



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİNDEKİ YETİŞKİNLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

DR. ŞEYMA GÜNEŞ BAL

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

SİVAS

2024



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**SİVAS İL MERKEZİNDEKİ YETİŞKİNLERİN SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

DR. ŞEYMA GÜNEŞ BAL
UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

DOÇ. DR. İREM AKOVA
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

SİVAS
2024



Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek yürürlüğe giren Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesine göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez hazırlama sürecim ve uzmanlık eğitimim boyunca kendisine başvurduğum her konuda anlayışlı, samimi ve yardımsever bir şekilde bana destek olan, güler yüzünü esirgemeyen tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. İrem AKOVA'ya,

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan ve deneyimleriyle yol gösteren saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER ve Prof. Dr. Naim NUR'a,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarım ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımı kıymetlendiren, sevgi ve emekle bana her daim destek olan, tez hazırlama sürecimde de güç aldığım değerli ailem; annem Songül GÜNEŞ, babam Mehmet GÜNEŞ ve canım kardeşlerime,

Bu süreçte yardımlarını hissettiğim ve ayrıca minnettar olduğum iki güzel insan; canım kardeşim Kübra GÜNEŞ ve değerli kayınvalidem Birgül BAL'a,

Sevgi, sabır ve hoşgörüsüyle hayatımın her anında yanımda bulunup desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Hüseyin BAL'a ve biricik oğlum Muhammed Asım BAL'a,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Şeyma GÜNEŞ BAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
ŞEKİLLER	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2. 1. Sağlık Okuryazarlığı	3
2. 1. 1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı.....	3
2. 1. 2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi	4
2. 1. 3. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri	5
2. 1. 4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	6
2. 1. 5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	9
2. 1. 6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	10
2. 2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT).....	13
2. 2. 1. GETAT Tanımı.....	13
2. 2. 2. GETAT Uygulamaları.....	13
2. 2. 2. 1. Akupunktur	13
2. 2. 2. 2. Mezoterapi	15
2. 2. 2. 3. Kupa Terapisi (Hacamat)	15
2. 2. 2. 4. Hirudoterapi	17
2. 2. 2. 5. Apiterapi	18
2. 2. 2. 6. Fitoterapi	19
2. 2. 2. 7. Refleksoloji	20
2. 2. 2. 8. Osteopati	20
2. 2. 2. 9. Ozon	21
2. 2. 2. 10. Müzik Terapisi	21
2. 2. 2. 11. Hipnoz.....	22
2. 2. 2. 12. Homeopati.....	23
2. 2. 2. 13. Kayropratik	24

2. 2. 2. 14. Proloterapi.....	25
2. 2. 2. 15. Larva	26
2. 2. 3. Dünyada ve Türkiye’de GETAT.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3. 1. Araştırmanın Tipi.....	29
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	29
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3. 4. Veri Toplama Araçları	30
3. 4. 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	30
3. 4. 2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	30
3. 4. 3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS).....	31
3. 5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3. 8. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması
CACMAS	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
e-HEALS	: e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HLI (SOYÖ)	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-EU	: Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği
IgE	: İmmünglobulin E Antikoru
MART	: Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi
mm	: Milimetre
MÖ	: Milattan Önce
Ort	: Ortalama
REALM	: Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma
S-TOFHLA	: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi
TOFHLA (YİSOT)	: Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – 32
UV	: Ultraviyole (Morötesi)
WRAT-R	: Geniş Kapsamlı Başarı Testi
YSOÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 2. 1. 4. 1. SOY Düzeyinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler.....	6
Tablo 2. 2. 2. 1. 1. Stimülasyon Türlerine ve Uygulama Bölgelerine Göre Akupunktur	14
Tablo 2. 2. 2. 4. 1. Sülük Tarafından Salgılanan Madde ve Etki Mekanizmaları	17
Tablo 4. 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 384) ...	35
Tablo 4. 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sağlık Özellikleri (n=384).....	36
Tablo 4. 3. Araştırmaya Katılan Kişilerin GETAT Başvuru Özellikleri.....	37
Tablo 4. 4. Başvurulan GETAT Yöntemlerinin Dağılımı	38
Tablo 4. 5. GETAT Yöntemine Başvuru Durumu ve Sosyodemografik Özellikler .	40
Tablo 4. 6. GETAT Yöntemine Başvuru Durumu ve Sağlık Özellikleri	41
Tablo 4. 7. TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 4. 8. TSOY-32 Toplam Puan Ortalamasına Göre Kategorik Puan Dağılımı ..	42
Tablo 4. 9. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4. 10. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4. 11. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının GETAT Başvuru Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4. 12. GETAT Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	48
Tablo 4. 13. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	49
Tablo 4. 14. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı	50
Tablo 4. 15. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının GETAT Başvuru Özelliklerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4. 16. TSOY-32 Toplam Puanının ve GETAT Tutum Puanının Bazı Değişkenlerle Korelasyonu	52
Tablo 4. 17. TSOY-32 Toplam Puanı ve GETAT Tutum Puanı Arasındaki İlişki ...	53
Tablo 4. 18. Lojistik Regresyon Analizine Göre Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	55

ŞEKİLLER

Şekil 2. 1. 5. 1. Sorensen Sağlık Okuryazarlığı Modeli.....	9
---	---



ÖZET

SİVAS İL MERKEZİNDEKİ YETİŞKİNLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Şeyma GÜNEŞ BAL

Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. İrem AKOVA

2024

Bu çalışma Sivas il merkezindeki yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) tutumlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma il merkezindeki 15 aile sağlığı merkezine (ASM) herhangi bir nedenle başvuran 20-64 yaş 384 kişiyle 01.04.2023-01.02.2024 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma verilerini elde etmek için sosyodemografik veri formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı ölçütlerden yararlanıldı. Ölçümle elde edilmiş verilerin analizinde bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, varyans analizi, post hoc Bonferroni ve Tamhane's T2 testi, Pearson korelasyon analizi ve binary lojistik regresyon analizi yapıldı. Sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fisher exact testleri kullanıldı. İstatistiksel analiz sonucu $p<0,05$ olan bulgular anlamlı olarak değerlendirildi. Sosyodemografik özelliklere göre katılımcıların; %39,3'ü 30-45 yaş, %57,8'i kadın, %72,1'i evli, %47,4'ü yükseköğretim ve üzeri eğitim almış, %40,6'sı düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor ve %52,6'sı asgari ücretin üstü gelirliydi. Kişilerin %90,1'inin sağlık sigortası mevcut, %51,3'ünün genel sağlık durumu iyi ve %80,7'sinin kronik hastalığı yoktu. Katılımcıların %50'si sağlık bilgisini aile hekimi dışındaki diğer hekimlerden edinmekteydi. Çalışmaya katılan kişilerin %18,2'sinin son 5 yıl içerisinde herhangi bir GETAT yöntemine başvurduğu, bunların %44,3'ünün daha önce GETAT yöntemiyle tedavi olmuş kişilerin tavsiyesiyle GETAT'ı tercih ettiği ve %75,7'sinin hekim

olmayan kişilerce tedavi edildiği tespit edildi. Çalışmamızda en çok tercih edilen GETAT yöntemleri; kupa tedavisi (%80,0), hirudoterapi (%32,8) ve fitoterapiydi (%20,0). Katılımcıların %16,2'si yetersiz, %29,4'ü sorunlu-sınırlı, %35,4'ü yeterli ve %19,0'ı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi. TSOY-32 toplam puan ortalaması 33,81±9,19'du. TSOY-32 toplam puan ortalaması; 46-64 yaş aralığında ($p<0,001$), bekâr/dul olanlarda ($p=0,014$), ortaokul ve altı eğitim almış kişilerde ($p<0,001$), genel sağlık durumu orta ve kötü olanlarda ($p<0,001$), sağlıkla ilgili bilgi kaynağı aile bireyleri/komşu olanlarda ($p=0,007$) daha düşüktü. Tedavi ve Hizmet puan ortalaması kronik hastalığı olan kişilerde daha düşüktü ($p=0,024$). TSOY-32 puan ortalamasını 30-45 yaş grubunda olmak 1,9 kat (%95 GA=1,1-3,4; $p=0,020$); sağlık durumunun çok iyi olması 6,9 kat (%95 GA=1,9-25,8; $p=0,004$) artırmaktaydı. Katılımcıların GETAT Tutum puan ortalaması 105,0±31,41'di. Asgari ücretin altında geliri olan kişilerin GETAT Tutum puanı ($p=0,049$) ve Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik puan ortalaması ($p=0,014$) daha yüksekti. Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalaması, GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılmayanlarda daha yüksekti ($p=0,018$). Sonuç olarak, toplumda sağlık okuryazarlığı düzeylerini artırmaya yönelik eğitimler düzenlenebilir. Özellikle ileri yaş ve eğitim seviyesi düşük gruplara destek programları oluşturulabilir. GETAT tedavi yöntemleri ve sağlıklı sınırlar içerisinde uygulanmasıyla ilgili eğitimler düzenlenerek bireyler GETAT hakkında bilinçlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp.

ABSTRACT

DETERMINATION OF HEALTH LITERACY LEVELS OF ADULTS IN SİVAS PROVINCIAL CENTER AND ITS RELATIONSHIP WITH TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE ATTITUDES

Dr. Şeyma GÜNEŞ BAL

Dissertation, Department of Public Health

Advisor: Doç. Dr. İrem AKOVA

2024

This study was conducted to determine the health literacy of adults in Sivas city center and its relationship with their attitudes towards Traditional and Complementary Medicine (GETAT). The research was conducted between 01.04.2023-01.02.2024 with 384 people aged 20-64 who applied to 15 family health centers (ASM) in the city center for any reason. Sociodemographic data form, Türkiye Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) and Traditional and Complementary Medicine Attitude Scale (CACMAS) were used to obtain study data. Descriptive criteria such as arithmetic mean, standard deviation, frequency and percentage were used to evaluate the data. In the analysis of the data obtained by measurement, the significance test of the difference between two means in independent groups, analysis of variance, post hoc Bonferroni and Tamhane's T2 test, Pearson correlation analysis and binary logistic regression analysis were performed. Chi-square and Fisher's exact tests were used to evaluate the data obtained by counting. Findings with $p < 0.05$ as a result of statistical analysis were considered significant. According to sociodemographic characteristics of the participants; 39.3% are 30-45 years old, 57.8% are women, 72.1% are married, 47.4% have higher education or higher education, 40.6% are in a job that brings regular income. were working and 52.6% were earning above minimum wage. 90.1% of the people had health insurance, 51.3% had good general health, and 80.7% did not have a chronic disease. 50% of the participants were obtaining health information from physicians other than their family physician. 18.2% of the people participating in the study applied to any GETAT method in the last 5 years, 44.3% of them preferred GETAT with the advice of people who had been treated with the GETAT method before, and 75.7% of

them were treated by a non-physician. The most preferred GETAT methods in our study are; cupping therapy (80.0%), hirudotherapy (32.8%) and phytotherapy (20.0%). 16.2% of the participants had inadequate, 29.4% problematic-limited, 35.4% adequate and 19.0% excellent health literacy. TSOY-32 total score average was 33.81 ± 9.19 . TSOY-32 total score average; In the 46-64 age range ($p < 0.001$), in those who are single/widowed ($p = 0.014$), in those with secondary school education or less ($p < 0.001$), in those with moderate or poor general health status ($p < 0.001$), in those with health-related information source It was lower in family members/neighbours ($p = 0.007$). The mean treatment and service score was lower in people with chronic diseases ($p = 0.024$). Being in the 30-45 age group increased the TSOY-32 average score by 1.9 times (95% CI=1.1-3.4; $p = 0.020$); being in very good health increased the risk by 6.9 times (95% CI=1.9-25.8; $p = 0.004$). The average GETAT Attitude score of the participants was 105.0 ± 31.41 . GETAT Attitude score ($p = 0.049$) and Dissatisfaction with Modern Medicine score average ($p = 0.014$) were higher for people with income below the minimum wage. The mean score of Holistic View of Health was higher in those whose GETAT treatment was not performed by a physician ($p = 0.018$). As a result, training can be organized to increase health literacy levels in the society. Support programs can be created especially for older age and low-education groups. Individuals can be made aware of GETAT by organizing training on GETAT treatment methods and its application within healthy limits.

Key Words: Health Literacy, Traditional Medicine, Complementary Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Artan dünya nüfusu ve teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık sistemleri de hızla gelişmektedir. Etkin ve kaliteli bir şekilde herkesin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlamak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmış ve kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin bu konuda önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (1). Sağlık okuryazarlığı (SOY); sağlığın korunması ve bozulduğunda iyileştirilebilmesi aynı zamanda yaşam boyunca sürdürülebilmesi için sağlık hizmeti kapsamında verilen bilgiyi anlayabilmektir (2).

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1950'li yıllardan beri kaynaklarda geçmektedir. En kapsamlı haliyle tanımı, "okuryazarlıkla bağlantılı ve insanların sağlık durumlarıyla ilgili olarak; günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıklarını önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir" şeklinde geçmektedir (3).

Yeterli SOY düzeyine sahip olmak; daha sağlıklı yaşam, koruyucu sağlık hizmetlerini etkin kullanma, sağlık eğitimlerini kolay anlama, tedavi hizmetlerini zamanında ve doğru kullanma, verilen tedaviye uyumluluk ve kronik hastalıkların iyi yönetimi gibi olumlu sonuçlar oluşturmaktadır (4, 5).

Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalara göre yetişkinlerin SOY düzeyleri ölçülmüş ve bireylerin büyük bir kısmının yeterli düzeye sahip olmadığı tespit edilmiştir. 2015 yılında Avrupa SOY araştırmasında katılımcıların en az 10'da 1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi gösterirken %47'si sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde saptanmıştır (6). 2017 yılında Asya'da yapılan SOY araştırmasında katılımcıların SOY puan ortalaması ülkelerin çoğunda sorunlu-sınırlı düzeyde bulunmuştur (7). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri; %30,9 yetersiz, %38,0 sorunlu-sınırlı, %23,4 yeterli ve %7,7 mükemmel olarak belirlenmiştir (2).

Geleneksel tıp yöntemleri insanlık kadar eski bir varoluşa sahiptir. Zaman içerisinde, bilimsel gelişmelerle birlikte modern tıp usulleri uygulanırken geleneksel yöntemlerin çoğunluğu kullanım dışı kalmıştır (8). Son yıllarda, sağlığın korunması

ve kronik hastalık yönetiminde geleneksel tedavi yöntemlerinin faydaları tespit edilmiş; yan etkilerinin az oluşu, uygulama kolaylığı ve ucuz oluşuyla dünya genelinde önem kazanmıştır (9, 10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), geleneksel tıbbı “fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde, teşhis edilmesinde, tedavi edilmesinde, sağlığın korunmasında ve iyileştirilmesinde farklı kültürlerle özgü teoriler, inançlar ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı” olarak tanımlar (11). DSÖ geleneksel yöntemlerin kullanımıyla ilgili üye ülkelerle iş birliği içinde çalışmalar yürütmüş ve raporlar hazırlamıştır. Bu yöntemlerin güncel tedavinin yan etkilerini azaltıcı ve hastalığın bulgularını hafifletici olarak esas tedaviye tamamlayıcı olabileceği belirtilmiş ve “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” kavramı oluşturulmuştur (10, 11). Türkiye’de 2014 yılında “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir (12).

GETAT uygulamaları kanıta dayalı tıp kapsamında araştırılmakta ve modern tıp uygulamalarıyla etkileşimi konusunda henüz kanıtlanmamış yanlar bulunmaktadır (11, 13). GETAT uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte; bireylerin bu uygulamaları gelişigüzel kullanmaması ve sağlık durumlarıyla ilgili doğru kararlar verebilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyeleri yeterli düzeyde olmalıdır (14).

Bu çalışmada yetişkin bireylerin;

- TSOY-32 ölçeği aracılığıyla SOY düzeylerini saptamak,
- Bazı sosyodemografik ve sağlık özellikleriyle SOY düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek,
- GETAT kullanım durumlarını ve en çok tercih ettikleri tedavi yöntemlerini belirlemek,
- GETAT Tutum ölçeği aracılığıyla GETAT hakkındaki tutumlarını saptamak,
- Bazı sosyodemografik ve sağlık özellikleriyle GETAT tutumları arasındaki ilişkiyi belirlemek,
- SOY düzeyleri ile GETAT tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Sağlık Okuryazarlığı

2. 1. 1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı okunan sağlık bilgilerini doğru anlayabilme, kullanabilme ve tedavi talimatlarını takip edebilme becerisidir (15). Sağlık okuryazarlığı belirli bir konuda özelleşmiş finansal okuryazarlık, reklam okuryazarlığı, sanatsal okuryazarlık, gıda ve beslenme okuryazarlığı, peyzaj okuryazarlığı gibi birçok okuryazarlık türünden biridir (16). Sağlık okuryazarlığı iki ana konunun (sağlık ve okuryazarlık) birleşiminden oluşmaktadır ve sağlık okuryazarlığının anlaşılmasında bu konulardan temel fikirler elde edinilebilir (17).

Sağlık

DSÖ sağlık kavramını hastalık ve sakatlık durumunun olmaması ile birlikte fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (18). DSÖ'nün "2000'li Yıllarda Herkese Sağlık" programı çerçevesinde sağlık, sosyal bilimlerin de dâhil olduğu geniş bir bakış açısı ile ele alınmaktadır (19, 20). Sağlığın geliştirilmesi için toplumda çok yönlü çalışmalar yapılmalı, sağlık eğitimleri planlanmalı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi de yükseltilmelidir (18).

Okuryazarlık

Okuryazarlık, okuma ve yazma becerilerinin sosyal yaşantıda kapsamlı bir şekilde kullanılabiliyor oluşunu ifade eder. Bireyin kendi fikir ve düşüncelerini yazarak doğru bir şekilde ifade etmesi ile beraber başkası tarafından yazılanı okuyarak doğru bir şekilde anlaması ve bütün bunları yaparken kendi bilgi ve becerilerini toplumsal alanda kullanması olarak açıklanır (21). Kişilerin sağlık okuryazarlığını etkileyen birçok faktörden başlıcası okuryazarlık düzeyidir (15). Okuryazarlık düzeyi ise okuma, yazma ve matematiği kullanabilme yetisiyle birlikte okunan bilgiyi işleme, anlamlandırma, ifade etme ve karar verme derecesidir (16).

2. 1. 2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi

İlk olarak sağlık okuryazarlığı kavramı 1959 yılında Dixon tarafından Halk Sağlığı Departmanında sağlık komiseri olarak çalışırken yaptığı “Tıbbi Bakımda Toplumun Sorumluluğu” adlı çalışmasında öne sürülmüştür (22). Dixon bu çalışmasında farklı sosyal ve kültürel gruplar dahil toplumun tamamına eşit sağlık hizmeti sunulması konusuna değinirken bireysel sorumluluklara da sağlık okuryazarlığı yönünden vurgu yapmıştır (17, 22). Daha sonra Michael Grossman 1972 yılında gerçekleştirdiği “Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi Üzerine” çalışmasında sağlık okuryazarlığına değinmiştir. Bu çalışmada sağlık eğitimi düzeyi ile doğru orantılı olarak sağlıklı olma halinin arttığı ve daha az tıbbi bakım talep edildiği, bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerine başvuru oranının da azaldığı ifade edilmektedir (23).

DSÖ sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlığı geliştirecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerin bütünü olarak tanımlamaktadır (24).

Amerikan Tıp Enstitüsü, 2004 yılı raporunda sağlık okuryazarlığını bireylerin kendi sağlığı ile ilgili uygun karar verebilmeleri için gerekli sağlık bilgi düzeyi ve sağlık hizmetlerini anlama kapasitesi olarak tanımlamıştır (25).

Amerikan Tıp Derneği, sağlık okuryazarlığını sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliliği olarak tanımlamaktadır. Diğer bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı ilaç, reçete ve randevu kartları gibi sağlığa ilişkin önemli materyalleri okuma ve anlama becerilerinin uyumlu birlikteliğidir (26).

İlgili araştırmalardan 17 sağlık okuryazarlığı tanımının içerik analizini yaparak yeni bir tanım oluşturan Sorensen sağlık okuryazarlığını sağlık bilgisine erişmek, sağlık bilgisini anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan istek ve yeterlilikler diye tanımlamıştır. Bu sağlık bilgisi kişinin yaşam kalitesini yükseltmek ve sürdürmek için günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak amacıyla gerekli olan bilgidir (3).

T.C. Sağlık Bakanlığı dokümanlarında geçtiği tanımıyla sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgiye ulaşım anlayabilme, sağlıkla ilgili metinleri (dergi, kitap, afiş, broşür vb.) okuyabilme, ilaçların ambalaj bilgilerini (ilacın adı, son kullanma tarihi, kullanma talimatı vb.) okuyup anlayabilme ve hekimin tavsiyelerini anlayıp doğru uygulayabilme kapasitelerinin bütünüdür (27).

2. 1. 3. Sağlık Okuryazarlığı Modelleri

Zarcadoolas ve arkadaşları tarafından sağlık okuryazarlığı temel okuryazarlık, bilimsel okuryazarlık, kültürel okuryazarlık ve vatandaş okuryazarlığı olarak dört boyut şeklinde incelenmiştir (3). Temel okuryazarlık sağlıkla ilgili genel metinleri okuma, anlama, yazma ve konuşma olarak ifade edilmektedir. Bilimsel okuryazarlık bilimsel gelişmelerden ve teknolojiye yararlanıp sağlık alanında kullanabilme becerisidir. Kültürel okuryazarlık ise toplumun sağlık ile ilgili inançları, kültür ve geleneklerinin hem bireyler hem de sağlık hizmeti verenler tarafından bilinip uygulanması olarak tanımlanmaktadır. Vatandaş okuryazarlığı kişilerin sağlıkla ilgili kamusal konularda farkındalığının olup bu konulardaki görüşlerini tartışmalara ve karar verebilme süreçlerine dahil olabilmesidir (28).

