



**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINA
YÖNELİK TUTUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İZMİR
İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

MERYEM ÇIRAK DAMAR

İZMİR-2024

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINA
YÖNELİK TUTUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İZMİR
İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

Yüksek Lisans Tezi

MERYEM ÇIRAK DAMAR

DANIŞMAN: PROF. DR. ELİF TÜRKAN ARSLAN

İZMİR-2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “*Sağlık Okuryazarlığının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Üzerindeki Etkisi: İzmir İlinde Bir Araştırma*” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

26/07/2024

Meryem ÇIRAK DAMAR

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
UYGULAMALARINA YÖNELİK TUTUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:**

İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

Meryem ÇIRAK DAMAR

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Bu araştırmanın amacı sağlık okuryazarlığının, geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemektir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyi durumu araştırmanın diğer amaçlarıdır.

Araştırmaya İzmir ilindeki 18-65 yaş arası bireyler dahil edilmiştir. Çalışmanın örneklemi, $\pm 0,05$ hata toleransı ve %95 güven düzeyinde 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma verileri 417 katılımcıdan Google form aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla, kişisel bilgi formu, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusunda bilgi düzeylerini ölçen altı soru, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı karşı tutum ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeğini içeren anket formu kullanılmıştır.

Demografik veriler frekans analizi; güvenilirlik Cronbach Alpha katsayısıyla, faktör tespiti Açıklayıcı Faktör Analizi ile test edilmiş ve Doğrulamalı Faktör Analiziyle açıklayıcı faktör analizi sonucunda oluşan modelin doğruluğu test edilmiştir. Hipotez testlerinde t testi, ANOVA analizi ve basit doğrusal regresyon analizleri kullanılmıştır.

Yaş ve cinsiyete göre sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda farklılık saptanmamıştır. Eğitim ve gelir düzeyine göre her dört sağlık

okuryazarlığı boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Meslek grupları arasında hastalıklardan korunma boyutunda farklılık saptanmıştır.

GETAT'a yönelik tutum konusunda yaş ve kronik hastalık durumuna göre farklılık saptanmamıştır. Eğitim düzeyine göre ise bütüncül sağlık boyutunda farklılık saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda, sağlık okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutumu anlamlı, zayıf ve negatif yönlü etkilediği saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı arttıkça GETAT'a yönelik olumlu tutum azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, okuryazarlık

ABSTRACT

Master Thesis

The Effect of Health Literacy on Attitude Towards Traditional and Complementary Medicine Practices: A Research in Izmir Province

Meryem Çırak Damar

Izmir Kâtip Çelebi University

Social Sciences Institute

Department of Health Management

The aim of this study is to determine the effect of health literacy on attitude towards traditional complementary medicine practices. The factors affecting health literacy and the level of knowledge about Traditional and Complementary Medicine Practices are other objectives of the study.

Individuals between the ages of 18-65 in Izmir province were included in the study. The sample of the study was calculated as 384 people with an error tolerance of ± 0.05 and 95% confidence level. Research data were collected from 417 participants through Google form. In order to collect data, a questionnaire form including personal information form, six questions measuring the level of knowledge about traditional and complementary medicine, Attitude towards Holistic Complementary and Alternative Medicine scale and Turkey Health Literacy scale were used.

Demographic data were analysed using frequency analysis, reliability was tested using Cronbach's Alpha coefficient, factor identification was tested using Exploratory Factor Analysis and the accuracy of the model formed as a result of exploratory factor analysis was tested using Confirmatory Factor Analysis. In hypothesis testing, t-test, ANOVA analysis and simple linear regression analyses were used.

No difference was found in attitudes towards health literacy according to age and gender. Significant differences were found in all four health literacy

dimensions according to education and income level. There was a difference between occupational groups in the dimension of disease prevention.

There was no difference in attitude towards GETAT according to age and chronic disease status. According to the level of education, a difference was found in the holistic health dimension.

As a result of the simple linear regression analysis conducted to determine the effect of health literacy on attitude towards GETAT, it was found that health literacy had a significant, weak and negative effect on attitude towards GETAT. As health literacy increases, positive attitude towards GETAT decreases.

Keywords: Health literacy, traditional medicine, complementary medicine, alternative medicine, literacy

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiii
ÖNSÖZ.....	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI	4
1.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi.....	7
1.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ	9
1.2.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları.....	11
1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DÜZEYLERİ	12
1.3.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	14
1.3.2. İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı	14
1.3.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı.....	14
1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	15
1.4.1. Demografik Faktörler	17
1.4.2. Kültürel Faktörler	18

1.4.3. Psikososyal Faktörler.....	18
1.4.4. Kişisel Faktörler.....	19
1.4.5. Sağlık hizmeti ile ilgili Sistemsel Faktörler.....	19
1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK SONUÇLARINA ETKİSİ.....	20
1.5.1. Bireysel Etkiler	21
1.5.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri	21
1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇME ARAÇLARI	23
1.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI	28

İKİNCİ BÖLÜM

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

2.1. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAVRAMININ İNCELENMESİ	33
2.2. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARININ TARİHÇESİ	34
2.3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN KULLANIM NEDENLERİ	36
2.4. TÜRKİYE’DE, DÜNYA’DA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP SÜRECİ	38
2.4.1. Türkiye’de GETAT ile ilgili yapılan akademik çalışmalar	40
2.5. TÜRKİYE’DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAPSAMINDA UYGULANAN YÖNTEMLER.....	42
2.5.1. Akupunktur	43
2.5.2. Apiterapi	45
2.5.3. Fitoterapi.....	46
2.5.4. Hipnoz.....	47
2.5.5. Hirudoterapi (Sülük Uygulaması)	49

2.5.6. Homeopati.....	50
2.5.7. Kayropraktik.....	51
2.5.8. Kupa Uygulaması	52
2.5.9. Larva Uygulaması.....	52
2.5.10. Mezoterapi	53
2.5.11. Müzik Terapi.....	54
2.5.12. Osteopati	55
2.5.13. Ozon Terapi.....	56
2.5.14. Proloterapi.....	57
2.5.15. Refleksoloji.....	58

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GETAT'A YÖNELİK TUTUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	59
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	59
3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI.....	60
3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	60
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	61
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI	62
3.7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	64
3.8. BULGULAR.....	67
3.8.1. Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular.....	67
3.8.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	73

3.8.3. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	83
3.8.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular	85
SONUÇ VE TARTIŞMA	94
ÖNERİLER	101
KAYNAKÇA.....	103
EKLER.....	131



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: SOY puanı ile Sağlık Hizmetleri Kullanımı ilişkisi	20
Tablo 2: Türkiye'de GETAT ile İlgili Yapılan Çalışmalar	41
Tablo 3: İzmir Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	61
Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Faktör Analizine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları	67
Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	68
Tablo 6: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıba Karşı Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracına İlişkin KMO ve Barlett Testi	71
Tablo 7: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıba Karşı Tutumlarını Belirlemeye İlişkin Faktör Analizi Sonuçları.....	72
Tablo 8: Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları ve Uyum İyiliği Kriterleri.....	76
Tablo 9: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulamalı Faktör Analizi Faktör Yükleri.....	77
Tablo 10: Doğrulamalı Faktör Analizi Sonuçları ve Uyum İyiliği Kriterleri.....	81
Tablo 11: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıba İlişkin Doğrulamalı Faktör Analizi Faktör Yükleri	82
Tablo 12: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	84
Tablo 13: Katılımcıların GETAT ile İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular	85
Tablo 14: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutum Konusunda Farklılık Olup Olmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları	87
Tablo 15: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumun Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları	87
Tablo 16: Meslek Grupları Arasında Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutum Konusunda Farklılık Olup Olmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları	88

Tablo 17: Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Hastalıklardan Korunma Boyutu).....	89
Tablo 18: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumun Gelir Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları	89
Tablo 19: Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi- Sağlığın Geliştirilmesi, Tedavi ve Hizmet, Hastalıklardan Korunma ve Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu).....	90
Tablo20: Sağlık Okuryazarlığının Cinsiyete Göre Farklılık Farklılaşmadığına Yönelik t Testi Sonuçları	90
Tablo 21: Yaş Grupları Arasında GETAT'a Yönelik Tutum Farklılığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları	91
Tablo 22: GETAT'a Yönelik Tutumun Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları	91
Tablo 23: GETAT'a Yönelik Tutumun Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları	92
Tablo 24: Sağlık Okuryazarlığının GETAT'a Yönelik Tutum Üzerinde Etkisi Olup Olmadığına Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	92

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavram Analizi	6
Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	13
Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı Modeli	15
Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	16
Şekil 5: Sağlık okuryazarlığını etkileyen alanlar ile sağlık sonuçları ve maliyetler ilişkisi	20
Şekil 6: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulayıcı Faktör Analizi Başlangıç Modeli	75
Şekil 7: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuç Modeli	78
Şekil 8: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp DFA başlangıç modeli	80
Şekil 9: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp DFA sonuç modeli	83

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AMA	: Amerikan Tabipleri Birliği
IOM	: Amerikan Tıp Enstitüsü
HLS-EU	: Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32
BTAT	: Bütünleyici ve Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeği
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

ÖNSÖZ

Çalışmamda; sabırla, en iyisi olması için bana yol gösteren, cesaretlendiren değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Elif Türkan ARSLAN'a, motivasyon kaynağım olan kıymetli oğullarıma, desteklerini her zaman hissettiğim annem, babam ve kardeşlerim Melike ve Merve ÇIRAK'a teşekkürü bir borç bilir; sevgi ve saygılarımı sunarım.

Meryem ÇIRAK DAMAR

İzmir-2024

GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı genel anlamıyla sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve uygun kararlar verme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Cha vd., 2014:3; Keleher ve Hagger, 2007:25). Sağlık okuryazarlığı tanımı süreç içerisinde değişen sağlık koşulları ile gelişmiştir. Konu ile ilgili 17 tane tanımın analizini yapan Sorenson ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını yaşam kalitesini artırma amacıyla sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme konusunda yeterlilikler ve motivasyon şeklinde ifade etmiştir. Bu tanım sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal boyutuna yer vermektedir (Sorensen vd., 2012:4).

Sağlığın korunması ve sürdürülmesi sürecinde bireyin işlevsel ve katılımcı olması sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgilidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık ile ilgili konularda anlama, karar verme, uygulama noktasında sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurdukları, tıbbi tedavileri doğru anlayıp uyguladıkları görülmektedir (Çopurlar vd., 2016:45). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmetlerinde veriminin artırılması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Geçmişten bugüne Dünya'nın her yerinde bireylerin, tedavisi olan veya tedavisi olmayan hastalıklarla mücadele ederken, modern tıbbın dışında başka tedavi yöntemleri arayışı içinde olduğu görülür. Modern Tıp dışında gelişen bu tedavi yöntemleri günümüze kadar Alternatif Tıp, Geleneksel Tıp ve Tamamlayıcı Tıp şeklinde isimler almıştır. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), '*Fiziksel ve ruhsal hastalıklara tanı koyma, korunma, iyileştirme, sağlığın korunmasında kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, açıklaması yapılabilen veya yapılamayan, bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür.*' şeklinde tanımlamıştır (Göktaş, 2020:3). Tanımdan anlaşılacağı üzere GETAT uygulamaları; toplumun kültür, inanç, adet,

gelenek ve göreneklerinden etkil nerek farklı uygulamalar şeklinde ortaya çıkmaktadır.

GETAT ile ilgili Türkiye’de yapılan ilk düzenleme 1991’de yayınlanan Akupunktur Tedavi Yönetmeliğidir (Mollahaliloğlu vd., 2015:103). Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinin yayımlanması GETAT ile ilgili diğ r bir hukuki gelişme olmuştur. Bu yönetmelikte, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirleme, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi, uygulayacak sağlık kuruluşlarında düzenleme yapılarak kapsamı genişletilmiştir. Bu yönetmeliğe ek olarak getirilen maddelerde akupunktur dışında apiterapi, fitoterapi, hipnoz, s l k uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapi yöntemlerinin uygulanmasına dair usul ve esaslar endikasyonları, kontrendikasyonları belirtilmiştir (Kocabaş vd., 2019:66).

Türkiye’de son olarak 2019-2023 Stratejik Planında; GETAT kalite ve güvenilirliğin sağlanması belli bir anlayış, uzlaşı içeren hukuki düzenlemelerin tamamlanması, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını yapan merkez sayısı ve devlet hastanelerindeki ünite sayısı artırılması, kontrol ve denetim mekanizmaları oluşturulması hedefleri yer almaktadır (Cangir, 2022:6).

İnsanların sağlıklı ve kaliteli yaşam isteği, sağlığın korunması, kronik hastalıkları yönetmede etkili olduğu düşüncesi, tıbbi tedavinin yetersiz kalması ve buna bağlı umutsuzluk duygusundan kurtulma isteği, gerginlik ve kaygıdan kaçınmak istemesi gibi nedenlerle geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilgisinin arttığı belirtilmektedir (Tokem,190:2006;  etin,2007:92). GETAT uygulamalarının sağlığın korunması ve sürdürülmesinde bilinçli kullanımı, GETAT uygulamalarına doğru kaynaklardan ulaşılması, toplumun GETAT sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması için sağlık okuryazarlığının GETAT’a yönelik tutum üzerindeki etkisi önem arz etmektedir.

Bu araştırmada İzmir ilinde bulunan 18-65 yaş arası bireylerde sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri incelemek, bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi, davranış ve tutumlarını saptamak ve sağlık

okuryazarlığının geleneksel ve tamamlayıcı tıba yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık okuryazarlığı incelenmiştir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı kavramı; sağlık okuryazarlığının önemi; yetersiz sağlık okuryazarlığının sonuçları; sağlık okuryazarlığının düzeyleri (Fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı); sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olan demografik, kültürel, psikososyal, kişisel ve sağlık hizmeti ile ilgili sistemsel faktörler; sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkisi; sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanılan ölçme araçları; Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı incelenmiştir.

İkinci bölümde, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramı; geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tarihçesi; geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım nedenleri; Türkiye’de ve Dünya’da geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın süreci; Türkiye’de GETAT ile ilgili yapılan çalışmalar, Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kapsamında uygulanan 15 yöntem ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde, araştırmanın amacı ve önemi; araştırmanın kapsamı ve sınırlılıkları; araştırmanın yöntemi ve kullanılan istatistiksel analizler; araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı; araştırmanın hipotezleri ve bulgular yer almaktadır.

Araştırmanın son kısmı ise bulgular doğrultusunda sonuç tartışma ve önerilerden oluşmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık okuryazarlığı ve yetersiz sağlık okuryazarlığının önemi ortaya konmakta, sağlık okuryazarlığının düzeyleri, sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve bu faktörlerin sağlık sonuçlarına etkisi, sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanılan ölçme araçları üzerinde durulmaktadır. Devamında ise, Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı süreci ele alınmaktadır.

1.1. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

Sağlık okuryazarlığının merkezinde okuryazarlık olması nedeniyle, öncelikle okuryazarlık kavramı üzerinde durulmasında yarar vardır. Okuryazarlık, okuma ve yazma becerilerinin eşliğinde bireyin hayatı anlaması, analiz etmesi, çıkarımlarda bulunması ile ilişkili bir ifadedir (Aşıcı, 2009:12). Türk Dil Kurumu okur-yazarlığı, ‘Bireyin okuma yazması olması ve öğrenim görmesi’ şeklinde ifade etmektedir (TDK, 2011). Günümüzde kavramı TDK her ne kadar “okuryazar olma durumu” olarak ifade etse de bilginin değişime uğraması sonucu okuryazarlık sadece okuma yazma becerisine sahip olma değil, aynı zamanda bu becerileri analiz ve sentez yaparak hayata geçirme, bireyin yaşamına anlam katma süreci olarak da değerlendirilmektedir (Gülşah, 2020:110).

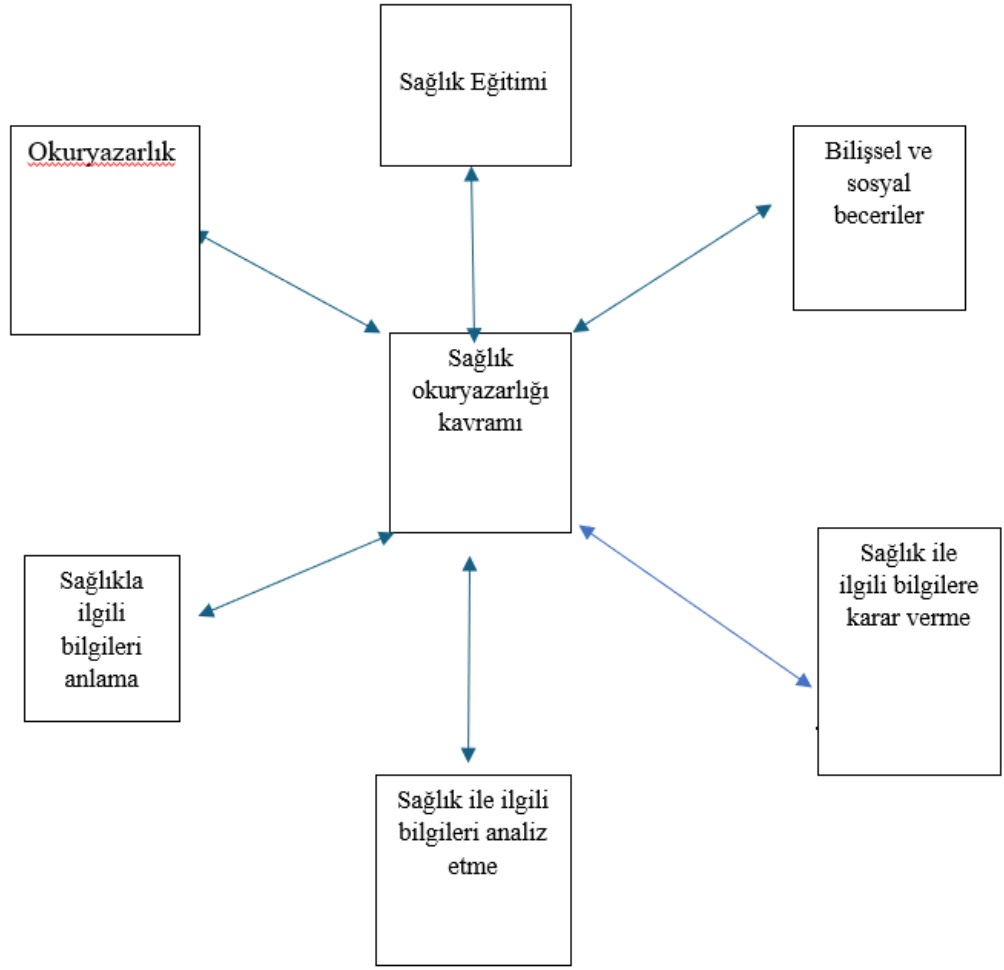
Okuryazarlık, bireyin sağlığını koruma ve sağlık ile ilgili bilgileri doğru anlayıp yaşama geçirebilmesinde köprü vazifesi görmektedir. Okuryazarlık ile sağlık arasındaki etkileşim, sağlık okuryazarlığı teriminin sağlık literatüründe yer almasına neden olmuştur (Demirli, 2019:18). Sağlık okuryazarlığı kavramının eğitim ve okuryazarlık bileşenlerinin kesişiminde yer aldığı belirtilmektedir (Soykan, 2020: 3).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve uygun kararlar verme yeteneğidir (Cha vd., 2014:3; Keleher ve Hagger, 2007:25). Sağlık okuryazarlığı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğünde”, “*Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder.*” şeklinde tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011:5). Konsorsiyumunun geliştirdiği sağlık okuryazarlığı tanımı ise genel okuryazarlık ile bağlantılı olup kişinin yaşam kalitesini geliştirmek için sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile ilgili kararların alınması sürecinde sağlık bilgisine erişme, anlama, analiz etme ve uygulama yeterliliklerine sahip olması olarak ifade edilmektedir (Tanrıöver vd., 2014:18).

Sağlık okuryazarlığı sağlığın iyileştirilmesi için sağlık bilgilerine erişim, kavrama, değerlendirme, iletişim ve harekete geçme bağlamlarından oluşan geniş bir beceri dizisi uygulaması olarak tanımlanan karmaşık bir kavram olarak görülmektedir (Poureslami vd., 2017:746). Bu kavram bireylerin temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini anlaması için bilgi, sözlü iletişim, yazılı iletişim, sayısal beceri ve enformasyon becerilerini kullanması olarak değerlendirilmektedir (Morrison vd.,2019:264). Sağlık okuryazarlığını, sağlıkta davranış değişimi yaklaşımı ile farklı bir boyutta tanımlanabilmektedir (Squiers vd., 2012:31). Sağlık okuryazarlığının her biri farklı perspektif ile birçok tanımı geliştirilmesine rağmen en yaygın kabul gören tanımlarından biri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiştir (Nanna, 2009:2). DSÖ, sağlık okuryazarlığını ‘*Sağlıkta iyilik halini korumak ve geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler*’ olarak tanımlamaktadır (Akbolat vd., 2016:355). Tanımlardan yola çıkarak sağlık okuryazarlığı; bireylerin, sağlıkları ile ilgili karar verme, yaşama geçirme, sağlık profesyonellerini anlama, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilere erişme, deneyimlerini kuşaktan kuşağa aktarması olarak anlaşılmaktadır (Nutbeam ve Lloyd, 2021:161; Sezgin, 2013:77). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık ve öz bakım bilgilerini anlama becerisinde oynadığı rolün sağlık sonuçlarına yansımaları olarak da ifade edilmektedir (Speros, 2005:633)

Sağlık çalışmalarında, sağlık okuryazarlığının benzer içeriklere sahip tanımları ile karşılaşılmaktadır. DSÖ, Amerikan Tabipleri Birliği (AMA), Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) gibi kuruluşların ifade ettikleri 17 sağlık okuryazarlığı tanımlarını inceleyerek analizini yapan Sorensen ve arkadaşları sağlık okuryazarlığını “yaşam kalitesini artırma amacıyla sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme konusunda yeterlilikler ve motivasyon” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım bireysel yaklaşım perspektifinde, sağlık okuryazarlığının halk sağlığı boyutunu vurgulamaktadır (Sorensen vd., 2012:4).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde Sağlık okuryazarlığı ile bağlantılı olan kavramlar Şekil 1’de gösterilmekte olup sağlık okuryazarlığı kavramının; okuryazarlık, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme, sağlık ile ilgili bilgilere karar verme, sağlık eğitimi, bilişsel ve sosyal beceriler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.



Kaynak: Tanrıöver vd., 2014; Ratzan ve Parker, 2000; Akbolat vd., 2016

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Kavram Analizi

Ratzan ve Parker (2000), sağlık okuryazarlığını, ‘*uygun sağlık kararını verebilmek için bireylerin temel düzeydeki sağlık bilgisini elde etme, anlama ve kullanma becerisi*’ olarak tanımlayarak sağlık okuryazarlığının bireysel boyutunu açıklamaktadır. Bununla birlikte ‘sessiz salgın’ yaklaşımıyla da sağlık okuryazarlığının toplumsal boyutuna vurgu yapmaktadır (Ratzan ve Parker,2000:20-21).

Sağlık okuryazarlığı tanımları genel anlamda ortak bir anlamla örtüşmekte olsa da aynı zamanda ortaya çıkan iki temel paradigmadan biriyle dengede götürülmesini savunmaktadır. Bu paradigmlar klinik yaklaşım ve halk sağlığı

yaklaşımıdır. Klinik yaklaşım; Amerikan Tabipler Birliği tarafından açıklanmış olan hastanın sağlıkla ilgili süreçte işlevsel olma yaklaşımıdır. İkinci yaklaşım ise ne kadar klinik tanımı içine de alsın daha geniş kapsamlı olarak sağlıkla ilgili tüm sorunların bireysel ve toplumsal düzeyde aktif ve çözüm odaklı anlayışla ele alınmasını içermektedir (Soellner, vd.,2017:245). Çünkü sağlık okuryazarlığı aktif ve katılımcı bir yaklaşımla yürütülmelidir. Bireyin sağlık okuryazarlığının yüksek olması ailesine, yakın çevresine ve toplumun refah seviyesine etkili olacağı düşünülmektedir (Pitts ve Freeman, 2021:457).

1.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi

Dünyada geçtiğimiz yüzyılda en çok yaşanan sağlık sorunlarının salgınlara neden olan bulaşıcı hastalıklar ve bebeklik dönemindeki ölümler olduğu belirtilmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile birlikte tanı ve tedavi yaklaşımları değişime uğramıştır. Bu değişim, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını ve bebek ölümlerinin de azalmasını sağlamıştır. Bununla birlikte sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler ile birlikte bireylerin yaşama süresi de artmıştır. Günümüzde artan yaşam süresi, yaşlı nüfusun artmasına, kalp damar hastalıkları, kanserler, kronik akciğer hastalıkları, diyabet gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların, dejeneratif hastalıkların görülmesine neden olmaktadır (Bilir, 2014:62).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların sağaltımı için çevre ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinin yanında bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında tutum değişikliğine gitmeleri önem göstermektedir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Grubu, kronik ve dejeneratif hastalıkların görülme sıklığının azalması için 5 müdahale alanını açıklamaktadır. Bunlar (Beaglehole vd., 2011: 1438-1439):

1. Tütün kontrolü
2. Tuz azaltma
3. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite
4. Aşırı alkol kullanımından sakınma
5. Temel ilaçlar ve teknoloji

Sağlık okuryazarlığı kavramının ilk olarak 1970’li yıllarda sağlık eğitimi boyutunda, daha sonraki süreçte ise sağlıkla ilgili bilgileri okuma, anlama, uygulama, analiz etme, yorumlama gibi birçok boyutta ele alınarak geliştiği görülmektedir (Eyüboğlu, 2023:907).

Sağlık okuryazarlığı kavramı Scott Simonds tarafından 1974 yılında “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı makalesinde ilk olarak kullanıldığına dair yaygın bir fikir olmakla beraber sağlık okuryazarlığı kavram olarak 1972 yılında Michael Grossman’ın “Sağlık Sermayesi Kavramı ve Sağlık Talebi Üzerine” adlı çalışması ile sağlık ekonomisi literatürüne girdiği görülmektedir. Çalışmada, kavram sağlık eğitimi boyutunda, sağlık sektöründe önemli bir bireysel girdi olarak görülmekte ve bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlıklarını koruma ve sürdürme konusundaki tutumlarının etkisiyle daha az tıbbi tedaviye başvurdıkları ve sonuçta da sağlık hizmeti harcamalarının azaldığı açıklanmaktadır (Öztürk vd., 2018:196). Sağlık okuryazarlığı, sadece sağlık konuları değil eğitim başta olmak üzere diğer alanlar ile multidisipliner yaklaşımla 1986 yılında Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda geniş ve kapsamlı şekilde ele alınmıştır (Akran, 2021:144). Sağlık okuryazarlığı 1990’lı yıllarda yeniden tartışılmaya ve açıklanmaya başlanmış, sağlık sonuçları ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini ortaya koyan çalışmalarla halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır (Kaya ve Sivrikaya, 2019:218). Sağlık okuryazarlığı kavramının literatürde yaygın bir şekilde kullanımı ise Amerika’da 2003 yılında yapılan “Yetişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi” (NAAL) çalışmasından sonra olduğu belirtilmektedir (Güler, 2022:6).

Sağlık okuryazarlığı kavramının gelişimsel süreci değerlendirildiğinde; İlk olarak okuryazarlık becerisi bağlamında sağlıkla ilgili enformasyonları anlama ve yorumlama becerisi olarak ortaya çıkmaktadır (Speros, 2005:634). İlerleyen süreçte, Nutbeam ve Wise 1993 yılında kişinin okuryazarlık becerisi ile birlikte sağlıklı yaşam için farkındalık ve davranış değişimini eklemiştir. Sonraki süreçte ise 1998 yılında Nutbeam, Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğünde sağlıkla ilgili davranış değişimine motivasyon kelimesini ekleyerek bireyin sağlıkla ilgili psikososyal yönden gelişiminin desteklenmesi üzerine farklı bir boyut kazandırdığı görülmektedir (Ceylan, 2020:115).

Literatürde sağlık okuryazarlığı kavramının ilk olarak sağlık eğitimcileri tarafından ele alındığı sonraki süreçte disiplinler arası yaklaşımla farklı alanlarda yayıldığı görülmektedir (Sezgin, 2013:76).

1.2. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Sağlık sisteminde yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler hem bireysel hem de toplumsal yenilikleri beraberinde getirmektedir. Bu yenilikler sağlık sektöründe değişimlere yol açarak literatürde yeni kavramların yer almasına neden olmaktadır. Bu kavramlardan bir tanesi de sağlık okuryazarlığı kavramıdır. Sağlık okuryazarlığı birey ve toplumun sağlığın korunması, geliştirilmesi, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi sağlaması, etkili, verimli sağlık hizmetleri kullanılması gibi pek çok süreçte aktif rol almaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016:70).

Sağlık okuryazarlığı sağlığı etkileyen faktörlerden olan gelir, eğitim seviyesi, ırk veya etnik grubundan daha güçlü bir belirleyici olarak ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı kavramının sağlığı etkileyen faktörler arasında temel belirleyici olması sağlıkta eşitsizlik mücadelesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi önem arz etmektedir. Yaşam boyu eğitim felsefesi ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması toplumda sağlık eşitsizliklerin azaltılması noktasında da önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (Aktaş, 2018:15; Parker vd., 2003:152).

Sağlık okur yazarlığı kişilerin yaşadıkları kültür ve toplumla etkileşim sürecidir ki bu süreç aynı zamanda bir sonuç olarak da karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerini anlama, dinleme, konuşma, yazma yeteneklerindeki kültürel farklılıklar sağlık okuryazarlığının verimli ve etkin kullanılmasını etkileyen önemli faktörlerdendir. Kısacası sağlık okuryazarlığı aslında sağlığın sosyal bir belirleyicisi olarak kabul edilebilir (Keleher ve Hagger, 2007:25).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıklı yaşam süresini ve yaşam kalitesini artıran, sağlık personeli ile etkili iletişim kurmasını sağlayan önemli bir kavram olarak dikkat çekmektedir (Güler, 2022:9). Bu noktada sağlık okuryazarlığı ile hasta hekim iletişimi üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalara bakıldığında

sağlık okuryazarlığında iletişimin kritik bir faktör olduğu görülmektedir (Williams vd., 2002:383).

Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgileri doğru anlaması ve ihtiyaç halinde doğru kararlar verebilmesi olarak görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi artan bireylerin sağlık problemlerinin çözümünde, sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurdukları, tıbbi tedavileri doğru anlayıp uyguladıkları ifade edilmektedir (Ilgaz ve Gözüm, 2016:71).

Sağlık okuryazarlığının önemine hem birey hem de toplum sağlığını koruma felsefesi ile yaklaşılmalıdır. Bu felsefe sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlığını korunması ve sürdürülmesi konusunda doğru kararlar alması, alınan kararların da toplumun sağlığını etkileyeceğini öngörmektedir (Abel, 2008:169). Çünkü yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, farkındalıkları yüksek olduğu için kendi sağlıklarına ilave olarak aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma düşüncesiyle yaklaşacaktır (Mansur ve Refika, 2022:129).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarını, sağlık hizmetlerini yönetmesini sağlayarak olumlu sağlık çıktılarına katkı sağlamaktadır (Taş ve Akış, 2016:119). Sağlıkla ilgili bilgilerin doğru anlaşılması hem tedaviyi hem de sağlığın sürdürülmesi noktasında sağlıkla ilgili kaynakların verimli kullanılmasına ve sağlıkla ilgili maliyetlerin düşürülmesinde etkili olmaktadır (Sezgin, 2013:73). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı bireysel ve toplumsal sağlık maliyetlerine olumlu katkı sağlayarak sağlıkta eşitsizliklerin önüne geçmektedir (Parker ve Ratzan, 2010:20).

1.2.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı, sürdürülebilir sağlık bakım hizmetlerini etkileyen “sessiz salgın” benzetmesi ile dikkat çekmektedir. Sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık bilgilerini anlama yeteneğinin zayıf olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ile daha fazla sağlık hizmetleri kullanımı arasında ilişki olduğu görülmektedir (Palumbo, 2016:79).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, sağlığı koruyucu önlemlerden yararlanmadığı için hastalıkların önlenmesinde sağlık profesyonellerin

talimatlarına uymada güçlük çektiği, sağlık bilgilerini anlamada problemler ile karşılaştığı ifade edilmektedir (Andrus ve Roth, 2002:283). Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadıkları buna bağlı olarak hastane yatışlarının daha fazla olduğu, hastalıkları tedavi sırasında ilaçları doğru dozda kullanmadıkları, acil servise daha çok başvurdukları için sağlık bakım maliyetlerinin fazla olduğu ifade edilmektedir (Sarıyar ve Kılıç, 2019:128). Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan bireyler ile yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan bireyler karşılaştırıldığında yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine daha çok başvuruda bulunduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının daha az olduğu ve kronik hastalıkları yönetmede daha başarısız oldukları saptanmıştır. Dolayısıyla bu bireylerde mortalite ve morbidite oranlarının da daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Dökmeci ve Deniz, 2023:277). Avusturalya’da yapılan bir çalışmada da düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerde daha yüksek oranda ilaç kullanım hatası ve bireylerin ilaç etiketini yanlış yorumlama hatası olduğu belirlenmiştir (Choudhry vd., 2019:3).

