

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ FONKSİYONEL  
TIP HAKKINDA  
BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Şule ŞENGÜL ÇUBUK**

**İZMİR**  
**ŞUBAT-2022**

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ FONKSİYONEL**  
**TIP HAKKINDA**  
**BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Şule ŞENGÜL ÇUBUK**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ**

**İZMİR**

**ŞUBAT-2022**

## TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca bilgi ve deneyimleri ile elimden tutan, sadece hocam olmakla kalmayıp ablalık yapan, kariyerimle ilgili planlar yaparken bana öncü ve destek olan aynı zamanda tez hocam Doç. Dr. Esra Meltem Koç'a;

Bölümümde geçirdiğim bu üç yılda hem hocalıklarıyla hem manevi destekleri ile hem güler yüzlü içten tutumlarıyla asistanlığımı güzelleştiren, değerli hocalarım İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kurtuluş Öngel'e, Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Pamuk'a, Doç. Dr. Berna Erdoğan Mergen'e;

Asistanlığımın hem en güzel hem en zor dönemlerinde yanımda olan iyi ki olan hem meslek hem can arkadaşım Uzm. Dr. Pelin Gürhan'a;

Sadece varlıkları bakışları duruşlarıyla bile beni mutlu eden, sırtlarını okşadığımda içimdeki tüm stresin uçup gittiği gözümde sakındığım sevmelere doyamadığım kedilerim Atiba ve İris'e;

Bu güzel eğitim hayatı için tüm imkanlarını önüme sermiş, beni olduğum insan haline sevgileri ve şefkatleri ile getiren, sahip olduğum en değerli varlıklar olan canım anne babama;

Son olarak sevdiceğim, hayatımın en doğru kararı, hayatımın değişmez parçası, sonsuz desteği, sonsuz ilgisi ve sonsuz sevgisi ile beni saran canım eşim Ozan Çubuk'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Şule Şengül Çubuk

Şubat-2022

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>SAYFA NO</b>
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VII
ŞEKİLLER.....	VIII
TABLolar.....	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	10
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.Fonksiyonel Tıp.....	12
2.2. Kronik Hastalıklar .....	23
2.3. Modern Tıp-Bütüncül Tıp.....	27
2.4.Aile Hekimliği.....	30
2.5.Nutrigenetik/Nutrigenomik.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.3 Araştırmanın Tipi.....	33
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri.....	33
3.5 Araştırmada Uygulanan Yaklaşım ve Yöntemler.....	33
3.6 Araştırmanın Etik Kurul ve Kurum İzinleri.....	34
3.7 Verilerin Analizi.....	34
3.8 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	34

4.BULGULAR.....	36
5.TARTIŞMA.....	54
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	59
7.ÖZET.....	61
8.SUMMARY.....	62
9.KAYNAKLAR.....	63
10.EKLER.....	66



## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**BRCA:** Breast Cancer Susceptibility

**COMT:** Katekol-O-metiltransferaz

**DALY:** Disability Adjusted Life Years / Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı

**DAN:** Defeat Autism Now ( Otizmi Şimdi Yen Derneği )

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EPA:** Eikosopentaenoik asit

**FT:** Fonksiyonel Tıp

**GLA:** Gama Linoleik Asit

**I3C:** Indol 3 carbinol

**IFM:** Institute For Functional Medicine

**MTHFR:** Metilenetetrahidrofolat Redüktaz

**NEJM:** The New England Journal of Medicine

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi

**SNP:** Single Nucleotide Polymorphism / Tek Nükleotid Polimorfizmi

**SVO:** Serebrovasküler Olay

**SULT1A1:** Sülfotransferaz 1A1

**VKİ:** Vücut Kitle İndeksi

**WONCA:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Practitioners/Family Physicians / Dünya Aile Hekimleri Örgütü

<b>ŞEKİLLER</b>	<b>SAYFA NO</b>
Şekil 1. Fonksiyonel Tıp Ağacı.....	13
Şekil 2. Fonksiyonel Tıp Zaman Çizelgesi.....	14
Şekil 3. Fonksiyonel Tıp Matrix.....	15
Şekil 4. Dünya Aile Hekimliği Akademileri Birliği (WONCA) 2005-Çekirdek Yeterlikler.....	31



<b>TABLolar</b>	<b>SAYFA NO</b>
Tablo 1: Çalışmaya katılanların demografik özellikleri.....	36
Tablo 2: Çalışmaya katılanların Modern Tıp hakkındaki görüşleri.....	38
Tablo 3: Fonksiyonel Tıptı daha önce duyan aile hekimliği asistanlarının konuyla ilgili bilgi edinme yolları.....	39
Tablo 4: Daha önce kendisi için FT birimine başvuran aile hekimliği asistanlarının başvuru nedenleri.....	40
Tablo 5 : Aile Hekimliği asistanlarının FT hakkındaki görüşleri.....	40
Tablo 6: Aile hekimliği asistanlarının FT yöntemlerinin hangi hastalık gruplarında uygulanabileceği konusundaki görüşleri.....	42
Tablo 7: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıptı duyması durumu.....	43
Tablo 8: Asistanlık Yılı ile FT kliniklerinin yaygınlaştırılması arasındaki Durum.....	44
Tablo 9: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıp kliniklerinin yaygınlaştırılması konusundaki fikirlerinin durumu .....	45
Tablo 10: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıp yöntemlerinin tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi konusundaki fikirlerinin durumu .....	47
Tablo 11: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması konusundaki fikirlerinin durumu .....	49
Tablo 12: FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının değişimi konusundaki fikirlerinin demografik verilere göre durumu.....	51
Tablo 13: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etme durumu.....	53

## 1.GİRİŞ VE AMAÇLAR

20. yüzyılda tıp tarihine bakıldığında, fonksiyon kavramının kökeni büyük ölçüde Dr. Hans Selye'nin çalışmasına bağlanabilir. Onun öncü çalışması, “stres” olarak adlandırdığı ve stresle ilişkili olan peptik ülser, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi bulaşıcı organizmalardan veya doğuştan gelen metabolizma hatalarından ziyade işlev bozukluğundan kaynaklanan çeşitli kronik hastalıklar için yeni bir tıbbi model yarattı. “Ne tür bir kişinin hastalığa sahip olduğunu bilmek, kişinin hangi hastalığa sahip olduğundan daha önemlidir.” kavramının arkasına fizyolojik bir mekanizma koydu. (1)

Fonksiyonel tıp modeline göre kronik hastalıklar oluşmadan önce vücudun fizyolojik sistemlerinde işlevsel bozulmalar mevcuttur. Fonksiyonel tıp kronik hastalıklara doğru giden süreci belirleyebilme ve bu işlevsel bozulmaları düzeltebilme bilimidir denilebilir. Her insan genetik ve çevresel etkenler çerçevesinde kendine has biyokimyasal bireyselliğe sahiptir. (4)

2005 yılında yapılan bir NEJM araştırması, artan kronik hastalık yükünün tıbbi bakımı tehlikeye soktuğu ve bununla ilgili yeterince kaynağa sahip olmadığımızı bildirmiştir. Intel Corporation'ın eski başkanı Dr. Andrew Grove, yakın zamanda Amerikan Tabipler Birliği gazetesinde tıpta inovasyonun yavaş olduğu ve ülkenin ciddi sağlık sorunlarının ele alınması için yeni bir modele ihtiyaç olduğu yorumunu yaptı. (1)

Fonksiyonel tıp, bu ciddi sağlık sorunlarının ele alınması ihtiyacına karşılık doğdu. Birçok farklı disiplin ve uzmanlık alanından klinisyenler, klinik laboratuvar uzmanları, sağlık bilimleri araştırmacıları, sağlık eğitimcileri, sağlık politikası uzmanları ve sağlık yöneticileri arasındaki iş birliğiyle artan kronik hastalık insidansını ve maliyetini ele almak için bir çözüm yolu olarak görüldü. Son on beş yılda bu tartışmalarda etkili olabileceğine dair kanıtlar giderek artmaktadır. (1)

Kronik hastalıklarda sağlanan kontrolün ekonomik, işgücü kaybı, yatak işgali, hastanelerde iş yükünün azalmasına sağladığı katkı bilinmekte ve birinci basamakta kronik hastalık izlemi ile ilgili modeller üzerinde durulmaktadır. Aile Hekimi, çekirdek özellikleri açısından kronik hastalıkları çok iyi takip edebilecek ve tedaviye katkıda bulunabilecek donanıma sahiptir. (2)

Sağlığın korunmasında en temel öge, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı davranışlardır. Aile hekiminin önemli görevleri arasında yer alan sağlık eğitimi ise bu ögenin gerçekleşmesi için elzemdir. Sağlığın korunmasında bir diğer önemli öge ise sağlıklı çevredir. Kişilerin sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek dış etkenleri ve bu etkenlerden nasıl korunacaklarını en iyi öğrenebileceği kaynak ise şüphesiz aile hekimidir. Aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimler koruyucu hekimlikten sorumlu olmalı ve koruyucu ilkelerin uygulanmasında iş birliğinde bulunmalıdır. (3)

Aile hekimisi sağlık hizmetinin en önünde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verir. Kişilerin hem hastalık döneminde hem sağlıklı iken yararlanabileceği, hastalıkları tedavi etmenin yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, süreklilik gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunar. (3)

Birden çok sağlık sorununa sahip hastanın takibinde, en iyi donatılmış ve konumlanmış hekim aile hekimidir. Dal uzmanlarının çoğu daha çok organ sistemlerine odaklanırken, aile hekimliği; yaş ve cinsiyet farketmeksizin, tüm sistem ve hastalıkları kapsayan çok yönlü sağlık hizmeti sunabildiğinden, tıbbi sorunların birçok boyutuyla karşı karşıya kalmaktadır. Multimorbiditeli hastanın bakımı; öncelikle kişiye yönelik, sürekli ve eşgüdümlü olmalıdır. Hastanın problemlerini bir bütün olarak ele alan aile hekimliği, hasta merkezli yaklaşımı nedeniyle buna uygun bir yapıya sahiptir. (5)

Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarının fonksiyonel tıp hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Fonksiyonel tıp; modern tıbbın idiyopatik olarak nitelendirdiği hastalıkların ve kronik hastalıkların kökenine inerek hem tedavi yapmayı hem sağlık harcamalarını azaltmayı amaçlar. Bu nedenle özellikle birinci basamak hekimlerin bu konuda bilgi sahibi olması ve konuya bakış açıları tıp

biliminin gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin ülkemizde son yıllarda popülerleşen fonksiyonel tıp alanındaki gelişmelere katkıda bulunması ve farkındalık oluşturması amaçlanmıştır.

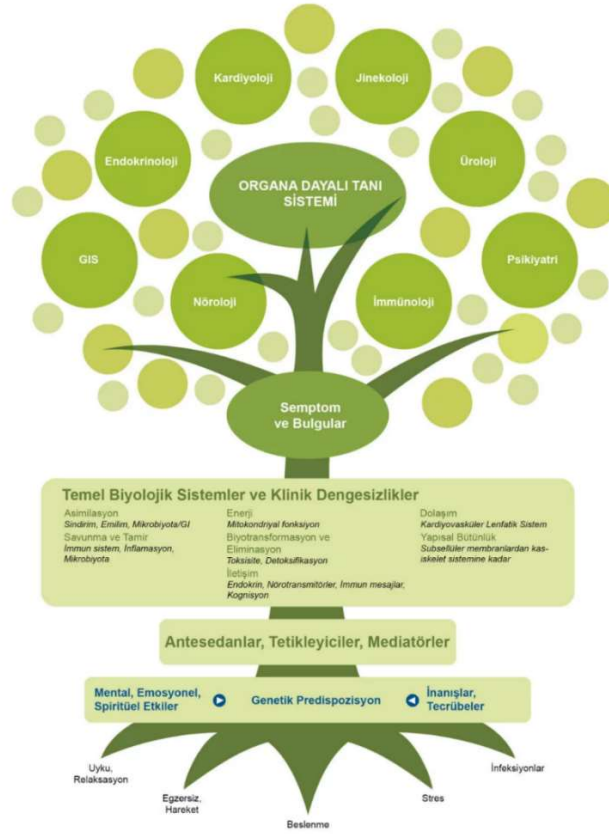


## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.FONKSİYONEL TIP

Fonksiyonel tıp; kronik hastalıkların önlenmesinde, erken safhada saptanması ve tedavisinde bireydeki temel biyolojik dengesizliklere müdahale eden, altta yatan hastalığın nedenlerini bulmaya çalışan ve hastalığı sağlık yönünde geri çevirmeye çalışan bir yaklaşımdır. (6)

Fonksiyonel tıp kanser, romatizmal hastalıklar, perimenopozal sorunlar, kemik erimesi, bunama, diyabet gibi kronik hastalıkların temelinde insanın kendi genleri ile uyumsuz yaşam tercihleri ve kronik besin yetersizliği yer aldığını savunur. Hastalıkların temelindeki biyomedikal faktörleri ortaya çıkarıp kökünden ve gerçekten iyileştirme sağlamayı amaçlar. Diyabet, osteoporoz, varis, psöriazis, astım, fibromiyalji, ateroskleroz ve romatolojik ve otoimmün hastalıkların alt yapısı ve nedenleri çok karmaşıktır ve bu sistemi geri çevirecek birkaç ilaç bulmak da pek mümkün değildir. Birbiri ile ilişkisiz gibi görünen bu hastalıkların arasındaki biyolojik disfonksiyon noktalarını bulmak nihai çözüm olabilir. Bu kronik hastalıkların oluşumunda mikrobiyal hastalıklarda olduğu gibi tek bir sorumlu ajan yoktur. Daha organize ve daha karmaşık sistemlerin disfonksiyonları söz konusu olduğu için inhibitör, supresor, bloker, antagonist temelli etki gösteren ilaçlar ile tüm sistemi düzeltmek ne yazık ki mümkün olmamaktadır. Yiyecek seçimleri ve yaşam modelinde yapılan değişikliklerle ise hastalığı geri çevirme şansı bir o kadar yüksektir. Kronik hastalıklar fonksiyonel tıp ağacındaki 5 nedenden köken alsalar da farklı genotip zemininde bu faktörlerin kimisi antesedan (öncül) kimisi mediatör kimisi tetikleyici olarak rol alarak ve bir yandan birbirleriyle etkileşerek biyolojik dengesizliklere yol açmaktadırlar. (6)

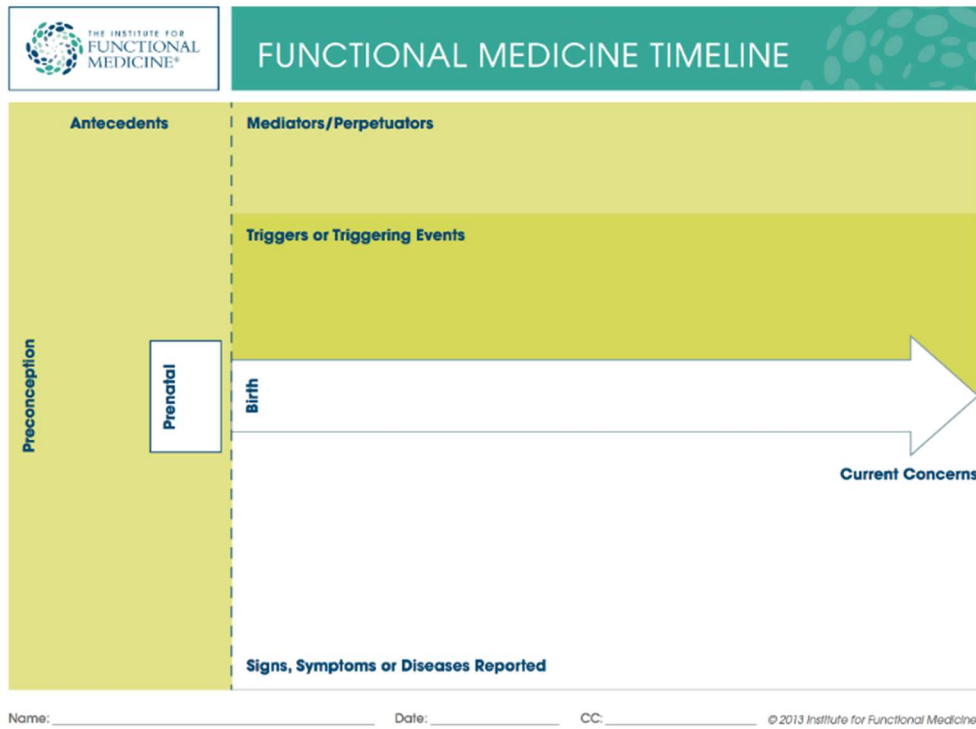


**Şekil 1. Fonksiyonel Tıp Ağacı (6)**

Fonksiyonel Tıp'ı daha güzel kavrayabilmek için popüler bir anlatım aracı olan Fonksiyonel Tıp Ağacı'na göz atalım. Bu ağacın dalları branşlaşmayı dallardaki meyveler de hastalıkları temsil eder. İlgili dalda görev alan uzman ancak dalda meyveyi gördüğünde hastalıkla karşılaşmaktadır. Fonksiyonel tıp yaklaşımına göre meyvelere neden olan ağacın gövdesinde meydana gelen disfonksiyonlardır. Odak noktamız dallardaki meyvelerden ziyade köklerden yukarı gövdede birleşerek tırmanan temel nedenlerdir. Bu nedenle FT dallardaki meyvelere tek tek odaklanmadan gövdeden bir kesit alır. Bu kesitte köklerden yükselerek gelen hastalık temel nedenlerinin rollerini inceler. Bu iş için organizma biyolojik sistem dengesizlikleri açısından değerlendirilir. Bunlar; hormonal ve nörotransmitter dengesizlikleri, oksidasyon-redüksiyon dengesizlikleri ve mitokondriyal disfonksiyon, detoksifikasyon ve biyotransformasyon dengesizlikleri, immün ve inflamatuvar dengesizlikler, sindirim emilim ve mikrobiyota dengesizlikleri, kardiyovaskular ve lenfatik sistem dengesizlikleri, subsellüler membranlardan kas-iskelet sistemine kadar yapısal dengesizlikler olmak üzere yedi ana başlıkta toplanabilir. Bu temel biyolojik dengesizlikler kendi aralarında sürekli etkileşim

halindedirler. Fonksiyonel tıp ağacından örnek verecek olursak ağacın gövdesinden yükselen her bir ana biyolojik disfonksiyon ağacın farklı dallarında birbiriyle ilişkisiz gibi duran onlarca farklı hastalığı ortaya çıkarır. Aynı şekilde hastalıklar da ağacın gövdesindeki birden fazla biyolojik sistem dengesizliğinden kaynak alıyor olabilmektedir. Bu yedi biyolojik sistem dengesizliği tüm organ sistemleri ile kesişir. Hastalık dediğimiz şey bu nedenle çok faktörlüdür. Hastalığı sağlık yönünde geriye çevirmek istiyorsak bu sistemleri ve aralarındaki etkileşimleri iyi kavramalıyız. FT'nin amacı; temel bilimlerde son yıllarda ortaya çıkan gelişmeleri klinik yaklaşıma ekleyerek kalıcı çözümler üretmektir. (6)