Nutbeam'a göre sağlık okuryazarlığının temel tanımı dar bir çerçevede olup insanlara okuryazarlığın derin anlam ve amacını yeterince açıklayamaz (24). Bu sebeple Nutbeam; temel /işlevsel, iletişimsel /etkileşimli ve eleştirel olmak üzere üç kategorili bir model geliştirmiştir. Bu sınıflandırma okuryazarlık düzeyinin dereceli ölçüsü değildir, okuryazarlık türünün bize ne yapmamızı sağladığını açıklar (29). Temel/işlevsel sağlık okuryazarlığı kişilerin temel okuma yazma becerileri ile kendilerine sunulan sağlık materyallerini okuyup anlama, sağlık risklerini öğrenme ve buna göre sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeyi kapsamaktadır ki sağlık okuryazarlığının temel tanımıyla büyük ölçüde uyumludur (4, 24). İletişimsel/etkileşimli sağlık okuryazarlığı kişinin ileri düzeyde bilişsel becerileri ile bilgiye ulaşabilme, kullanabilme ve bu bilgileri yeni duruma uygulayabilmeyi içermektedir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı bireylerin bilişsel ve sosyal becerilere eleştirel düşünebilme yeteneğini ekleyip sağlığın sosyal, politik ve ekonomik tanımlarını yapabilme, boyutlarını görebilme ve değerlendirebilme düzeyidir (3, 4, 24, 29).

Freedman ve arkadaşları bireysel düzeydeki sağlık okuryazarlığından farklı ve daha kapsamlı bir halk sağlığı okuryazarlığı modeli geliştirmiştir (1). Halk sağlığı okuryazarlığı bireylerin ve grupların topluma fayda sağlayan toplumsal kararları almak için ihtiyaç duyulan bilgileri elde edebilme, işleyebilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve bunlara göre hareket edebilme yetisi olarak tanımlanmaktadır (1, 3). Bu model kavramsal temeller, kritik beceriler ve sivil yönelim olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Kavramsal temeller, halk sağlığı sorunlarını anlamak ve bu konularda harekete geçmek için gereken temel bilgi ve becerileri içerir. Kritik beceriler topluma fayda sağlayacak kararlar vermek için gereken bilgileri elde etmek, işlemek ve kamu yararına halk sağlığı sorunlarını tespit edebilmektir. Sivil yönelim sağlıkla ilgili sivil katılımı ele almak için gerekli kaynakları içerir. Bu kapsamda bir birey veya grup, toplumdaki halk sağlığı faaliyetlerinden kimlerin yararlandığını değerlendirebilmeli ve eşit olmayan dağılımları ifade edebilmelidir (1, 3, 30).

2. 1. 4. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Soyut bir kavram olan SOY, geliştirilen çeşitli ölçek yöntemleriyle bir düzey belirtecek şekilde ölçülebilmektedir. Bunlardan bazıları aşağıdaki tabloda (2. 1. 4. 1) yer almaktadır (31).

Tablo 2. 1. 4. 1. SOY Düzeyinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

- REALM (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine = Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Ölçümü)	Bireylerin kelime okuyabilme becerisini test eder. 66 kelimeden oluşur ve her doğru cevap için 1 puan alınır (32).
- TOFHLA (The Test of Functional Health Literacy in Adults) - YİSOT (Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Testi)	Sağlıkla ilgili materyaller kullanılarak yetişkinlerde okuma becerilerini, sayıları ve ifadeleri anlama becerilerini ölçmektedir (33).

Tablo 2. 1. 4. 1. “Devam” SOY Düzeyinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

- S-TOFHLA (The Short of Functional Health Literacy in Adults = Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi)	TOFHLA'nın kısa sürümü olarak geliştirilmiştir. Sayısal ifadeler hariç bireyin okuma ve anlama becerisini ölçer (31).
- MART (The Medical Terminology Achievement Test = Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi)	Bireylerin okuyamadıkları kelimeler hakkında açıklama yapmasına olanak veren bir testtir. Bireyler yazının küçük olması, uzakta olması gibi nedenler belirtebilir (34).
- WRAT-R (Wide Range Achievement Test Revised = Geniş Kapsamlı Başarı Testi)	Sadece okuma ve telaffuz etme ile ilgilidir, anlamak önemli değildir. Geniş kapsamlı bu test 5-75 yaş aralığındaki bireylerde kullanılabilir (34).
- HLS-EU (European Health Literacy Scale = Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	47 sorudan oluşan ölçek üç sağlık sürecini (hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi) ve dört bilgi işlem sürecini (erişim, değer biçme, uygulama, anlama) içermektedir (3).
- HLI (Health Literacy Index) - SOYÖ (Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	HLS-EU ölçeğinin geliştirilmesi sonucu ortaya çıkmıştır. İngilizce ve Türkçe dillerinde mevcuttur. 25 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Erişim, anlama, değer biçme ve uygulama alt boyutlarını içermektedir (35).

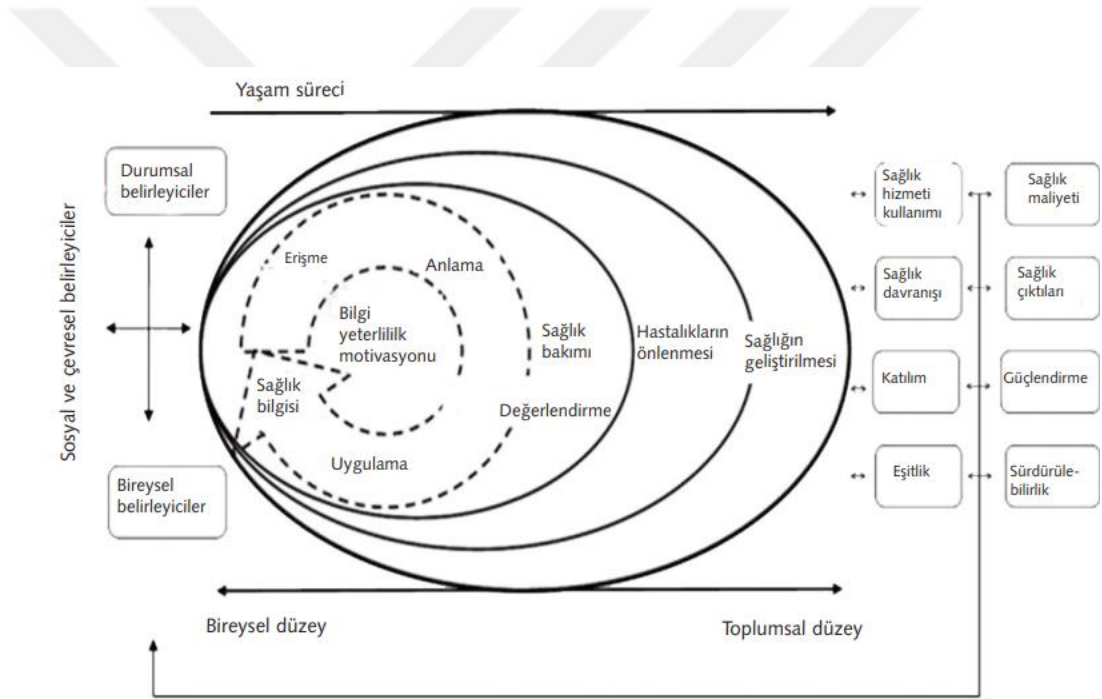
Tablo 2. 1. 4. 1. “Devam” SOY Düzeyinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

- e-HEALS (The Ehealth Literacy Scale = e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	Sağlık ile ilgili bilgiyi araştırma ve anlamaya yönelik medya okuryazarlığını ölçmek için geliştirilmiştir. Alınabilecek puan en düşük 8 puan, en yüksek 40 puandır (36).
- ASOY-TR (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması)	15 yaş üstü kişilerin sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçek sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, sağlıkla ilgili karar verme, tedavi ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini içermektedir (37).
- TSOY- 32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32)	Bu ölçek ASOY-TR ölçeğinin Türkiye’de uygulanabilirliğini artırmak için bazı değişiklikler yapılarak geliştirilmiştir. Alt boyutlardan hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi birleştirilmiş ve likert tip 32 sorudan oluşan TSOY-32 ölçeği geliştirilmiştir (37).
- YSOÖ (Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)	Sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru içerir. Ayrıca diğer ölçeklerden farklı bir soru tipi olarak vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekilli soru içerir. SOY düzeyi 1-23 arasında alınan puanla belirlenmektedir (38).

2. 1. 5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kişilerin sağlık okuryazarlığı yaşadıkları toplumlarda eğitim, sağlık, kültür ve çevresel faktörler etkisinde oluşmaktadır (5, 35). Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığının cinsiyet, ırk, yaş, sosyoekonomik durum, iş, meslek, gelir, medeni durum, sosyal statü gibi sosyal ve çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (6, 39, 40).

Sorensen, sağlık okuryazarlığının ana bileşenleri ile sağlık okuryazarlığını etkileyen uzak ve yakın ilişkili faktörleri bir arada gösteren sağlık okuryazarlığı modelini geliştirmiştir (Şekil 2. 1. 5. 1) (3).



Şekil 2. 1. 5. 1. Sorensen Sağlık Okuryazarlığı Modeli

Bu modele göre kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi bilişsel ve psikososyal gelişimleri yanı sıra önceki ve mevcut sağlık hizmeti deneyimlerine bağlı olarak yaşam boyu öğrenmeyle gelişir (3).

Kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanma kapasitesini etkileyen birçok faktör vardır (3, 4, 41). Kişisel ve sistemsal olarak iki grupta inceleyebildiğimiz bu faktörler kişilerin sağlık okuryazarlığı ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişki

içerisindedir (3). Kişisel faktörler yaş, cinsiyet, okuryazarlık seviyesi, eğitim düzeyi, bilişsel beceriler, motivasyon, sağlık bakım deneyimi, inançlar ve sosyoekonomik durumdur. Sistemsel faktörler ise sağlık sisteminin hastalardan beklentileri, sağlık hizmeti sunucuların iletişim yetenekleri, sağlık bilgisinin anlaşılabilirlik derecesi, sağlık hizmeti verilen ortamın şartları ve sağlık hizmeti verirken kullanılan sürenin yeterliliğidir (3, 4, 41).

2. 1. 6. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Kişilerin sağlıkla ilgili her türlü uyarıyı anlaması, verilen hizmetlere erişebilmesi ve doğru kullanabilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeterli seviyede olması oldukça önemlidir (35). Sağlık hizmetlerinin toplumda başarılı olabilmesi için öncelikle kolay erişilir ve anlaşılır olması gerekmektedir. Bunu etkileyen faktörlerden biri de sağlık okuryazarlığıdır (4).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki SOY düzeyi düşük olan bireylerin yüksek olan bireylere göre kronik hastalık yönetimleri daha başarısızdır ve morbidite oranları daha yüksektir (42, 43). Diyabetli hastalardan SOY düzeyi yetersiz olan kişilerde daha zayıf glisemik kontrol ve daha fazla oranda retinopati oluşumu tespit edilmiştir (5). Astımlı hastalarda ise SOY düzeyi yetersiz olan kişiler inhaler ilaçlarını etkin kullanmada sorunlar yaşamaktadır ve bu kişilerin astım öz yönetimi yetersizdir (43, 44). Yetişkinler üzerinde yapılan geniş kapsamlı bir prospektif çalışmada sosyoekonomik durum, eşlik eden hastalıklar, kendi kendine değerlendirilen sağlık durumu, sağlıkla ilgili davranışlar, sağlık hizmetlerine erişim ve psikososyal durum göstergeleri ayarlandıktan sonra sınırlı-yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmanın ölüm oranında iki kat artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (45). Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıklı yaşam yılı ve kalitesi ile oldukça ilişkilidir (43-46).

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişiler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadırlar (47). Yapılan çalışmalara göre kolon kanseri ve meme kanseri gibi tarama programlarını yaptırmayanlar daha çok SOY düzeyi düşük olan kişilerdir (48, 49).

SOY düzeyi düşük bireylerde sağlık hizmetlerinin doğru kullanılmaması sonucu acil servise gereğinden fazla başvuru, gereksiz tetkik istemi, uzun hastane yatış

süreleri ve artmış sağlık harcamaları daha fazla görülmektedir (23, 50). Dolayısıyla düşük sağlık okuryazarlığı sağlıkta eşitsizliğin ve sağlıkta maliyetin artmasına sebep olmaktadır (5).

Yetişkinler üzerinde yapılan araştırmalar göstermiştir ki bir kişinin sağlık durumu eğitim, istihdam ve sosyoekonomik durum gibi değişkenlerden etkilense de en fazla sağlık okuryazarlığından etkilenmektedir (4, 51).

Çocuklarda sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz olması çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir (52). Adölesanların sağlık okuryazarlığının incelendiği çalışmalarda düşük SOY düzeyine sahip adölesanlarda daha fazla sigara ve alkol tüketimi olduğu belirtilmektedir (53). Ayrıca silah taşıma ve akran zorbalığı gibi olumsuz davranışların da düşük SOY düzeyine sahip adölesanlarda fazla sergilendiği tespit edilmiştir (52). Düşük SOY düzeyi çocuklarda beden kitle indeksini ve obeziteyi artıran faktörlerdendir (54). Çocuk sağlığı üzerinde ebeveynlerin bilgi, tutum ve davranışlarının etkisi büyüktür. Dolayısıyla ebeveynlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması hastalık önleme, akut hastalık bakımı ve kronik hastalık bakımı açısından çocukların sağlık sonuçlarını olumsuz etkiler (55).

Yaşlılarda yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların hastalıkları hakkında daha az bilgi sahibi olduğu ve kendilerine uygun şekilde bakabilme yeteneklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (56-58). Sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğu belgelenen tıbbi bilgi ve öz bakım alanları sigara kullanımı, diyabet, hipertansiyon, kronik kalp yetmezliği, astım, HIV ve kanser taramaları ile ilgilidir (58). Yaşlı hastalar arasında sağlık durumunu iyileştirmek ve gereksiz acil servis başvurularını azaltmak için en etkili ve doğrudan yaklaşım sağlık okuryazarlığı seviyelerini yükseltmektir (58).

Özetle; kişilerin sağlık durumunu, kronik hastalık sonuçlarını, sağlık hizmeti maliyetlerini, sağlık bilgi taleplerini ve sağlık hizmetlerinden eşit faydalanabilmelerini yaşamın her döneminde etkilemekte olan sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir (4, 29).

2. 1. 7. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yetersiz-sınırlı olması, gelişmiş ülke olarak nitelenen ülkeler de dahil olmak üzere dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur (2,6,59).

Avrupa SOY araştırmasında sekiz ülkeden (Almanya, İspanya, Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, Polonya, Yunanistan, Hollanda) çalışmaya katılan 8.000 kişinin %12,4’ü yetersiz ve %35,2’si sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde saptanmıştır (6). Bu çalışma Avrupa ülkelerindeki bireylerin %47’sinin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Asya’da yapılan SOY araştırmasında (Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam) çalışmaya katılan 10.024 kişinin SOY puan ortalamaları 29,6-34,4 arasında değişmektedir (7). Bu çalışmaya katılan Asya ülkelerinden Tayvan dışındakilerinin puan ortalamaları sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindedir (7). Yine Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde yapılan bir çalışmada üç kişiden birinin sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (59). Britanya’da 2.309 kişinin katıldığı çalışmada katılımcıların beş üzerinden sağlık bilgisini anlama puan ortalaması 3,98 olarak ve sağlık bilgisini kullanma becerisi puan ortalaması 3,83 olarak tespit edilmiştir (60). Bu çalışmaya göre sağlık okuryazarlığının en temel becerisi olan sağlık bilgisini okuyup anlamakta beş kişiden biri zorluk çekmektedir. İran’da nüfus tabanlı yapılan SOY çalışmasında katılımcıların %44’ünün sağlık okuryazarlığı sınırlı seviyede bulunmuştur (61).

Türkiye’de 2017-2018 yıllarında Avrupa SOY araştırmasında kullanılan ölçme yöntemi geliştirilerek TSOY-32 ölçeği oluşturulmuş ve nüfus tabanlı bir çalışma yürütülmüştür (2, 37). Çalışmaya göre katılımcıların %30,9’u yetersiz ve %38,0’ı sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde bulunmuştur. Tedavi ve hizmet alanına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyeleri %27,1’inin yetersiz ve % 31,3’ünün sınırlı olarak bulunmuştur. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyeleri %37,4’ünün yetersiz ve %34,2’sinin sınırlı olarak bulunmuştur. Buna göre bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmayla ilgili sağlık okuryazarlığı, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesiyle ilgili sağlık okuryazarlığından daha iyi seviyelerdedir (2).

2. 2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT)

2. 2. 1. GETAT Tanımı

İnsanlar, geçmişten günümüze kadar hastalıklarla mücadele etmek için gözlem ve deneyimleriyle çeşitli tedavi yöntemleri oluşturmuştur. Bu tedavi yöntemleri kültür, dini inanış, doğa olayları, felsefe ve toplumsal yapılardan zamanla etkilenecek şekilde gelişim göstermiş ve çeşitli isimlerle anılmıştır (62). Halk hekimliği, geleneksel hekimlik/tıp, alternatif tıp, konvansiyonel olmayan tıp ve tamamlayıcı tıp gibi terimler bazı farklılıklar içerse de modern sağlık sisteminin dışındaki tedavi yöntemlerini tanımlamak için kullanılmıştır (10, 62).

DSÖ'ye göre geleneksel tıp “Fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde, teşhis edilmesinde, tedavi edilmesinde, sağlığın korunmasında ve iyileştirilmesinde; farklı kültürlerle özgü teoriler, inançlar ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (10, 11). Bazı sağlık uygulamaları toplumun kendi kültür ve tarihinde var olmadığı gibi mevcut sağlık sistemine de dahil edilememiştir. Bu tip sağlık uygulamaları “tamamlayıcı tıp” olarak adlandırılmıştır (10, 11, 62). Tamamlayıcı tıp esas tedavinin yerine kullanılmamakla birlikte tedavinin etkisini artırıcı ve tedavinin yan etkisini azaltıcı yöntemleri içermektedir (11). DSÖ, tıbbın değil tedavinin alternatifi olabileceği görüşünü bildirirse de “alternatif tıp” terimini kullanmayı tercih eden sağlık birimleri de mevcuttur (11, 63). Türkiye’de 2014 yılında yayınlanan yönetmelikte “alternatif tıp” terimi kullanılmamış, “geleneksel tıp” ve “tamamlayıcı tıp” terimleri kullanılmıştır (12).

2. 2. 2. GETAT Uygulamaları

2. 2. 2. 1. Akupunktur

Tedavi amacıyla vücuttaki belirli noktalara iğne batırılarak uygulanan yöntem akupunktur denilmektedir. İğne anlamındaki “acus” ile batırmak, delmek ve delik gibi anlamları olan “puncture” kelimelerinden oluşan bir kavramdır (64, 65).

Akupunktur, Çin’de yaygın olarak kullanılan ve tarihi çok eskilere dayanan geleneksel bir yöntemdir. “Chi Enerjisi” olarak adlandırılan yaşam enerjisi, insan vücudunda çift taraflı ve simetrik yerleşen meridyenlerle sağlanmaktadır (66).

Travma, enfeksiyon, kötü beslenme ve stres gibi durumlar enerji akışının bozulmasına neden olur. Akupunktur noktalarına verilen uyarılar bu enerji akışının sürekliliğini sağlayarak kişilerin daha iyi hissetmesini sağlar (66, 67).

1970 yılında akupunktur DSÖ tarafından onaylanmış ve 1979 yılında akupunkturun 43 hastalıktaki etkinliğinin tartışıldığı “Pekin Akupunktur Sempozyumu” düzenlenmiştir (68). Günümüze kadar yapılan çalışmalarda akupunkturun akut ağrı, kronik ağrı, migren, obezite, astım, alerjik rinit, postpartum depresyon, sigara bağımlılığı, infertilite, kabızlık, reflü, bulantı, kusma, felç rehabilitasyonu, tinnitus, uyku bozuklukları, idrar kaçırma ve romatolojik hastalıklarda tedavi edici olduğu gösterilmiştir (64-68).

Akupunktur noktasına uyarı verildiği anda bu uyarı kas dokusundaki reseptörlerden medulla spinalis ve kortekse kadar ulaşarak enkefalinergic ve serotoninergic nöronları uyarır (65, 66). Bununla birlikte merkezi sinir sistemi ve dolaşım sisteminde beta-endorfin, norepinefrin, serotonin ve enkefalin gibi opioidler yükselerek analjezik, antiinflamatuvar ve immünmodulator etki oluşturur. Ayrıca serotonin vücut biyoritmi, cinsel dürtüler, iştah ve psikomotor sistem üzerinde etkilidir (69). Sonuçta akupunkturun analjezik, sedatif, kas-motor sistemi iyileştirici, immüniteyi artırıcı ve homeostatik denge düzenleyici etkileri vardır (65).

Mevcut hastalığa göre hangi akupunktur noktalarına ne dozda ve sürede uygulama yapılacağı değişkenlik gösterir. Tablo 2. 2. 2. 1. 1’de akupunkturun güncel uygulama yöntemleri verilmektedir (65, 68).

Tablo 2. 2. 2. 1. 1. Stimülasyon Türlerine ve Uygulama Bölgelerine Göre Akupunktur

Stimülasyon Türleri	Uygulama Bölgeleri
1) İğne	1) Vücut akupunkturu
2) Elektro akupunktur (E.S.A)	2) Kulak akupunkturu
3) Lazer terapi	3) El akupunkturu
4) Vakum terapi	4) Periostal akupunktur
5) Ultrason akupunktur	

2. 2. 2. 2. Mezoterapi

Mezoterapi, vücudun belirli bir bölgesinde iyileşmeyi ve tedaviyi desteklemek için mezoderm tabakasına homeopatik ilaç ve vitamin gibi maddelerin mikroenjeksiyonlarını içeren bir tekniktir (70). Mezoderm, embriyo gelişimi sırasında oluşan üç germ tabakasının ortasındaki tabakaya verilen isimdir. Bu tabakadan kas, kemik, kıkırdak, iç deri, iç organların dış yüzeyi, cinsel organlar, kalp ve kan damarları oluşur (71).