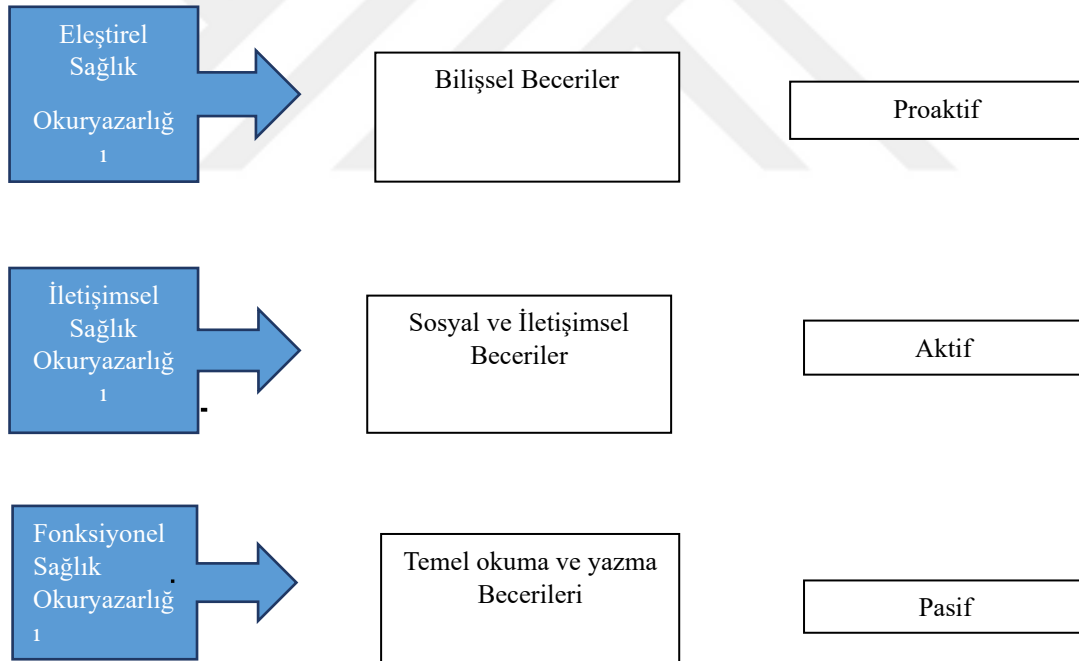
Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığının: (Uğurlu ve Akgün:98; Yıldırım ve Keser, 2015:9; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016:71):-

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önem verilmemesine,
- ✓ Kişinin sağlık ile ilgili bilgileri anlamada yetersiz olmasına,
- ✓ Kişinin sağlık durumunu değerlendirmede yetersiz olmasına,
- ✓ Tıbbi tavsiyelere uymada güçlük yaşanmasına,
- ✓ Kişisel bakım yetersizliğine,
- ✓ Kronik hastalık yönetiminde güçlük çekmesine,
- ✓ Sağlık giderlerinde ve mortalitede artışa neden olduğu belirtilmektedir.

1.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ DÜZEYLERİ

Sağlık okuryazarlığına ilişkin olarak Don Nutbeam tarafından 2000 yılında geliştirilen ve en yaygın kullanılan model, sağlık okuryazarlığı düzeylerini, her basamak kendisinden önceki basamak ile bağlantılı olmak üzere, sağlık

okuryazarlığını işlevsel (fonksiyonel) sağlık okuryazarlığı, iletişimsel sağlık okuryazarlığı ve eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç sınıfta toplanmıştır. Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığı düzeylerini oluştururken okuma, anlama, analiz etme ve karar verme becerilerinin önemi üzerinde durmaktadır (Liu vd., 2020:4; Tanrıöver vd., 2014:18; Soellner vd., 2017:245) Nutbeam'in bu sınıflandırmasına bağlı olarak Kickbusch tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada, her bir düzeyde bireyin rolü ifade edilmiştir. Birey, fonksiyonel sağlık okuryazarlığında pasif roldeyken, iletişimsel sağlık okuryazarlığında aktif rolde, eleştirel sağlık okuryazarlığı düzeyinde ise eleştirel düşünme ile analiz ve sentez edebilme becerisini kapsayan proaktif roldedir. Bu durum Şekil 2'de gösterilmektedir. Ayrıca fonksiyonel sağlık okuryazarlığında temel okuma ve yazma becerileri, iletişimsel sağlık okuryazarlığında sosyal ve iletişimsel beceriler, eleştirel sağlık okuryazarlığında bilişsel becerilerin ön planda olduğu dikkat çekmektedir (Bertizlioğlu, 2022:12).



Kaynak: Kickbusch, 2004

Şekil 2: Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

1.3.1. Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Literatürde fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıkta iyilik halinin etkin olarak sürdürülmesine olanak sağlayan temel okuma ve yazma becerilerini içeren düzey olarak açıklanmaktadır (Taş ve Akış, 2016:120).

İşlevsel sağlık okuryazarlığı olarak da geçen fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, temel okuma becerilerini, sağlık açısından etkin bir işlev görmesini sağlayan yazma becerisini kapsamaktadır (Kickbusch, 2004:3). Temelinde okuma ve yazma becerilerine dayanan bu düzey sağlık okuryazarlığı olası sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağı ile ilgili eğitim enformasyonlarını okuyabilme yetisini içermektedir (Ceylan, 2020:116).

Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinde kişilerin sağlıklarını koruma ve gerektiğinde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgileri içeren materyalleri okuyup anlayabildikleri ifade edilmektedir (Yıldırım ve Keser, 2015:3). Dünya Sağlık Örgütü fonksiyonel sağlık okuryazarlığını, tıbbi açıdan bakıldığında okuma ve yazma yeteneği olarak ifade etmektedir (Smith vd., 2015: 992). Kişilerin bu yetenek ile prospektüsleri, sağlıkla ilgili bilgileri anladıkları kabul edilmektedir (Eyüboğlu, 2023:907).

1.3.2. İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı

İletişimsel sağlık okuryazarlığı, farklı iletişim teknikleri ile sağlıkla ilgili bilgilerden anlam çıkarma ve değişen koşullara yeni bilgileri uygulama için gerekli olan sosyal ve iletişimsel beceriler olarak ifade edilmektedir (Şantaş, 2021:55; Ceylan, 2020:116). İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı; iletişim türlerine bağlı olarak mesajlardan farklı çıkarımlarda bulunmak, yeni bilgileri kazanmak için iletişimsel yetenekleri içermektedir (Elif ve Sivrikaya, 2019:219). Sosyal ve kişisel becerileri gelişmiş bireyler, etkin olarak sağlık aktivitelerine katılım göstermeleri ile sağlıklarının olumlu yönde gelişimine destek olmaktadır (Asan, 2023: 5).

Literatürde interaktif sağlık okuryazarlığı olarak da geçen iletişimsel sağlık okuryazarlığı daha gelişmiş okuryazarlık becerisi ile bilişsel ve sosyal becerileri kapsamaktadır. Bireyin sağlık bilgilerini, farklı iletişim teknikleri ile değişen

koşullara uygulaması sonucunda sağlık faaliyetlerine katılabildiği açıklanmaktadır (Kickbusch, 2004:3; Taş ve Akış, 2016:120).

Eyüboğlu tarafından 2023 yılında yapılan çalışmada etkileşimli sağlık okuryazarlığı olarak da ifade edilen iletişimsel sağlık okuryazarlığı, daha gelişmiş şekilde bilişsel ve sos okuryazarlık düzeyini vurgulamaktadır. Bireyin bu düzeyde sağlıkta farklı bakış açısı sağlayan iletişim tekniklerini kullanarak bilgiyi elde etme, anlam çıkarma ve analiz etme ile değişen durumlara uyma gibi becerilerinin geliştiğini belirtmektedir (Eyüboğlu, 2023:908).

1.3.3. Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı

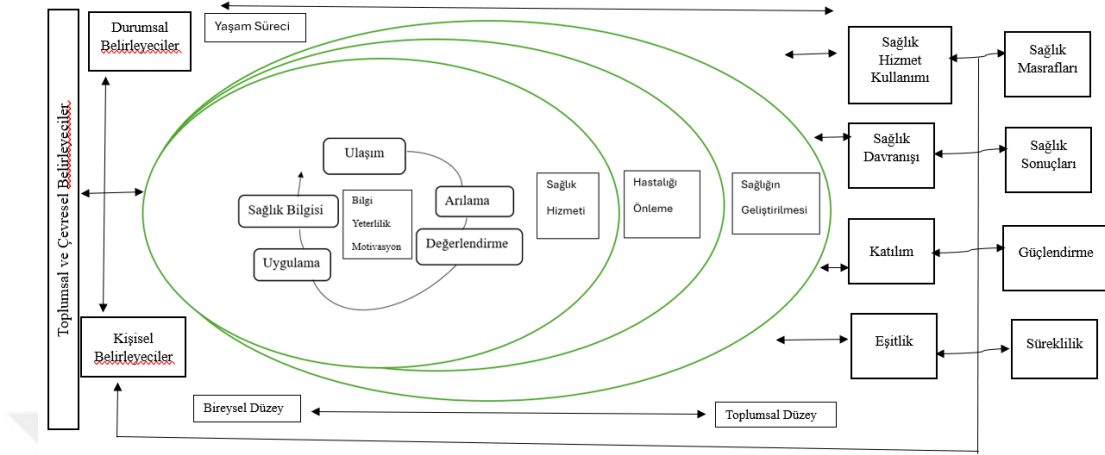
Eleştirel sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere eleştirel yaklaşım ile karar verme becerileri olarak ifade edilmektedir (Önsüz, 2017: 49). Bu düzey sağlık okuryazarlığında, sağlık bilgilerini analiz ve sentez yapabilme için yüksek oranda bilişsel ve sosyal beceriler gerekmektedir (Kickbusch, 2004:3). En gelişmiş sağlık okuryazarlık becerisi olan eleştirel sağlık okuryazarlığının hem bireylere hem de topluma fayda sağlamakta olduğu belirtilmektedir (Asan, 2023: 6).

Eleştirel sağlık okuryazarlığının bireyin sağlık bilgilerini eleştirel bir şekilde yorumlamasına, çıkarımlarda bulunmasına ve yaşama uyarlamasına imkân sağladığı görülmektedir (Ceylan, 2020:116). Bu düzeyde daha gelişmiş bilişsel ve sosyal yetilerin olması gerektiği belirtilmektedir (Taş ve Akış, 2016:121).

1.4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sorensen ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen sağlık okuryazarlığı modelinde sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler çok boyutlu ele alınmıştır. Modelde sağlık okuryazarlığını etkileyen uzak faktörler; demografik durum, kültür, dil gibi toplumsal ve çevresel belirleyicilerden oluşmaktadır. Yakın faktörler ise kişisel belirleyicileri oluşturan yaş, ırk, cinsiyet, gelir durumu, eğitim düzeyi, meslek gibi etmenler ile durumsal belirleyicileri oluşturan aile ve akran etkisi, medya, internet kullanımı etmenlerini içermektedir (Taş ve Akış,

2016:121). Şekil 3'te Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilen sağlık okuryazarlığı modeli görülmektedir.



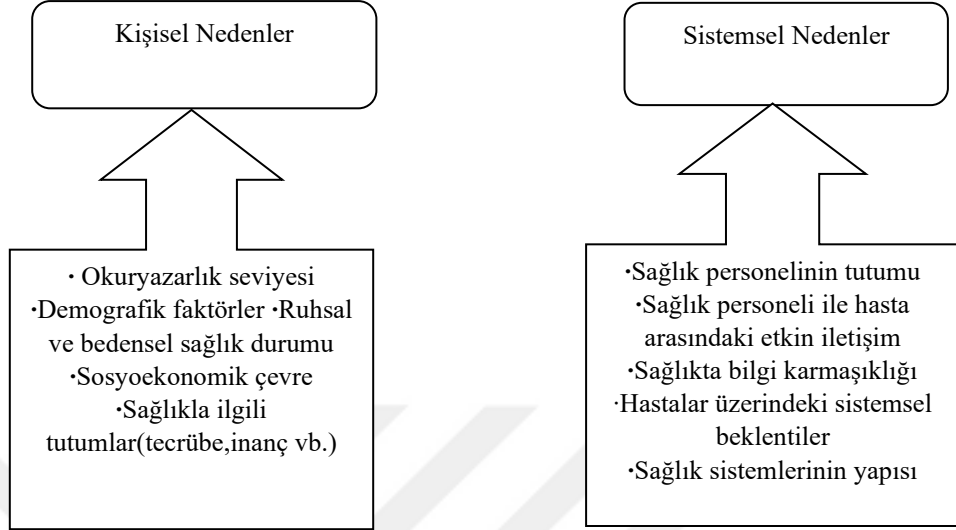
Kaynak: Sorensen vd.,2012

Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı Modeli

Sorensen ve arkadaşlarına göre modelin merkezinde; bilgi, yeterlilik ve motivasyon, çemberin halkalarında; sağlık bilgisini anlama, analiz etme, uygulama ve değerlendirme becerileri bulunmaktadır. Bu becerilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıkları önleme ve sağlığın geliştirilmesi sürecinde etkin olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı modeli bütünsel olarak incelendiğinde, yaşam sürecinde bireysel boyut ile toplumsal boyutun birbirini etkilediği, sağlık hizmetlerine verimli ve etkin katılımın sağlıkta eşitsizlikleri önleyeceği gösterilmektedir. Ayrıca modelde sağlık okuryazarlığının; sağlık sonuçlarını, maliyetleri, sürekliliği etkileyeceği vurgulanmaktadır (Çopurlar ve Kartal, 2016:43).

Sağlık okuryazarlığı, kişisel ve sistemsel faktörlerin etkileşiminden meydana gelen dinamik bir süreç olarak görülmektedir. Bu süreçte okuryazarlık seviyesi, demografik faktörler, ruhsal ve bedensel sağlık, sosyoekonomik çevre, sağlıkla ilgili tutumlardan oluşan kişisel nedenler; sağlık personelinin tutumu, sağlık personeli ile hasta arasındaki etkin iletişim, sağlıkta bilgi karmaşıklığı, hastalar üzerindeki sistemsel beklentiler, sağlık sistemlerinin yapısından oluşan sistemsel nedenleri sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olarak görülmektedir. Bu etkileşim nedeni ile sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler

kişisel ve sistemsal nedenler olmak üzere ayrılmaktadır. Bu durum Şekil 4'te gösterilmektedir (Çetinel Özen, 2021:12).



Kaynak: (Çetinel Özen, 2021)

Şekil4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Literatürde yer alan benzer bir çalışmada ise toplumdaki kişilerin sosyokültürel, psikososyal ve bireysel özelliklerinin sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir (Yakar vd., 2019:28). Sağlık okuryazarlığının çoğunlukla demografik, kültürel ve psikososyal faktörlerden, okuryazarlık seviyesinden, kişisel özelliklerden ve sağlık hizmeti ile ilgili sistemsal nedenlerden etkilendiği belirtilmektedir (Tekbaş vd., 2024:75).

1.4.1. Demografik Faktörler

Sağlık okuryazarlığı; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan yer gibi demografik faktörlerden etkilenmektedir (Deniz vd., 2018:215).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen demografik özelliklerden biri olan eğitim faktörünün sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilediği görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri doğru anlaması, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine önem vermesi daha yüksek düzeydeyken, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi konularına verdiği önemin daha yetersiz düzeyde olduğu görülmektedir (Papen, 2009:20; Bilir, 2014:65).

Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen demografik faktörlerden birisi de cinsiyettir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak kadınlarda, erkeklere göre düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir (Eğilli, 2023:11). Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'nda toplumda özellikle kadınların sağlık okuryazarlığı bilincinin istenen düzeyde olmaması nedeniyle “*Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik özellikle kadınların farkındalığı ve yetkinliği artırılabacaktır*” stratejisinin hayata geçirileceği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019-2023:84). Kaya (2018) tarafından yapılan çalışmada cinsiyetle sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte erkeklerin kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık ortalamasının da arttığı belirtilmektedir (Kaya, 2018:68).

Araştırmalarda konu ile ilgili olarak eğitim düzeyi düşük olan bireylerin sigara içmek, fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenme gibi sağlıksız davranışlara yöneldiği buna bağlı obezite sorunu veya daha kötü sağlık durumları ile karşı karşıya geldiği belirtilmektedir (Friis vd., 2016:54).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel olarak, siyah ırka mensup olan kişilerde, yaşlı bireylerde, kadınlarda, evli olmayan bireylerde, eğitim ve gelir durumu düşük olan bireylerde daha düşük olduğu saptanmıştır (Morris vd., 2013:641).

1.4.2. Kültürel Faktörler

Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri okuması, anlaması, analiz etmesi ve karar verebilmesi süreçlerinden meydana gelmektedir. Bireyler sağlık ile ilgili çıkarımlarda bulunma ve bunu yaşama geçirme sürecinde; dil, inanç, adet, gelenek ve göreneklerini kullanmaktadır (Sezgin, 2013:80). Dil, inanç, gelenek, görenek, azınlık ve etnik grup gibi özelliklerden meydana gelen kültürel faktörler sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurlardır (Yalçın Balçık vd., 2014:324; Greenhalgh, 2015:1).

Kültürel faktörler bireyin etkili iletişim kurmasına zemin hazırlayan unsurlardır. Bu bağlamda kültürel faktörlerin, sağlıkla ilgili mesajları doğru algılamada ve karar vermede etkili olduğu belirtilmektedir (Şahinöz vd., 2018:73). Bununla birlikte kültürel faktörlerin okuryazarlık beceri ve kapasitelerine öncülük etmesi nedeniyle sağlık okuryazarlığını etkilediği de vurgulanmaktadır (Tekbaş vd., 2024:75; Güner vd., 2020:61).

1.4.3. Psikososyal Faktörler

Sağlık okur-yazarlığı üzerine etkisi olan psikososyal faktörler; öz yeterlilik davranışı, motivasyon, sosyal destek, sağlık ile ilgili inanç algısı gibi konuları kapsamaktadır (Yalçın Balçık vd., 2014:324). Sorenson ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada psikososyal faktörlerden motivasyon, özyeterlilik, sağlıkla ilgili tutumun sağlık okuryazarlığını etkilediği belirtilmektedir (Sorenson vd., 2012:8).

Psikososyal faktörler sağlık ile ilgili öz yönetim ve çevre etkileşiminden meydana gelmektedir. Bireylerin sağlığın korunması ve sürdürülmesi konusunda hem öz yönetim becerisi hem de sosyal destek yetersizliği sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Eğilli, 2023:12). Bununla birlikte bireylerin sağlık ve hastalık konusunda farkındalıkları da motivasyon sağlayarak sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (Yalçın Balçık vd., 2014:324).

1.4.4. Kişisel Faktörler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerden biri de kişisel faktörlerdir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel faktörler görme, işitme ile ilgili fiziksel beceriler; sözel yetenek, akıl yürütme ile ilgili bilişsel beceriler ve sosyal becerileri kapsamaktadır (Sorensen vd., 2012:7; Eğilli, 2023:12).

Okuma, yazma, dinleme bileşenlerinden oluşan okuryazarlık becerileri de sağlık okuryazarlığını etkileyen kişisel faktörler arasında yer almaktadır. (Baydan, 2022:10; Güner vd., 2020:61).

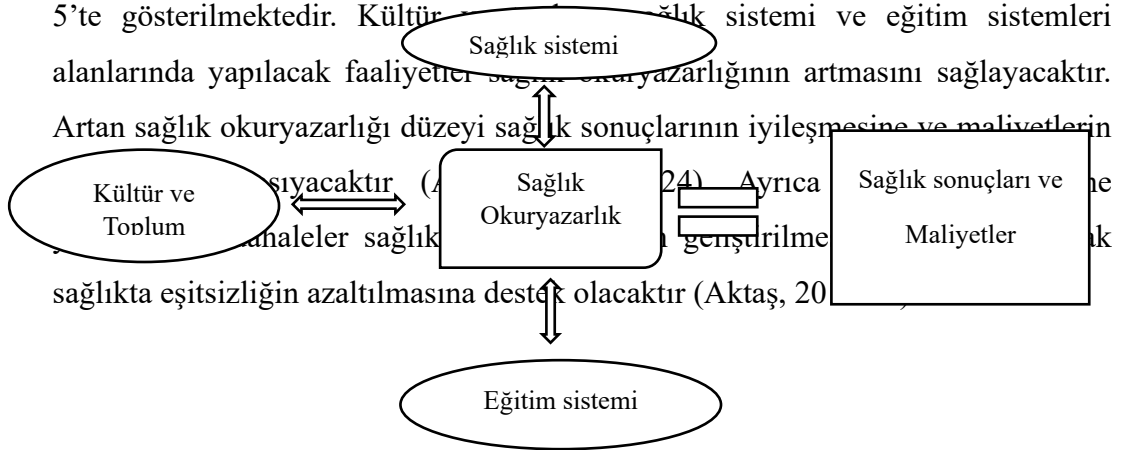
Fiziksel, bilişsel ve sosyal becerileri kapsayan kişisel faktörler, sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve çıkarımlarda bulunma konusunda önemlidir. Bu nedenle kişisel faktörler; hastalıkların tedavisi, sağlığın korunması ve sürdürülmesi noktasında sağlık okuryazarlığını etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (Yalçın Balçık vd., 2014:324).

1.4.5. Sağlık hizmeti ile ilgili Sistemsel Faktörler

Sağlık hizmeti ile ilgili sistemsel faktörler; sağlık hizmetinin erişilebilir, anlaşılır, güvenilir olması ve hekim hasta memnuniyeti etmenlerinden oluşmaktadır (Tatar, 2020:10). Sağlık sistemi ile ilgili faktörlerin, kişilerin bilgisini etkilemesi nedeniyle sağlığa doğrudan yansıtacağı belirtilmektedir (Tekbaş vd., 2024:76).

Sağlık hizmetini yerine getiren ve kullanan bireylerin bilgi alışverişi sırasında karşılıklı anlayış ve güveni, sağlık sistemindeki politik düzenlemeler doğrudan etkileyen sistemsel faktörler olarak görülmektedir (Güner vd., 2020:62). Aynı zamanda sağlık hizmeti görevlilerin tıbbi talimatlara uygun bilgilendirmede, açık bir dil kullanması sağlıkta iletişim noktasında önemlidir (Sezgin, 2013:87).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen kültür ve toplum, eğitim sistemi, sağlık sistemi ile bunların çıktısını oluşturan sağlık sonuçları ve maliyetler ilişkisi Şekil 5'te gösterilmektedir. Kültür ve toplum, sağlık sistemi ve eğitim sistemleri alanlarında yapılacak faaliyetler sağlık okuryazarlığının artmasını sağlayacaktır. Artan sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık sonuçlarının iyileşmesine ve maliyetlerin



Kaynak: Akbulut, 2015

Şekil 5: Sağlık okuryazarlığını etkileyen alanlar ile sağlık sonuçları ve maliyetler ilişkisi

1.5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK SONUÇLARINA ETKİSİ

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin, sağlık hizmetlerinin etkili kullanılmasına, sağlıkta iyilik halinin sürdürülmesine doğrudan etkisi olduğu görülmektedir (Cho vd., 2008:1809). Bu bağlamda sağlık okuryazarlığının acil servis başvurularının etkisi ile ilgili 8 Avrupa ülkesinde yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında (ASOYA), bazı sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı (3 ve daha çok hastaneye yatış, 3 ve daha çok acil servis başvurusu, 6 ve daha çok doktor muayenesi) ile sağlık okuryazarlık puanı karşılaştırılmıştır (Öztaş vd., 2016:258). Sonuçlar Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1: SOY puanı ile Sağlık Hizmetleri Kullanımı ilişkisi

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması			
Bazı Sağlık Hizmetlerinin Kullanım Sıklığı	Sağlık Okuryazarlığı Puanı		
	1-15	16-30	31+
3 ve daha çok kez hastaneye yatış(*)	32-37	27,3-37	19,7-24,8
3 ve daha çok kez acil servis başvurusu(**)	6,7-12	6,5-11,7	5-7,2
6 ve daha çok kez doktor muayenesi	26,7-40	23,7-31,3	13,7-17,6

Kaynak: Öztaş vd., 2016

*Farkındalık bazı ülkelerde anlamlı **Farkındalık bütün ülkelerde anlamlı

Tablo 1’de sağlık okuryazarlık puanının düşük olduğu ülkelerde “3 ve daha çok kez hastaneye yatış”, “3 veya daha çok kez acil servis başvurusu”, “6 ve daha çok kez doktor muayenesi” oranlarının, anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirtilmektedir.

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkileri, bireysel etkileri ve sağlık hizmetleri kullanımına etkileri olarak değerlendirilebilir.

1.5.1. Bireysel Etkiler

Düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi, sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyecektir. Bireylerin okuryazarlık becerilerinin yeterli düzeyde olmaması veya sağlık ile ilgili enformasyonları anlamamasına bağlı kronik hastalığı yönetmede yetersizlik, daha yüksek oranda hastaneye yatma, daha uzun süre hastanede kalma gibi sağlık sonuçları ile karşılaşacağı belirtilmiştir (Gözlü, 2020:142).

ASOYA'ya göre sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin genel sağlık düzeyinin de düşük olduğu bu bireylerin daha sık hastalandıkları, tedavi ilkelerine dikkat etmedikleri için hastalıkların tedavisinde yeterli başarı sağlanamadığı saptanmıştır (Öztaş vd., 2016:258).

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına bireysel etkileri; sağlık davranışlarının (sigara içme, alkol tüketimi ve egzersiz) değişimi, vücut kitle indeksinde değişim, kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım ve kanser görülmesi olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte yaşlı bireylerin sağlık mesajlarını yorumlamakta güçlük çekmesi nedeniyle de geriatrik depresyonun görüldüğü belirtilmektedir (Baker vd., 2007:1504).

1.5.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etkileri

Günümüzde kronik hastalıklarda artış, sağlık hizmetlerinin etkili kullanılmaması, tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla yer verilmesi olumsuz sağlık çıktılarına neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti harcamalarında ve sağlık maliyetlerinde artışa neden olmaktadır (Tanrıöver vd., 2014:22). Bu bağlamda koruyucu sağlık hizmetlerinden ve erken tarama programlarından daha az yararlanılması, toplumda mortalite ve morbidite oranlarının yükselişi sağlık sektörüne etkileri olarak tartışılmaktadır (Dursun vd., 2019:4). Sınırlı sağlık okuryazarlığının, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı (mamografi, pap smear testi, grip aşısı gibi) ile kronik sağlık sorunlarının yönetimi (diyabet, yüksek tansiyon, astım gibi) arasında olumsuz ilişki olduğu ifade edilmektedir (Tontus ve Karakaya, 2014:35).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyerek sağlık harcamalarını artırdığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Bununla birlikte yapılan sağlık harcamalarının toplumun sağlık sonuçlarına da olumlu yönde etkisi olmadığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının kontrol edilmesine yönelik önlemler gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin sağlık politikalarının ilkelerinden birini oluşturmaktadır. lkeler sağlık hizmetlerine bazı kullanım sınırlamaları ile tedavide kullanılan ilaçlardan hasta katılım payı alma gibi politikalar yürütmektedir (Akbulut, 2015:113).

Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarına etkisi ile ilgili çalışmalar bütün olarak değerlendirildiğinde karşılaşılan sonuçlar aşağıdaki gibi belirtilmektedir (Peerson ve Saunders, 2011:116; Benjamin, 2010:784):

- ✓ Düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı genel kapsamda sağlık bakım maliyetlerini olumsuz etkileyebilmektedir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı birçok kişisel özellikler ve sistemsel özelliklerden etkilenebilmektedir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı diğer yaklaşımlarla kombine çalışılması gereken bir kavramdır.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı sosyal sermayeye katkıda bulunmaktadır.
- ✓ Bireyler ve toplumlar için sağlık okuryazarlığı ve sağlık sonuçları daha fazla analiz edilerek çalışmalar yrtlmeye devam edilmelidir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı bireyleri, toplumları, sağlık profesyonellerini kapsayan evrensel bir yapıyı içermektedir.

Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı yalnızca hasta bireylerin değil toplumda yer alan tüm bireylerin kazanması gereken bir beceridir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, hem sağlıkla ilgili bilgileri anlamada zorluk, kronik hastalıklar konusunda bilgi eksikliği, acil servis kullanımlarında artış gibi bireysel etkileri hem de sağlık sistemleri ile ilgili hastaneye yatış, ilaç kullanımları ve sağlık harcamalarında artış gibi tüm toplumu etkileyen birçok olumsuz etkiye sahiptir.

1.6. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN ÖLÇME ARAÇLARI

Sağlık okuryazarlığı başlangıçta soyut bir kavram olarak algılanmaktaydı ve ilk zamanlarda, “Gördüğünüz sağlık materyalini anlıyor musunuz?”, “Sağlıkla ilgili materyalleri okurken yardım alıyor musunuz?” gibi sorular aracılığıyla ve hastadan alınan yanıtlar doğrultusunda sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenmekteydi. Günümüzde sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçebilmek için birden çok test ve ölçek geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları aşağıda yer almaktadır (Sarıyar ve Kılıç 2019:128; Aktaş ve Kızıltan, 2022:86; Ceylan, 2020:117; Yılmaz ve Tiraki, 2016:144; Ertuğrul ve Albayrak, 2020:17):

- ✓ Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM)
- ✓ Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA)
- ✓ e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (eHealth Literacy Scale -eHEALS)
- ✓ Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS-Health Activities LiteracyScale)
- ✓ En Yeni Yaşamsal İşaret (NVS-Newest Vital Sign)
- ✓ Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS- Single Item LiteracyScanner)
- ✓ Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini- HIV Versiyonu (Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version)
- ✓ Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT-Wide Range Achievement Test)
- ✓ Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri (HLSQMs - Health Literacy Screening Question Methodologies)
- ✓ Tıbbi Terim Tanıma Testi (METER: Medical Term Recognition Test)
- ✓ İspanyol Yetişkinler İçin Sağlık Okuryazarlığı Kısa Değerlendirmesi (Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults -SAHLSA-50)
- ✓ Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi (ABLE-Adult Basic Learning Examination)
- ✓ Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi (LAD-Literacy Assesment for Diabetes)
- ✓ Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS-Nutritional Literacy Scale)
- ✓ Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALD-Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry),

- ✓ Slosson Sözlü Okuma Testi (Slosson Oral Reading Test)
- ✓ Yetişkin Temel Eğitim Testi (TABE-Test of Adult Basic Education)
- ✓ Health Literacy Skills Instrument
- ✓ Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)
- ✓ Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi (HLS-EU-Q, European Health Literacy Survey Questionnaire)
- ✓ TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- 32

İlgili literatür tarandığında Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla en sık kullanılan ölçeklerin REALM, TOFHLA, NVS, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ölçekleri olduğu olarak ifade edilmektedir (Ertuğrul ve Albayrak, 2020:18).

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

Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için geliştirilen ilk sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. REALM, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için geliştirilen 125 kelimelik tanıma testidir. Bu ölçekte sorular zorluk seviyesine göre sıralanmakta ve bireylerin kelime tanıma ve telaffuz yeteneği ölçülmektedir. Testte, verilen kelimeleri bireylerin yüksek sesle okumaları istenmektedir 0-18 arası puan Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı ;19-44 arası puan Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı; 45-60 arası puan Kısıtlı Sağlık Okuryazarlığı; 61-66 arası puan Yeterli Sağlık Okuryazarlığı düzeyindedir. Uygulama süresi 3- 6 dakikadan oluşan test ile bireylerin okuma düzeyi ölçülmekte, sayısal becerileri ve anlama düzeyleri ile ilgili ölçüm yapmamaktadır. REALM ölçeğini Özdemir ve arkadaşları 2010 yılında Türkçe’ye çevirip uygulamışlardır (Yeşildal, 2018:13; Aktaş, 2018:14; Ertuğrul ve Albayrak, 2020:18). Özdemir ve arkadaşları tarafından 2010 yılında Türkiye’de yapılan çalışmada 45 yaş ve üstü kadın, ilköğretim mezunu, düşük geliri olan bireylerin REALM puanının düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Düşük öğrenim düzeyinin, sağlık okuryazarlığı düzeyine etkisi olduğu açıklanmıştır. Özdoğan ve Kav tarafından (2014) “Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı

ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi” konulu çalışmada REALM verilerinin kısıtlı sağlık okuryazarlığı düzeyini gösterdiği saptanmıştır (Yılmaz ve Tiraki, 2016:145).

• **Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults -TOFHLA)**

TOFHLA, yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığını ölçmek için Parker vd. (1995) tarafından geliştirildiği açıklanmaktadır. TOFHLA ölçeğinin uygulanma süresi ortalama 18-30 dk olup sayısal becerileri ile okuduğunu anlama becerileri ölçülmektedir. Test, boşluk doldurma ve okuduğunu anlama düzeyini ölçen 17 sayısal soru ve 50 boşluk doldurma sorusundan oluşmaktadır. Testteki amaç sağlıkla ilgili metinleri okuma becerileri, metinlerin içindeki sayıları ve ifadeleri anlama becerilerini ölçmek olarak açıklanmaktadır. TOFHLA testinin İngilizce ve İspanyolcası mevcut olmakla birlikte kısaltılmış formları da bulunmaktadır. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı (YİSOT) olarak adlandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Üçpunar ve Piyal tarafından (2014) yapılmıştır (Yılmaz ve Tiraki, 2016:145; Demirli, 2018:37; Ceylan, 2020:117).

Değerlendirilme 0 ile 100 puan arasında yapılmaktadır. 0-59 puan bireyin yetersiz sağlık okuryazarlığına, 60-74 puan düşük düzey/sınırlı sağlık okuryazarlığına, 75-100 puan ise yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016:145).

• **En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği (Newest Vital Sign-NVS)**

Ölçek 2005 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından, uygulanma süresi 3-6 dakikadan oluşan bir ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir. 2005 yılında geliştirilen NVS testi, düşük sağlık okuryazarlığı açısından risk altındaki hastaları belirlemek için kullanılmaktadır. Okuma ve anlamayı test eden bu ölçekte hastalara bir besin etiketi verilerek ölçüm yapılmaktadır. Bu sorulardan 4 tanesi sayısal beceri gerektiren, 2 tanesi ise etiketteki uygun olan bilgiyi bulma ile ilgili okuduğunu anlama becerisine yönelik olmak üzere toplam altı sorudan oluşmaktadır.