Şemadaki ağacın köklerine baktığımızda hastalık temel nedenlerini görüyoruz: Beslenme, mikroplar, toksinler, stres, alerjenler... Bu temel nedenler kişiye has predispozanlar tarafından işlenir. Öncüller-tetikleyiciler-mediatorler gibi faktörlerle desteklenir ve en sonunda oluşan biyolojik dengesizlikler ve bu dengesizliklerin etkileşmesi sonucu hastalıklar meydana gelir. (6)



Şekil 2. Fonksiyonel Tıp Zaman Çizelgesi (6)

FT'de hastanın hikayesi her şeyin temelidir. IFM (Institute For Functional Medicine) ekolünde her hasta için randevu öncesindeki hasta bilgi formları ve ilk muayenede elde edilen bilgiler Zaman Çizelgesi adı verilen grafik üzerine yerleştirilir. (6)

Zaman Çizelgesini anlatacak olursak sol sütunda hastanın hikayesinden belirlenen öncül faktörler yer alır. Bunlara örnek olarak doğum öncesi faktörler, besin eksiklikleri, barsak permeabilitesinde artış, cinsel istismar, aile hikayesinin anlamlı noktaları verilebilir. Üst kısma ise Sürdürücüler ve Tetikleyiciler adı verilen faktörler not edilir. Semptomlar, belirtiler ve tanılar ise alt bölüme kaydedilir. Zaman Çizelgesi hastayı bugüne getiren şartları ve nedensellik ilişkilerini tek bakışla görebilmemizi sağlar ve daha sonra oluşturacağımız grafiğimiz olan Matrix'i hazırlarken de yardımcı olur. (6)

The image displays the Functional Medicine Matrix form, which is divided into several sections:

- FUNCTIONAL MEDICINE MATRIX** (Title)
- Retelling the Patient's Story** (Section)
  - Antecedents
  - Triggering Events
  - Mediators/Perpetuators
- Physiology and Function: Organizing the Patient's Clinical Imbalances** (Diagram)
  - Assimilation (Top Left)
  - Defense & Repair (Top Right)
  - Structural Integrity (Left)
  - Energy (Right)
  - Mental (Top Center)
  - Emotional (Top Right Center)
  - Spiritual (Bottom Center)
  - Communication (Bottom Left)
  - Biotransformation & Elimination (Bottom Right)
  - Transport (Bottom Center)
- Modifiable Personal Lifestyle Factors** (Table)

Sleep & Relaxation	Exercise & Movement	Nutrition	Stress	Relationships
- Form footer: Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_ © 2015 Institute for Functional Medicine Version 2 IFM

Şekil 3. Fonksiyonel Tıp Matrix (6)

Matrix ise hastada nelerle uğraşacağımız ve önceliklerimizin neler olacağını belirlerken her şeyin göz önünde olması ve biyolojik dengesizliklerin ilişkilerini kafamızda oturtabilmemiz açısından hazırlanan çizelgedir. (6)

FT, vücudu sistemler yaklaşımı üzerinden ele alır. Vücuttaki organ sistemleri birbirleriyle bağlantılıdır. Bu nedenle bir sistemdeki bir olay başka bir sistemi etkileyebilir. Kas iskelet sistemindeki ağrıyı azaltan bir antiinflamatuvar aynı zamanda gastrointestinal sistemde ciddi hasara yol açabilir. (7)

FT, fonksiyona ve biyolojik sistemler ağının ilişkilerine odaklanır ve iki önemli soru üzerinden yol alır. Hastanın kurtulması gereken fazlalık ya da sorun var mı? Örneğin: toksinler, alerjenler, stres... Hastanın karşılanmamış bireysel bir ihtiyacı var mı? Örnek olarak mikroblesinler, uyku, hormon dengesi gibi. (6)

Metabolizma ancak bir bütün olarak çalışmak üzere tasarlanmıştır. FT klinik pratiğindeki zorluk da tüm metabolizmayı birlikte düşünüp çalışır hale getirmenin zorluğundan kaynaklanır. Mekanizmanın düzgünce çalışabilmesi için her bileşen yeterli miktarda ve fonksiyonel olmalıdır. (6) Temel klinik dengesizliklerin bulunması için yapılacak tanı çalışması da pek kolay değildir. Çünkü farklı iki birey aynı dengesizliği aynı yolla dışa vurmayacaktır. (7)

Koruyucu hekimlik kavramı tek tek hastalıklardan korunma gibi algılansa da bilinçli yiyecek seçimleri, egzersiz, stres azaltma teknikleri, uyku kalitesinin artırılması ve çevresel toksinlerin önlenmesi ile birçok hastalık için risk büyük ölçüde azaltılabilir. FT yaklaşımında hekim hastanın yiyecek seçimleri, toksik ve enfeksiyöz geçmişi, detoksifikasyon kapasitesi, mikrobiyota dengesi, mitokondriyal fonksiyonu, egzersiz paterni, nöroendokrin ağının esnekliği, hormonal dengesi, sosyal ilişkileri, stres yükü ve buna cevabı son olarak da ana biyolojik sistemlerin fonksiyonları ve ilişkilerini ayrı ayrı ve ayrıntılı olarak değerlendirmek durumundadır. FT sağlık odaklıdır. Hastalık araştırmaz. Sağlığın hangi noktalarda bozuk olduğunu araştırır. (6)

Genlerimiz çevresel faktörlerin etkilerine açıktır. Bu faktörler dışarıdan aldığımız besinler, toksinler ve emosyonel stres uyaranları olabileceği gibi, iç kaynaklı faktörler olan oksidatif stres, barsak mikrobiyota toksinleri, inflamatuvar sitokinler olabilir. (6)

Örneğin: östrojenin detoksifikasyon/biyotransformasyonunda rol alan ve toplumda ciddi sıklıkta görülen COMT, SULT1A1 gibi enzim polimorfizmlerinin mikrobesein yetersizliği varlığında yolunu açtığı meme kanserleri toplumda görülen meme kanserlerinin çok önemli kısmında rol sahibidir. Kanserlerin büyük çoğunluğunun gelişimini genetik eğilim ile çevresel faktörler kesişerek oluşturur. Bu kesişimle ortaya çıkan değişikliklere epigenetik değişiklikler adını veririz. Epigenetik değişiklikler hayatın herhangi bir safhasında gerçekleşebilir. Genlerimizin bu değişikliklere en hassas olduğu dönem ise embriyogenez safhasıdır. (6)

Genler sağlığımızı etkilemede önemli olmalarına karşın eskiden zannedildiği gibi kronik hastalık geni diye bir şey de yoktur. Sahip olduğumuz genler, çevremizdeki durumlara ve kendi bireysel davranışlarımıza karşı vereceğimiz bireyselliği kodlarlar ve buna genetik ekspresyon denir. 1940 öncesinde BRCA mutasyonu olan kadınlarda gelişen meme kanseri vaka oranı %24 iken 2013'e kadar bu oran %85'lerin üzerine çıkmıştır. Genler değişmez olduğuna göre bu süre zarfında bu değişime neden olan değişen çevrenin gen ekspresyonu üzerine etkisidir. (7)

Dr. Dean Ornish'in 5 yıl süren çalışmasında; kardiyovasküler hastalık tanısı bulunan bir grup hastanın beslenme düzeni çok az işlenmiş tahıllar, sebzeler, meyveler ve düşük yağlı hayvan ürünleri olarak düzenlendi. Stres azaltıcı egzersiz ve yoga yapmaları sağlandı. Eşdeğer kontrol grubu bunları uygulamadı. 1990'larda yayımlanan sonuçlarda diyet ve egzersizi 5 yıl boyunca uygulayan hasta grubunda PET'de kalbi besleyen arterlerdeki plak miktarının gerilediği, kontrol grubunda ise hastalıkların ilerlediği gözlemlendi. Ornish'in çalışması günümüzde kronik hastalığın tedavisindeki yeni yaklaşımın temelidir ve kronik hastalıklara dair gen-çevre bağlantısının kanıtlarını sunmuştur. (7)

Genetik mirastan kaynaklanan yaygın kronik hastalıkların sadece %30'unun genetik mirastan kaynaklandığı ortaya çıkmaya başlarken, kalanın çevrenin genetik ekspresyon üzerindeki etkisinden geldiği görülmüştür. (7)

İnsan genomu haritalandırılması çalışması 1990 yılında Dr. Francis Collins tarafından başlatılmıştır. Bu çalışma sonucunda insan genomundaki toplam gen sayısının birçok bitkiden daha az sayıda yaklaşık 25000 kadar olduğu keşfedilmiştir. Örneğin; pinot üzümünün genomundaki gen sayısı 30000'dir. İnsan genomunun şempanzeninkineyle yaklaşık %96 oranında aynı olduğu ortaya çıkmıştır. (7)

Sadece tek bir nükleotid farkı yani tek bir genin tek bir kelimesinin tek bir harfindeki farklılık hastalığa yatkınlığımızı etkileyebilir. İnsanlarda tek nükleotid polimorfizmi (Single Nucleotide Polymorphisms) olarak adlandırılan SNP'lerin 3 milyondan fazla varyantı vardır. Bu sayede sadece 25000 gene sahip olmamıza rağmen genlerimizin yapısında birçok varyasyon bulunmaktadır. (7)

Besin bağımlı SNP'lerin keşfi bireyin genetik olarak belirlenmiş ihtiyaçlarının karşılanacağı belirli besinlerin doğru alımını belirlemeyi amaçlayan yeni nutrigenomik (genetik beslenme bilimi) alanını ortaya çıkarmıştır. (7)

İnsan genomu üzerinde her insanda bir değerinden farklı kombinasyonlarda olmak üzere milyonlarca SNP vardır. Yani yüzlerce farklı genin kodladığı yüzlerce farklı enzim her bir bireyde farklı noktalarda olmak üzere SNP'ler gösterir. MTHFR SNP'leri olanlarda kalp hastalıkları ve SVO, kanser, depresyon, infertilite, anksiyete, alzheimer, otizm gibi hastalıklar toplumdan daha sık görülür. Tıbbın kronik hastalıklara tam olarak bu nedenlerle bireysel planda yaklaşması gerekmektedir. SNP'ler bireyleri eşsiz yapan ana faktörlerden biridir. Diğer de başta besin girişi olmak üzere toksinlerden strese gen dışı vurumu yani epigenetik değişikliklerdir. Sonuç olarak hastalık yoktur, hasta vardır. (6)

Bireye özgü tıp 3 farklı katmanda ele alınır. Birinci katmanda kişinin klinik olarak anlamlı tek nükleotid polimorfizmlerini (SNP'ler) incelemek için yapılabilen genomik testler vardır. Bu SNP'ler ortadan kaldırılamasa da alınacak karşı önlemlerle olumsuz etkileri önlenir. İkinci katmanda epigenetik yer alır. Metilasyon dengesi düzeltilir ve fitobesinler, polifenoller ve antosiyanidinlerden yararlanır. Üçüncü ve son katmanda klasik laboratuvarlar ve fonksiyonel tıbbın kullandığı laboratuvarlardaki fonksiyonel biyomarkerlar kullanılır. (6)

Genlerimiz birçok olası fenotipi temsil eder. Farkı yaratan genlerin ekspresyon şekilleridir. Bu süreci kontrol eden şeyse, düzenleyici bölgelerde kodlanan bilgidir. Bu şempanzelerle aramızdaki %4 lük farkı açıklamaya yardımcı olur. Fark niceliksel değil nitelikselidir. Şempanzelerin genlerinin %96'sı insan genleri ile aynı olmasına rağmen, insan genomundaki düzenleyici bölgelerde kodlanan bilgi şempanze genomunda kodlanan bilgidен çok daha karmaşıktır. (7)

Çevresel sinyaller genetik ekspresyonumuzu değiştirebiliyorsa, o zaman çevresel faktörleri değiştirerek genetik ekspresyonu dolayısıyla sağlığımızı da değiştirebiliriz. (7)

Ashland Oregon’da olağanüstü bir aile hekimi olan ve otizm üzerinde önemli klinik deneyime sahip Dr. Michael Stone 2013’te katıldığı bir tıp konferansında “Otizmlili bir çocuk tanıyorsanız, otizmlili ‘bir’ çocuk tanıyorsunuzdur.” demiştir. Başka bir deyişle otizm denilen tek bir hastalığa neden olan bir gen yoktur. Otizm çok farklı şekillerde ve şiddetlerde ortaya çıkabilir. Otistik spektrum bozukluğunun kaynağı çocuktan çocuğa farklılık gösterir. Çok sayıda genetik yatkınlık ile etkileşime giren bir dizi çevresel faktör otizme neden olur ve beslenme düzeni, çevre ve tedaviler değiştirilerek otizm olarak adlandırılan özelliklerin genetik ekspresyonu değiştirilebilir. (7)

Defeat Autism Now (DAN- Otizmi Şimdi Yen) Derneği doktorları otistik spektrum bozukluğunu genetik olarak belirlenmiş bir bozukluk olmaktan ziyade dölleme, anne karnında veya daha sıklıkla bebeklik döneminde ortaya çıkabilecek, belirli çevresel hasarlarla çocuğun genetik yapısının benzersiz etkileşiminden kaynaklanan karmaşık bir durum olarak kabul ederler. (7)

ApoE4 geni taşıyan biri, yüksek doymuş yağ ve şekere bağlı beslenme ile hareketsiz yaşam tarzının tehlikeli etkileri nedeniyle alzheimer hastalığına yüksek yatkınlık gösterir. Bu gen tek başına alzheimer neden olmamaktadır. Bireysel yaşam şekli tercihlerinin ve beslenme düzeninin etkileyebileceği hastalığa yatkınlığı tanımlamaktadır. (7)

Nöropsikiyatrist Uzm. Dr. Suzanne Craft ve araştırma ekibi şekeri ve rafine nişastaları düşük tutan bir diyetin alzheimer hastalarının beyin fonksiyonlarını geliştirdiğini göstermektedir. Craft 2011’de yazdığı ve Nöroloji Arşivleri Dergisi’nde yayımlanan çalışmasında “ Sonuçlarımız göstermektedir ki diyet; alzheimer hastalığı riskini, merkezi sinir sistemini Aβ42 konsantrasyonları, lipoproteinler, oksidatif stres ve insülin üzerindeki etkileriyle modüle eden güçlü bir çevresel faktördür.” diye yazmıştır. Genler tek başlarına geç dönem alzheimer hastalığının görülmesini kontrol etmez; bunu yapan genlerin ifade edildiği çevredir. Alzheimer hastalığı ile ilişkili başlıca faktörler arasında ApoE4 geni ve doymuş yağlardan zengin diyet, kronik inflamasyon, kandaki artmış homosistein oranları, insülin direnci ve tip 3 diyabet,

egzersize karşı düşük tolerans, beyin stimülasyon-uyarım eksikliği ve toksik maddelere maruz kalmak sayılabilir. (7)