Tedavi amacıyla deriye yapılan enjeksiyonlar eski Çin ve Hint tıbbına dayanmaktadır. İlk kez 1847'de Karl Baunscheidt, bir ilacın yüzeysel olarak enjekte edildiğinde bile etki edebileceğini öne sürerek, 2 mm derinliğe dermal enjeksiyon uyguladı (72). 1952'de Fransa'da Dr. Michel Pistor tarafından mezoterapi tanımı yapılmış ve günümüzde tüm dünyada hem kozmetik hem medikal alanda yaygın olarak uygulanan bir yöntem haline gelmiştir (71). Kozmetik olarak kilo verme, selülit, yüz ve boyun gençleştirme, vücut şekillendirme ve saç dökülmesi gibi durumlar için uygulanmaktadır (70, 73). Tıbbi tedavi olarak akut ağrı, astım, migren, spor hastalıkları, romatoid artrit ve bazı sindirim sistemi hastalıklarında kullanılmaktadır (72, 74).

2. 2. 2. 3. Kupa Terapisi (Hacamat)

Kupa terapisi GETAT uygulamaları arasında 5.000 yıldan fazla geçmişiyle en eski uygulamalardandır. Mısır'da bulunan bir yazma eserde MÖ 1.500'lü yıllarda, yabancı cisimlerin vücuttan uzaklaştırılması ile ilgili olarak kupa uygulamasından bahsedildiği bildirilmiştir (75).

Kupa terapisi, ağrılı bir bölgedeki veya akupunktur noktalarının üzerindeki cilt dokusuna, cam veya bambu bir kupa ile vakum oluşturularak yapılan fiziksel bir tedavidir (76). İnsizyon yapıp yapılmamasına göre kuru kupa uygulaması ve yaş kupa uygulaması olarak iki şekilde yapılmaktadır (75, 76). Kuru kupa uygulanırken, kupa içerisindeki hava boşalır ve negatif basıncın etkisiyle cilt yüzeyi kabarır. Yaş kupa uygulaması da kuru kupa uygulaması gibi yapılır ancak uygulamadan önce kupa konulacak bölgedeki cilde yüzeysel insizyonlar açılıp negatif basınçla kan boşaltılması sağlanır (75, 76).

Çin, Güney Kore ve Japonya gibi uzak doğu ülkelerinde çoğunlukla kuru kupa uygulaması tercih edilirken İslam coğrafyasında yaş kupa tercih edilmektedir (75, 76). Yaş kupa uygulanırken hicri ayın belirli günlerinde özellikle üçüncü haftasında yapılmasına önem verilmektedir. Dolunayın yeryüzündeki sıvılarda çekim etkisi olduğundan hareketle vücut sıvılarında da etkisi olduğu öngörülmektedir. Böylece interstisyel sıvı cilt yüzeyine doğru yaklaşır ve toksik maddeler daha fazla uzaklaştırılır (75). Yaş kupa terapisi, Arapça’da emmek ya da doğru hacmine sokmak anlamındaki “hicâme” kelimesinden köken alan “hacamat” adıyla da bilinmektedir (77).

Kupa terapisinin etki mekanizmasını açıklayan farklı görüşler bulunmaktadır. Sinir sistemiyle ilgili olan kutiviserel refleks teorisine göre iç organlarla ilgili cilt alanları arasında spinal sinirler yoluyla bağlantılar vardır. Böylece bir iç organdaki patolojik durumla ilişkili olarak ilgili cilt alanında değişiklikler ya da ağrı oluşabilir. Buna göre tedavi edilmek istenen organla ilgili segmente, kupa terapisi yapılarak iyileşme sağlanabilir (75).

Yaş kupa terapisinin sporcularda kan değerlerine olan etkisini araştıran bir çalışmada; beyaz kan hücresi, nötrofil, lenfosit, kırmızı kan hücresi, hematokrit ve hemoglobin değerlerinde önemli bir artış tespit edilmiştir. Yaş kupa terapisinin hematolojik ve immünolojik parametreler üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu, hücresel bağışıklığı güçlendirdiği, daha genç kan hücreleri ürettiği ve inflamasyon belirteçlerini azalttığı belirtilmektedir (78).

Kupa tedavisinin uygulandığı durumlar immün sistemi güçlendirme, organik nedeni olmayan baş ağrıları ve uyku bozuklukları, kas ve iskelet sistemine bağlı ağrılar, fibromiyalji, romatizmal hastalıklara bağlı bulguların tedavisi, sindirim sistemi hastalıklarına ait kabızlık ve kusma gibi bulgulardır (12, 75, 76). Yapılan çalışmalarda kupa tedavisinin hiperlipidemi, intervertebral disk patolojileri, herpes zoster gibi nevraljik ağrılar, karpal tünel sendromu, ağır metal detoksifikasyonu, otoimmün hastalıklar, astım, alerjik rinit, atopik dermatit ve infertilite durumlarında iyileştirici etkide olabileceği belirtilmiştir (75, 76, 79-83).

2. 2. 2. 4. Hirudoterapi

Tıbbi sülükler kullanılarak yapılan tedaviye “hirudoterapi” denilir (84). Sülükler çok eski çağlardan beri yara tedavisi gibi durumlar için kullanılmaktaydı. Mısırlılar, Mezopotamyalılar, Aztekler ve Mayalar tarafından bilinmekte olan bu tedavi yöntemi tıbbın önemli hekimleri olan Hipokrat, Galen ve İbn-i Sina tarafından da kullanılmıştır (85).

Hirudoterapinin etki mekanizması sülüklerin cilt üzerinden tutunup kan emmesi ve bu sırada doku içerisine birçok biyoaktif maddenin bulunduğu salgısını enjekte etmesiyle oluşur (85). Sülük tarafından salgılanan maddeler ve işlevleri Tablo 2. 2. 2. 4. 1.'de verilmektedir (84).

Tablo 2. 2. 2. 4. 1. Sülük Tarafından Salgılanan Madde ve Etki Mekanizmaları

Salgılanan Madde	Etki Mekanizması
Hirudin	Trombine bağlanarak kanın pıhtılaşmasını engeller.
Kalin	Von willebrand faktörünün kollajene bağlanmasını bloke ederek kan pıhtılaşmasını engeller. Kollajen aracılı trombosit agregasyonunu engeller.
De-stabilaz	Monomerleştirici aktiviteyle fibrini çözer.
Hirustatin	Kallikrein, triptin, kimotriptin ve nörofilik katepsin G'yi inhibe eder.
Bdellinler	Anti-inflamatuar, plazmin, triptin ve akrosini inhibe eder.
Hiyalüronidaz	Bağırsak viskozitesini ve antibiyotik etkisini artırır.
Triptaz inhibitörü	Konak mast hücrelerinin proteolitik enzimlerini inhibe eder.
Eglinler	Anti-inflamatuar. α -kimotripsin kimaz, substilisini, elastaz ve katepsin G'nin aktivitesini inhibe eder.
Faktör Xa inhibitörü	Eş molar kompleksler oluşturarak pıhtılaşma faktörü Xa'nın aktivitesini engeller.
Karboksiptidaz-A	İnhibitörlerin ısırik bölgesine kan akışını artırır.
Asetilkolin	Vazodilatör
Histamin benzeri madde	Vazodilatör

Sülüğün deriyi delmesi sivrisinek ısırığına benzer ve histamin benzeri bir maddenin salınması nedeniyle ağrılı değildir (84). Ayrıca salgılanan biyoaktif maddeler analjezik, antikoagülan, anti-inflamatuvar, immün modülatör, hipoksi giderici vb. etkiler oluşturarak insan vücudunda farklı tedavi edici etkiler oluşturmaktadır (85).

Hirudoterapi kopan uzvun yerine dikilmesinde revaskülarizasyonu sağlamasıyla önemlidir (85). Yapılan bir araştırmaya göre hirudoterapinin en sık kullanıldığı durum plastik cerrahide yumuşak doku replantasyonları ve serbest flep tabanlı operasyonlar sırasındaki venöz konjesyondur (86). Ayrıca venöz bozukluklar, hipertansiyon, sialadenit, dış kulak enfeksiyonu, katarakt, glokom, psöriazis, egzema, osteoartrit, infertilite, endometriozis, hemoroid, hepatit, kolesistit, diş eti rahatsızlıkları ve bazı kardiyovasküler sistem hastalıklarında sülük uygulamasının tedavi edici etkileri bulunmaktadır (84, 86-89).

2. 2. 2. 5. Apiterapi

Bal, propolis, arı sütü, arı poleni, arı zehri, apilarnil, balmumu ve arı ekmeği gibi bal arısı ve kovan ürünlerinin terapötik amaçlı kullanılmasına apiterapi denilir (90).

Propolis yapısında fenolik bileşikler, çinko, kurşun, bakır, nikel, kalsiyum, sodyum, potasyum, magnezyum, demir gibi mineraller ile B₁, B₂, B₅, B₆ ve C vitaminlerini içermektedir (91). Antimikrobiyal ve analjezik özellikleri bulunan propolis; sindirim sistemi hastalıklarında, yaralanma ve yanık tedavisinde, egzamada tedavi edici etkilere sahiptir (90, 92). Ayrıca antidepresan ve anksiyolitik etkileri de tespit edilmiştir. Arı poleni de mineral ve vitaminler açısından zengin bir içeriğe sahiptir ve kullanım alanı propolisle benzerdir (90, 92).

Arı sütünün protein içeriği çok yüksek olup antioksidan, antibakteriyel, antitelomik, metabolizmayı hızlandırıcı, hücre yenileyici, immün sistemi güçlendirici, spermatolojik, antidiyabetik, antihipertansif, kardiyak sistemi güçlendirici ve nörojenezi artırıcı etkileri bulunmaktadır (91, 93).

Arı zehrinin multipl skleroz, kanser ve romatizmal hastalıklarda tedavi edici etkileri bulunmaktadır. Kemoterapi tedavilerinde kullanılan ajanların içeriğinde de bulunan arı zehri, alerjik etki ve IgE artışı yapması açısından riskli bir kullanıma

sahiptir (93, 94). Eczacılıkta krem yapımında kullanılan balmumu ise yara iyileşmesi ve travmatik morlukların iyileşmesinde etkilidir (90, 93).

Apilarnil erkek ve ana larva arısının bir ürünüdür ve kozmetik sanayinde kullanılmaktadır (93). Yavru arıların yediği ilk ürün olan arı ekmeği 20'den fazla vitamin ve mineral çeşidiyle birlikte en zengin aminoasit içeriği olan kovan ürünüdür. Antitrombotik, antiaritmik ve antimikrobiyal etkileri vardır (90, 91).

2. 2. 2. 6. Fitoterapi

Fitoterapi, bitki anlamındaki “phytos” kelimesinden gelen bir kavramdır ve hastalıkların bitkilerle tedavi edilmesidir. Toplumlar çok eski yıllardan beri bitkileri doğru şekilde kullanmayı deneyim ve gözlem yoluyla öğrenmiş ayrıca bunların kullanımına dair kapsamlı bir geleneksel kültür oluşturmuştur (95). Modern tıbbın gelişimine kadar uzun yıllardan beri çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan fitoterapi, son yüz yıldaki bilimsel ve teknik ilerleme ile kanıta dayalı tıp ışığında kullanılmaya devam etmektedir (95, 96).

Bitkilerin farmakognozi çalışmaları çok sayıda yeni molekülün ve etki mekanizmalarının keşfedilmesine olanak sağlamıştır. Modern bilimsel araştırmalar bu moleküllerin önemini ve tedavide kullanımının etkinliğini doğrulamakla birlikte fitoterapi kullanımının güvenliğini artırmaya odaklanmıştır (95, 96).

Sedef hastalığı, hemoroid, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, cilt rahatsızlıkları, zona hastalığı, unstabil angina pectoris, obezite, oligoastenospermi, felç sonrası depresyon ve kanser hastalarında bağışıklığın güçlendirilmesi gibi durumlarda bitkisel tedavilerin etkili olabileceğini belirten çalışmalar yapılmıştır (95, 97, 98). Örneğin bir çalışmada Reishi mantarının prekanser yüksek riskli üroepitelyal hücrelerin temizlenmesini desteklediği bulunmuşken başka bir çalışmada, nar suyu tüketiminin sistolik kan basıncını düşürdüğü tespit edilmiştir (96).

Fitoterapi tedavilerinin etkili ve güvenli olarak kullanılabilmesi için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca hekimler tarafından uygulanabilirliğini artırmak için toksikoloji bilgisi içeren kanıta dayalı fitoterapi kullanım kılavuzlarının geliştirilmesi gerekmektedir (95, 96).

2. 2. 2. 7. Refleksoloji

Refleksoloji; belirli bir basınç tekniği ile ovma, sıvazlama ve sıkma hareketleri ile refleks noktalarına uygulanan özel bir masaj şekli ve tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (99). Basınç uygulamak için çoğunlukla başparmak ve işaret parmağı kullanılır. Refleksoloji vücuttaki enerjiyi dengelemek, iyileşmeyi sağlamak ve rahatlamayı artırmak için geçmiş zamanlardan beri kullanılmaktadır (99, 100). Bu tedavi yönteminin çok eski zamanlara dayandığının bir göstergesi M.Ö. 2350 yılında Mısırlı bir hekimin mezarındaki el ve ayak refleksolojisinin duvar üzerindeki resmidir (101).

Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü'ne göre refleksoloji “Tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan; vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir tekniktir.” şeklinde tanımlanmıştır (101).

Panik atak, depresyon, migren, diyabet, tiroit fonksiyon bozukluğu, dismenore, astım, egzama, karpal tünel sendromu, yorgunluk, uykusuzluk, kabızlık, hazımsızlık ve kas-iskelet sistemi hastalıklarında refleksoloji kullanılabilmektedir. Bağışıklık sistemini aktive etme, enfeksiyon süresini kısaltma, kan dolaşımını düzenleme, kanser ağrıları ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletme, bulantı ve kusmayı rahatlatma gibi olumlu etkileri de mevcuttur (99, 100). Ayrıca doğum sürecinde ağrıyı azaltmak, servikal dilatasyonu artırmak, doğum sonrası dönemde uterus involüsyonuna yardım ve süt salınımını kolaylaştırmak için tercih edilen bir yöntemdir (100).

2. 2. 2. 8. Osteopati

Osteopati, kas-iskelet sistemini ve işlevini iyileştirmek için çeşitli manuel teknikler kullanılarak kasların en iyi seviyede çalışmasının desteklendiği bir uygulamadır. Hastaya bütünsel bir yaklaşımla uygulanan osteopatik tedavi yumuşak doku germe, omurga manipülasyonu ve izometrik kas germe gibi çeşitli manuel teknikler içerir (102). Kranial, visseral ve parietal osteopati olmak üzere üç sistem üzerinden etki gösterir (103). Osteoporoz dışında, her yaş grubunda ortaya çıkan kas iskelet sistem hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır (104). 1870'li yıllarda

osteopatik manuel terapinin kan dolaşımını iyileştirdiği bu sayede vücudun kendi kendini iyileştirmesini sağladığı teorik olarak ispatlanmıştır (105).

2. 2. 2. 9. Ozon

Ozon, üç adet oksijen atomundan oluşur ve yüksek oksidasyon kapasitesine sahip bir gazdır. Atmosferdeki zararlı ultraviyole (UV) ışınlarını filtrelemesiyle biyolojik dengenin korunmasında oldukça önemli role sahiptir (106).

1840 yılında Alman kimyacı Schönbein, sudan bir elektrik akımı geçirdiğinde farklı bir koku yayılmış ve buna Yunanca “ozein (koku)” kelimesinden köken alan “ozon” adını vermiştir. Ozona dayanıklı malzemelerin üretilmeye başlandığı 1950’li yıllara kadar ozonun tıbbi tedavide kullanılması oldukça zorken sonraki yıllarda tıp ve diş hekimliği alanlarında kullanımı artmıştır (106, 107). Virüs, bakteri, mantar ve parazitlere karşı 260 farklı patojenin tedavisinde etkili olan ozonun antimikrobiyal gücü klordan 1,5 kat daha fazladır (106, 107).

Tıbbi ozon kullanımı majör otohemoterapi, minör otohemoterapi, eksternal tedavi, rektal tedavi ve eklem içi enjeksiyon gibi çeşitli yöntemlerden oluşur. Dolaşım bozuklukları, enfeksiyon ve romatolojik eklem hastalıkları tedavisinde kullanılmakta olan majör otohemoterapi ozon gazıyla kanın tedavi edilip vücuda yeniden infüzyonudur. Hepatit A, Hepatit B ve Hepatit C tedavisinde rektal yöntem etkilidir (106). Ayrıca yaşlanma karşıtı olarak geriatri, diş hekimliğinde sterilizasyonda, yanıkta, göz hastalıklarında, sigara bağımlılığında, migrende, nörolojik hastalıklarda, bel fıtığı gibi eklem hastalıklarında, halsizlik ve kronik yorgunluk durumlarında kullanılmaktadır (106-108).

2. 2. 2. 10. Müzik Terapisi

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu’na göre müzik terapisi “Bir müzik terapistinin bir danışan veya grupta, onların fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarına karşılık verebilmek adına; iletişim, diyalog, öğrenim, mobilizasyon, ifade, organizasyon ve bunlarla ilişkili diğer terapötik amaçları gerçekleştirebilmek ve kolaylaştırmak amacıyla planlı bir süreçte müzik ve/veya müzikal unsurları (ses, ritim, melodi ve armoni) kullanmasıdır.” şeklinde tanımlanmıştır (109). Geçmiş toplumlardan beri kullanılmakta olan müzik terapisi ile

hastaların bilişsel işlevleri, motor becerileri, duyuşsal ve duyuşsal gelişimi, sosyal becerileri ve yaşaam kaliteleri iyileştirilebilmektedir (110).

Etkinliğı kanıta dayalı tıpla da kanıtlanmış olan müzik terapisi bazı kanser merkezlerinde, psikiyatri hastanelerinde, okullarda, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı tedavi programlarında ve ıslah evlerinde kullanılmaktadır (109, 111).

2. 2. 2. 11. Hipnoz

Antik Yunan'da "uyku" kelimesinden kavramlaştırılmış olan hipnoz aslında uyku halinden farklı olarak terapötik bir amaçla bilinçli ve kasıtlı olarak erişilebilen bir uyanık farkındalık durumudur (112, 113).

Yunanlıların uyku tapınakları hipnozun geçmiş tarihlerden beri kullanılmakta olan bir yöntem oluşunu göstermektedir. Bilimsel kayıtlara göre ilk olarak 1784'te Dr. Puysegur tarafından bir cerrahi operasyon sırasında kullanılmıştır (112). Psikanalizle tanınan psikolojinin önemli ismi Sigmund Freud da hipnozu tedavilerinde kullanan bilim insanları arasında yer almaktadır (112).

İnsan beyni iki serebral yarım küreden oluşmaktadır ve uyanırken aktif olan bilinçli zihinde beynin sol kısmı daha baskın olma eğilimindedir. Sol yarım küre, sözlü olarak iletişim kurulurken özellikle entelektüel, bilinçli ve rasyonel durumlarda aktif olarak kullanılan kısımdır. Hipnozda oluştuğı gibi rahatladığımızda veya bir aktiviteye derinlemesine daldığımızdaysa beynin sağ kısmı daha baskın hale gelir. Sağ yarım küre, semboller ve imgelerle iletişim kurulurken özellikle duyuşsal ve yaratıcı durumlarda aktif olarak kullanılmakta böylece kişinin bilinçaltını oluşturmaktadır (113, 114). Beynin bu sinirsel yapısına göre sözlü kelimeler sağ beynin dili olmadığından kişi kendine üzülmeyi veya endişelenmemeyi telkin etmekte çoğunlukla zorluk çeker (113). Hipnoz uygulayıcısı tarafından verilen telkinler kişinin dış çevresinden içe yönelmesini sağlayarak iç dünyasına kapı aralar. Böylece kişiler dinginlik ve rahatlama ile beraber biliş, duyuş ve imgelem gibi iç deneyimlerine odaklanır (112).

Hipnoz hastalarda duyuşsal stresi azaltmakla birlikte tedavide kullanılan ilaçların yan etkilerini hafifletmekte, hastalığa bağılı ağrı ve diğere bulguları da iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (113). Hipnoz, günümüzde birbirinden farklı pek

çok hastalığın tedavisinde yardımcı olarak kullanılmaktadır. Cinsel işlev bozuklukları, çalışma konsantrasyonu oluşturma, obezite, kekemelik, yeme bozuklukları, tik ve fobi durumları, kaygı, uykusuzluk ve obsesif kompulsif bozukluklarda hipnoz tedavi edici olabilmektedir. Ayrıca yanık, trigeminal nevralji, migren, anestezi, doğum ve diş hekimliğinde ağrıyı azaltıcı olarak kullanılır (112).

2. 2. 2. 12. Homeopati

Homeopati vücuttaki doğal tedavi süreçlerini aktive etmek için hastalığın belirtilerine benzer ilaçlar kullanılarak vücudun uyarılması ve iyileştirilmesidir. Homeopati adlandırması, benzer anlamındaki “homeos” kelimesi ve acı anlamındaki “pathos” kelimesinden meydana gelmiştir (115). 1800’lü yıllarda Dr. Samuel Hahnemann tarafından geliştirilen homeopati yöntemine göre hastalara tanı veya tedavi amaçlı hiçbir zarar verilmeden doğal bir yaklaşım uygulanmalıdır (116).

Homeopatinin uygulanışı şu dört temel ögeye dayanmaktadır:

- Similia similibus curantur (benzer, benzerini iyileştirir) ilkesi,
- Materia medica (ilaç bilimi) bilgisi,
- Unitas remedii (tek ilaç) ilkesi,
- Dosis minima (en küçük doz) ilkesi (117).