Sorulardan bir tanesi, “Kaptaki tüm dondurmayı yerseniz kaç kalori almış olursunuz?” şeklinde ifade edilmektedir. Besin etiketleri üzerindeki bilgilerden kaptaki porsiyon sayısı, her porsiyonun kalori hesabına ilişkin bir ölçme yapılarak doğru cevap sayısı ile ilgili puanlama yapılmaktadır. Puanlama sonucu 0-1 doğru cevap sayısı muhtemelen sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi, 2-3 doğru cevap sayısı sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi, 4 ve üzeri doğru cevap sayısı yeterli sağlık okuryazarlık düzeyini göstermektedir. Özdemir ve arkadaşları (2010) NVS ölçeğini Türkçe’ye çevirip kullanmıştır (Ertuğrul ve Albayrak, 2020:19).

• Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire-HLS EU-Q)

Bu ölçek, 2011 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından sekiz Avrupa ülkesinde, her ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1000 kişi olmak üzere toplam 8102 katılımcıya anket uygulanması sonucu elde edilen veriler doğrultusunda geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (SOYA-AB), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında, Avrupa’da yer alan Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya’daki toplumların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi Tanrıöver ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkçe’ye çevrilmiştir (Yeşildal, 2018:14).

• ASOY-TR Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Türkçe Uyarlaması

15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla 47 maddeden oluşan, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Abacıgil, Harlak ve Okyay (2016) tarafından Türkçe’ye çevrilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, toplam puan 0-50 arası dört sınıfta değerlendirilir. 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığı; 25-33 sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı; 33-42 yeterli

sağlık okuryazarlığı; 42-50 mükemmel sağlık okuryazarlığı olacak şekilde sınıflandırılmaktadır (Ceylan, 2020:118).

• Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

Sezer ve arkadaşları (2014) tarafından, 18-65 yaş arası 381 birey ile yürütülen 23 maddelik Türkçe Sağlık Okuryazarlık Ölçeğidir (Çopurlar ve Kartal, 2015:44). Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini ölçmeye yönelik olarak hazırlanan ölçek; sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekilden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmektedir (Ertuğrul ve Albayrak, 2020:20)

Sezer ve Kadioğlu tarafından 2014 yılında yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmede Türk toplumuna uygun bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik araştırmaları gerçekleştirilmiştir (Demirli, 2018:38).

• TSOY- 32 Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinde bulunan “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilmesi ile Okyay ve arkadaşları (2016) tarafından güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiş, 32 maddeden oluşan bir ölçek tir. TSOY-32, iki temel boyut alınarak, 2x4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (*Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesi*) ile dört süreç (*Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama*) olmak üzere toplam sekiz faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması ASOY-TR gibi 0 ile 50 arası olacak şekilde değerlendirilmektedir (Ceylan 2020:119). 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen değere göre dört kategoride sınıflandırılmaktadır. 0-25: yetersiz sağlık okuryazarlığı, 25-33: sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı, 33-42:

yeterli sağlık okuryazarlığı, 42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde değerlendirilmektedir (Okur vd., 2021:20).

Literatürde yer alan Türkçe'ye uyarlanmış ölçekler aşağıda listelenmiştir (Kaya ve Sivrikaya, 2019:219):

- ✓ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine REALM (Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
 - ✓ The Test of Functional Health Literacy in Adults TOFHLA (Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık, Okuryazarlığı Testi (YİSOT)
 - ✓ Newest Vital Sign Test NVS (En Yeni Hayati İşaret Testi)
 - ✓ Instrument for Assessment of Health Literacy (Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği)
 - ✓ HALS (Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi)
 - ✓ e HEALS (Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi)
- Çalışmamızda Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeğini kullandık.

1.7. TÜRKİYE'DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dünyada sağlık okuryazarlığı kavramının önem kazanması ile birlikte birçok ÷lke sağlık okuryazarlığını artırmak için sağlık politikaları geliştirmeye başlamıştır. Örneğin nüfusunun %60'ı düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahip bir ÷lke olan Kanada sağlık okuryazarlığı düzeyini artırabilmek için ilk olarak sağlıkta yaşanan değişimlere uygun olarak sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesini sonra da sağlık hizmeti alan kişilerin eğitim almalarına yönelik politikalar geliştirmiştir. Diğer bir örnek bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerine önem veren, eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyeceğini düşünen İrlanda'dır. İrlanda, eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık seviyesinin ilişkili olduğunu düşündüğu için bireylerin eğitim seviyesini artırmaya yönelik faaliyetlere başlamıştır (Dökmeci ve Deniz, 2023:274).

2012 yılında sonuçları açıklanan ve sekiz Avrupa ÷lkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya ve Yunanistan) 15 yaş ve üzerindeki 8 bin kişi ile yapılan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması sonucuna göre %12'sinin yetersiz, %53'ünün yeterli ve çok iyi sağlık okuryazarlık

düzeyinde olduğu, İrlanda’da yaşayan katılımcıların %60’ı, Hollanda’da yaşayan katılımcıların %72’si yeterli ve çok iyi düzeyde puan aldığı açıklanmıştır. Yeterli ve çok iyi düzey yüzdesi en düşük olan ülkelerin Bulgaristan %37 ve İspanya %42 olduğu saptanmıştır (Mut, 2017:31).

ABD ve Avrupa Birliği ülkelerinde yapılmış çalışmalardan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde gelişmiş ülkelerde toplumun yaklaşık %50’sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu, Türkiye’de yapılmış çalışmalarda ise toplumun yaklaşık %70’inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ifade edilmektedir (Turan, 2023:16).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2014 yılında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından yapılan ilk büyük çaplı araştırma yapıldığı görülmektedir (Tanrıöver vd., 2014:66). Bu tarihe kadar konuyu değerlendiren anket ve puanlama sistemi olmaması nedeniyle söz konusu araştırmada Sağlık Okuryazarlığı Anketi- Avrupa Birliği (HLS-EU) Türkçeleştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış ve ülkemiz literatürüne kazandırılmıştır. (Özdemir ve Akça, 2021:535). Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan Türkiye sağlık okuryazarlığı çalışması, 23 farklı ilde 2009- 2012 yılları arasında 4924 kişiden toplanan verilerle gerçekleştirilmiş ve çalışmanın sonucunda Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak açıklanmıştır. Toplumun büyük bir çoğunluğunun yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu ifade edilmiştir (İnkaya ve Tüzer, 2018:125).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2013-2017 yıllarını kapsayan Stratejik Planı’nda “*Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek*” hedefi yer almaktadır. Bu hedef doğrultusunda, “*Halk arasında sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme, izleme ve artırma*” ve “*Toplumda sağlık okuryazarlığını artırmak için iletişim faaliyetlerini güçlendirme*” gibi uygulamaların hayata geçirileceği öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan, 2013-2017:75).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 2019-2023 yıllarını kapsayan sonraki Stratejik Planı’nda ise “*Kendi sağlığının önemini farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak*” hedefi yer

almaktadır. Bu hedef kapsamında “Yeni nesillerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla, MEB ile iş birliği yapılarak ilköğretimde ve ortaöğretimde sağlık eğitiminin etkinliği artırma”, “Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik sağlık çalışanlarının farkındalığı ve yetkinliğini artırma” ve “Toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik özellikle kadınların farkındalığı ve yetkinliği artırma” gibi stratejiler yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan, 2019-2023:83-84).

Türkiye’de konu ile ilgili diğer gelişme Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü’nün teşviki ile Okyay ve Abacıgil editörlüğünde 2016 yılında yapılan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmasıdır”. Bu çalışmada Türk toplumuna yönelik Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 (TSOY-32) ölçeklerinin güvenilirlikleri ve geçerlilikleri yapılarak ülkemizde sağlık okuryazarlığı alanında önemli bir kaynak olarak görülmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile ortaklaşa yürütülen çalışmada, sağlık okuryazarlığını değerlendiren “sağlık okuryazarlığı ölçme aracı” literatüre kazandırılmıştır. Bu çalışmanın birinci çıktısı “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR)” ile İkinci çıktısı ASOY-TR’nin güçlü ve zayıf alanlarının belirlenip Türkiye’ye uygun bir şekilde geliştirilmesi sonucu oluşan “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)” dir (Okyay ve Abacıgil, 2016:73).

Sağlık okuryazarlığı alanında yürütülen bir diğer çalışma 2016 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından gerçekleştirilen “Sağlık Okuryazarlığı Öğrenimi Sertifika Programı” olmuştur. Hekim ile hasta arasındaki iletişimin güçlendirilmesi hedeflenen proje kapsamında halk sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde görevli 400 hekime eğitim verilmiştir (Seçil, 2019:229).

Sağlık okuryazarlığı konusunda toplumun farkındalığının artırılması için Ankara, İstanbul, Muş ve Mardin’de 100 kişiye Sivil Toplum Geliştirme Merkezi tarafından Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında, “Sağlık okuryazarlığı

ve sağlık hakları projesi” ile “Sağlık ve kanser okuryazarlığı” eğitimi verilmiştir. Ordu Kamu Hastane Birliği Sekreterliği, sağlık okuryazarlığının hastaların ilaç kullanımı ve tüketiminde etkisi olması nedeniyle “akılcı ilaç kullanımı” konulu eğitim gerçekleştirmiştir. Bununla birlikte Mersin Toplum Sağlığı Merkezi tarafından Anamur Anadolu Lisesi Öğrencilerine “Sağlıkta Okur Yazarlık ve Akılcı İlaç Kullanımı eğitimi” semineri verilmiştir. Sağlık Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi tarafından 23 ilde 5 bin kişiye yapılan anket sonucu toplanan verilerle Türkiye’nin “Sağlık Okuryazarlığı Haritası” çıkarılması ile toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Merkezi tarafından yapılan “Sağlık okuryazarlığı e-öğrenme sertifika programı” çalışmalarıyla eğitim faaliyetleri devam etmiştir (Kutlu ve Akbulut, 2019:136-137).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ile ilgili 2014 yılında yapılan Malatya ve Kütahya illerinden toplam 514 sağlık çalışanının katıldığı bir çalışmada, hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmadığı ve iki farklı ildeki sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalık ve bilgi düzeylerinin benzer oranda düşük olduğu saptanmıştır (Kaya, 2023:22)

Literatürde Türkiye’de yakın zamanda yapılan sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesine yönelik Bakan ve Yıldız tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada 21-64 yaş grubundaki kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi amacıyla şubat – Mart 2018 tarihleri arasında Türkiye’nin doğusunda bulunan bir şehirdeki Aile Sağlığı Merkezlerinde 691 katılımcı ile Kişisel Bilgi Formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak veriler elde edilmiştir. Katılımcıların %55,4’ünün sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz, %22,4’ünün sorunlu-sınırlı olarak saptanmıştır (Bakan ve Yıldız, 2019:33).

İkişık ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesi genel dahiliye polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin saptanması amacıyla 259 katılımcıya beş sosyodemografik soru ve Türkiye sağlık okuryazarlığı-32 ölçeği (TSOY-32) testinden oluşan anket formu ile veri toplanmış ve çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi %44,8’inde sorunlu/sınırlı, %25,1’inde yeterli olarak saptanmıştır.

Kadınlarda “yetersiz” %21,7 ve “mükemmel” %14,6 sağlık okuryazarlığı oranları saptanırken erkek katılımcıların %53,9’unun Sorunlu-Sınırlı sağlık okuryazar olduğu saptanmıştır (İkişik vd., 2020:247).

Ilgaz tarafından Ekim 2017 ile Ocak 2018 yılında yapılan araştırma ise bir Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 320 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, kişisel bilgi formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ile toplanmıştır. Araştırmada katılımcıların %33,8’inin yetersiz ve %42,2’sinin sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu saptanmıştır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32’nin tedavi ve hizmet boyutunda katılımcıların %58,7’sinin, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda %90,0’inin yetersiz ve sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu tespit edilmiştir (Ilgaz, 2021:151).

Türkiye’nin nüfusunun tümüne ait sağlık okuryazarlık seviyesi ise 2018 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ölçülmüştür. Ölçümden elde edilen veriler doğrultusunda ülkenin sağlık okuryazarlık seviyesinin, birçok ülkenin gerisinde kaldığının tespit edildiği açıklanmıştır (Dökmeci ve Deniz, 2023:275).

Türkiye’ de 2020 yılında yapılan diğer bir çalışmada SGGM tarafından “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile sağlık okuryazarlık düzeyi tespiti yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin demografik koşullar, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlı olarak nasıl değiştiği araştırılmıştır. Bu araştırma, ülke genelini temsil eden 6 bin 228 hane üzerinden yürütülmüştür ve araştırmaya katılanları sağlık okuryazarlık düzeyleri TSOY-32 ile tespit edilmiştir. Katılımcıların, %30,9’unun yetersiz, %38’inin sorunlu-sınırlı, %23,4’ünün yeterli ve %7,7’sinin ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Bir başka ifadeyle her 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

İKİNCİ BÖLÜM

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

Çalışmanın bu bölümünde geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramı, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanım amaçları, tarihçesi, Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp süreci ele alınacaktır. Devamında geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar ile Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp kapsamında uygulanan yöntemler üzerinde durulacaktır.

2.1. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAVRAMININ İNCELENMESİ

Toplumun değer yargıları, kültürü, inanışları, tutumları doğrultusunda geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, konvensiyonel tıp kavramları konusunda çeşitli tanımlar literatürde tanımlanmaktadır. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle konvensiyonel tıp, alternatif tıp ve tamamlayıcı tıp kavramları üzerinde durmak yerinde olacaktır.

Konvensiyonel tıp; modern tıp, batı tıbbı, pozitif tıp kavramları ile aynı anlama gelen bilimsel yöntemlere dayanan, bilimin kurallarını temel alan, bilimsel araştırma sonuçlarıyla desteklenen günümüzde kabul görmüş tıbbi uygulamalardır (Boztepe, 2024:160).

Alternatif tıp; bilimsel olarak kanıtlanmamış, modern tıbbın yerine geçen, modern tıp tarafından kabul görmeyen uygulamalarıdır (Düzen ve Korkmaz, 2015:68)

Tamamlayıcı tıp; modern tıp ile etkileşim içinde olması nedeniyle kabul gören yaklaşımlardır (Talhaoğlu, 2021:17).

Bilimsel tıbbi destekleyen başka alternatifler uygulanması tamamlayıcı tıp, bilimsel tıbbın yerine farklı tedavi seçenekleri kullanılması alternatif tıp olarak ifade edilmektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ise bilimsel tıbbın alternatifi değil, tedavinin alternatifi şeklinde tanımlanmaktadır (Ünal ve Dağdeviren, 2019:2).

Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Tıp Merkezi'ne göre; modern tıp ile sağlık sisteminde olmayan yöntemler bir anılıyorsa tamamlayıcı tıp; sağlık sisteminde olmayan yöntemlerin modern tıbbın yerini alması da alternatif tıp olarak adlandırılır (Aydemir, 2022:14).

DSÖ 2014-2023 stratejisinde, Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp olacak şekilde kavramalara yer vermiştir. Geleneksel tıbbi “*Fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın sürdürülmesinde kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür.*” şeklinde ifade etmektedir. Tamamlayıcı tıp veya alternatif tıp kavramlarını modern tıbbın parçası olmayan sağlık sistemi içinde bütünleşmemiş uygulamalar; geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ise geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının birlikte olması şeklinde açıklamaktadır (Göktaş, 2020:3; Cangir, 2022:3). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ise geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp kavramlarından oluşan tıbbın alternatifi değil, tedavinin alternatifi olduğu fikrini desteklediği için “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” kavramı ön plana çıkmaktadır (Zararsız, 2022:18). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü, modern tıbbın yanında tamamlayıcı tıptan yararlanılması gerektiğini savunduğu için geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp terimlerini bütünleştiren, GETAT kavramını desteklemektedir (Gündüz, 2021:5). GETAT kavramı yerine literatürde; halk hekimliği, doğal tıp, folklorik tıp, destekleyici tıp ve bütünleştirici tıp gibi ifadeler de kullanılmaktadır (Biçer ve Balçık, 2019:248).

Bu tanımlar doğrultusunda GETAT uygulamalarının, günümüzün modern tıbbında çözüm bulamayan hastaların başvurduğu yöntemler olmakla birlikte

toplumların inanç, kültür ve değer yargılarından kaynak olarak şekillendiği ifade edilebilir.

2.2. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARININ TARİHÇESİ

Tıbbın tarihi ilk insanla birlikte ortaya çıkmıştır. İnsanlar hastalıklarına deva ararken bunu bazen tabiatta bazen de dini ve kültürel inançlarında araştırmıştır. İlk çağlarda toplumlar arası iletişimin kısıtlı olması kültüre özgü tutum ve davranışların oluşmasına sebep olmuştur (Göktaş, 2020:1).

Literatürde rastlanan bazı kaynaklarda geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın Eski Çin ve Hint tıbbından temel aldığı, tarihçesinin Çin'e dayandığı açıklanmaktadır. Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının Japonya, Kore, Doğu ve Güney Asya gibi ülkelerin kültürüne göre değiştiği ifade edilmektedir. Eski Çin'de Ayurvedik olarak isimlendirilen geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemi, şamanlar tarafından bitkisel tedavi uygulamasıdır. 19. Yüzyıla gelindiğinde homeopati, kayropratik ve oseopati gibi yöntemlerin kullanılmaya başlandığı görülürken akupunktur yönteminin tarihinin M.Ö 100 yılına dayandığı belirtilmektedir (Uslu, 2020:2).

Dünyada bilinen kayıtlara göre bu yöntemlerin, Birleşik Devletlerde 1998 yılında Ulusal Sağlık enstitüsüne bağlı olarak kurulan merkezde uygulandığı açıklanır. Kurulan merkezin amacı (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi NCCAM), uygulanan yöntemlerin etkinliğini güvenilirliğini bilimsel yöntemler ile incelemek ve bilimsel araştırma sonuçları ile desteklenen uygulamaları geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerine kazandırmaktır (Muslu ve Öztürk, 2008:63; Özen, 2023: 3).

Tarihin eski medeniyetlerinde yer alan Mısır medeniyetinde sağlık sistemleri diğer medeniyetlere göre daha bilimsel özellikler içermektedir. Cerrahi operasyonlarda hijyen standartlarına uygun, kullanılan tıbbi araçların günümüze benzer özellikler taşıdığı görülmektedir. Eski Mısır'da papirüslerde tedavi için yazılan reçetelerde, anason, afyon, sarımsak, ardıç gibi bitkiler; sodyum, deniz tuzu, şap gibi madenlerin yazıldığı görülmektedir (Fırat, 2019:11).

Tarihte Türk devletini oluşturan birden fazla topluluk olması nedeniyle tarih, kültür ve dil değerlerini bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Bu bağlamda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının tarihi içinde bulunduğu toplumun tarih, kültür ve dil değerlerine göre şekillenmektedir (Bayat, 2016:236). Türkiye’de geçmişi uzun zamana dayanan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları insanların dini ve kültürel değişimleri ile Anadolu Tıbbına temel olmuştur. Anadolu tıbbı söz konusu olduğunda yazılı kaynaklarda Hititler ortaya çıkmaktadır. Hititlerin kil tabletlerinde Hitit tıbbını öğrenmek mümkün olmaktadır. Hitit tıbbında tıbbi bitkilerin önemli olduğu görülmektedir. Bu tabletlerde; üzüm, zeytin, defne, arpa, badem, banotu, buğday, dişotu, hardal, haşhaş, kayısı, köknar, mazı, mersin, meyankökü, safran, sarımsak, sedir, selvi, alıç gibi birçok tıbbi bitkinin tedavi amaçlı kullanıldığı vurgulanmaktadır (Altıntaş, 2022:2).

Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde müzik tedavi uygulamalarının kullanıldığı ifade edilmektedir. Selçuklu ve Osmanlı döneminde yapılan hastanelerin özellikle psikiyatrik hastalıkların tedavisine yönelik müzik akustiğini sağlayacak şekilde tasarlandığı görülmektedir (Güzel, 2023:6).

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tarihi bütüncül incelendiğinde ‘plasebo’ ve ‘nosebo’ kavramları ön plana çıkmaktadır. Kavramların bilimsel çalışmalar ile araştırılması, analiz edilmesi gerekmektedir (Somer ve Vatanoğlu-Lutz, 2017:59). Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarında; kişiler arası etkileşim, gözlem veya çevresel uyarılar ile oluşan plesebo etkisi anlamlı semptomatik rahatlama sağlamaktadır. Sağlık görevlilerinin terapötik fayda önerileri plasebo etkisini oluşturabilmektedir (Colloca vd., 2014:2).

2.3. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBIN KULLANIM NEDENLERİ

Bireyler sağlık problemleri ile karşılaştıklarında çözüm bulma sürecinde kimi zaman modern tıba başvururken kimi zaman da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanmaktadır (Zülfinaz vd., 2020:103).

Literatür incelendiğinde tamamlayıcı tedavi seçeneklerinin faydaları üzerine bilimsel olarak yeterince veri olmamasına karşın geniş bir kullanım alanına sahip olmasından dolayı sağlık bakım kurumlarında tedavi seçenekleri olarak sunulabilmektedir (Khorshid ve Yapucu, 2005:125). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının birçok ülkede 1990'lerden bu yana özellikle sağlığı korumak veya kanser, HIV enfeksiyonu, multipl skleroz, romatolojik hastalıklar ve astım gibi kronik hastalıkların tedavisi için kullanımının artmakta olduğu belirtilmektedir (Sarı, 2019:7).

Günümüzde birçok hasta, hastalıklarının tedavisinde, semptomlarının hafifletilmesinde veya giderilmesinde, kronik hastalıkların yönetilmesinde tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) metotlarını kullanmakta ve sıklıkla da tamamlayıcı ve alternatif tıbbi modern tıptan daha etkili olduğunu düşünmektedir (Tokem, 2006:190). İnsanların tamamlayıcı yöntemleri kullanma nedenleri arasında daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, tıbbi tedaviden duyulan hoşnutsuzluk, hastalıkların tedavisi sırasında oluşan umutsuzluk duygusundan kurtulma, gerginlik ve kaygıdan kaçınma belirtilmektedir (Çetin, 2007:92).

Dünya üzerinde ortalama insan yaşam süresinin artması ile tedavisi uzun ve maliyetli olan kronik hastalıklarda artış görülmesi, sağlık personelinin yeterli süre ayıramaması ve hastaların mevcut tedavi seçeneklerinin olası komplikasyonlarına kaygı ile bakması tamamlayıcı tıba başvuruyu artırdığı görülmektedir (Turan vd., 2010:104). Kronik hastalığı olan bireylerin GETAT uygulamalarına en çok neden başvurduğunu belirlemek amacıyla Türkiye'de Nural ve Çakmak tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada hastaların tansiyonu düşürmek (%38,8), ağrıyı gidermek (%30,2), enfeksiyonu tedavi etmek (%13,2), kan şekerini düşürmek (%9,3) ve kanseri iyileştirmek (%6,2) amacıyla kullandıkları tespit edilmiştir (Şahan ve İlhan, 2019:15).

Geleneksel tıbbın kronik hastalıkların sağaltımında tam olarak başarıya ulaşamaması, teşhis ve tedavi sürecinde hastanın yeterince bilgilendirilmemesi, tıbbın defansif tıba dönüşmesi ile teşhis aşamasında gerek olmayan tetkik ve görüntüleme yöntemleri ile hastayı yoran işlemlere maruz kalması hekimlere olan güveni azaltarak hastayı tamamlayıcı tıba yöneltmektedir (Şahin, 2017:161).

İnsanların GETAT yöntemlerini kullanmalarının nedenlerinden biri de uygulamaların sağlığa herhangi bir zararının olmayacağı düşüncesidir. Literatürde kemoterapi alan hastaların GETAT kullanma durumları ile ilgili Uğurluer ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların %81,2'sinin GETAT uygulamalarına mevcut tedavileri ile birlikte başladıkları, %17,2'sinin sağlığı koruma adına kullandıkları tespit edilmiştir (Zülfünaz vd., 2020:103).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kolay erişilebilir olması, daha az maliyetli olması, hastanede tedavi korkusu, sağlık hizmeti için uzun süre bekleme, hastalıkların iyileştirilmesi ve tedavisi noktasında katkıda bulunabileceği düşüncesi bireyleri bu uygulamalara yönlendirmektedir (Othman ve Farooqui, 2015: 262)

Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp uygulamalarının anlaşılır olması, yan etkisinin az olması, yaşam kalitesinin artırması, sağlığın korunmasında yardımcı olması, modern tıbbın hastaların taleplerini tam olarak karşılamaması, daha bütünsel tıbbi yaklaşım sergilemesinden dolayı hastaların başvurduğunu ifade edilmektedir (Suzuki, 2014:113).

GETAT yöntemleri hangi nedenle kullanılırsa kullanılsın, bireylerin eğitim düzeyi, sağlık konusunda bilinç düzeyi, hekim hasta ilişkisi, hekimin bu yöntemlere karşı tutumu gibi faktörlerin elde edilecek sonuçlara olumlu veya olumsuz etki oluşturabileceği belirtilmektedir (Somer ve Vatanoğlu-Lutz, 2017:59).

Bu bağlamda uygulamaların uzman kişilerce yapılması, başvuranların hastalıklara tanı koymada ve tıbbi tedavi almada gecikmemelerinin ve yöntemin istenmeyen sonuçlarına karşı zarar görmemelerinin, GETAT yöntemlerinin bilinçli şekilde kullanılmasının önemli olduğu söylenebilir.

2.4. TÜRKİYE'DE, DÜNYA'DA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP SÜRECİ

Dünya'da GETAT uygulamalarının artması ile DSÖ GETAT'la ilgili ilk 2002-2005 stratejik planlarını yayınlamıştır. Stratejik planlarında üye ülkelerin geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp uygulamaları konusunda kendi politikalarını

geliştirmelerini, yöntemlerin doğru kullanımını teşvik etmelerini, uygulamaların modern tıba entegrasyonunu sağlamaları konusunda hedef belirlemiştir (Göktaş, 2020:4).

DSÖ'nün 2002 yılında yayınladığı “Geleneksel Tıp Strateji Planlaması” ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları güvenilir kriterlerle bugün birçok merkezde uygulanmakta ve bireylerin uygulamalardan yarar sağladığı görülmektedir. GETAT uygulamalarının ülkelere göre kullanım oranı, Afrika kıtasındaki ülkelerde yaklaşık %80; Kanada’da %70,4; Çin’de %70; Fransa’da %49,3; Amerika’da %42,1 olduğu açıklanmaktadır. Çin, Japonya ve Hindistan gibi Asya ülkelerinde GETAT uygulamalarının modern tıp ile birlikte tedavide önemli yer aldığı belirtilmektedir (Aydın vd., 2023:34).

DSÖ 2018 yılı itibariyle yayınladığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Küresel Raporu’na göre, kendisine üye 194 ülkeden 170 ülkenin GETAT kullanımını kabul ettiğini, DSÖ’ye üye devletlerin %50’sinden fazlasının (98 üye) GETAT konusunda ulusal politikasının bulunduğunu, 109 üye devlet, GETAT için yasal düzenlemelerinin olduğunu açıklamıştır. Ayrıca birçok üye devlette, GETAT uygulamalarını, ulusal ilaç sektörüne veya tıp yasalarına uyumlu hale getiren düzenlemelere yer verdiklerini ifade etmiştir (Zararsız, 2022:20).

Türkiye’de bu alanda ilk düzenlemenin 1991 yılında çıkartılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile başladığı açıklanmaktadır. Bu yönetmeliğin amacı *“ülkemizde akupunktur tedavisinin, diğer tedavi metotlarında olduğu gibi, bilimsel yöntemlerle yapılmasının sağlanması”* olarak belirtilmiştir. Yönetmelikte, akupunktur, uygulama yöntemleri, kimlerin uygulama yapabileceği belirtilmiştir (Mollahaliloğlu vd., 2015:103).

Türkiye’de 2011 yılında yürürlüğe giren 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili hukuki adım atılarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yasal düzenleme yetkisi verilmiştir (Resmî Gazete, 2011).

2012 yılında 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanunun Ek-13’üncü maddesi ile 663 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin (ğ) bendine dayanılarak “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire

Başkanlığı” kurulmuştur. Bu kurumun görevleri; geleneksel, tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak, uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak olmuştur (Dikmen, 2023:9).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nin yayımlanması GETAT ile ilgili diğer bir hukuki gelişme olmuştur. Bu yönetmelik *‘insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemek’* amacı ile çıkarılarak kapsamı genişletilmiştir. Bu yönetmeliğe ek olarak getirilen maddelerde akupunktur dışında apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi yöntemlerinin uygulanmasına dair usul ve esaslar da ilk defa ele alınmıştır. Bu yönetmelik kapsamında GETAT yöntemlerini uygulayabilecek yetkililer, uygulamaların yapılabileceği yerler konusunda düzenlemeler getirilmiştir (Kocabaş vd., 2019:66).

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Kararname No:1’in 355 mad. 3 fıkrasında *“Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak”* açıklaması ile geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemeleri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev tanımı içine dahil etmektedir (Resmi Gazete, 2018).

Türkiye son olarak 2019-2023 Stratejik Planında; Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında kalite ve güvenilirliğin sağlanmasında belli bir anlayış, uzlaşma içeren hukuki düzenlemelerin tamamlanmasını, planlamanın sonuca ne kadar ulaştığı konusunda denetim mekanizmasının geliştirilmesi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını yapan merkez sayısı ve devlet hastanelerindeki ünite sayısı artırılmasını ve uygulamaları yapan hastanelerde

faaliyetlerin kontrol ve analiz edilmesi kontrol ve denetim mekanizmaları oluşturulması hedeflenmektedir (Cangir, 2022:6).

2.4.1. Türkiye’de GETAT ile ilgili yapılan akademik çalışmalar

Türkiye’de 2019- 2023 yılları arasında GETAT ile ilgili yapılan akademik çalışmalar Tablo 2’de gösterilmektedir. Bu yıllar arasında GETAT anahtar kelimesi tarandığında, 10 tane yüksek lisans ve tıpta uzmanlık tezine rastlanmaktadır. Tablo 2’de çalışmaların kimler tarafından, hangi yıllarda yapıldığı, araştırmanın amacı, hangi araştırma yönteminin kullanıldığı, örneklem grubunun özellikleri ve çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Çalışmalarda daha çok nicel araştırma yönteminin tercih edildiği görülmektedir. Çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde katılımcıların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın zararsız olduğu düşüncesine sahip olduğu ve uygulamalara karşı genel olarak olumlu yönde tutum içinde oldukları görülmektedir.

Tablo 2: Türkiye’de GETAT ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Yazar-Yıl	Araştırmanın Amacı	Kullanılan Yöntem	Katılımcılar	Sonuç
Fırat- 2019	Düzce ili GETAT sektörünün uluslararası rekabetçilik gücü düzeyini ortaya çıkarmak, sektörün geliştirilmesine yönelik temel stratejileri ve modelleri belirlenmektedir.	Nicel ve nitel yöntem	Düzce İli GETAT sektörüne yönelik ilgililer	GETAT sektörünün uluslararası rekabetçilik gücü; orta- yüksek/oy, orta/oy ve düşük-orta/ oy düzeyde tespit edilmiştir.
Sarı, 2019	Tıp fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeylerini, bu bilgileri nasıl öğrendiklerini, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanımlarını ve uygulamalara karşı tutumlarını öğrenmektedir.	Nicel yöntem	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 1 ve dönem 6 öğrencileri	Tıp fakültesi öğrencilerinin GETAT uygulamaları ile ilgili ve belli oranda olumlu bir yaklaşım içinde oldukları, bu uygulamalar ile ilgili teorik ve/veya uygulamalı eğitim almak ve bu uygulamaları modern tıp yanında hastalarına uygulamak istedikleri belirtilmiştir.
Ulusoy,2020	GETAT yöntemlerini kullanan grubun prevelansı, sosyodemografik özellikleri, hangi kanser tanısı ve tedavisi aldığı, GETAT hakkındaki tutumları ve bunları etkileyen	Nicel yöntem	Ankara Şehir Hastanesi Onkoloji Polikliniklerine başvuran hastalar	Kanser hastalarının GETAT yöntemlerini kullanma sıklığı %33,7 olarak saptanmıştır.

	faktörleri saptamaktır.			
Uslu,2020	Tıp fakültesi öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum / inançlarını ölçmek için GETAT Sağlık İnanış Anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmaktır.	Nicel Yöntem	Ankara’da bulunan Tıp fakültelerinde 5. ve 6. dönemde eğitim-öğretim gören 155 öğrenci	Çalışmada anketin güvenilirliği ve yapısal geçerliliği yüksek bulunmuştur.
Zararsız, 2022	Sağlık turizmi kapsamında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarının turizm potansiyelini değerlendirmek ve Türkiye’deki durumunu Alanya örneği üzerinden tespit etmektir.	Nicel yöntem	Alanya ilinde yaşayan bireyler	Katılımcıların çoğunluğuna göre GETAT (%59,5) ve sağlık turizmi (%56,5) ile ilgili yapılan tanıtım faaliyetlerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
Cangir, 2022	Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) polikliniğine ve Aile hekimliği polikliniğe başvuran hastaların GETAT konusundaki inanç ve tutumlarının değerlendirip karşılaştırmaktır.	Nicel yöntem	GETAT yöntemi kullanan, kullanmayan olmak üzere ikiye ayrılmış toplam 176 katılımcı	GETAT kullanımını etkileyen ana faktörün bu yöntemlere olan inanış olduğu sonucu belirtilmiştir.
Göktaş, 2020	Hastaların GETAT kullanım durumu, GETAT hakkındaki tutum ve davranışlarını ve etkileyen faktörleri tespit etmektir.	Nicel yöntem	SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Gülbahar Eğitim ASM’ye (Aile Sağlığı Merkezi) başvuran ve çalışmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 330 hasta	Katılımcıların yarısından fazlası GETAT yöntemi kullanmasına rağmen çok az bir kısmı hekim ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılmıştır. Çoğunluk GETAT yöntemlerinin tamamen zararsız olduğunu düşünmektedir.
Güzel, 2023	Kronik tinnitus hastalarının; Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarına yönelik bilgi düzeyleri ve tutumlarını saptamaktır.	Nicel yöntem	80 hasta	Kronik tinnitus hastalarının GETAT’ a yönelik pozitif yönde tutumu olduğu saptanmıştır.
Özen, 2023	18 yaş üzeri erişkinlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kullanım durumu, bilgi ve tutumlarını saptamaktır.	Nicel yöntem	Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran 325 katılımcı	18 yaş üzeri GETAT kullanımı yaygın olarak kullanıldığı tespit edilmiştir.