Jirtle ve Waterland, gen baskılayıcı besin maddelerinin yüksek dozlarının hamile bir agouti faresinin gelişmekte olan fetüsü üzerindeki etkisini araştırmaya karar verdiler. Amaçları beslenme ortamının değiştirilmesinin fetal sonucu etkilemek için epigenetik mekanizmayı uyarıp uyarmayacağını bulmak ve özellikle hangi genetik ifadelerin metil gruplar tarafından bastırılabilceğini görmektir. Agouti fareleri doğuştan şişmanlık, diyabet, kanser ve erken ölmeye yatkınlıkları ile bilinen bronz kürklü araştırma için ideal test hayvanlarıdır. Çalışma sonucunda metil besleyici ile takviye edilen hamile farelerin yavrularının kürk renkleri bronzdan alacalıya dönmüştü. Yavrularda şişmanlık, kanser, diyabet ve erken ölüm görülmedi. Anneleriyle aynı genlere sahiplerdi fakat genlerinin ifadesi metil besin takviyesi nedeniyle farklılaştı ve ebeveynlerinden yüzde 30 daha uzun süre yaşadılar ve ebeveynlerindeki kronik hastalıklar onlarda görülmedi. (7)

Yiyecekler, yapıtaşından ya da kaloriden ibaret değildir. Protein karbonhidrat yağ üçlemesiyle tanımlanabilmekten çok öte karmaşıklığa sahiptir. Ve genlerimizle milyonlarca yıldır etkileşim halinde bulunmaktadırlar. Harvard Beslenme ve Halk Sağlığı Bölümü'nün başında, beslenme bilimi tarihinin önemli figürlerinden olan Walter Willett'in söyledikleri: "Akdeniz ülkelerinde 1960'larda görülen düşük kalp hastalığı oranlarına dönmemiz mümkün. Bunun için dağlara tırmanıp inen köylülerden olmamıza da gerek yok. Doğru seçimler yaparak bunu 21. Yüzyıl hayat şartları bağlamında gerçekleştirmemiz gerekiyor. Fakat bunun ötesinde beslenmenin, bu işe başladığımda aklıma bile gelmeyen birçok şey için ne kadar önemli olduğu ortaya çıktı. Daha önce üzerine düşünmediğimiz pek çok sağlık sorununun da beslenmeden önemli ölçüde etkilendiğini görüyoruz. İçerisinde en çok çeşitlilik ve zenginlik bulunduran maddeler yiyeceklerde var ama biz bunun çok azını biliyoruz. Burada önemli bir fırsatı kaçıırıyoruz. Oysa beslenme hem sağlık hem hastalık için dünyadaki en önemli araçlardan biri. Genetik bilimi ile beslenme daha fazla temas etmeli. Felsefe basit: İnsan vücudu uygun ve doğru sinyaller aldığı anda sağlığa yönelmek ve onu korumak için inanılmaz bir yetiye sahip. Zararlı sinyalleri ortadan kaldırıp uygun sinyaller vermemiz yeterli." (6)

Yiyecek seçimlerinin sağlık üzerindeki etkisini anlayabilmek için yiyeceklerin etkilerini moleküler düzeyde kavramak gerekir. Besinler hücreler arası sinyalleşme ve iletişim, hücre membran ve reseptör fonksiyonu, gen dışavurumu ve hücre regülatuar sikluslarının kontrolünde direkt rol oynarlar. Aldığımız her besin veri gibi genlerimizce işlenir, hücreler bundan bir anlam çıkarırlar ve bu bir sonuç doğurur. Yiyecek seçimlerinde değişiklikler/Fonksiyonel besinler/besin destekleri; organizmaya oksidatif stres, endotel disfonksiyonu, biotransformasyon ve detoksifikasyon, otonom sistemin esnek dengesini geri kazanma, inflamasyon sistemini dengeleme, bağışıklık sisteminin algılaması ve yanıtını düzenleme gibi daha temel planda müdahale ederler. Birçok mikrobeseinin etki mekanizması en temelde gen ekspresyonu planında yani epigenetik düzeydedir. Ayrıca reaksiyon zincirlerinde hem üst hem alt basamakların farklı noktalarında, homeostazisle uyumlu düzenleyici etki gösterirler. (6)

Örnek verecek olursak: Zerdeçal, nar, siyah üzüm kabuğu ve çekirdeği, yeşil çay, vitamin D, resveratrol, GLA, EPA, I3C, boswellia gibi birçok fitobesin hücre kontrol merkezi düzeyinde gen dışı vurumunu değiştirerek daha yavaş ama daha temel bir değişimle etki ederler. Fitobesinler ya da fonksiyonel yiyecekleri almadığımız takdirde vitaminlerdeki gibi eksikliğe bağlı belirli indeks hastalıklar ortaya çıkmaz. Fitobesinler etkilerini daha gürültüsüz daha kökten daha nazik bir yolla gösterirler: Çevresel faktörlere genlerimizin cevabını regüle ederek. (6)

Türümüzün orijinal şekli, potasyum alımı sodyumun 4-10 katı olacak şekilde evrimleşmişken, bugün bu oran sodyum alımı potasyumun 3-10 katı olacak şekilde tersine dönmüş durumdadır. Hipertansiyonda Na/K oranı, sodyum alımında çok daha önemli bir kriterdir. İşin aslı, belirleyici olan sodyuma karşılık aldığımız potasyum miktarıdır. Tüm bitkiler potasyumdan zengin, sodyumdan fakirdir. Bitkilerle alınan potasyum daima sitrat, malat, tartarat gibi alkali tuzlar eşliğinde gelecek, bu da osteoporoz ve birçok diğer konuda avantaj sağlayacaktır. (6)

İzole destekler olarak besinlerin yerini bütünüyle tutmak imkansızdır. Yiyecek seçimleri bilinçli değilse alınan takviyeler de nafiye çabadır. (6)

Fonksiyonel Tıp anlayışında klasik anlamda diyetler yoktur. Kişinin esas biyolojik disfonksiyonlarına yönelik yiyecek planları vardır. FT sağlıklı kiloyu bilinçli yiyecek seçimleri ve sağlık odaklı yaklaşımın yan ürünü olarak görür. Klinik tablo göz

önünde tutularak farklı ama zengin seçeneklerden oluşan yiyecek seçimlerine yöneltilenleri nutrisyonel yaklaşımlar sunulur. Esas amaç kalori kısıtlaması değildir. Antiinflamatuvar beslenmek, stres yanıtını uyarmamak, insülin direncini düşürmek, mitokondri fonksiyonunu desteklemek, biotransformasyon ve detoksifikasyonu desteklemek amaçlarıdır. (6)

Bireyselleştirilmiş gıda ve diyet katkısı önerileriyle besinsel dengesizliklerin düzeltilmesi fonksiyonel beslenmenin mihenk taşıdır. Destek ürünleri kullanırken bu dengenin akılda tutulması önemlidir. Karbonhidrat yağ ve proteinden elde edilen kalorilerin yüzdesinin bireysel bazda belirlenmesi gerekir. Örneğin; kronik böbrek hastalığı olanlarda kontrollü protein alımı, epilepside düşük karbonhidrat ve yüksek yağ içerikli ketojenik diyet yararlı sonuçlar verebilmektedir. (8)

İnflamasyon, immun sistemin bir enfeksiyona ya da yaralanmaya verdiği yanıtıdır ve inflamasyon nedeninin ortadan kaldırılmasını ve doku yapılarının ve fizyolojik fonksiyonun restorasyonunu kolaylaştırır. Araşidonik asitten elde edilen inflamatuvar prostaglandinler ihtiyaç duyulan inflamasyonda kilit rol oynarlar. Bu nedenle de öncelikli hedefimiz inflamasyonu ortadan kaldırmak değil onu kontrol altında tutmaktır. Kalıcı ve disfonksiyonel inflamasyon kansere, kardiyovasküler hastalıklara, otoimmün hastalıklara ve organ disfonksiyonu kaybına neden olabilmektedir. (8) Birbirine bağlı binlerce mekanizma ağını seçtiğimiz bir noktada durdurmaya çalışmak başka noktalarda sorunlara yol açmaktadır. (6) Özel bir hedefi bloke eden bir ilaçtaki sorun; vücudun bir yerinde hastalıkla ilişkili iken, vücut içindeki başka bir yerde normal fonksiyon için önemli olan durumlarda ortaya çıkar. Yani vücudun bir bölgesinde kontrolün kaybedilmiş olması sonucu yoğun bir ağrıya sebep olan inflamasyon başka bir bölge için normal ve gerekli bir bakım süreci olabilir. (7)

Üzüm çekirdeği, pycnogenol, centella asiatica, nar, yaban mersini, karadut, vişne, karotenoidler, çörekotu ve onlarca flavanoid türünün inflamasyonu bloke etmekten ziyade dindirmek türünde bir etkiye sahip olduklarını biliyoruz. (6)

American Journal of Clinical Nutrition’da 2009 yılında yayınlanan ‘Kadınlarda multivitamin kullanımı ve telomer uzunluğu’ başlıklı çalışmada; antiinflamatuvar ve antioksidan besinlerin telomerlerde erozyonu azaltabileceği, folat ve nikotinamid gibi

desteklerin telomer uzunluğunun epigenetik regülasyonunda rol aldığı sonuçlarından bahsedilmektedir. (6)

Cordain ve Eaton 2005'deki makalelerinde (Cordain L,Eaton SB, Origins and evolution of the Western diet:health implications fort he 21st century, Am J Clin Nutr 2005) insanoğlunun besin girişindeki bozulmadan şöyle bahsetmektedirler: ‘‘Yaklaşık 10000 yıl önce tarım ve hayvancılığın başlamasıyla birlikte diyet ve yaşam şartlarında ortaya çıkan büyük değişime insan genlerinin ayak uydurmak için ihtiyacı olan zamanı bulamamış olmasının sonuçlarının giderek daha iyi farkına varıyoruz. Bugün ‘medeniyet hastalıkları’ denen kronik hastalıklar, eski çağlarda genetik olarak belirlenmiş olan biyolojimiz ile bugünkü besin, aktivite ve kültürel örgüler arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanıyor. Özellikle Neolitik ve Sanayi Çağlarında kullanıma giren ana yiyecekler ve yiyecek hazırlama tekniklerindeki değişimler, ilkel insan diyetindeki 7 ana karakteristiği kökten değişime uğrattı: 1) Glisemik yük, 2) Yağ asidi kompozisyonu, 3) Makrobesin kompozisyonu, 4) Mikrobesin içeriği, 5) Asit-baz dengesi, 6) Sodyum-potasyum oranı, 7) Lif içeriği. Eski zamanlardan kalan genlerimizin son dönemlerde ortaya çıkan yiyeceklerin düşük besin kalitesi ile yaşadığı evrimsel ‘çarpışma’, Batı uygarlıklarında çok yaygınlaşan kronik hastalıkların altında yatan neden olarak görünüyor.’’ (6)

Bugünün yükselen kronik rahatsızlık yükü karmaşık bir metabolik ağdaki birçok nedenden türeyebilir. Belirli bir enfeksiyon hastalığının nedenine yönelik antibiyotiklerden farklı olarak, kronik hastalıklardaki tedavi süreçleri hastalığın çoklu nedenlerini değil belirtilerini tedavi eder. İlaçların çoğu rahatsızlıkların baskın semptomunu hedef almaktadır. Sonuç olarak da kronik hastalık sebat eder ya da tekrarlar çoğunlukla da zamanla kötüleşme gösterir. (7)

## **2.2. KRONİK HASTALIKLAR**

Hastalıkları kronik diye nitelendirebilmek için bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bunlar; kendi kendilerine iyileşmemeleri ve kendilerini sınırlandırıcı olmamaları, tedavi edilmediğinde zamanla daha da kötüye gitmeleri, birden çok

etmene bağlı gelişebilmesi ve karmaşık semptom profillerine sahip olma eğilimleridir.

(7)

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, her yıl 40 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan ölmektedir. Bu hastalıklar genellikle süre bakımından kroniktir ve tütün ve alkol tüketimi gibi yaşam tarzı seçimlerini yansıtmaktadır. Bunlar arasında obezite, diyabet, kanserler, kardiyovasküler ve akciğer hastalıkları sayılabilir. Bu hastalıklar sağlık açısından olduğu kadar, yaşam kalitesi açısından da insanlık için ciddi bir küresel yük oluşurmaktadır. (9)

2012 yılının sonlarında yayımlanan, 1990 ve 2010 yılları arasını ele alan bir çalışma, Küresel hastalık yükü adını verdiği sorunu (the global burden of disease) 67 risk faktörüne atıfta bulunup hastalıkları inceleyerek tanımlamaya çalışmıştır. Çalışma, Disability Adjusted Life Years (yoksunlukta geçen yıllar) kısaca DALY adı verilen bir ölçüyü kullanmıştır. DALY, erken ölüm ve ortalama altı sağlık durumu nedeni ile yaşanmış yıl kayıplarını, bu her iki durumun anılan risk faktörleri çerçevesinde birleştirmektedir. Bu çalışma kronik hastalıklara bağlı ölümlerde ciddi bir artış olduğunu göstermiştir. En çok artış gösteren hastalıklar ise kalp hastalıkları, SVO, depresyon ve diyabet gibi metabolik hastalıklar olarak bulunmuştur. Bu hastalıkların da tamamı beslenme, çevre ve egzersiz gibi yaşam tarzı alışkanlıklarıyla doğrudan ilişkilidir. İskemik kalp hastalıkları 1990 yılında yoksunluk sebepleri arasında 4. sırada iken, 2010 yılında %29'luk bir sıçrama ile 1.sıraya yerleşmiştir. İnme vakaları %19 ve depresyon %37 artış göstermiştir. (7)

Multimorbidite prevalansının, özellikle 65 yaş üstü bireylerde %65-98'e ulaştığı öngörülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 2020'li yıllarda, çok sayıda kronik hastalığı olanların sayısının 81 milyona ulaşacağını tahmin etmektedir. ABD'deki tüm sağlık harcamalarının %70'i, Avrupa'da, Danimarka'da ise %70-80'i kronik hastalıkların tedavisine harcanmaktadır. İngiltere'de, hastane yatışı gerektiren başlıca on bir nedenin sekizi kronik hastalıklara bağlıdır. Birinci basamakta yürütölen geniş çaplı bir çalışma, multimorbidite prevalansını; 18-44 yaş arasında %69, 45-64 yaş arası %93, 65 yaş üstünde ise %98 olarak saptamıştır. (5)

Geçtiğimiz 50 yıl içerisinde kronik hastalıklarda dramatik bir artış yaşanmıştır. Kronik bir hastalığın iyileşmesi için olmazsa olmaz olan en önemli faktör güçlü bir besinsel zemindir. İnsan fizyolojisi aynı kalsa da zaman içerisinde besin eksikliği,

toksin maruziyetleri, sedanter yaşam , stres artışı, uyku problemleri ve diğer yaşam tarzı problemleri gibi faktörler insan yaşamına dahil olmuştur. (8)

Birçok sağlık uzmanına göre, obezite bir salgındır. Obezite, vücut kitle indeksi veya BMI ( $\text{kg/m}^2$ ) 30 veya üzeri olarak tanımlanmıştır. Yaklaşık 200 ülkede yakın zamanda yapılan bir obezite insidansı araştırması, 2015 yılında 100 milyondan fazla çocuğun ve 600 milyondan fazla yetişkinin obez olduğunu, yani dünya nüfusunun yaklaşık %10'unun obez olduğunu bildirmiştir. Bunun nedenleri ile ilgili tartışmalar sürse de sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizliğin obezitede çok önemli bir role sahip olduğu konusunda fikir birliği vardır. (9)

Diyabetik vakaların %90'ından fazlasını oluşturan tip 2 diyabet insidansı endişe verici bir oranda artmaktadır ve son kırk yılda dört katına çıkmıştır. (9)

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yaklaşık 6 ölümün 1'inden sorumlu olan kanser dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Ayrıca DSÖ'ye göre kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri düşük meyve ve sebze alımı, alkol ve tütün tüketimi, yüksek VKI ve sedanter yaşam gibi değiştirilebilir yaşam tarzı özellikleri nedeniyle olmaktadır. Bir kişinin diyeti de karsinogenez riskiyle ilişkilendirilmiştir. Örneğin, 1980'lerde yayınlanan bir literatür taraması, meme kanseri ile enerji almından çeşitli proteinler, karbonhidratlar ve yağlara kadar çeşitli diyet faktörleri ile farklı vitaminler ve eser mineraller ve elementler arasında etiyolojik korelasyonlar bildirmiştir. Ayrıca, diyetle belirli besinlerin yokluğu veya azaltılmasının da karsinogenezi tetiklediği düşünülmektedir. Örneğin, folattaki diyet eksikliği, özellikle kolorektal ve pankreas kanserleri olmak üzere karsinogenez ile bağlantılı olabilir. Folat, onarım yoluyla DNA bütünlüğünü korumada aktif bir ajandır ve azaltılmış diyet seviyeleri, epigenetik mekanizmalar yoluyla genomik kararsızlığa neden olur. (9)