Modern tıpta tedavi genellikle hastalıkların vücutta oluşturduğu belirtilerin tersini uygulamaya dayanırken; homeopatide Hipokrat’ın da uygulamış olduğu benzeri benzeriyle tedavi felsefesi vardır. Yani bir hastalık sebebiyle ortaya çıkan bulguları tedavi etmek amacıyla, belirli bir ölçüde alındığında benzer bulgular oluşturan bir maddenin seyreltilmiş ölçülerde kullanılmasıdır. Örneğin soğan gözleri ve burnu tahriş ederek sulandıran bir madde salgılar. Bir kişinin saman nezlesi gibi benzer belirtileri olan hastalığı varsa tedavide soğanın seyreltilmiş formu homeopatik bir ilaç olarak kullanılabilir (116).

Homeopati “Hastalık yoktur, hasta vardır.” düşüncesine göre vücudu bütüncül olarak organ, doku ve sistemlerle iyileştirmeyi hedefler. Bu homeopati ile günümüz modern tıbbı arasında en belirgin farkı oluşturmaktadır (115). Homeopatide ilaçların dozu ve içeriği kişiye göre özel olarak bitkisel, madensel veya hayvansal kaynaklardan hazırlanır. Almanya’da bu ilaçların kalitesi, üretimi ve denetimi yasal sınırlarla

belirlenmiş ve “Alman İlaç Kitabı” olarak yayınlanmıştır (115, 117). Ayrıca Meksika, Hindistan, Pakistan, Sri Lanka ve İngiltere gibi birçok ülkenin ulusal sağlık sistemlerinde homeopati bulunmaktadır (116). Yapılan araştırmalarda homeopatinin dünyada yaygın bir şekilde kullanımı olduğu tespit edilmiş, güvenli ve etkili şekilde kullanılabilmesi için daha fazla kanıta dayalı çalışmalar yapılmasına gerek olduğu belirtilmiştir (117).

Almanya ve İsviçre kapsamında yapılan bir çalışmada homeopatik tedaviye başvuran hastaların uzun süreli bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir. Bu kohort çalışmasındaki 24 aylık gözlem süresi boyunca hem hekim hem de hasta değerlendirmelerine göre, homeopatik tedaviyle birlikte hastalık semptomlarının şiddetinde belirgin şekilde azalma tespit edilmiştir. Tedaviden en çok fayda görenlerin ise daha genç yaştaki hastalar ve daha şiddetli hastalığa sahip olanlar olduğu bulunmuştur. Ayrıca homeopatik tedavi uygulanan kişilerin yaşam kalitesinde artış gözlemlenmiştir (118).

2. 2. 2. 13. Kayropratik

Kayropraksi sağlık profesyoneli tarafından manuel bir şekilde, omurga ve ekstremit eklemlerindeki fonksiyon bozukluklarının tespiti ve tedavi edilmesidir. Tanı ve tedavinin aynı anda yapılabilirdiği bu yöntem kas-iskelet sorunları, vücudun çeşitli bölgelerindeki ağrının giderilmesi, mobilizasyon ve manipülasyon gibi durumlarda etkilidir. Çok eski zamanlardan beri kullanıldığı bilinen kayropraksi yöntemi Hipokrat tarafından da skolyoz tedavisinde kullanılmıştır (119).

Kayropratik tedavinin amacı eklemlerdeki fonksiyon bozukluğunu ve kısıtlanmış hareketi olabilecek en yüksek derecede ve ağrısız olarak iyileştirmek bununla birlikte postural dengeyi ve beden mekaniğini korumaktır. Ligamanlar, faset eklemler, kas dokusu ve fasya zinciri vücutta lokal ağrı sendromuna yol açabilecek yapılardır. Bu yapılardaki bozuklukların kayropraksi ile giderilmesi ağrıyı da tedavi eder (120).

Akut kırık, spinal kord tümörü, osteomyelit, omurga tüberkülozu, menenjiyal tümör, intrakranial veya spinal bölgedeki hematoma, ilerleyen nörolojik defisit, ameliyatla konulmuş protez varlığı, hipermobilit e sendromu, hidrosefali ve kas-iskelet

sistemindeki kanser durumlarında kayropratik tedavinin uygulanması kontrendikedir (119, 120).

2. 2. 2. 14. Proloterapi

Proloterapi kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarında ağrıyı azaltmak ve doku tamiri ile büyümeyi hızlandırmak amacıyla, ağırlı ligament ve tendon yapışma yerleriyle komşu eklem aralıklarına uyarıcı bir solüsyonun enjekte edildiği rejeneratif bir tedavi yöntemidir (121).

1950 yılında genel cerrah Dr. Hackett'in proloterapi enjeksiyon protokollerini oluşturmamasından sonra 1980'li yıllara kadar pozitif sonuçların bildirildiği çok sayıda olgu sunumu yapılmıştır. Günümüzde yapılan çalışmalar da proloterapinin kronik olarak hasar görmüş kas-iskelet sistemi dokularında lokal iyileşmeyi hızlandırdığını belirtmektedir (121, 122).

Proloterapide sodyum morhuat, fenol-gliserin-glikoz ve çinko sülfat gibi çeşitli solüsyonlar kullanılmasına karşın günümüzde kanıta dayalı olarak etkisi ispatlanmış hipertonic dekstroze en sık kullanılan solüsyondur (122). %15'lik dekstroze eklem dışına yapılacak enjeksiyon için, %25'lik dekstroze eklem içine yapılacak enjeksiyon için kullanılan solüsyonlardır (121).

Hipertonik dekstroze gibi proliferan solüsyonlar uygulandıkları bölgedeki hücrelerin hipertonic ortamdaki dolaylı ozmotik yırtılmasına neden olur ve DNA kodlayan büyüme faktörleri gibi çeşitli büyüme faktörlerinin salınmasına yol açar. Büyüme faktörleri tarafından uyarılan fibroblastlar aktifleşerek yeni kolajen fibrilleri sentezler (122). İyileşmeyi destekleyen kolajen fibrilleri hasarlı ligaman ve tendonların onarımı için kullanılır. Böylece proloterapi ligaman, tendon ve eklem stabilize edici yapıları sıkılaştırıp güçlendirerek eklemlerin stabilitesini artırır (121).

Çalışmalarda proloterapinin en sık endikasyonu kronik bel ağrısı olarak bildirilmiştir (121). Ayrıca osteoartrit, epikondilit ve rotator manşet lezyonları gibi kronik kas-iskelet sistemi hastalıklarında kullanımı mevcuttur. Tedavi bölgesinde aktif veya kronik enfeksiyon, kanama bozukluğu, romatizmal ve sistemik inflamatuvar hastalık, onkolojik hastalık, 12 hafta içinde lokal kortikosteroid enjekte edilmiş olması ve solüsyona alerji olduğu durumlarda kullanılmamalıdır (122).

2. 2. 2. 15. Larva

Larval tedavi (kurtçuk temizleme tedavisi), enfekte veya nekrotik yaralarda dokunun hasarlı hücrelerini temizlemek için sinek larvalarının tedavi amaçlı kullanımıdır. Larvanın tedavide etkili, basit uygulanabilir ve riskli olamayışıyla dünya çapında kullanımı artmaktadır (123). Fakültatif kalliforidlerden yeşil şişe sinekleri (*lucilia sericata*), larval tedavide en sık kullanılan sinek türünü oluşturmaktadır (124).

Larva ile yara tedavisinin 1950-1990 yılları arasında Fransa ve Amerika’da uygulandığı özellikle 1. Dünya Savaşı sırasındaki yaralanmalarda kullanıldığı mevcut belgelerde tespit edilmiştir (124). Yine o yıllarda, penisilin ve sülfonamid gibi antibiyotiklerin keşfi ile artan antimikrobiyal anlayışla yaraya mikrop taşıma olasılığı olan bu sineklerin kullanımı yanlış görülmüştür. Larva tedavisinin artık kullanılmaması gerektiğini düşünenlerin aksine yara tedavisinde larvaların oldukça etkili olduğunu gören hekimler, steril larva fikrini ortaya çıkarmıştır (123). Steril larva ihtiyacını karşılamak için 1990’ların başında Sherman, Kaliforniya’daki “Veteran Administration Hospital Medical Center”da küçük bir sinek kültürü tesisi kurmuştur (125). Daha sonra yapılan çalışmalarda dekubitus ülseri olan hastaların yara tedavisinde, larva tedavisinin cerrahi dışındaki diğer tedavilere göre daha hızlı temizlenme ve iyileşme sağladığı bulunmuştur (123, 125).

Larva tedavisinin etki mekanizması; larva tarafından salgılanan amonyakla dokunun alkalileştirilmesi böylece bakteriyel büyümenin engellenmesi, antibiyotik benzeri maddelerin üretimi ve dokuya bazı mikroorganizmaların akıtılmasıyla yara iyileşmesini teşvik eden maddelerin üretilmesi basamaklarından oluşmaktadır (123).

Günümüzde larva tedavisi, kan damarlarının veya organların açıkta olduğu yaralar hariç bası yaraları, dekubital ülserler, diyabetik ülserler, nörovasküler ülserler, florid nekrotizan fasiit, osteomyelit, temporal mastoidit, perineal gangren, cerrahi operasyon sonrası yara enfeksiyonları ve yanıklar gibi iyileşmeyen travmatik yaralarda uygulanmaktadır (124-126). Ayrıca lezyonun yerleşim yeri veya anesteziye engel bir hastalık nedeniyle cerrahi tedavi yapılamayan hastalarda, bazı tümör ve mantarlaşan lezyon tiplerinin palyatif bakımında kullanılabilir (123, 125).

2. 2. 3. Dünyada ve Türkiye’de GETAT

DSÖ, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın modern tıba katkısının en iyi şekilde sağlanması amacıyla sağlık sistemlerinde etkin, güvenli ve uygun kullanımını teşvik etmekte ve birtakım düzenlemeler yapmaktadır (62). Bununla ilgili olarak “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi: 2002-2005 Raporu” yayımlanmış ve daha sonraları 129 ülkeden gelen bilgilere göre yeniden geliştirilip “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi: 2014-2023 Raporu” hazırlanarak GETAT yöntemlerinin uygulama standartları oluşturulmuş ve üye ülkelere rehberlik amacıyla sunulmuştur (10).

Dünya genelinde kronik hastalık seviyeleri ve sağlık hizmeti maliyetleri artıstır. Hastalar ve sağlık hizmeti verenler, kişi merkezli sağlık bakımının teşvikiyle sağlık hizmetlerinin canlandırılmasını talep etmektedir. Bu konuda GETAT ürünlerine, uygulamalarına ve uygulayıcılarına erişimin genişletilmesi fayda sağlayabilir (10).

Günümüzde 100 milyondan fazla Avrupalı GETAT uygulamalarını kullanmaktayken Asya, Afrika, Avustralya ve Kuzey Amerika’da GETAT uygulamaları daha fazla oranda kullanılmaktadır (10). ABD, Japonya, Almanya, İsviçre, Şili ve Küba’da nüfusun %40’ından fazlası; Etiyopya, Hindistan, Kore ve Çin’de nüfusun %60’ından fazlası geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı en az yılda bir kez kullanmaktadır (62).

Dünya genelinde en sık kullanılan GETAT yöntemi olan akupunktur, Türkiye’de bilimsel olarak kabul gören ilk GETAT uygulamasıdır (9, 10). Bilimsel usul ve yöntemlerle akupunktur tedavisinin uygulanmasını sağlamak amacıyla ilk düzenleme 1991’de “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile yapılmıştır (9).

2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanun’un Ek-13. maddesi ile 663 Sayılı Kanun’un 8. maddesinin (ğ) bendi kapsamında kurulmuştur (127).

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 29158 sayı ile 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete ’de yayımlanmıştır. İlgili uzman ve kurumların görüş ve tavsiyeleriyle oluşturulan bu

yönetmelikte, yasal olarak uygulanabilecek 15 uygulamadan ve bu uygulamaların hangi kurumlarca kimler tarafından uygulanacağı, uygulayıcıların nasıl eğitileceği, uygulamaların hangi durumlarda yapılabileceği gibi şartlar belirlenmiştir (62, 128). Yönetmelikte yer alan GETAT yöntemleri akupunktur, kupa, hipnoz, apiterapi, mezoterapi, fitoterapi, hirudoterapi, refleksoloji, homeopati, ozon, kayropraktik, proloterapi, osteopati, larva ve müzik terapi uygulamalarıdır (128).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na bağlı olarak 2014 yılında, Türkiye GETAT Enstitüsü kurulmuştur. GETAT Enstitüsü'nün temel amacı GETAT uygulamalarının insan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bozulan sağlık durumunun düzeltilmesinde; modern tıp ile uyumlu şekilde ve kanıta dayalı olarak tedavide kullanılmasını sağlamaktır (9).

GETAT yöntemlerinin daha denetimli uygulanması amacıyla, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği standartlara uygun olan kamu ve özel sağlık kuruluşlarına, GETAT yöntemlerini uygulama ve eğitim verme izni bu daire başkanlığınca verilmektedir. Türkiye'de 23 Ekim 2023 tarihi itibarıyla, 79 sağlık kuruluşunda resmi olarak GETAT yöntemleri uygulanmaktadır (129).

Türkiye'de GETAT kullanımıyla ilgili, 2014 yılında yapılan 7 coğrafi bölgeye ayrılarak tasarlanmış nüfus tabanlı kesitsel çalışmaya göre katılımcıların %60,5'i GETAT yöntemi kullanmıştır (130). 2015 yılında 1.100 kişide yapılan bir araştırmada katılımcıların %98,4'ünün herhangi bir GETAT yöntemi hakkında bilgi sahibi olduğu; %65,8'inin ise herhangi bir GETAT yöntemini kullandığı bildirilmiştir (131). Daha sonraki yıllarda yetişkinlerde yapılan çalışmalara göre GETAT uygulamalarını en az bir kez kullananların sıklığı %28,9 ve %79,8 arasında değişim göstermekle birlikte GETAT kullanımının kronik hastalığı bulunan bireylerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (131-134). Kanseri hastalarda tamamlayıcı tıp kullanımını araştıran bir literatür çalışmasına göre GETAT kullanım sıklığı %22,1-%84,1 arasında dağılım göstermektedir (135). Daha genç bireylerde yapılan (yaş ortalaması: 21,31 ± 2,69) bir çalışmaya göre, katılımcıların %74,5'i daha önce hiçbir GETAT yöntemi kullanmamışken %12,2'si birden çok kez GETAT yöntemi kullanmıştır (136).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sivas il merkezinde bulunan 15 ASM’de (Alibaba ASM, Çarşıbaşı ASM, Mevlana ASM, Şehit Ömer Güney ASM, Emek ASM, Şükrü Beyazıt ASM, Gökmedrese ASM, Kardeşler ASM, Karşıyaka ASM, Kılavuz ASM, Kızılırmak ASM, Mimarsinan ASM, Şeyhşamil 1 Nolu ASM, Tuzlugöl ASM, Yunus Emre ASM) yapıldı. Araştırmanın yapıldığı zaman dilimi, 01.04.2023-01.02.2024’tür.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Türkiye İstatistik Kurumu güncel (2022) verilerine göre Sivas il merkez nüfusu belde ve köyler dahil edilmeden 365.274 olarak belirlendi ve 20-64 yaş grubunun nüfusu 216.385 olarak hesaplandı. Minimum örneklem büyüklüğü OpenEpi (Version 3) programı aracılığıyla $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]$ formülü kullanılarak 384 olarak hesaplandı (N = 216.385, etki değeri d = 5%, güven aralığı = 95%, p = 50%).

Araştırma Sivas il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran 20-64 yaş erişkinlerde yapıldı. İl merkezindeki 30 ASM arasından sistematik rastgele seçim yapılarak (1.3.5. gibi) yarısının alınmasına karar verildi. Seçilen ASM’ler bir tabaka kabul edilip ilgili nüfus hesaplanarak ve örneklem sayısına oranlanarak her bir ASM’den örneğe girecek toplam katılımcı sayısı hesaplandı. Seçilen 15 ASM’ye (Alibaba ASM, Çarşıbaşı ASM, Mevlana ASM, Şehit Ömer Güney ASM, Emek ASM, Şükrü Beyazıt ASM, Gökmedrese ASM, Kardeşler ASM, Karşıyaka ASM, Kılavuz ASM, Kızılırmak ASM, Mimarsinan ASM, Şeyhşamil 1 nolu ASM, Tuzlugöl ASM, Yunus Emre ASM) başvuran 384 kişide çalışma gerçekleştirildi.

3. 4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde üç bölümden oluşan anket formu kullanıldı. Anket formunun 1. bölümünde Sosyodemografik Veri Formu, 2. bölümünde Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve 3. bölümünde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS) yer almaktadır.

3. 4. 1. Sosyodemografik Veri Formu

Literatür temelinde araştırmacı tarafından geliştirildi. Sosyodemografik Veri Formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, kronik hastalık varlığı, son 5 yıl içerisinde GETAT tedavilerine başvurma durumu vb. sorular yer almaktadır. ‘GETAT yöntemlerinden hangisine / hangilerine başvurdunuz?’, ‘Başvuru sebebiniz nedir?’ gibi alt grup sorular da yer almaktadır. 3 alt grup soru ile toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

3. 4. 2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Türkiye’de daha önce yapılan SOY çalışmalarından edinilen deneyimler ışığında, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) ölçeğinin kavramsal çerçevesinde bir değişikliğe gidilerek; “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilip birlikte değerlendirmesine karar verilmiş ve 32 maddelik bir likert ölçek geliştirilmiştir (137). TSOY-32 ölçeği 2x4’luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre matris iki boyut (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, değerlendirme, bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği T.C. Sağlık Bakanlığı adına Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında yayınlamıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,927 olarak hesaplanmıştır (37).

Mevcut çalışmada ölçeğin iki temel alt boyutu hesaplandı. Tedavi ve hizmet alt boyutu birden 16’ya kadar olan maddeleri, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu 17’den 32’ye kadar olan maddeleri içermektedir.

Ölçeğin değerlendirmesinde kullanılan formül: İndeks = (ortalama-1) x (50/30)
Bu formülde; indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin

cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Ölçekte hesaplanan indeks puan 0-50 arasında yer almaktadır. Ölçekten alınan 0-25 arası puan yetersiz sağlık okuryazarlığı, >25-33 arası puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, >33-42 arası puan yeterli sağlık okuryazarlığı ve >42-50 arası puan mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (37).

3. 4. 3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS)

2010 yılında Mc Fadden ve ark. tarafından bireylerin GETAT'a karşı tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (138). 2016 yılında Köse ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılan ölçek “kesinlikle katılmıyorum = 1” ve “kesinlikle katılıyorum = 7” arasında değer alan 7’li likert tipindedir (139).

CACMAS (1-189 puan) üç alt boyut ve 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; tamamlayıcı tıba düşünsel bakış (1-56 puan) sekiz maddeden (5, 7, 9, 18, 19, 21, 22, 24), modern tıba karşı memnuniyetsizlik (1-70 puan) 10 maddeden (1, 4, 8, 11, 14, 16, 17, 20, 26, 27), sağlığa bütüncül bakış (1-63 puan) dokuz maddeden (2, 3, 6, 10, 12, 13, 15, 23, 25) oluşmaktadır. Ölçekte beş madde (1, 4, 8, 9, 26) ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanın yükselmesi GETAT'a karşı tutumunun olumlu yönde arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.80; tamamlayıcı tıba düşünsel bakış alt boyutunda 0.86, modern tıba karşı memnuniyetsizlik alt boyutunda 0.80 ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda 0.68 olarak bulunmuştur (139).

3. 5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS) araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, sağlık güvencesi durumu, genel sağlık durumu, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı, kronik bir rahatsızlığa sahip olma durumu, GETAT yöntemine başvuru durumu, GETAT başvuru nedeni, GETAT yönteminin kim tarafından uygulandığı ve başvuru GETAT yöntemi araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3. 6. Veri Toplama Aracının Uygulanması

15 ASM’de (Alibaba ASM, Çarşıbaşı ASM, Mevlana ASM, Şehit Ömer Güney ASM, Emek ASM, Şükrü Beyazıt ASM, Gökmedrese ASM, Kardeşler ASM, Karşıyaka ASM, Kılavuz ASM, Kızılırmak ASM, Mimarsinan ASM, Şeyhşamil 1 nolu ASM, Tuzlugöl ASM, Yunus Emre ASM) yürütülen bu çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu; araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze veya Google Forms üzerinden online olarak doldurtuldu. Eksik veya terk edilmiş formlar değerlendirilmedi. Sosyodemografik veri formunda sorgulanarak okuryazar olmayanlar, 20 yaşından küçük olanlar, 64 yaşından büyük olanlar çalışmaya dâhil edilmedi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek, yazılı bilgilendirilmiş olurlarını vermeleri istendi. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenler ölçekleri doldurmaya devam etmiştir. Veri toplama süreci Helsinki Bildirgesi kurallarına uygun olarak gerçekleştirildi. Tüm katılımcılara bilgilerinin gizli tutulacağı bildirildi.

3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışma verileri SPSS Version 23.0 programı ile analiz edildi. Sayısal veri çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olması nedeniyle verilerin normal dağıldığı kabul edildi (140). Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılımı olarak hesaplandı. Bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA testi (F testi), post hoc Bonferroni ve Tamhane’s T2, Pearson korelasyon analizi, Spearman korelasyon analizi ve ayrıca düzeltilmiş olasılık oranları ile %95 güven aralıkları kullanılarak binary lojistik regresyon analizi yapıldı. Sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fisher exact testleri kullanıldı. Korelasyon katsayısı $r \leq 0,5$ ise zayıf korelasyon, $0,5 < r < 1$ ise yüksek korelasyon olarak kabul edildi (141). Regresyon analizi yürütülürken iki değişkenli analizlerde anlamlı olan parametreler regresyon modellerine dahil edildi. Modelde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ve sorunlu-sınırlı olanlar “Yetersiz SOY düzeyi”, yeterli ve mükemmel olanlar “Yeterli SOY düzeyi” olarak kabul edildi. Hosmer-Lemeshow test sonuçları ($p > 0,05$) model-veri uyumunun yeterince iyi olduğunu ortaya koydu. İstatistiksel analiz sonucu $p < 0,05$ olan bulgular anlamlı olarak değerlendirildi.