Orta, 2022	Asistan hekimlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını incelemektir.	Nicel yöntem	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi asistan hekimleri arasında 180 katılımcı	GETAT uygulamaları hakkında bilgi düzeyi yüksek olan hekimlerin Uygulamaların tedavi ediciliğine karşı düşüncelerinin daha yüksek olduğunu, bu uygulamaları kullanma ve kendilerinde uygulanması konusunda daha ilgili oldukları görülmüştür.
------------	---	--------------	--	---

2.5. TÜRKİYE’DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KAPSAMINDA UYGULANAN YÖNTEMLER

Günümüzde modern tıbbın karşısında daha bütüncül (holistik) bakış açısına sahip “geleneksel” diğer bir deyişle tamamlayıcı ya da alternatif tıp olarak ifade edilen yöntemler uygulanmaktadır (Ergin vd., 2011:137). Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH) tamamlayıcı tedavileri sağlık yaklaşımları olarak değerlendirmektedir. NCCIH tamamlayıcı tıbbi doğal ürünler, zihin ve beden uygulamaları ve diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları olarak sınıflandırmaktadır (Çevik, 2013:72; Alsanad vd., 2018:2).

2014 yılında 663 sayılı KHK’ye bağlı olarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığının hazırladığı yönetmelik kapsamında uygulama merkezlerinde yapılabilecek geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları 15 alt başlık olarak belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2014). Türkiye’de 2022 yılı itibariyle GETAT yöntemlerinden Akupunktur, Apiterapi, Fitoterapi, Hipnoz, Homeopati, Kayropratik, Kupa Uygulaması, Larva Uygulaması, Mezoterapi, Müzikterapi, Osteopati, Ozon uygulaması, Proloterapi, Refleksoloji ve Sülük uygulamasına izin verilmiştir (Koçinkağ vd., 2022:23). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı açıklamasına göre Türkiye’de 28 tane GETAT eğitim merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerden 15 GETAT eğitim merkezi Sağlık Bakanlığı’na, 8 GETAT merkezinin devlet üniversitesine bağlı, 5 GETAT merkezinin de vakıf üniversitelerine bağlıdır (Getatportal, 2020).

2.5.1. Akupunktur

Çin tıbbından köken alan akupunktur vücutta yer alan meridyenler diğer bir ifade ile akupunktur noktalarına iğne batırma uyarımı ile değişen enerji akışının düzeltilmesi yöntemidir (Kavaklı, 2010:1). Akupunktur yöntemi, tedavi ve koruyucu etkisi ile vücudun kendi kendini onarmasına fırsat sağlamayı amaçlamaktadır (Çayır ve Tanrıverdi, 2022:257).

Akupunktur yöntemi duyuşal uyarıma odaklanmıştır. Cilde ve daha derin dokulara yerleştirilen akupunktur iğneleri, periferik sinirleri manuel rotasyonla veya elektrik uygulaması yoluyla uyarır. Bu stimölasyon elektro-akupunktur (EA) olarak adlandırılır (Manni vd., 2010:9). Akupunktur yönteminin etki mekanizması, akupunktur noktasına batırılan akupunktur iğnesi ile merkezi sinir sisteminde yer alan korteks bölgesindeki nöronlar uyarılması ve ağrı kontrol sistemi devreye girer. Ağrı kontrol sistemi devreye girmesidir. Beyin dokusunda, beta endorfin, en kefalın, serotonin ve norepinefrin düzeylerinin yükselmesi sonucunda analjezik ve antienflamatuvar etkileri ortaya çıkmaktadır (Cabıoğlu, 2008:97).

Literatürde, akupunkturun etkileri üzerine yapılan klinik çalışmalarda akupunktur yönteminin bel ağrısı, diyabetik nöropatik ağrı sendromları tedavisinde olumlu sonuçlar elde edildiğı belirtilmektedir (Han, 2004:260). Akupunkturun etkinliğı ve etki mekanizması üzerine yapılan bilimsel incelemelerde hastaların birçok kronik rahatsızlığın tedavisi için akupunktura başvurduğı ortaya çıkmaktadır (VanderPloeg ve Yi, 2009:32). Akupunktur ile ilgili Alimi ve arkadaşları tarafından Şubat 1999 ile Mayıs 2001 tarihleri arasında analjezi ünitesine gelen 432 hasta ile (daha önce kulak akupunkturu olan hariç) kulak akupunkturu tedavisinin kanser hastalığı ağrısı üzerine etkisini değerdendirmek için yapmış oldukları çalışmada hastaların ağrı şiddetinde %36 azalma olduğı saptanmıştır (Alimi vd., 2003:4120).

Akupunktur yaygın olarak kabul gören bir müdahaledir. Diş ağrısı, fibromiyalji semptomatik tedavisi, bulantı/kusma, diz osteoartriti, uykusuzluk, epikondilit, kronik sırt ağrısı, idiopati baş ağrısı rahatsızlıklarında alternatif yöntem olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Ernst, 2006:133; Vickers vd., 2002:

93). Günümüzde akupunkturun başta algoloji alanında, kanser tedavisi sırasında kullanılan ilaçların yan etkilerinden olan bulantı ve kusmanın tedavisinde, kardiyovasküler rahatsızlıklar, nörolojik hastalıklar, infertilizasyon ve astım gibi hastalıkların tedavisinde olumlu etkilerine rastlanmaktadır (Şeyda ve Türker, 2022:168).

Akupunktur stimülasyonu ve beyin fonksiyonu arasında olumlu korelasyon olduğu inceleyen Napadow ve arkadaşlarının 2007 yılında yayınlanan raporda belirtilmiştir. Karpal tünel sendromu (KTS) olan hastalara akupunktur tedavisi 5 hafta boyunca uygulandığında KTS'nin tüm semptomlarının önemli ölçüde iyileştiği, duyu motor korteksteki hiperaktivasyonun azaldığı görülmüştür (Zhuang vd., 2013:13).

2.5.2. Apiterapi

Apiterapi, sözlük anlamı olarak, arı ürünleri ve zehrinin terapötik etkisinin kullanılmasıdır (Altıntaş ve Bektaş, 2018: 84). Apiterapi, bal arısı ve ürünlerinin bütünsel şifa felsefesiyle, tedavi ve rehabilitasyon etkilerini gösterme sanatı ve bilimidir (Hellner vd., 2009:405).

Apiterapi uygulamaları sırasında arı ürünleri olarak başta bal olmak üzere, *Apis mellifera* cinsi arılardan elde edilen arı zehri, polen, propolis, bal mumu, arı sütü, perga ve apilarnil (arı larvası) gibi ürünler kullanılmaktadır (Parlakpınar ve Polat, 2021:39). Kullanılan arı ürünleri antioksidan etkileri ile serbest radikallerin oluşumunu engelleyerek, nöronları nörotoksinlere karşı koruyarak oksidatif stresi önlemektedir (Ali ve Kunugi, 2020:7).

Apiterapide kullanılan arı ürünleri şunlardır:

- ✓ **Bal:** Geçmişten günümüze özellikle yara ve yanıkların tedavisinde, cilt rahatsızlıklarında ve mide ve bağırsak rahatsızlıklarında tedavi edici etkisinden yararlanılmaktadır (Ulusoy, 2012:90). Bal antioksidan,

antimikrobiyal, antiparazitik, anti-inflamatuar, antitümör, kardiyovasküler koruyucu ve esas olarak iyileştirici bir ürün olarak kullanılmaktadır (Weis vd., 2022: 4)

- ✓ **Arı sütü:** 5-15 günlük işçi arıların yutak üstü salgı bezlerinden ürettikleri bir arı ürünüdür (Silici, 2019:1251). Arı sütü, bal ve polen kombinasyonundan üretilen sütlü bir besin karışımıdır (Ahuja ve Ahuja, 2010:81).
- ✓ **Polen:** Arı poleni karaciğerdeki lipid metabolizmasını düzenlemekte, enfeksiyonlara karşı vücudun direncini artırmakta, enfeksiyonların tedavisini hızlandırmakta, kalbin verimliliğini artırmakta, venöz tıkanıklığı düzeltmekte, ateroskleroza önlemekte, kan damarlarını güçlendirmektedir (Habryka vd., 2016:255-256)
- ✓ **Perga:** Arı ekmeği olarak da geçen polene göre en az üç kat daha yüksek biyoaktif özelliği ile yüksek antioksidan ve antibakteriyel özelliğe sahiptir. Zihin yorgunluğu ve dikkat bozukluğu, en başta kanser olmak üzere birçok hastalığa karşı otoimmün sistemini güçlendirmektedir (Karaman vd., 2017:6)
- ✓ **Arı Sütü:** Arı sütü içerdiği yüksek orandaki proteinler, lipitler, vitaminler ile yüksek besleyici özelliğe sahip bir arı ürünüdür. Vücutta hücre yenilenmesi, hafızayı güçlendirme, kan basıncını düşürme, yorgunluğu azaltma, tümör oluşumunu önleme, gelişme ve büyümeyi hızlandırma, hormonal düzenleyici olarak etkileri vardır (Aydın ve Tekeoğlu, 2018:68).
- ✓ **Propolis:** İşçi arılar tarafından bitkilerden ve ağaçların gövdelerinden elde edilir. Yapılan çalışmalarda dezenfektan ve antimikrobiyal etkisi ile, sinir hastalıkları ve mide-duodenum ülseri tedavisinde hiçbir yan etki görülmemektedir, olumlu bulgular elde edildiği görülmektedir (Tolon, 1997:79).

Araştırmalarda arı ürünlerinin antimikrobiyal, antioksidan, antienflamatuar, antikanser etkinliği ve faydaları klinik çalışmalarla

desteklenmekte olup geleneksel ve alternatif tıptaki kullanım alanının gelişmeye başladığı bildirilmektedir (Onbaşlı, 2019:50; Sorucu, 2019:3; Ulusoy, 2012:93).

2.5.3. Fitoterapi

Fitoterapi, phytos, bitki; therapy, tedavi kelimelerinden oluşan bitkisel tedavi anlamına gelen ve geçmişi çok eskilere dayanan bir alternatif tıp yöntemidir (Demirel vd., 2022:65). Günümüzde farmakolojik ve klinik çalışmalar sonucu tıbbın ihtiyaçlarına uygun geliştirilen ilaçların 1/4'i bitkisel kaynaklıdır. Aynı zamanda bu ilaçların birçoğunda bitkide bulunan etken madde laboratuvar ortamında üretilmektedir (Şarışen ve Çalışkan, 2005:183). Bitkisel tıp bitkileri, bitkilerin özütlemesi, sıkılması, damıtılması gibi aşamalardan geçerek ilaç preparatları olarak hazırlanmaktadır (Yanar ve Aktaş, 2021:77).

Günümüzde fitoterapiye ilgi giderek artmaktadır. Ülkemizdeki fitoterapi kullanım sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte, alternatif yöntemler içerisinde en çok kullanılan bitkisel tedavilerdir (Yıldırım vd., 2020: 572). Bu bağlamda Toygar ve arkadaşları tarafından Temmuz-Eylül 2019 tarihleri arasında kanser hastalarının kemoterapinin yan etkilerine bağlı oluşan bulantı ile baş etmek için kullandıkları alternatif yöntemlerin araştırıldığı çalışmada, hastaların kullandığı en yaygın yöntemin % 86,6 ile fitoterapi olduğu belirtilmektedir (Toygar vd., 2020:29).

Fitoterapi alanının en önemli isimlerinden modern tıp uygulamalarına katkıları olan İbn-i Sina, bitki kökenli olan 800 farklı ilaç bulunduğunu, konu ile ilgili örnek olarak tarçının farklı karışımlarla kullanımının birçok hastalığa iyi geldiğini, ısırgan otunun kanser tedavisinde, safranın akut kulak iltihabında, aloe bitkisinin yara tedavisinde kullanılabileceğini açıklamaktadır (Özdemir ve Erdal, 2021:62)

Literatürde Mohammadhosseini ve arkadaşları tarafından yapılan 'Esansiyel yağların kimyasal bileşimi ve Achillea türlerinin ekstraktları ve biyolojik etkinlikler' adlı sistematik derleme çalışmasında, örnek verilen tıbbi bitkilerinden achillea'nın iyileştirici özellikleri ile yaraları tedavi etmede, kanama, ateş gibi bazı hastalıklarda, vücudun güçlendirilmesinde etkili olduğu açıklanmaktadır. Bununla

birlikte achillea bitkisinin iltihaplanmayı azaltmada ve romatizmayı iyileştirmede de etkili olduğu söylenmektedir (Mohammadhosseini vd., 2017: 2)

Governa ve arkadaşları tarafından yapılan ‘Diabetes Tedavisinde Fitoterapi: Bir inceleme’ adlı çalışmada, fitoterapinin hipoglisemik mekanizmasını etkilediğini; Khojimatov ve arkadaşları tarafından yapılan ‘Genel Bakış Etnomedikal Bitkiler’ adlı çalışmada halkın şifalı bitkileri tedavi amacıyla aktif olarak kullanmaya devam ettiğini açıklamaktadır (Governa vd., 2018:12; Khojimatov vd., 2020:2). Aynı zamanda tıbbi bitkilerin antimikrobiyal, antienflamatuvar ve antioksidan etkileri ile yara iyileşme sürecini desteklediği belirtilmektedir (Sürme ve Çürük, 2020:36)

Ele alınan faydalarının yanında bitkisel tedaviler terapötik indeksleri bakımından büyük farklılıklara sahip olduğu için dikkatli kullanılması gerektiği tartışılmaktadır (Bedi ve Shenefelt, 2002:240).

2.5.4. Hipnoz

Hipnoz, bilincin açık olduğu, kişinin kendi isteği doğrultusunda terapist tarafından yönlendirilmelerle bilinçaltına doğru giden ruhsal bir yolculuktur (Topaloğlu ve Topaloğlu, 2020:26). Hipnoz hali bilişsel fonksiyonları açık olan hastanın belirli bir noktaya yoğun biçimde odaklanması ile başlamaktadır (Ceyhan ve Yiğit, 2013:1508)

İnsan zihni bilinç ve bilinçaltı olarak ikiye ayrılır. Bilinç, düşünen, sorgulayan, analiz yapan bölümdür. Bilinçaltı ise duyguların üretildiği, inançların, davranışların, alışkanlıkların yer aldığı bölümdür. Kritik faktör ise bilginin bilinçaltına yerleşmesini engelleyen bilinç ve bilinçaltı arasındaki sınırdır. Hipnoz ile kritik faktör aşılacak seçili düşüncelerin telkinlerle yerleştirilmesi amaçlanmaktadır (Özgök, 2013: 11-12).

Hipnoz sırasında beyin alfa dalgasına sonra teta dalgasına geçmekte ve teta ile beraber bilinç devre dışı kalarak bilinç ve bilinçaltı arasındaki sınır aşılacak bilinçaltına ulaşmakta telkinler eşliğinde istenilen mesajlar verilebilmektedir (Ceyhan ve Yiğit, 2013:1508).

Türkiye’de hipnoz ile ilgili ilk çalışma 1935 yılında Pierre Janet tarafından kaleme alınan ‘Hipnoz ve Ruhsal Tedavi’ adlı kitabın Cemil Sena Ongun tarafından çevrilmesi ile başlamıştır. Daha sonra Dr. Bedri Ruhselman tarafından yapılan hipnoz ile ilgili çalışma, Dr. Sevil Akay tarafından 1950 yılında tonsillektomi operasyonu sırasında hipnozun kullanılması, 1951-1979 tarihleri arasında Dr. Hüsnü İsmet Öztürk’ün adını verdiği ‘Bilinçli Hipnoz’ tekniğini 250’den fazla hastada hipnoanestezi ile cerrahi operasyonlar sırasında uygulaması hipnoz yönteminin gelişmesine olanak sağlamıştır (Telli, 2020:109-110). Dr. Hüsnü İsmet Öztürk *‘Bilinçli Hipnoz’ yöntemi ile “yemek borusu kanseri ameliyatı, guatr ameliyatı, apandisit ameliyatı, tırnak çekme, ağrısız doğum, sezaryen, diş çekimi, bademcik ameliyatı”* gibi birçok ameliyatı hipnoanestezi kullanarak gerçekleştirmiştir (Öztürk ve Öztürk, 2019:126).

Hipnoz ile ilgili çalışmalar, hipnoz tedavisinin psiko nöroimmünoloji alanında kullanılarak psikolojik temelli hastalıkların tedavisinde, stresi azaltmada, bağışıklık sistemini kuvvetlendirmede alternatif yöntem olarak kullanılabileceği tartışılmaktadır (Gruzelier, 2002:161).

Hipnoz Tıpta; akut ve kronik ağrıların tedavisinde, migren ağrısı ve alerjinin tedavisinde, yanık ve yaraların tedavisinde, bazı kronik hastalıkların tedavisinde, astım ve anemi tedavisinde, sigaranın bırakılması tedavisinde, obezite ve kanser hastalarının tedavisinde kullanılmaktadır (Ceyhan ve Yiğit,2013:1511)

Hipnoz diş hekimliğinde; diş hekimliği ile ilgili operasyonlarda yaşanan kaygı durumunda, ağrı ve anestezi sürecinde, diş gıcırdatma tedavisinde, protezlere uyum sürecinde, ağız içi problemlerin tedavisinde kullanılmaktadır (Gümüş ve Doğan, 2017:272).

2.5.5. Hirudoterapi (Sülük Uygulaması)

Hirudoterapi hakkında bilinen ilk kaynak milattan sonra 1020 senesinde Tıbbın babası diye bilinen İbn-i Sina’nın eseri olan El-Kanun fi’t-Tıb olarak kabul edilmektedir. Konu ile ilgili 12.yüz yılda Abd-el-latıfal-Baghdadi tarafından cerrahi müdahale sonrası dokuların dezenfeksiyonu sırasında tıbbi sülüklerden faydanılabileceği ifade edilmektedir (Orta,2022:8).

Hirudoterapi uygulaması tıbbi sülükler tarafından ilgili bölgedeki kanın emilmesi ve sülüklerin o bölgeye çeşitli biyoaktif salgılarını bırakması temeline dayanmaktadır. Tedavi edici aktif maddeyi salyasında barındıran sülükler analjezik, antiinflamatuvar, antikoagülan, bağışıklık sistemi düzenleyici, kas gevşetici amaçlar başta olmak üzere tıbbi yöntem olarak kullanılmaktadır (Sarıkan ve Savaş, 2020:200).

Hirudoterapinin etki mekanizması, sülüklerin tükürük bezlerinde yer alan biyoaktif maddelerin salgılanması ile başlar. Bu maddelerin dokulara aktarılmasıyla hasar görmüş vasküler geçirgenlik düzelir, kan basıncı düşer, dokulardaki oksijen yetersizliği düzenlenir ve organizmanın biyoenerjisi artar (Singh, 2010:214; Das, 2014:36)

Tıbbi sülüklerin mikrovasküler cerrahide de kullanıldığı belirtilmektedir. Konu ile ilgili Henderson ve arkadaşlarının çalışmasında 1985 yılında Harvardlı Doktor Joseph Upton, beş yaşındaki bir çocuğun kulağını başarılı bir şekilde yeniden dikmek için tıbbi sülükleri kullandığına yer verilmiştir. Tıbbi sülüklerin yaygın olarak el, ayak, parmak ve kulaklardaki venöz yetmezlik tedavisinde kullanıldığı belirtilmektedir (Abdullah vd., 2012:173)

Sülük tedavisine yönelik olarak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 27.10.2014 tarihinde 29158 sayılı Resmî Gazetede ‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ yayınlanarak uygulama ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. Yönetmelikte sülük tedavisinin; enflamatuvar reaksiyonlar, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, artroz, osteoartrit, romatoid artrit, tromboz, emboli, hematomlar, dış kulak ve kronik kulak enfeksiyonları, katarakt, glokom dahil göz hastalıkları, diş problemleri, hepatit, pankreatit, mide ülseri, uyuz, sedef hastalığı gibi kronik cilt hastalıkları, dermatit, ülser, astım, infertilite gibi birçok alanda kullanılabileceğini açıklamıştır (Bayır vd., 2021:9; Ayhan ve Mollahaliloğlu, 2018:144). Ayrıca migren atakları ve diğer baş ağrıları, anksiyete, depresyon tablolarında da hirudoterapi seanslarından olumlu etkiler alındığı belirtilmektedir (Jalolidinovna, 2022:1).

Tıbbi sülük tedavisi etkili bir tedavi olmakla birlikte sülük kaynaklı enfeksiyon riski, kanama, anemi riskleri gibi olumsuz etkileri ile karşılaşılabilen belirlenmektedir (Wollina vd., 2016:95; Bayır vd., 2021:10).

2.5.6. Homeopati

Homeopati, homiois benzer, pathos hastalık kelimelerinin birleşimi ile benzer hastalık anlamına gelen, kendine özgü teşhis ve tedavi ilkeleriyle hastalıklara bütüncül yaklaşım sergileyen, benzer benzeri iyileştirir felsefesine dayanan alternatif tıp yöntemidir (Kutlu ve Gülşen, 2021:18). Homeopati, Alman hekim Samuel Hahnemann tarafından kaleme alınan "Yeni Bir Sağlık İlkesi" konulu çalışmada iyileştirme olarak geçmektedir (Walach vd., 2005:813).

Homeopati yönteminin uygulaması benzer benzere iyi gelir yaklaşımına göre, bir madde sağlıklı insana verildiğinde hangi hastalığa benzer belirtilere yol açıyorsa, aynı hastalığı yaşayan hasta kişilerde bu etken maddeyle yani homeopatik ilaçla tedavi edilebilir ilkesine dayanmaktadır (Ernst, 2002:577)

Klasik tıp, hastalık belirtilerini ortadan kaldırmaya çalışırken, homeopati ise belirtilerin bütününe yönelik bulgulara dikkat ederek tedavi planı çizmektedir. Bununla birlikte hastalıkla benzer belirtiler oluşturan homeopatik ilaç seçimi de önem arz etmektedir (Ağaoğlu vd., 2020: 62).

Homeopati tedavisinin, kanser tedavilerinin yan etkilerine, alerjiler ve üst solunum yolu enfeksiyonlarına, astım, orta kulak iltihabı, çocukluk çağı ishali, fibromiyalji, influenza, romatizmal hastalıklar, mevsimsel alerjik rinit, vertigo klinik durumlarında da olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir (Fisher, 2012:1676; Teker ve Işık, 2022: 8).

2.5.7. Kayropratik

Kayropratik, 1896 yılında Daniel David Palmer tarafından kurulan, hastalıklara bütüncül zekâ felsefesiyle yaklaşan bilim olarak geçmektedir (Ağaoğlu vd., 2018:94). Kayropratik, sinir-kas-iskelet sistemleri bozukluklarının teşhis, tedavisinde ve bu bozuklukların yaşam kalitesine etkileri ile

ilgilenmektedir. Travma veya spontane gelişen kas iskelet, sinir sistemi üzerinde yer alan eklem pozisyonunu düzeltme, manipölasyon için yapılan manuel yöntemler kullanmaktadır (Arslan ve Şen, 2023:542).

Kayropraktikte kullanılan manipölasyon tekniği, problemlili spinal segment üzerinde spesifik temas noktasına kısa kaldıraç kolu ile uygulanan yüksek hızlı-düşük amplitüdlü (HVLA) itme manevrası olarak ifade edilmektedir (Özcan vd., 2022:56).

Kayropraktikte 2 ana tip terapötik uygulama bulunur. Bunlar: Manipölasyon (yüksek hızda, düşük genlikli itme kuvvetlerine direnç gösterilemeyen) ve mobilizasyon (hasta tarafından durdurulabilen düşük hızlı pasif hareket) uygulamalarıdır (Gouveia vd., 2009:405).

Karyopraktik ile ilgili çok sayıda çalışma ve uzman paneli incelemesi değerlendirildiğinde kayropraktik uzmanlarına bel ağrısı, boyun ağrısı ve baş ağrısı belirtileri ile başvuran hastaların genel olarak kas iskelet sistemi sorunları için olumlu sonuçlar aldığı, kayropraktik ve manipölasyon kullanımını desteklediği vurgulanmaktadır (Dagenais ve Haldeman, 2002:434; Ağaoğlu vd., 2017: 96).

2.5.8. Kupa Uygulaması

Günümüzde, giderek daha fazla hasta tarafından ilgi gösterilen kupa uygulaması kuru hacamat, ıslak hacamat gibi türleri bulunan geleneksel yöntemdir (Wang vd., 2017:1188). Kupa uygulaması vücudun belirli bölgelerine insizyon yapıp yapılmamasına göre kuru kupa uygulaması ve yaş kupa uygulaması olarak sınıflandırılmaktadır. Kuru kupa uygulaması sırasında insizyon yapılmayarak kupa içerisine havanın girmesinin engellenmesi sonucu oluşan basıncın etkisiyle cildin kabarması sağlanarak kupa bölgeye uygulanmaktadır (Çiftçi, 2019:23). Yaş kupa uygulaması ise vücudun belirli bölgelerine yüzeysel kesiler yapılarak kanın

alınması ve tekrar aynı bölgeye kuru kupa uygulaması gibi işlemin devam etmesi sağlanmaktadır (Okumuş, 2016:371).

Kupa uygulamasının etki mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen en kapsamlı etki mekanizması Taibah Teorisi ile açıklanmaktadır. Kupa uygulaması sırasında negatif basınçla yükselen deri tabakasında biriken interstisyel sıvıda ve kanda bulunan ağır metaller, toksinler deriye yapılan insizyonlar ile dışarı atılarak detoksifikasyon, rejenerasyon, endorfin salınımında artış, immün regülasyon, parasempatik etki sağlamaktadır (Akkurt, 2020:334). Ayrıca kupa uygulamasının periferik kan dolaşımının düzenlenmesi, bağışıklığı geliştirmesi, ağrı eşiklerinin artması yönünde etkileri de görülmektedir (Aboushanab ve AlSanad, 2018:84).

Kupa uygulaması kas ağrılarının, baş, boyun, omuz, sırt ağrılarının tedavisinde, akne, herpes zoster, felç gibi çeşitli hastalıkların tedavilerinde kullanılarak yaşam kalitesini artırmaktadır (Mehta ve Dhapte, 2015:127; Çiftçi, 2019:25). Uygulama sırasında fazla sıvıları ve toksinleri boşalttığı için, kan akışını sağladığı ve otonom sinir sistemini; buna bağlı olarak, kalp atışı ve yüksek tansiyonu düzenlediği belirtilmektedir (Lee vd., 2011:1)

2.5.9. Larva Uygulaması

Lucilia Sericata adlı yeşil sineğin steril hale getirilmiş larvalarının tıbbi tedaviye cevap vermeyen enfekte kronik yaraların tedavisinde kullanılması maggot debridman tedavisi (MDT) yöntemi olarak adlandırılmaktadır (Yağız ve Göktaş, 2015:23)

İlk kez 1931 yılında Baer tarafından tanımlanan ve larva tedavisi olarak da bilinen Maggot Debridman Tedavisi, derin yaralarda yavaşlayan kan akışının, enfekte bölgeye antibiyotiklerin ulaşmasını engellemesi sonucu oluşan doku nekrozu tablolarında uygulanmaktadır (Mumcuoğlu ve Özkan, 2009:307-308).

Larvalar tedavi sırasında hem kronik yaradaki nekrotik dokuları temizlemesi hem de yara iyileşmesinin tüm aşamalarında etkili olması nedeniyle kullanılmaktadır. Bu bağlamda larvaların etkileri ile debridman, dezenfeksiyon,

granülasyon, anjiogenezis ve oksijenizasyon gibi avantajlar sağlamaktadır (Mumcuoğlu vd., 2023:24).

Günümüzde MRSA ve E. coli gibi bakterilerle enfekte olmuş yaraların iyileşmesi için kullanılan antibiyotik tedavisi yerini alan larva uygulaması mikrobiyal direnci engelleyerek tedavide etkili bir alternatif sunmaktadır (Parnés ve Lagan, 2007:492; Ünal ve Dağdeviren, 2019:3).

Tübitak tarafından desteklenen ‘Kronik yaraların tedavisinde steril Lucilia sericata larva uygulamaları’ adlı çalışmada kronik yara tedavilerinde maggot tedavisi ile HBO (Hiperbarik Oksijen Tedavisi) tedavisinin birlikte uygulanmasının iyileşme sürecine fayda sağladığı görülmüştür. Kronik yara tedavi yaklaşımlarında multidisipliner yaklaşımların olumlu katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Tanyüksel vd., 2014:221).

2.5.10. Mezoterapi

Dr. Pistor, 1958’de La Presse Medicale’de bulgularını yayınladığı prokainin özellikleri çalışmasında mezoterapi terimini kullanmıştır. Mezoterapi tekniği derinin orta kısmı olan embriyolojik dönemde mezoderminden köken alan deri, kas veya yağ dokularının tedavilerinde yardımcı olan yöntemdir (Atalık, 2019:116). Mezoterapi, içeriğinde ilaç, çeşitli bitki özleri, vitaminler, mineraller bulunan minimal ilaç dozlarının problemlili bölgelere intradermal veya subdermal olarak uygulanan enjeksiyon işlemidir. Bu işlemin en önemli avantajının uygulamada küçük ilaç dozlarının kullanılması ile ilaçların yan etkilerinin minimize edilmesi olduğu söylenebilir (Gökdemir, 2014:75).

Mezoterapi Dr. Michel Pistor tarafından 1952 yılında ilk defa uygulanmıştır. Dr. Pistor kendisine başvuran hem astım hem de işitme kaybı olan hastasının tedavisi sırasında uyguladığı intravenöz prokain’in hastanın işitme kaybını da tedavi etmesi üzerine intradermal prokain enjeksiyonlarını birçok hastalığının sağaltımında kullanmaya başlamış ve bu metodu mezoterapi olarak isimlendirmiştir (Herroros vd., 2011:97).

Mezoterapi invaziv tekniği doğru uygulanıldığında, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, kronik venöz lenfatik yetmezlik, selülit ve yaşlanma karşıtı olarak tedavide yardımcı olabileceği görölmektedir (Mammucari, 2011:683). Ayrıca spor yaralanmalarında, enfeksiyon hastalıklarında, romatolojide, eklem ağrılarında, dolaşım bozukluklarında, plastik cerrahi operasyonlarında uygulandığı görölmektedir (Özmen vd., 2005:196; Bulam vd., 2013:17).

2.5.11. Müzik Terapi

Müzik terapi dünya tarihinde en eski tedavi yöntemlerinden biri olarak farklı kültürlerde hastaları tedavi etmek amacıyla müziğin kullanıldığđ yöntemdir. Müzik Terapi Birliği'ne (Amerikan) göre “*müzik terapi, profesyoneller tarafından, klinik ve kanıta dayalı olarak, terapötik ilişkiler içinde, bireye özgü hedeflere ulaşmak için yapılan müzik girişimleridir*” (Can ve Yılmaz, 2019:796).

Müzik terapi, sesin şifa vermesi ile bağlantılı olarak geleneksel tıp tarafından en fazla kabul gören yöntem olarak geçmektedir. Yapılan çalışmalar, müziğin insanın duygu mekanizmasını düzenleyen serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonları etkileyerek psikolojik hastalıkların tedavisinde; beyin ve kalpteki kanlanmayı dengeleyerek kan basıncı, solunum gibi fizyolojik işlevleri düzenlenmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Karamızrak, 2014:55).

Müzik terapisi bireyselleştirilmiş programlarla, konu ile ilgili eğitimini almış sağlık personeli tarafından uygulanan yan etkisi olmayan alternatif yöntem olarak görölmektedir (Tayaz ve Kutluturkan, 2019:786). Uygulama bilimsel kanıta dayanmaksızın bazı hastalıklara iyi geleceği düşünölerek hastaların kendi seçtiğ müziklerin dinletilmesi ile rahatlamalarının sağlanması; tarihsel yaşamlardan yola çıkarak çeşitli makamlardaki müzik eserlerinin fiziksel ve psikolojik etkilerine yansımalarına dayanılarak hastanelerde, ameliyathane ve yoğun bakım gibi ortamlarda gerçekleştirilmektedir (Torun, 2018:74).

Müzik terapi, müziğin gücünden yararlanılarak fiziksel ve psikososyal iyileşmeye olanak sağlayan kullanılması kolay olan bir yöntemdir (Meltem ve Korhan, 2011:140).

Müzik terapi, hastanelerin birçok alanında uygulanan, hastaların tanı-tedavi aşamalarında yaşadıkları ağrı ve anksiyetenin tedavisinde kullanılan, hastanede kalış süresini kısaltan, yaşam kaliteni artıran yöntemdir. Bununla birlikte insan ruhu üzerine olumlu etkileri ile immün sistemin dinamik olmasına katkıda bulunan, ağrı tedavisi sırasında kullanılan doz miktarının azalmasında faydaları olan uygulamalar olarak da geçmektedir (Ciğerci vd., 2016:15; Öztürk ve Özbek, 2018:2-3).