Kardiyovasküler hastalıklar, 35-70 yaş arası yetişkinler arasında küresel olarak önde gelen ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklar, koroner arter hastalığı ve ateroskleroz, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, felç ve aritmi gibi çeşitli hastalıkları temsil eder. Bu hastalıklar arasında, koroner arter hastalığı en yaygın olanıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda önemli bir risk faktörünün diyet olduğu düşünülmektedir. Çağdaş beslenme kılavuzları, kardiyovasküler hastalıkları önlemek için rafine şekerden kaçınırken doymuş yağ asitlerinin tam tahıllarla değiştirilmesini ve hayvansal ve süt proteinlerinin yerine bitkisel proteinlerin kullanılmasını

önermektedir. Özetle, kardiyovasküler hastalıklar poligenetiktir ve bireyin genlerinin, diyetinin, yaşam tarzının ve çevresinin etkileşimini yansıtır. (9)

İnsanların sağlıklarının yaşam tarzları ile çok yakından ilişkilidir. Günümüzde, egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık bakım kullanımı ve sağlık bakım sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenler iken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. (10)

Beslenme, uluslararası insan hakları belgelerinde bir hak olarak ifade edilmekte ve bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli refah göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Toplumun ve bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında yeterli ve dengeli beslenme temel şartlardandır. (10)

Çalışmalar, yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zekâ gelişimleri de normalden düşüktür. 1900 yıllarında Japonya'da 12 yaş grubu çocukların ortalama boyu 134 cm iken 1960 yılında aynı yaş grubunun boy ortalaması 142 cm'ye ulaşmıştır. Bu artış besin üretimi ve tüketimindeki artışa bağlanmıştır. Yetersiz beslenen toplumlarda enfeksiyon hastalıkları daha sık görülmekte, daha ağır seyretmekte ve daha öldürücü olmakta, kronik hastalıklar aşikâr hale gelmektedir. (10)

Doğru beslenme, metabolik hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın ana koşullarından biridir. Yapılan çalışmalarda, fiziksel hareket artışı ve doğru besin tercihleri ile Tip 2 diyabetin %30-50 oranlarında önlenilebileceği görülmüştür. Ayrıca, dislipidemi ve hipertansiyonun primer ve sekonder korunmasında medikal beslenme tedavisi vazgeçilmez bir unsurdur. Yapılan çalışmalar, dünyada güncelliğini koruyan

Akdeniz diyeti ile beslenen koroner kalp hastalarında ikinci kalp krizi görülme riskinin %70 azaldığını göstermektedir. (10)

Modern tıp modeli akut bakım sağlama anlamında ustalıkla işlerken, işlevsel sistemleri dengede tutmak ve bu dengeyi korumak açısından yetersiz kalmaktadır. (7) Modern tıp kronik hastalıklarla mücadelede akut hastalıklarda sağladığı başarıyı tekrarlayamamıştır. Hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi metabolik hastalıklar çok sayıda komplikasyona neden olarak hastaların hayat kalitesini düşürmüştür ve onları sağlık sistemine bağımlı hale getirmiştir. (11)

Multimorbiditeli kronik hastalığı olanlarda, klinik karar vermede kanıtlanmış zorluklar; yararı tam olarak kanıtlanmamış tedaviler, eşlik eden hastalığın tedavisiyle mevcut hastalığın kötüleşmesi, hastalıklarla ilgili farklı kılavuzların izlenmesi sonucu tedavi yükünün artması olarak sayılabilir. Multimorbiditenin üstesinden hastalık odaklı bakım yerine hasta odaklı bakıma geçmekle gelinebilir. Endüstrileşmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti sunumunda, klinik pratikte kullanılan rehberler hastalık odaklıdır. Multimorbiditeye yaklaşımda olması gereken ise bireyin kendine özgü risk, koşul ve öncelikleri hesaba katılmalı, sağlık hedefleri genişletilmelidir.. (5)

### **2.3.MODERN TIP - BÜTÜNCÜL TIP**

Antik Yunan'ın Knidos ve Kos Okulları'nın sistematik yaklaşımları iki farklı perspektifi yansıtmaktadır. Kos Okulu Hipokratik tıbbın özelliklerini taşımakta, hastalık ve hasta bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Knidos Okulu ise hastalığa odaklanmakta, semptomları dikkate alarak klinik tanıya varmaktadır. Günümüzde modern tıbbın anlayışı Knidos Okulu ile benzerlikler taşımaktadır. (12)

Bilginin niceliği arttıkça niteliği önem kazanmakta olup, elde edilen bilgilerin güvenilirliği, bilginin üretilme yönteminin sağlamlığını ölçüt alan 'Kanıt dayalı tıp' yaklaşımı ile belirlenmeye çalışılmaktadır. (12)

Parçaları inceleyerek bütünü tanımaya çalışan analitik yaklaşım modern bilimin temel özellikleridir. Tıp da insan vücudunun bilinmeyenlerini bulmak için organ sisteminden organa, organdan dokuya, dokudan hücreye doğru keşifler elde etmiştir. Yeni keşiflerle çok miktarda bilgi elde edilmiştir. Bu kadar çok bilgiye hakim

olmak zorluğundan yeni uzmanlık dalları gelişmiştir. Bu durum ister istemez doktorun dikkatini hastadan hastalığa, hasta bedenden hasta organa yöneltmiştir. Bu yaklaşımın doğal sonucu olarak insanın hem bedensel bütünlüğü hem de psikososyokültürel yönleri büyük oranda göz ardı edilmek durumunda kalmıştır. (11)

Bütünü karmaşık olmayan en küçük birime kadar parçalayarak incelemeyi öngören Kartezyen yaklaşımda bütünü oluşturan bağlantılar ve ilişkiler görülmektedir. (13)

Kartezyen yaklaşımın temelinde bakım ve şifacılığın birbirinden ayrılması yatar. İnsanın makine olarak algılanması, insanı denetleyen ve anlayan şifacılığın insancılıktan uzaklaşmasına sebep olur. Geçmiş dönemlerin en gelişmiş teknik aleti saat olduğundan, 'saat gibi çalışan evren' şeklinde bir metafor oluşmuştur. Dahası bu metafor insanlara indirgenerek, insanlar da saat gibi parçalara ayrılarak incelenebilecek ve böylece insanların da anlaşılacakları düşünülmüştür. İnsanın bu tarz bir çözümlenmesiyle başlatılan süreçte, Batı tıp bilimi sürekli bir gelişim sağlamıştır. Günümüzde ise, sağlık ve hastalığı anlamada araç olan moleküler biyolojiye yani insan hayatının keşfedilmiş en küçük birimine bel bağlanmıştır. (13)

Kişi bilimin belli bir alanında uzmanlaştığında, ilgili bilim dalına bütüncül olarak bakması kısmen de olsa engellenebilmektedir. Keza, hekimler de bir alan ya da bir organ üzerinde uzmanlaştıkları zaman dâhi hastayı bütüncül anlamda değerlendirmeden uzaklaşma ihtimalini taşımaktadırlar. Böylece hekimler hastaya ve hastalığa sadece kendi uzmanlık perspektifinden yaklaşacak, bakış açısında daralma söz konusu olabilecektir. Bu tarz durumlar hekimlerin hastalara değil hastalıklara odaklanmasına yol açarak, tıbbi bakım kalitesini sekteye uğratabilmektedir. (13)

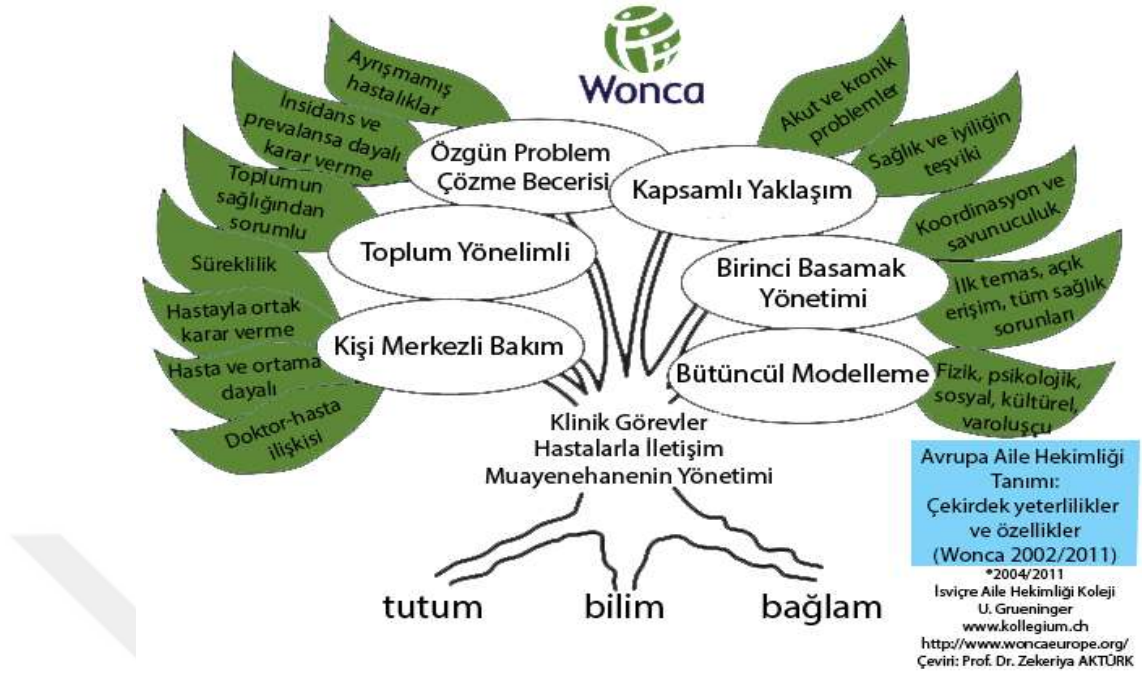
Bütüncül bilim anlayışı çerçevesinde hekimin hastasını parça-bütün ilişkisi açısından değerlendirip, hastaya herhangi bir teşhis koyarken ya da tedavi aşamasında onu bir bütün içinde ele alması gerekmektedir. Şahinoğlu Pelin'e (2000: 122) göre hastanın tanı koyma ve tedavi basamağında bütüncül olarak ele alınışı iki şekilde olabilir: Hasta tedavi edilirken biyolojik bir sistem olarak bir bütün içinde görülmesi ve biyolojik bir sistem olmanın yanında psikolojik ve sosyal bir varlık olduğu gerçeğinin de tanı ve tedavi aşamalarında hesaba katılması. (13)

Türkiye'de bütüncül yaklaşım Nusret Fişek tarafından hazırlanan '224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası' ile toplum hekimliği çerçevesinde

düzenlenmiş ve sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmeye çalışılmıştır. Birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan bu sistem Alma Ata konferansından çok önce birincil bakımın önemini vurgulamıştır (Güler ve Akın, 2012). Dünya’da ise, 1923 yılında ilk kez Francis Peabody tarafından sağlık hizmetlerinin bireysel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalına olan gerekliliği ve hali hazırdaki bu eksikliği sağlayabilecek yapının aile hekimliği sistemi olduğu dile getirilmiştir. Tıp kurumunda görülen aşırı uzmanlaşmanın sağlık hizmeti alımı esnasında hastaların ortada kalmasına sebep olduğunu belirtmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu). (13)

#### **2.4. AİLE HEKİMLİĞİ**

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından “tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının gerekliliği” şeklinde savunulmuştur. Aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul edilmiş bir tanımı 1974 yılında Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında birinci basamak hekimliğinin, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA), 1978 Alma Ata Konferansı’nda ilan edilen “2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario Kanada’da “Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını insanların Gereksinimlerini Daha iyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı” konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır: “İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu amaç doğrultusunda WHO ve WONCA tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir”. (3)



#### Şekil 4. Dünya Aile Hekimliği Akademileri Birliği (WONCA) 2005-Çekirdek Yeterlikler (19)

Kişilere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve yaşam süreleri boyunca sürekli, koordine ve kapsamlı bakım sunan aile hekimleri hem tanımından hem de insanlarla en sık ve en uzun süreli ilişki kuran sağlık çalışanı olmalarından dolayı sağlığı koruma ve geliştirmede en uygun hekim grubudur. Aile hekimi, kendisine kayıtlı her bireye doğru yaşam tarzı önerilerinde bulunur; periyodik sağlık muayenelerini yapar ve hastalıkları önler. Sağlığı geliştirme danışmanlığının aile hekimleri tarafından verilmesi, branş uzmanları tarafından verilmesine kıyasla daha etkili olmaktadır. Bunun nedeni hastaların aile hekimlerini daha güvenilir sağlık bilgi kaynağı olarak görmeleridir. Bu nedenle, aile hekimleri sağlıklı yaşam biçimi konusundaki donanımlarını arttırmalıdır. (10)

Aile hekimi, uzmanlık dalının kendine özgü felsefesiyle kişiyi merkezli yaklaşıma sahiptir ve kişileri çevreleriyle etkileşimi içerisinde değerlendirir. Böylece hastanın sağlığını ve hastalıklarını etkileyebilecek bütün faktörleri değerlendirme kapsamına almış olur. (5)

## 2.5.NUTRİGENETİK/NUTRİGENOMİK

Nutrigenetik, hastalık etiolojisinde rol oynayabilecek beslenme ve genetik faktörlerin etkileşimi ile ilgilidir. Özellikle SNP başta olmak üzere genetik varyasyonların bireyin diyetine verdiği yanıtı ve kişinin metabolik durumunu nasıl etkilediğini araştırmaktadır. Örneğin, bir bireyin kafeine yanıtı, *CYP1A2* genindeki genetik polimorfizm nedeniyle değişir. Bu gen, karaciğerde sentezlenen ve kafeini demetile eden ve kafeini demetilat geninin bazı varyantlarını diğerlerinden daha hızlı bir şekilde demetile eden bir enzimi kodlar. Özetle, nutrigenetik, bir bireyin genotipik kompozisyonunun diyet alımına fenotipik yanıtı nasıl etkilediği ile ilgilenir. (9)

Nutrigenetik, besinlere verilen tepkilerde DNA dizi varyasyonunun rolüne atıfta bulunurken, nutrigenomik, besinlerin gen ekspresyonundaki rolünün incelenmesidir. İnsanlık tarihi boyunca diyet, genlerin ifadesini etkilemiş, çevresel zorluklara başarılı bir şekilde yanıt verebilen ve gıda kaynaklarının daha iyi kullanılmasına izin veren fenotiplerle sonuçlanmıştır. Bu alandaki ilerlemeler biyolojik bireyselliği önemli terapötik potansiyele sahip diyet önerilerine dahil etmek için bir temel oluşturma fırsatı sağlayacaktır. (14)

Yaklaşık 4000 denek üzerinde yapılan bir çalışmada statinlere verilen lipid düşürücü yanıtta bireysel farklılıklar gözlemlenmiştir. Aspirin tedavisine yanıt olarak trombosit agregasyonu için de bir dizi yanıt bulunmuştur. Benzer şekilde, metabolik ve kardiyovasküler özelliklerin düzenli egzersize verdiği tepkilerde önemli ölçüde insan heterojenliği bulunmaktadır. Diyetteki sodyum ve potasyum içeriğine kan basıncı tepkisinde de bireysel farklılıklar gözlemlenmiştir. (14)

İnsanlık tarihi boyunca besinler, genlerle “iki yönlü bir etkileşim” içinde etkileşirler. (14)

Bağırsak bakterileri, gıda besinleri ve bağırsak genomik ve fizyolojik ortamının karmaşık topluluğu arasındaki dengenin, insan sağlığı ve hastalığına önemli etkilerinin olduğu fikri giderek daha fazla benimsenmektedir. (14)

Kişiselleştirilmiş beslenme, nadir görülen doğuştan gelen metabolik hataların etkilerini hafifletmek için onlarca yıldır kullanılmaktadır. Mevcut nutrigenetik çabalarının çoğu, yaygın kronik hastalıklarla başa çıkmak için önleyici veya tedavi

edici bir araç olarak genel popülasyona benzer yaklaşımlar getirmeyi amaçlamaktadır.  
(14)

Diyet ve beslenmenin karsinogenezde risk faktörleri olduğu düşünülse de, kanserin önlenmesinde ve hatta tedavisinde de rol oynayabilirler. Bu rolü analiz etmek, nutrigenetik/nutrigenomik araştırmaları için önemli bir hedeftir. Örneğin, diyet polifenollerinin meme kanserinden prostat kanserine kadar çeşitli kanserlerin epigenetik mekanizmalar yoluyla önlenmesinde veya tersine çevrilmesinde rol oynadığı öne sürülmüştür. Beslenmenin etkili olduğunun düşünülmesinin nedeni, metilasyon gibi epigenetik değişikliklerin potansiyel olarak tersine çevrilebilir olmasıdır. (9)



### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma, 01.12.2021-28.02.2022 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan 34 sorudan oluşan anketin online uygulanması ile gerçekleştirildi.