3. 8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır. (Etik Kurul Karar No:2023-03/51). Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin onamları araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu çalışma Sivas Merkez ASM'lerde kaydı bulunan 20-64 yaş aralığında ve çalışmaya katılmayı kabul eden 384 kişide gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4. 1'de verilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması $37,51 \pm 11,98$ yıldır. 20-29 yaş grubu 127 kişi (%33,1), 30-45 yaş grubu 151 kişi (%39,3), 46-64 yaş grubu 106 kişiydi (%27,6). Katılımcıların %57,8'i kadındır. Katılımcıların %72,1'i evliken %27,9'u bekârdır. Eğitim durumlarına bakıldığında 182 kişi (%47,4) yükseköğretim ve üzeri eğitim almıştır. Çalışma durumlarına göre %40,6'sı düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor, %33,9'u ev hanımı, %13,8'i düzensiz gelirli işte çalışıyor/ emekli/ işsiz ve %11,7'si öğrenciydi. Aylık gelir durumlarına göre %52,6'sı asgari ücretin üstü gelirliken %30,5'i asgari ücretin altı gelirliydi.

Tablo 4. 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri (n= 384)

	n	%
Yaş		
20-29	127	33,1
30-45	151	39,3
46-64	106	27,6
Cinsiyet		
Kadın	222	57,8
Erkek	162	42,2
Medeni Durum		
Evli	277	72,1
Bekâr / Dul	107	27,9
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	101	26,3
Lise veya dengi okul	101	26,3
Yükseköğretim ve üzeri	182	47,4
Çalışma Durumu		
Düzenli gelir getiren iş	156	40,6
Ev hanımı	130	33,9
Düzensiz gelirli iş / Emekli / İşsiz	53	13,8
Öğrenci	45	11,7
Aylık Gelir Durumu		
Asgari ücretin altı	117	30,5
Asgari ücret	65	16,9
Asgari ücretin üstü	202	52,6

Araştırmaya katılan kişilerin bazı sağlık özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmektedir. Sağlık güvencesi durumlarına bakıldığında %90,1’inin sağlık güvencesi varken %9,9’unun sağlık güvencesi yoktu. Katılımcıların kendi genel sağlık durumlarını değerlendirmesine göre %51,3’ü iyi, %31,8’i orta, %11,7’si çok iyi ve %5,2’si kötüydü. Katılımcıların sağlıkla ilgili en çok kimden bilgilendiklerine bakıldığında %50’si diğer hekimler, %37’si Aile Hekimi ve %5,7’si internet/ TV programları cevabını vermişti. Katılımcıların %80,7’sinin kronik hastalığı yokken %19,3’ünün kronik hastalığı vardı.

Tablo 4. 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Bazı Sağlık Özellikleri (n=384)

	n	%
Sağlık Güvencesi		
Var	346	90,1
Yok	38	9,9
Genel Sağlık Durumu		
Çok İyi	45	11,7
İyi	197	51,3
Orta	122	31,8
Kötü	20	5,2
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı		
Diğer Hekimler	192	50,0
Aile Hekimi	142	37,0
İnternet / TV Programları	22	5,7
Diğer Sağlık Çalışanları	15	3,9
Aile bireyleri / Komşu	13	3,4
Kronik Hastalık Durumu		
Var	74	19,3
Yok	310	80,7

Katılımcıların GETAT başvuru özellikleri Tablo 4. 3'te verilmektedir. Son beş yılda herhangi bir GETAT yöntemine başvuranlar 70 kişiydi (%18,2). GETAT başvuru nedenlerine bakıldığında %44,3'ü GETAT yöntemiyle tedavi olanların tavsiyesiyle başvurduğunu belirtirken %14,3'ü hekim tarafından yönlendirilmişti. GETAT yöntemine başvuranların %75,7'sinin tedavisi hekim dışı başka kişilerce yapılmıştı.

Tablo 4. 3. Araştırmaya Katılan Kişilerin GETAT Başvuru Özellikleri

	n	%
GETAT Yöntemine Başvuru Durumu (n=384)		
Evet	70	18,2
Hayır	314	81,8
Başvuru Nedeni (n=70)		
GETAT yöntemiyle tedavi olanların tavsiyesi	31	44,3
Sağlıklı halimi korumak	13	18,6
Hekim tarafından yönlendirildim	10	14,3
Gördüğüm tedavinin başarısız olması	2	2,9
Diğer nedenler	14	20,0
Tedavi hekim tarafından mı uygulandı? (n=70)		
Evet	17	24,3
Hayır	53	75,7

Katılımcılardan GETAT uygulamalarını kullanan 70 kişinin 56'sı (%80,0) kupa tedavisi, 23'ü (%32,8) hirudoterapi, 14'ü (%20,0) fitoterapi, 5'i (%7,1) akupunktur, 4'ü (%5,7) apiterapi, 3'ü (%4,2) refleksoloji, 3'ü (%4,2) osteopati, 2'si (%2,8) ozon uygulamalarını kullanmıştı. Müzik terapisi, hipnoz ve larva tedavi yöntemleri hiçbir katılımcı tarafından kullanılmamıştı (Tablo 4. 4) . Birden fazla uygulama kullanan kişi sayısı ise 28'di (%40,0).

Tablo 4. 4. Başvurulan GETAT Yöntemlerinin Dağılımı

GETAT Yöntemi*	n	%
Kupa tedavisi (Hacamat)	56	80,0
Hirudoterapi (Sülük Uygulama)	23	32,8
Fitoterapi	14	20,0
Akupunktur	5	7,1
Apiterapi	4	5,7
Refleksoloji	3	4,2
Osteopati	3	4,2
Ozon	2	2,8
Homeopati	1	1,4
Mezoterapi	1	1,4
Kayropraktik	1	1,4
Proloterapi	1	1,4
Müzik Terapisi	0	0,0
Hipnoz	0	0,0
Larva	0	0,0

*1 veya daha fazla yöntem seçilmiştir.

Tablo 4. 5'e göre yaşamlarının son beş yılı içerisinde herhangi bir GETAT yöntemine başvuran kişilerle başvurmayan kişiler arasında sosyodemografik özellikler bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). GETAT yöntemine başvuranların % 48,6'sı 30-45 yaş grubunda ve %67,1'i kadındı. Medeni duruma bakıldığında GETAT yöntemine başvuranların %72,9'u evli bireylerden oluşmaktaydı. Eğitim durumuna göre GETAT yöntemine başvuranların %44,3'ü yükseköğretim ve üzeri eğitim almışken %27,1'i ortaokul ve altı eğitim almıştı. GETAT yöntemine başvuran kişiler çalışma durumlarına göre %41,4 ev hanımı, %38,6 düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor, %10 düzensiz gelirli işte çalışıyor/emekli/işsiz ve %10 öğrenciydi. GETAT yöntemine başvuran kişilerin %57,1'i asgari ücretin üstünde bir gelire sahipti.

Tablo 4. 5. GETAT Yöntemine Başvuru Durumu ve Sosyodemografik Özellikler

	EVET		HAYIR		p*
	n	%	n	%	
Yaş					
20-29	20	28,6	107	34,1	0,214
30-45	34	48,6	117	37,3	
46-64	16	22,9	90	28,7	
Cinsiyet					
Kadın	47	67,1	175	55,7	0,080
Erkek	23	37,9	139	44,3	
Medeni Durum					
Bekâr / Dul	19	27,1	88	28,0	0,999
Evli	51	72,9	226	72,0	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	19	27,1	82	26,1	0,833
Lise veya dengi okul	20	28,6	81	25,8	
Yükseköğretim ve üzeri	31	44,3	151	48,1	
Çalışma Durumu					
Ev hanımı	29	41,4	101	32,2	0,448
Düzenli gelir getiren iş	27	38,6	129	41,1	
Öğrenci	7	10,0	38	12,1	
Düzensiz gelirli iş / Emekli / İşsiz	7	10,0	46	14,6	
Aylık Gelir Durumu					
Asgari ücretin altı	20	28,6	97	30,9	0,674
Asgari ücret	10	14,3	55	17,5	
Asgari ücretin üstü	40	57,1	162	51,6	

*Ki-kare testi

Tablo 4. 6'ya göre GETAT yöntemine başvuran kişilerle başvurmayan kişiler arasında sağlık özellikleri bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). GETAT yöntemine başvuranların %91,4'ünün sağlık güvencesi vardı. Genel sağlık durumlarına bakıldığında başvuranların %51,4'ü sağlığını iyi olarak değerlendirmişti. GETAT yöntemine başvuran kişilerin sağlıkla ilgili bilgi kaynağına bakıldığında %51,4'ünün bilgi kaynağı diğer hekimlerdi. GETAT yöntemiyle tedavi olmayı tercih eden kişilerin %74,3'ünün herhangi bir kronik hastalığı yoktu.

Tablo 4. 6. GETAT Yöntemine Başvuru Durumu ve Sağlık Özellikleri

	EVET		HAYIR		p*
	n	%	n	%	
Sağlık Güvencesi					
Var	64	91,4	282	89,8	0,850
Yok	6	8,6	32	10,2	
Genel Sağlık Durumu					
Çok İyi	3	4,3	42	13,4	0,059
İyi	36	51,4	161	51,3	
Orta	29	41,4	93	29,6	
Kötü	2	2,9	18	5,7	
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı**					
Diğer Hekimler	36	51,4	156	49,7	0,200
Aile Hekimi	20	28,6	122	38,9	
İnternet / TV Programları	7	10	15	4,8	
Diğer Sağlık Çalışanları	4	5,7	11	3,5	
Aile bireyleri / Komşu	3	4,3	10	3,2	
Kronik Hastalık Durumu					
Var	18	25,7	56	17,8	0,179
Yok	52	74,3	258	82,2	

*Ki-kare testi , **Fisher Exact test

Çalışmaya katılan kişilerin TSOY-32 ölçeğine verdikleri yanıtların toplam puan ortalaması $33,81 \pm 9,19$ 'du. "Tedavi ve Hizmet" ile "Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi" alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 4. 7'de verilmektedir.

Tablo 4. 7. TSOY-32 Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Puan Ortalamaları	Ort± Ss	Min	Maks
TSOY-32 Toplam Puanı	$33,81 \pm 9,19$	0	50
Tedavi ve Hizmet	$34,98 \pm 9,15$	0	50
Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi	$32,64 \pm 10,38$	0	50

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerine bakıldığında % 16,2'si yetersiz sağlık okuryazarlığı, %29,4'ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %35,4'ü yeterli sağlık okuryazarlığı ve %19,0'ı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi (Tablo 4. 8).

Tablo 4. 8. TSOY-32 Toplam Puan Ortalamasına Göre Kategorik Puan Dağılımı

Kategoriler	Puan Aralığı	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	0-25	62	16,2
Sorunlu- sınırlı sağlık okuryazarlığı	>25-33	113	29,4
Yeterli sağlık okuryazarlığı	>33-42	136	35,4
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	>42-50	73	19,0

Tablo 4. 9’da katılımcıların TSOY-32 toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı verilmektedir. Buna göre yaş, medeni durum ve eğitim durumu kategorilerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p<0,05$).

TSOY-32 toplam puan ortalamalarına göre yaş grupları arasında 46-64 yaş grubunun puan ortalaması 20-29 yaş grubu ($p<0,001$) ve 30-45 yaş grubu ($p=0,001$) puan ortalamalarından düşüktü. Katılımcıların medeni durumlarına göre bekâr/dul olanların TSOY-32 toplam puan ortalaması evli olanlardan yüksekti ($p=0,014$). Eğitim durumlarına göre “ortaokul ve altı” eğitim almış kişiler “lise veya dengi” eğitim almış kişilerden ($p=0,003$) ve “yükseköğretim veya üzeri” eğitim almış kişilerden ($p<0,001$) daha düşük TSOY-32 toplam puanına sahipti.

Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutuna göre 46-64 yaş grubunun puan ortalaması, 20-29 yaş grubu ($p=0,000$) ve 30-45 yaş grubu ($p=0,033$) puan ortalamalarından düşüktü. Bekâr/dul olanların puan ortalaması evli olanlara göre daha yüksekti ($p=0,010$). Eğitim durumlarına göre “ortaokul ve altı” eğitim almış kişiler “lise veya dengi” eğitim almış kişilerden ($p=0,003$) ve “yükseköğretim veya üzeri” eğitim almış kişilerden ($p<0,001$) daha düşük puan ortalamasına sahipti.

Tedavi ve Hizmet alt boyutuna göre 46-64 yaş grubunun puan ortalaması 20-29 yaş grubu ($p<0,001$) ve 30-45 yaş grubu ($p<0,001$) puan ortalamalarından düşüktü. Tedavi ve Hizmet puan ortalamasına göre bekâr/dul olanların puan ortalaması evli olanların puan ortalamasından yüksekti ($p=0,041$). Eğitim durumlarına göre “ortaokul ve altı” eğitim almış kişiler “lise veya dengi” eğitim almış kişilerden ($p=0,010$) ve “yükseköğretim veya üzeri” eğitim almış kişilerden ($p<0,001$) daha düşük puan ortalamasına sahipti.

Tablo 4. 9. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	TSOY-32 Toplam Puan		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*
Yaş						
1.20-29	34,6±9,1	<0,001	34,8±10,3	0,001	36,3±8,8	<0,001
2.30-45	34,6±8,7		32,9±10,2		36,3±8,6	
3.46-64	30,6±9,2		29,6±10,2		31,5±9,4	
Post Hoc Test**	1>3 p<0,001 2>3 p=0,001		1>3 p<0,001 2>3 p=0,033		1>3 p<0,001 2>3 p<0,001	
Cinsiyet						
Kadın	34,0±9,3	0,620	32,7±10,4	0,906	35,3±9,2	0,389
Erkek	33,5±9,0		32,6±10,3		34,5±9,1	
Medeni Durum						
Bekâr / Dul	35,7±8,9	0,014	34,8±10,3	0,010	36,5±8,6	0,041
Evli	33,1±9,2		31,8±10,3		34,4±9,3	
Eğitim Durumu						
1.Ortaokul ve altı	30,1±9,9	<0,001	29,1±10,9	<0,001	31,2±10,1	<0,001
2.Lise veya dengi	34,3±8,6		33,7±9,2		34,8±8,8	
3.Yükseköğretim ve üzeri	35,6±8,5		34,0±10,2		37,2±8,1	
Post Hoc Test**	2>1 p=0,003 3>1 p<0,001		2>1 p=0,003 3>1 p<0,001		2>1 p=0,010 3>1 p<0,001	
Çalışma Durumu						
1.Ev hanımı	32,3±9,7	0,091	30,9±10,7	0,077	33,8±9,8	0,150
2.Öğrenci	35,7±8,8		35,1±9,8		36,4±8,5	
3.Düzenli gelir getiren iş	34,6±8,6		33,2±9,9		35,9±8,6	
4.Düzensiz gelirli iş / Emekli / İşsiz	33,5±9,7		32,9±10,7		34,1±9,2	
Gelir Durumu						
Asgari ücretin altı	32,4±9,7	0,363	32,1±10,7	0,487	33,6±9,9	0,150
Asgari ücret	34,6±10,9		33,9±12,0		35,3±10,8	
Asgari ücretin üstü	34,1±8,2		32,5±9,6		35,7±8,0	

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi , **Bonferroni testi

Tablo 4. 10’da katılımcıların TSOY-32 toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının sağlık özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Buna göre sağlık güvencesi durumu, sağlıkla ilgili bilgi kaynağı ve kronik hastalık durumu değişkenlerinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Genel sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendirenlerin puan ortalamaları orta ve kötü olarak değerlendirenlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$). Sağlıkla ilgili bilgi kaynağını aile bireyleri/komşu olarak belirtenlerin TSOY-32 toplam puan ortalaması diğer hekimler olarak belirtenlere göre daha düşüktü ($p=0,007$). Tedavi ve Hizmet puan ortalamalarına bakıldığında sağlıkla ilgili bilgi kaynağını aile bireyleri/komşu olarak belirtenler aile hekimi olarak belirtenlere göre ($p=0,037$) ve diğer hekimler olarak belirtenlere göre ($p<0,001$) daha düşük puan ortalamasına sahipti. Kronik hastalığı olanlarda “Tedavi ve Hizmet puan ortalaması” kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşüktü ($p=0,024$).

Tablo 4. 10. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı

	TSOY-32 Toplam Puan		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*
Sağlık Güvencesi						
Var	34,0±9,1	0,136	32,9±10,3	0,177	35,2±9,1	0,143
Yok	31,7±9,7		30,5±10,7		32,9±9,7	
Genel Sağlık Durumu						
1.Çok İyi	37,2±8,9	<0,001	36,1±10,6	<0,001	38,3±8,5	<0,001
2.İyi	35,6±8,5		34,4±10,2		36,8±7,9	
3.Orta	30,8±8,6		29,6±9,0		31,9±9,4	
4.Kötü	26,6±11,2		25,6±11,8		27,5±11,7	
Post Hoc Test**	1>3 p<0,001		1>3 p=0,001		1>3 p<0,001	
	1>4 p<0,001		1>4 p=0,001		1>4 p<0,001	
	2>3 p<0,001		2>3 p<0,001		2>3 p<0,001	
	2>4 p<0,001		2>4 p=0,001		2>4 p<0,001	
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı						
1.Aile Hekimi	32,6±9,4	0,007	31,6±10,9	0,232	33,6±9,1	<0,001
2.Diğer Hekimler	35,2±8,5		33,7±9,9		36,8±8,4	
3.Diğer Sağlık Çalışanları	32,7±11,2		33,4±11,2		32,1±11,4	
4.Aile bireyleri / Komşu	27,2±9,5		28,4±8,6		26,1±10,7	
5.İnternet / TV Programları	33,5±9,6		32,2±11,2		34,9±8,6	
Post Hoc Test**	2>4 p=0,022				1>4 p=0,037	
					2>1 p=0,015	
					2>4 p<0,001	
Kronik Hastalık Durumu						
Var	32,3±9,61	0,108	31,7±9,7	0,393	32,8±10,4	0,024
Yok	34,2±9,1		32,9±10,5		35,5±8,8	

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi, **Bonferroni testi

Katılımcıların GETAT başvuru özelliklerine göre TSOY-32 toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4. 11).

Tablo 4. 11. TSOY-32 Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının GETAT Başvuru Özelliklerine Göre Dağılımı

	TSOY-32 Toplam Puan		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*	Ort±Ss	p*
Başvuru Durumu						
Evet	34,3±9,5	0,626	33,6±9,8	0,401	35,0±10,0	0,978
Hayır	33,7±9,1		32,4±10,5		34,9±8,9	
Başvuru Nedeni						
Hekim tarafından yönlendirildim	35,5±12,2	0,712	34,8±11,6	0,639	36,1±13,0	0,721
Gördüğüm tedavinin başarısız olması	31,8±6,6		28,1±7,4		35,4±5,9	
GETAT ile tedavi olanların tavsiyesi	33,9±8,9		32,8±9,7		34,9±9,6	
Sağlıklı halimi korumak	37,1±10,5		36,8±11,0		37,4±10,4	
Diğer nedenler	32,1±8,4		32,3±8,0		31,9±9,2	
Tedavi hekim tarafından mı uygulandı?						
Evet	34,9±10,7	0,781	34,3±10,7	0,728	35,4±11,2	0,851
Hayır	34,1±9,2		33,3±9,6		34,9±9,8	

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi

Katılımcıların GETAT Tutum Ölçeğine verdikleri yanıtların toplam puan ortalaması $105,09 \pm 31,41$ 'di. Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 4. 12'de verilmektedir.

Tablo 4. 12. GETAT Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Ort±Ss	Min	Maks
GETAT Tutum Puanı	105,09±31,41	27	189
Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış	29,36±10,82	8	56
Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik	35,72±10,73	10	70
Sağlığa Bütüncül Bakış	40,01±13,74	9	63

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma, Min: Minimum değer, Maks: Maksimum değer

Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre GETAT Tutum ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4. 13'te verilmektedir. Asgari ücretin altında geliri olan kişilerin GETAT Tutum puanı ve Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik puan ortalaması asgari ücretli kişilere göre daha yüksekti ($p=0,049$; $p=0,014$).