Literatürde müzik terapi uygulamasının olumsuz etkisi olmadığı, olumlu etkisinin de tam olarak kanıtlanmamasına karşın en azından %30 kadar plasebo etkisi olabileceği belirtilmektedir (Somer ve Vatanoğlu-Lutz, 2017:59).

2.5.12. Osteopati

Osteopati ilk olarak 1800'lerin sonlarında Amerikalı bir doktor olan Andrew Taylor Still tarafından geliştirilmiştir. Still, kas iskelet sistemi üzerine yapılan manipülasyonların yararlı olabileceğini düşündüğü yeni bir tıp yöntemi geliştirmiştir (Korotkov vd., 2012:252). Andrew Taylor Still geliştirdiği bu yöntemde 3 ilke üzerinde durmaktadır. Bu ilkeler:

1. Yapı ve işlev birbirine bağlıdır

2. Vücut kendi kendine yeterlidir, kendi kendini iyileştirme eğilimindedir

3. Arterin üstünlüğü, olarak ifade edilmektedir (Stark, 2013:7). Bu ilkeler doğrultusunda Osteopati tedavisi, dolaşım sistemi, sinir sistemini etkileyen stresi veya doku gerilimini ele alarak vücudun kendi kendini onarmasını kolaylaştıran bir yoldur. Kas iskelet sistemi tüm vücut anatomisi ile bütünleştiği için yapı işlev ilkesi ile de bağlantılı olduğu görülmektedir (Çiftçi ve Çiftçi, 2023:11).

Bütüncül yaklaşımla, özgün teşhis ve tedavi yöntemleriyle osteopati yöntemi, vücudun kendi kendine onarmasına izin veren manuel tedavi şeklidir. Vücut üzerindeki disfonksiyonu düzenlemesiyle kas iskelet sistemi ağrısını azaltır, solunumu düzenler, lenf dolaşım sistemini olumlu etkilemesiyle toksinlerin atılımını destekler (Elif ve Altınbilek, 2019:86; Kaya ve Altınbilek, 2019: 87).

2.5.13. Ozon Terapi

Ozon molekülü, oksijenden daha yüksek enerjili form olan üç oksijen atomundan oluşan kimyasal birleşiktir. Biyosferdeki biyolojik dengenin korunması için ultraviyole ışınlarını filtreleme özelliği nedeniyle stratosferde koruyucu tabaka olarak görev yapan en önemli gazlardan biridir (Nogales vd., 2008:77-78).

Alman kimyager Christian Friedrich tarafından 1839 yılında ozon gazının keşfi ile dezenfeksiyon amaçlı kullanımları belirtilmiştir. Tıbbi amaçla ilk olarak Dr. John Harvey Kellogg tarafından kullanıldığı belirtilmektedir (Akalin vd., 2023:54).

Ozon molekülü tıpta kullanımı sırasında toksitesinden kaçınmak için ozon jeneratörü kullanılarak uygun konsantrasyonlarda çeşitli perkütan yöntemler ile invaziv yan etkileri en aza indirilmeye çalışılmaktadır (Magalhaes vd., 2012:116). Ozonun antimikrobiyal (bakterisidal, virüs öldürücü ve fungisi dal), immün sistemi uyarıcı, antienflamatuvar, biyosentetik (karbonhidratların, proteinlerin, lipidlerin metabolizmasının aktivasyonu), anti hipoksik, analjezik, hemostatik gibi bilinen etkileri bildirilmektedir (Das, 2011:538).

Ozon tedavisi özellikle antibiyotik, bakteriler, virüsler ve mantarlardan kaynaklanan akut ve kronik bulaşıcı hastalıklarda; osteomiyelit, ampiyem, peritonit, diyabetik ayak, yanıklar, böcek ve denizanası sokmaları, enfekte yaralarda ozonlanmış zeytin veya ayçiçek yağının kullanılması şeklinde gerçekleştirilmektedir (Bocci, 2006:431).

Ozon molekülü analjezik etkisi ile ana semptomun ağrı olduğu migren, romatolojik hastalıklar, dejeneratif hastalıklar gibi durumlarda kullanılmaktadır (Dayanır vd., 2019: 119; Özler vd., 2009: 62).

Ozon tedavisinin endikasyonları disk hernisi, artroz, artrit, osteoporoz, hepatit, Crohn hastalığı alanları olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte literatürde ozon uygulaması sırasında ilk kez bir hastada vertebrobaziler felç vakasının geliştiği de bildirilmektedir (Corea vd., 2004:260-261).

2.5.14. Proloterapi

Çalışan ve yaşlanan toplumlarda dejeneratif hastalıkların, kronik durumların gelişimi yaygındır. Hem aşırı kullanım hem de dejeneratif kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının önlemenin ve tedavi etmenin yollarından biri de enjeksiyon tedavisi kullanılmasıdır. Kas iskelet ağrısı tedavisinde kullanılan enjeksiyon yöntemlerinden biri de proloterapidir (Distel ve Best, 201: S78). Proloterapide fenol-gliserin-glikoz, sodyum morhuat gibi solüsyonların kullanılmasına ve bu solüsyonların etkili olmasına karşın günümüzde en sık hipertonic dekstroze en yaygın kullanılan solüsyon ise eklem dışı enjeksiyon için %15'lik dekstroze, eklem içi enjeksiyon için %25'lik dekstrozdur (Özcan ve Sert, 2016:193). Kullanılan solüsyonlar, vücudun kendi kendine yenilenmesine fırsat vererek tedavi etmektedir (Aydemir, 2023:35).

Proloterapi yöntemi, kronik boyun ve bel ağrısı, osteoartrit, epikondilit ve rotator manşet lezyonları gibi kronik kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının tedavisinde kullanılmaktadır (Örsçelik ve Solmaz, 2023:139; Çakmak, 2017:283).

Proloterapi tedavisinin bilinen herhangi ciddi bir yan etkisi olmamakla birlikte enjeksiyon sonucu ağrı ve hafif kanama riski görülebilir. Enjeksiyon bölgesinde ağrı, dolgunluk hissi, uyuşukluk hissi gibi yan etkilerin oldukça sınırlı şekilde ortaya çıktığı görülmektedir (İnceöz vd., 2019:106).

Proloterapi, konu ile ilgili uzmanlar tarafından olumsuz ilerleyen hastalığın takip edildiği tedavi sürecinden sonra acil cerrahi müdahale yapılamayan hastalarda olumlu sonuçlar vermesi beklenen alternatif tıp yöntemidir. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan tıbbi yöntemler ve ilaçlarla yapılan müdahalelerin yararlı olmadığı veya yan etkilerinden çekinildiği durumlarda destekleyici ve yararlı tedavi yöntemi olarak ifade edilmektedir (Yaman ve Vural, 2016:223).

2.5.15. Refleksoloji

19. yüzyılda Dr. Fitzgerald el, kol, omuz, çene, burun ve kulaklar üzerinde yer alan ağrı durumunda parmaklardaki bazı noktalara basınç uygulanması sonucu

olumlu etki olduğunu tespit ederek ‘Bölge Terapisi’ adlı tekniği literatüre kazandırmıştır. Bölgesel terapiyi geliştiren Amerikalı masöz Eunice Ingham de, her organın ayakta bir noktaya karşılık geldiğini açıklamıştır (Doğan, 2014:90).

Refleksoloji, vücutta enerji akışının bozulmasına neden olan durumlarda belirli noktaları uyarak, parasempatik sistemin devreye girmesine, vücudun stres ile baş etmesine yardımcı olur. Refleksoloji uygulaması güvenli ve etkili olması, doğal bir yöntem olması, ilaç kullanılmaması, herhangi bir yan etkisinin olmaması gibi nedenlerle sağlık problemi olan çoğu birey tarafından tercih edilmektedir (Yüksel, 2021:59).

Refleksoloji, lenf sistemini düzenleyerek hücrelerdeki toksinlerin atılmasını, astım, baş ağrısı, sindirim, yüksek tansiyon, idrar torbası ve böbrek sorunlarının tedavi edilmesinde destek olan alternatif bir yöntemdir. Refleksoloji, kanser, multipl sklerozuz ya da AIDS gibi hastalıkları iyileştiremez. Fakat analjezik etkisiyle ağrıyı hafifleterek hastanın rahatlamasına yardımcı olduğu gözlenmiştir (Sağlık, 2009:16). Refleksoloji yönteminin kanser ve kemoterapiye bağlı ağrı, bulantı gibi yan etkileri azaltmada, anksiyete, uyku problemleri gibi belirtilerde olumlu etkisinin olduğu bunun da yaşam kalitesine yansıdığı tespit edilmiştir (Özdelikara ve Arslan, 2017:220; Quattrin, 2006:97). Refleksolojinin kullanıldığı diğer alanların ağrı, kas spazmı, eklem ağrılarının azaltılması, anksiyete, depresyon, stresin azaltılması ve psikolojik rahatlamanın sağlanması, uykusuzluğun giderilmesi, yorgunluğun azaltılması, kabızlık ve bazı üriner sistem sorunlarının giderilmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi olduğu belirtilmektedir (Uysal ve Kutlutürkani, 2016:105; Doğan, 2014:91).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GETAT'A YÖNELİK TUTUM ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: İZMİR İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın yöntemi ve kullanılan istatistiksel analizler, veri toplama aracı ve araştırmanın hipotezleri başlıklarına yer verilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı sağlık okuryazarlığının, geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemektir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyi durumu araştırmanın diğer amaçlarıdır.

Araştırmanın Önemi

Yapılan literatür taraması sonucunda Türkiye’de sağlık okuryazarlığının GETAT’a etkisi konusunun farklı açılardan ele alındığı ancak sağlık okuryazarlığının GETAT’a yönelik tutum üzerindeki etkisi çalışmalarına denk gelinmemiştir.

Toplumun GETAT sağlık okuryazarı farkındalığının oluşması için sağlık okuryazarlığının GETAT’a yönelik tutum üzerindeki etkisinin araştırılması önemlidir. Çalışma bu yönüyle, özgünlük açısından önem arz etmektedir.

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Planı hedeflerinden biri “*Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek*” olarak belirlenmiştir (Köse vd., 2021:375). Bu hedeften yola çıkılarak, çalışmada demografik faktörlere göre sağlık okuryazarlığı ve GETAT’a yönelik tutum ile ilgili veriler paylaşılmıştır. Sonuçların, sağlığın belirleyicisinde anahtar rol olan sağlık okuryazarlığı ve GETAT’a yönelik tutum konusunda literatüre kaynak teşkil edeceği öngörülmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI

Sağlık okuryazarlığının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma İzmir ilinde yaşayan yetişkinleri kapsamaktadır. Bir diğer ifadeyle çalışmanın kapsamı İzmir ili ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle araştırmanın sonuçlarının ülke geneline genellenemeyeceği söylenebilir. Bununla birlikte verilerin 2023 yılı Eylül ve Aralık ayı dönemi içinde toplanması nedeniyle zaman kısıtı olması ve 18 yaşın altında ve 65 yaşın üzerinde olan kişilerin kapsam dışında tutulması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmada nicel yöntem benimsenmiş olup, ileri sürülen hipotezleri test etmek için anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Alan araştırması sonucu toplanan veriler uygun istatistiksel paket programlar aracılığıyla analiz edilmiştir. Demografik verilerin analizi frekans analizi ile; güvenilirlik analizi ise Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeklerin yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile araştırılmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi sonrasında Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılarak açıklayıcı faktör analizi sonucunda oluşan faktörlerin modeli yeterli şekilde açıklayıp açıklamadığı incelenmiştir. Hipotez testleri bağımsız tek örneklem t testi ve tek yönlü varyans (ANOVA) analizleri ile yapılmıştır. İki farklı grubun karşılaştırılmasında bağımsız tek örneklem t testi ve ikiden fazla grubun

karşılaştırılmasında ANOVA analizi kullanılmıştır. ANOVA analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark var ise bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için çoklu karşılaştırma (Post Hoc; Tukey ve LSD çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır) testleri kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve GETAT arasındaki ilişkiyi tespit etmek için de basit doğrusal regresyon testi yapılmıştır. Bütün analizler %95 güven aralığında yapılmış ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir.

Alan araştırması, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan ve ölçek sahiplerinden gerekli izinler (EK-1) alınarak 2023 yılının Eylül-Aralık ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Alan araştırması dijital platformda Google form uygulaması ile gerçekleştirilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İzmir ilinde yaşayan 18-65 yaş arası yetişkinler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı nüfus verilerine göre İzmir nüfusu 4.462.056 kişidir. Nüfusun yaş grubuna göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi 18 yaş ve üzeri ile 65 yaş nüfus sayısı net olarak belirlenmemiştir. Bu nedenle evren hesaplanırken 20-64 yaş arası nüfus sayısı temel alınmıştır. Buna göre araştırmanın evrenini 2.840.615 kişi oluşturmaktadır.

Tablo 3: İzmir Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Nüfus Sayısı
0-4 Yaş	231 073
5-9 Yaş	285 062
10-14 Yaş	277 198
15-19 Yaş	274 730
20-24 Yaş	302 431
25-29 Yaş	324 337
30-34 Yaş	329 854
35-39 Yaş	345 602
40-44 Yaş	374 101
45-49 Yaş	338 739
50-54 Yaş	302 229
55-59 Yaş	277 333

60-64 Yaş	245 989
65-69 Yaş	205 145
70-74 Yaş	150 031
75-79 Yaş	97 088
80-84 Yaş	57 705
85-89 Yaş	30 077
90+ Yaş	13 332

Kaynak: www.tuik.gov.tr

Evrendeki birey sayısının bilinmesi durumunda, örneklem büyüklüğü hesaplamada aşağıda belirtilen formül kullanılmaktadır (Kılıç, 2012:141).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formülde kullanılan semboller aşağıda açıklanmaktadır.

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örneklem seçilecek kişi sayısı

p: Evrendeki bir olayın gerçekleşme olasılığı

q: Evrendeki bir olayın gerçekleşmeme olasılığı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Kabul edilen örneklem hatası

Bu formül kullanılarak hesaplanan örneklem büyüklüğü +/-0,05 hata toleransı ve %95güven düzeyinde aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır:

$$n = \frac{2.840.615 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (2.840.615 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}$$

$$n = 384$$

Hesaplama sonucunda örneklem seçilecek kişi sayısı 384 kişi olarak belirlenmiştir. Alan araştırması sonucunda toplam 417 kişiden veri toplanmıştır. Dolayısıyla yeterli sayının üzerinde veri elde edilmiştir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Anket formunda katılımcılara ilişkin demografik özellikleri belirlemek için kişisel bilgi formu, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusunda bilgi düzeylerini ölçen 6 soru, yetişkinlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusunda tutumlarını belirlemeye yönelik Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ve sağlık okuryazarlığını değerlendiren Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği yer almaktadır. Kullanılan anket formuna ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıda yer almaktadır:

Kişisel Bilgi Formu: Konu ile ilgili olarak incelenen literatürde yer alan birçok araştırmanın anketleri ve özellikle araştırmanın amaç ve hipotezleri de göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından, araştırma grubuna yönelik bazı demografik ve tanımlayıcı sorulardan oluşan kişisel bilgi formu hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu; cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, düzenli sağlık kontrolüne ilişkin bilgi durumu, kronik hastalığının tespitine yönelik ifade, sigara kullanma ve düzenli spora yönelik ifade olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile ilgili sorular: Katılımcıların GETAT konusunda bilgi durumu, GETAT yöntemleri konusunda bilgi durumu, GETAT konusunda yaklaşımını belirlemeye yönelik olmak üzere toplam 6 sorudan oluşan bilgi soruları, yapılan literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği: Ölçek Hyland ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup, Türkiye’de Erci (2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tıbbı (T A T) karşı tutumu belirleyen ölçek 11 maddeden oluşmakta olup 6’lı Likert tipte ve iki alt boyutludur. Ölçeğin tamamlayıcı ve alternatif tıp ve bütüncül sağlık alt boyutu olmak üzere iki alt boyutu vardır. T A T alt boyutu ölçeğin 2,4,6,8,9 ve 11.sorularından oluşurken bütüncül sağlık alt boyutu 1,3,5,7,10. sorularından oluşmaktadır. (Erci, 2007). Ölçekte 2, 4, 6 ve 9. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 66’dır. Ölçekten alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı

karşı pozitif tutumu, yüksek olması ise tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı negatif tutumu ifade etmektedir (Erci, 2007; Hyland ve ark., 2003). Ölçeğin güvenirlik katsayısı Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,72'dir. Bu çalışmada Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.603 olarak bulunmuştur.

Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 (TSOY-32): Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32 (TSOY-32), on beş yaş üzeri ve en az ilkokul mezunu olan kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. TSOY-32, Okyay ve arkadaşları tarafından (2016) güvenirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 32 sorudan oluşmakta olup, her bir soruda geçen konular için zorluk derecesine göre 5'li Likert tiptedir. Ölçekteki veriler SPSS analizine girilirken, olumsuzdan olumluya olacak şekilde kodlanmıştır. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.927'dir. Bu çalışmada Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.928 olarak bulunmakla beraber alt boyutların Cronbach Alfa kat sayıları sırasıyla 0,860, 0,893, 0,834 ve 0,721 bulunmuştur. Bu değerler, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu belirtmektedir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021:29).

3.7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacı doğrultusunda ileri sürülen hipotezler aşağıda sıralanmaktadır:

H₁: Yaş grupları arasında, sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H_{1a}: Yaş grupları arasında, sağlığın geliştirilmesi boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H_{1b}: Yaş grupları arasında, hastalıklardan korunma boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H_{1c}: Yaş grupları arasında, tedavi ve hizmet boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H1a: Yaş grupları arasında, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H2: Sağlık okuryazarlığına yönelik tutum, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H2a: Sağlığın geliştirilmesi boyutuna yönelik tutum, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H2b: Hastalıklardan korunma boyutuna yönelik tutum, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H2c: Tedavi ve hizmet boyutuna yönelik tutum, eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H2a: Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutuna yönelik tutum eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H3: Meslek grupları arasında sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H3a: Meslek grupları arasında sağlığın geliştirilmesi boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H3b: Meslek grupları arasında hastalıklardan korunma boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H3c: Meslek grupları arasında tedavi ve hizmet boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H3a: Meslek grupları arasında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H4: Sağlık okuryazarlığına yönelik tutum, gelir düzeyi faktörüne göre farklılaşmaktadır.

H4a: Sağlığın geliştirilmesi boyutuna yönelik tutum, gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H4b: Hastalıklardan korunma boyutuna yönelik tutum, gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H4c: Tedavi ve hizmet boyutuna yönelik tutum, gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H4d: Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutuna yönelik tutum, gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H5: Sağlık okuryazarlığına yönelik tutum, cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H5a: Sağlığın geliştirilmesi boyutuna yönelik tutum, cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H5b: Hastalıklardan korunma boyutuna yönelik tutum, cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H5c: Tedavi ve hizmet boyutuna yönelik tutum, cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H5d: Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutuna yönelik tutum, cinsiyete göre farklılaşmaktadır.

H6: Yaş grupları arasında, GETAT' a yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H6a: Yaş grupları arasında, bütüncül sağlık boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H6b: Yaş grupları arasında, tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutuna yönelik tutum konusunda farklılık vardır.

H7: GETAT'a yönelik tutum, eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H7a: Bütüncül sağlık boyutuna yönelik tutum, eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H7b: Tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutuna yönelik tutum, eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H₈: GETAT'a yönelik tutum, kronik hastalığı bulunma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H_{8a}: Bütüncül sağlık boyutuna yönelik tutum, kronik hastalığı bulunma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H_{8b}: Tamamlayıcı ve alternatif tıp boyutuna yönelik tutum, kronik hastalığı bulunma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H₉: Sağlık okuryazarlığı, GETAT'a yönelik tutum üzerinde etkilidir.

3.8. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.8.1. Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının yapı geçerliliğini test etmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde, faktör elde etme yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve Varimax Eksen Döndürme Yöntemi kullanılmıştır.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri tespit etmeye yönelik olarak yapılan analiz sonucunda KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) ve Barlett Testi sonucu elde edilen değerlerin, faktör analizi yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Faktör analizi sonucunda 5 faktörlü bir yapıya ulaşılmış ve ulaşılan 5 faktörlü yapıda 13.ifade ve 14.ifade birden fazla faktör içinde yer aldığından yani binişiklik söz konusu olduğundan çıkarılmış ve tekrar analiz yapılmıştır. Tekrar yapılan analiz sonucunda 4. 7. 8. 9. ve 15. İfadeler faktör yapısını bozduklarından dolayı çıkarılmış ve yeniden analiz yapılmıştır. Yapılan 3.faktör analizi 25 ifade ile gerçekleştirilmiş ve 4 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Faktör analizi sonucunda Barlett testi anlamlı çıkmış ($p=0,000<0,05$) KMO değeri de 0,913 olarak saptanmıştır (Tablo 4). Bu sonuçlar, verilerin faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 4: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Faktör Analizine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları

KMO ve Bartlett's Testi		
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)		,913
Barlett's Testi	χ^2	5002,570
	sd	300
	p	,000

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler incelenmiş ve literatür de dikkate alınarak, birinci boyut sağlığın geliştirilmesi; ikinci boyut hastalıklardan korunma; üçüncü boyut tedavi ve hizmet; dördüncü boyut ise sağlıkla ilgili bilgiyi anlama şeklinde adlandırılmıştır. Açıklayıcı faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, Cronbach's Alpha (α) değerleri, açıklanan varyans ve ortalamalar toplu olarak Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Sağlığın Geliştirilmesi	Hastalıklardan Korunma	Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama
B26	,709	,273	,096	,116
B29	,688	,042	,244	,076
B27	,660	,298	,025	,161
B30	,626	,088	,160	,072
B32	,601	,279	,033	,204
B24	,594	,396	,122	,113
B31	,582	,116	,158	,062
B28	,566	,360	,236	,084
B25	,554	,303	,223	,059
B20	,149	,832	,229	,133
B21	,187	,776	,235	,113
B19	,237	,726	,350	,138
B18	,292	,584	,409	,151
B23	,396	,580	,229	,097
B22	,275	,571	,309	,277
B6	,097	,086	,780	,145
B5	,037	,235	,733	,290
B10	,152	,245	,670	,094
B11	,240	,285	,642	,029
B17	,302	,288	,521	,068
B12	,264	,243	,472	,275
B16	,379	,240	,425	,086
B1	,186	,069	,151	,774
B2	,156	,170	,178	,743
B3	,086	,150	,140	,742
Faktör güvenirlik katsayıları (α)	,860	,893	,834	,721
Ölçek güvenirlik katsayısı (α)	0,928			
Faktör ortalamaları ($\bar{x}$)	2,517	2,106	2,100	2,432

Ölçek ortalaması ($\bar{x}$)	2,287			
Açıklanan varyans (%)	17,503	15,716	14,172	8,718
Toplam Açıklanan Varyans (%)	56,109			

Boyutları oluşturan ölçeklerin faktör ortalama sonuçları; Likertli sorularda katılımcıların seçeneğe katılma düzeyinin aritmetik ortalaması 1.00-1.79 olduğunda “kesinlikle katılmıyorum”; 1.80-2.59 olduğunda “katılmıyorum”; 2.60-3.39 olduğunda “kısmen/orta katılıyorum”; 3.40-4.19 olduğunda “katılıyorum” ve 4.20-5.00 olduğunda “kesinlikle katılıyorum” olarak değerlendirilmesi açıklanmaktadır (Arslan ve Kayalar, 2017:20).

Birinci boyutu oluşturan 9 ifade: “ Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek; Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek; Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak; Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek; Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak; İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek ; Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak; Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek; Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak ”dır. Bu boyutun yetişkinlerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olduğu düşünülmüş ve boyut “sağlığın geliştirilmesi” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %17,503’ünü açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalamasının 2,517 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerle genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

İkinci boyutu oluşturan 6 ifade: “ Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak; Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa

çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak; Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak; Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak; İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak; Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları(kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak” tır. Bu boyutun sağlığı sürdürmeye yönelik olduğu düşünülmüş ve boyut “Hastalıklardan korunma” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %15,716’sını açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 2,106 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Üçüncü boyutu oluşturan 7 ifade: “ Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde telefon yada internet aracılığınız ile randevu almak; Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak; Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak; İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak; Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak; Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınızı karar vermek ; Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak” tır. Bu boyutun hastalıkları tedavi ve sağlık hizmetleri ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “tedavi ve hizmet” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %14,172’sini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 2,100 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Dördüncü boyutu oluşturan 3 ifade “Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak; Sağlığınız ile ilgili bir şikâyetiniz olduğunda bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak; Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerini güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” tır. Bu boyutun okuduğunu anlama ile ilgili öğeleri

içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %8,718’ini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 2,432 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Açıklayıcı faktör analizinin ardından ölçüm aracının iç tutarlılığı ölçülmüştür. Bunun için hem ölçüm aracının hem de ölçüm aracını oluşturan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. Güvenilirliğin belirlenmesinde Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılmıştır. Buna göre, ölçüm aracının güvenilirliği $\alpha=0,928$ olarak saptanmıştır. Bu oran, ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin güvenilirliği de Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılarak araştırılmış ve her bir faktörün oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi faktörü için $\alpha=0,86$, Hastalıklardan korunma faktörü için $\alpha=0,89$, Tedavi ve Hizmet faktörü için $\alpha=0,834$, Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama faktörü için $\alpha=0,721$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan yetişkinlerin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı karşı tutumlarını tespit etmeye yönelik olarak oluşturulan ölçüm aracının boyutlarını belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi metodu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 8 ifade faktör yapısını bozmasından dolayı çıkarılmış ve yeniden analiz yapılmıştır. 10 ifade ile yapılan ikinci analiz sonucunda 2 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi neticesinde KMO değeri 0,789 ve Barlett Testi ($p=0,000<0,05$) anlamlı çıkmış, elde edilen değerlerin, faktör analizi için uygun olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracına İlişkin KMO ve Barlett Testi

KMO ve Bartlett's Testi		
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)		,789
Barlett's Testi	χ^2	905,155
	sd	45
	p	,000

Yetişkinlerin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı yönelik tutumlarına ilişkin ifadeler literatür dikkate alınarak incelenmiş, birinci boyut

Bütüncül Sağlık; ikinci boyut Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans ve Cronbach's Alpha (α) değerleri ve ortalamalar toplu olarak Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıba Karşı Tutumlarını Belirlemeye İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Bütüncül Sağlık	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
A3	,802	-,099
A5	,748	-,057
A1	,740	,057
A10	,639	,034
A7	,620	-,237
A11	,586	,298
A6	-,055	,739
A4	,066	,726
A9	,081	,597
A2	-,395	,554
Faktör güvenirlik katsayıları (α)	,764	,598
Ölçek güvenirlik katsayısı(α)	0,603	
Faktör ortalamaları ($\bar{x}$)	4,813	3,215
Ölçek ortalaması ($\bar{x}$)	4,014	
Açıklanan varyans (%)	30,893	18,678
Toplam Açıklanan Varyans (%)	49,571	

Birinci boyutu oluşturan 6 ifade: “İnsanlar stresli olduklarında vücutları halihazırda bununla yeteri kadar uğraştığı için kendi hayat tarzları ile ilgili diğer konulara daha fazla dikkat etmeleri önemli hale gelir(yani sağlıklı beslenme); Bir hastalığın bulguları depresyon nedeniyle daha da artabilir; Pozitif düşünmek küçük hastalıkları yenmenize yardımcı olabilir; Sağlıklı olmak için çalışma ve dinlenme arasında denge kurmak önemlidir; Eğer insanlar bir dizi stresli olay yaşarsa muhtemelen hasta olurlar; Tamamlayıcı tıp vücudun kendi savunmasını güçlendirerek kalıcı tedaviye yardım eder”dir. Bu boyutun bireye sağlık açısından fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal alanlarda bütün olarak yaklaşılması gereken öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “Bütüncül Sağlık” olarak

adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %30,893'ünü açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalamasının 4,813 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerle kesinlikle katıldıkları saptanmıştır. İkinci boyutu oluşturan 4 ifade: “Tamamlayıcı tıp yalnızca geleneksel tıp hiçbir çözüm sunmadığı zaman son çare olarak kullanılabilir; Tamamlayıcı tıp insanların tam bir tedavi almasını önleyerek tehlikeli olabilir; Tamamlayıcı tıp yalnızca küçük rahatsızlıklarda kullanılmalı daha ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılmamalı; Tamamlayıcı tıp klasik doktorlarca kabul edilmeden önce daha bilimsel testlere tabi tutulmalı”dır. Bu boyutun modern tıp ile birlikte kullanıldığında tamamlayıcı tıp, modern tıbbın yerine kullanıldığında alternatif tıp ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “Tamamlayıcı Alternatif Tıp” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %18,678'ini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalamasının 3,215 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerle kısmen katıldıkları saptanmıştır.

Ölçüm aracının yapı geçerliliği test edildikten sonra, iç tutarlılığı ölçülmüştür. Bunun için hem ölçüm aracının hem de ölçüm aracını oluşturan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. Güvenilirliğin belirlenmesinde yine Cronbach Alpha katsayısı kullanılmıştır. Buna göre, ölçüm aracının güvenilirliği $\alpha=0,603$ olarak saptanmıştır. Bu oran ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin güvenilirliği de Cronbach Alpha katsayısı kullanılarak araştırılmış ve her bir faktörün oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır (Bütüncül Sağlık faktörü için $\alpha=0,764$; Tamamlayıcı Alternatif Tıp faktörü için $\alpha=0,598$).

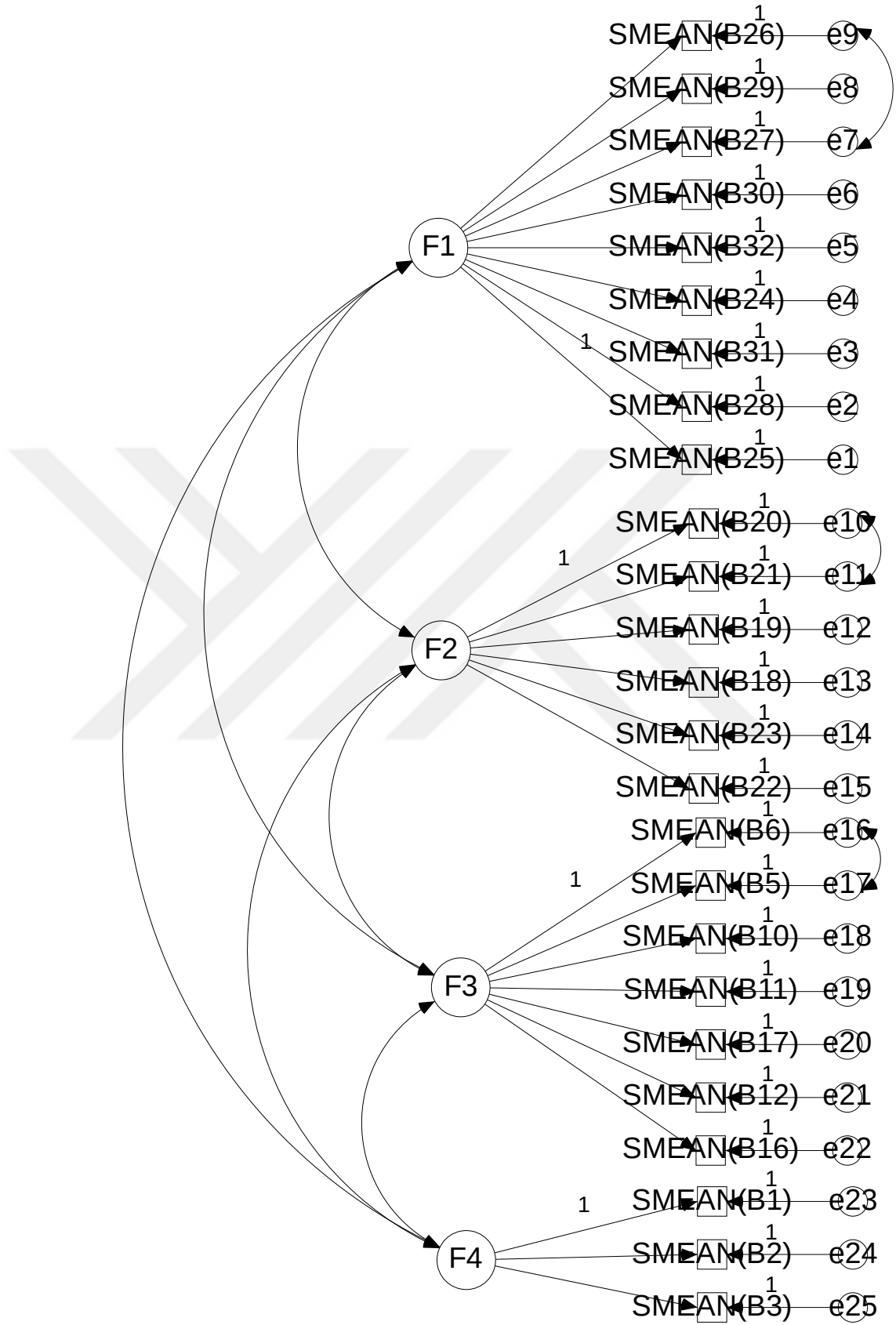
3.8.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Doğrulayıcı faktör analizi tahmin edilen modelin, veriler ile ne kadar uyumlu olup olmadığını test etmek için kullanılmaktadır (Karaman, 2023:53). Bu analiz ile önceden saptanan hipotezin değişkenler arası ilişkisini, açıklayıcı faktör analizi sonucunda oluşan faktörler arasındaki uyumu ve faktörlerin modeli yeterli şekilde açıklayıp açıklamadığını test etmek için kullanılmaktadır (Erkorkmaz vd., 2013.,211) Bu noktada doğrulayıcı faktör analizi, kuramsal bilginin sınanması

amacıyla kullanıldığı bir tür hipotez testi olarak da açıklanmaktadır. Yani teorik bilgilere dayalı gözlenen değişkenlerle örtük değişkenlerin ve örtük değişkenlerin de kendi içinde oluşan ilişkileri test etmeye çalışmaktadır (Uğurlu ve Arslan, 2019:82). Bu bağlamda doğrulayıcı faktör analizinde, açıklayıcı faktör analizi ile oluşan modelin uygunluğunu test etmek için; modelde yer alan ilişkiler ile verilerin uyumunu gösteren RMSEA, RMR, GFI, AGFI, PGFI, CFI, NFI, TLI ve NNFI uyum iyiliği kriterlerin tutarlı olması gerekir (Uğurlu ve Arslan, 2019:83).