#### **3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışma evreni Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarıdır. Örneklem büyüklüğü, 'Openepi Sample Size Calculator' ile hesaplanmıştır. 2021 Ekim ayı verilerine göre Aile Hekimliği Anabilim Dallarında aile hekimliği uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekim sayısı 2140 kişi olduğundan %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapmayla en az 326 kişilik örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Online anket Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarına sosyal medya hesapları yoluyla ulaştırılmıştır. Çalışma periyodunca anketi yanıtlayan toplam 326 kişi olmuştur. Bu anketlerin yanıtları ve veri kalitesi kontrol edildikten sonra tamamının çalışmaya dâhil edilmesine karar verilmiştir.

#### **3.3 Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.4 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri**

##### Dahil Edilme Kriterleri

-Türkiye'de aile hekimliği asistanı olmak

##### Dışlama Kriterleri

-Aile hekimliği asistanı olmamak

#### **3.5 Araştırmada Uygulanan Yaklaşım ve Yöntemler**

Gönüllü olan katılımcılara iki bölümden oluşan anket Google Forms üzerinden online olarak uygulandı. Anket sorularının ilk bölümünde bazı sosyodemografik özellikler (yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, asistanlık yılı, tıp fakültesinden mezuniyet yılı, çalışmakta olduğu kurum) sorgulandı.

Çalışmakta olduğu kurum Üniversite ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak soruldu.

Anketin ikinci bölümünde likert tipi ölçek kullanılarak oluşturulmuş 6 soru ile, aile hekimliği asistanlarının modern tıp konusundaki fikirleri soruldu.

Anketin son bölümünde fonksiyonel tıp ile ilgili sorular soruldu.

Anketimizde “*Kendiniz için herhangi bir fonksiyonel tıp birimine başvurduğunuz mu?*” sorusuna “Evet/Hayır” şeklinde cevap istendi. Bu soruya “Evet” diyenler anketin şu sorularına da cevap verdiler: “*Daha önce fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurduysanız başvurma nedenleriniz nelerdi?; Kendiniz için herhangi bir fonksiyonel tıp birimine başvurduysanız bu yöntemlerin sağlığınıza etkisi nasıldı?*”.

Tüm katılımcılara anketin son sorusu olarak “*Fonksiyonel Tıp uygulamalarının geleceği için herhangi bir öneriniz var mı?*” sorusu yönlendirildi.

### **3.6 Araştırmanın Etik Kurul ve Kurum İzinleri**

Online anketin başında araştırma için bilgilendirme yazısının katılımcılar tarafından okunması ve onay verdikleri halde ‘Evet’ tuşuna basarak gönüllü olarak çalışmaya dâhil edilmeleri sağlandı. Çalışmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı. (Tarih: 18.11.2021 ve Karar no: 0479)

### **3.7 Verilerin Analizi**

Çalışmanın verilerinin istatistiksel değerlendirmesi SPSS (*Statistical Packet for The Social Science*) 26.0 paket programında yapıldı. Çalışmada tanımlayıcı analizler sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı, yüzde kullanılarak sunuldu. Verilerin normal dağılım uyumu Kolmogorov Smirnov ile test edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda, değişken özelliğine uygun olarak, Ki-kare ve Fisher’s exact testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılığa karar verilmesinde  $p < 0.05$  değeri kabul edildi.

### **3.8 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri**

Çalışmamız, dünyada giderek popülerleşen ve kendine tıp dünyasında hızla yer edinen fonksiyonel tıpla ilgili Türkiye’deki aile hekimliği asistanlarının konu ile ilgili bilgi ve yaklaşımlarını değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle bir öneme sahiptir; ancak çalışmanın sadece aile hekimliği asistanları ile yürütülmüş olması Türkiye’deki

hekimlerin fonksiyonel tıpla ilgili bilgi ve yaklaşımları hakkında genel durumu göstermemektedir.



#### 4. BULGULAR

Çalışma grubunun %66,3'ü kadın, %55,2'si evli, %18,1'i 28 yaşında, %16,9'u 27 yaşındaydı. Çalışmaya katılanların 124'ü (%38) asistanlıklarının ilk yılında, 106'sı (%32,5) asistanlıklarının ikinci yılındaydı. Katılanların 58'i (%17,8) 2019 yılında, 56'sı (%17,2) 2018 yılında tıp fakültesinden mezun olmuşlardı. Çalışma grubundaki 152 (%46,6) asistan üniversitede, 174 (%53,4) asistan eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktaydı.

Tablo 1: Çalışmaya katılanların demografik özellikleri

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	110	33.7
Kadın	216	66.3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	180	55.2
Bekar	143	43.9
Boşanmış/Dul	3	0.9
<b>Asistanlık Yılı</b>		
1.yıl	124	38.0
2.yıl	106	32.5
3.yıl	96	29.4
<b>Çalışmakta Olduğu Kurum</b>		
Üniversite	152	46.6
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	174	53.4
<b>Yaş</b>		
30 yaş altı	214	65.7
30 yaş ve üstü	112	34.3
<b>Hekimlik Yılı</b>		
5 yıl ve altı	199	61.0
5 yıl üzeri	127	39.0
<b>Toplam</b>	326	100.0

Çalışmaya katılanların 111'i (%34,0) "Modern tıp hastalara bütüncül yaklaşır." fikrine kesinlikle katıldığını belirtirken, 102'si (%31,3) bu fikre katıldığını belirtmiş. 119'u (%36,5) "Modern tıpta koruyucu hekimliğe gerekli önem verilir." fikrine kesinlikle katıldığını beyan etmiş. 96'sı (%29,4) "Modern tıp tanı ve tedavide gelişmiş yöntemlere sahiptir ve alternatif yöntemlere ihtiyacı yoktur." fikrine katılmadığını, 92'si (%28,2) kararsız olduğunu belirtmiş. 85'i (%26,1) "Modern tıp hastadan çok hastalık merkezli bir yaklaşıma sahiptir." fikrine katıldığını beyan etmiş. 123'ü (%37,7) "Hastalar çoklu ve sürekli ilaç kullanıp polifarmasinin yan etkilerine maruz kalmaktadır." fikrine katıldığını, 111'i (%34,0) bu fikre kesinlikle katıldığını belirtmiş. 113'ü (%34,7) "Hastalar modern tıbbi yöntemlerle yeterince tatmin olamadığı için fonksiyonel tıp yöntemlerine yönelmektedir." fikrine katıldığını belirtmiş.

Tablo 2: Çalışmaya katılanların Modern Tıp hakkındaki görüşleri

	<b>Kesinlikle katılıyorum</b> (n, %)	<b>Katılıyorum</b> (n, %)	<b>Kararsızım</b> (n, %)	<b>Katılmıyorum</b> (n, %)	<b>Kesinlikle katılmıyorum</b> (n, %)	<b>Toplam</b>
<b>Modern tıp hastalara bütüncül yaklaşır.</b>	111 (%34.0)	102 (%31.3)	40 (%12.3)	43 (%13.2)	30 (%9.2)	326 (%100)
<b>Modern tıpta koruyucu hekimliğe gerekli önem verilir.</b>	119 (%36.5)	83 (%25.5)	54 (%16.6)	44 (%13.5)	26 (%8.0)	326 (%100)
<b>Modern tıp tanı ve tedavide gelişmiş yöntemlere sahiptir ve alternatif yöntemlere ihtiyacı yoktur.</b>	23 (%7.1)	61 (%18.7)	92 (%28.2)	96 (%29.4)	54 (%16.6)	326 (%100)
<b>Modern tıp hastadan çok hastalık merkezli bir yaklaşıma sahiptir.</b>	49 (%15.0)	85 (%26.1)	54 (%16.6)	74 (%22.7)	64 (%19.6)	326 (%100)
<b>Hastalar çoklu ve sürekli ilaç kullanıp polifarmasinin yan etkilerine maruz kalmaktadır.</b>	111 (%34.0)	123 (%37.7)	43 (%13.2)	33 (%10.1)	16 (%4.9)	326 (%100)
<b>Hastalar modern tıbbi yöntemlerle yeterince tatmin olamadığı için fonksiyonel tıp yöntemlerine yönelmektedir.</b>	58 (%17.8)	113 (%34.7)	88 (%27.0)	48 (%14.7)	19 (%5.8)	326 (%100)

Çalışmaya katılan asistanların 278'i (%85,3) daha önce fonksiyonel tıpı duymuş. Daha önce fonksiyonel tıpı duyan aile hekimliği asistanlarının 151'i (%46,3) TV, dergi, gazete, internetten ; 96'sı (%29,4) aile veya arkadaşlardan ; 179'u (%54,9) sağlık mensuplarından; 48'i (%14,7) fonksiyonel tıp yöntemleri ile ilgili bilimsel makalelerden bilgi edinmiş.

Tablo 3: Fonksiyonel Tıpı daha önce duyan aile hekimliği asistanlarının konuyla ilgili bilgi edinme yolları

	n	%
<b>TV,dergi,gazete,internet</b>	151	46.3
<b>Aile veya arkadaşlar</b>	96	29.4
<b>Sağlık mensupları</b>	179	54.9
<b>Fonksiyonel tıp hakkındaki makaleler</b>	48	14.7
<b>Bilgim yok</b>	31	9.5

Çalışmaya katılan asistanların 231'i (%70,9) fonksiyonel tıp yöntemlerinin modern tıbbi destekleyici ve faydalı yöntemler olduğunu düşünürken, 31'i (%9,5) fonksiyonel tıp yöntemlerinin bilimsel yöntemler olduğunu düşünmemekteydi. Katılımcıların 20'si (%6,1) fonksiyonel tıp yöntemlerinin komplikasyonları ve yan etkileri olduğunu düşünürken, 44'ü (%13,5) bu yöntemler hakkında fikri olmadığını belirtmiş.

Katılımcıların 42'si (%12,9) daha önce kendileri için fonksiyonel tıp birimine başvurmuş. Daha önce fonksiyonel tıp birimine başvuranların 12'si (%28,5) kontrol amaçlı, 25'i (%59,5) sağlıklı yaşamak amaçlı, 11'i (%26,1) meslektaşlarının önerisi nedeniyle, 8'i (%19,0) aile veya arkadaş önerisi ile, 8'i (%19,0) medikal tedaviden memnun olmaması nedeniyle, 10'u (%23,8) sağlık sorunlarına çözüm bulmak için, 18'i (%42,8) merak ettiğinden fonksiyonel tıp birimlerine başvurmuş. Daha önce fonksiyonel tıp birimine başvuranların 25'i (%59,5) fonksiyonel tıp yöntemlerinden kısmen fayda gördüğünü, 15'i (%35,7) herhangi bir etkisini görmediğini belirtmiş.

Tablo 4: Daha önce kendisi için FT birimine başvuran aile hekimliği asistanlarının başvuru nedenleri

	N	%
<b>Kontrol amaçlı</b>	12	28.5
<b>Sağlıklı yaşamak için</b>	25	59.5
<b>Meslektaşların önerisi ile</b>	11	26.1
<b>Aile veya arkadaşların önerisi ile</b>	8	19.0
<b>Medikal tedaviden memnun olmama sebebiyle</b>	8	19.0
<b>Sağlık sorunlarına çözüm bulmak için</b>	10	23.8
<b>Merak etme sebebiyle</b>	18	42.8

Çalışmaya katılan asistanların 234'ü (%71,8) fonksiyonel tıp yöntemlerinin gerekli endikasyon almış hastalar için SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesi, 192'si (%58,9) fonksiyonel tıp kliniklerinin yaygınlaştırılması, 246'sı (%75,5) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dâhil edilmesi gerektiğini belirtmiş. Katılımcıların 274'ü (%84,0) meslektaşlarına FT eğitimini tavsiye ettiğini, 238'i (%73) hastalarına FT yöntemlerini tavsiye ettiğini belirtmiş.

Tablo 5 : Aile Hekimliği asistanlarının FT hakkındaki görüşleri

Sorular ve verilen cevaplar	n	%
<b>FT yöntemlerinin gerekli endikasyon almış hastalar için SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?</b>		
<i>Evet</i>	234	71.8
<i>Hayır</i>	92	28.2
<b>“Fonksiyonel tıp klinikleri yaygınlaştırılmalıdır.” fikrine katılıyor musunuz?</b>		
<i>Evet</i>	192	58.9
<i>Hayır</i>	59	18.1
<i>Fikrim yok</i>	75	23.0
<b>Sizce fonksiyonel tıp yaklaşımı tıp fakültesi eğitim müfredatına dâhil edilmeli midir?</b>		
<i>Evet</i>	246	75.5
<i>Hayır</i>	80	24.5

<b>Meslektaşlarınıza fonksiyonel tıp sertifikası eğitimlerine katılmalarını tavsiye eder misiniz?</b>		
<i>Evet</i>	274	84.0
<i>Hayır</i>	52	16.0
<b>Hastalarınıza fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurularınızı tavsiye eder misiniz?</b>		
<i>Evet</i>	238	73.0
<i>Hayır</i>	88	27.0
<b>Sizce Covid-19 pandemi dönemi sonrası fonksiyonel tıp birimlerine yönelim artacak mıdır?</b>		
<i>Evet</i>	275	84.4
<i>Hayır</i>	51	15.6
<b>Türkiye’de fonksiyonel tıp uygulamalarına erişimi yeterli düzeyde buluyor musunuz?</b>		
<i>Evet</i>	72	22.1
<i>Hayır</i>	254	77.9
<b>Sizce Fonksiyonel Tıp yöntemleri sağlıklı kişilerde de uygulanabilir mi?</b>		
<i>Evet</i>	195	59.8
<i>Hayır</i>	27	8.3
<i>Emin değilim</i>	104	31.9
<b>FT yöntemlerinin tek başına hastalıklar üzerine tedavi edici etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		
<i>Evet</i>	56	17.2
<i>Hayır</i>	180	55.2
<i>Emin değilim</i>	90	27.6
<b>Sizce FT yöntemlerinin birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması doğru bir yaklaşım olur mu?</b>		
<i>Evet</i>	158	48.5
<i>Hayır</i>	73	22.4
<i>Emin değilim</i>	95	29.1
<b>Sizce FT yöntemlerinin birinci basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvuruları azalır mı ?</b>		
<i>Evet</i>	162	49.7
<i>Hayır</i>	45	13.8
<i>Emin değilim</i>	119	36.5
<b>Fonksiyonel tıp bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında seçer miydiniz?</b>		
<i>Evet</i>	130	39.9
<i>Hayır</i>	196	60.1

Çalışmaya katılan asistanlara göre FT yöntemlerinin hangi grup hastalıklarda uygulanmasının doğru bir tercih olabileceği sorgulandı. Bu soruya en sık verilen cevaplar şu şekildedir: 233 (%71,5) kas-iskelet sistemi hastalıkları, 175 (53,7) palyatif nedenler, 121 (%37,1) kronik hastalıklar, 113 (%34,7) psikiyatrik hastalıklar, 87 (%26,7) dermatolojik hastalıklar, 79 (%24,2) alerjik-immunolojik hastalıklar, 74

(%22,7) nörolojik hastalıklar, 53 (%16,3) maligniteler, 31 (%9,5) kadın hastalıkları, 26 (%8,0) üriner sistem hastalıklar, 22 (%6,7) hiçbiri.