Tablo 4. 13. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	GETAT Tutum Puanı		Tanımlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış		Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik		Sağlığa Bütüncül Bakış	
	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*
Yaş								
20-29	106,5±30,9	0,716	29,6±10,9	0,922	35,8±10,2	0,931	41,1±13,3	0,401
30-45	103,5±32,9		29,1±10,8		35,5±11,1		38,9±14,0	
46-64	105,5±30,0		29,3±10,8		36,0±10,8		40,2±13,8	
Cinsiyet								
Kadın	106,4±28,6	0,367	29,7±9,9	0,460	35,8±9,6	0,818	40,8±13,4	0,180
Erkek	103,3±34,8		28,9±11,9		35,6±12,2		38,9±14,1	
Medeni Durum								
Bekâr / Dul	105,7±33,6	0,806	29,5±11,8	0,873	35,9±11,3	0,867	40,3±14,4	0,760
Evli	104,8±30,6		29,3±10,4		35,7±10,5		39,9±13,5	
Eğitim Durumu								
Ortaokul ve altı	105,5±31,9	0,914	30,1±11,1	0,690	35,8±11,1	0,759	39,5±14,0	0,842
Lise veya dengi	105,9±29,4		29,0±10,2		36,3±10,5		40,6±13,2	
Yükseköğretim ve üzeri	104,4±32,3		29,1±11,0		35,3±10,7		39,9±13,9	
Çalışma Durumu								
Ev hanımı	108,4±28,1	0,392	30,8±9,8	0,300	36,7±9,8	0,524	40,8±13,5	0,490
Öğrenci	106,2±31,1		28,8±11,2		35,6±9,9		41,7±13,9	
Düzenli gelir getiren iş	102,0±33,8		28,4±11,2		34,8±11,7		38,8±13,8	
Düzensiz gelirli / Emekli / İşsiz	105,0±32,1		29,0±11,8		35,9±10,6		40,0±13,9	
Aylık Gelir Durumu								
1. Asgari ü. altı	111,1±27,5	0,023	30,9±10,6	0,145	37,5±9,5	0,009	42,6±12,0	0,051
2. Asgari ücret	98,4±36,5		27,9±11,3		32,5±12,2		38,0±15,8	
3. Asgari ü. üstü	103,8±31,3		28,9±10,6		35,7±10,7		39,1±13,7	
Post Hoc Test**	1>2 p=0,049				1>2 p=0,014			

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi , ** Tamhane's T2 testi

GETAT Tutum Ölçeği puan ortalamalarının katılımcıların bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4. 14’de verilmektedir. Buna göre katılımcıların sağlık özellikleriyle GETAT Tutum ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4. 14. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı

	GETAT Tutum Puanı		Tamamlayıcı Tıbbi Düşünel Bakış		Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik		Sağlığa Bütüncül Bakış	
	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*
Sağlık Güvencesi								
Var	104,4±30,9	0,231	29,0±10,6	0,121	35,6±10,6	0,627	39,7±13,7	0,255
Yok	110,9±34,9		31,9±12,1		36,5±12,3		42,4±14,4	
Genel Sağlık Durumu								
Çok İyi	108,0±33,5	0,696	30,1±11,9	0,461	36,6±11,5	0,899	41,4±14,2	0,474
İyi	105,6±31,6		29,4±11,0		35,5±10,4		40,7±14,0	
Orta	104,3±29,9		29,7±9,9		35,9±10,9		38,7±12,8	
Kötü	98,3±34,1		25,7±11,4		34,6±11,7		38,0±15,0	
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı								
Aile Hekimi	107,3±31,7	0,376	30,9±10,9	0,098	35,7±10,7	0,596	40,7±13,8	0,509
Diğer Hekimler	105,0±29,8		28,8±10,6		35,9±10,4		40,3±13,3	
Diğer Sağlık Çalışanları	100,9±40,5		26,4±12,7		36,6±13,0		37,9±17,0	
Aile bireyleri / Komşu	89,5±29,9		23,9±7,9		30,9±10,3		34,6±14,9	
İnternet / TV Programları	103,5±36,5		29,7±10,6		35,9±12,6		37,9±14,3	
Kronik Hastalık Durumu								
Var	103,9±31,6	0,736	28,1±10,9	0,278	35,7±11,3	0,968	40,2±13,3	0,909
Yok	105,3±31,4		29,6±10,8		35,7±10,6		39,9±13,9	

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi

Katılımcıların GETAT başvuru özelliklerine göre GETAT Tutum, Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalamaları Tablo 4. 15’de verilmektedir. GETAT yöntemine başvuranların GETAT tutum puan ortalaması GETAT yöntemine başvuramamış olanlara göre yüksek bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılmayanların Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalaması, GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılanlara göre yüksekti ($p<0,05$).

Tablo 4. 15. GETAT Tutum Ölçek Puanlarının GETAT Başvuru Özelliklerine Göre Dağılımı

	GETAT Tutum Puanı		Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış		Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik		Sağlığa Bütüncül Bakış	
	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*	Ort ± Ss	p*
Başvuru Durumu								
Evet	106,6±34,9	0,661	31,4±11,5	0,086	35,5±11,1	0,830	39,7±14,3	0,857
Hayır	104,8±30,6		28,9±10,6		35,8±10,6		40,1±13,6	
Başvuru Nedeni								
Hekim tarafından yönlendirildim	89,9±48,2	0,437	27,0±14,8	0,519	29,6±15,9	0,467	33,3±19,3	0,421
Gördüğüm tedavinin başarısız olması	90,0±35,3		26,5±13,4		33,0±9,9		30,5±12,0	
GETAT yöntemiyle tedavi olanların tavsiyesi	112,7±34,4		33,6±11,1		36,7±10,9		42,3±14,3	
Sağlıklı halimi korumak	109,8±30,2		31,7±10,2		37,4±8,2		40,6±13,5	
Diğer nedenler	104,3±29,3		29,8±10,9		35,4±11,1		39,1±10,5	
Tedavi hekim tarafından mı uygulandı?								
Evet	91,4±43,2	0,090	27,4±13,5	0,103	31,3±14,8	0,169	32,6±16,0	0,018
Hayır	111,4±30,8		32,6±10,6		36,8±9,6		42,0±13,0	

Ort: Ortalama, Ss: Standart sapma

*Bağımsız örneklem t testi / Tek yönlü ANOVA testi

Tablo 4. 16’da katılımcıların TSOY-32 toplam puan ve GETAT Tutum puanlarının bazı değişkenlerle korelasyonu verilmektedir. Buna göre yaş değişkeni ile TSOY-32 toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki vardı ($p<0,001$). Eğitim durumu ile TSOY-32 toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardı ($p<0,001$). Sağlık durumu ile TSOY-32 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardı ($p<0,001$). Kişilerin kendi sağlık durumuyla ilgili değerlendirmeleri “çok iyi” den “kötü” ye doğru gittikçe TSOY-32 toplam puanları zayıf bir ilişki ile azalmaktaydı ($r = -0,320$).

Katılımcıların GETAT Tutum puanı ile yaş, eğitim durumu, gelir durumu ve sağlık durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p<0,05$).

Tablo 4. 16. TSOY-32 Toplam Puanının ve GETAT Tutum Puanının Bazı Değişkenlerle Korelasyonu

	TSOY-32		GETAT	
	r	p	r	P
Yaş	-0,201	<0,001*	-0,007	0,889
Eğitim durumu	0,218	<0,001**	-0,006	0,905
Gelir durumu	0,037	0,475**	-0,072	0,160
Sağlık durumu	-0,320	<0,001**	-0,072	0,157

*Pearson korelasyon analizi, **Spearman korelasyon analizi

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları ile GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4. 17).

Tablo 4. 17. TSOY-32 Toplam Puanı ve GETAT Tutum Puanı Arasındaki İlişki

	TSOY-32 Toplam Puanı		Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi		Tedavi ve Hizmet	
	r	p*	r	p*	r	p*
GETAT Tutum Puanı	0,035	0,491	0,021	0,688	0,047	0,354
Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış	0,021	0,686	0,006	0,908	0,035	0,495
Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik	-0,014	0,780	-0,013	0,797	-0,014	0,787
Sağlığa Bütüncül Bakış	0,075	0,140	0,053	0,304	0,092	0,073

*Pearson korelasyon analizi

Katılımcıların sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi Tablo 4. 18' de verilmektedir. Yaş gruplarına bakıldığında 30-45 yaş grubunda bulunmak 46-64 yaş grubunda bulunmaya göre sağlık okuryazarlığı düzeyini 1,9 kat artırmıştı (%95 GA=1,1-3,4; $p<0,05$). Genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlere göre çok iyi olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi 6,9 kat (%95 GA=1,9-25,8; $p<0,05$), iyi olarak değerlendirenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi 4,7 kat (%95 GA=1,5-15,0; $p<0,05$) fazlaydı. Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı diğer hekimler olanların aile bireyleri/komşu olanlara göre sağlık okuryazarlığı düzeyi 7,6 kat fazlaydı (%95 GA=1,5-37,8; $p<0,05$).



Tablo 4. 18. Lojistik Regresyon Analizine Göre Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kategori	OR (%95 GA)	p
Yaş		
46-64	1	
20-29	1,5 (0,8-2,9)	0,223
30-45	1,9 (1,1-3,4)	0,020
Medeni Durum		
Evli	1	
Bekâr / Dul	1,6 (0,9-2,9)	0,114
Eğitim Durumu		
Ortaokul ve altı	1	
Lise veya dengi okul	1,8 (1,0-3,4)	0,053
Yükseköğretim ve üzeri	1,4 (0,8-2,5)	0,246
Genel Sağlık Durumu		
Kötü	1	
Çok İyi	6,9 (1,9-25,8)	0,004
İyi	4,7 (1,5-15,0)	0,009
Orta	2,3 (0,7-7,4)	0,162
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağı		
Aile bireyleri / Komşu	1	
Aile Hekimi	4,4 (0,9-22,0)	0,072
Diğer Hekimler	7,6 (1,5-37,8)	0,014
Diğer Sağlık Çalışanları	5,6 (0,8-39,6)	0,081
İnternet / TV Programları	5,1 (0,8-31,5)	0,079

OR: Odds Ratio, GA: Güven aralığı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Sivas İli Merkez ASM'lerde 20-64 yaş grubundaki yetişkinlerin SOY düzeylerini ve GETAT tutumlarıyla ilişkisini araştırmıştır (n=384). Katılımcıların yaş ortalaması $37,51 \pm 11,98$ yıldır. Katılımcıların %33,1'i 20-29 yaş grubunda (n=127), %39,3'ü 30-45 yaş grubunda (n=151), %27,6'sı 46-64 yaş grubundaydı (n=106).

Kişilerin SOY düzeylerini ölçmek için yapılan bazı araştırmalarda katılımcıların yaş ortalaması, mevcut çalışmadaki yaş ortalamasına benzer bulunmuştur (40, 59, 61, 142-146). İran'da 18-65 yaş aralığındaki yetişkinlerin SOY düzeylerini ölçmek için 2016 yılında nüfus tabanlı bir çalışma yürütülmüştür ve katılımcıların (n=20.572) yaş ortalaması $34,92 \pm 11,80$ yıl olarak bulunmuştur (61). Benzer bir çalışma Türkiye'de 2018 yılında yapılmıştır ve katılımcıların (n=6.228) %21,9'u 25-34 yaş grubunda ve %21,4'ü 35-44 yaş grubundadır (2). Akdeniz Bölgesi'nde sosyoekonomik düzeyi düşük bir yerleşim yerindeki ASM'de yapılan çalışma, mevcut çalışmadan farklı olarak 45-64 yaş bireylerde yapılmıştır ve yaş ortancası 54 olarak tespit edilmiştir (147). Yapılan çalışmalardan bazılarında 65 yaş üstü bireyler çalışmaya dahil edildiğinden katılımcıların yaş ortalaması mevcut çalışmadakinden daha yüksek bulunmuştur (39, 51, 60, 148-150).

Mevcut çalışmada katılımcıların %57,8'i kadındır. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların çoğu kadındır (40, 51, 59-61, 143, 144, 146, 148-152). Ağrı İli Merkez ASM'lerde SOY düzeylerini tespit etmeye ilişkin yapılan çalışmada mevcut çalışmadan farklı olarak katılımcıların %53,3'ü erkekti (142). Mermer fabrika işçilerinde yapılan SOY çalışmasında katılımcıların çoğunluğu erkekti (145). Akdeniz Bölgesi'ndeki ASM'de yapılan SOY çalışmasında katılımcıların tamamına yakını kadındır (147).

Mevcut çalışmada katılımcıların %72,1'i evliydi. Yapılan diğer çalışmalarda da katılımcıların çoğu evli / yalnız değil olarak belirlenmiştir (39, 60, 142, 143, 145-147). ABD'nin Florida kentindeki bir acil serviste tedaviye başvuran kişilerin SOY düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %32'sinin evli %68'inin evli olmadığı bulunmuştur (59).

Yapılan bu çalışmaya göre katılımcıların eğitim durumları %26,3 ortaokul ve altı, %26,3 lise ve dengi, %47,4 yükseköğretim ve üzeriydi. Yapılan diğer çalışmalarda

katılımcıların eğitim düzeyleri bu çalışmadan farklı olarak daha düşük bulunmuştur (40, 142, 143, 145-147, 149, 152). Bununla birlikte, yükseköğretim ve üzeri eğitim almış katılımcı sayısı yüksek bulunan araştırmalar da yapılmıştır (39, 144, 146).

Bu çalışmaya göre katılımcıların %40,6'sı düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor, %33,9'u ev hanımıydı. Benzer çalışmalarda katılımcıların %38'i, %47,83'ü ve %59,8'i düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor bulunmuştur (51, 59, 142). Diğer bir çalışmada katılımcıların %36,2'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (143). Mevcut çalışmada katılımcıların %52,6'sı asgari ücretin üstünde bir gelire sahipken diğer çalışmalarda katılımcıların çoğu geliri giderine denk veya orta gelirli olarak bulunmuştur (142, 143, 146).

Mevcut çalışmada katılımcıların %90,1'inin bir sağlık güvencesi vardı. Benzer çalışmalarda katılımcıların %87,9'unun ve %90,8'inin sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur (40, 143). Diğer bir çalışmada sağlık güvencesi olan katılımcı sayısı oldukça düşük bulunmuştur (142). Mevcut çalışmada iki kişiden biri sağlığını "iyi" olarak değerlendirmişti. Benzer çalışmalarda katılımcıların çoğu sağlığını "iyi" olarak değerlendirmiştir (59, 145, 146). Yine bu çalışmada katılımcıların %50'si sağlık bilgisini aile hekimi dışındaki diğer hekimlerden elde ettiğini belirtti. Bir çalışmada sağlık bilgisi kaynağı %34,0 doktor-diğer sağlık çalışanları ve %30,6 internet olarak bulunmuştur (146). Türkiye SOY araştırmasında kişilerin sağlık bilgisi kaynağı %72 aile hekimi olarak bulunmuştur (2). Mevcut çalışmada katılımcıların %80,7'sinin bir kronik hastalığı yoktu. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde kronik hastalığı olmayan katılımcı sayısı yüksek bulunmuştur (142, 146). Poliklinikte yürütüldüğü için bir çalışmada katılımcıların kronik hastalık oranı yüksek bulunmuştur (152).

Mevcut çalışmada TSOY-32 Ölçeği toplam puan ortalaması $33,81 \pm 9,19$ 'du. Ölçek alt boyutlarından Tedavi ve Hizmet puan ortalaması $34,98 \pm 9,15$ olarak; Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi puan ortalaması $32,64 \pm 10,38$ olarak bulundu. Bir mermer fabrikasında yapılan SOY araştırmasında katılımcıların TSOY-32 ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları mevcut çalışmayla benzer bulunmuştur (145). İtalya'daki SOY çalışmasında TSOY-32 puan ortalaması $31,6 \pm 7,15$ olarak bulunmuştur (148).

Yapılan bu çalışmadaki katılımcıların % 16,2'si yetersiz sağlık okuryazarlığı, %29,4'ü sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, %35,4'ü yeterli sağlık okuryazarlığı ve

%19,0'ı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi. Buna göre katılımcıların %45,6'sının sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde değildi. 2018 yılında yapılan Türkiye SOY araştırmasında Orta Anadolu Bölgesi kapsamındaki katılımcıların %56,6'sının yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı tespit edilmiştir (2). Orta Anadolu bölgesine yakın yerleşimlerde yapılan diğer çalışmalarda katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri mevcut çalışmadan oldukça düşük bulunmuştur ve katılımcıların %75'den fazlasının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli seviyede olmadığı tespit edilmiştir (142, 143, 146, 151). Dahiliye polikliniğine başvuranlarda yürütülen çalışmalardan birinde katılımcıların %60,3'ünün, diğerinde %63,7'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmadığı bulunmuştur (144, 152). AB üye ülkelerinden sekizini içeren (Almanya, Avusturya, Hollanda, İspanya, İrlanda, Bulgaristan, Yunanistan ve Polonya) SOY çalışması kapsamında sağlık okuryazarlığı seviyelerine bakıldığında katılımcıların yaklaşık yarısının yeterli seviyede olmadığı tespit edilmiştir (6). ABD'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %33'ünün sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulunmuştur (59). Almanya SOY çalışmasında gençlerin %47,2'sinin, orta yaşlıların %55,2'sinin ve yaşlıların %66,4'ünün sağlık okuryazarlığı sınırlı seviyede bulunmuştur (149). İran'daki SOY çalışmasında katılımcıların %44'ünün sağlık okuryazarlığı sınırlı seviyede bulunmuştur (61). Britanya'daki çalışmada katılımcıların %19,4'ünün sağlık bilgilerini anlamakta zorluk çektiği ve %23,2'sinin sağlık hizmeti verenlerle anlaşmakta zorluk çektiği bulunmuştur (60). Diğer bir çalışmada katılımcıların %10,4'ünün sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama basamaklarının tümünde zorluk çektiği bulunmuştur (39).

Mevcut çalışmada 46-64 yaş grubunun TSOY-32 puan ortalaması $30,6 \pm 9,2$ olarak bulundu. Bir ASM'de 45-64 yaş aralığındaki kişilerde yapılan çalışmada katılımcıların TSOY-32 puan ortalamasının $28,81 \pm 6,57$ olduğu ve %76'sının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli seviyede olmadığı bulunmuştur (147).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında TSOY-32 ölçeği ve alt boyutların puan ortalaması 46-64 yaş grubunda en düşüktü. Nitekim yaş ile sağlık okuryazarlığı seviyeleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulundu. Yapılan benzer çalışmalarda ileri yaşlardaki katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin diğerlerine göre düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir (2, 6, 61, 145, 148-150).

Mevcut çalışmada TSOY-32 Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamasına cinsiyetin bir etkisi olmadığı bulundu. Benzer çalışmaların çoğunda erkeklerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (2, 146, 147, 152). Bununla birlikte bazı çalışmalarda kadınların sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha yüksek bulunmuştur (39, 40, 150).

Bu çalışmadaki katılımcılardan evli olanlarda bekâr/dul olanlara göre daha düşük TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamaları olduğu bulundu. Bu bulguyu destekler nitelikte bir çalışma yapılmıştır (146).

Yine bu çalışmada eğitim seviyesi en düşük olan ortaokul ve altı eğitim almış olan grupta TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derece düşük olduğu bulundu. Ayrıca kişilerin eğitim seviyesiyle sağlık okuryazarlığı seviyeleri arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edildi. Benzer çalışmaların çoğunda düşük eğitim seviyesinin düşük SOY düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (2, 6, 39, 51, 60, 61, 142, 144-148, 152). Bireylerin SOY düzeyleri arasındaki eşitsizliklerin araştırıldığı bir çalışmada fark oluşturan en büyük değişkenin eğitim olduğu bulunmuştur (150).

SOY ile ilgili yapılan çalışmaların bir kısmında kişilerin çalışma durumu ve gelir durumlarına göre farklı SOY düzeyleri bulunmuş olmasına karşın mevcut çalışmada bir farklılık tespit edilmedi (6, 60, 144, 147, 148).

Mevcut çalışmada sağlık durumunu “iyi” ve “çok iyi” olarak değerlendiren kişilerin TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Bununla beraber katılımcıların sağlık durumu değerlendirmesiyle SOY seviyeleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulundu. TSOY-32 toplam puan ortalaması sağlık durumu “kötü” olanlara göre “çok iyi” olanlarda 6,9 kat fazla “iyi” olanlardaysa 4,7 kat fazla bulundu. Nitekim bazı çalışmalarda sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin daha yüksek SOY seviyelerine sahip olduğu bulunmuştur (145, 147). Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgi kaynağı edinme yollarına bakıldığında aile bireyleri/komşu olanların SOY seviyeleri diğerlerine göre daha düşüktü. Bununla birlikte kronik hastalığı olan katılımcılarda Tedavi ve Hizmet puanı düşüktü. Benzer bir çalışmada kronik hastalığı olanların %28’inin yetersiz SOY düzeyinde olduğu bulunurken kronik hastalığı olmayanların %14,9’unun yetersiz SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (152).

Mevcut çalışmada, katılımcıların %18,2'sinin son beş yılda herhangi bir GETAT yöntemine başvurduğu tespit edildi. Benzer çalışmalarda, GETAT yöntemine başvurma durumu zaman kısıtlaması yapılmaksızın sorgulanmış olduğundan GETAT kullanan katılımcıların yüzdesi %28,9, %29,6 ve %37,1 olarak mevcut çalışmaya göre daha yüksek tespit edilmiştir (132, 153, 154). Yine kronik hastalığı bulunan kişilerde yapılan bazı çalışmalarda GETAT kullanım sıklığı mevcut çalışmaya göre daha fazla bulunmuştur. Hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada katılımcıların %79,8'inin, dahiliye polikliniğinde yürütülen başka bir çalışmada %56,5'inin GETAT kullanımı olduğu belirtilmiştir (133, 155).

Son yıllarda dünya çapında GETAT kullanım sıklığını araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan Malezya'da yapılan bir çalışmada GETAT kullanım sıklığı %19,3 olarak belirtilmiştir (153). Aralarında Almanya, ABD, Çin, Japonya, Rusya ve Birleşik Arap Emirlikleri'nin de bulunduğu dokuz ülkeyi kapsayan araştırmada iki kişiden birinin herhangi bir GETAT yöntemi kullanmış olduğu tespit edilmiştir (156). Katılımcıların 12 aylık bir süre içerisinde GETAT kullanımını değerlendiren ve 32 ülke kapsamında yetişkin bireylerde yürütülen çalışmada, GETAT kullanım sıklığı %26,4 olarak bulunmuştur (157).

Mevcut çalışmada, GETAT yöntemi kullanmış olanların %44,3'ünün daha önce GETAT yöntemiyle tedavi olanların tavsiyesi üzerine GETAT'a başvurduğu bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda ise akraba/arkadaş tavsiyesi, GETAT yöntemlerinin doğal olması ve mevcut tıbbi yöntemlerle tedavi olamamış olması sebepleriyle kişilerin GETAT'a başvurduğu belirtilmiştir (130-132).

GETAT tedavi yönteminin katılımcılara kim tarafından uygulandığına bakıldığında; yapılan bu çalışmaya göre GETAT kullananların %24,3'ünün tedavisinin hekim tarafından yapıldığı, geriye kalan büyük çoğunluğun tedavisinin hekim dışı kişiler tarafından yapıldığı tespit edildi. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların kullandığı GETAT yöntemlerinin çoğu hekim tarafından uygulanmamıştır (132, 134).