Sağlık okuryazarlığına yönelik doğrulayıcı faktör analizi başlangıç modeli Şekil 6'da gösterilmiş olup modelin uygunluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.





Şekil 3: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulayıcı Faktör Analizi Başlangıç Modeli

Analiz, 4 değişkenli model üzerinde yapılmıştır. Kurulan modelin uygunluğunun değerlendirilmesinde RMSEA, NFI, NNFI, RMR, GFI, AGFI, PGFI, IFI, TLI ve CFI uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörleri ölçen faktör yapı modelinin uygun olduğu tespit edilmiş olup, elde edilen analiz sonuçlarına ve uyum iyiliği kriterlerinin kabul aralığına Tablo 8’de yer verilmektedir.

Tablo 8: Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Uyum İyiliği Kriterleri

Uyum İyiliği İndeksleri	Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri	Elde Edilen Değerler
CMIN/DF	$2 \leq \text{CMIN/DF} \leq 5$	2,778
RMSEA	$.00 \leq \text{RMSEA} \leq .10$	,066
RMR	$.00 \leq \text{RMR} \leq .10$	,038
NFI	$.80 \leq \text{NFI} \leq .95$	,859
GFI	$.80 \leq \text{GFI} \leq .95$	,878
AGFI	$.80 \leq \text{AGFI} \leq .90$	,851
CFI	$0 \leq \text{CFI} \leq 1$	,904
PGFI	$0 \leq \text{PGFI} \leq 1$	,718
NFI	$.80 \leq \text{CFI} \leq .95$	,859
IFI	$0 \leq \text{IFI} \leq 1$	,905
TLI	> 0.80	,892

Kaynak: Uğurlu ve Arslan, 2019; Yaşlıoğlu vd., 2017; Karaman, 2023; Erkorkmaz vd., 2013; Yeniçeri ve Yücel, 2009

Kurulan modelde RMSEA uyum iyiliği değeri sonucu ,066 elde edilmesi; RMSEA sonucunun %95 güven aralığında, 0,03 ile 0,08 arasında olmasından dolayı kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017:81). GFI değeri 0,85 üzerindeki değerlerin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Karaman, 2023:54). Analiz sonucunda GFI değeri ,878 elde edildiği için kabul edilebilir düzeydedir. AGFI, 0 ile 1 aralığında değer almakla birlikte, 1’e yaklaştıkça iyi uyumu göstermektedir (Erkorkmaz vd., 2013:214). AGFI değeri ,851 sonucu elde edildiği için iyi uyum olarak kabul edilebilir. CMIN/DF 2 ile 5 arasında bir değer alırsa kabul edilebilir düzeyde olduğu değerlendirilmektedir (Karaman, 2023:54). Analiz sonucu CMIN/DF 2,778 değeri elde edildiği için model veri uyumu kabul edilebilirdir. RMR değeri $.00 \leq \text{RMR} \leq .10$ sonucu kabul edilebilir olduğunu açıklamaktadır (Uğurlu ve Arslan, 2019:83). RMR değeri ,038 elde edildiği için model kabul edilebilir düzeydedir. PGFI 0 -1 aralığında değerler kabul edilebilir düzeyde olduğu değerlendirilmektedir (Erkorkmaz vd., 2013:216): Analiz sonucu PGFI değeri ,718 elde edildiği için kabul edilebilir düzeydedir. NFI değeri ,80 ile ,95 arasında değer alması kabul edilebilir olduğunu ifade

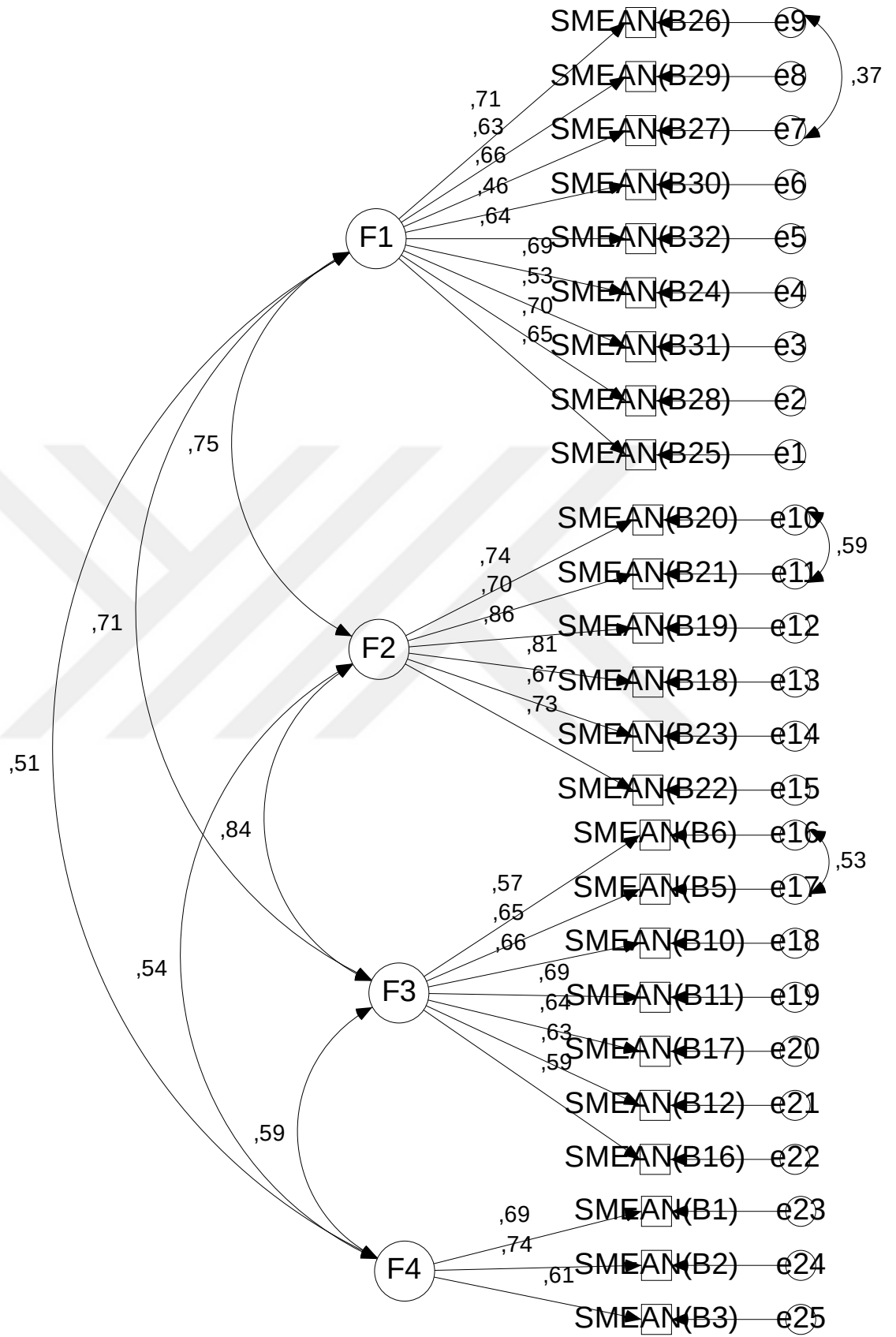
etmektedir (Uğurlu ve Arslan, 2019:83). NFI değeri ,859 sonucu kabul edilebilir düzeydedir. IFI değerinin 0 ile 1 aralığında olması kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir (Yeniçeri ve Yücel, 2009:151). IFI değeri ,905 sonucu ile iyi uyum olarak kabul edilebilmektedir. Analiz sonucunda TLI değerinin ,892 olduğu ve TLI>0.80 aralığında değerin kabul edilebilir olduğu görülmektedir. CFI değerinin ,904 elde edilmesi ve sonucun 0 ile 1 aralığında olması, iyi uyum değeri olduğunu göstermektedir (Yaşlıoğlu, 2017:81).

Doğrulamalı faktör analizi sonucunda elde edilen analiz sonuçları Tablo 9 ile sağlık okuryazarlığı modelinin toplam 25 madde ve 4 boyuttan meydana gelen son hali Şekil 7’de gösterilmektedir.

Tablo 9: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulamalı Faktör Analizi Faktör Yükleri

İfadeler	Sağlığın Geliştirilmesi	Hastalıklardan Korunma	Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlam
B26	,71			
B29	,63			
B27	,66			
B30	,46			
B32	,64			
B24	,69			
B31	,53			
B28	,70			
B25	,65			
B20		,74		
B21		,70		
B19		,86		
B18		,81		
B23		,67		
B22		,73		
B6			,57	
B5			,65	
B10			,66	
B11			,69	
B17			,64	
B12			,63	
B16			,59	
B1				,69
B2				,74
B3				,61

Uyum iyiliği indeksleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde, analiz sonucunda oluşan yapının en uygun yapı olduğuna karar verilmiştir.

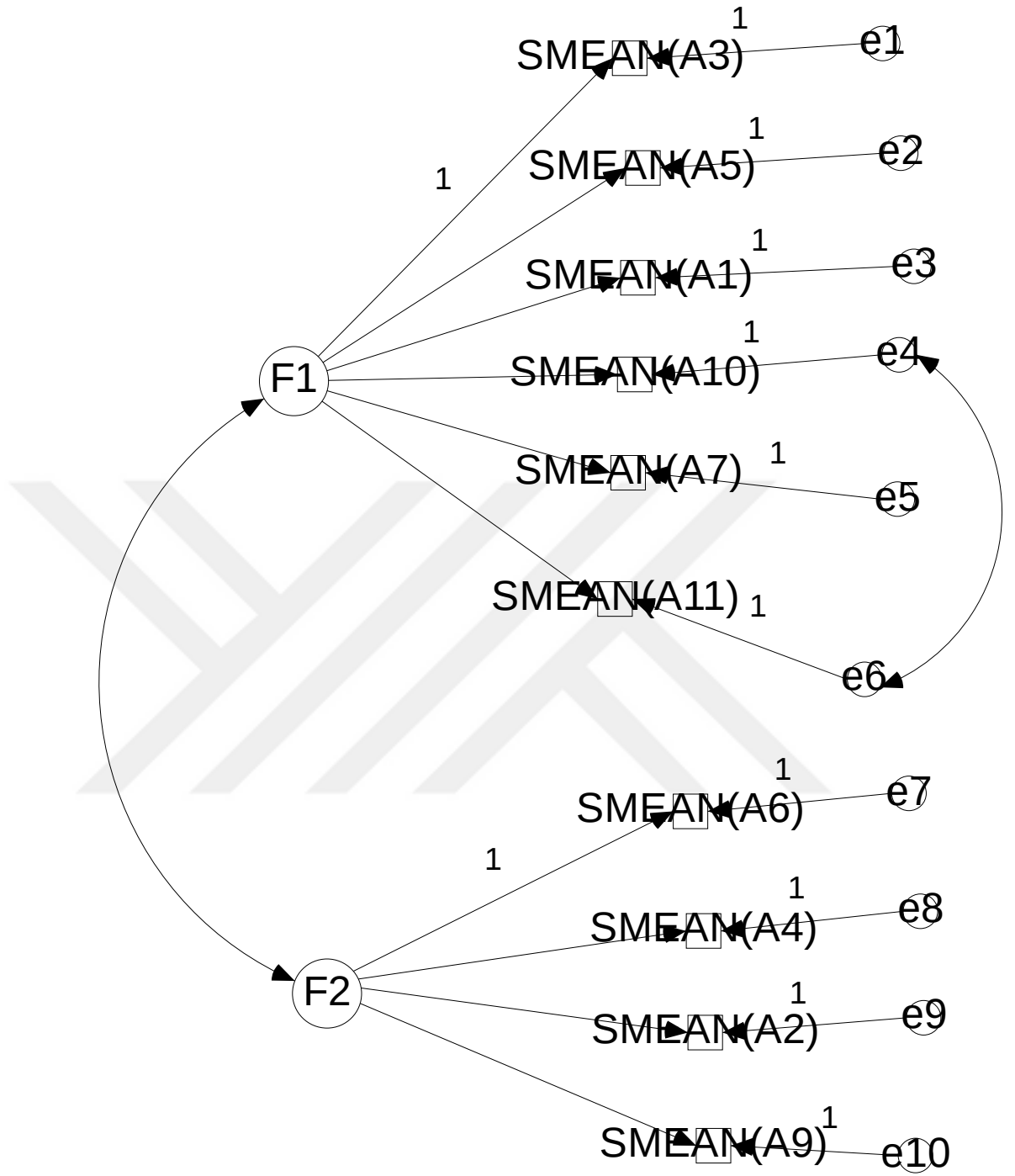


Şekil 4: Sağlık Okuryazarlığı Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuç Modeli

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda açıklayıcı faktör analizi sonucunda ulaşılan faktör yapısının uygun olduğu saptanmıştır.

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı karşı tutum tespit etmeye yönelik DFA başlangıç modeli Şekil 8’de gösterilmiş, modelin uygunluğunu doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu bağlamda RMSEA, RMR, GFI, AGFI, PGFI, CFI, NFI, TLI ve NNFI uyum iyiliği değerlerine ilişkin karşılaştırmalar yapılmış ve doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı karşı tutum ölçen faktör yapı modelinin uygun olduğu tespit edilmiştir.





Şekil 5: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp DFA başlangıç modeli

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen sonuçlar ve uyum iyiliği kriterlerinin kabul aralığına Tablo 10’da yer verilmektedir.

Tablo 10: Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları ve Uyum İyiliği Kriterleri

Uyum İyiliği İndeksleri	Ölçütler	Elde Edilen Değerler
CMIN/DF	$2 \leq \text{CMIN/DF} \leq 5$	4,698
RMSEA	$.00 \leq \text{RMSEA} \leq .10$	,095
NFI	$.80 \leq \text{NFI} \leq .95$	,835
GFI	$.80 \leq \text{GFI} \leq .95$	,932
AGFI	$.80 \leq \text{AGFI} \leq .90$	,887
CFI	$0 \leq \text{CFI} \leq 1$	,863
PGFI	$0 \leq \text{PGFI} \leq 1$	,559
NFI	$.80 \leq \text{CFI} \leq .95$	,835
TLI	>0.80	,813
IFI	$0 \leq \text{IFI} \leq 1$	,865

Kaynak: Uğurlu ve Arslan, 2019; Yaşlıoğlu vd., 2017; Karaman, 2023; Erkorkmaz vd., 2013; Yeniçeri ve Yücel, 2009

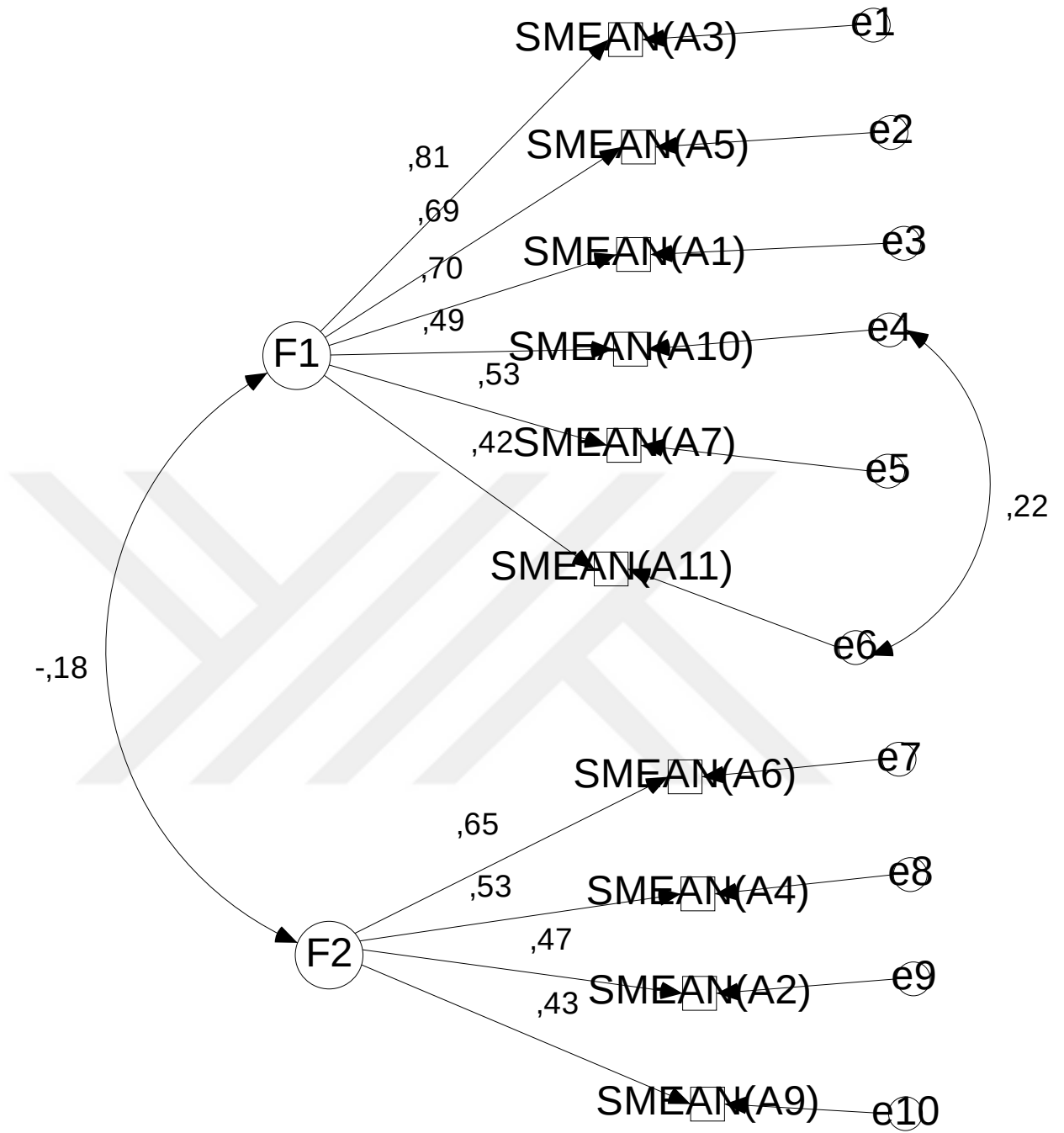
Kurulan modelde RMSEA uyum iyiliği değeri sonucunun ,095 olması RMSEA sonucu değerinin %95 güven aralığında, 0,03 ile 0,08 arasında olmasından dolayı kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017:81). GFI değeri 0,85 üzerindeki değerlerin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Karaman, 2023:54). Analiz sonucunda GFI değeri ,932 elde edildiği için kabul edilebilir düzeydedir. AGFI, 0 ile 1 aralığında değer almakla birlikte, 1'e yaklaştıkça iyi uyumu göstermektedir (Erkorkmaz vd., 2013:214). AGFI değeri ,887 sonucu elde edilmesi iyi uyum olarak kabul edilebilir. CMIN/DF 2 ile 5 arasında bir değer alırsa kabul edilebilir düzeyde olduğu belirtilmektedir (Karaman, 2023:54). Analiz sonucu CMIN/DF 4,698 değeri elde edildiği için kabul edilebilir uyum olarak değerlendirilmektedir. PGFI 0 -1 aralığında değerlerde kabul edilebilir düzeyde olduğu açıklanmaktadır. (Erkorkmaz vd., 2013:216): Analiz sonucu PGFI değeri ,559 elde edildiği için modelin uyumlu olduğunu göstermektedir. NFI değeri ,80 ile ,95 arasında değer alması kabul edilebilir olduğu ifade edilmektedir (Uğurlu ve Arslan, 2019:83). NFI değeri ,835 sonucu kabul edilebilir uyum olduğunu göstermektedir. Analiz sonucunda TLI değerinin ,813 elde edildiği ve $\text{TLI} > 0,80$ üzerinde sonucun olması kabul edilebilir olduğuna işaret etmektedir (Yaşlıoğlu, 2017:81). CFI değerinin ,863 elde edilmesi sonucun 0 ile 1 aralığında olması nedeniyle kabul edilebilir uyum değeri olduğunu açıklamaktadır (Yaşlıoğlu, 2017:81). IFI değerinin ise ,865 elde edilmesi, sonucun 0 ile 1 aralığında olması nedeniyle kabul edilebilir uyum değeri olduğunu açıklamaktadır (Yeniçeri ve Yücel, 2009:151). Analiz sonucunda doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen analiz sonuçları Tablo 11'de

bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıp modelinin toplam 10 madde ve 2 boyuttan meydana gelen son hali Şekil 9’da gösterilmektedir.

Tablo 11: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıpa İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri

İfadeler	Bütüncül Sağlık	Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp
A3	,81	
A5	,69	
A1	,70	
A10	,49	
A7	,53	
A11		
A6		,65
A4		,53
A2		,47
A9		,43

Uyum iyiliği indeksleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde, analiz sonucunda oluşan yapının en uygun yapı olduğuna karar verilmiştir.



Şekil 6: Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp DFA sonuç modeli

3.8.3. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan Frekans analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 12’de toplu olarak gösterilmiştir.

Tablo 12: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	254	62,3
	Erkek	154	37,7
Yaş	18-29	48	11,6
	30-39	105	25,4
	40-49	135	32,6
	50+	124	30,0
Meslek	Sağlık çalışanı	191	47,1
	Yönetici	53	13,0
	Öğretmen	150	37,0
	Serbest meslek	11	2,7
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	71	17,1
	Gelir gidere eşit	273	65,9
	Gelir giderden fazla	62	15,0
Eğitim durumu	İlköğretim	105	25,4
	Yükseköğretim	307	74,2
Düzenli sağlık kontrolü	Evet	150	36,2
	Hayır	261	63,0
Kronik hastalık	Evet	116	28,0
	Hayır	294	71,0
Sigara içme	Evet	125	30,2
	Hayır	283	68,4
Düzenli spor	Evet	88	21,3
	Hayır	324	78,3

Katılımcıların %62,3'ü kadın, %37,7'si erkek; %11,6'sı 18-29 yaş arasında, %25,4'ü 30-39 yaş arasında, %32,6'sı 40-49 yaş arasında, %30,0'ı 50 ve üstü yaş arasındadır. %47,1'i sağlık çalışanı, %13'ü yönetici, %37'si öğretmen, %2,7'si serbest meslek işleriyle uğraşmaktadır. %17,1'inin gelir giderden az, %65,9'u gelir gidere eşit, %15,0'ının gelir giderden fazladır. %25,4'ünü ilköğretim, %74,2'sini yükseköğretim mezunu oluşturmaktadır. %36,2'si düzenli sağlık kontrolü yaptırırken, %63,0'ı düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı saptanmıştır. %28,0'ının kronik hastalığı varken, %71,0'ının kronik hastalığı yoktur. %30,2'si sigara içerken, %68,4'ünün sigara içmediği saptanmıştır. %21,3'ünün düzenli spor yaptığı, %78,3'ünün ise düzenli spor yapmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların GETAT ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan Frekans analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 13'de yer almaktadır.

Tablo 13: Katılımcıların GETAT ile İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	n	%
GETAT konusunda bilgi durumu	Evet	215	51,9
	Hayır	196	47,3
GETAT yöntemlerinin etkinliğine inanma	Evet	266	64,3
	Hayır	31	7,5
	Fikrim yok	114	27,5
GETAT yöntemlerine başvurma	Evet	177	42,8
	Hayır	235	56,8
GETAT yöntemlerinin kullanıldığı rahatsızlıklar	Sigara bırakmak için	11	2,7
	Stres düzeyini kontrol	22	5,3
	Baş ağrısı-migren	42	10,1
	Kilo vermek	35	8,5
	Diğer	59	14,3
GETAT yönteminin öğrenildiği kaynaklar	Aile hekimi	15	3,6
	TV, radyo programları	64	15,5
	İnternet	189	45,7
	Kitap, dergi, gazete	35	8,5
	Diğer	96	23,2

Katılımcıların %51,9'unun GETAT konusunda bilgisi varken, %47,3'ünün GETAT konusunda bilgisinin olmadığı; %64,3'ünün GETAT yöntemlerinin etkinliğine inandığı, %7,5'inin GETAT yöntemlerinin etkinliğine inanmadığı, %27,5'inin GETAT yöntemlerinin etkinliğine inanma konusunda fikrinin olmadığı; %42,8'inin GETAT yöntemlerine başvurduğu, %56,8'inin ise GETAT yöntemlerine başvurmadığı tespit edilmiştir. %2,7'sinin sigarayı bırakmak için, %5,3'ünün stres düzeyini kontrol etmek için, %10,1'inin baş ağrısı ve migren için, %8,5'inin kilo vermek için, %14,3'ünün diğer rahatsızlıklar için GETAT yöntemlerini kullandığı saptanmıştır. %3,6'sının aile hekiminden, %15,5'inin TV, radyo programlarından, %45,7'sinin internetten, %8,5'inin kitap, dergi, gazeteden, %23,2'sinin ise diğer kaynaklardan GETAT yöntemlerinin öğrendiği bulgulanmıştır.

3.8.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular

Hipotez testlerinde iki farklı grup karşılaştırılmasında Bağımsız Tek Örneklem t Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans (ANOVA) testi ve iki değişken arasındaki ilişkilerin araştırılmasında regresyon analizleri kullanılmıştır.

Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 14’de gösterilmiştir.



Tablo 14: Yaş Gruplarına Göre Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutum Konusunda Farklılık Olup Olmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	s.s	F	P
Sağlığın Geliştirilmesi	18-29	47	2,6052	,92986	1,001	,392
	30-39	105	2,5624	,61545		
	40-49	133	2,5008	,59025		
	50+	122	2,4473	,63267		
Hastalıklardan Korunma	18-29	47	2,1809	1,00171	1,336	,262
	30-39	105	2,1952	,75695		
	40-49	133	2,0323	,65672		
	50+	122	2,0831	,47652		
Tedavi ve Hizmet	18-29	47	2,1419	,86808	0,945	,419
	30-39	105	2,1026	,61786		
	40-49	133	2,0277	,54235		
	50+	122	2,1434	,49137		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	18-29	47	2,4444	,99010	1,103	,348
	30-39	105	2,5238	,85091		
	40-49	133	2,3383	,77050		
	50+	122	2,4241	,65434		

Her dört sağlık okuryazarlığı boyutunda, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>,005$). H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} ve H_{1d} hipotezleri reddedilmiştir dolayısıyla H_1 hipotezi reddedilmiştir.

Sağlık okuryazarlığına yönelik tutumda, eğitim düzeyine göre farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumun Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları

Boyutlar	Eğitim durumunuz	N	$\bar{x}$	s.s	t	sd	p
Sağlığın Geliştirilmesi	İlköğretim	103	2,6912	,76957	3,354	405	0,001
	Yükseköğretim	304	2,4523	,56787	2,895		
Hastalıklardan Korunma	İlköğretim	104	2,4269	,89286	5,714	406	0,000
	Yükseköğretim	304	1,9969	,56298	4,608		
Tedavi ve Hizmet	İlköğretim	104	2,2115	,74030	2,328	407	0,020
	Yükseköğretim	305	2,0551	,53223	1,987		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	İlköğretim	105	2,7079	,94019	4,371	409	0,000
	Yükseköğretim	306	2,3263	,70572	3,808		

Yapılan analiz neticesinde her dört sağlık okuryazarlığı boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<,005$). Her dört sağlık okuryazarlığı boyutunda da ilköğretim mezunların, yükseköğretim

mezunlarına göre daha olumlu tutum içinde olduğu saptanmıştır. H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

Meslek grupları arasında sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Meslek Grupları Arasında Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutum Konusunda Farklılık Olup Olmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Meslek	N	$\bar{x}$	s.s	F	P
Geliştirilmesi	Sağlık çalışanı	191	2,4616	,56453	1,427	,240
	Yönetici	53	2,5398	,69187		
	Öğretmen	150	2,5482	,69518		
	Serbest	11	2,8081	,53308		
Hastalıklardan Korunma	Sağlık çalışanı	191	2,0333	,58133	3,671	,012
	Yönetici	53	2,0000	,59467		
	Öğretmen	150	2,1973	,80253		
	Serbest	11	2,5576	,85688		
Tedavi ve Hizmet	Sağlık çalışanı	191	2,0923	,53985	0,399	,754
	Yönetici	53	2,0189	,57351		
	Öğretmen	150	2,1178	,67828		
	Serbest	11	2,1558	,46710		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Sağlık çalışanı	191	2,3707	,72712	1,321	,267
	Yönetici	53	2,3899	,81055		
	Öğretmen	150	2,4880	,85500		
	Serbest	11	2,7576	,66818		

Analiz sonucunda sağlığın geliştirilmesi, tedavi ve hizmet ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunda meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>,005$), buna karşın hastalıklardan korunma boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<,005$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 17’de gösterilmiştir. Hastalıklardan Korunma boyutunda, öğretmenlerin sağlık çalışanlarına göre daha olumlu tutum içinde olduğu; serbest meslek mensubu katılımcıların ise, sağlık çalışanı ve yöneticilere göre daha olumlu tutum içinde olduğu tespit edilmiştir. H_{3a}, H_{3c} ve H_{3d} hipotezleri reddedilmiş ve H_{3b} hipotezi kabul edilmiştir dolayısıyla H₃ hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 17: Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Hastalıklardan Korunma Boyutu)

Bağımsız Değişken	(I)Meslek	(J)Meslek	(I-J)Ort.Fark	Std.Hata	p
Hastalıklardan korunma	LSD	Öğretmen	,16400*	,07417	,028
		Yönetici	,19733	,10877	,070
		Serbest	-,36024	,21262	,091
	Serbest	Sağlık çalışanı	52424*	,21102	,013
		Yönetici	,55758*	,22552	,014
		Öğretmen	,36024	,21262	,091

Sağlık okuryazarlığına yönelik tutumun, gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Sağlık Okuryazarlığına Yönelik Tutumun Gelir Düzeyine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}$	s.s	F	P
Sağlığın Geliştirilmesi	Gelir az	71	2,6631	,59465	3,078	,047
	Eşit	270	2,4820	,58315		
	Gelir fazla	61	2,4189	,78911		
Hastalıklardan Korunma	Gelir az	71	2,3347	,71922	7,347	,001
	Eşit	270	2,0838	,65854		
	Gelir fazla	61	1,8962	,63404		
Tedavi ve Hizmet	Gelir az	71	2,2391	,71922	4,774	,009
	Eşit	270	2,0838	,65854		
	Gelir fazla	61	1,8962	,63404		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Gelir az	71	2,6526	,85530	4,774	,009
	Eşit	270	2,3983	,74196		
	Gelir fazla	61	2,2070	,81576		

Her dört sağlık okuryazarlığı boyutuna yönelik tutumun, gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<,005$) Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden TUKEY testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 19’da gösterilmiştir. Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi fazla ve gelir düzeyi eşit olan kişilere göre sağlığın geliştirilmesi konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi eşit ve geliri fazla olan kişilere göre hastalıklardan korunma konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi fazla ve gelir düzeyi eşit olan kişilere göre tedavi ve hizmet konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir.

Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi fazla ve gelir düzeyi eşit olan kişilere göre sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla H₄ hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 19: Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi- Sağlık Geliştirilmesi, Tedavi ve Hizmet, Hastalıklardan Korunma ve Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama Boyutu)

Bağımsız değişken	(I)Gelir Düzeyi	(J)Gelir Düzeyi	(I-J)Ort.Fark	Std.Hata	p
Sağlık Geliştirilmesi	Gelir az	Eşit	,18110	,08275	,074
		Fazla	,24420	,10832	,064
Hastalıklardan Korunma	Gelir az	Eşit	,25098*	,08879	,014
		Fazla	,43857*	,11627	,001
Tedavi ve Hizmet	Gelir az	Eşit	,15736	,07668	,101
		Fazla	,30936*	,10041	,006
Sağlıkla ilgili bilgiyi Anlama	Gelir az	Eşit	,25430*	,10319	,038
		Fazla	,44559*	,13458	,003

Sağlık okuryazarlığına yönelik tutumun, cinsiyete göre, farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Tek Örneklem t Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo20: Sağlık Okuryazarlığının Cinsiyete Göre Farklılık Farklılaşmadığına Yönelik t Testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s.s	t	sd	P
Sağlık Geliştirilmesi	Kadın	252	2,5466	,63152	1,450	401	0,148
	Erkek	151	2,4521	,63666	1,447		
Hastalıklardan Korunma	Kadın	252	2,1237	,73714	0,510	402	0,610
	Erkek	151	2,0870	,60421	0,536		
Tedavi ve Hizmet	Kadın	252	2,0741	,59804	-,960	403	0,338
	Erkek	151	2,1328	,59303	-,962		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	Kadın	252	2,4331	,82113	-,250	405	0,803
	Erkek	151	2,4129	,73823	-,256		

Her dört sağlık okuryazarlığı boyutunda, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). H_{5a}, H_{5b}, H_{5c} ve H_{5d} hipotezleri reddedilmiştir dolayısıyla H₅ hipotezi reddedilmiştir.

Yaş grupları arasında GETAT’a boyutlarına yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: Yaş Grupları Arasında GETAT’a Yönelik Tutum Farklılığına Yönelik ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	s.s	F	P
Bütüncül Sağlık	18-29	48	5,0347	,73010	1,996	0,114
	30-39	105	4,8587	,78914		
	40-49	135	4,9368	,73860		
	50+	124	4,7513	,83873		
Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp	18-29	48	3,0573	,83990	1,040	0,375
	30-39	105	3,1952	,81795		
	40-49	135	3,1944	,98338		
	50+	124	3,3253	1,04096		

Her iki GETAT boyutunda, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). H_{6a} ve H_{6b} hipotezleri reddedilmiştir dolayısıyla H_6 hipotezi reddedilmiştir.

