mu?

A. Hayır ☐

B. Evet

8- Son dört hafta boyunca, evde ve işte ne ölçüde ağrı normal işlerinize engel oldu?

A. Hiç ☐

B. Hafif

C. Orta ☐

D. Oldukça fazla ☐

E. Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son dört haftada kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

9-Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?

A. Her zaman

B. Çoğu zaman ☐

C. Ara ara ☐

D. Bazen

E. Zamanın çok az bir kısmında ☐

F. Hiçbir zaman

10- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla enerji doluydunuz?

A. Her zaman

B. Çoğu zaman ☐

C. Ara ara ☐

D. Bazen

E. Zamanın çok az bir kısmında

F. Hiçbir zaman

11- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla kendinizi çökkün hissettiniz?

A. Her zaman ☐

B. Çoğu zaman

C. Ara ara

D. Bazen

E. Zamanın çok az bir kısmında

F. Hiçbir zaman

12- Son dört hafta boyunca ne kadar sıklıkla fiziksel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, arkadaş veya akraba ziyareti gibi sosyal etkinliklerinizi olumsuz etkiledi?

☐

A. Her zaman ☐

B. Çoğu zaman ☐

C. Bazen ☐

D. Zamanın çok az bir kısmında

E. Hiçbir zaman