Mevcut çalışmada en çok tercih edilen GETAT yöntemleri sırasıyla; kupa tedavisi, sülük uygulama ve fitoterapidir. Mevcut çalışmadakiyle benzer şekilde Türkiye'de yapılan çalışmaların çoğuna göre en çok tercih edilen GETAT yöntemleri kupa tedavisi (hacamat) ve sülük uygulama olarak tespit edilmiştir (130, 132, 134, 154,

158). Dini inanışlar ve geleneksel/kültürel yapıdan kaynaklı bu yöntemlerin daha çok biliniyor ve kolay uygulanıyor oluşu, bu yöntemlerin tercih edilmesinde etkili olabilir. Dünya çapında yaygın bir kullanımı olan fitoterapi; Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda en çok tercih edilen yöntem olarak bulunmuş ve mevcut çalışmada da 15 yöntem arasında en çok tercih edilen ilk üçte yer almıştır (130, 133, 156, 159).

Yapılan bazı çalışmalarda 30 yaş üstü kişilerde ve kadınlarda GETAT kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiş olmasına karşın mevcut çalışmada bu yönde bulgular olmasıyla birlikte anlamlı düzeyde fark tespit edilmedi (130, 131). Bu durum, fark bulunan çalışmalara kıyasla mevcut çalışmanın daha küçük örneklem hacmine sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların GETAT Tutum Puanı $105,09 \pm 31,41$ olarak bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde orta düzeyde bir tutum puanı tespit edilmiştir (132, 136, 155, 160). Mevcut çalışmada, gelir durumu dışındaki hiçbir sosyodemografik özelliğe göre ölçek puanları arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Gelir durumuna göre; asgari ücretin altında geliri olan kişilerin GETAT Tutum Puanı ve Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik Puanı daha yüksek bulundu.

Dünya çapında GETAT kullanımıyla ilgili yapılan araştırmalarda; kadın cinsiyet, orta yaş, sağlık sigortasına sahip olmama ve gerektiğinde tıbbi tedaviyi ödeyememe durumlarının bireylerin GETAT tutumlarını olumlu etkileyebildiği bildirilmiştir (156, 157). Yine bazı çalışmalarda 30 yaş üstü, evli ve kronik hastalığı olan bireylerde GETAT Tutum Puanı daha yüksek bulunmuştur (132, 160). Gençlerde yapılan bir çalışmada; erkeklerin Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik Puanı daha yüksek, Sağlığa Bütüncül Bakış Puanı ise daha düşük bulunmuştur (136).

Mevcut çalışmada GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılmayanların Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalaması, GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılanlara göre daha yüksek bulundu.

Mevcut çalışmada TSOY-32 ölçek toplam puanı ve alt boyutları ile GETAT Tutum ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Türkiye’de yapılan bir araştırmada katılımcıların YSOÖ ile sağlık okuryazarlığı ölçülmüş ve GETAT Tutum puanları ile negatif yönlü zayıf düzeyde bir

ilişki bulunmuştur (159). Tıp fakültesi öğrencilerinde yürütülen bir çalışmada ise sağlık okuryazarlığı ile GETAT tutumu arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır (161). ABD’de sağlık okuryazarlığı ile GETAT kullanımı ilişkisini araştıran bir çalışmada sadece ırksal farklılıklar bulunmuş ve bazı toplumlarda SOY düzeylerinin GETAT kullanımını etkileyebildiği belirtilmiştir (14). Çalışmalardaki bu farklılıklar sosyokültürel nedenler ve yaşa bağlı olabilir (14, 157).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Sivas il merkezindeki 15 ASM biriminde kayıtlı olan 20-64 yaş 384 kişiyle 01.04.2023-01.02.2024 tarihleri arasında yürütüldü.

- Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $37,51 \pm 11,98$ yılıdır.
- Katılımcıların %57,8'i kadındı ve %72,1'i evliydi.
- Katılımcıların %47,4'ü yükseköğretim ve üzeri eğitim almıştı, %40,6'sı düzenli gelir getiren bir işte çalışıyordu ve %52,6'sının geliri asgari ücretin üstündeydi.
- Katılımcıların %90,1'i herhangi bir sağlık güvencesine sahipti ve %50'sinin sağlıkla ilgili bilgi kaynağı aile hekimi dışındaki diğer hekimlerdi.
- Kişilerin kendi genel sağlık durumlarını değerlendirmesine göre %51,3'ünün sağlık düzeyi iyiydi ve %80,7'sinin kronik hastalığı yoktu.
- Son 5 yılda herhangi bir GETAT yöntemine başvuran kişi sayısı 70 (%18,2)'ti. Birden fazla uygulama kullanan kişi sayısı ise 28'di.
- GETAT yöntemine başvuranların %75,7'sinin tedavisi hekim dışı başka kişilerce yapılmıştı ve %44,3'ü GETAT yöntemiyle tedavi olanların tavsiyesiyle başvurduğunu belirtti.
- GETAT yöntemine başvuranların en çok tercih ettiği uygulamalar; kupa tedavisi (%80,0), hirudoterapi (%32,8) ve fitoterapi (%20,0) yöntemleriydi.
- GETAT yöntemine başvuranların %67,1'i kadın, %72,9'u evli ve %41,4'ü ev hanımıydı.
- Çalışmaya katılan kişilerin TSOY-32 toplam puan ortalaması $33,81 \pm 9,19$, Tedavi ve Hizmet puan ortalaması $34,98 \pm 9,15$ ve Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi puan ortalaması $32,64 \pm 10,38$ 'di.
- Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri; % 16,2'sinin yetersiz, %29,4'ünün sorunlu-sınırlı, %35,4'ünün yeterli ve %19,0'ının mükemmel olarak ölçüldü.

- TSOY-32 toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları 46-64 yaş grubunda, evlilerde ve “ortaokul ve altı” eğitim almış kişilerde daha düşüktü.
- Genel sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak değerlendirenlerin TSOY-32 toplam ve alt boyut puan ortalamaları, orta ve kötü olarak değerlendirenlerinkinden daha yüksekti.
- Sağlıkla ilgili bilgi kaynağını aile bireyleri/komşu olarak belirtenlerin TSOY-32 toplam puan ile Tedavi ve Hizmet puan ortalamaları daha düşüktü.
- Kronik hastalığı olanların Tedavi ve Hizmet puan ortalaması daha düşüktü.
- TSOY-32 toplam puanı ile yaş arasında zayıf negatif ilişki; eğitim durumu arasında zayıf pozitif ilişki vardı.
- Kişilerin sağlık durumu çok kötüden çok iyiye doğru gittikçe sağlık okuryazarlığı seviyeleri de artmaktaydı.
- Lojistik regresyon analizine göre sağlık okuryazarlığını 30-45 yaş grubunda bulunmak 1,9 kat; genel sağlık durumunun iyi olması 4,7 kat; çok iyi olması 6,9 kat artırmaktaydı. Sağlıkla ilgili bilgi kaynağı diğer hekimler olanların aile bireyleri/komşu olanlara göre sağlık okuryazarlığı puanı 7,6 kat fazlaydı.
- Katılımcıların GETAT Tutum ölçeği toplam puan ortalaması $105,09 \pm 31,41$ ’di. Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış puan ortalaması $29,36 \pm 10,82$, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik puan ortalaması $35,72 \pm 10,73$ ve Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalaması $40,01 \pm 13,74$ ’tü.
- GETAT Tutum ve Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik puan ortalamaları asgari ücretin altı gelirli kişilerde daha yüksekti.
- Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalaması, GETAT tedavisi bir hekim tarafından yapılmayanlarda daha yüksekti.
- Bu araştırmaya katılan kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile GETAT başvuru durumları ve GETAT tutumları arasında bir ilişki yoktu.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ışığında verilebilecek öneriler şunlardır:

- Mevcut araştırmada nerdeyse iki kişiden birinin sağlık okuryazarlığı yetersiz seviyedeydi. Bilindiği üzere sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yeterli düzeyde olmayışı bir halk sağlığı sorunudur. Toplumda sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve farkındalık oluşturmak amacıyla kişilerin özelliklerine uygun çok yönlü eğitimler, seminerler ve programlar düzenlenebilir.
- Sağlık okuryazarlığı seviyeleri daha düşük bulunan ileri yaş ve eğitim seviyesi düşük kişilerde sağlık okuryazarlığı geliştirme çalışmalarına öncelik verilebilir. Okullarda sağlık okuryazarlığına dair eğitim programları hazırlanarak çocukluk dönemlerinden itibaren farkındalık oluşturulabilir.
- Hastaneye başvuru, acil tıbbi durumlarda neler yapılması gerektiği, verilen ilacı talimatlarına uygun kullanabilme ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi herkesi ilgilendiren konularda bilgi vermek amacıyla medya kullanımını artırılabilir. Böylece daha kısa sürede daha çok kişiye ulaşılabilir.
- Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmeti sunucu ile sağlık hizmetine başvuranın iletişiminde oldukça önemli olduğundan sağlık hizmeti sunanlara da ilgili eğitimler düzenlenebilir.
- Bu araştırmada kronik hastalığı olanların Tedavi ve Hizmet puanı düşük olarak tespit edildi. Bu puan kişinin kendisiyle ilgili hastalığın belirtilerini değerlendirmesi, tedaviye başvurması ve acil tıbbi bir durumda gerekeni yapması gibi becerilerde yeterlilik düzeyini göstermektedir. Kronik hastalık tespit edilen kişiler için düzenlenecek sağlık okuryazarlığı geliştirme çalışmalarında, Tedavi ve Hizmet alanına daha çok yer verilebilir.
- Bu araştırmada GETAT yöntemlerinin beş kişiden biri tarafından kullanılmakta olduğu, başvuru sebepleri ve uygulayıcılar yönünden incelendiğindeyse çoğunun sağlıklı sınırlar içerisinde yapılmadığı tespit edildi. GETAT tedavi yöntemleri ve sağlıklı sınırlar içerisinde

uygulanmasıyla ilgili eğitimler düzenlenerek bireyler GETAT hakkında bilinçlendirilebilir.

- GETAT uygulamaları mevcut sağlık sisteminde daha ulaşılabilir duruma getirilebilir ve sağlık sistemine dahil olmayan kişilerce yapılan uygulamalara yönelik denetlemeler artırılabilir.
- Bu çalışmada katılımcıların SOY düzeyleriyle GETAT tutumları arasında bir ilişki tespit edilmedi. Kişilerin GETAT tutumları ve GETAT uygulamaları hakkında doğru kararlar vermesini, sağlık okuryazarlığı düzeyleriyle ilişkisini inceleyen daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.



KAYNAKLAR

1. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public Health Literacy Defined. *Am J Prev Med*, 2009 May;36(5):446–51.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yayın No:1103, Ankara, 2018.
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012 Dec 25;12(1):80.
4. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2021; 42:159–73.
5. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(1):69–74.
6. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–8.
7. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017;27(2):80–6.
8. O'Connor B, Calabrese C, Cardeña E. Defining and describing complementary and alternative medicine. *Altern Ther Health Med*. 1998;3(2):49–57.
9. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem. *Ankara Med J*. 2015;15(2):102–5.
10. World Health Organization (WHO). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. *World Heal Organ*. 2013;1–76.
11. WHO. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine World Health Organization. 2000;1–73.

12. T.C. Resmi Gazete. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 27 Ekim 2014, Sayı:29158.
13. Şahan D, İlhan MN. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;4(3):12–9.
14. Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. BMC Complement Altern Med. 2011 Dec 30;11(1):138.
15. Weiss BD, Schwartzberg JG, Davis TC, Parker RM, Williams M V, Wang CC. Health Literacy A Manual for Clinicians. American Medical Association Foundation and American Medical Association, June 2006.
16. Sur E. Okuryazarlık Kavramı ve Türkiye’deki Okuryazarlık Araştırmaları Üzerine Bir İnceleme. Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Derg. 2022;4(2):445–67.
17. Pinheiro P. Conceptualizations of health literacy: past developments, current trends, and possible ways forward toward social practice. Heal Lit Res Pract. 2021 Apr 1;5(2):e91–5.
18. World Health Organization (WHO). Milestones in health promotion: statements from global conferences. WHO Press. 2009.
19. Callahan D. The WHO definition of “health.” Hast Cent Stud. 1973;1(3):77-87.
20. Kaplan M. Kültürel bir inşa süreci olarak sağlık: kavramsal ve tarihsel bir bakış. Dört Öge. 2016;10(10):11–8.
21. Aşıcı M. Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. Değerler Eğitimi Derg. 2009 Jun 1;7(17):9–26.
22. Dixon JP. The community responsibility for medical care. Am J Public Heal Nations Heal. 1959 Jan;49(1):76–81.
23. Eroğlu N, Oflaz NK. Türkiye’de yerleşik bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin genel sağlık harcamaları üzerindeki etkisi. Int J Financ Bank Stud. 2017;6(2):44–59.

24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep 1;15(3):259–67.
25. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, K. D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. 1th ed. Washington: National Academies Press. 2004.
26. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006 Aug;21(8):878–83.
27. Erkoç Y, Göçmen L, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. 2011.
28. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005 Jun 1;20(2):195–203.
29. Nutbeam D, McGill B. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int*. 2018;67:2072–8.
30. Aktaş C, Kızılhan G. Sağlık Okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg*. 2016;25(3):119–24.
31. Sarıyar S, Kılıç Fırat H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2019;6(2):126–31.
32. Davis TC, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*. 1991;23(6):433–5.
33. Westra BL, Weinfurter EF. Integrative Nursing and Health Literacy. Oxford University Press. 2014;445–56.
34. Sezgin D. Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Derg*. 2013;Özel Sayı(3):73–91.
35. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2016 Mar 15;10(1):40.
36. Coskun S, Bebis H. Psychometric evaluation of a Turkish version of the e-health literacy scale (e-heals) in adolescent. *Gulhane Med J*. 2015;57(4):378.

37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Editörler: Okyay P, Abacıgil F. 1. Baskı. Ankara:2016;21–60.
38. Sezer A KH. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2014;17(3):165–70.
39. Van Der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: A cross sectional survey. BMC Public Health. 2013;13(1).
40. Akar B, Karan M. Aşı Tereddütü, Sağlık Kaygısı ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kastamonu İletişim Araştırmaları Derg. 2024;267–94.
41. Gözlü K. Sağlık Sosyal Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2020;27(1):137–44.
42. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. BMC Complementary and Alternative Med. 2011;13(3):335–41.
43. Thai AL, George M. The Effects of Health Literacy on Asthma Self-management. J Asthma Allergy Educ. 2010 Apr 30;1(2):50–5.
44. Rosas-Salazar C, Apter AJ, Canino G, Celedon JC. Health literacy and asthma. J of Allergy and Clinical Immunology. 2012 Apr;129(4):935–42.
45. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: The health, aging, and body composition study. J Gen Intern Med. 2006 Aug;21(8):806–12.
46. Schillinger D. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. JAMA. 2002 Jul 24;288(4):475.
47. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. COPD. 2013 Feb;10(1):72–8.
48. Lee SYD, Tsai TI, Tsai YW. Accuracy in self-reported health literacy screening:

- a difference between men and women in Taiwan. *BMJ Open*. 2013 Nov 1 ;3(11):e002928.
49. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med*. 2014;61(100):100.
 50. Baker DW, Parker RM, Williams M V, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):791–8.
 51. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int*. 2015;30(3):505–13.
 52. Çınar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk Sağlığı ve Sağlık Okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Derg*. 2018;14(2):25–39.
 53. Brandt L, Schultes MT, Yanagida T, Maier G, Kollmayer M, Spiel C. Differential associations of health literacy with Austrian adolescents' tobacco and alcohol use. *Public Health*. 2019;174:74–82.
 54. Sharif I, Blank AE. Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr;79(1):43–8.
 55. Morrison AK, Glick A, Yin HS. Health Literacy: Implications for Child Health. *Pediatr Rev*. 2019 Jun 1;40(6):263–77.
 56. Wolf, M. S., Davis, T. C., Arozullah, A., Penn, R., Arnold, C., Sugar, M. Relation between literacy and HIV treatment knowledge among patients on HAART regimens. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2005;17(7), 863–73.
 57. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998 Jan 26;158(2):166-72.
 58. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008 Apr;66(8):1809–16.
 59. Balakrishnan MP, Herndon JB, Zhang J, Payton T, Shuster J, Carden DL. The

Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med*. 2017;24(9):1042–50.

60. Simpson RM, Knowles E, O’Cathain A. Health literacy levels of British adults: a cross-sectional survey using two domains of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2020;20(1).
61. Tavousi M, Mehrizi AH, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, Hashemi A, Montazeri A. Health literacy in Iran: findings from a national study. *SID*. 2016;1:95–102.
62. Biçer I, Balçık PY. Traditional and complementary medicine: investigation of Turkey and the selected countries. *Hacettepe J Heal Adm*. 2019;22 (1)(1):245–57.
63. Langevin HM. Complementary, Alternative, and Integrative Medicine. *DeckerMed Neurol*. 2019 Jun 7.
64. Durmuş A. Astımda akupunktur. *Maltepe Tıp Derg*. 2017 Aug 1;9(2):34–7.
65. Doç Y, Çanakçı E, Cebeci Z. Obezite Tedavisinde ve Akupunktur’un Yeri. *Klin Tıp Aile Hekim*. 2017 Jul 26;9(4):23–30.
66. Vickers A, Wilson P, Kleijnen J. Acupuncture. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(1):92.
67. Leung P chung, Zhang L, Cheng K fai. Acupuncture: Complications are preventable not adverse events. *Chin J Integr Med*. 2009 Jun 2;15(3):229–32.
68. Çayır Y, Güven Gürsoy P. İn Vitro Fertilizasyon ve Akupunktur. *Konuralp Med J*. 2018 Oct 23;10(3):420–3.
69. Özdağ NH, Mollahaliloğlu S, Öztaş D, Bozcuk Güzeldemirci G. Ağrı Tedavisinde Akupunkturun Yeri. *Ankara Med J*. 2015 Nov 24;15(4).
70. Vedamurthy M. Mesotherapy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2007;73(1):60.
71. Pistor M. Mezoterapi nedir? *Chir Dent Fr*. 1976
72. Mammucari M, Maggiori E, Russo D, Giorgio C, Ronconi G, Ferrara PE, et al. Mesotherapy: From Historical Notes to Scientific Evidence and Future

Prospects. Sci World J. 2020 May 1; 1–9.

73. Matarasso A, Pfeifer T. Mesotherapy for body contouring. Plastic and Reconstructive Surgery. 2005;115(5):1420-24
74. Kocak AO. Intradermal mesotherapy versus systemic therapy in the treatment of musculoskeletal pain: A prospective randomized study. Am J Emerg Med. 2019 Nov;37(11):2061–5.
75. Çiftci MM. Kupa Tedavisi ve Klinik Uygulamalar. J Biotechnol Strateg Heal Res. 2019;3:22–8.
76. Lee MS, Kim JI, Lee DH, Boddy K, Ernst E. Cupping for Treating Pain: A Systematic Review. Evidence-Based Complement Altern Med. 2011 Jan 1;2011(1):467014.
77. Tanalel E. Kupa Terapisinin Tarihi Gelişimi Ve Çeşitleri. Türk Tıp Dergisi. 2016;8(3):139-41.
78. Abdelfattah A, Zureigat A, Almotiri A, Alzughailat M, Al-Khreisat MJ, Abdel Fattah O. The impact of wet cupping on haematological and inflammatory parameters in a sample of Jordanian team players. Heliyon. 2024 Apr;10(7):e29330.
79. Cao H, Zhu C, Liu J. Wet cupping therapy for treatment of herpes zoster: a systematic review of randomized controlled trials. Altern Ther Health Med. 2010 Nov-Dec;16(6):48-54.
80. Firoozabadi MD, Navabzadeh M, Roudsari MK, Zahmatkash M. Comparative efficacy trial of cupping and serkangabin versus conventional therapy of migraine headaches: A randomized, open-label, comparative efficacy trial. J Res Med Sci. 2014 Dec;19(12):1134-9.
81. Meng XW, Wang Y, Piao SA, Lv WT, Zhu CH, Mu MY, Li DD, Liu HP, Guo Y. Wet Cupping Therapy Improves Local Blood Perfusion and Analgesic Effects in Patients with Nerve-Root Type Cervical Spondylosis. Chin J Integr Med. 2018 Nov;24(11):830-34.
82. Ranaei-siadat SO, Niasari HK, Adibi Z, Agin K, Barshan Tashnizi M. The effect

- of cupping (hejamat) on blood biochemical and immunological parameters. Iran J Pharm Res. 2010;(Supplement 2):31–2.
83. Kim TH, Kang JW, Kim KH, Lee MH, Kim JE, Kim JH, et al. Cupping for Treating Neck Pain in Video Display Terminal (VDT) Users: A Randomized Controlled Pilot Trial. J Occup Health. 2012 Nov 1;54(6):416–26.
 84. Singh AP. Medicinal leech therapy (Hirudotherapy): A brief overview. Complement Ther Clin Pract. 2010 Nov 1;16(4):213–5.
 85. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. Ankara Med J. 2018 Mar 30;18(1):141–8.
 86. Porshinsky BS, Saha S, Grossman MD, Beery PR, Stawicki S. Clinical uses of the medicinal leech: A practical review. J Postgrad Med. 2011 Jan;57(1):65–71.
 87. Abdullah S, Dar L, Wani A, Tewari A. Hirudotherapy Leech therapy: Applications and Indications in Surgery. Arch Clin Exp Surg 2012;1:172–80
 88. Michalsen A, Klotz S, Lüdtker R, Moebus S, Spahn G, Dobos GJ. Effectiveness of Leech Therapy in Osteoarthritis of the Knee: A Randomized, Controlled Trial. Ann Intern Med. 2003 Nov 4;139(9):724–30.
 89. Ahmad T, Anwar M. Clinical importance of leech therapy. Indian Journal of Traditional Knowledge, 2009;8(3):443–45.
 90. Ekici T, Gölgeci A. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıpta Apiterapi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;30 (2):200–03.
 91. Parlakpınar H, Polat S. Apiterapi ürünlerinin biyokimyasal içeriği. Atayoğlu AT, editör. Apiterapi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021;38-48.
 92. Moreira D R. Apiterapia No Tratamento De Patologias. J Fapciência. 2012;9(4):21–9.
 93. Sorucu A. Arı Ürünleri ve Apiterapi. Veteriner Farmakoloji ve Toksikoloji Derneği Bülteni. 2019;10 (1): 1-15.
 94. Altıntaş L, Bektaş N. Apiterapi: 1. Arı zehri. Uludağ Arıcılık Der. 2018;19(1):82–95.
 95. Colalto C. What phytotherapy needs: Evidence-based guidelines for better

- clinical practice. *Phyther Res*. 2018 Mar 28;32(3):413–25.
96. Yıldırım D, Baykal D, Can G. Kanıt temelli fitoterapi uygulamalarının incelenmesi. *Jaren*. 2020;6(3):571-6.
97. Zeng L, Cao Y, Wang L, Dai Y, Hu L, Wang Q, et al. Role of Medicinal Plants for Liver-Qi Regulation Adjuvant Therapy in Post-stroke Depression: A Systematic Review of Literature. *Phyther Res*. 2017 Jan 20;31(1):40–52.
98. Song H, Wang P, Liu J, Wang C. *Panax notoginseng* Preparations for Unstable Angina Pectoris: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phytotherapy Res*. 2017 Aug 1;31(8):1162–72.
99. Çiçek Okuyan Y, Bolsoy N. Türkiye’de Refleksoloji İle İlgili Yapılmış Deneysel Araştırmaların İncelenmesi: Sistematik Derleme. *NWSA Acad Journals*. 2019 Apr 1;14(2):48–63.
100. Doğan H D. Healing Art of Hand: Reflexology. *Eur J Basic Med Sci*. 2014 Dec 1;4(4):89–94.
101. De Domenico G. *Beard’s Massage: Principles and Practice of Soft Tissue Manipulation*. 2007.
102. Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;30(15):286.
103. Roberts A, Harris K, Outen B, Bukvic A, Smith B, Schultz A, et al. Osteopathic manipulative medicine: a brief review of the hands-on treatment approaches and their therapeutic uses. *Medicines*. 2022;9(5):33.
104. Kaya E, Altınbilek T. Osteopati Yaklaşımı; Bel Ve Boyun Ağrılarında yeri. *J Biotechnol Strateg Heal Res*. 2019 Sep 30;3:85–90.
105. Parker J, Heinking KP, Kappler RE. Efficacy of osteopathic manipulative treatment for low back pain in euhydrated and hypohydrated conditions: a randomized crossover trial. *Journal Osteopath Med*. 2012;112(5):276–84.
106. Nogales CG, Ferrari PH, Kantorovich EO, Lage-Marques J. Ozone therapy in medicine and dentistry. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(4):1–9.