GETAT’a yönelik tutumda eğitim düzeyine göre farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: GETAT'a Yönelik Tutumun Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları

Boyutlar	Eğitim	N	$\bar{x}$	s.s	t	sd	P
Bütüncül Sağlık	İlköğretim	105	4,7267	,87476	-2,216	410	0,042
	Yükseköğretim	307	4,9224	,74672	-2,052		
Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp	İlköğretim	105	3,1341	,96676	-1,052	410	0,293
	Yükseköğretim	307	3,2467	,93969	-1,038		

Analiz sonucunda bütüncül sağlık boyutunda eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bütüncül sağlık boyutunda yükseköğretim mezunlarının, ilköğretim mezunlarına göre daha olumlu tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp boyutunda eğitim düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). H_{7a} hipotezi kabul edilmiştir, H_{7b} hipotezi reddedilmiştir. Dolayısıyla H_7 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

GETAT’a yönelik tutumun, kronik hastalığı bulunma durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığına yönelik t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23: GETAT'a Yönelik Tutumun Kronik Hastalık Bulunma Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığına Yönelik t testi Sonuçları

Boyutlar	Kronik hastalık	N	$\bar{x}$	s.s	t	sd	P
Bütüncül Sağlık	Evet	116	4,8172	,80601	-,858	408	0,391
	Hayır	294	4,8912	,77727	-,845		
Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp	Evet	116	3,0912	,90530	-1,674	408	0,095
	Hayır	294	3,2645	,95832	-1,716		

Her iki GETAT boyutunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). H_{8a} ve H_{8b} hipotezleri reddedilmiştir dolayısıyla H_8 hipotezi reddedilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutum üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24: Sağlık Okuryazarlığının GETAT'a Yönelik Tutum Üzerinde Etkisi Olup Olmadığına Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken: GETAT					
	B	Beta	t	p	DurbinWatson
Sabit	4,699		38,909	0,000	1,792
Bağımsız Değişken					
Sağlık Okuryazarlığı	-,215	-,202	-4,176		
R ² =0,041	Düzeltilmiş R ² = 0,039			F=17,442	
p=0,000					

Sağlık Okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutum üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda Durbin Watson değeri 1,792 olarak bulunmuştur ve bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,041 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, GETAT'ın %4,1'inin sağlık okuryazarlığı tarafından açıklandığını göstermektedir. ANOVA tablosundaki p değeri ($p=0,000<0,05$) modelin bütün olarak istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, GETAT'a yönelik tutumu anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığındaki 1 birimlik değişim, GETAT'a yönelik tutumu 0,215 birim etkilemektedir. ($B=-,215$). Ayrıca bu değer; sağlık okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutumunu negatif yönde etkilediğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı

artıkça GETAT’a yönelik olumlu tutum_azalmaktadır. Dolayısıyla H₉ hipotezi kabul edilmiştir.



SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışma, Sağlık Okuryazarlığının, GETAT'a yönelik tutum üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya literatür taraması ile başlanılmıştır, daha sonra İzmir'de yaşayan 412 katılımcı ile alan araştırması yapılarak veri toplanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden, TSOY-32 Ölçeği ve Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTAT) Ölçeğinden elde edilen veriler güvenilirlik, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analiziyle t testi ve ANOVA analiziyle test edilmiştir. Araştırmanın ana hipotezini test etmek için de basit doğrusal regresyon analizinden faydalanılmıştır. Elde edilen verilerin analiz neticesinde ulaşılan sonuçlar aşağıda belirtilen şekilde literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Katılımcıların Tanımlayıcı Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan yetişkinler %62,3 (N=254) kadın olarak örneklemin en kalabalık grubunu oluşturmaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde ilkokul, ortaokul, lise gruplarından oluşan ilköğretim kategorisi %25,4 (N=105)'ini, lisans ve lisansüstü gruplarından oluşan yükseköğretim kategorisi %74,2 (N=307) olarak belirlenmiştir. Gelir durumu dağılımlarına bakıldığında, %65,9'unun gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. Araştırmada katılımcıların %63,0'ı düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığı, %71,0'ının kronik hastalığı olmadığı, %78,3'ünün ise düzenli spor yapmadığı belirlenmiştir. Literatür bu bağlamda incelendiğinde; Baydan (2022), çalışmasında katılımcıların %57,9'u kadın, %51,5'i üniversite ve üzeri mezunu, %31,5'i lise mezunu, %17,0'ı ilköğretim mezunudur. Gürsoy ve Eycan (2023), çalışmalarında ise katılımcıların %68'i kadın, %48'inin lisans mezunu olduğu belirtilmiştir. Dursun ve arkadaşları (2019), çalışmasında %77,1'i kadın, %55,6'sı üniversitesi mezunu, %81,8'i orta gelir düzeyinde, %79,9'unun kronik bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. Köse ve arkadaşları (2021), çalışmasında %58,8'i kadın; Buran ve Kaçan (2023), çalışmasında %80,5'i kadın;

Kocabaş ve arkadaşları (2019), çalışmasında katılımcıların %71,8'i kadın olarak saptanmıştır. Aydemir (2022), çalışmasında katılımcıların %56,5'i kadın, %72'si kronik hastalığının olmadığı belirtilmiştir. Literatürde sosyodemografik özellikler açısından genellikle benzer sonuçlar saptanmıştır.

Katılımcıların GETAT ile İlgili Bilgi Durumları

Bu çalışmada GETAT ile ilgili bilgi sahibi olanların %51,9 oran ile çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlar bulunmuştur (Aydemir, 2022; Odabaş ve Ağadayı, 2021; Oral vd., 2016; Aydil vd., 2021).

Bireylerin GETAT hakkında en çok bilgi kaynaklarının %45,7 oranla internet olduğu, doktor ya da sağlık profesyoneli tarafından öneri ve bilgilendirilmenin az olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçların tespit edildiği görülmektedir (Odabaş ve Ağadayı, 2021). Şensoy ve arkadaşları (2020) çalışmasında, bireylerin GETAT hakkında bilgi kaynağı değişmekle birlikte çoğunlukla yakın arkadaş, aile, akraba, aktarlar, kitap/dergi, gazete, televizyon ve internet gibi kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlar olarak saptanmıştır. Köse ve arkadaşları (2021) çalışmasında, GETAT yöntemlerinin öğrenildiği kaynaklar arasında katılımcıların %42,1'i televizyon, %9,0'u sağlık personeli, %5,9'u okul ve %59,1'i internetten öğrendiklerini; belirtmiştir. Literatürde GETAT uygulamalar hakkında bilgi edinilen kaynaklar arasında Aydemir (2022) çalışmasında, %51,8 oranında internet, radyo, televizyon; Oral ve arkadaşları (2016), GETAT ile ilgili bilgilere en çok akraba/arkadaş/komşu, sonrasında televizyon/radyo ve internet aracılığıyla erişildiği; Odabaş ve Ağadayı (2021) çalışmasında ve Aydil ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında en çok medya olduğu saptanmıştır. Literatürde GETAT yöntemlerinin öğrenildiği kaynakların arasında sağlık çalışanının az olduğu görülmektedir.

GETAT yöntemlerini kullanmayan katılımcıların %56,8 oranında olduğu belirlenmiştir. Bulunan sonuç literatürdeki çalışmalarda (Özmen vd., 2023; Dursun vd., 2019) kullanmayan katılımcıların çoğunlukla olması noktasında benzerlik göstermektedir. Owen-Smith ve arkadaşları (2012) çalışmasında, katılımcıların %94'ünün en az bir tür GETAT yöntemi kullandığı; Bains ve Egede

(2011) çalışmasında, katılımcıların %80'inin GETAT yöntemi kullandığı; Aydemir (2022) çalışmasında her 4 kişiden birinin GETAT yöntemlerini kullandığını belirtmiştir.

Bireyleri GETAT uygulamalarına yönelten sağlık sorunlarına bakıldığında; %2,7'sinin sigarayı bırakmak için, %5,3'ünün stres düzeyini kontrol etmek için, %10,1'inin baş ağrısı ve migren için, %8,5'inin kilo vermek için, %14,3'ünün diğer rahatsızlıklar için GETAT yöntemlerini kullandığı saptanmıştır. Ulaşılan bu sonuç literatürü destekler niteliktedir. Odabaş ve Ağadayı (2021) tarafından yapılan çalışmada, hastaların %76,3'ü kas ağrısı nedeniyle GETAT uygulaması yaptırdığını belirtmiştir. Aydemir (2022) tarafından yapılan çalışmada da, GETAT yöntemlerine en çok başvurma nedeni kas-eklem ağrısı olarak belirtilmiştir. Kocabaş ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, katılımcıların GETAT yöntemlerini %45'i ağrı, %29,8'i hastalık, %12,4'ü kilo verme ve yorgunluk %12,8'i ise diğer amaçlarla kullandıklarını belirtmiştir. Oral ve arkadaşları (2016) çalışmasında GETAT kullanma amaçları incelendiğinde, ilk sırada %44,6'sı hastalık nedeniyle kullanım, ikinci kullanma amacı ağrı sorunu %39,9 stres nedeniyle kullanım %25,6, kilo verme amacıyla kullanım ise %17,1 oranında tespit edilmiştir. GETAT kullanma nedenlerinin çoğunlukla, hastalık sonucu ortaya çıkan semptomları tedavi etmek söylenebilir.

SOY ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı konusunda anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Literatürde Yakar ve arkadaşları (2019) ve Çetinel (2021) tarafından yapılan çalışmanın sonucu ulaşılan bu sonuca benzerdir. Literatürde bazı çalışmalar (Yeşildal, 2018; Oğulluk, 2019; Kavuncuoğlu, 2020; Kanberi vd., 2013; Baydan, 2022; Değerli ve Tüfekçi, 2018) araştırma sonucuyla örtüşmemektedir. Katılımcıların yaşları arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin düştüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada yaş gurupları arasında bariz veri farkı olmaması nedeniyle literatürde yer alan çalışmalardan farklı sonuç alındığı söylenebilir.

Meslek gurupları arasında sağlık okuryazarlığına yönelik olarak, sağlığın geliştirilmesi, tedavi ve hizmet ve sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunda meslek

grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, buna karşın hastalıklardan korunma boyutunda gruplar arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Hastalıklardan Korunma boyutunda, öğretmenlerin sağlık çalışanlarına göre daha olumlu tutum içinde olduğu; serbest meslek mensubu katılımcıların ise, sağlık çalışanı ve yöneticilere göre daha olumlu tutum içinde olduğu tespit edilmiştir. Güler (2021) ve Çetinel (2021) çalışmalarında meslek grupları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadığı için araştırma sonucu ile örtüşmemektedir.

Sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim düzeyine göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Her dört sağlık okuryazarlığı boyutunda da ilköğretim mezunlarının, yükseköğretim mezunlarına göre daha olumlu tutum içinde olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar (Güler, 2022; Emre vd., 2021; Değerli ve Tüfekçi, 2018; İkışık vd., 2020; Özdemir vd., 2010; Oğulluk, 2019; Özmen vd., 2023; Bakan ve Yıldız, 2019) olduğu gibi eğitim durumu ile sağlık okuryazarlığı arasında fark olmadığını (Baydan, 2022; Çetinel, 2021) gösteren çalışmalar da yer almaktadır.

Sağlık okuryazarlığına yönelik tutumun, gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi fazla olan kişilere göre sağlığın geliştirilmesi konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Gelir düzeyi az olan kişilerin, gelir ve gider düzeyi eşit ve geliri giderinden fazla olan kişilere göre Hastalıklardan korunma konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Geliri düzeyi az olan kişilerin, gelir düzeyi fazla olan kişilere göre Tedavi ve Hizmet konusunda daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Geliri az olan kişilerin, geliri fazla ve geliri giderine eşit olan kişilere göre daha olumlu tutum gösterdiği tespit edilmiştir. Literatürde bu çalışma sonucuna benzer çalışmalar bulunmaktadır (Yeşildal, 2018; Güler, 2021). Bununla birlikte literatürde, gelir durumuna göre sağlık okuryazarlığı arasında farklılık saptanmayan sonuçlar da yer almaktadır (Baydan, 2022; Değerli ve Tüfekçi, 2018; Özmen vd., 2023; İbrahimoglu vd., 2019).

Sağlık okuryazarlığına yönelik tutum konusunda cinsiyete göre, farklılık olmadığı belirlenmiştir. Değerli ve Tüfekçi (2018) ; Okyay ve Abacıgil (2016);

Emre ve arkadaşları (2021); Baydan (2022); Çetinel (2021); Oğulluk vd., (2019) tarafından yapılan çalışmalar bu araştırmanın sonucuyla örtüşmektedir. Bu bulguların aksine İkişık vd., (2020; Yeşildal ve Tüfekçi, (2018); İbrahimoglu vd., (2019); Güler, (2022) çalışmaları da sağlık okuryazarlığının cinsiyete göre farklılık olduğunu belirtmiştir. Literatürde bu çalışmayla benzer veya farklı sonuçlar olmakla beraber genele bakıldığında cinsiyetin sağlık okuryazarlığını etkileyen güçlü bir faktör olmadığı söylenebilir.

GETAT ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Literatürde, sosyodemografik özelliklerin GETAT yöntemlerine yönelik tutum üzerinde farklı sonuçlar yer almaktadır. Çalışmalarda genellikle GETAT kullanımının kadınlarda, orta yaşta, eğitim durumuna, gelir durumuna, kronik hastalık durumuna göre pozitif yönde etkisi olduğu belirtilmektedir (Şensoy vd., 2020). Erci (2007) tarafından yapılan çalışmada demografik özelliklerin GETAT'a yönelik tutumu etkilediği belirtilmiştir. Erci (2007), GETAT'a yönelik olumsuz tutumun erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada yaş grupları arasında GETAT'a yönelik tutum konusunda anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde (Aktaş, 2017; İlhan vd., 2019; Odabaş ve Ağadayı 2021; Ulusoy ve Keskin, 2021) çalışmalarında benzer sonuç belirtilen çalışmalar mevcuttur. Bu sonuçların aksine (Aydemir, 2022; Kısaç vd., 2024; Özmen vd., 2023) yaş grupları ile GETAT arasında negatif yönlü korelasyon saptanan çalışmalar da mevcuttur. Özen (2023) tarafından yapılan çalışmada ise 18-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşük oranda GETAT kullanımı olduğu belirtilmiştir.

GETAT bütüncül sağlık boyutunda eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bütüncül sağlık boyutunda, yükseköğretim mezunların, ilköğretim mezunlarına göre daha olumlu tutuma sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu çalışmanın sonucunu destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. GETAT kullanımı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu, üniversite veya daha yüksek eğitim düzeyi olanların daha pozitif tutuma sahip olduğu açıklanmaktadır (MacLennan vd. 2006; Weizman vd., 2012). Von Conrady ve Bonney(2017) tarafından yapılan araştırmada üniversite eğitimi almış kişilerin %

76'sı GETAT kullandığını belirtmiştir. Göktaş (2020) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi düşük olanların GETAT yöntemi kullanma oranının fazla olduğunu tespit etmiştir. Aydemir (2022) tarafından yapılan çalışmada lise ve üniversite mezunu olanlarda, GETAT uygulaması kullanmayanların daha fazla olduğunu belirtmiştir. Ulusoy ve Keskin (2021) ve Odabaşı ve Ağadayı (2021) tarafından yapılan çalışmada, öğrenim durumu ile GETAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadığını belirtmiştir.

Araştırmamızda GETAT'a yönelik tutum kronik hastalık bulunma durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Literatürde sonucu destekler nitelikte çalışmalar vardır (Köse vd.,2018; Odaşı ve Ağadayı, 2021). Bu sonuçların aksine kronik hastalığı olanların GETAT yöntemi kullanma oranını anlamlı olarak daha fazla bulan çalışmalarda görülmüştür (Aydemir, 2022; Göktaş, 2020; Özmen vd., 2023; Metcalfe, vd. 2010; Özen, 2023). Ulusoy ve Keskin (2021) tarafından yapılan çalışmada, onkoloji hastaların %57,66'sının kanser teşhisi öncesi GETAT kullandığı, %33,66'sı ise kanser teşhisi aldıktan sonra GETAT kullandığını belirtmiştir.

Sağlık okuryazarlığı ile GETAT ilişkisi

Araştırma kapsamında sağlık okuryazarlığının GETAT'a yönelik tutumun etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan regresyon analizi bulguları değerlendirilecektir. Analiz sonuçlarına göre modelin açıklama gücü olarak ifade edilen R^2 değeri 0,041 olarak hesaplanmış olup bu değer, kurduğumuz modelde GETAT'ın %4,1'inin sağlık okuryazarlığı tarafından açıklandığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı, GETAT'a yönelik tutumu anlamlı ve negatif yönde etkilediği, sağlık okuryazarlığı arttıkça GETAT'a yönelik tutumun azaldığı tespit edilmiştir. Literatürde araştırma sonucunu destekleyen çalışmalar görülmüştür. Dursun ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı ile GETAT tutumlarını inceleyen çalışmada sağlık okuryazarlığı arttıkça GETAT'a yönelik tutumun azaldığını belirlemiştir. Baydan (2022) tarafından yapılan Balıkesir'de bir bölgede yaşayan yetişkinler ile yürütülen çalışmada GETAT'a yönelik pozitif eğilim arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığını saptamıştır.

Literatürde; Köse ve arkadaşları (2021) tarafından çalışmada sağlık okuryazarlığı ile GETAT arasında güçlü bir ilişki görülmemiştir. Aydemir (2022) tarafından yapılan çalışmada, aile hekimliğine başvuran yetişkinlerde GETAT uygulamaları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Smith ve arkadaşları (2019) tarafından Avusturalya’da yapılan çalışmada GETAT uygulamaları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Literatürde; Buran ve Kaçan (2022) tarafından yapılan hemşirelik öğrencilerinin katıldığı bir araştırmada sağlık okuryazarlığının GETAT’a yönelik ilişkisini orta düzeyde pozitif yönde bulmuştur. Uluslararası literatürde; sağlık okuryazarlığı arttıkça GETAT’a yönelik tutumun olumlu yönde arttığını gösteren araştırmalar görülmüştür (Owen Smith, 2012; Gardiner ve ark., 2013; Bains ve Egede, 2011). Sağlık okuryazarlığı ile GETAT ilişkisi, ırka ve kültürel faktörlere bağlı değişebileceği söylenebilir.

VonConrady ve Bonney (2017) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı ile GETAT kullanımı arasında olumlu ilişki saptanmıştır.

Barnes ve arkadaşları (2019) tarafından sağlık okuryazarlığı ile GETAT kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada, kadınların gebelik ve emzirme döneminde iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığı becerileri ile GETAT kullanımına ilişkin olumlu yaklaşım tespit edilmiştir.

Shreffler- Grant ve arkadaşları (2013) tarafından tamamlayıcı alternatif tıp ile sağlık okuryazarlığının ilişkisini değerlendirmek için GETAT sağlık okuryazarlığı kavramsal modelini geliştirdiklerini belirtmiştir. Modelin sonucu, sağlığın bilinçli öz yönetimi ile TAT hakkında farkındalık oluşturmaktır. Modelin merkezinde yer alan doz, etki, güvenlik ve kullanılabilirlik GETAT sağlık okuryazarlığını değerlendirmede anahtar kavramlar olduğunu belirtir. Bu modelin GETAT sağlık okuryazarlığı ilişkisiyle ilgili araştırmalar için temel olabileceği, klinik uygulamalarda müdahale noktalarının belirlenmesinde yararlı olabileceği açıklanmıştır.

Shreffler- Grant ve arkadaşları (2014) tarafından GETAT sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli kaynak alınarak geliştirilen GETAT Sağlık

Okuryazarlığı leği, GETAT konusundaki sağlık okuryazarlığı ölçmeyi, GETAT'ın bilinçli kullanımını, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için doğru karar almayı açıklamaktadır.



ÖNERİLER

Eğitimcilere Yönelik;

Sağlık okuryazarlığının temelinde okuryazarlık yatmaktadır. Eğitimciler, öğrencilere ilk kademedен başlayarak okuma alışkanlığının kazandırılması noktasında ebeveynlerle iş birliği içinde rehberlik çalışmaları yürütebilir. Bu bağlamda okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık okuryazarlığının gelişimine de olumlu yansıyacaktır.

Okullarda sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde erken çocukluk döneminde başlatılan öğrencilerin seviyesine uygun düzenlenen eğitimler, sağlık okuryazarlığı farkındalığının gelişiminde etkili olacaktır.

Sağlık Hizmeti Sunanlara;

Sağlık profesyonelleri hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın korunması, sürdürülmesi noktasında bilgilendirici çalışmalar yürüten kişilerdir. Bu bağlamda bireylerin sağlığın korunması ve sürdürülmesinde, sağlık bilgilerini anlaması, karar vermesi, uygulaması yani sağlık okuryazar olması yönünde, sağlık hizmeti sunanlara görevler düşmektedir.

Sağlık hizmeti sunanlar, toplumun GETAT sağlık okuryazarlığını geliştirici eğitimler düzenlemelidir. Sağlık profesyonelleri, bireylerin GETAT konusunda bilinç düzeyinin artırılması, GETAT uygulamalarını yapan kişiler, uygulama yapan yerler konusunda bilgilendirmesi kısacası GETAT sağlık okuryazarlığı düzeyini artırıcı çalışmalarda görev alması halk sağlığı açısından önemlidir.

Araştırmalara yönelik;

GETAT uygulamalarının endikasyonları ve kontrendikasyonları ile ilgili daha fazla bilimsel araştırmalar yapılmalı, sonuçlar modern tıp ile birlikte değerlendirilmelidir.

Sağlık okuryazarlığının GETAT uygulamalarına yönelik tutumu üzerindeki etkisi ile ilgili daha fazla çalışmalar yapılmalıdır. Bu konu ile ilgili GETAT sağlık okuryazarlığını değerlendiren ölçme araçları geliştirilebilir.

Sağlık Hizmeti Politikacılarına;

Araştırma sonucuna göre, yaş gruplarının ve cinsiyetin sağlık okuryazarlığına yönelik tutum üzerinde etkisinin olmadığı, eğitim ve gelir düzeyinin ise sağlık okuryazarlığına yönelik tutum üzerinde etkisinin olduğunu dikkate alırsak, eğitim ve gelir düzeyinin iyileştirilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yönetmeliklerle düzenlenen GETAT yöntemlerine, günümüzde bireylerin tutumu giderek değişmektedir. Araştırmanın sonucuna göre, yaş grupları ve kronik hastalık bulunma durumunun GETAT'a yönelik tutum konusunda etkilemediğini, eğitim düzeyine göre ise bütüncül sağlık boyutunda etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, eğitim düzeylerinin iyileştirilmesinin GETAT uygulamalarına yönelik tutumu etkilediği söylenebilir. Bu nedenle GETAT ile ilgili toplumun sağlık okuryazarlığı bilincinin artırılması için bilgilendirici ve eğitici yayınlar yapılabilir.

Bilgi edinme amaçlı sıklıkla kullanılan medya ve internette doğru bilginin yayılması amacıyla kontrol ve denetim mekanizması ile birlikte GETAT uygulamalarının doğru ellerde uygulanması da ayrıca önem arz etmektedir.

Çalışmanın sonucuna göre sağlık okuryazarlığı ile GETAT arasında negatif yönde tutum saptanması ile birlikte bilimsel kanıtlara dayalı modern tıbbın ilk tedavi yöntemi olarak düşünülmesi, GETAT yöntemlerinin ise doğru kaynaklardan araştırılarak modern tıp ile birlikte desteklenmesi önerilebilir.

GETAT konusunda bireylerin doğru bilgilere erişmesi, GETAT uygulamalarının sağlığın sürdürülmesinde yöntem olarak kullanıldığı konusunda tutum geliştirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık görevlileri tarafından düzenlenen GETAT eğitimleri ile; GETAT'ın kullanımı ve GETAT sağlık okuryazarı olma yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Tıp fakültelerinde, modern tıp ile GETAT uygulamalarının birlikte sunulduğu müfredat programları geliştirilmeli, tıp öğrencilerinin GETAT konusunda farkındalığı artırılmalıdır.

Sağlık politikalarında, modern tıbbın yanında GETAT uygulamalarına multidisipliner yaklaşım sergilenmesi bütüncül bakış açısı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdullah, S., Dar, L. M., Rashid, A.ve Tewari, A. (2012). Hirudotherapy/leech therapy: applications and indications in surgery. *Arch Clin Exp Surg*, 1(3), 172-180.
- Abel, T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health-promotion perspective. *International journal of public health*, 53(4), 169-70.
- Aboushanab, T. S. ve AlSanad, S. (2018). Cupping therapy: an overview from a modern medicine perspective. *Journal of acupuncture and meridian studies*, 11(3), 83-87.
- Ahuja, A.ve Ahuja, V. (2010). Apitherapy–A sweet approach to dental diseases- Part I: Honey. *Journal of Advanced Dental Research I*, 1(1), 81-86.
- Ağaoğlu, M. H., Salık, E., Mangan, G. M. ve Donat, A. (2018). DD Palmer'ın "Innate Intelligence" Felsefesiyle Başlayan Kayropraktik Biliminin Dünyada ve Türkiye'de Yeri ve Önemi. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 1(2), 93-98.
- Ağaoğlu A, İlhan NF ve Arslantürk N. (2020). COVID-19 pandemisinde homeopati uygulaması. Yılmaz N, editör. Yeni Koronavirüsün Tedavisinde ve Önlenmesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (COVID-19). 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, p.61-8
- Akalın, B., İrbán, A. ve Özargun, G. (2023). Türkiye’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Mevcut Standartları ve İyileştirme Önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 49-69.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G. ve Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.

- Akbulut, Y. (2015). Sağlık okuryazarlığının sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri kullanımı açısından değerlendirilmesi. *İçinde: F. Yıldırım & A. Keser (Ed.), Sağlık Okuryazarlığı*, 113-132.
- Akkurt, S. (2020). Scientific Overview of Cupping Applications in Athletes. *Spor Hekimligi Dergisi/Turkish Journal of Sports Medicine*, 55(4), 332-338
- Akran, S. K. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Sistemik Derleme. *Uluslararası Beşerî Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 7(15), 143-168.
- Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- Aktaş, C. ve Kızıltan, G. (2022). Sağlık Okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 7(2), 79-82.
- Ali ve Kunugi, H. (2020). Apitherapy for Parkinson's disease: A focus on the effects of propolis and royal jelly. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 1-18
- Alimi D, Rubino C, Pichard LE. et al. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2003;21, 4120- 4126.
- Alsanad, S., Aboushanab, T., Khalil, M. ve Alkhamees, O. A. (2018). A descriptive review of the prevalence and usage of traditional and complementary medicine among Saudi diabetic patients. *Scientifica*, 1-10
- Altıntaş, L., Bektaş, N. (2018). Apiterapi: 1. arı zehri. 19 (1), 82-95
- Altıntaş, A. (2022). Anadolu Tıbbı Nedir-Neden Önemlidir?. *Anadolu Tıbbı Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Andrus, M. R. ve Roth M. T. (2002). Health literacy: a review. *Pharmaco therapy*, 22 (3), 282-302.
- Arslan, E. T. ve Kayalar, M. (2017). Kamu ve özel sektör çalışanlarının ifşa (whistleblowing) niyeti karşılaştırmalı bir analiz. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19 (32), 15-26

- Arslan, M. ve Şen, M. E. (2023). Kayropraktik Eğitim Seminerinin Fizyoterapi Öğrencilerinin Kayropraktik Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 541-546.
- Aşıcı, M. (2009). Kişisel ve sosyal bir değer olarak okuryazarlık. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 7(17), 9-26.
- Atalık, A. (2019). Mezoterapi ve Klinik Uygulamalar. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 115-118.
- Aydemir, J. (2022). *Van Y.Y.Ü. Dursun Odabaş Tıp Merkezi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkin Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöneliminin Saptanması ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp yöneliminin Sağlık Okuryazarlığı ile İlişisini İnceleyen Bir Anket Çalışması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Aydın, Y. ve Tekeoğlu, İ. (2018). Tamamlayıcı Tıp ve Güncel Apiterapi Uygulamaları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 2(2), 64-73.
- Aydın, M., Ağtürk, G., Seymen, H. O., ve Ekçi, B. (2023). Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri (Getat) Hakkında Bilgi ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Hipokrat Tıp Dergisi*, 3(2), 33-40.
- Aydil S, Arifoğlu Karaman Ç, ve Küçükakkaş O. (2021). Evaluation of the Awareness of Patients Who Apply to Physical Medicine and Rehabilitation Outpatient Clinic with Pain About Traditional and Complementary Medical 77 Practices: Descriptive and Cross-sectional Research. *J Tradit Med Complement Ther*. 4(2), 227–37.
- Ayhan, H. ve Mollahaliloğlu, S. (2018). Tıbbi sülük tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 141-148.
- Bains S, Egede LE, (2011). Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a crosssectional study in adult primary care patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-138>

- Bakan, A. B. ve Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. ve Huang, J. (2007). Health literacy and mortality amongelderly persons. *Archives of internal medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Baydan, T. (2022). *Balıkesir Kent Merkezinde Bir Bölgede Yaşayan Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
- Bayır, Z. K., Yürümez, Y. ve Aslan, N. (2021). Sülük Tedavisi ile İlişkili Senkop: Olgu Sunumu. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*, 3(1), 7-11.
- Barnes, L. A., Barclay, L., McCaffery, K., ve Aslani, P. (2019). Women's health literacy and the complex decision-making process to use complementary medicine products in pregnancy and lactation. *Health Expectations*, 22(5), 1013-1027.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P., ... ve Watt, J. (2011). Priorityactions forthenon-communic ablediseasecrisis. *TheLancet*, 377(9775), 1438-1447.
- Bedi MC.ve Shenefelt PD. Herbaltherapy in dermatology. *Arch Dermatol* 2002(138), 232-242
- Benjamin, R. M. (2010). Improving healthby improving health literacy. *Public Health Reports*, 125(6), 784-785.
- Bertizlioğlu E. A. (2022). *Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

- Biçer, İ. ve Balçık, P. Y. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen ülkelerinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Bocci, V. A. (2006). Scientific and medical aspects of ozone therapy. State of the art. *Archives of medical research*, 37(4), 425-435.
- Boztepe, M. (2024). Sosyal Medyada Pozitif Tıp ve Tamamlayıcı Tıp Paylaşımları Üzerine Nitel Bir Çözümleme. *İletişim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 158-181.
- Bulam, H., Ayhan, S., Sezgin, B., Özmen, S. ve Çenetoğlu, S. (2013). Mezoterapi: İğnenin Ucundaki Mucize Mi, Yoksa Şişirilmiş Balon mu? *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 21(2), 16-19.
- Buran, G., ve Kaçan, C. Y. (2023). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 118-125
- Cabioğlu, M. T. (2008). Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 93-98
- Can, Ü. K. ve Yılmaz, B. (2019). Türkiye’de müzik terapi konusunda oluşturulmuş bilimsel yayınların incelenmesi. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 12(27), 794-812.
- Ceyhan, D. ve Yiğit, T. T. (2013). Tıbbi tedavilerde hipnoz uygulamalarının kullanımı ve etkinliği. *ADO Klinik Bilimler Dergisi*, 7(2), 1507-1516.
- Cangir, M. (2022). *Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği ve Getat Polikliniğine Başvuran Hastaların Getat Uygulamaları ile ilgili İnanış ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Ceyhan, D. ve Yiğit, T. T. (2013). Tıbbi tedavilerde hipnoz uygulamalarının kullanımı ve etkinliği. *ADO Klinik Bilimler Dergisi*, 7(2), 1507-1516.

- Ceylan, O. (2020). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan Türkçe ölçekler. *TurkeyHealthLiteracyJournal*, 1(2), 114-120.
- Cha E. Kim KH. Lerner HM. Dawkins CR. Bello MK. Umpierrez G. Et al. (2014). Health literacy, self-efficacy, foodlabeluse, and diet in young adults. *Am J Health Behav*. 38(3), 331-339.
- Cho YI, Lee SYD, Arozullah A. M. ve Crittenden KS. Effects of HealthLiteracy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly. *Social Science Medicine*. 2008; 66, 1809-1816
- Choudhry, F. R., Ming, L. C., Munawar, K., Zaidi, S. T. R., Patel, R. P., Khan, T. M., ve Elmer, S. (2019). Health literacy studies conducted in Australia: a scopingreview. *International journal of environ mental research and public health*, 16(7), 1112.
- Ciğerci, Y., Hatice, K. U. R. T.ve Çelebi, Ş. (2016). Tamamlayıcı Bakım ve Alternatif Tedavi Yöntemi Olan Müzik Terapiye İlişkin Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Akademik Müzik Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 13-26.
- Corea, F., Amici, S., Murgia, N. ve Tambasco, N. (2004). A case of vertebrobasilar stroke during oxygen-ozone therapy. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 13(6), 259-261.
- Colloca L, Jonas WB, Killen J, Miller FG, Shurtleff D. (2014). Reevaluating the placebo effect in medicalpractice. *Z Psychol*, 222(3), 124–7
- Çağlayan, H. Z. B., Ataoğlu, E. E. ve Kibaroglu, S. (2018). Nörolojide geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Noroloji Dergisi*, 24(2), 111-116.
- Çakmak, S. (2017). Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. *Totbid Dergisi*, 16(3), 282-286.
- Çayır, Y. ve Tanrıverdi, E.Ç. (2022). Kadın sağlığı ve hastalıklarında akupunktur. *Dicle Tıp Dergisi*, 49(1), 256-263.
- Çetin, O. (2007). Eskişehir'de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi*, 6(6), 89-106.

- ÇetinelÖzen, Ö. (2021). *Sağlık Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Zinciri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çevik, K. (2013). Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 71-82.
- Çiftci, M. M. (2019). Kupa tedavisi ve klinik uygulamalar. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3(Özel Sayı), 22-28.
- Çiftçi, M. M.ve Çiftçi, N. (2023). Bir Manuel Tedavi Yöntemi: Osteopati. *Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(1), 10-14.
- Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47.
- Dagenais, S.ve Haldeman, S. (2002). Chiropractic. *PrimaryCare: Clinics in Office Practice*, 29(2), 419-437.
- Dayanır H, Dayanır D, ve Babacan A. Ozon tedavisi ve enjeksiyonlardaki yeri. (2019). Babacan A, editör. Ağrı ve Enjeksiyonlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, p.118-22.
- Doğan, H. D. (2014). Ellerin iyileştirme sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*, 4(4), 89-94.
- Das, S. (2011). Application of ozonotherapy in dentistry. *Indian J DentAdv*, 3(2), 538-42.
- Das, B. K. (2014). An overview on hirudotherapy/leechtherapy. *IndRes J PharmSci*, 1(1), 34-45.
- Değerli H.ve Tüfekçi N. (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 15(6), 467-488.
- Demirel, Ö. B., Tuğba, Ö. Z. ve Gürkan, Ö. C. (2022). Menopoz Semptomlarının Yönetiminde Fitoterapi: Kanıt Temelli Uygulamalar Ne Söylüyor? *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(3), 64-78.

- Demirli, P. (2019). *Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili rneği*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Deniz, S., ztaş, D., ve Akbaba, M. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 214-228.
- Dikmen, R. (2023). Hemşirelikte Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulamalarına İlişkin Eğitim ve Yönetmelik Durumu. *Doğal Yaşam Tıbbı Dergisi*, 5(1), 6-13.
- Distel, L. M. ve Best, T. M. (2011). Prolotherapy: a clinical review of its role in treating chronic musculo skeletal pain. *PM&R*, 3, S78-S81.
- Doğan, H. D. (2014). Ellerin iyileştirme sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*, 4(4), 89-94.
- Dökmeci, A. H. ve Deniz, E. (2023). Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer (KBRN) Olaylarında Sağlık Okuryazarlığı. *Afet ve Risk Dergisi*, 6(1), 273-293.
- Dursun, S. İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H. K., Beyhan, A. ve Kadioğlu, H. (2019). Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Düzen, K. . ve Korkmaz, M. (2015). Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 67-76.
- Eğilli, S. (2023). *Lisans Düzeyindeki ğrencilerin Covid-19 Açısına Bakış Açıları ile Sağlık Okuryazarlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Vakıf niversitesi rneği*. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Elif, K. A. Y. A. ve Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.

- Elif, K. A. Y. A.ve Altınbilek, T. (2019). Osteopati yaklaşımı; bel ve boyun ağrılarında yeri. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 85-90.
- Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 761- 768.
- Ergin, A., Hatipoğlu, C., Bozkurt, A. İ., Mirza, E., Kunak, D., Karan, C., ... ve Pırtı, İ. (2011). Uzmanlık ve tıp öğrencilerinin tamamlayıcı-alternatif tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. *Pamukkale Medical Journal*, 4(3), 136.
- Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., ve Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulamalı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223.
- Ernst E. A. (2002). Systematic review of systematic reviews of homeopathy. *Br J Clin Pharmacol*, 54(6), 577-82.
- Ernst, E. (2006). Acupuncture—a criticalanalysis. *Journal of internal medicine*, 259(2), 125-137.
- Ertuğrul, B. ve Albayrak, S. (2020). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılabilecek bazı ölçekler. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 16-22.
- Fırat, S. (2019). *Düzce İlinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Sektörünün Uluslararası Rekabetçilik Analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. H. ve Maindal, H. T. (2016). Health literacy mediates the relation ship between educational attainment and health behavior: A Danish population-basedstudy. *Journal of Health Communication*, 21(sup2), 54-60.
- Fisher, P. (2012). What is homeopathy? An introduction. *Frontiers in Bioscience-Elite*, 4(5), 1669-1682.

- Gardiner, P., Mitchell, S., Filippelli, A. C., Sadikova, E., White, L. F., Paasche-Orlow, M. K., ve Jack, B. W. (2013). Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 290-297. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.830663>
- Getatportal, (2020). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Daire Başkanlığı. <https://getatportal.saglik.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 08.01.2020).
- Governa, P., Bains, G., Borgonetti, V., Cettolin, G., Giachetti, D., Magnano, A. R. ...ve Biagi, M. (2018). Phytotherapy in the management of diabetes: a review. *Molecules*, 23(1), 1-22.
- Gouveia, L. O., Castanho, P. ve Ferreira, J. J. (2009). Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine*, 34(11), E405-E413.
- Gökdemir, G. (2014). Saç dökülme tedavisinde mezoterapi ve trombosit zengin plazma. (2014). *Archives of the Turkish Dermatology Venerology/Turkderm*, 48(Özel Sayı 1), 74-79.
- Göktaş, M. (2020). *Eğitim Asm'ye Başvuran Hastaların Getat (geleneksel ve tamamlayıcı tıp) Kullanım Durumu, Getat Hakkındaki Tutum ve Davranışları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Gözlü, K. (2020). Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı a social determinant of health: Health Literacy. *SdÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.
- Greenhalgh, T. (2015). Health literacy: towards system level solutions. *Bmj*, 350(1026), 1-2.
- Gruzelier, J. H. (2002). A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imagery and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 5(2), 147-163.
- Güler, T. (2022). *İstanbul İlinde Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

- Gülşah, M. E. T. E. (2020). Okuryazarlık Türleri ve 2023 Eğitim Vizyonu Belgesi. *Kesit Akademi Dergisi*, (22), 109-120.
- Gümüş, H. ve Doğan, S. (2017). Diş hekimliğinde hipnoz. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(3), 270-274.
- Gündüz, İ. (2021). *Bir Üçüncü Basamak Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımları*. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli.
- Güner, E., Şahin, E et.al (2020). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Belirleme, Bilgi, Tutum, Davranış Değişikliği ve Eğitim İhtiyacını Saptama Çalışması. *Türkiye Sağlık Okuryazarlık Dergisi*, 1(1), 58-76.
- Gürsoy, Z., ve Eycan, Ö. (2023). Covid-19 pandemisinde yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler; Sağlık okuryazarlığı ve covid-19 korkusu; Kesitsel bir araştırma. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 82-92.
- Güzel, B. (2023). *Odyoloji Kliniğine Tinnitus Şikayetiyle Başvuran Bireylerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (Getat) Uygulamaları Hakkındaki Tutumlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Habryka, C., Kruczek, M. ve Drygaś, B. (2016). Bee products used in apitherapy. *World Scientific News*, (48), 254-258.
- Han, J. S. (2004). Acupuncture and endorphins. *Neuroscience letters*, 361(1-3), 258-261.
- Hyland, M., Lewith, G., ve Westoby, C. J. C. t. i. m. (2003). Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. 11(1), 33-38.
- Hellner, M., Winter, D., von Georgi, R. Ve Münstedt, K. (2008). Apitherapy: Usage and experience in German beekeepers. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 475-479.

- Herreros, F. O. C., Moraes, A. M. D. ve Velho, P. E. N. F. (2011). Mesotherapy: a bibliographical review. *Anaisbrasileiros de dermatologia*, 86, 96-101.
- Ilgaz, A. ve Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- İbrahimoglu Ö, Saray Kılıç H, Mersin S. Fabrika Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Bilecik İli Örneği. (2019). *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 26–32.
- İkioşık, H., Turan, G., Kutay, F., Sever, F., Keskin, S. N., Güdek, H. ...ve Maral, I. (2020). Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 73(3), 247-52.
- İnceöz, H., Akçalı, D. T. ve Solmaz, I. (2019). Proloterapi ve Enjeksiyonlardaki Yeri. *Babacan A. Ağrı ve Enjeksiyonlar (1st Ed) Ankara, Türkiye Klinikleri*, 104-109.
- İnkaya, B. ve Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med*, 7(3), 124-9.
- Jalolidinovna, I. Z. (2022). Hirudotherapy of Migraines-Diseases of Unknown Etiology. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(5), 1-4.
- Kamberi H, Hysa B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G. ve Burazeri G. (2013). Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arch*, 67(3), 209-11.
- Kaplan, M. (2016). Kültürel Bir İnşa Süreci olarak Sağlık: Kavramsal ve Tarihsel Bir Bakış. *Dört Öge*, (10), 11-18.

- Karaman, M. R., Artık, N., Küçükersan, K., Halıcı, Z. ve Çelik, M. (2017). Sağlıklı beslenme ve apiterapi için değerli bir arı ürünü: Perga (beebread). *Gıda 2000 Gıda Teknoloji ve Tarım Dergisi*, 180, 1-10.
- Karaman, M. (2023). Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizi: Kavramsal Bir Çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(1), 47-63.
- Karamızrak, N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 17(1), 54-57.
- Kavaklı, A. (2010). Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 1-4.
- Kavuncuoğlu, D. (2020). *Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Kaya, M. (2018). *Kişilerin Sağlık Okuryazarlıkları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarının Değerlendirilmesi; Kırıkkale Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kaya, E. ve Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
- Kaya S. (2023). *Covid-19 Salgınına Yönelik Tutumda Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yozgat.
- Keleher, H. ve Hagger, V. (2007). Health literacy in primary healthcare. *Australian journal of primary health*, 13(2), 24-30.
- Khojimatov OK, Khamraeva DT, Khujanov AN ve Bussmann RW. An overview of Ethno medicinal plants of Uzbekistan. (2020) *EthnobotResAppl*20,1-19.
- Khorshid, L., ve Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 124-130.
- Kılıç, S. (2012). Örnek büyüklüğü, güç kavramları ve örnek büyüklüğü hesaplaması. *Journal of Mood Disorders*, 2(3), 140-2.

- Kıskaç, N. E. Ş. E., Kıskaç, M., Zorlu, M., Karatoprak, C., ve Çakırca, M. (2024). Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Kullanımının ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *EJONS*, 8(1), 12-19.
- Kickbusch, I. (2004). Improving health literacy-A key priority for enabling good health in Europe. In *European Health Forum Gastein*, 16(3), 1-16.
- Kocabaş, D., Eke, E., ve Demir, M. (2019). Sağlık Hizmeti Kullanımında Bireylerin Geleneksel ve Alternatif Yöntemlere İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. *BAİBÜ Sosyal Bilimler Enstirüsü Dergisi*, 19(1), 63–80.
- Koçinkağ, M., Tayfun, K. ve Müslümanoğlu, A. Y. (2022). Biyorezonans Terapilerine Geleneksel Tıp Yaklaşımı ve Biyorezonansın Sağlığa Etkisi. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 4(1), 21-36.
- Korotkov, K., Shelkov, O., Shevtsov, A., Mohov, D., Paoletti, S., Mirosnichenko, D. ... ve Robertson, L. (2012). Stressreduction with osteopathy assessed with GDV electrophotonic imaging: effects of osteopathy treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(3), 251-257.
- Köse E, Oturak G. ve Ekerbiçer HÇ. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi. (2021). *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(2), 373–80.
- Kutlu, G. ve Akbulut, Y. (2019). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*, 11(1), 132-143.
- Kutlu, A. ve Gülşen, M. (2021). Homeopati Kullanan Kişilerin Yaşam Kaliteleri ve Homeopatiye İlişkin Görüşleri. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 4(1), 17-26.
- Lee, M. S., Kim, J. I. ve Ernst, E. (2011). Is cupping an effective treatment? An overview of systematic reviews. *Journal of acupuncture and meridian studies*, 4(1), 1-4.

- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... ve Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), 1-8.
- Li, Y., Lv, X., Liang, J., Dong, H. ve Chen, C. (2022). The development and progress of health literacy in China. *Frontiers in public health*, 10, 1034907.
- MacLennan, A.H., Myers, S.P ve Taylor, A.W (2006). The Continuing Use of Complementary and Alternative Medicine in South Australia: Costs and Beliefs in 2004, *MJA*, 184 (1), 27-31.
- Magalhaes, F. N., Dotta, L., Sasse, A., Teixeira, M. J. ve Fonoff, E. T. (2012). Ozonotherapy as a treatment for low back pain secondary to herniated disc: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain physician*. *Pain Physician*, 15, E115-E129
- Mammucari, M., Gatti, A., Maggiori, S., Bartoletti, C. A. ve Sabato, A. F. (2011). Mesotherapy, definition, rationale and clinical role: a consensus report from the Italian Society of Mesotherapy. *European Review for Medical Pharmacological Sciences*, 15(6), 682-694.
- Manni, L., Albanesi, M., Guaragna, M., Paparo, S. B. ve Aloe, L. (2010). Neurotrophins and acupuncture. *Autonomic Neuroscience*, 157(1-2), 9-17.
- Mansur, F. ve Refika, Ü. L. K. E. (2022). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138.
- Mehta, P. ve Dhapte, V. (2015). Cupping therapy: A prudent remedy for a plethora of medical ailments. *Journal of traditional and complementary medicine*, 5(3), 127-134.
- Meltem, U. Y. A. R. ve Korhan, E. A. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 23(4), 139-46.
- Metcalf, A, Williams, J, McChesney, J, Patten, S ve Jette, N (2010). "Use Of Complementary and Alternative Medicine by Those with A Chronic

- Disease And The General Population - Results of A National Population Based Survey”, BMC Complementary and Alternative Medicine, 10, 1-6.
- Mohammadhosseini M, SarkerSD. ve Akbarzadeh A. (2017). Chemical composition of theessential oils and extracts of Achillea species and their biological activities: A review. J Ethno pharmacol. 199, 257-315.
- Mollahaliloğlu S., Uğurlu F. G., Kalaycı M. Z. ve Öztaş D. (2015) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem, Ankara MedicalJournal 15(2), 102- 105.
- Morris NS, MacLeanCD, ve Littenberg B. (2013). Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*. 39(5), 638- 646.
- Mumcuoğlu, K. Y. ve Özkan, A. T. (2009). Süpüratif kronik yaraların Maggot Debridman Tedavisi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 33(4), 307-315.
- Mumcuoğlu, K. Y., Çolak, B. ve Özkan, A. T. (2023). Dekübit Ülserlerinin Tedavisinde Larva Tedavisi. *Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(1), 22-28.
- Muslu, G. K., ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 62-7.
- Mut, H. (2017). *Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir
- Nanna, K. M. (2009). Healthliteracy: Challengesandstrategies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), E1.
- Nogales, C. G., Ferrari, P. H., Kantorovich, E. O., ve Lage-Marques, J. L. (2008). Ozonotherapy in medicine and dentistry. *J Contemp Dent Pract*, 9(4), 75-84.
- Nutbeam, D. ve Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-73.

- Odabaş, Ö. K., ve Ağadayı, E. (2021). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında Bilgi ve Davranışları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 121-128.
- Oğulluk, Z. (2019). *Sosyodemografik özellikler ile sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisinin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Okumuş, M. (2016). Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Medical Journal*, 16(4), 370-382
- Okur, E., Evcimen, H., ve Yağcı Şentürk, A. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24.
- Okyay P. ve Abacıgil F. (2016). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Güvenilirlik ve Geçerlilik çalışması. 1st ed. Okyay P, Abacıgil F, editors. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Onbaşlı, D. (2019). Apiterapi ve insan sağlığı üzerine etkileri. *Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 16(1), 49-56.
- Oral B, Öztürk A, Balcı E, ve Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel / alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. (2016). *TAF Prev Med Bull*, 15(2), 75–82.
- Orta, S. (2022). *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Asistan Hekimlerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp (Getat) Uygulamaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ.
- Othman, C. N. Ve Farooqui, M. (2015). Traditional and complementary medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 170, 262-271.

- Owen-Smith, A., McCarty, F., Hankerson-Dyson, D., ve DiClemente, R. (2012). Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in African-Americans with acquired immune deficiency syndrome. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 17(1), 33-42. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2011.01140.x>
- Önsüz, M. F. (2017). Sağlık Okuryazarlığı ve Medya. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 2(2), 46-53.
- Örsçelik, A.ve Solmaz, İ. (2023). Popüler Bir Tamamlayıcı Tıp Tedavisi: Proloterapi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(1), 135-142.
- Özcan, E. ve Sert, A. T. (2016). Kas iskelet ağrısı tedavisinde proloterapinin kanıta dayalı kullanımı. *Turkish Journal of Physical Medicine Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 62(2).
- Özcan, E., Hatık, S. H. ve Tekin, D. (2022). Kronik bel ağrılı bireylerde kayropraktik manipülasyonu ile mulligan mobilizasyonu tekniğinin ağrı ve fonksiyonellik üzerine etkisinin karşılaştırılması. *Ahi Evran MedicalJournal*, 6(1), 55-63.
- Özdemir, A. A. ve Erdal, R. (2021). İlk İnsandan Günümüze Fitoterapi-Antik Çağ (Bölüm-1) Phytotherapy Fromthe First Man to the Present–Ancient Ages (Part-1). *Smyrna Tıp Dergisi*, 58-67.
- Özdemir, S. ve Hatice, A. K. Ç. A. (2021). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3),535-536.
- Çetinel Özen, Ö. (2021). *Sağlık Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Zinciri Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özen, Ö. (2023). *Ailehekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri erişkinlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp (Getat) kullanım sıklığı, bu konudaki bilgi ve tutumlarınınincelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir.

- Özdelikara, A. ve Arslan, B. (2017). Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 218-223.
- Özgök, A. (2013). Hipnoz ve anestezi. *Anestezi Dergisi*, 21(1), 11-16.
- Özler, M., Öter, Ş., ve Korkmaz, A. (2009). Ozon Gazının Tıbbi Amaçlı Kullanılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 59-64, 8(1).
- Özmen, S., Demir, H. Y., Yavuzer, R. ve Atabay, K. (2005). Alternatif estetik uygulamalar-1: Mezoterapi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 13(3), 195-201.
- Özmen, T., Contarlı, N., Şimşek, A., Güneş, M., ve Yana, M. (2023). Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Karşı Tutumları: Tanımlayıcı Bir Araştırma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 6(3), 1-9.
- Öztaş, D., Güzeldemirci, G. B., Özhasanekler, A., Yıldızbaşı, E., Karahan, S., Eray, İ. K., ... ve Akçay, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden Mükerrer Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 16(3), 255-262.
- Öztürk, Y., Kiraç, R. ve Kavuncu, B. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. In *Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi 2nd International Social and Educational Science Symposium* 195-207.
- Öztürk, L. ve Özbek, H. (2018). Küllerinden doğan bir tıbbi uygulama: Müzik terapi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 2(1), 1-8.
- Öztürk, A. Ö. ve Öztürk, G. (2019). Tıbbi hipnozun klinik uygulamaları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 119-130.
- Palumbo R. (2016). Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Services Management Research*, 29(3), 79-87.
- Papen, U. (2009). Literacy, learning and health: a social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies*, 16(2), 19-34.

- Parker, Ruth M., Scott C. Ratnan, and Nicole Lurie. "Healthliteracy: a policychallengeforadvancinghigh-qualityhealthcare." *Healthaffairs* 22.4 (2003), 147-153).
- Parker, R. ve Ratnan, S. C. (2010). Healthliteracy: a seconddecade of distinctionforAmericans. *Journal of healthcommunication*, 15(S2), 20-33.
- Parlakpınar H. ve Polat S. Apiterapi ürünlerinin biyokimyasal içeriği. Atayoğlu AT, editör. Apiterapi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.38-48.
- Parnés, A. ve Lagan, K. M. (2007). Larvaltherapy in woundmanagement: a review. *Internationaljournal of clinicalpractice*, 61(3), 488-493.
- Peerson, A. ve Saunders, M. (2011). Men'sHealthLiteracy in Australia: InSearch of a Gender Lens. *International Journal of Men'sHealth*, 10(2).
- Pitts, P. J. ve Freeman, E. (2021). Healthliteracy: thecommondenominator of healthcareprogress. *ThePatient-Patient-Centered Outcomes Research*, 14(5), 455-458.
- Poureslami, I., Nimmon, L., Rootman, I. ve Fitzgerald, M. J. (2017). Health literacy and chronic disease management: drawing from expert knowledge to set an agenda. *Health promotion international*, 32(4), 743-754.
- Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello, D., Annunziata, M. A., Vidotti, C., ...ve Brusaferrro, S. (2006). Use of reflexologyfootmassagetoreduceanxiety in hospitalized cancer patients in chemo therapy treatment: methodology and outcomes. *Journal of Nursing Management*, 14(2), 96-105.
- Resmî Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Tarih: 2 Kasım 2011; Sayı: 28103.
- Resmî Gazete. (2014). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Tarih: 27.10.2014; Sayı: 29158.

Resmî Gazete (2018) Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Resmî Gazete Tarih: 10/7/2018 Sayı: 30474

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın No: 814 (1. Baskı), 2011: 1-38.

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı.
<http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> (availabledate: 2-1-2018).

Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı.
<https://sgb.saglik.gov.tr/TR,60674/stratejik-yonetim.html>

Sağlık Bakanlığı 2020. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>

Sağlık, W. A. Z. A. A. (2009). Refleksoloji. 4. Baskı. Şefik Matbaa, İstanbul: Dharma Yayınları, 13-102.

Sarı Bıyıklı, E. (2019). *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 ve Dönem 6 Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (Getat) ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Tutumları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim, Kocaeli.

Sarıkan, İ. ve Savaş, H. B. (2020). Bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama merkezinde yaş kupa terapisi ve Hirudoterapi yapılan hastaların laboratuvar sonuçlarının ve tansiyon ölçümlerindeki değişimin incelenmesi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(2), 199-202.

Şarışen, Ö. ve Çalışkan, D. (2005). Fitoterapi: bitkilerle tedaviye dikkat (!). *Sted*, 14(8), 182-187.

Sarıyar, S. ve Kılıç, H. F. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131.

Seçil, U. T. M. A. (2019). Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru okumak. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (5), 223-231.

- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *İLETİ-Ş-İM*, 73-92.
- Shreffler-Grant, J., Nichols, E., Weinert, C., ve Ide, B. (2013). The Montana State University conceptual model of complementary and alternative medicine health literacy. *Journal of health communication*, 18(10), 1193-1200.
- Shreffler-Grant, J., Weinert, C., ve Nichols, E. (2014). Instrument to measure health literacy about complementary and alternative medicine. *Journal of nursing measurement*, 22(3), 489-499.
- Silici, S. (2019). Bal arısı ürünleri ve apiterapi. *Turkish Journal of Agriculture-Food Science and Technology*, 7(9), 1249-1262.
- Singh, A. P. (2010). Medicinal leech therapy (hirudotherapy): a brief overview. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(4), 213-215.
- Smith, S. G., Curtis, L. M., O'Connor, R., Federman, A. D. ve Wolf, M. S. (2015). The independent contributions of literacy and numeracy skills on health task performance among older adults. *Patient education and counseling*, 98(8), 991-997.
- Smith, C. A., Chang, E., ve Gallego, G. (2019). Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complementary Therapies in Medicine*, 42, 53-58.
- Soellner, R., Lenartz, N. ve Rudinger, G. (2017). Concept mapping as an approach for expert-guided model building: the example of health literacy. *Evaluation and Program Planning*, 60, 245-253.
- Somer, P. ve EE, V. L. (2017). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği'nin hukuki ve etik açıdan değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniği*, 22(1), 58-65.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.

- Sorucu, A. (2019). Arı ürünleri ve Apiterapi. *Veteriner Farmakoloji ve Toksikoloji Derneği Bülteni*, 10(1), 1-15.
- Soykan, H. (2020). *Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Stark, J. E. (2013). An historicalperspective on principles of osteopathy. *International Journal of OsteopathicMedicine*, 16(1), 3-10.
- Suzuki, N. (2004). Complementary and alternativemedicine: a Japanese perspective. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1(2), 113-118.
- Sürme, Y. ve Çürük, G. N. (2020). Yara bakımında fitoterapi: Çay ağacıyağı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 35-41.
- Şahan, D. ve İlhan, M. N. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve halk sağlığı açısından değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 12-19
- Şahin S. (2017). Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 21(4), 159-162.
- Şantaş, G. (2021). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırmaları: Lisansüstü tezlere yönelik bir içerik analizi. *Turkish Journal of Scienceand Health*, 2(2), 54-60.
- Şensoy, N., Özdiñç, Ş., Yılmaz, O., Çetin, M., Tola, D., Doğantekin, P., ... ve Erden, B. (2020). Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(3), 258-263.
- Şeyda, K. A. Y. A. ve Türker, P. (2022). Tamamlayıcı tıp uygulamalarından akupunkturun obezite ve beslenme durumu üzerine etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 167-172.
- Talhaoğlu, D. (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1), 16-29.

- Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, ve Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları-25, Ankara. 2014, 14–26.
- Tanyüksel, M., Kuru, Ö., Araz, R. E., Güçlü Kilbaş, H. Z., Yıldız, Ş., Alaca, R., ...ve Beşirbellioğlu, B. A. (2014). Kronik yaraların tedavisinde steril *Luciliasericata* larva uygulamaları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 218-222 g 2014;56, 218-222.
- Taş, T. A. ve Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Tatar, M. (2020). *Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale.
- Tayaz, E. ve Kutluturkan, S. (2019). Kanser ağrısının yönetiminde bir yaklaşım: Müzik terapi. *Ankara Medical Journal*, 19(4), 784-788.
- Tekbaş, S., Dal Yılmaz, Ü., ve Pola, G. (2024). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 74-84.
- Teker, a. ve Işık, e. s. (2022). Rezonans terapileri ve biorezonans. *Anadolu Tıbbi Dergisi*, 1(2): 1-
- Telli, A. (2020). Hipnoz ve bilimde kullanım alanları. *Journal of MedicineandPalliativeCare*, 1(4), 109-112.
- Thomson, O. P., Petty, N. J. ve Moore, A. P. (2013). Reconsideringthepatient-centeredness of osteopathy. *International Journal of OsteopathicMedicine*, 16(1), 25-32.
- Tokem Y (2006) Astımlı hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 54 (2), 189-196.
- Tolon, B. (1997). Apiterapi; Arı Ürünlerinin İnsan Sağlığındaki Önemi. *Hayvansal Üretim*, 37(1), 73-83.

- Tontus, Ö. ve Karakaya, K. (2014). Sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlığa ve sağlık hizmetleri kullanımına etkileri. *Sağlığa ve Sosyal Politikalara Bakış*, (19), 32-35.
- Topaloğlu, H. K. ve Topaloğlu, U. S. (2020). Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Hipnoz. *Journal of Anatolian Medical Research*, 5(1), 25-28.
- Torun, Ş. (2018). Nörolojik Hastalıklarda Müzik Terapi ve Müzik Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Physiotherapy and Rehabilitation-Special Topics*, 4(2), 71-78.
- Toygar, İ., Yeşilbalkan, Ö. U., Kürkütü, M., ve Temelli, A. (2020). Complementary and alternative medicines used by cancer patients to cope with nausea. *Health ve Research Journal*, 6(1), 29-35.
- Turan, N., Öztürk, A., ve Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 103–107.
- Turan, S. R. (2023) *Kronik hastalığı olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre çoklu ilaç kullanımına bağlı yaşadıkları sorunlar ve aile sağlığı hemşiresinden beklentileri*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları; 2011.
- Türkoğlu, N., ve Kılıç, D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 25-33.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü <https://sggm.saglik.gov.tr/TR>, (Erişim Tarihi: 22.04.2022)
- Uğurlu, Z. ve Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (1): 96-106.

- Uğurlu, C. T., ve Arslan, C. (2019). Sendikal tutum ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(11), 78-90.
- Ulusoy, E. (2012). Bal ve Apiterapi. *Uludağ Arıcılık Dergisi*, 12(3), 89-97.
- Ulusoy, Z. B. (2020). *Onkoloji hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp (getat) yöntemleri hakkındaki tutumları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi AileHekimliği Anabilim dalı, Ankara.
- Uslu, F. (2020). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp(getat) sağlık inanış anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dış Kapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
- Uysal, N., Kutlutürkani, S. (2016). Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(3), 103-109.
- Ünal, M., Dağdeviren, H. N. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Eurasian Journal of FamilyMedicine*, 8(1), 1-9.
- VanderPloeg, K., Yi, X. (2009). Acupuncture in modern society. *Journal of acupuncture and meridian studies*, 2(1), 26-33.
- Vickers, A., Wilson, P., Kleijnen, J. (2002). Acupuncture. *Quality safety in healthcare*, 11(1), 92-96.
- Walach, H., Jonas, W. B., Ives, J., Wijk, R. V., ve Weingärtner, O. (2005). Research on homeopathy: state of the art. *Journal of Alternative ve Complementary Medicine*, 11(5), 813-829.
- Wang YT, Qi Y, Tang FY, Li FM, Li QH, Xu CP, Xie GP, Sun HT. (2017). e ect of cupping therapy forlow backpain: A meta-analysisbased on existingr and omized controlledtrials, *J Back MusculoskeletRehabil*, 30(6), 1187-1195.
- Weis, W. A., Ripari, N., Conte, F. L., da Silva Honorio, M., Sartori, A. A., Matucci, R. H., ve Sforcin, J. M. (2022). An overview about apitherapyandit sclinical applications. *Phytomedicineplus*, 2(2), 100239.

- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., Weiss, B. D. (2002). The role of healthliteracy in patient-physiciancommunication. *Family Medicine-Kansas city-*, 34(5), 383-389.
- Wollina, U., Heinig, B., Nowak, A. (2016). Medicalleechtherapy (Hirudotherapy). *Our Dermatology Online /Nasza Dermatologia Online*, 7(1), 91-96.
- Yağız, S., Göktaş, S. B. (2015). Bası Yarasında Maggot Debridman Tedavisi: Olgu Sunumu. *International Anatolia Academic Online JournalHealthSciences*, 3(2). 2015,3(2), 21-29
- Yakar, B., Gömleksiz, M., Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 27-35.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı.13(4),321-326.
- Yaman, H., Vural, R. (2016). Proloterapi: Kronik Ağrı Yönetiminde Etkili Bir Yöntem Prolotherapy: A New MethodforChronicPain Management in FamilyMedicine, 16(2), 220-224
- Yanar, K. E., Aktaş, M. S. (2021). Ruminantlarda Fitoterapi Uygulamaları. *Bahri Dağdaş Hayvancılık Araştırma Dergisi*, 10(1), 76-86.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yeniçeri, T., ve Yücel, İ. (2009). Müşteri ilişkileri, örgütsel bağlılık, plânlama, öğrenme yönlülük, uyum sağlayıcı davranış ile satış performansı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 10(1), 137-157.
- Yeşildal, M. (2018). *Yetişkin bireylerde dijital okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Konya örneği*. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya
- Yıldırım, F. E., Keser, A. E. (2015). Sağlık okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

- Yıldırım, D., Baykal, D., ve Can, G. (2020). Kanıt Temelli Fitoterapi Uygulamalarının İncelenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 571-576
- Yılmaz, M., ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 142-147.
- Yılmazel, G., ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Prev Med Bull*, 15(1), 69-74.
- Yüksel, H. (2021). Tamamlayıcı tıp uygulamaları: Refleksoloji. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 2(3), 56-66.
- Zararsız, F. (2022). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (getat) uygulamalarına yönelik tutum ve davranışların belirlenmesi ve sağlık turizmi açısından değerlendirilmesi; Alanya örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Alanya.
- Zhuang, Y., Xing, J. J., Li, J., Zeng, B. Y., Liang, F. R. (2013). History of acupunctureresearch. *International review of neurobiology*, 111, 1-23.
- Zülfünaz, Ö. Z. E. R., Turan, G. B., Bakır, E. (2020). Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı karşı tutumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(3), 102-112.



Kime: Siz

8.09.2023 Cum 11:21



TSOY32.docx
20 KB



Merhaba Sevgili Meryem,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.
SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.
Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim;
uygundur.
Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.
Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.
Umarım yeterli olur.
Selamlar.

Pınar



Kime: Siz

24.08.2023 Per 08:18



Bu iletiyi 5.09.2023 Sal 14:53 tarihinde iletiniz

Sayın Meryem Damar,
Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar.
Prof. Dr. Behice Erci

İyi çalışmalar dilerim.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisiyim. Sizin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız "Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği"ni tez çalışmamda kullanmak için sizden izin almak istiyorum.
Saygılarımla.



T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ETİK ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI	Sağlık Okuryazarlığının geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutumu üzerindeki etkisi: İzmir ilinde bir araştırma
SORUMLU ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI	Meryem ÇIRAK DAMAR
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ KARAR	Bu araştırmanın amacı; toplumdaki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyini saptamak geleneksel/alternatif tıbbi bakış açısını belirlemek, sağlık okuryazarlığı düzeyi ile geleneksel ve alternatif tıbbi yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.
ETİK KURUL KARARI	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın /çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın / çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen kişilerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.
KARAR NO	2023/16-05
KARAR TARİHİ	19.09.2023

SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ADI SOYADI	ÜYE BİLGİLERİ	İMZA
Prof. Dr. Özge KARAEĞE	Başkan	
Doç. Dr. M. Agâh TEKİNDAL	Başkan Yardımcısı	
Doç. Dr. Hakkı KARAŞAHİN	Raportör	
Prof. Dr. Esra AKIN	Etik Kurul Üye	
Prof. Dr. Levent ÇETİN	Etik Kurul Üye	YILLIK İZİN
Prof. Dr. Çiğdem ÜNAL	Etik Kurul Üye	
Prof. Dr. Nurcihan KİRİŞ	Etik Kurul Üye	
Doç. Dr. Aytuğ ARSLAN	Etik Kurul Üye	
Doç. Dr. İsmail ERKAN	Etik Kurul Üye	
Doç. Dr. Sehran DİLMAÇ	Etik Kurul Üye	
Doç. Dr. Ahmet EGE	Etik Kurul Üye	

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 4DAFU7A Belge Takip Adresi: <https://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Ind>