Tablo 6: Aile hekimliği asistanlarının FT yöntemlerinin hangi hastalık gruplarında uygulanabileceği konusundaki görüşleri

	n	%
<b>Kas-iskelet sistemi hastalıkları</b>	233	71.5
<b>Psikiyatrik hastalıklar</b>	113	34.7
<b>Nörolojik hastalıklar</b>	74	22.7
<b>Kronik hastalıklar</b>	121	37.1
<b>Alerjik Hastalıklar</b>	79	24.2
<b>Malignite</b>	53	16.3
<b>Dermatolojik hastalıklar</b>	87	26.7
<b>Üriner sistem hastalıkları</b>	26	8.0
<b>Kadın hastalıkları</b>	31	9.5
<b>Palyatif nedenler</b>	175	53.7
<b>Hiçbiri</b>	22	6.7

Çalışmamıza katılan kadınların 193'ü (%69,4), erkeklerin 85'i (%30,6) fonksiyonel tıpyı duymuş. Çalışmamıza katılan kadınların 23'ü (%47,9), erkeklerin 25'i (%52,1) fonksiyonel tıpyı duymamış. ( $p<0,05$ )

Asistanlığının birinci yılında olanların 106'sı (%38,1), asistanlığının ikinci yılında olanların 85'i (%30,6), asistanlığının üçüncü yılında olanların 87'si (%31,3) fonksiyonel tıpyı duymuş. Asistanlığının birinci yılında olanların 18'i (%37,5), asistanlığının ikinci yılında olanların 21'i (%43,8), asistanlığının üçüncü yılında olanların 9'u (%18,8) fonksiyonel tıpyı duymamış. ( $p>0,05$ )

Üniversitede çalışan aile hekimliği asistanlarının 127'si (%45,7), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan aile hekimliği asistanlarının 151'i (%54,3) fonksiyonel tıpyı duymuş. Üniversitede çalışan aile hekimliği asistanlarının 25'i (%52,1), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan aile hekimliği asistanlarının 23'ü (%47,9) fonksiyonel tıpyı duymamış. ( $p>0,05$ )

Çalışmamıza katılan asistanlardan 5 yıl ve daha az süre hekimlik mesleği yapanların 172'si (%61,9), 5 yıldan daha uzun süre hekimlik mesleği yapanların 106'sı (%38,1) fonksiyonel tıpyı duymuş. Çalışmamıza katılan asistanlardan 5 yıl ve daha az süre hekimlik mesleği yapanların 27'si (%56,3), 5 yıldan daha uzun süre hekimlik mesleği yapanların 21'i (%43,8) fonksiyonel tıpyı duymamış. ( $p>0,05$ )

Tablo 7: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıpy duyması durumu

	Fonksiyonel tıpy duyanlar		Fonksiyonel tıpy duymayanlar		Toplam		P
	n	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	193	69.4	23	47.9	216	66.3	0.005
Erkek	85	30.6	25	52.1	110	33.7	
Total	278	100	48	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>							
Birinci yıl	106	38.1	18	37.5	124	38.0	0.112
İkinci yıl	85	30.6	21	43.8	106	32.5	
Üçüncü yıl	87	31.3	9	18.8	96	29.4	
Total	278	100	48	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>							
Üniversite	127	45.7	25	52.1	152	46.6	0.437
Eğitim ve araştırma hastanesi	151	54.3	23	47.9	174	53.4	
Total	278	100	48	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>							
5 yıl ve altı	172	61.9	27	56.3	199	61.0	0.522
5 yıl üzeri	106	38.1	21	43.8	127	39.0	
Total	278	100	48	100	326	100	

Çalışmaya katılan kadınların 130'u (%67,7), erkeklerin 62'si (%32,3) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmiş. Çalışmaya katılan kadınların 39'u (%66,1), erkeklerin 20'si (%33,9) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerekmediğini; kadınların 47'si (%62,7), erkeklerin 28'i (%37,3) bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Asistanlığının ilk yılında olanların 70'i (%36,5), asistanlığının ikinci yılında olanların 54'ü (%28,1), asistanlığının üçüncü yılında olanların 68'i (%35,4) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmüş. Asistanlığının ilk yılında olanların 30'u (%50,8), asistanlığının ikinci yılında olanların 14'ü (%23,7), asistanlığının üçüncü yılında olanların 15'i (%25,4) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerekmediğini düşünmüş. Asistanlığının ilk yılında olanların 24'ü (%32,0), asistanlığının ikinci yılında olanların 38'i (%50,7), asistanlığının üçüncü yılında olanların 13'ü (%17,3) bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiş. ( $p<0,05$ )

Tablo 8: Asistanlık Yılı ile FT kliniklerinin yaygınlaştırılması arasındaki durum

	FT klinikleri yaygınlaştırılmalıdır		FT klinikleri yaygınlaştırılmamalıdır		Fikrim yok		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Asistan Yılı</b>									
Birinci yıl	70	56.5	30	68.2	24	38.7	124	53.9	0.008
İkinci yıl	54	43.5	14	31.8	38	61.3	106	46.1	
Total	124	100	44	100	62	100	230	100	
<b>Asistanlık yılı</b>									
Birinci yıl	70	50.7	30	66.7	24	64.9	124	56.4	0.090
Üçüncü yıl	68	49.3	15	33.3	13	35.1	96	43.6	
Total	138	100	45	100	37	100	220	100	
<b>Asistanlık yılı</b>									
İkinci yıl	54	44.3	14	48.3	38	74.5	106	52.5	0.001
Üçüncü yıl	68	55.7	15	51.7	13	25.5	96	47.5	
Total	122	100	29	100	51	100	202	100	

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarından üniversitede çalışanların 92'si (%47,9), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 100'ü (%52,1) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmiş. Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarından üniversitede çalışanların 22'si (%37,3), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 37'si (%62,7) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması

gerekmediğini belirtmiş. Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarından üniversitede çalışanların 38'i (%50,7), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 37'si (%49,3) bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Katılımcılardan 5 yıl ve altı süre hekimlik yapanların 110'u (%57,3), 5 yıl üzerinde süreyle hekimlik yapanların 82'si (%42,7) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini belirtmiş. Katılımcılardan 5 yıl ve altı süre hekimlik yapanların 40'ı (%67,8), 5 yıl üzerinde süreyle hekimlik yapanların 19'u (%32,2) FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerekmediğini belirtmiş. Katılımcılardan 5 yıl ve altı süre hekimlik yapanların 49'u (%65,3), 5 yıl üzerinde hekimlik yapanların 26'sı (%34,7) bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Tablo 9: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıp kliniklerinin yaygınlaştırılması konusundaki fikirlerinin durumu

	FT klinikleri yaygınlaştırılmalıdır		FT klinikleri yaygınlaştırılmamalıdır		Fikrim yok		Toplam		P
	n	%	N	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	130	67.7	39	66.1	47	62.7	216	66.3	0.736
Erkek	62	32.3	20	33.9	28	37.3	110	33.7	
Total	192	100	59	100	75	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>									
Birinci yıl	70	36.5	30	50.8	24	32.0	124	38.0	0.001
İkinci yıl	54	28.1	14	23.7	38	50.7	106	32.5	
Üçüncü yıl	68	35.4	15	25.4	13	17.3	96	29.4	
Total	192	100	59	100	75	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>									
Üniversite	92	47.9	22	37.3	38	50.7	152	46.6	0.261
Eğitim ve araştırma hastanesi	100	52.1	37	62.7	37	49.3	174	53.4	
Total	192	100	59	100	75	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>									
5 yıl ve altı	110	57.3	40	67.8	49	65.3	199	61.0	0.241
5 yıl üzeri	82	42.7	19	32.2	26	34.7	127	39.0	
Total	192	100	59	100	75	100	326	100	

Çalışmaya katılan kadınların 168'i (%68,3), erkeklerin 78'i (%31,7) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiğini; kadınların 48'i (%60,0), erkeklerin 32'si (%40,0) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmemesi gerektiğini belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Asistanlığının birinci yılında olanların 90'ı (%36,6), ikinci yılında olanların 78'i (%31,7), üçüncü yılında olanların 78'i (%31,7) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiğini; asistanlığının birinci yılında olanların 34'ü (%42,5), ikinci yılında olanların 28'i (%35,0), üçüncü yılında olanların 18'i (%22,5) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmemesi gerektiğini düşünmüş. ( $p>0,05$ )

Çalışmaya katılan asistanlardan üniversitede çalışanların 113'ü (%45,9), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 133'ü (%54,1) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiğini; üniversitede çalışanların 39'u (%48,8), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 41'i (%51,3) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerekmediğini belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Çalışmaya katılan asistanlardan 5 yıl ve altı süredir hekimlik yapanların 144'ü (%58,5), 5 yıl üzerinde hekimlik yapanların 102'si (%41,5) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiğini; 5 yıl ve altı süredir hekimlik yapanların 55'i (%68,8), 5 yıl üzerinde hekimlik yapanların 25'i (%31,3) fonksiyonel tıp yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerekmediğini düşünmüş.

Tablo 10: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre fonksiyonel tıp yöntemlerinin tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi konusundaki fikirlerinin durumu

	FT yöntemleri tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmeli		FT yöntemleri tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmemeli		Toplam		P
	n	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	168	68.3	48	60.0	216	66.3	0.177
Erkek	78	31.7	32	40.0	110	33.7	
Total	246	100	80	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>							
Birinci yıl	90	36.6	34	42.5	124	38.0	0.287
İkinci yıl	78	31.7	28	35.0	106	32.5	
Üçüncü yıl	78	31.7	18	22.5	96	29.4	
Total	246	100	80	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>							
Üniversite	113	45.9	39	48.8	152	46.6	0.700
Eğitim ve araştırma hastanesi	133	54.1	41	51.3	174	53.4	
Total	246	100	80	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>							
5 yıl ve altı	144	58.5	55	68.8	199	61.0	0.114
5 yıl üzeri	102	41.5	25	31.3	127	39.0	
Total	246	100	80	100	326	100	

Çalışmaya katılan kadınların 109'u (%69,0), erkeklerin 49'u (%31,0) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını; kadınların 41'i (%56,2), erkeklerin 32'si (%43,8) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olmayacağını; kadınların 66'sı (%69,5), erkeklerin 29'u (%30,5) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. (p>0,05)

Çalışmaya katılan asistanlardan birinci yılında olanların 67'si (%42,4), ikinci yılında olanların 48'i (%30,4), üçüncü yılında olanların 43'ü (%27,2) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını; asistanlardan birinci yılında olanların 25'i (%34,2), ikinci yılında olanların 27'si (%37,0), üçüncü yılında olanların 21'i (%28,8) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olmayacağını; asistanlardan birinci yılında olanların 32'si (%33,7), ikinci yılında olanların 31'i (%32,6), üçüncü yılında olanların 32'si (%33,7) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. (p>0,05)

Çalışmaya katılan asistanlardan üniversitede çalışanların 77'si (%48,7), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 81'i (%51,3) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını; üniversitede çalışanların 30'u (%41,1), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 43'ü (%58,9) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olmayacağını; üniversitede çalışanların 45'i (%47,4), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 50'si (%52,6) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş.

Çalışmaya katılan asistanlardan 5 yıl ve altında süreyle hekimlik yapanların 101'i (%63,9), 5 yıl üzerinde süre ile hekimlik yapanların 57'si (%36,1) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını; 5 yıl ve altında süreyle hekimlik yapanların 41'i (%56,2), 5 yıl üzerinde süre ile hekimlik yapanların 32'si (%43,8) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olmayacağını; 5 yıl ve altında süreyle hekimlik yapanların 57'si (%60,0), 5 yıl üzerinde süre ile hekimlik yapanların 38'i (%40,0) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. (p>0,05)

Tablo 11: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması konusundaki fikirlerinin durumu

	FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanmalı		FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanmamalı		Kararsızım		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	109	69.0	41	56.2	66	69.5	216	66.3	0.117
Erkek	49	31.0	32	43.8	29	30.5	110	33.7	
Total	158	100	73	100	95	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>									
Birinci yıl	67	42.4	25	34.2	32	33.7	124	38.0	0.546
İkinci yıl	48	30.4	27	37.0	31	32.6	106	32.5	
Üçüncü yıl	43	27.2	21	28.8	32	33.7	96	29.4	
Total	158	100	73	100	95	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>									
Üniversite	77	48.7	30	41.1	45	47.4	152	46.6	0.549
Eğitim ve araştırma hastanesi	81	51.3	43	58.9	50	52.6	174	53.4	
Total	158	100	73	100	95	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>									
5 yıl ve altı	101	63.9	41	56.2	57	60.0	199	61.0	0.515
5 yıl üzeri	57	36.1	32	43.8	38	40.0	127	39.0	
Total	158	100	73	100	95	100	326	100	

Çalışmaya katılan kadınların 112'si (%69,1), erkeklerin 50'si (%30,9) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalacağını; kadınların 23'ü (%51,1), erkeklerin 22'si (%48,9) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalmayacağını; kadınların 81'i (%68,1), erkeklerin 38'i (%31,9) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Çalışmaya katılan asistanlardan birinci yılında olanların 64'ü (%39,5), ikinci yılında olanların 45'i (%27,8), üçüncü yılında olanların 53'ü (%32,7) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalacağını; birinci yılında olanların 15'i (%33,3), ikinci yılında olanların 17'si (%37,8), üçüncü yılında olanların 13'ü (%28,9) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalmayacağını; birinci yılında olanların 45'i (%37,8), ikinci yılında olanların 44'ü (%37,0), üçüncü yılında olanların 30'u (%25,2) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarından üniversitede çalışanların 81'i (%50,0), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 81'i (%50) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalacağını; üniversitede çalışanların 16'sı (%35,6), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 29'u (%64,4) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalmayacağını; üniversitede çalışanların 55'i (%46,2), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 64'ü (%53,8) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş. ( $p>0,05$ )

Çalışmaya katılan asistanlardan 5 yıl ve altında süre ile hekimlik yapanların 100'ü (%61,7), 5 yıl üstünde süre ile hekimlik yapanların 62'si (%38,3) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalacağını; 5 yıl ve altında süre ile hekimlik yapanların 22'si (%48,9), 5 yıl üstünde süre ile hekimlik yapanların 23'ü (%51,1) FT yöntemlerinin birinci basamak ASM'lerde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının azalmayacağını; 5 yıl ve altında süre ile

hekimlik yapanların 77'si (%64,7), 5 yıl üstünde süre ile hekimlik yapanların 42'si (%35,3) bu konuda kararsız olduğunu belirtmiş.

Tablo 12: FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvurularının değişimi konusundaki fikirlerinin demografik verilere göre durumu

	FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması sonrasında üst birime başvurular azalır		FT yöntemlerinin birinci basamakta uygulanması sonrasında üst birime başvurular azalmaz		Kararsızım		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	112	69.1	23	51.1	81	68.1	216	66.3	0.067
Erkek	50	30.9	22	48.9	38	31.9	110	33.7	
Total	162	100	45	100	119	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>									
Birinci yıl	64	39.5	15	33.3	45	37.8	124	38.0	0.419
İkinci yıl	45	27.8	17	37.8	44	37.0	106	32.5	
Üçüncü yıl	53	32.7	13	28.9	30	25.2	96	29.4	
Total	162	100	45	100	119	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>									
Üniversite	81	50.0	16	35.6	55	46.2	152	46.6	0.227
Eğitim ve araştırma hastanesi	81	50.0	29	64.4	64	53.8	174	53.4	
Total	162	100	45	100	119	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>									
5 yıl ve altı	100	61.7	22	48.9	77	64.7	199	61.0	0.174
5 yıl üzeri	62	38.3	23	51.1	42	35.3	127	39.0	
Total	162	100	45	100	119	100	326	100	

Çalışmaya katılan kadınların 93'ü (%71,5), erkeklerin 37'si (%28,5) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih edeceğini; kadınların 123'ü (%62,8), erkeklerin 73'ü (%37,2) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etmeyeceğini belirtmiş. (p>0,05)

Çalışmaya katılan asistanlardan birinci yılında olanların 47'si (%36,2), ikinci yılında olanların 41'i (%31,5), üçüncü yılında olanların 42'si (%32,3) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih edeceğini; birinci yılında olanların 77'si (%39,3), ikinci yılında olanların 65'i (%33,2), üçüncü yılında olanların 54'ü (%27,6) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etmeyeceğini belirtmiş. (p>0,05)

Çalışmaya katılan aile hekimliği asistanlarından üniversitede çalışanların 60'ı (%46,2), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 70'i (%53,8) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih edeceğini; üniversitede çalışanların 92'si (%46,9), eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların 104'ü (%53,1) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etmeyeceğini belirtmiş. (p>0,05)

Çalışmaya katılan asistanlardan 5 yıl ve altı süredir hekimlik yapanların 75'i (%57,7), 5 yıl üzerinde hekimlik yapanların 55'i (%42,3) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih edeceğini; asistanlardan 5 yıl ve altı süredir hekimlik yapanların 124'ü (%63,3), 5 yıl üzerinde hekimlik yapanların 72'si (%36,7) FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etmeyeceğini belirtmiş. (p>0,05)

Tablo 13: Aile hekimliği asistanlarının cinsiyet, asistanlık yılı, çalıştığı kurum, hekimlik yılına göre FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etme durumu

	FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih ederim		FT bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında tercih etmem		Toplam		P
	n	%	n	%	N	%	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	93	71.5	123	62.8	216	66.3	0.120
Erkek	37	28.5	73	37.2	110	33.7	
Total	130	100	196	100	326	100	
<b>Asistanlık yılı</b>							
Birinci yıl	47	36.2	77	39.3	124	38.0	0.649
İkinci yıl	41	31.5	65	33.2	106	32.5	
Üçüncü yıl	42	32.3	54	27.6	96	29.4	
Total	130	100	196	100	326	100	
<b>Çalıştığı kurum</b>							
Üniversite	60	46.2	92	46.9	152	46.6	0.910
Eğitim ve araştırma hastanesi	70	53.8	104	53.1	174	53.4	
Total	130	100	196	100	326	100	
<b>Hekimlik yılı</b>							
5 yıl ve altı	75	57.7	124	63.3	199	61.0	0.354
5 yıl üzeri	55	42.3	72	36.7	127	39.0	
Total	130	100	196	100	326	100	

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya 01.12.2021-28.02.2022 tarihleri arasında Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimine devam eden 326 asistan hekim dahil edilmiştir. Çalışmada, dünyada hızla popüler olan, ülkemizde ise yeni duyulmaya başlamış bir yaklaşım olan fonksiyonel tıbbın aile hekimliği asistanlarınca ne kadar bilindiği ve bu yöntemler konusunda aile hekimliği asistanlarının görüşleri ve tutumları değerlendirilmiştir.

Çalışma grubunun %66,3’ü (n=216) kadındır ve %55,2’si (n=180) evlidir. %46,6’sı üniversitede, %53,4’ü eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Katılımcıların %65,7’si 30 yaşın altında ve %61’nin meslekteki çalışma süresi 5 yıl ve altındadır. Bu durum hedeflediğimiz örnekleme ulaştığımızı göstermektedir.

Katılımcıların %65’i modern tıbbın hastalara bütüncül yaklaştığını belirtmektedir. Kolay ulaşılabilir olması sürekli olarak ve bütüncül yaklaşımı benimsemesi aile hekimliğini diğer tıp disiplinlerinden ayıran önemli özelliklerdir. Hastalar sadece hastalık dönemlerinde değil kendilerini iyi hissettiklerinde de doktorlarıyla temas halindedirler. (2) Sezer Korucu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada biyopsikososyal modelin aile hekimliği ve psikiyatri gibi alanlarda daha çok kullanılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. (25)

Ülkemizde sağlık ocağı uygulamasında tedavi ağırlıklı olarak yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışı aile hekimliği uygulaması ile değiştirilerek daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir. Bunun neticesinde; aşılama oranları, gebe, bebek, çocuk ve lohusa izlem oranları, aile planlaması hizmetlerinden yararlanma oranları, kronik hastalıkların takip sıklığı artarken; bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır. (22)

Katılımcıların %36,5’u modern tıbbın koruyucu hekimliğe gerekli önemi verdiğine kesinlikle katılmaktaydı. Bu bize 2010 yılında tüm Türkiye’de uygulamaya başlayan Aile Hekimliği sisteminin bir parçası olacak asistan hekimlerimizin aile hekimliğinin temeli olan biyopsikososyal yaklaşımı ve koruyucu hekimliği benimsediğini göstermektedir.

Pek çok hastanın modern tıpla almakta oldukları tedavileri dışındaki tedavi arayışları devam etmektedir. Bu durum görmezden gelinmemeli, aksine bu gerçekliğe

zemin hazırlayan nedenler tüm boyutlarıyla ele alınmalıdır. Modern tıbbın bulaşıcı hastalıklar ve enfeksiyon hastalıklarının sağaltımında önemli yol kat etmesine rağmen kanser ve kronik hastalıkların tedavisinde kesin başarıya ulaşamamış olması, hekimliğin muayene edilmenin neredeyse lüks haline geldiği laboratuvar hekimliğine dönüşmesi, tanı ve tedavi sürecinde hastanın yeterince aydınlatılmaması, defansif hale gelen tıbbın hastayı gereksiz tetkik ve görüntüleme yöntemleri ile âdeta boğması, muayenehaneye yönlendirme ve ilaç şirketleri ile çıkar ilişkileri, hastayı hekimle karşı karşıya getiren ve hekimlik mesleğinin itibarını zedeleyen bir takım siyasi politikalar ve söylemler modern tıbbı ve hekimlere olan güveni azaltmıştır. (23)

Çalışmamızda modern tıbbın tanı ve tedavide gelişmiş yöntemlere sahip olduğunu ve alternatif yöntemlere ihtiyacı olmadığı görüşüne ise katılımcıların %29,4'ü katılmamaktadır. Bu durum çalışmaya katılan asistan hekimlerin aile hekimliği disiplin özelliklerinden birisi olan “Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.” özelliğini benimsediğini düşündürmektedir. Etkili kronik hastalık yönetimi için modern tıp dışındaki uygulamaları tamamen reddetmemek, aralarında sağlığa faydası olabileceklerin bilimsel olarak araştırılmasının önünü açmak ve kanıtlanmış faydaların modern tıbbı kazandırılmasını sağlamak en doğru yol olacaktır. (23)

Asistan hekimlerin %26,1'i modern tıbbın hasta merkezli yaklaşımdan çok hastalık merkezli yaklaşıma sahip olduğu fikrine katılmaktadır. Bireye, ailesine ve topluma yönelik merkezli bir yaklaşım aile hekimliği disiplininin temel özelliklerindedir. (3) Hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme, aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme, iletişim kurabilme, öncelikleri belirleyebilme ve ortaklık içinde hareket edebilme, hastaların gereksinimleriyle belirlenen uzun erimli hizmetin sürekliliğini sağlama yetilerini içerir. (26) Literatürdeki çalışmalar da hasta merkezli bakımın önemini göstermektedir.

Rogers ve arkadaşları için, hasta merkezli yaklaşım bireyin sağlık durumunu görmenin bir yolu ya da hastaları güçlendirme süreci olarak tanımlanmıştır. (18)

Amerika’da yapılan bir çalışma, hasta merkezli yaklaşımın sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmede, hasta bağlılığını artırmada ve nihayetinde sağlık bakım maliyetlerini düşürmede kilit bir faktör olduğunu belirtmiştir. (17)

Kanada’da yapılan Hasta Merkezli Sonuçlar Çalışması, hasta merkezli bakımın yalnızca iyileştirilmiş sağlık sonuçlarıyla değil, aynı zamanda daha az tanısal testle de ilişkili olduğunu bulmuştur. (20)

Amerika’da yapılan bir çalışma hasta merkezli iletişimin, daha az tanısal test harcaması ve aynı zamanda artan ziyaret süresi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. (21).

Büyükaladağ’ın Malatya il merkezinde görev yapmakta olan aile sağlığı çalışanlarının Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Düzeylerinin Değerlendirilmesi adlı çalışmada yer alan aile sağlığı çalışanlarından 2 kişinin ortalama (Ort.=3) değerinin altında 164 kişinin (%98,8) ortalama değerinin üstünde olması katılımcıların hasta merkezli bakım yetkinliği düzeylerinin yeterli olduğunu, katılımcıların hasta bakış açlarına saygı duyduklarını, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik ettiklerini, hasta konforunu sağladıklarını ve hastaların haklarını savunduklarını göstermekte olup aile hekimlerinin hasta merkezli yaklaşımı ne kadar önemseydiğini göstermektedir. (15)

Coulter ve Ellins tarafından yapılan bir çalışmada, akut ve kronik sağlık sorunları olan hastaların, hem evde hem de klinik ortamlarda bakımlarına dahil olduklarında bunun sağlıklarına yarar sağladığı ve kaynakların daha iyi kullanılmasına yol açabileceği sonucuna varılmıştır.(16)

Çalışmamızda, hastaların çoklu ve sürekli ilaç kullanıp polifarmasinin yan etkilerine maruz kaldığı önermesine ise katılımcıların %34’ü “Kesinlikle katılıyorum” ve %37,7’si “Katılıyorum” cevabını vermiştir. Boyd ve ark.’nın yaptığı bir çalışma; kronik hastalıklar için önerilen klinik kılavuzların, yaşlı multipl komorbiditeleri bulunan hastalar için yeterince modifiye edilmediğini ve bu konuda yetersiz kaldığını göstermişlerdir. Özellikle de tedavi planlarının dayandırıldığı bilimsel veriler, kısa ve uzun vadeli hedeflerinin ne olduğu ve hastanın tercihleri konusunda yetersiz olduğunu göstermişlerdir. Diğer bir önemli faktör multipl hastalığı olan bireylerin farklı uzman hekimlere başvuruları sırasında hekimlerin birbirinden habersiz ilaç reçetelemeleridir. Bunun neticesinde birden fazla aynı içerikli muadil ilaçların kullanımı dahil çoklu ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır. (24)

Katılanların %34,7'si hastaların modern tıbbi yöntemlerle yeterince tatmin olamadığı için fonksiyonel tıp yöntemlerine yöneldiğine katılmaktadır. Bu bize kronik hastalıkların sebat etmesi üzerine hastaların daha kalıcı çözümler için alternatif yaklaşım arayışında olduğunu düşündürmektedir. Aile hekimliği asistanlarının bu sorulara verdiği cevaplar doğrultusunda modern tıbbın birçok konuda yeterli ve başarılı yöntemlere sahip olmasına rağmen kronik hastalıklar gibi bazı tanı ve tedavilerde eksik ve desteklenmesi gereken yönleri olduğu sonucu çıkarılabilir.

Anketin son bölümünde Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarının fonksiyonel tıpla ilgili bilgi ve görüşleri sorgulanmıştır. Çalışmaya katılanların %85,3'ü daha önce fonksiyonel tıp kavramını duyduğunu belirtmiştir.

Daha önce fonksiyonel tıpy duyan aile hekimliği asistanlarının FT'den haberdar olma yöntemleri sıklık sırasına göre; %54,9'u sağlık mensupları, %46,3'ü TV, dergi, gazete, internet, %29,4'ü aile veya arkadaşlar, %14,7'si fonksiyonel tıp yöntemleri ile ilgili bilimsel makaleler şeklindedir. Hekimlerin yeni tıbbi bakış açılarını konunun uzmanlarından öğrendiğini belirtmesi, ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin başarılı bir şekilde yürütüldüğünü göstermektedir.

Çalışmaya katılanların %70,9'u fonksiyonel tıp yöntemlerinin modern tıbbi destekleyici ve faydalı yöntemler olduğunu düşünmüştür. Katılımcıların %12,9'u daha önce kendileri için fonksiyonel tıp birimine başvurmuştur. Son dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütölen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile ilgili eğitimlere olan ilginin artması, pek çok sağlık kuruluşunda GETAT Ünitesi/Birimi/Merkezi'nin açılması hekimlerin modern tıbbın yanında tamamlayıcı tıp yöntemlerini de benimsediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılanların %84'ü meslektaşlarına FT sertifika eğitimlerine katılmalarını tavsiye edebileceğini; %73'ü hastalarına fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurmalarını tavsiye edebileceğini belirtmiştir. Bu durum aile hekimliği asistanlarının sağlık alanındaki gelişmeleri yakından takip ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre ve 5 yıl ve altında hekimlik yapanların 5 yıl üzerinde hekimlik yapanlara göre daha yüksek sıklıkta FT'y duymuş olduğu belirlenmiştir. Kadınların ve gençlerin sosyal medyayı daha yakından takip ediyor olması FT kavramının bu gruplarda daha yaygın olarak bilinmesine neden olmuş olabilir.

Asistanlık yılı ile FT kliniklerinin yaygınlaştırılması fikri arasında anlamlı olarak fark saptanmıştır. Yapılan alt grup analizlerinde; asistanlığının birinci yılında olanların ikinci yılında olanlara ve üçüncü yılında olanların ikinci yılında olanlara göre anlamlı olarak daha çok FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşündüğü tespit edilmiştir. Bu durum asistanlığının tam ortası olan ikinci yılda asistan hekimlerin tükenmişlik sebebiyle müfredatta yer almayan uygulama alanlarına ilgilerinin az olması sebebiyle olabilir.

Çalışmaya katılanların %75,5'i fonksiyonel tıp yöntemlerinin tıp fakültesi eğitim müfredatına eklenmesi gerektiğini belirtmiştir. İngiltere Hekim Organizasyonu (BMA) mezuniyet öncesi eğitimde, öğrencilerin Geleneksel ve tamamlayıcı tıp konularında değerlendirme yapabilecek kadar bilgilendirilmelerini önermiştir. Avrupa Birliği ülkeleri tıp fakülteleri arasında yapılan bir analizde; akupunktur ve homeopati öncelikli olmak üzere aromaterapi, biyo-geribildirim, ayurveda tıbbı, hipnoz, meditasyon, fitoterapi, yoga ve geleneksel Çin tıbbı gibi geniş bir yelpazede bilgilendirici derslerin müfredata dahil edildiği gösterilmiştir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) da yayınlamış olduğu global standartlar içerisinde tamamlayıcı /alternatif tıbbın yer almasını önermiştir. (27) TAT uygulamalarını öğrencilere uygun şekilde aktarabilecek eğitilmiş ve bilgili öğretim üyelerinin var olması da müfredata bu uygulamaları dahil etmek için gerekli olacaktır. Yeni yaklaşımları belirlenmiş bir müfredatla bilimsel araştırmaların ışığında eğitilmiş ve bilgili öğretim üyelerinden öğrenmek; bilgi kirliliğini, hasta mağduriyetlerini ve bilimle ilgisi olmayan ellerde kötüye kullanımını önleyecektir.

Çalışmamızdaki aile hekimliği asistanlarının %48,5'i ise fonksiyonel tıp yöntemlerinin aile sağlığı merkezlerinde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını belirtmiştir. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinde olduğu gibi fonksiyonel tıp da hasta merkezli ve bütüncül yaklaşımı benimsemektedir. Bu nedenle en çok da aile sağlığı merkezlerinde uygulanabilirliğinin mevcut olduğunu düşünmekteyiz.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Türkiye’de aile hekimliği anabilim dalında uzmanlık eğitimi alan 326 asistan hekim ile yürütülmüştür.

Katılımcıların %66,3’ü kadın, %55,2’si evlidir. %46,6’sı üniversitede, %53,4’ü eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Katılımcıların %65,7’si 30 yaşın altında ve %61’inin meslekteki çalışma süresi 5 yıl ve altındadır.

Katılımcıların modern tıp hakkındaki görüşlerini sorguladığımızda; katılımcılar modern tıbbın hastalara bütüncül yaklaşığın kesinlikle katıldığını (%34,0), modern tıpta koruyucu hekimliğe gerekli önemin verildiğine kesinlikle katıldığını (%36,5), modern tıbbın alternatif yöntemlere ihtiyacının olmadığına katılmadığını (%29,4), modern tıbbın hastalık merkezli bir yaklaşıma sahip olduğuna katıldığını (%26,1), modern tıpta hastaların polifarmasi yan etkilerine maruz kaldığına katıldığını (%37,7), hastaların modern tıbbi yöntemlerle yeterince tatmin olamadığı için fonksiyonel tıp yöntemlerine yöneldiğine katıldığını (%34,7) belirtmişlerdir. Modern tıp birçok konuda başarılı ve yeterli olsa da özellikle kronik hastalıklar ve otoimmün hastalıklar gibi tanı ve tedavilerde alternatif yöntemlere ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Katılımcıların %85,3’ünün daha önce fonksiyonel tıpı duyduğu belirlenmiştir. FT hakkında daha önceden bilgisi olanlar bu bilgiyi en sık olarak sağlık mensuplarından (%54,9) elde etmişlerdir. Kendisi için daha önce FT kliniğine başvuran asistanların sıklığı %12,9 ‘dur. Daha önce FT kliniğine başvuran katılımcıların fonksiyonel tıp kliniklerine en sık başvurma nedeni ise sağlıklı yaşamak amaçlı (%59,5) bulunmuştur. Daha önce FT kliniğine başvuran katılımcılara FT’nin sağlıklarına olan etkisini sorduğumuzda verilen en sık cevap “*Kısmen faydasını gördüm.*” (%59,5) şeklindedir. Ülkemizde FT ile ilgili daha çok seminerler düzenlenmeli, sertifika eğitimleri verilmeli ve fonksiyonel tıp klinikleri yaygınlaştırılarak erişimin kolaylaşması sağlanmalıdır.

Çalışmamızdaki katılımcılara FT yöntemlerinin hangi grup hastalıklarda uygulanmasının doğru bir tercih olabileceği sorulmuştur. Bu soruya en sık verilen cevap kas-iskelet sistemi hastalıkları (%71,5) olmuştur.

- Çalışmaya katılan asistanların %70,9’u fonksiyonel tıp yöntemlerinin modern tıbbi destekleyici ve faydalı yöntemler olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

- Çalışmaya katılan asistanların %84'ü meslektaşlarına FT sertifika eğitimlerine katılmalarını tavsiye edebileceğini, %73'ü hastalarına fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurmalarını tavsiye edebileceğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların %75,5'i fonksiyonel tıp yöntemlerinin tıp fakültesi eğitim müfredatına eklenmesi gerektiğini düşünmüştür. Çalışmamızdaki aile hekimliği asistanlarının %48,5'i ise fonksiyonel tıp yöntemlerinin aile sağlığı merkezlerinde uygulanmasının doğru bir yaklaşım olacağını belirtmiştir. Hekimlerin fonksiyonel tıp ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmak için hem tıp fakültesi hem uzmanlık eğitimi müfredatına gerekli teorik ve pratik uygulamalar eklenmelidir.

Sonuç olarak Fonksiyonel tıp yöntemlerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp gibi Sağlık Bakanlığı çatısı altında eğitim ve hizmet vermesi, eğitimini almış yetkin hekimlerce uygulanması, eğitimlerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konuda yapılan bilimsel araştırmalar yaygınlaştırılmalı, bu yaklaşım tıp eğitim müfredatına eklenerek farkındalık artırılmalıdır.

## 7. TÜRKÇE ÖZET

### Aile Hekimliği Asistanlarının Fonksiyonel Tıp Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

**Amaç:** Son 50-60 yıl içerisinde dünyada bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarda benzersiz ve öngörülemez bir artış yaşanmıştır. DSÖ'ye göre, şu anda her yıl 40 milyondan fazla insan bulaşıcı olmayan yani kronik hastalıklardan ölmektedir. Fonksiyonel tıp, karmaşık kronik hastalıkları değerlendirmek, önlemek ve tedavi etmek için dinamik bir yaklaşımdır. Aile Hekimi, tanımlanan özellikleri açısından kronik hastalıkları çok iyi takip ve tedaviye katkıda bulunabilecek donanıma sahiptir. Cinsiyet ayırt etmeden tüm yaş gruplarını, sistem ve hastalıkları kapsayan çok yönlü sağlık hizmeti sunabildiğinden, tıbbi sorunların birçok boyutuyla karşı karşıya kalmaktadır. Fonksiyonel tıp; modern tıbbın idiyopatik olarak nitelendirdiği hastalıkların ve kronik hastalıkların kökenine inerek hem tedavi yapmayı hem sağlık harcamalarını azaltmayı amaçlar. Çalışmamızın amacı aile hekimliği asistanlarının bu konudaki bilgilerini ve konuya bakış açılarını gözlemlemektir.

**Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın verisi 34 soru içeren *online* bir anketle elde edildi. Anketin uygulanması 01.12.2021-28.02.2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. *Online* anket Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarına sosyal medya aracılığı ile ulaştırıldı. Çalışma grubu 326 kişiyle oluşturuldu. İstatistiksel değerlendirme SPSS (*Statistical Packet for The Social Science*) 26.0 paket programında yapıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki kare analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Bu çalışmada kadınların erkeklere göre daha yüksek sıklıkta fonksiyonel tıpy duyduğu tespit edilmiştir. ( $p<0,05$ ) Asistanlığının birinci yılında olanlar ikinci yılında olanlara göre; asistanlığının üçüncü yılında olanlar ikinci yılında olanlara göre anlamlı olarak daha çok FT kliniklerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteydi. ( $p<0,05$ ) FT hakkında daha önceden bilgisi olanlar bu bilgiyi en sık olarak sağlık mensuplarından (%54,9) elde etmişlerdi. Çalışmaya katılanların %75,5'i FT yaklaşımının tıp fakültesi eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiğini belirtti.

**Sonuç:** Fonksiyonel tıp yöntemlerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp gibi sağlık bakanlığı adı altında eğitim ve hizmet vermesi, eğitimini almış yetkin hekimlerce uygulanması, eğitimlerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Fonksiyonel Tıp, Modern Tıp, Aile Hekimliği, Kronik Hastalıklar, Asistan Hekim

## 8. İNGİLİZCE ÖZET

### **Evaluation Of Knowledge and Attitudes Of Family Medicine Assistants About Functional Medicine**

**Aim:** In last 50-60 years there is an unpredictable and unique increase at noncontagious cronical diseases. According to the WHO, over 40 million people have died each year from noncontagious chronical diseases. Functional medicine is a dynamic approach to evaluate, prevent and treat complex chronic diseases. Family Medicine specialists is equipped to contribute to the very good follow-up and treatment of chronic diseases in term of its identified speciality. Since Family Medicine specialists can provide multi-faceted health services covering all age groups, systems and diseases, regardless of gender, they faced with many dimensions of medical problems. functional medicine aims to both treat and reduce health expenditures by getting to the root of diseases and chronic diseases that modern medicine describes as idiopathic. The aim of our study is to observe the knowledge and perspectives of family medicine residents on this subject.

**Method:** This study is a descriptive cross-sectional study. The data of the study was obtained through an online questionnaire containing 34 questions. The application of the questionnaire was carried out between 01.12.2021-28.02.2022. The online questionnaire was delivered to family medicine residents in Turkey via social media. The working group was formed with 326 people. Statistical evaluation was done in SPSS (Statistical Packet for The Social Science) 26.0 package program. Chi-square analysis was used in the evaluation of categorical data.

**Results:** In this study, it was determined that women heard functional medicine more frequently than men. ( $p<0,05$ ) First year residents thought that functional medicine clinics should be expanded significantly more than second year residents. ( $p<0,05$ ) Also third year residents thought that functional medicine clinics should be expanded significantly more than second year residents. ( $p<0,05$ ) Those who had previous knowledge of functional medicine obtained this information most frequently from healthcare professionals (54.9%). 75.5% of the participants in the study remarked that the functional medicine approach should be included in the medical school curriculum.

**Conclusion:** We think that functional medicine methods should be trained and service under the name of the Ministry of Health, such as traditional and complementary medicine and they should be performed by competent trained physicians, and functional medicine training should be expanded.

**Keyword:** Functional medicine, Modern medicine, family medicine, chronical diseases, resident

## 9. KAYNAKLAR

1. David S. Jones, MD, Sheila Quinn, BS, Textbook of Functional Medicine, 2010, Page 4, Institute for Functional Medicine Gig Harbor WA
2. Muharrem Ak, Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği, 2010;17(4):403-405
3. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ, Dr. Mehtap KARTAL, Dr. Serap ALPTEKİN, Dr. Mahcube ÇUBUKÇU, Dr. Akın Serhat AYANOĞLU, Dr. Füsün YARIŞ, Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:412-418
4. Türel B, Fonksiyonel Tıp Nedir?, J Biotechnol and Strategic Health Res. 2019;3(Özel Sayı):150-154 DOI: bshr.621115
5. Aykın-Nadir S., Aile Hekimliğinde Komorbidite ve Multimorbiditeyi Anlamak, TJFMPC, Sep 2013;35-39 doi:10.5455/tjfm.30945
6. ATASOY M., 'Kronik Hastalıklara Yaklaşımında Yeni Bir Sistematik' Fonksiyonel Tıp, 2018:21-122 US Akademi ISBN: 978-605-935845-3
7. Dr. Jeffrey S. Bland, Editör Hande Malgaç Koç, Kronik Hastalıklarda Fonksiyonel Tıp Hastalık Yanılgısı, 2019: KISIM 1 BAĞLAM, CELSUS, ISBN: 978-605-81-1031-1
8. Diana Noland, Jeanne A. Drisko, Leigh Wagner, Bütüncül ve Fonksiyonel Tıp Nütrisyonel Tedaviler-İlkeler ve Uygulamalar, 2021: 16-17 CELSUS
9. Marcum, J.A. Nutrigenetics/Nutrigenomics, Personalized Nutrition, and Precision Healthcare. *Curr Nutr Rep* **9**, 338–345 (2020). doi : [10.1007/s13668-020-00327-z](https://doi.org/10.1007/s13668-020-00327-z)
10. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. TJFMPC, 2012; 6:13-21.
11. Belbez Ümit Z., Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Hareketi: Tıbbi Alternatif Arayışları 20. Yüzyılın Sonlarında Bilimsel Tıbbın Sınırlarını Nasıl Yeniden Şekillendirdi, 2011:19-20 İstanbul

12. Bulut Filiz, Civaner M. Murat, Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!”, Türkiye Biyoetik Dergisi, 2016 Vol. 3, No. 2, 66-73
13. Yrd. Doç. Dr. Necla YILMAZ, Prof. Dr. Ramazan ERDEM, Uzmanlaşma Ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl: 2016, Cilt: 7, Sayı: 16, ss.35-47.
14. Claude Bouchard, Jose M. Ordovas, Fundamentals of Nutrigenetics and Nutrigenomics, Editor(s): C. Bouchard, J.M. Ordovas, Progress in Molecular Biology and Translational Science, Academic Press, Volume 108, 2012, Pages 1-15, ISBN 9780123983978,
15. Hasan Hüseyin BÜYÜKALADAĞ , Malatya İl Merkezinde Görev Yapmakta Olan Aile Sağlığı Çalışanlarının Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 2021: 28
16. Angela Coulter, Jo Ellins Hastaları bilgilendirme, eğitme ve dahil etme stratejilerinin etkinliği *BMJ* 2007;335:24
17. Janice H. Robinson et al Hasta merkezli bakım ve uyum: Sonuçları iyileştirmeye yönelik tanımlar ve uygulamalar 2008;20:600-607 <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
18. Mustafa Erdoğan, Harun Kırılmaz Hasta Merkezlilik ve Hasta Merkezli Bakım İnsan&İnsan, Yıl/Year 7, Sayı/Issue 24, Bahar/Spring 2020, 100 DOI: <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.668806>
19. Kara İH ve ark. Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi: Nerede, Ne Kadar, Nasıl ve Ne Zaman? Konuralp Tıp Dergisi 2016;8(1):66
20. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy* 2011;6:27-31.
21. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-21.
22. Gülnur İLGÜN, Bayram ŞAHİN Aile Hekimliği Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2):115-130

23. Saliha Şahin Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış Türk Aile Hek Derg 2017; 21 (4): 159-162 doi: 10.15511/tahd.17.00459
24. Tanju Beğler Klinik Gelişim Geriatri CİLT 25 SAYI 3 2012: 19 İstanbul Tabip Odası
25. Kevser SEZER KORUCU, Osman ŞENOL Hasta Odaklı Bir Yaklaşım: Biyopsikososyal Model Üzerine Kavramsal Bir İnceleme 4. International Health Sciences and Management Conference 2019: (142) İstanbul. e-Proceeding.
26. Özla ÇELİK Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Bakış Açısıyla Birinci Basamakta Epilepsi Yönetimi Konusundaki İhtiyaçların Belirlenmesi Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2021
27. Recep Öztürk Ahmet Murt Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın, tıp eğitim müfredatlarındaki yeri SD Dergi 2012 :290

## 10. EKLER

### AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ FONKSİYONEL TIP HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET SORULARI

*Değerli meslektaşım,*

*Hastalık yoktur hasta vardır esasına göre her hasta kendi içinde değerlendirilmelidir. Fonksiyonel tıp bilimsel kanıtlara dayanarak hastalara bütüncül yaklaşmak gerektiği esasını benimser. Teknolojinin ve bilimin gelişmesiyle tıbbi yaklaşımlar da kendini güncellemektedir. " Aile Hekimliği Asistanlarının Fonksiyonel Tıp Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmamıza katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma formunu doldurmanız ortalama 4-5 dakika sürmektedir.*

*Katkılarınız için teşekkür ederiz.*

*Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz.*

*Doç. Dr. Esra Meltem Koç*

*Asistan Dr. Şule Şengül Çubuk*

*Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyor musunuz?*

- Evet  
 Hayır

## **1.BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER**

1. Cinsiyetiniz ?

Kadın  Erkek

2.Yaşınız? ...

3.Medeni durumunuz?

Evli  Bekar  Boşanmış/Dul

4. Asistanlıkta kaçınıcı yılınız? ...

5.Tıp fakültesinden mezuniyet yılınız? ...

6.Çalışmakta olduğunuz kurum?

Üniversite  Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

## **2. BÖLÜM: MODERN TIBBA BAKIŞ AÇISINI DEĞERLENDİRME**

Aşağıda verilen cümlelerle ilgili kendinize en yakın olan şıkkı işaretleyiniz.

1. "Modern tıp hastalara bütüncül yaklaşır."

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

2. "Modern tıpta koruyucu hekimliğe gerekli önem verilir."

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

3. “Modern tıp tanı ve tedavide gelişmiş yöntemlere sahiptir ve alternatif yöntemlere ihtiyacı yoktur.”

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

4. “Modern tıp hastadan çok hastalık merkezli bir yaklaşıma sahiptir.”

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

5. “Hastalar çoklu ve sürekli ilaç kullanıp polifarmasinin yan etkilerine maruz kalmaktadır.”

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

6. “Hastalar modern tıbbi yöntemlerle yeterince tatmin olamadığı için fonksiyonel tıp yöntemlerine yönelmektedir.”

Kesinlikle Katılıyorum  Katılıyorum  Kararsızım

Katılmıyorum  Kesinlikle Katılmıyorum

### **3.BÖLÜM: FONKSİYONEL TIP YÖNTEMLERİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **Fonksiyonel Tıp**

Fonksiyonel Tıp, klinisyeni organizmaya (sadece organlara değil), tüm sisteme (sadece semptomlara değil) daha bütüncül bir bakış açısı sağlayan aynı zamanda vücudun fizyolojik sistemlerinin nasıl birbirleriyle ilişkili olduğunu ve bu sistemlerin fonksiyonlarının nasıl hem çevre (diyet, yaşam stili, mikroplar, alerjenler, çevresel toksinler ve stres) hem de genetik etkenlerden etkilendiğini gösteren pratik bir klinik çerçeve sunar. Sağladığı bakış açısıyla hastalıkların altında yatan sebeplerini

*araştırmaya yönlendirmesi ve fonksiyonu bozulmuş biyolojik sistemler arasında bozulmuş dengeyi yeniden sağlamaya yönelik tedavi modelleri geliştirmesiyle kronik hastalıkların önlenmesinde, tedavisinde ve tam bir iyileşme sağlanmasında çok daha etkin bir model olarak kendini ortaya koyar.*

*1.Fonksiyonel tıp kavramını daha önce duydunuz mu ?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

*2. Aşağıdaki seçeneklerden en çok hangisi Fonksiyonel Tıp yöntemlerinden haberdar olmanızı sağladı?*

*Daha önceden bilginiz yoksa soruyu atlayınız.*

*( ) TV, dergi, gazete, internet ( ) Aile veya arkadaşlar ( ) Sağlık mensupları*

*( ) Fonksiyonel Tıp yöntemleri ile ilgili bilimsel makaleler ( ) Diğer...*

*3. Fonksiyonel tıp yöntemleri hakkında size en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.*

*( ) Modern tıbbi destekleyici ve faydalı yöntemler olduğunu düşünüyorum.*

*( ) Komplikasyonları ve yan etkileri fazla olan yöntemler.*

*( ) Bilimsel yöntemler olduğunu düşünmüyorum.*

*( ) Herhangi bir fikrim yok.*

*4. Kendiniz için herhangi bir fonksiyonel tıp birimine başvurduğunuz mu ?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

*5.Daha önce fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurduysanız başvurma nedenleriniz nelerdi?*

*Daha önce fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurmadıysanız soruyu atlayınız.*

*( ) Kontrol amaçlı ( ) Sağlıklı yaşamak için*

*( ) Meslektaşlarımın önerisi sebebiyle ( ) Aile veya arkadaş önerisi sebebiyle*

*( ) Medikal tedaviden memnun olmadığım*

*( ) Sağlık sorunlarıma çözüm bulmak için ( ) Merak ettiğimden*

*( ) Diğer...(Lütfen yazınız)*

*6. Kendiniz için herhangi bir fonksiyonel tıp birimine başvurduysanız bu yöntemlerin sağlığınıza etkisi nasıldı?*

*Fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurmadıysanız soruyu atlayınız.*

*( ) Çok faydasını gördüm ( ) Kısmen faydasını gördüm*

*( ) Herhangi bir etkisini görmedim ( ) Kısmen zararını gördüm*

*( ) Çok zararını gördüm*

*7. Fonksiyonel tıp ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

*8.Fonksiyonel tıp eğitimi nereden aldınız?*

*Fonksiyonel tıp eğitimi almadıysanız soruyu atlayınız.*

*.....*

*9. Fonksiyonel tıp yöntemlerinin gerekli endikasyon almış hastalar için SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

*10."Fonksiyonel tıp klinikleri yaygınlaştırılmalıdır." fikrine katılıyor musunuz?*

*( ) Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok*

*11. Sizce fonksiyonel tıp yaklaşımı tıp fakültesi eğitim müfredatına dâhil edilmeli midir?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

*12. Meslektaşlarınıza fonksiyonel tıp sertifika eğitimlerine katılmalarını tavsiye eder misiniz?*

*( ) Evet ( ) Hayır*

13. Hastalarınıza fonksiyonel tıp yöntemlerine başvurmalarını tavsiye eder misiniz?

Evet  Hayır

14. Sizce Covid-19 pandemi dönemi sonrası fonksiyonel tıp birimlerine yönelim artacak mıdır?

Evet  Hayır

15. Türkiye’de fonksiyonel tıp uygulamalarına erişimi yeterli düzeyde buluyor musunuz?

Evet  Hayır

16. En çok hangi grup hastalıklarda Fonksiyonel Tıp yöntemlerinin tercih edilmesini doğru bulursunuz?

Kas-iskelet sistemi hastalıkları  Psikiyatrik hastalıklar

Nörolojik hastalıklar  Kronik hastalıklar  Alerjik Hastalıklar

Malignite  Dermatolojik hastalıklar  Üriner sistem hastalıkları

Kadın hastalıkları

Palyatif nedenler (Ağrı, bulantı, kusma, iştahsızlık...vb.)

Hiçbiri  Diğer.....

17. Sizce Fonksiyonel Tıp yöntemleri sağlıklı kişilerde de uygulanabilir mi?

Evet  Hayır  Emin değilim

18. Fonksiyonel Tıp yöntemlerinin tek başına hastalıklar üzerine tedavi edici etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet  Hayır  Emin değilim

19. Sizce Fonksiyonel Tıp yöntemlerinin birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması doğru bir yaklaşım olur mu?

Evet  Hayır  Emin değilim

20.Sizce Fonksiyonel Tıp yöntemlerinin birinci basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde uygulanması sonrasında hastaların mevcut hastalıkları için bir üst birime başvuruları azalır mı ?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Emin değilim

21.Fonksiyonel tıp bir uzmanlık dalı olsaydı tıpta uzmanlık sınavında seçer miydiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

22.Fonksiyonel tıp uygulamalarının geleceği için herhangi bir öneriniz var mı?

.....