107. Bocci V. Oxygen-ozone therapy: a critical evaluation. Springer;1st ed. 2002
108. Babacan A. Ozon, ozonterapi ve klinik kullanımı. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2008;28(6 SUPPL.):245–7.
109. Odell-Miller H. A Comprehensive Guide to Music Therapy, 2nd Edition: Theory, Clinical Practice, Research and Training. Jessica Kingsley Publishers, 21 May 2019.
110. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1).
111. Abrams B. Evidence-based music therapy practice: an integral understanding. *J Music Ther*. 2010 Winter;47(4):351–79.
112. Telli A. Hipnoz ve bilimde kullanım alanları. *J Med Palliat Care*. 2020;1(4):109–12.
113. Williamson A. What is hypnosis and how might it work? *Palliat Care Res Treat*. 2019 Jan 31;12:1–4.
114. Gruzelier JH. Frontal functions, connectivity and neural efficiency underpinning hypnosis and hypnotic susceptibility. *Contemp Hypn*. 2006 Mar;23(1):15–32.
115. Fisher P. What is Homeopathy? An Introduction. *Front Biosci*. 2012;4:1669–82.
116. Sezer Korucu K, Oksay A. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Kapsamında Fitoterapi Ve Homeopati. *SDÜ Sağlık Yönetimi Derg*. 2023;5(2):97–113.
117. Toledo MV, Stangarlin JR, Bonato CM. Homeopathy for the control of plant pathogens. 2015;(August):1063–7.
118. Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: Long-term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health*. 2005;5:1–8.
119. Nazlıkul H, Ural Nazlıkul FG, Okur SÇ, Türk A, Tamam C, Firdin F, et al. Lokomotor sistem hastalıklarında kayropratik yaklaşımlar. 2020;14(2);47–52.
120. Ernst E. Chiropractic: a critical evaluation. *J Pain Symptom Manage*. 2008

May;35(5):544-62.

121. Özcan E, Toska Sert A. Kas iskelet ağrısı tedavisinde proloterapinin kanıta dayalı kullanımı. *Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2016;62(2):192–8.
122. Örsçelik A, Solmaz İ. Popüler Bir Tamamlayıcı Tıp Tedavisi:Proloterapi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2023;30(1):135–42.
123. Whitaker LS, Twine C, Whitaker MJ, Welck M, Brown CS, Shandall A. Larval therapy from antiquity to the present day: mechanisms of action, clinical applications and future potential. *Postgrad Med J*. 2007 Jun 1;83(980):409–13.
124. Courtenay M, Church JCT, Ryan TJ. Larva therapy in wound management. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2000;93(2), 72–74.
125. Sherman RA, Wyle F, Vulpe M. Maggot therapy for treating pressure ulcers in spinal cord injury patients. *J Spinal Cord Med*. 1995;18(2):71–4.
126. Baer WS. The classic: The treatment of chronic osteomyelitis with the maggot (larva of the blow fly). In *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2011;469; 920–44).
127. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Tarih: 02.11.2011; Sayı: 28103.
128. Kaya RR, Yılmaz N. Traditional Medicine Practices in Turkey and India: A Comparison From The Perspective of Health Tourism. *J Tradit Med Complement Ther*. 2020;3(3):422–34.
129. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı.
130. Şimşek B, Aksoy DY, Basaran NC, Taş D, Albasan D, Kalaycı MZ. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. *Eur J Integr Med*. 2017;15(6):68–72.
131. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel /alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Prev Med Bull*. 2016;15(2):75–82.
132. Hacılar E, Okka B, Şahin TK, Demir GS. 18 Yaş Üstü Bireylerin Geleneksel ve

- Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Araştırma. *J Tradit Complem Med.* 2024;7(1):66–75.
133. Koç S, Koçakoğlu Ş. Hipertansiyon Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları. *J Harran University Medical Faculty.* 2023;20(2):364–70.
134. Odabaş ÖK, Ağadayı E. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Davranışları. *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2021;15(1):121–8.
135. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *UHOD.* 2008;18(1):32–8.
136. Özmen T, Contarlı N, Şimşek A, Güneş M, Yana M. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutumları: Tanımlayıcı Bir Araştırma. *J Tradit Complem Med.* 2023;6(3):229-36
137. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. The European Health Literacy Project, 2009-2012. Ludwig Boltzmann Inst. 2012.
138. McFadden KL, Hernández TD, Ito TA. Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore: The Journal of Science and Healing.* 2010;6(6):380–8.
139. Elif K, Ekerbiçer HÇ, Erkorkmaz Ü. Complementary, alternative and conventional medicine attitude scale: Turkish validity reliability study. *Sak Tıp Derg.* 2018;8(4):726–36.
140. Huck SW. Reading statistics and research. 6th ed. Boston: Pearson. 2012.
141. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 10. Baskı. Editörler Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Ankara. 2002;185–204.
142. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum.*

2019;29(3):33-40.

143. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sak Tıp Derg. 2018;8(3):575–81.
144. Çelikyürek NA, Meydan Acımsı N, Özcan B. Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Pamukkale Med J. 2020;13(2):258–66.
145. Durmaz S, Sürücü E, Özvurmaz S. Mermer Fabrika İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. NWSA Acad Journals. 2020;15(4):81–91.
146. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Health Literacy Levels and Affecting Factors of Patients Who Applied to a University Hospital Polyclinic. Eurasian J Fam Med. 2019;8(1):27–35.
147. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2021;8(2):151–9.
148. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy (New York). 2016;120(9):1087–94.
149. Berens EM, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2016;16(1):1–8.
150. Fleary SA, Ettienne R. Social Disparities in Health Literacy in the United States. HLRP Heal Lit Res Pract. 2019;3(1):47–52.
151. Karaca D, Ceylan B. Malatya'da Yaşayan 18-55 Yaş Arası Bazı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. SOYD. 2023;5(1):80-8.
152. İkışık H, Turan G, Kutay F, Sever F, Keskin SN, Güdek H, et al. Investigation of Health Literacy Level of Patients who Admitted to A Tertiary Training and Research Hospital. J Ankara Univ Fac Med. 2020 Oct 27;73(3):247–52.

153. Ng SK, Nishino K, Seman Z, Inthaphatha S, Yamamoto E. Determinants of the Utilization of Recognized Traditional and Complementary Medicine Service in Malaysia: A Secondary Analysis of a Cross-Sectional Population-Based Survey. *Complement Med Res.* 2024;31(5):427-37.
154. Akşahin Doğan B, Özyazgan Tokay A, Boz G, Oktay B, Sülü M, Baran A. Investigation of the Knowledge and Behavior of Staff Working in the Health Directorate About Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Cross-Sectional Research. *J Tradit Med Complement Ther.* 2024;7(2):189–95.
155. Özer Z, Bahçecioğlu Turan G, Bakır E. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg.* 2020;2(3):102–12.
156. Youn BY, Moon S, Mok K, Cheon C, Ko Y, Park S, et al. Use of traditional, complementary and alternative medicine in nine countries: A cross-sectional multinational survey. *Complement Ther Med.* 2022 Dec;71:102889.
157. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and Determinants of Traditional, Complementary and Alternative Medicine Provider Use among Adults from 32 Countries. *Chin J Integr Med.* 2018;24(8):584–90.
158. Özen Ö, Balcıoğlu H. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üzeri Erişkinlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanım Sıklığı, Bu Konudaki Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi: Kesitsel Çalışma. *J Tradit Med Complement Ther.* 2024;7(1):76–81.
159. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yetişkinlerde Geleneksel / Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *J Public Health Nursing.* 2019;1(1):1–10.
160. Kıskaç N, Kıskaç M, Zorlu M, Karatoprak C, Çakırca M. Erişkin Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumlarının Değerlendirilmesi. *MAS JAPS.* 2024;9(1):127–34.
161. Köse E, Oturak G, Ekerbiçer H. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi. *Sak Tıp Derg.* 2021;11(2):373-80

EKLER

EK-1.) SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Anket No: **Tarih:** **ASM:**

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1- ☐ Kadın

2- ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz:

1- ☐ Bekâr/Dul

2- ☐ Evli

4.Eğitim durumunuz (en son bitirdiğiniz okul) nedir?

1-☐ Okuryazar değilim

2-☐ Okuryazarım fakat bir okul bitirmedim

3-☐ İlkokul

4-☐ İlköğretim, Ortaokul veya Mesleki ortaokul

5-☐ Lise veya dengi okul

6-☐ Yükseköğretim ve üzeri

5.Çalışma durumunuz nedir?

1-☐ Ev hanımı

2-☐ Öğrenci

3-☐ Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor

4-☐ Yevmiye usulü çalışan, mevsimsel çalışan, çırak vb. işte çalışıyor

5-☐ Emekli

6-☐ İşsiz

6. Aylık gelir durumunuz nedir?

1-☐ Asgari ücretin altı

2-☐ Asgari ücret

3-☐ Asgari ücretin üstü

7. Herhangi bir sağlık güvenceniz (SGK, özel sağlık sigortası vb.) var mı?

1-☐ Evet

2-☐ Hayır

8.Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

1-☐ Çok iyi

2-☐ İyi

3-☐ Ne iyi ne kötü

4-☐ Kötü

5-☐ Çok kötü

6-☐ Fikrim yok

9. Sağlığınız ve hastalık durumunuza dair bilgileri en çok hangisinden ediniyorsunuz?

1-☐ Aile hekimi

2-☐ Diğer hekimler

- 3-☐ Ebe, hemşire, diyetisyen gibi diğer sağlık çalışanları
- 4-☐ Psikologlar
- 5-☐ Eczacı
- 6-☐ Aktar / Baharatçı
- 7-☐ Aile bireyleri, akrabalar, komşular
- 8-☐ İnternet, sosyal medya
- 9-☐ Kitap, dergi, gazete, broşür
- 10-☐ TV programları, TV reklamları

10. 6 ay ve daha fazla zamandır devam eden bir kronik hastalığınız (şeker, tansiyon, kalp hastalığı vb.) var mı?

- 1-☐ Var
- 2-☐ Yok

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı medikal tedaviyi destekleyici ve tamamlayıcı yöntemleri içerir. Türkiye’de GETAT’a yönelik eğitim araştırma hastaneleri bünyesinde ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Akupunktur, Hacamat, Sülük uygulaması, Osteopati, Fitoterapi, Ozon Tedavisi, Mezoterapi vb. hizmet verilmektedir.”

11. Son 5 yıl içerisinde herhangi bir GETAT yöntemine başvurduğunuz mu?

- 1-☐ Evet --- [Yanıtınız Evet ise 12. ve 13. soruyu yanıtlayınız]
- 2-☐ Hayır --- [Yanıtınız Hayır ise sonraki bölüme (TSOY-32 Ölçeği) geçiniz.]

12. Başvuru sebebinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- 1-☐ Hekim tarafından yönlendirildim
- 2-☐ Daha önceki aldığım tedavinin/ tedavilerin başarısız olması
- 3-☐ GETAT yöntemleriyle tedavi olan kişilerin tavsiyesi
- 4-☐ TV, sosyal medya gibi alanlarda görmüş olmam
- 5-☐ Sağlıklı halimi korumak
- 6-☐ Diğer nedenler

13. Hangi GETAT yöntemine/yöntemlerine başvurduğunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1-☐ Akupunktur (cilt üzerindeki belirli noktalara ince iğnelerin batırılması)
- 2-☐ Sülük
- 3-☐ Larva
- 4-☐ Kupa (hacamat)
- 5-☐ Refleksoloji (el-ayak masajı)
- 6-☐ Fitoterapi (bitkisel tedavi, bitkisel çay /hap ile tedavi)
- 7-☐ Apiterapi (bal, polen, propolis, arı sütü gibi ürünlerle tedavi yöntemi)
- 8-☐ Homeopati (birden fazla hastalığı tek bir ilaçla tedavi yöntemi)
- 9-☐ Mezoterapi (cilt üzerine enjeksiyon)
- 10-☐ Kayropraktik (omurga üzerinde el ile yapılan bir tedavi yöntemi)
- 11-☐ Proloterapi (ağrıyan bölgeye proliferatif solüsyon enjeksiyonu)
- 12-☐ Müzik terapisi

13-☐ Hipnoz

14-☐ Ozon

15-☐ Osteopati (manuel terapi, kas-iskelet hastalıkları için el ile yapılan tedavi)

14. Başvurduğunuz GETAT tedavisi hekim tarafından mı uygulandı?

1-☐ Evet

2-☐ Hayır



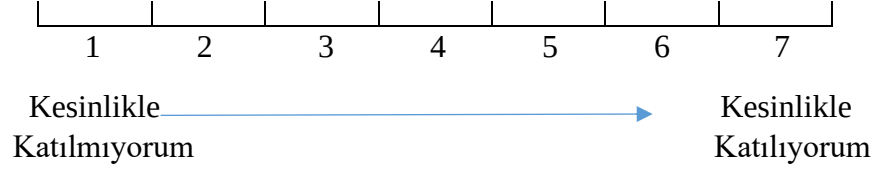
EK-2:) TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Çok kolaydan çok zora doğru değerlendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay / zordur?	Çok Kolay	Kolay	Zor	Çok Zor	Fikrim Yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1	2	3	4	
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1	2	3	4	
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	1	2	3	4	
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	1	2	3	4	
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	1	2	3	4	
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	1	2	3	4	
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1	2	3	4	
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1	2	3	4	
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	1	2	3	4	
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	1	2	3	4	
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	1	2	3	4	
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1	2	3	4	
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini bulmak	1	2	3	4	
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	1	2	3	4	
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	1	2	3	4	
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	1	2	3	4	
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler	1	2	3	4	

için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	1	2	3	4	
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	1	2	3	4	
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1	2	3	4	
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabilceği ile ilgili bilgileri bulmak	1	2	3	4	
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	1	2	3	4	
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	1	2	3	4	
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	1	2	3	4	
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	1	2	3	4	

EK-3:) GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçeği kullanarak katılma ya da katılmama derecenizi belirtmek için her bir ifadenin yanındaki kutucuklardan birini işaretleyin.



1.En son doktora gidişimde aldığım sağlık hizmetinden çok memnun kaldım.	1	2	3	4	5	6	7
2.İnsan bedeni esasen kendi kendini iyileştirebilir, sağlık hizmeti sunan kişilerin görevi de bu iyileşme sürecine yardımcı olmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
3.Sağlık, ruhen, bedenen, zihnen bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlığımı ilgilenecek kişi de bu durumu dikkate almalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
4.En son doktora gidişimde, sağlığımı ilgili sorduğum önemli sorulara doktorumun verdiği cevapları anladım.	1	2	3	4	5	6	7
5.Doktorların öneri ve uygulamalarına kıyasla tamamlayıcı tıbbı dair öneri ve uygulamaları kendime daha yakın buluyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6.Tamamlayıcı tıbbın sağlığa olumlu etkisi insanların tamamlayıcı tıbbı olan inancından(öğrenilmiş beklenti) kaynaklanmaktadır.	1	2	3	4	5	6	7
7.Tamamlayıcı tıpta kullanılan iyileştirme yöntemlerinin doktorların (modern tıbbın) uyguladığı tedavilerden daha doğal olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
8.Sağlık hizmeti almak için sıklıkla başvurduğum doktora çok güvenirim.	1	2	3	4	5	6	7
9.Tamamlayıcı tıbbın halkın sağlığı için bir tehdit olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10.Beden ve ruh sağlığımız, içimizdeki bir enerji veya yaşama gücü tarafından korunup sürdürülmektedir.	1	2	3	4	5	6	7
11.Doktorlara ve hastanelere güvenmiyorum, bu nedenle mümkün olduğu kadar az gitmeye çalışıyorum.	1	2	3	4	5	6	7

12.Hastanın hissettiği rahatsızlıklar, vücudunun dengesinin bozulması veya bir organdaki bozukluğun tüm vücudu etkilemesi şeklinde değerlendirilebilir.	1	2	3	4	5	6	7
13.Sağlık ve hastalık pozitif iyileştirici enerji ile negatif yıkıcı enerji arasındaki dengenin bir yansımasıdır.	1	2	3	4	5	6	7
14.En son doktora başvurduğumda, doktor sorunun ne olduğunu anlamadı.	1	2	3	4	5	6	7
15.Hastanın beklentileri, sağlık ile ilgili inançları ve manevi değerleri sağlık hizmeti ile bütünleştirilmelidir.	1	2	3	4	5	6	7
16.Doktoruma son gittiğimde onunla konuşmakta zorlandım.	1	2	3	4	5	6	7
17.Çoğu zaman, doktorumun uyguladığı tedavilerin olumsuz yan etkileri olacağından endişeleniyorum.	1	2	3	4	5	6	7
18.Tamamlayıcı tıp uygulamalarından sonra veya tamamlayıcı tıp ürünlerini kullandıktan sonra kendimi oldukça rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
19.Tamamlayıcı tıp uygulamalarının, kendi sağlığımın kontrolünü ele almamı sağladığına inanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
20.Sağlık problemlerimle kendi kendime başa çıkmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
21.Tamamlayıcı tıp tedavi yöntemlerinin çoğu vücudumuzun sahip olduğu kendini iyileştirme gücünü aktif hale getirmektedir	1	2	3	4	5	6	7
22.Tamamlayıcı tıp, içerisinde doktorların da faydalanacağı fikir ve yöntemleri barındırmaktadır.	1	2	3	4	5	6	7
23.Bilimsel yöntemlerle denenmemiş tedavi yöntemleri teşvik edilmemelidir.	1	2	3	4	5	6	7
24.Sağlık sorunu için tamamlayıcı tıbbın, doktorların uyguladığı tedavilerden daha etkili olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
25.Tedavi uygulanırken, insanın bir bütün olarak ele alınması benim için önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
26. En son doktora başvurduğumda, aldığım tedavi iyileşmemde etkili oldu.	1	2	3	4	5	6	7
27. En son doktora başvurduğumda, doktor bana yeterli zaman ayırmadı.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4:) BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Sivas İl Merkezindeki Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumlarıyla İlişkisinin Belirlenmesi” dir.

Bu araştırmanın amacı, Sivas il merkezindeki 20-64 yaş aralığındaki yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) tutumlarıyla ilişkisinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma verilerinin elde edilmesinde Sosyodemografik Veri Formu ve 2 ölçekten oluşan (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği) bir anket formu kullanılacaktır. Sosyodemografik Veri Formu literatür temelinde araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup 3 alt soru içeren 14 soruluk bir ankettir. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, sağlık güvencesi durumu, kronik hastalık varlığı, genel sağlık davranışı ve GETAT kullanımı sorgulanmaktadır. 32 sorudan oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, sağlık okuryazarlığı düzeyinizi belirlemek için; 27 sorudan oluşan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği, GETAT tutumunuzu saptamak için kullanılacaktır. Toplamda cevaplamanız gereken soru sayısı 73’tür. 20-64 yaş grubundaki yetişkinlerden 384 kişinin katılacağı bu araştırmada, anketin tüm bölümlerini cevaplama süresi ortalama 20 dakika olarak planlanmıştır. Çalışma 9 ay sürecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Çalışmanın beklenen yararı yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve GETAT tutumunu belirleyerek sağlık otoritelerine çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler sunmak ve bilimsel alanda konuyla ilgili katkı sağlamaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz veya onun görevlendireceği bir sağlık personeli tarafından söz konusu anketler size uygulanacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için..... numaralı telefondan araştırmacı a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bununla birlikte size bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi: Arş. Gör. Dr.

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza: