



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ERİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
GELENEKSEL VE ALTERNATİF TIP YÖNTEMLERİ
TERCİHLERİNE ETKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nilgün ŞANAL

SAMSUN

2021

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ
GELENEKSEL VE ALTERNATİF TIP YÖNTEMLERİ
TERCİHLERİNE ETKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nilgün ŞANAL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Özlem TERZİ

SAMSUN

2021

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim sürecimde, bilgi ve deneyimleri ile her zaman yol gösteren, sabrı, hoşgörüsü ve yardımseverliği ile tez çalışmamın hazırlanmasında desteğini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Özlem Terzi'ye,

Eğitim sürecimde engin bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkıda bulunan Anabilim Dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Şennur Dabak'a ve Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz Prof. Dr. Cihad Dünder, Prof. Dr. Ahmet Tevfik Sünter, ve Dr. Öğr. Üyesi H. Nilden Arslan'a,

Halk sağlığı uzmanı olarak yetişmemde emeği geçen hocalarım Prof. Dr. Yıldız Pekşen ve Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a,

Hayatım boyunca her an yanımda olan ve benden desteklerini esirgemeyen sevgili aileme,

Sonsuz sevgi, saygı ve en içten teşekkürlerimi sunarım.

EYLÜL, 2021 Dr. Nilgün ŞANAL

BEYAN

“Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığının Geleneksel ve Alternatif Tıp Yöntemleri Tercihlerine Etkisi” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tez alışması orijinallik raporu (turnitin, <http://kutuphane.omu.edu.tr/tr/turnitin->) Ek 5’te sunuldu.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi polikliniklerine başvuran erişkinlerde sağlık okuryazarlığının Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GETAT) yöntemleri tercihlerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini , Samsun ilinde 01.04.2021-31.05.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine muayene olmak amacıyla başvuran 18-64 yaşları arasındaki hastalar oluşturdu. Araştırmada 211 kişiye ulaşılması hedeflendi. Hastalara sosyodemografik özellikleri içeren veri formu (23 soru) ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) veri formu (32 soru) uygulandı.

Bulgular: Çalışmada 114(%54)'ü kadın, 97(%46)'si erkek toplam 211 kişinin verileri değerlendirildi. Araştırmaya katılan hastaların TSOY-32 ölçek puan ortalaması $37,0 \pm 8,13$ olarak hesaplanmıştır. Alınan puanlara göre hastaların %36,0'nın yeterli, %31,3'ünün ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görüldü. Sorunlu-sınırlı düzeyde olanların sıklığı %24,2 iken, yetersiz düzeyde olanların sıklığı ise %8,5 olarak hesaplandı. Araştırmaya katılan kişilerin %60,3'ü GETAT yöntemlerini duyduğunu, %21,1'i de bu yöntemlerden herhangi birini tercih ettiğini belirtmiştir. TSOY-32 ölçeği ile değerlendirilen sağlık okuryazarlığı indeks puanları karşılaştırıldığında GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olanların puan ortalaması $36,9 \pm 8,0$ iken, GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmayanların puan ortalamasının $33,1 \pm 2,6$ olduğu görülmüştür. GETAT uygulamalarını tercih edenlerin sağlık okuryazarlığı indeks puan ortalaması $39,5 \pm 10,0$ iken, tercih etmeyenlerdeki puan ortalamasının $36,4 \pm 9,0$ olduğu görülmüştür. Ancak her iki durumda da grupların ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0,05$).

Sonuç: GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bu yöntemlerin kullanımı ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak, GETAT yöntemlerini duyan ve bilen hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık okuryazarlığı, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to investigate the effect of health literacy on the preferences of Traditional, Complementary and Alternative Medicine(TCAM) methods in adults who were admitted to a university hospital outpatient clinic.

Material and method: The population of this descriptive study consisted of patients aged 18-64 who were admitted to the outpatient clinics of Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital between 01.04.2021 and 31.05.2021 in Samsun. The aim of the study was to reach 211 people. A data form containing sociodemographic characteristics (23 questions) and a Turkish Health Literacy Scale (THLC-32) form (32 questions) were applied to the patients.

Results: In the study, the data of 211 people, 114 (54%) women and 97 (46%) men, were evaluated. The mean THLC-32 Scale index score of the patients participating in the study was calculated as 37.0 ± 8.13 . According to the scores obtained, it was seen that 36% of the patients had sufficient level of health literacy and 31.3 % had an excellent level of health literacy. While the frequency of those with problematic-limited level was 24.2%, the frequency of those with an inadequate level was calculated as 8.5%. 60.3% of the people who participated in the study stated that they had heard of TCAM methods, and 21.1% preferred any of these methods. When the health literacy index scores evaluated with the THLC-32 scale were compared, it was seen that the mean score of those who had knowledge about TCAM applications was 36.9 ± 8.0 , while the average score of those who did not know about TCAM applications was 33.1 ± 2.6 . While the health literacy index score average of those who preferred TCAM applications was 39.5 ± 10.0 it was seen that the average score of those who did not prefer it was 36.4 ± 9.0 . However, in both cases, the difference between the means of the groups was not statistically significant($p > 0.05$)

Conclusions: It has been determined that there is no difference between having knowledge about TCAM methods and using them and health literacy levels. However, it was determined that the health literacy levels of the patients who heard and knew about TCAM methods were higher.

Key words: Health literacy, Traditional, Complementary and Alternative Medicine Methods

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç.....	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli.....	4
2.2.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	5
2.3.Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	6
2.4. Dünya’da Ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı	9
2.5.Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	10
2.6.Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Ve Değerlendirilmesi	10
2.6.1.TOFHLA(Test Of Functional Health Literacy in Adults).....	11
2.6.2.REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)	11
2.6.3.Avrupa Birliği SOY Anketi (HLS-EU):	11
2.7.Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	11
2.7.1.Tarihçe	11
2.7.2.Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tanımı	12
2.7.3.GETAT Yöntemlerinin Sınıflandırılması	13

2.8.Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemeler	13
2.9.Dünya’da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları.....	16
2.10.Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yapılan bazı çalışmalar.....	17
2.11.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	19
3.2.Araştırmanın Tipi	19
3.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	20
3.4.Araştırmanın Değişkenleri	20
3.4.1.Bağımlı değişkenler	20
3.4.2.Bağımsız değişkenler	20
3.5.Verİ Toplama Araçları Ve Yöntemleri.....	20
3.6.Hipotezler	23
3.7.Verİ Analizi	23
3.8.Etik Kurul Onayı Ve İzinler	23
4.BULGULAR.....	24
4.1.Araştırmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özellikleri	24
4.2.Araştırmaya katılan kişilerin sosyoekonomik özellikleri	24
4.3.Araştırmaya katılan kişilerin bazı sağlık özellikleri.....	25
4.4.Katılımcıların SOY Düzeyleri.....	26
4.5.Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	26
4.6.SOY düzeylerinin bazı sağlık özelliklerine göre incelenmesi.....	29
4.7.TSOY-32 Ölçek Puanının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	31

4.8.GETAT Bilgisi Ve Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	32
4.9.Araştırmaya katılan kişilerin GETAT bilgisi ve kullanma durumu	35
4.10.GETAT Bilgisinin İlişkili Değişkenlerle İncelenmesi	37
4.11.SOY Düzeyi Ve GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarının İncelenmesi.....	38
4.12. TSOY-32 Ölçeği Puanının GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarına Göre İncelenmesi	40
5.TARTIŞMA	40
5.1.SOY ve ölçümü	41
5.2.GETAT bilgisi ve kullanımı ile ilgili özellikler	46
5.3.SOY düzeyi ve GETAT bilgi ilişkisi.....	52
6.KISITLILIKLAR	56
7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	56
8. KAYNAKLAR	59
9. EKLER.....	66

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMA: American Medical Association

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EFCAM: European Federation For Complementary and Alternative Medicine

FMF: Familial Mediterranean Fever

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

HLS-EU: Health Literacy Survey-European Union

IOM: Institute of Medicine

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NCCAM: The National Center For Complementary and Alternative Medicine

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SGGM: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 Ölçeği

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

WHO: World Health Organization

TABLO VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlık Karşılaştırması	9
Tablo 2. GETAT Yönetmeliğinde Yer Alan Uygulamalar	21
Tablo 3. TSOY-32 Matris Bileşenleri Ve Bu Maddelere Denk Gelen Madde Numaraları.....	21
Tablo 4. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 5. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyoekonomik özellikleri.....	25
Tablo 6. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sağlık özellikleri	26
Tablo 7. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri.....	26
Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	27
Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sağlık Özelliklerine Göre İncelenmesi	30
Tablo 10.TSOY-32 Ölçek Puanının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi	31
Tablo 11. GETAT Bilgisi ve Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi.....	33
Tablo 12. Araştırmaya katılan kişilerin GETAT bilgisi ve kullanım durumları.....	37
Tablo 13. GETAT Bilgisinin İlişkili Değişkenlerle İncelenmesi	37
Tablo 14. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarının İncelenmesi.....	38
Tablo 15. TSOY-32 Ölçeği Puanının GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarına Göre İncelenmesi	40
Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli	5
Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları.....	10

1.GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Geçmişten günümüze , tıp dünyasında insani ihtiyaçlar nedeniyle çeşitli yenilikler ve değişimler yaşanmıştır. Bu sayede çok sayıda hastalık tedavi edilmiş, pek çok hastalığın da ilerleyişi durdurulmuş veya yavaşlatılmıştır. İnsanların, hayatlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için doğru sağlık bilgisine ulaşmaları, bunu anlamaları ve buna uygun davranabilmeleri önemli olduğundan zamanla Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı gündeme gelmiş ve gelişmiştir(1).

Sağlık okuryazarlığı, kişinin kendisi ve içinde bulunduğu toplumun sağlığı ile ilgili karar verme ve davranış geliştirmeye yönlendiren temel sağlık bilgisi ve hizmetleri hakkında bilgisi olması, bu bilgilere ulaşması, ulaşılan bilgileri anlama ve kullanma yönüyle yeterliliklerini tanımlamaktadır(2).

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda ülkemizde ve dünyada oldukça ilgi gören güncel konulardan biridir. Günümüzde dünya çapında ölümlerin başlıca nedenleri kronik hastalıklardır ve bunların azaltılması yönündeki çalışmaların amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularına odaklanmıştır(3).

Gittikçe uzayan insan ömrüne sekonder gelişen, bakımı ve tedavisi zor, kronik veya habis hastalıklardaki artış, pahalı teknolojiler, kişinin bunlara erişmedeki olanaklarının yetersizliği, sağlık elemanlarının yeterli zaman ayıramaması, güncel bakım ve tedavi yöntemlerinin yeterince tanınmaması üzerine bazı şüphe ve muhtemel yan etkilerden kaçınma, zamanla tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin gelişmesini ve ona duyulan ihtiyacı da beraberinde getirmiştir(4).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarında ürünlerin ve tedavi hizmetlerinin kullanılmasına ilişkin karar vermek çok yönlü ve kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı bilgisini gerekli kılmaktadır(5).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT), Birleşik Devletler Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) tarafından " modern tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli tıbbi ve sağlık hizmetleri sistemleri, uygulamaları ve ürünleri" olarak tanımlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 83 milyon yetişkinin bu uygulamalardan yararlandığı ve toplam cepten yapılan harcamaların yıllık 33,9 milyar dolara yaklaştığı tahmin edilmektedir(5).

Bir kişinin tamamlayıcı tıp yöntemlerini seçebilmesi yönüyle SOY düzeyinin geliştirilmesi çok önemlidir. Sağlık okuryazarlığının temel hedefi uygun sağlık bilgisi ve hizmetine erişimi artırma ve bu beceriyi doğru kullanabilme kabiliyetini geliştirme, sağlık personellerince verilen önerileri doğru okuyup anlamalarını geliştirmektir. Bu şekilde ilaç prospektüslerini okuma, eğitsel tıbbi materyalleri anlama, onay veya bilgilendirme formlarını okuyup, anlama ve uygun karar verebilme yetenekleri geliştirilebilecektir. Kaliteli ve etkin sağlık hizmeti almak isteyenler için sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve kişilerin şikayetlerini doğru ifade edebilmeleri, sağlıkçılar ile daha etkili iletişim kurabilmeleri böylece tıbbi öneri ve tedavi uygulamalarını daha kolay anlayıp uygulayabilmelerini sağlayacaktır(2).

Bildiğimiz kadarıyla, çok az çalışma sağlık okuryazarlığı durumu ile Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (GETAT) yöntemleri kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Sağlık okuryazarlığının GETAT kullanımını ve tercih edilen GETAT yöntemini etkileyebileceğini düşündük. Bu tez çalışmasının amacı; erişkinlerde sağlık okuryazarlığının geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları tercihlerine olan etkisini saptamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

Günümüz dünyasında hızla gelişen ve değişen bilgi ve teknolojiye paralel olarak okuryazarlık kavramının tanımı ve boyutları da değişmektedir(6).

1960'lı yıllardan sonra yaşam boyu eğitim anlayışının bir parçası olarak fonksiyonel okuryazarlık kavramı gündeme gelmiştir. UNESCO bu okuryazarlığı; "bireysel ve toplumsal gelişim için okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgileri kullanma becerisi" olarak tanımlamaktadır(7).

Basit bir ifadeyle okur-yazar, "alfabe aracılığı ile yazılı metinlerin okunması ve yazılması okuma yazma" şeklinde tanımlanmaktadır(8). Yazılanlar üzerindeki harfleri okuyabilmeye dayanan bu kavramla birlikte anlamlandırabilmeye dayanan okuryazarlık kavramı günümüzde daha yeni tanımlarla da birleşerek (örneğin; elektronik okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı) anlamını daha da genişletir(9).

Okuryazarlık türlerine örnek olarak "Görsel Okuryazarlık; Bir bireyin, diğer bireyler ile olan iletişimde görselleri kullanmasını ve kullanılanları anlamasını sağlayan beceriler bütünü" olarak tanımlanmaktadır(9).

“Medya Okuryazarlığı; en genel anlamda medya araçlarından gelen iletileri tüm boyutlarıyla anlamlandırmak ve medya ürünleri oluşturabilmektir” (9).

“Bilgi Okuryazarlığı; bilgiyi etkili kullanabilmek amacıyla, gerek yazılı gerekse de görsel medya ürünlerini tanıyabilme, istenilen bilgiyi bulabilme, değerlendirebilme ve seçebilme becerisi” olarak tanımlanabilir(9).

“Elektronik Okuryazarlık; en genel anlamda elektronik ortamda yer alan iletileri anlamlandırma ve elektronik ortama yönelik ileti oluşturma süreci” olarak tanımlanmaktadır(9).

Sağlık okuryazarlığı; hem temel bir insan hakkı olarak hem de yaşam boyu öğrenme kültürünün bir parçası olarak kabul görmektedir. Bu yönüyle “Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü” (UNESCO) sağlık okuryazarlığını “bireylere yaşam boyu öğrenme olanağı veren, sosyal hayat, iş yaşamı ve tüm topluma tam anlamıyla katılımını sağlayan, giderek artan teknolojik problemleri çözme becerisinin yanı sıra, bireylerin okuma, yazma, iletişim kurma, hesaplama, yazılı ve basılı materyalleri kullanma yeteneklerini de kapsayan yetkinlikler düzeyi ve sürekli öğrenme süreci” olarak tanımlamaktadır(6, 10).

Dünya Sağlık Örgütü genel sağlık okuryazarlığını şu şekilde tanımlamaktadır: (WHO,2013)“Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık ile ilişkili olup insanların hayatları boyunca sağlık hizmetleri ile ilgili konularda kanaat geliştirmeleri ve karar verebilmeleri, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri, sağlık ile ilgili bilgileri ve mesajları doğru olarak algılamaları ve anlamaları konularındaki istekleri ve kapasiteleridir”(8).

Türkiye’de ise “T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” (2011) tarafından yayınlanan “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”nde "Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder" ifadesiyle tanımlanmıştır(11).

Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlık okuryazarlığı, yazılı bilgileri okuyabilme, söylenenleri anlayabilmekten daha fazlasıdır. Yani insanların sağlık bilgisine ulaşması, bunu etkili bir şekilde kullanabilmesi sağlık okuryazarlığıyla yakından ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı kişinin genel bilgi düzeyiyle alakalı olduğu için

insanların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimindeki durumları onların sağlık okuryazarlığını yani sağlığını da etkilemektedir(11).

2.1.Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

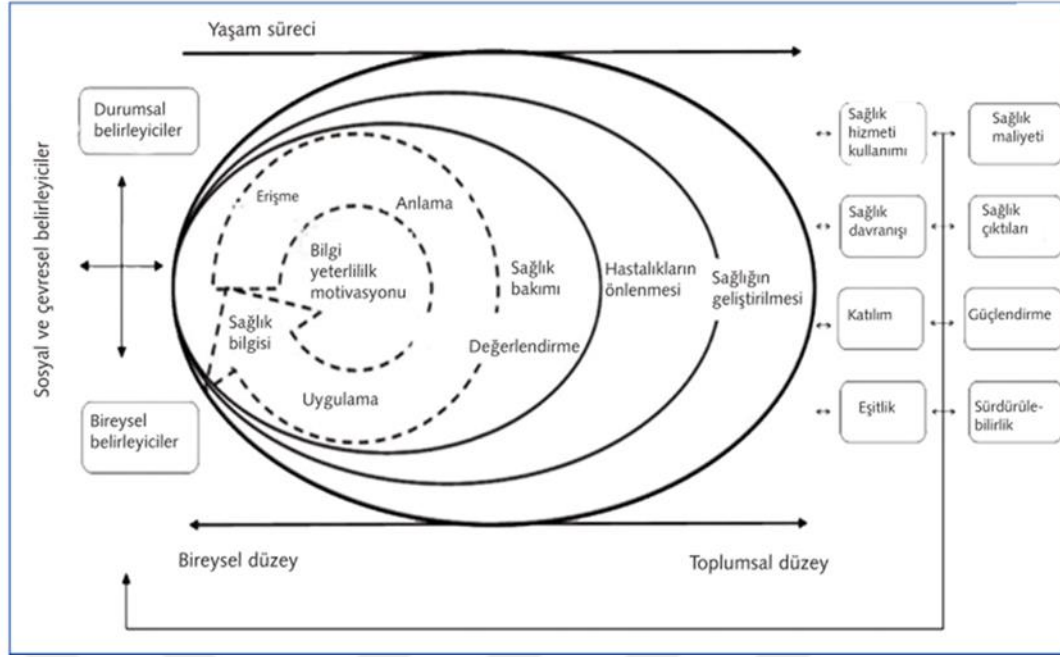
Sağlık okuryazarlığı kavramından ilk kez Scott Kittredge Simonds, 1974'te yayınladığı “Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika” adlı eserinde bahsetmiştir. Daha sonra 1986'da Ottawa'da gerçekleştirilen Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda kullanılmıştır. 1990'lı yıllardan itibaren konuya ilgi artmış, 2000'li yıllarda ise konuyla ilgili araştırma ve uygulamalar hız kazanmıştır(3, 12).

“Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association [AMA])” Sağlık okuryazarlığını; “sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliliğini; reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli materyalleri okuma, anlama yeterliliğini kapsayan becerilerin uyumlu birlikteliği” olarak tanımlamaktadır(13).

Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine [IOM]) 2004 yılı raporunda sağlık okuryazarlığını; “bireysel olarak sağlığı ile ilgili uygun karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” olarak tanımlamaktadır(13).

Sağlık okuryazarlığı konusunda araştırma yapmış olan Nutbeam, “İyi sağlığın sürdürülmesi ve teşviki için bilgiyi elde etme, anlama ve kullanabilmede bireysel gücü belirleyen kişisel, bilişsel ve sosyal beceriler” olarak ifade etmektedir(14, 15).

Sorensen ve arkadaşları literatürde yer alan 17 SOY tanımının içerik analizini yaparak “okuryazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak özetlemişlerdir(1, 16, 17).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Kaynak:(7, 17)

2.2.Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Tanımlandığından 2000’li yıllara kadar SOY kavramına ilişkin birçok öneri sunulduğu görülmektedir. Don Nutbeam’ın 2000 yılında kişilerin kognitif ve sosyal becerilerini gösterebildikleri davranış özelliklerine göre sağlık okuryazarlığını; fonksiyonel okuryazarlık, interaktif okuryazarlık ve kritik okuryazarlık olmak üzere üç düzeye ayırdığı görülmektedir(1). Buna göre;

“Fonksiyonel (İşlevsel) SOY: Bireylerin temel sağlık bilgisine sahip olma, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağını bilme, reçete ve ilaç etiketlerini okuyabilme randevu alma gibi sağlıkla ilişkili temel bilgi düzeyini ve becerisini gösterir(18-20).

İnteraktif (Etkileşimli) SOY: Bireylerin sağlıkla ilgili bilgi birikimini genişletmeyi, kendine güvenini ve sosyal becerilerini geliştirmeyi içermektedir(18, 19).

Kritik (Eleştirel) SOY: Bireylerin sağlıkla ilgili yeni bilgileri değerlendirmesi ve yorumlaması beklenmektedir. Böyle sorgulama yaptığı takdirde kendi sağlığının yanı sıra toplum sağlığı açısından da kazanımlar elde etmesi beklenmektedir”(18, 19).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin bir başka sınıflamayı Zarcadoolas ve ark. yapmıştır. Bu sınıflamaya göre sağlık okuryazarlığı; “bilim okuryazarlığı, yurttaşlık okuryazarlığı, temel okuryazarlık ve kültürel okuryazarlık” olmak üzere 4 kısma ayrılmaktadır (21).

“Temel Okuryazarlık: Okuma, yazma, konuşma ve hesaplama becerilerine yönelik esasları kapsamaktadır”. Örneğin hastanın istatistiki bilgileri okuyup anlayabilmesi, tedavi riskleri ve olasılıklarına ilişkin yüzdeleri ve karşılaştırmaları hesaplayabilmesi gibi hususlar bu becerilerin kapsamındadır. Sağlık okuryazarlığında kelimeleri anlamak, kilit noktalara dikkat etmek, sayıları okumak, yorumlamak önemlidir (8, 19, 21, 22).

“Bilim Okuryazarlığı: Bilim ve teknolojiyi anlama ve kullanma becerilerini tanımlamaktadır”. Bu kapsamda temel bilimsel kavramları bilme, zamanla bu bilgilerin değiştiğini ve bilimde kesin kavramının olmadığını anlama gibi özellikler önemlidir. Günümüzde eskisinden daha kompleks hale gelen tıbbi teknoloji ve bilimsel gelişmeler bireylerin bunlarla ilgili bir kavrayışa sahip olmalarını zorunlu kılmaktadır(8, 19, 21, 22).

“Yurttaşlık okuryazarlığı: Bireylerin kamuyla ilgili hususların farkında olması ve karar verme süreçlerine aktif katılımları gibi yetenekleri” ifade eder(8, 19, 21, 22).

“Kültürel Okuryazarlık: Sağlık bilgisi konusunda yorumlama ve davranış sergilemek amacıyla toplumsal inançlar, gelenekler, dünya görüşü ve sosyal kimliği tanıma ve kullanma yeterliliğidir”(8, 19, 21, 22).

2.3.Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, halk sağlığının önemli konularından biri olarak görülmektedir. Çünkü SOY düzeyi düşük olan kişilerin genel sağlık düzeyi de düşüktür. Bu kişilerde daha kötü sağlık durumu, daha çok hastaneye yatış oranı ve daha yüksek ölüm oranı gibi istenmeyen sonuçlar görülmektedir. SOY düzeyinin düşük olması, bireylere olduğu kadar ülkelere de önemli problemler yaratmakta, bireyler kendi sağlıklarıyla ilgili doğru karar alma, hizmetlerden yararlanma, bilgi edinme, hastalık yönetimi gibi konularda sorunlara neden olmaktadır(23).

Sağlık okuryazarlığı, kendi sağlığı hakkında karar verirken sağlık bilgilerini arama, anlama ve uygulama yeteneğini ifade eder (13). Çalışmalar , sağlık okuryazarlığının sağlık durumunun eğitim, istihdam, sosyoekonomik durum, ırk veya cinsiyetten daha iyi bir göstergesi olduğunu göstermiştir (7).

Araştırmalar, düşük SOY düzeylerine sahip bireylerin sağlık durumları, mevcut tedaviler ve sağlık sistemi içinde müzakere etmek için gereken beceriler hakkında daha az bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Düşük SOYdüzeyleri ile ilaç kullanımına

uyumsuzluk, acil servislere yüksek başvuru, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlamada daha az yetenek, düşük sağlık durumu ve artan mortalite gibi kötü tedavi sonuçları arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Uygun bilgi kaynaklarına erişim ve güvenli ve uygun kararlar almak için edinilen bilgileri değerlendirme yeteneği sağlık okuryazarlığının temel bileşenleridir (16,17).

Gelişmiş ülkelerdeki büyük ölçekli araştırmalar, düşük sağlık okuryazarlığı oranlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde %36 ve Avrupa'da % 47 kadar yüksek olduğunu göstermektedir ve her iki çalışmada da sağlık okuryazarlığını ölçmek için farklı araçlar kullanılmıştır. Düşük SOY en çok yaşlı yetişkinler arasında yaygındır. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçlarını nasıl etkilediğinin daha iyi anlaşılması, düşük sağlık okuryazarlığının zararlı etkilerini azaltmak için müdahalelerin ara sonuçlara odaklanmasını mümkün kılar(24).

Kronik hastalık ya da hastalıklara sahip kişilerde yüksek SOY düzeyleri hastalık yönetimi açısından önem taşımaktadır(25).

Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemli olmasının nedenleri altı başlıkta şöyle sıralanabilir(26-29):

Çok sayıda bireyi etkilemesi: Günümüzde dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %16'sı temel okuma-yazma becerisinden yoksundur. Düşük SOY düzeyi sosyoekonomik dezavantajlara yol açmaktadır. İngiltere'de "Ulusal Tüketici Konseyi (National Consumer Council)" tarafından yapılan bir araştırmada toplumun %20'sinin daha sağlıklı olmak için gereken basit bilgileri dahi idrak etmekte zorluk çektikleri tespit edilmiştir(26-29).

Olumsuz sağlık sonuçları: Sağlık okuryazarlığı insanlara önemli yaşam becerileri sunar. Çünkü bireyin bilgiyi araştırıp kullanması, sağlıklarını kontrol altına alma yönüyle önemli katkılar sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı hasta katılımını da sağlar. Yani birey temel sağlık bilgilerini öğrenebilirse kendilerine daha iyi bakabilecek ve sağlıkla ilişkili doğru ve yerinde kararlar alacaklardır. Sağlık okuryazarlığını yükseltmek, eşitsizlikle mücadelede de önemlidir. Düşük sağlık okuryazarlığının sebep olduğu kötü sağlık durumu hastane yatış oranlarını arttırır. Düşük sağlık okuryazarlığı olan hastaların tedavisine ve bakım planına uyumu daha azdır ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanırlar. Zaten yapılan çalışmalar yetersiz

sağlık okuryazarlığının ölüm ve yüksek hastaneye yatış oranlarındaki artış ile ilişki olduğunu göstermektedir (26-29).

Kronik hastalık oranının artması: Kronik hastalıklar toplam hastalıklar arasında %47'lik bir oranı oluşturduğundan sağlık okuryazarlığı kronik hastalığın öz-yönetimi yönüyle de önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir. Böylece kronik ya da uzun dönemli hastalıkların yönetilebilmesindeki karmaşık tıbbi sürecin yürütülmesi, yaşam tarzının planlanması ve ona yön veren bilinçli karar verme ihtiyacının gerektiği gibi sağlanması için bu sağlık hizmetlerine nasıl ulaşılabileceğinin bilinmesi çok önem arz eder(26-29).

Sağlık hizmeti maliyetleri: Sağlık okuryazarlığının düşük düzeyde olması ekonomik açıdan da bir sorundur. Düşük sağlık okuryazarlığının maliyetine yönelik yapılan sistematik çalışmalara göre, sınırlı sağlık okuryazarlığının neden olduğu ek maliyetin sağlık hizmeti maliyeti toplamının %3-5'i arasında olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle yetersiz düzeyde sağlık okuryazar olanların yeterli düzeyde olanlarla karşılaştırıldığında, bu farkın yıllık sağlık hizmeti harcamasını oldukça arttırdığını göstermektedir(26-29).

Sağlık bilgi talepleri: Sağlık okuryazarlığının gelişmesinde sağlam ve güvenilir bilgiye erişimin önemi büyük olmakla birlikte sadece iyi bir bilginin sağlanması yetmez. Şöyle ki sağlık bilgisinin sağlık davranışlarına çevrilmesi ve doğru iletişim kanallarının oluşturulması gereklidir. Yapılan araştırmalara göre sağlıkla ilgili kaynakların okunması ile hedef toplumun okuma becerileri arasındaki uyumsuzluklar sorunu daha da arttırabilmektedir(26-29).

Eşitlikçilik: Bireylerin okuryazarlık düzeyi erken çocukluk dönemi, yaşlanma, eğitim, kişisel beceri, yaşam ve çalışma koşulları, dil, kültür ve cinsiyet gibi pek çok faktörün etkisi altındadır. Okuryazarlığın bu belirleyicileri bazen benzerlik gösterse de her bireyde farklılıklar arz ettiğinden bireylerin sağlık okuryazarlığına göre değişiklik göstermektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük düzeyleri genellikle kişinin kendi sağlığını etkili bir şekilde idare edememesi, sağlık hizmetlerine etkili bir şekilde ulaşamaması ve kendisi için mevcut bilgileri anlayamamasına neden olmaktadır. Böylece bilgilendirilmiş insanların sağlıklı kararlar vermesi ile en kötü sağlık sonuçlarına engel olabilecektir. Ayrıca sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını da sağlayan bir araçtır(26-29).

2.4. Dünya’da Ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı

Dünya çapında SOY düzeyinin, beklenenin altında olduğu belirlenmiştir. Amerikan Tıp Derneği’nin yaptığı çalışmada yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı olan hastaların, mevcut durumunu etkileyecek şekilde iletişim sorunları yaşadığı ve kendi durumlarını ifade edemedikleri saptanmıştır.

Avrupa bölgesinde sekiz ülkeyi kapsayan bir araştırmada (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) SOY puanlarına göre ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi düzeyde olmak üzere gruplandırılmıştır. Hollanda ve Bulgaristan sağlık okuryazarlığı yetersiz ve sorunlu olan grupta yer almıştır. Genel olarak bakıldığında ise bu çalışmaya katılanların %12’sinin SOY düzeyinin yetersiz, %35’inin ise ortalamanın altında olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerde, azınlık grupları ile göçmenlerde, genel sağlıkları bozuk olanlarda, kronik hastalığı olanlarda ve yaşlılarda SOY düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır(30, 31).

Türkiye’de 2009-2012 yılları arasında, Tanrıöver ve ark yaptığı çalışmaya göre Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlığı puanı 30,4 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, toplumun %24’ünün yetersiz, %40.1’inin sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu belirlenmiştir. (32) Yani, yaklaşık 3 milyon birey yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyindedir(1).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından yürütülen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması” ile SOY düzeyi ulusal düzeyde belirlenmiştir(18).

Araştırma, Türkiye’nin tamamını temsil eden 6 bin 228 hane üzerinden sürdürülmüştür. Araştırmaya katılanların TSOY-32 ölçeği ile saptanan SOY düzeylerine bakıldığında; %30,9’u yetersiz, %38’i sınırlı, %23,4’ü yeterli, %7,7’si ise mükemmeldir. Araştırma sonuçlarına göre Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin SOY düzeyi yetersiz veya sınırlıdır. Yaş grupları arasında da SOY düzeyleri bakımından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanların sıklığı, 18-24 yaş grubunda en düşük iken, ilerleyen yaş gruplarıyla birlikte artarak 65 ve üzeri yaş grubunda en yüksek olduğu görülmüştür. Her 10 yaşlıdan 9’unun sağlık okuryazarlığının yetersiz veya sınırlı olduğu belirlenmiştir(18).

Tablo 1. Türkiye ve Avrupa Sağlık Okuryazarlık Karşılaştırması

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Avrupa	Türkiye
Yetersiz	%12,4	%24,5
Sorunlu	%35,2	%40,1
Yeterli	%36	%28,8
Mükemmel	%16,5	%7,6

Kaynak:(19)

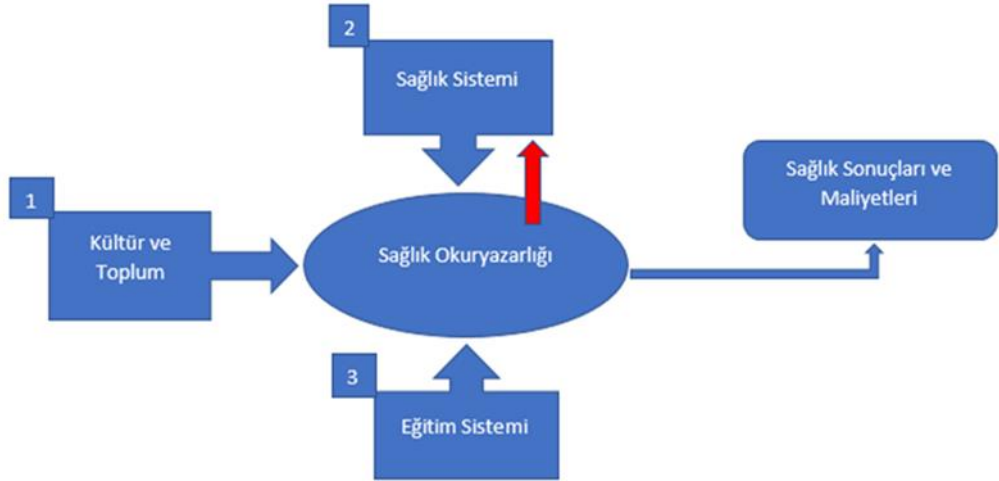
2.5.Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Bireylerin SOY düzeyi eğitim sistemi, sağlık sistemi ve toplumun kültürel yapısı gibi faktörlerin etkileşiminin bir yansımasıdır(20).

İnsanlar, içinde bulundukları sosyal ortamlara bağlı olarak sağlık okuryazarlığını kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler sistemsel ve bireysel faktörler olarak temelde ikiye ayrılmaktadır(20).

Bireysel faktörler; yaş ve cinsiyet, okuma-yazma düzeyi, kognitif fonksiyonlar, mental ve fiziksel sağlık durumu, sosyoekonomik durum gibi nedenlerdir.

Sistemsel faktörler ise; sağlık sistemi ile alakalı sebeplerdir. Örneğin sağlık hizmeti sunucularının hasta ile iletişim becerisi, hastadan beklentileri, sağlık bakım ortamının özellikleri gibi sebeplerdir.



Şekil 2. Sağlık Okuryazarlığında Potansiyel Müdahale Alanları

Kaynak:(21)

2.6.Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Ve Değerlendirilmesi

Sağlık okuryazarlığını değerlendirmek gayesiyle, hem kişilerin konuşma ve okuma yeteneklerini değerlendirmeyi amaçlayan, hem de kişinin anlama ve yorumlama becerilerini de kapsayan birçok ölçek geliştirilmiştir(22).

En sık kullanılan ölçeklere “Yetişkinlerde Fonksiyonel SOY Ölçümü” (Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA]), “Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini” (Rapid Estimate Of Adult Literacy in Medicine [REALM]), ve “Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlık Anketi” (Health Literacy Survey – European Union [HLS-EU]) örnek verilebilir(6).

2.6.1.TOFHLA(Test Of Functional Health Literacy in Adults)

TOFHLA, sayısal ve sözel anlama becerileri ile ilgili bir testtir. Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir.(23) TOFHLA, gerçek materyaller kullanarak hastaların sağlıkla ilgili metinleri okuma yeteneklerini ve metinlerin içindeki sayıları ve ifadeleri anlama yeteneklerini ölçer. 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik matematiksel hesap testinden oluşan, çoktan seçmeli sorular olarak hazırlanmıştır. Test toplam 22 dakika sürmektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Üçpunar ve Piyal tarafından 2014 yılında yapılmıştır(24-27).

2.6.2.REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)

REALM, kelime bilgisi alanını ölçen bir kelime tanıma ve telaffuz testidir. Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Kişilerin 66 kelimedenden oluşan tıbbi terimleri yüksek sesle okuması istenir. Yaklaşık 2-5 dakika sürer. Özdemir ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(24, 25).

2.6.3.Avrupa Birliği SOY Anketi (HLS-EU):

Sorenson ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Beşli likert ölçeği olan 47 soru mevcuttur. Üç sağlık sürecini (hastalıklardan korunma, sağlıkta hizmet sunma, sağlığın daha iyiye götürülmesi) ve dört bilgi işlem sürecini (erişim, değer biçme, uygulama, anlama) içermektedir. Çimen ve Bayık Temel tarafından 2015 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(25).

2.7.Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

2.7.1.Tarihçe

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, Çin ve Hindistan gibi bazı ülkelerde ve Amerika'nın yerli kabileleri arasında asırlardır uygulanmaktadır. Bu uygulamalar 19. Yüzyıldan önce temel tedavi yöntemleri olarak kullanılmıştır. Çiftçi, yargıç veya dükkan sahibi gibi başka bir işle meşgul olan kişilerin, aynı zamanda hekimlik yaparak tedavi uyguladığı da görülmüştür. Geleneksel tıp 19. yüzyılın başlarından itibaren şekillenmeye başlamış ve çok hızlı bir büyüme göstererek günümüze kadar gelmiştir(28).

Dünyada GETAT yöntemlerinin kullanımına yönelik ilgi her geçen gün artmakta ve kullanım sıklığındaki artışla alternatif yerine ana tedavi yöntemi olarak benimsenme durumu popülerlik kazanmaktadır(28).

2.7.2. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tanımı

Geleneksel tıp “bedensel ve zihinsel olarak hastalıklardan korunarak tanılarını saptamak ve tedavilerini sağlamak ayrıca genel iyilik halinin sağlanmasında kullanılan çeşitli kültürlerin birikimlerine ve inançlarına dayanan, açıklaması ortaya konabilen veya konulamayan bilgi, beceri ve uygulamaların tamamıdır” şeklinde tanımlanmıştır(29).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)’ne göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın (GETAT) tanımı; “Fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür”(30).

ABD’de bulunan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ulusal Merkezi (NCCAM)’ne göre; GETAT uygulamalarının kanıta dayalı tıp ile birlikte kullanılması tamamlayıcı tıp iken, konvansiyonel tıp uygulamaları yerine kullanılması alternatif tıp olarak adlandırılmaktadır. Ancak NCCAM, konvansiyonel tıbbın, etkinliği ve güvenliği kanıtlanmış GETAT uygulamaları ile birlikte kullanılması anlamına gelen integratif tıp tanımını kullanmayı daha doğru bulmuştur(31).

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federsasyonu (EFCAM)’a göre ise; tamamlayıcı ve alternatif tıp, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde kullanılan bir dizi farklı sağlık uygulamalarıdır ve bunlar bağımsız olarak veya konvansiyonel tıp yaklaşımları ile birlikte kullanılabilir(31).

GETAT kullanımı, kronik rahatsızlık ve daha fazla sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkilendirilmiştir. Çalışmalar ayrıca, GETAT kullanımının daha yüksek eğitim düzeyi ve gelir durumu gibi sosyoekonomik değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Daha yüksek GETAT kullanımı, belirli popülasyonlarda daha düşük ilaç uyumu gibi sağlık davranışlarıyla da ilişkilendirilmiştir(5).

2.7.3.GETAT Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Genel olarak GETAT içerisinde yer alan tedavi teknikleri farklı kriterlere göre şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Geleneksel Alternatif Tıp: Bu alanda homeopati, akupunktur ve oryantal uygulamalar gibi (Çin veya Doğu tıbbı) yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır(28).

Vücut terapileri: Bu alanda vücut teknikleri ile zihin teknikleri genellikle birleştirilir. Vücut terapilerine kayropraktik, yoga, masaj, Tai Chi örnek olarak verilebilir(28).

Diyet ve Bitkisel Yaklaşım: Günümüzde beslenme bozuklukları belirli kronik hastalıklara yol açan nedenlerdendir. Birçok diyet ve bitkisel yaklaşım, vücudun beslenme sağlığının dengelenmesi amacıyla uygulanır. Gıda takviyeleri, bitkisel ilaçlar, diyet uygulamaları bu gruptadır(28).

Dış Kaynaklı Enerji Uygulamaları: Bu alanda, objelerden veya diğer kaynaklardan gelen dış enerjilerin bir kişinin sağlığını doğrudan etkilediği düşünülür. Dış kaynaklı enerji terapisine örnek olarak, elektromanyetik tedaviler; Reiki ve Qigong verilebilir(28).

Zihin Bazlı Terapiler: Modern veya geleneksel tıp, her ikisi de zihin ve beden arasındaki bağlantının gücünü kabul eder. Araştırmalar, bireylerin emosyonel ve zihinsel sağlıklarının iyi olması durumunda daha fazla iyileşme sağlandığını göstermiştir. Zihni kullanan terapilere meditasyon, biyofeedback ve hipnoz örnek verilebilir(28).

Duyulara Dayalı Tedavi Şekilleri: Bazı insanlar temel beş duyunun genel sağlığı etkileyebileceğine inanmaktadır. Sanat, dans ve müzik; görselleştirme ve yardımcı görüntüler duyuları içeren terapilere örnek olarak verilebilir(28).

2.8.Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yasal düzenlemeler

Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik ilk düzenleme 29 Mayıs 1991 tarihli ve 20885 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiş bulunan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile olmuştur . 2002 yılında bu yönetmelik düzenlenmiş ve 17 Eylül 2002 tarihli ve 24879 sayılı Resmi Gazete ’de “Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik” yayımlanarak yürürlüğe girmiştir(29).

2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile “Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” bünyesinde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuştur (29).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı’nın çalışmaları ile 27 Kasım 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete ’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı 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 düzenlemektir. Bu yönetmelikte kapsam, dayanak ve tanımlar detaylı bir şekilde yapılmıştır(29).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde on beş geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamasından detaylarıyla bahsedilmektedir. Bu yöntemler; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapidir (29).

Yönetmeliğe göre; (32)

Akupunktur; Geleneksel Çin tedavi sanatlarından birisidir. 5000 yıllık bir geçmişi vardır. Dünya Sağlık Örgütü etkinliğini kabul etmekte, uygulanmasını tavsiye etmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı kontrolünde uygulanması yasal bir alternatif ve tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. İlk defa 2002 ve nihayetinde 2014 yılında en son yönetmelik çıkarılmıştır. Akupunktur; acus (iğne) ve punctura (batırma) kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Vücut yüzeyi üzerindeki akupunktur noktalarına çok ince iğnelerle girilir.

Etki mekanizması; kapı-kontrol mekanizması, endojen opioidlerin salınımı, nosiseptif afferent sistem etkileşimi, immüniteyi artırıcı etkisi, homeostatik etkisi de vardır(32, 33).

Apiterapi; Bal, polen, propolis, arı sütü sekonder immün yetmezliklerde immün sistem destekleyicileri olarak kullanılabilir(32).

Fitoterapi; geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçlarla yapılan bir tıbbi tedavi yöntemidir. (32) DSÖ'nün açıklamasına göre dünya genelinde 35.000-70.000 kadar bitki, tedavi maksadıyla kullanılmaktadır ve bu bitkilerin yalnızca 5.000 kadarının tıbbi analizi yapılmıştır(34).

Hipnoz; telkin yolu ile diğer bir kişinin bilinç ve farkındalık, vücut, hisler, duygular, düşünceler, hafıza veya davranışlarında değişiklik elde etmek üzere tasarlanmış veya bu sonucu çıkaran işlemdir(32).

Sülük uygulaması; steril sülük kullanılarak yapılan uygulamadır(32).

Homeopati; kişiye özel seçilmiş homeopatik ilaçlarla sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır(32).

Kayropraktik; kas, omurga ve iskelet sisteminin biyomekanik bozuklukları ve bunun sinir sisteminde oluşturduğu sorunları önleme ile ilgilenen bir uygulamadır (32).

Kupa uygulaması; kan dolaşımını arttırmak için bölgesel vakum oluşturma esasına dayanan kuru kupa uygulaması ve belirli vücut bölgelerinde vakum etkisi ile beraber yüzeysel cilt kesileri oluşturarak kan alınması esasına dayanan yaş kupa uygulamasıdır(32).

Larva uygulaması; Lucilia (Phaenicia) sericata steril larvaların kronik yaralarda biyodebridman amaçlı kullanılmasıdır(32).

Mezoterapi; mezoderm kaynaklı organ patolojilerinin iyileşmesini amaçlayan bitkisel veya farmakolojik ilaçların bölgesel, küçük dozlarda, özel iğneler ve özel tekniklerle cilt içi enjeksiyonu şeklinde yapılan uygulamadır(32).

Proloterapi; proliferatif ve iritan solüsyonların eklem bağ dokusuna enjekte edilmesidir. (32)Proloterapide asıl hedef, kontrollü inflamasyon sağlayarak normal iyileşme şeklini taklit etmek, iyileşmeyi başlatmak, fibroblastik aktivite ve kollajen dokuyu arttırmak, böylece ağrıya sebep olan bölgeyi kuvvetlendirmek ve ağrının azalmasını sağlamaktır(34).

Osteopati; eklemler, kaslar, bağ dokusu ve omurgayı içeren kas iskelet sisteminin güçlendirilmesine yardımcı olan vücudun tamamının sağlığına odaklanan ve hastalıklarda kas-iskelet sisteminin etkinliği üzerinde duran invaziv olmayan bir uygulamadır(32).

Ozon uygulaması; lokal veya sistemik olarak ozon-oksijen karışımının kullanılmasıyla yapılan uygulamadır(32).

Refleksoloji; el, ayak tabanı ve kulaklarda vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleriyle ilgili yönlendirici refleks alanların varlığı prensibine dayanır(32).

Müzik terapi; bu konuda ehliyetli bir profesyonel tarafından müziğin ve müzik uygulamalarının, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada klinik ve kanıta dayalı kullanılmasıdır(32).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları son yıllarda dünya genelinde ve ülkemizde popüler hale gelmiştir. Özellikle kesin tedavisi mümkün olmayan kanser, romatizmal hastalıklar, diyabet gibi kronik, dejeneratif ya da malign birçok hastalıkta bilinçli ya da bilinçsiz olarak bu uygulamalar kullanılabilmektedir(35). İnsanların kendilerini daha iyi hissetmek, bağışıklık sistemini güçlendirmek, tedaviye destek olmak, mevcut ilaçların yan etkilerini azaltmak gibi istekleri GETAT yöntemlerini tercih etme nedenlerindendir(36). Bireylerin bilinçsiz bir şekilde, kanıta dayalı olmayan GETAT yöntemlerini kullanması, yan etkilerin ortaya çıkmasına, mevcut ilaçlarla etkileşim olmasına sonuçta organ disfonksiyonları ve hastalık tablosunun ağırlaşmasına neden olabilmektedir(36).

2.9.Dünya’da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları

1990’lı yıllardan bu yana etkinliği ile ilgili sınırlı sayıda kanıt bulunmasına rağmen pek çok ülkede alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde bu yöntemlerin erişkinlerde % 40 civarında kullanıldığı; bazı araştırmalarda gelişmiş Avrupa ülkelerinde % 70-90, gelişmekte olan ülkelere ise % 95’lere ulaşabildiği belirlenmiştir(37).

Çin ve Japonya geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin en yaygın kullanıldığı ülkeler arasındadır. Çin’deki hastanelerin %95’inde geleneksel ve konvansiyonel tıbbın iç içe olduğu görülmekte olup bu uygulamalar içinde en sık akupunktur kullanılmaktadır. Japonya’da kanıta dayalı tıp uygulayıcılarının aynı zamanda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını da yapabildiği bilinmektedir(38).

2005 yılında Avrupa’da 14 ükeden toplam 956 hastanın katılımıyla bir anket çalışması yapılmıştır. Yapılan araştırmada GETAT kullanımının %14,8-%73,1 arasında değiştiği, ortalamanın %35,9 olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada GETAT kullanım oranı İspanya’da %29,8, İsrail’de %32,4, Danimarka’da % 36, İngiltere’de %29,4 olarak bulunmuştur(39).

İngiltere nüfusunun sekizde biri tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurmaktadır. Bu yöntemleri en çok tercih edenler orta yaş kadınlardır. En sık tercih edilen yöntemler; bitkisel ürünler, homeopati, akupunktur, osteopati, hipnoz terapi, spiritual iyileşmedir. Kronik hastalıkların tedavisi için birçok tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezi açılmıştır(40).

2.10.Türkiye’de geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili yapılan bazı çalışmalar

Türkiye’de sağlık alanında kanıta dayalı tıp temel olmasına rağmen, tıp dışı geleneksel ve alternatif uygulamaların toplumda oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Örneğin, Eskişehir’de şehir merkezinde yapılan bir araştırmada bireylerin % 60’ının bu yöntemleri kullandığı , İzmir’de 60 yaş üzeri yaşlılarda ise bu oranın % 98,3’e ulaştığı tespit edilmiştir.(37)

Nevşehir’de 2010 yılında hipertansiyon tanısı olan hastalar ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %52,7’sinin tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullandığı saptanmıştır(41).

İzmir’de 2011 yılında kırsalda 60 yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir araştırmada katılımcıların %69,7’si tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini bildiğini, %98,3’ü bu yöntemleri kullandığını belirtmiştir(42).

Sivas’ta 2011 yılında romatizmal hastalık tanısı almış olan kişilerle yapılan bir araştırmada katılımcıların %49,3’ünün mevcut hastalıkları için tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvurdukları belirlenmiştir(43).

Hemodiyaliz hastası olan bireylerle 2012 yılında yapılan bir araştırmada katılımcıların %35,8’inin tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini kullandığı tespit edilmiştir(44).

Şanlıurfa’da 2015 yılında dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarla yapılan bir araştırmada katılımcıların %28,9’u tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini tercih ettiğini belirtmiştir(45).

Kayseri’de 2015 yılında yapılan bir araştırmada herhangi bir geleneksel /alternatif tıp yöntemini duyma sıklığı % 72,3 olarak belirlenmiş, katılımcıların bu yöntemlerden herhangi birini kullanmış olma durumunun %65,8 oranında olduğu tespit edilmiştir(37).

2.11.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi

GETAT yöntemlerinin modern tıp üzerindeki etkisi kanıtlanmamış olmasına rağmen toplum içinde kullanımı yaygındır. GETAT yöntemlerinin giderek artan sayıda tercih edilmesi SOYna olan ihtiyacı da artırmaktadır(5).

SOY yüksek olan bireyler GETAT yönetmeliğinde de yer alan akupunktur, apiterapi ,kupa(hacamat) gibi kabul edilmiş ve normal tedaviyi destekleyen yöntemleri tercih ederken, SOY düşük olan bireyler etkisi kanıtlanmamış, güvenilir olmayan, kâr amaçlı, hatta yan etkileri olabilecek yöntemleri tercih edebilirler(46).

Tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanımı ile ilgili karar vermek detaylı bir SOY gerektirir(5).Bu yöntemler tıbbi tedavi ile muhtemel etkileşimi, faydaları ya da yan etkileri tam olarak ispatlanmamış olmasına karşın insanlar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntemleri kullanırken karar vermek ve sonuçlarını değerlendirmek zor olabilir. Tıp Enstitüsü’süne göre (IOM) , GETAT uygulamaları kullanıcılarının yöntemler hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğu, bilgi kaynaklarının ne olduğu ve elde ettiği bilgiyi nasıl kullandığı hakkında sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır(2).

Günümüzde her geçen gün artan ve farklılaşan bilgiler içinde doğru bilgiye ulaşmak gittikçe zorlaşmaktadır. Bilgi kaynaklarının çeşitliliği ve sağlık otoriterleri ve yöneticileri tarafından kontrol edilememesi bilgi kirliliğini daha da artırmaktadır. Ancak Sağlık okuryazarlığının artırılması ile bireylerin eleştirel bir biçimde düşünmesi ve karar verebilmesi olasıdır.Her hangi bir GETAT yöntemine başvuran bireyin eleştirel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması gereklidir. GETAT ve sağlık okuryazarlığı modellerinin kullanımını anlamak önemlidir (7,18).

GETAT uygulamaları kullanıcılarının bu alandaki değişimi takip etmesi ve kullanım amaçlarıyla ilgili güvenilir kaynaklara ve kanıt temelli uygulamalara yönlendirilmesi gerekir(2).

Bireylerin tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili en önemli bilgi kaynağı, akraba ve arkadaşlardır. Diğer bilgi kaynaklarından birisi olan internette, tamamlayıcı tıp yöntemleri için ticari kaygı güden siteler ve birçok doğrulanmamış iddialar (hastalıkları önleme, tedavi etme vs.) yer almaktadır(2).

SOY ve GETAT uygulamaları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, SOY yüksek olan beyazların 3.6 kat, Latin Amerikalıların 3.4 kat daha fazla yöntem kullandığı belirlenmiştir(2).

Yapılan diğer bir araştırmada, birinci basamakta ayaktan tedavi edilen 351 hasta örnek alınmış ve GETAT uygulamaları kullanımı ve SOY düzeyi karşılaştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda SOY düzeyi yeterli olan hastaların daha fazla (7 kat) yöntem kullandığı bildirilmiştir (47).

Bir başka araştırmaya göre, SOY yüksek olan bireylerde GETAT uygulamalarına başvurma oranları daha yüksek bulunmuştur. Birçok araştırmada yetersiz SOY ile olumsuz sağlık sonuçları ilişkili bulunmuştur(2).

Ülkemizde SOY ile GETAT uygulamaları kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmada, onkoloji hastalarının GETAT yöntemleri kullanımı ile SOY arasında ilişki olmamakla birlikte, GETAT yöntemlerini duyan ve bilen hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır(2).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma, Samsun ilinde 01.04.2021-31.05.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne muayene olmak için başvuran hastalar ile yürütülmüştür.

3.2.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3.Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Samsun ilinde 01.04.2021-31.05.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine muayene olmak amacıyla başvuran 18-64 yaşları arasında hastalar oluşturmaktadır. Örneklem grubu ise benzer iki çalışmadan (37, 48) alınan veriler G*Power 3.1.9.2 paket programı kullanılarak %65 ve %46 prevalansları için hesaplanmış ve en az 192 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak olası veri kayıpları dikkate alınarak örneklemin %10 artırılması ve 211 kişi olarak alınması kararlaştırılmıştır. Muayene olunacak ilgili bölüm isimleri bir kağıda yazılarak haftanın günlerine göre kura çekilmiştir. Kura sonucuna göre kişilerin Dermatoloji, Dahiliye, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Kardiyoloji bölümlerine hafta içi saat 08:30-12:00 arası ayaktan muayene olmaya gelmiş hastalardan oluşturulması kararlaştırılmıştır. Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve yöntemi hasta ve refakatçilerine anlatılarak çalışmaya katılmayı kabul edenlere yüzyüze anket uygulanmıştır.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1.Bağımlı değişkenler

- SOY düzeyi
- Getat uygulamaları bilgisi ve tercih edilmesi

3.4.2.Bağımsız değişkenler

- Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet vb.)
- Katılımcıların sağlık durumları (kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı)

3.5.Veriler Toplama Araçları Ve Yöntemleri

Çalışmada veriler anket formu ve TSOY-32 ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Anket soruları araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür taraması yapılarak, benzer makale ve tez çalışmaları incelenerek hazırlanmıştır. Anketin ilk kısmı katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları ve ilaç kullanma durumları, algılanan sağlık durumları ile GETAT uygulamaları konusunda bilgi düzeyleri ve tercihleri hakkında bilgi verecek sorulardan oluşmaktadır. Sağlık durumunu algılama için “Sizinle aynı sosyo-ekonomik konumda olan insanlarla karşılaştırdığınızda, kendi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu kullanılmıştır. Katılımcıların aylık gelir

düzeyi belirlenirken, 2021 yılı TÜİK verilerine göre net asgari ücret düzeyi (2.825,90 TL) baz alınarak ortalama 3000 TL üzerinden sorulması planlanmıştır. Günübirlik çalışanlar, mevsimlik işçiler, öğrenciler gibi katılımcıların olabileceği de düşünülerek aylık gelir düzeyi; "a) < 1500 TL b) 1500-3000 TL c) > 3000 TL " olarak sorulmuştur.

GETAT uygulamaları çeşitliliği ve Türk toplumunun kültürel özellikleri dikkate alınarak ankette sadece Sağlık Bakanlığı'nın GETAT Yönetmeliği listesinde yer alan yöntemleri duyma/bilme durumları sorulmuştur (Tablo2).

Tablo 2. GETAT Yönetmeliğinde Yer Alan Uygulamalar

Ankette duyma/bilme durumları sorulan GETAT yöntemleri:		
-Akupunktur	- Homeopati	-Proloterapi
-Apiterapi	-Kayropratik	-Osteopati
-Fitoterapi	-Kupa(hacamat)	- Ozon
-Hipnoz	-Larva	- Refleksoloji
-Sülük	-Mezoterapi	-Müzik Terapisi

Anketin ikinci kısmı Türkiye SOY Ölçeği(TSOY-32) olup 32 sorudan oluşmaktadır. TSOY-32, on beş yaş üzeri ve okuryazar olan kişilerde SOYnı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, Avrupa SOY Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen kavramsal çerçeveye dayanmaktadır. Ölçeğin Türkçe’de güvenilirliği; iç tutarlık (Cronbach Alfa) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin genel iç tutarlık katsayısı; 0.927 olarak saptanmıştır. Birinci boyut olan “Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,880’dir. İkinci boyut olan “Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu”nun Cronbach Alfa katsayısı 0,863’dür. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki boyut(tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/uygulama) içermektedir. Her madde 1=Çok kolay, 2=Kolay, 3=Zor, 4=Çok zor olacak şekilde 4 derecelidir. “Fikrim yok” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır (49).

Tablo 3. TSOY-32 Matris Bileşenleri Ve Bu Maddelere Denk Gelen Madde Numaraları

	Sağlıkla ilgili	Sağlıkla ilgili	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
--	-----------------	-----------------	---------------------------------------	---

	bilgiye ulaşma	bilgiyi anlama		
Tedavi ve hizmet	1,4,5,7	2,8,11,13	3,9,12,15	6,10,14,16
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	18,20,22,27	19,21,23, 25	24,26,28,32	17,29,30,31

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu formülde, indeks, kişiye zgn hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandırđı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, ‘0’ puan en düşük, ‘50’ puan en yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyini göstermektedir.

SOY düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan : yetersiz SOY

(>25-33) : sorunlu – sınırlı SOY

(>33-42) : yeterli SOY

(>42-50) : mkemmell SOY

(6, 18, 22)

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine ayaktan muayene olmak için başvuran 18-64 yaşları arasında hasta olmak,

- Gönüllü olmak,

- Okuryazar olmak

- Görsel, işitsel ve mental olarak iletişime engel durumu olmamak.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne ayaktan muayene olmaya başvurmamış bireyler(yatan hasta olmak gibi),

- 18 yaş altında ve 64 yaş üstünde olanlar,

- Çalışmaya katılmayı reddeden hastalar,
- Okuryazar olmayanlar
- İletişim kurmaya engeli olan hastalar (İşitsel, görsel ve mental nedenlerle)

3.6. Hipotezler

H₀: Erişkinlerde sağlık okuryazarlığının geleneksel ve alternatif tıp yöntemleri tercihlerine etkisi yoktur.

H₁: Erişkinlerde sağlık okuryazarlığının geleneksel ve alternatif tıp yöntemleri tercihlerine etkisi vardır.

3.7. Veri Analizi

Anket formundan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programında tanımlayıcı istatistikler ve ileri istatistiksel analiz yöntemleri kullanıldı. Veriler değerlendirilirken sürekli değişkenler parametrik ise Ortalama $\pm$ standart sapma ile ifade edildi. Frekans veriler ise sayı ve yüzde(%) ile ifade belirtildi. Tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu “Kolmogorov-Smirnov Testi” ile değerlendirildi. Frekans verilerin karşılaştırmasında “Pearson Ki-kare Testi” ve “Fisher’in Kesin Testi” kullanıldı. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılım gösteren değişkenler “bağımsız gruplarda t testi” ile değerlendirildi. İki den fazla bağımsız grup arasındaki normal dağılım gösteren değişkenler tek yönlü ANOVA testi kullanılarak karşılaştırıldı. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda, ikişerli post-hoc karşılaştırmalar Tukey testi kullanılarak yapıldı. Çok değişkenli analizde, önceden belirlenen olası faktörler kullanılarak sonucu öngörmedeki bağımsız değişkenler lojistik regresyon kullanılarak incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplandı(50).

Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Etik Kurul Onayı Ve İzinler

Araştırmanın planlaması yapıldıktan sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvuru yapıldı. Etik kurulun 21.10.2020 tarih ve OMÜ KAEK 2020/610 Karar nolu izninden sonra, OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi

Başhekimliği'nden de izin alınarak ilgili bölümlerin polikliniklerine gidilerek araştırma yapıldı. (Ek 3 ve Ek 4).

Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alındıktan sonra anket uygulanarak çalışma tamamlandı.

4.BULGULAR

4.1.Araştırmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özellikleri

Araştırma, 114 (% 54)'ü kadın, 97 (%46)'si erkek toplam 211 kişinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $34,5 \pm 11,4$ ' yıldır ve %29,9'u 31-40 yıl yaş aralığındadır. %55,9'u evlidir. Eğitim düzeylerinin dağılımına bakıldığında %44,5'i üniversite mezunu, % 26,1'i lise mezunu iken % 4,3'ünün ise sadece okuryazar olduğu görülmektedir. Tablo:4'de hastaların bazı sosyodemografik özellikleri sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		N(211)	%
Cinsiyet	Erkek	97	46
	Kadın	114	54
Yaş grubu(yıl)	<21	24	11,4
	21-30	61	28,9
	31-40	63	29,9
	41-50	34	16,1
	51-60	25	11,8
	>60	4	1,9
Medeni durum	Evli	118	55,9
	Bekar	93	44,1
Eğitim durumu	Okuryazar	9	4,3
	İlkokul	25	11,8
	Ortaokul	21	10,0
	Lise	55	26,1
	Üniversite	94	44,5
	Yüksek Lisans/Doktora	7	3,3

4.2.Araştırmaya katılan kişilerin sosyoekonomik özellikleri

Katılımcıların %24,6'sı işçi, %19'u öğrenci iken %11,8'i işsiz olduğunu belirtmiştir. Aylık geliri 3000 TL ve üzeri olanların oranı % 37,4 iken, 1500 TL ve altı olanların oranı %31,8'dir. Araştırmaya katılanların %88,2'si sosyal güvencesi olduğunu, %11,2'si ise herhangi bir güvencesi olmadığını belirtmiştir. En uzun süre yaşanan yerin %51,7 ile il merkezi olduğu görülmektedir. Hastaların %74,9'u bütün kitle

iletişim araçlarını (TV/Radyo,Bilgisayar/Akıllı telefon) kullandığını, % 0,9'u ise hiçbirini tercih etmediğini ifade etmiştir. Tablo:5'te araştırmaya katılan kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyoekonomik zellikleri

Değişkenler		N(211)	%
Çalışma durumu	Memur	29	13,7
	İşçi	52	24,7
	Emekli	14	6,6
	İşsiz	25	11,9
	Öğrenci	40	19,0
	Ev Hanımı	32	15,2
	Diğer	19	9,0
Aylık geliri	<1500	67	31,8
	1500-3000	65	30,8
	>3000	79	37,4
Sosyal güvence	Var	186	88,2
	Yok	25	11,8
En uzun süre yaşadığı yer	Köy-Kasaba	41	19,4
	İlçe Merkezi	61	28,9
	İl Merkezi	109	51,7
Kitle iletişim araçlarını kullanma durumu	Tv/Radyo	7	3,3
	Bilgisayar/Akıllı Telefon	35	16,6
	Hepsi	158	74,9
	Hiçbiri	2	0,9

4.3.Araştırmaya katılan kişilerin bazı sağlık zellikleri

Hastalara algıladıkları sağlık durumları sorulduğunda %45'i 'iyi' olarak yanıt vermiştir. Araştırmaya katılan hastaların 63'ünün (%31,7) kronik bir hastalık tanısı aldığı görülmüştür. Hastalıkları incelendiğinde en yüksek ve eşit sıklıkta Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon (%14,2) olduğu görülmüştür. Bu tanıları %7,9' la astım ve psöriasis, %6,3'le romatizmal hastalıklar (ankilozan spondilit ve romatoid artrit ..vb), %4,7'yle koroner arter hastalığı izlemektedir. Ayrıca bel fıtığı,Ailevi Akdeniz Ateşi, Hashimoto tiroiditi, hiperlipidemi ve Still hastalığı %3,1 sıklığında; anemi, aritmi, Behçet Hastalığı, bronşit, depresyon, hipertiroidi, hiperparatiroidi, immün yetmezlik, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, konjenital kalp hastalığı, mitral yetmezlik, mide ülseri, meme kanseri, Sjögren, Skleroderma, ve sistemik lupus eritematozus hastalıklarının ise %1,5 sıklıklarında oldukları tespit edilmiştir.

Kronik hastalığı olanların %88,9'u düzenli ilaç kullanırken, % 11,1'i ilaçlarını düzenli kullanmadığını ifade etmiştir. İlaç kullananların %29,1'i tek bir çeşit ilaç kullanırken, %25,5'i dört ve üzeri çeşitte ilaç kullandığını belirtmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sağlık özellikleri

Değişkenler		N (211)	%
Algılanan sağlık durumu	çok kötü	1	0,5
	kötü	14	6,6
	orta	51	24,2
	iyi	95	45,0
	çok iyi	50	23,7
Kronik hastalık varlığı	var	63	31,7
	yok	136	68,3
Düzenli ilaç kullanımı*	evet	48	88,9
	hayır	6	11,1
Kaç çeşit ilaç kullandığı*	1	16	29,1
	2	12	21,8
	3	13	23,6
	4 ve üzeri	14	25,5

*Sadece kronik hastalığı olanları içermektedir.

4.4.Katılımcıların SOY Düzeyleri

Araştırmaya katılan hastaların TSOY-32 Ölçeği indeks puan ortalaması $37,0 \pm 8,1$ olarak hesaplanmıştır. Alınan puanlara göre hastaların %36'sının yeterli ve %31,3'ünün mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduğu görülmüştür. Yetersiz düzeyde olanların sıklığı ise %8,5'tir.

Tablo 7. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

		N(211)	%
Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeyi	Yetersiz	18	8,5
	Sorunlu-Sınırlı	51	24,2
	Yeterli	76	36,0
	Mükemmel	66	31,3

4.5.Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Yaş gruplarına göre SOY düzeylerine bakıldığında, 21 yaş altındaki katılımcıların %50'sinin mükemmel, %33,3'ünün de yeterli düzeyde, %12,5 'inin sorunlu-sınırlı düzeyde, %4,2'sinin de yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe bu sıklığın azaldığı, en düşük oranın 50 yaş üstündeki katılımcılarda olduğu tespit edilmiştir. 50 yaş üstünde olan katılımcıların %20,6'sının mükemmel düzeyde, %37,9'unun yeterli düzeyde, %34,4'ünün sorunlu-sınırlı

düzeyde, %6'sının da yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak yaş grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.(p: 0,101)

Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.(p:0,073)

Medeni duruma göre SOY düzeylerinin katılımcılar arasındaki dağılımına bakıldığında bekarların %37,6'sı mükemmel düzeyde iken, evlilerin %26,3'ü mükemmel düzeydedir. Bekarların %3,2'si yetersiz düzeyde iken evlilerin %12,7'si yetersiz düzeydedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p:0,02)

Sağlık okuryazarlığının katılımcıların eğitim düzeyi açısından incelenmesinin sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.(p:0,868)

Sağlık okuryazarlık düzeylerinin çalışma durumu açısından incelenmesi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.(p:0,424)

Yaşanılan yere göre gruplar incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. (p:0,290)

Diğer sosyodemografik özellikler olan aylık gelir durumu, sosyal güvenceye sahip olma ve kitle iletişim araçlarını kullanma durumları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.(p:0,534, p:0,119, p:0,885)

Tablo 8. Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				P
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
		N(%)				
Cinsiyet	Kadın	6 5,3%	25 21,9%	40 35,1%	43 37,7%	0,073
	Erkek	12 12,4%	26 26,8%	36 37,1%	23 23,7%	
Yaş	≤40	11 7,4%	30 20,3%	53 35,8%	54 36,5%	0,044

	>40	7 11,1%	21 33,3%	23 36,5%	12 19%	
Eğitim düzeyi	Lise altı	11 10%	29 26,4%	34 30,9%	36 32,7%	0,414
	Lise ve üstü	7 6,9%	22 21,8%	42 41,6%	30 29,7%	
Çalışma durumu	Çalışan	11 11%	26 26 %	40 40%	23 23%	0,805
	Çalışmayan	7 6,3%	25 22,5%	36 32,4%	43 38,7%	
Yaşadığı yer	Köy-kasaba	3 7,3%	7 17,1%	17 41,5%	14 34,1%	0,290
	İlçe merkezi	8 13,1%	13 21,3%	17 27,9%	23 37,7%	
	İl merkezi	7 6,4%	31 28,4%	42 38,5%	29 26,6%	
Aylık geliri	<1500	4 6,0%	17 25,4%	23 34,3%	23 34,3%	0,534
	1500-3000	5 7,7%	12 18,5%	29 44,6%	19 29,2%	

	>3000	9 11,4%	22 27,8%	24 30,4%	24 30,4%	
Sosyal Güvence	Var	13 7%	45 24,2%	66 35,5%	62 33,3%	0,119
	Yok	5 20,8%	5 20,8%	10 41,7%	4 16,7%	
İnternet kullanımı	Evet	16 7,9%	50 24,8%	73 36,1	63 31,2%	0,430
	Hayır	2 22,2%	1 11,1%	3 33,3%	3 33,3%	

4.6.SOY düzeylerinin bazı sağlık özelliklerine göre incelenmesi

Katılımcıların algılanan sağlık durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin 63'ünün(%31,7) kronik bir hastalık tanısı aldığı görülmüştür. Tek tek hastalıklar incelendiğinde en yüksek ve eşit sıklıkta Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyonun (%14,2) olduğu görülmüştür. Ardından %7,9 sıklıkla astım ve sedef hastalığı(psöriasis) gelmiştir. Daha sonra %6,3 sıklık ile romatizma, ankilozan spondilit ve romatoid artrit tanıları gelmektedir. Koroner arter hastalığı %4,7 sıklıkta; bel fıtığı,FMF, Hashimoto tiroiditi, hiperlipidemi ve Still hastalığı %3,1 sıklığında; anemi, aritmi, Behçet Hastalığı, bronşit, depresyon, hipertiroidi, hiperparatiroidi, immün yetmezlik, KOAH, konjestif kalp yetmezliği,konjenital kalp hastalığı, mitral yetmezlik, mide ülseri, meme CA, Sjögren, Skleroderma, ve SLE hastalıklarının ise %1,5 sıklıklarında oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerine bakıldığında ilaç kullanan bireylerin sıklığının %26 olduğu, bunların da % 88,9'unun düzenli olarak ilaçlarını aldıkları

tespit edilmiştir. Kaç çeşit ilaç kullandıkları incelendiğinde %29,1'i tek çeşit, %25,5'i ise 4 ve üzeri sayıda ilaç aldığını belirtmiştir.

Katılımcıların algılanan sağlık durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Sağlık Okuryazarlığının Bazı Sağlık Özelliklerine Göre İncelenmesi

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
		Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
		N(%)				
Algılanan sağlık durumu	Çok kötü ve kötü	1 6,7%	4 26,6%	4 26,6%	6 40%	0,503
	Orta	5 23,8%	1 4,7	9 42,8%	6 28,5%	
	İyi ve çok iyi	2 13,3%	6 40%	3 20%	4 26,7%	
Kronik hastalık	Var	2 3,2%	9 30,2%	4 38,1%	8 28,6%	0,177
	Yok	5 11,0%	9 21,3%	7 34,6%	5 33,1%	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	1 2,1%	3 27,1%	7 35,4%	7 35,4%	0,295

	Hayır	1 16,7%	2 33,3%	2 33,3%	1 16,7%	
İlaç çeşidi sayısı	1	0 0,0%	5 31,3%	6 37,5%	5 31,3%	0,111
	2	1 8,3%	5 41,7%	0 0,0%	6 50,0%	
	3	1 7,7%	2 15,4%	5 38,5%	5 38,5%	
	4 ve üzeri	0 0,0%	3 21,4%	9 64,3%	2 14,3%	

4.7.TSOY-32 Ölçek Puanının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Yaş gruplarına göre puan ortalamalarına bakıldığında kırk yaş altındaki ve üstündeki katılımcıların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.(p:0,026)

Sosyal güvenceye sahip olup olmamaya göre puan ortalamalarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.(p:0,043)

Eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir gibi diğer değişkenlere göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 10.TSOY-32 Ölçek Puanının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Değişkenler		TSOY-32 Ölçek Puanı (ort±ss)	p
Cinsiyet	Erkek	35,9±8,6	0,06
	Kadın	38,0±7,5	
Yaş Grupları	≤40	37,8±8,0	0,02

	>40	35,1±8,0	
Eğitim durumu	Lise altı	36,9±8,4	0,795
	Lise ve üstü	37,2±7,8	
Çalışma durumu	Çalışan	35,9±8,3	0,071
	Çalışmayan	38,0±7,8	
Aylık gelir	<1500	37,1±7,1	0,706
	1500-3000	37,5±8,4	
	>3000	36,4±8,7	
Algılanan sağlık durumu	Kötü-çok kötü	37,7±7,4	0,069
	Orta	37,1±8,6	
	İyi-çok iyi	39,6±8,2	
Kronik hastalık	Var	36,6±7,3	0,621
	Yok	37,2±8,4	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	37,7±7,5	0,197
	Hayır	33,5±6,9	
Sosyal güvence	Var	37,4±8,0	0,043
	Yok	33,9±8,7	
Yaşadığı yer	Köy-kasaba	37,8±7,8	0,608
	İlçe merkezi	37,4±9,4	
	İl merkezi	36,5±7,5	
İnternet kullanımı	Evet	37,0±7,9	0,774
	Hayır	36,2±11,6	

4.8.GETAT Bilgisi Ve Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi

Tablo 11’de araştırmaya katılan kişilerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin GETAT yöntemleri hakkındaki bilgilerine etkileri incelenmiştir. Bu özelliklere bakıldığında cinsiyete göre analiz yapıldığında kadın ve erkekler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark bulunmuştur.(p:0,002) .Kadınların %69,9 oranla GETAT yöntemleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeylerine göre gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p:0,006)GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmayanların oranının eğitim düzeyi azaldıkça arttığı görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre bilgi sahibi olup olmamaları incelendiğinde istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür.(p:0,001)İlçe merkezinde yaşayanların, köy ve kasabada yaşayanlara göre, il merkezinde yaşayanların ise hem ilçe merkezine hem de köyde-kasabada yaşayanlara göre daha yüksek oranla bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyine göre GETAT uygulamaları hakkındaki bilgisinin 3000 TL ve üzeri kazancı olanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p:0,005)

Katılımcıların kitle iletişim araçlarını kullanma durumları incelendiğinde, (TV/radyo, bilgisayar/akıllı telefon, internet/sosyal medya) hepsini kullanan birey sayısının oranı en yüksektir.(%66,5).Tüm kitle iletişim araçlarını kullananların GETAT yöntemleri hakkındaki bilgisi diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksektir ve fark anlamlıdır.(p:0,001)

Tablo 11. GETAT Bilgisi ve Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi

Değişkenler		GETAT bilgisi var	GETAT bilgisi yok	p
		N(%)		
Cinsiyet	Kadın	79 69,9%	34 30,1%	0,002
	Erkek	47 49,0%	49 51,0%	
Yaş	≤40	89 60,1%	59 39,9%	0,944
	>40	37 60,7%	24 39,3%	
Medeni durum	Bekar	57 61,3%	36 38,7%	0,791
	Evli	69 59,5%	47 40,5%	

Eğitim Düzeyi	Lise altı	56 51,4%	53 48,6%	0,006
	Lise ve üstü	70 70,0%	30 30,0%	
Çalışma durumu	Çalışan	62 62%	38 38%	0,628
	Çalışmayan	64 58,7%	45 41,3%	
Aylık gelir	<1500	31 47%	35 53%	0,005
	1500-3000	37 57,8%	27 42,2%	
	>3000	58 73,4%	21 26,6%	
Sosyal güvence	Var	116 62,7%	69 37,3%	0,067
	Yok	9 39,1%	14 60,9%	
Yaşadığı yer	Köy-kasaba	15 36,6%	26 63,4%	
	İlçe merkezi	34 57,6%	25 42,4%	

	İl merkezi	77 70,6%	32 29,4%	0,001
İletişim araçları kullanımı	Evet	126 62,4%	76 37,6%	0,001
	Hayır	0 0%	7 100%	
Algılanan sağlık durumu	Kötü-çok kötü	9 60%	6 40%	0,798
	Orta	29 56,9%	22 43,1%	
	İyi-çok iyi	88 61,6%	55 38,4%	
Kronik hastalık	Var	41 66,1%	21 33,9%	0,411
	Yok	81 60%	54 40%	
Düzenli ilaç kullanımı	Var	31 66%	16 34%	0,443
	Yok	3 50%	3 50%	

4.9.Araştırmaya katılan kişilerin GETAT bilgisi ve kullanma durumu

Araştırmaya katılanların %60,3'ü GETAT yöntemlerini duyduğunu ve hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Hastaların GETAT yöntemlerini duyma/bilme sıklıkları incelendiğinde; akupunktur %55,0 , sülük uygulaması %53,4, kupa(hacamat)

%52,7, hipnoz %44,1, ozon %38,7, müzik terapisi %35,6, fitoterapi %27,1, mezoterapi %15,5, refleksoloji % 14,7, osteopati %7,7, homeopati %7,7, apiterapi %7,7, kayropratik %5,4, proloterapi % 3,1 ve larva uygulamasının %2,3 sıklıkla bilindiği belirtilmiştir. Yöntemlerin hiç birisini duymadığını/bilmediğini ifade edenlerin sıklığı %39,7'dir.

Daha önce herhangi bir GETAT yöntemi kullandığını belirten 27 (%21,1) hastadan %74,1'i 40 yaş altında iken, %25,9'u 40 yaş üstündedir. Bu hastaların % 63'ü kadın, %37'si erkektir. GETAT yöntemlerini tercih edenlerin %37'si bekar iken %67'si evlidir. Bu hastaların %67'si çalışıyor iken, %37'si çalışmayan gruptadır. Eğitim durumlarına bakıldığında %37'si lise altı düzeyde iken %63'ü lise ve üstü düzeydedir. Yaşadıkları yere göre dağılımlarına bakıldığında %67'si il merkezinde, %22,2'si ilçe merkezinde, %14,8'i ise köyde-kasabada yaşamaktadır. Kitle iletişim araçlarını kullanma durumlarına bakıldığında GETAT yöntemlerini tercih edenler %100 kullanırken tercih etmeyenlerde bu oran %82,2'dir.

GETAT yöntemlerini kullananların %46,7'si fayda gördüğünü belirtirken, kısmen fayda görenlerin sıklığı %36,7, hiç fayda görmeyenlerin sıklığı ise %16,6'dır. GETAT yöntemi kullananların %80'i bu yöntemleri başkasına tavsiye edebileceğini ve aynı zamanda tekrar tercih edebileceğini belirtmiştir. GETAT yöntemlerini kullananların %50'si bu durumu hekimi ile paylaştığını belirtirken % 50'si de hekimine söylemediğini belirtmiştir. Hekimi ile paylaşan katılımcıların %80'i hekimi tarafından desteklendiğini ifade etmiştir.

GETAT yöntemlerini duyduğunu/bildiğini ifade edenlerin, GETAT yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde %13,7'si kendisi bildiğini, %26,5'i arkadaş, komşu, akraba gibi yakın çevresinden duyduğunu, %6,6'sı sağlık çalışanından duyduğunu, %0,9'u aktardan veya baharatçıdan öğrendiğini, %12,3'ü ise kitle iletişim araçlarından öğrendiğini belirtmiştir.

GETAT yöntemlerinin maliyeti hakkında %34,5'i tıbbi tedaviden daha pahalı olduğunu söylerken, %20,7'si aynı maliyette olduğunu, %6,9'u da ek masrafı olmadığını belirtmiştir. GETAT yöntemlerinin tercih edilme nedenleri incelendiğinde %34,4 sıklıkla en fazla tedaviye destek amaçlı tercih edildiği belirtilmiştir. İkinci sırada ise %17,7 ile psikolojik rahatlık sağlama gelmektedir. %4,8 sıklıkla da daha az yan etkisi olduğu için kullanıldığı belirtilmiştir. GETAT yöntemlerini tercih

etmeyenlerin nedenleri incelendiğinde ilk sırada % 43,9 sıklıkla gerek duymama yer alırken, ikinci sırada %21,9’ la güvenmeme/inanmama ifadesi yer almıştır. En son sırada ise %3,2’ sıklıkla ekonomik nedenlerden dolayı tercih edilmediği ifade edilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan kişilerin GETAT bilgisi ve kullanım durumları

Değişkenler		N	%
GETAT bilgisi	Var	126	60,3
	Yok	83	39,7
Tercih etme	Evet	27	21,1
	Hayır	101	78,9
Fayda görme	Evet	14	46,7
	Hayır	5	16,6
	Kısmen	11	36,7
Tavsiye etme	Evet	24	80,0
	Hayır	6	20,0
Tekrar tercih etme	Evet	24	80,0
	Hayır	6	20,0
Hekime söyleme	Evet	15	50,0
	Hayır	15	50,0
Hekim desteği	Evet	16	80,0
	Hayır	4	20,0

4.10.GETAT Bilgisinin İlişkili Değişkenlerle İncelenmesi

Tablo 13’te önceki analizlerde belirlenen ve anlamlı fark bulunan faktörlerin öngörme durumları incelenmiştir. Her bir değişken ayrı ayrı modele alındığında hepsi anlamlı çıkarken, tümü bir arada incelendiğinde kadın cinsiyetin erkeklere göre 0,3 kat (p:0,02; %95GA: 0,2-0,7) ve aylık gelirin üç bin TL(asgari ücret) ve üzerinde olması ise 2,1 kat(p:0,02; %95GA:1,1-4,2) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 13. GETAT Bilgisinin İlişkili Değişkenlerle İncelenmesi

Bağımsız Değişkenler		Univariate		Multivariate	
		p değeri	RR(%95GA)	p değeri	RR(%95GA)
Cinsiyet	Erkek*	0,002	0,4(0,2-0,7)	0,02	0,3(0,2-0,7)
	Kadın				
Eğitim durumu	Lise Altı*	0,006	0,4(0,2-0,8)	0,08	1,7(0,9-3,1)
	Lise Ve Üstü				
Yaşadığı yer	Kırsal*	0,002	2,5(1,4-4,4)	0,06	1,7(0,9-3,3)
	Kentsel				
Aylık gelir	<3000*	0,003	2,5(1,3-4,6)	0,02	2,1(1,1-4,2)
	>3000				

SOY Düzeyi	Yetersiz- Sorunlu*	0,764	1,0(0,6-1,9)	0,8	1,0(0,5-2,0)
	Yeterli- Mükemmel				

*:Referans alınan değer

4.11.SOY Düzeyi Ve GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarının İncelenmesi

Tablo 14 incelendiğinde GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bu yöntemlerin tercihi ile SOY düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.(p:0,895)

Tablo 14. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarının İncelenmesi

		Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi				p
		Yetersiz	Sorunlu- Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	
		N(%)				
GETAT bilgisi	Var	11 8,7%	29 23,0%	47 37,3%	39 31,0%	0,895
	Yok	6 7,2%	22 26,5%	28 33,7%	27 32,5%	
GETAT tercihi	Evet	2 7,4%	4 14,8%	12 44,4%	9 33,3%	0,643
	Hayır	9 8,9%	26 25,7%	36 35,6%	30 29,7%	
GETAT fayda görme	Evet	1 7,1%	1 7,1%	10 71,4%	2 14,3%	0,098

	Hayır	0 0%	2 40%	1 20%	2 40%	
	Kısmen	1 9,1%	2 18,2%	2 18,2%	6 54,5	
GETAT tavsiye etme	Evet	2 8,3%	3 12,5%	12 50,0%	7 29,2%	0,254
	Hayır	0 0%	1 20%	1 20%	3 60%	
GETAT tekrar tercih etme	Evet	2 8,3%	3 12,5%	12 50,0%	7 29,2%	0,307
	Hayır	0 0%	2 33,3%	1 16,7%	3 50,0%	
GETAT hekime söyleme	Evet	0 0%	3 20%	6 40%	6 40%	0,016
	Hayır	1 7,1%	2 14,3%	7 50%	4 28,6%	
GETAT hekim desteği	Evet	0 0%	2 15,4%	5 38,5%	6 46,2%	0,110
	Hayır	0 0%	2 100%	0 0%	0 0%	

4.12. TSOY-32 Ölçeği Puanının GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarına Göre İncelenmesi

Tablo 15. incelendiğinde TSOY-32 ölçeği ile değerlendirilen SOY indeks puanları karşılaştırıldığında GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olanların puan ortalaması $36,8 \pm 7,9$ iken, GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmayanların puan ortalaması $37,5 \pm 8,3$ olduğu görülmüştür. Her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. ($p:0,589$)

GETAT uygulamalarını tercih edenlerin SOY indeks puan ortalaması $37,9 \pm 8,5$ iken, tercih etmeyenlerdeki puan ortalamasının $36,5 \pm 7,7$ olduğu görülmüştür. Her iki grup arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. ($p:0,400$)

Tablo 15. TSOY-32 Ölçeği Puanının GETAT Yöntemleri Bilgisi Ve Tercihi Durumlarına Göre İncelenmesi

Değişkenler		TSOY-32 Ölçek Puanı (ort $\pm$ ss)	P
GETAT bilgisi	Var	$36,8 \pm 7,9$	0,589
	Yok	$37,5 \pm 8,3$	
GETAT tercihi	Evet	$37,9 \pm 8,5$	0,400
	Hayır	$36,5 \pm 7,7$	
GETAT fayda görme	Evet	$36,1 \pm 7,0$	0,430
	Hayır	$37,7 \pm 7,9$	
	Kısmen	$40,4 \pm 9,5$	
GETAT tavsiye etme	Evet	$37,5 \pm 8,1$	0,385
	Hayır	$41,1 \pm 8,9$	
GETAT tekrar tercih etme	Evet	$37,5 \pm 8,1$	0,562
	Hayır	$39,7 \pm 8,6$	
GETAT hekime söyleme	Evet	$39,0 \pm 7,3$	0,783
	Hayır	$38,2 \pm 7,8$	
GETAT hekim desteği	Var	$39,7 \pm 7,5$	0,003
	Yok	$31,5 \pm 1,1$	

5.TARTIŞMA

Dünya genelinde güncel konulardan birisi olan SOY, ülkemizde de giderek önem kazanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapıldığı gibi, ülkemizde de sağlık okuryazarlığına ilişkin mevcut durumu ortaya koyan ve etkileyen faktörleri belirleyen araştırmalar yapılmaya başlanmıştır(51).

Günümüzde yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, yaşa paralel olarak kronik hastalıklarda da artış görülmektedir(2). Kronik hastalık ya da hastalıklara sahip kişilerde yüksek SOY düzeyleri hastalık yönetimi açısından önem taşımaktadır(52).

Hem dünya genelinde hem de ülkemizde, özellikle kesin tedavisi mümkün olmayan kronik ve dejeneratif hastalıklarda GETAT yöntemlerinin kullanımı giderek artmaktadır. (53)Bireylerin GETAT yöntemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğu, bilgi kaynaklarının ne olduğu, elde ettiği bilgiyi nasıl değerlendirdiği ve kullandığı kapsamlı bir sağlık okuryazarlığını gerektirir(2).

5.1.SOY ve ölçümü

Ülkemizde bu alanda geniş kapsamlı yapılan ilk çalışmalardan birisi Durusu Tanrıöver ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı Türkiye SOY Araştırması'dır. Bu araştırma sonuçlarına göre %24,5 yetersiz düzeyde, %40,1 ile de sınırlı düzeyde SOY olduğu bulunmuştur(21). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri adlı araştırmada ise %30,9'unun yetersiz, %38'inin sınırlı olduğu belirlenmiştir(18). Her iki çalışmada da yetişkin nüfusunun yarıdan fazlasının SOY düzeyinin yeterliliğin çok altında olduğu görülmektedir. Ülkemizde olduğu gibi dünya genelinde de SOY düzeyleri düşüktür. Örneğin Avrupa kıtasında sekiz katılımcı ülkeden (Avusturya, İspanya, İrlanda, Hollanda, Bulgaristan, Yunanistan, Almanya ve Polonya) 7795 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada bireylerin %12,4'ünün yetersiz, %47,6'sının sınırlı düzeyde SOY'a sahip olduğu ortaya konmuştur. Aynı çalışmada ülkeler arasında SOY düzeyleri açısından belirgin farklılıklar olduğu da gösterilmiştir. Örneğin Bulgaristan'da %26,9 yetersiz ve %62,1 sınırlı SOY olduğu ifade edilirken, Hollanda'da bu sıklıklar sırasıyla %1,8 ve %28,7 olarak değişmektedir(54). ABD'de yürütülen 85 çalışmayı içeren bir sistematik incelemede, %0 ile %68 arasında değişmekle birlikte ortalama %26'sında sınırlı sağlık okuryazarlık yaygınlığı bildirilmiştir(55).Literatür verileri dikkate alındığında ülkelerin gelişmişlik düzeyinin SOY düzeylerini etkilediği, bundan dolayı gelişmekte olan ülkeler kategorisinde olan ülkemizin SOY verilerinin gelişmiş ülkelere nazaran daha düşük olduğu görülmüştür. Ülkemizde durumun bazı Avrupa ülkelerinden daha iyi düzeyde olması olumlu bir durum olarak yorumlanabilir ancak hala gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olduğu düşünülmektedir.

Ülkeler arası farklılıkların yanı sıra aynı ülke içinde farklı coğrafik bölgelerde de SOY düzeyi değişiklik göstermektedir. Denizli’de bir üniversite hastanesinin dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda TSOY-32 Ölçeği indeks ortalaması $31,18 \pm 9,20$ puan olup, katılımcıların %25,8’inin yetersiz ve %34,5’inin sınırlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir(56). Elazığ’da bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda ise ölçek puan ortalaması $25,5 \pm 10$ olup, katılımcıların %50,6’sı yetersiz, %25,1’i ise sınırlı SOY düzeyindedir(57). Her iki çalışma da bizim araştırmamıza benzer şekilde 3. Basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar üzerinde yapılmıştı. Bu çalışmalarda bizim elde ettiğimizden daha düşük sağlık okuryazarlık puanı alındığı ve daha kötü düzeyde SOY olduğu görülmüştür. Düşük SOY düzeyi eğitim yetersizliği, öğrenme güçlüğü, bilişsel eksiklikler, bilgisayar/internet erişiminin sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir(58). Ayrıca bölgedeki sosyokültürel gelişmişlikle ve genel okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bölgeler arası farklılıkların sebeplerini ortaya koyacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 21 yaş altındaki katılımcıların %50’sinin mükemmel, %12,5 ‘inin sınırlı düzeyde iken 50 yaş ve üzeri olan katılımcılarda bu oranların neredeyse tam tersi %40’ında sınırlı ve %12’sinde mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığı olduğu görülmüş, aynı zamanda yaş ilerledikçe indeks puan ortalamalarında düşüş gözlenmiştir. Yaş ile SOY ölçeğinden alınan puanlar arasında zayıf ve negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri adlı araştırmada da yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı fark olup, SOY yetersiz düzeyde olanların sıklığının, ilerleyen yaş grupları ile birlikte arttığı tespit edilmiştir(18). Okay ve Abacıgil tarafından yapılan araştırmada TSOY-32 ölçeğinde genel indeks puanı ile yaş arasında ters yönde, anlamlı korelasyon bulunmuştur. Buna göre ileri yaş gruplarındaki genel indeks puanı, daha genç yaş gruplarına göre anlamlı olarak düşüktür(59). İleri yaşlar bireylerin sağlık sorunlarının daha çok görüldüğü, kronik hastalıkların arttığı yaşlar olduğu için bireysel sağlık yönetimi daha çok önem kazanmaktadır. Özellikle yaşlı nüfusun toplam nüfustaki payının hızla artması nedeniyle yaşlıların ve dolayısıyla toplumun refahının yükselmesi için sağlık okuryazarlığının artırılması gereklidir. Yapılan bir araştırmada yaşlıların sağlık okuryazarlığı ile başarılı yaşlanma arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir(60). Toplumun sağlık okuryazarlık

düzeyini yükseltmek için okul çağı çocuklarına örgün öğrenimleri sırasında sağlık eğitimi verilmeye çalışılırken başta yaşlılar olmak üzere gençler ve diğer yaş gruplarına yönelik özel programlara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkeklerde yetersiz(%66,7) ve sınırlı(%51) düzeyde olanların oranları daha yüksek iken, kadınlarda mükemmel düzeyde olanların oranı(%65,2) daha yüksek idi. Kadınların indeks puan ortalaması $38,0 \pm 7,5$ iken, erkeklerin $35,9 \pm 8,6$ 'dır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Okyay ve Abacıgil tarafından yürütülen araştırmada kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir(59).Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri adlı araştırmada cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve kadınlarda yetersiz ve sınırlı düzeyde SOY oranının daha yüksek(%72,4) olduğu tespit edilmiştir.(18)Bir başka araştırmaya göre de katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puanlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur(6).

SOY düzeyinin eğitim durumuna göre incelenmesi sonucu sadece okuryazar olanlar ve ilkokul mezunu olanların en yüksek sıklıkta yetersiz düzeyde olduğu, en az üniversite mezunu olanlar ise yeterli ve mükemmel SOY düzeyine daha yüksek sıklıkta sahiptir. Bununla birlikte katılımcıların SOY düzeyinin eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark göstermediği tespit edildi. Okyay ve Abacıgil'in yapmış olduğu araştırmada TSOY-32 ölçeğinde genel indeks puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu düşük gruplarda TSOY-32 ölçeğinde genel indeks puanı, eğitim durumu daha yüksek gruplara göre anlamlı olarak düşüktür. (59).Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri araştırmasında en düşük eğitim grubunda yetersiz ya da sınırlı düzeyde SOY olanların sıklığı, %84,9 iken, yükseköğretim ve ileri eğitim düzeyi olanlarda bu sıklığın %47,3'e düştüğü saptanmıştır(18).

Medeni duruma göre SOY düzeylerinin katılımcılar arasındaki dağılımına bakıldığında bekarların %3,2'si yetersiz düzeyde iken evlilerin %12,7'si yetersiz düzeydedir. Bu oranlara karşılık bekarların %37,6'sı mükemmel düzeyde iken evlilerin %26,3'ü mükemmel düzeydedir. Bu durum bekarların evlilere göre anlamlı olarak daha yüksek SOY düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Bir araştırmada ise bireylerin SOY düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir(6).Çalışmamızda bekarların daha genç yaşta olmasının

mümkün olacağı ve bu nedenle daha iyi eğitim düzeyi ve SOY düzeylerine sahip olabildikleri düşünülmüştür.

Çalışmamızda diğer sosyodemografik özellikler olan aylık gelir durumu, yerleşim yeri, çalışma durumu, sosyal güvenceye sahip olma ve kitle iletişim araçlarını kullanma durumları incelendiğinde SOY düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise çalışanların, en uzun süre il merkezinde yaşayanların ve aylık gelirleri giderlerinden fazla olanların SOY düzeyi anlamlı yüksek saptanmıştır. (52)Türkiye SOY Düzeyi Ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda yetersiz SOY düzeyi sağlık güvencesi olmayanlarda daha yüksek sıklıktadır. Aynı çalışmada, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullanmadığını söyleyenlerde yetersiz SOY düzeyi sıklığı %56,8 iken, bilgi kaynağı olarak herhangi bir iletişim aracını kullandığını belirtenlerde %18,1'dir. Yetersiz SOY sıklığının, geliri ihtiyaçlarını karşılamada çok yeterli olan grupta %16,4'ten başlayarak, diğer gruplarda giderek yükseldiği ve çok yetersiz değerlendirmesi olan grupta %56,4'e eriştiği belirlenmiştir(18).Avrupa SOY araştırmasında sağlık okuryazarlığı yetersiz ya da sınırlı olanların araştırma genelindeki sıklığı %47,6 iken bu sayı sosyal statüsü düşük olanlarda %60, çok düşük olanlarda ise %73,9'dur. (54).Bu bulgular ışığında her ne kadar bizim çalışmamızda bazı sosyodemografik faktörler açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık çıkmamış olsa da gelir düzeyi, yerleşim yeri, iletişim araçları gibi önemli etkenlerin bireylerin eğitim imkanları ve sosyal çevresi gibi faktörlerini etkilemesi nedeniyle SOY düzeyine etki edebileceği kanaatindeyiz.

Bireylerin SOY düzeyinin düşük olması, akut hastalıklarla karşılaşmanın yanı sıra, var olan hastalıkların kontrol edilememesi, komplikasyonlarda artış, yaşam kalitesinde azalma, tedaviye uyumsuzluk, sağlık hizmetinden yeterince yararlanamama ve verilen hizmetlerden memnuniyetsizlik olarak karşımıza çıkabilmektedir. SOY düzeyi düşük bireylerin hastalıklar hakkında daha az bilgiye sahip oldukları, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıkları, tarama programlarına daha az katıldıkları, hastaneye yatış ve acil servisin kullanım sıklığının arttığı, yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir(61)Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda SOY düzeyi yetersiz olanların %43,5'i, sınırlı olanların %22,6'sı herhangi bir kronik hastalığı olduğunu, bu sıklığın yeterli SOY düzeyinde olanlarda %19,7 ve mükemmel sağlık okuryazarlığı olanlarda ise %13,5'i olduğu belirlenmiş olup SOY düzeyleri

arasında kronik hastalık varlığı bakımından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir(18)Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan bir başka araştırmada kronik hastalığı olanların SOY düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir(57).Avrupa’da yapılmış çalışmada da kronik hastalık varlığının düşük SOY ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(54).Oysa çalışmamızda kronik hastalığı olanların daha yüksek sıklıkta yeterli ve mükemmel SOY düzeyinde olduğu belirlenmekle birlikte, kronik hastalığı olmayanlarla aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Bu durum çalışma popülasyonumuzun diğer çalışmalardakinden farklı sosyodemografik özellikte olması ile açıklanabilir. Örneğin bu çalışmada katılımcıların yarıdan fazlası ≤ 40 yaş ve yaklaşık yarısı üniversite ve üstü eğitime sahiptir. Literatürde Tip 2 Diyabet, böbrek hastalıkları, astım ve KOAH, romatoid artrit ve depresyon gibi kronik hastalıklarla SOY ilişkisi değerlendirildiğinde, düşük SOY nedeniyle bu hastalıklara sahip olanların tanı-takip ve tedavilerinde bariyerlerin oluştuğu ve bunların aşılmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır. SOY düzeyleri düşük olanların daha kötü kronik hastalık yönetimine sahip oldukları, bu nedenle de mortalite ve morbidite oranlarının da daha yüksek olduğu belirtilmektedir (51, 52, 54, 61).

Çalışmamızda reçete edilen ilaçları düzensiz kullandıklarını ifade edenlerin yarısında SOY düzeyi yetersiz veya sınırlı düzeyde iken düzenli kullananların yaklaşık üçte birinde (%29,4) yetersiz veya sınırlı SOY söz konusuydu. Bu durum düzensiz ilaç kullananların düşük SOY düzeyleri nedeniyle ilaç uyumlarının kötü olması şeklinde yorumlanabileceği gibi tam tersi daha yüksek SOY olan bireylerin tedavilerine gereken önemi verdikleri de söylenebilir. Bilindiği gibi düşük SOY düzeyleri daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir(62).Yapılan bir çalışmada düşük SOY düzeyi bireylerin akılcı ilaç kullanımı davranışları için risk faktörü olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmaya göre SOY düzeyi düşük bireylerde ilaç etiketi/reçetede bilgileri anlamada yetersizlik, ilaç almayı unutma, kendini iyi hissettiğinde doktora danışmadan ilaç almayı bırakma daha fazla görülebilmektedir(63).Bir başka çalışmada ise SOY düzeyi azaldıkça bireylerin ilaçlarını doğru kullanabilmeleri için hekim dışında başka birilerinin yardımına ihtiyaç duydukları ifade edilmektedir(57).

Bireylerin algıladıkları sağlık durumları ile SOY düzeyi ilişkili olup, yeterli SOY düzeyine sahip olanların, kendi sağlıklarıyla ilgili aktif olarak bilgi edinmesi ve

sağlıklarının daha iyiye ya da kötüye gittiğini hissetme durumları ve sağlık problemlerini çözmek için harekete geçme ihtimalleri daha yüksektir(64, 65). Türkiye SOY Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda algılanan sağlığı “çok iyi” olanların %16,9 yeterli ve 26,5'i mükemmel düzeyde SOY'a sahipken, algılanan sağlık “iyi” düzeyde olanların %42,0'sinde yeterli ve %37,1'inde mükemmel düzeyde SOY vardı(18).Çalışmamızda katılımcıların algılanan sağlık durumları ile SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmekle beraber sağlık algısı iyi veya çok iyi olanların %36,5'inin yeterli ve %30,3'ünün mükemmel SOY düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu durum iyi SOY düzeyinin iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunun göstergesi olarak düşünülmektedir. Aksine düşük SOY düzeyine sahip hastaların sağlık durumlarını değerlendirme, gereksinim duydukları tedavilere ve mevcut sağlık sistemi içinde ihtiyacı olana ulaşabilmek için gerekli beceri ve bilgilerden yoksun olduğu belirtilmektedir(66).

5.2.GETAT bilgisi ve kullanımı ile ilgili özellikler

GETAT kullanım sıklığı çalışma popülasyonunun içeriğine (genel toplum veya hastalar), ülkelere hatta aynı ülkenin değişik bölgelerindeki kültürel faktörlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Ülkemizde sağlıklı bireylerde veya çeşitli hasta gruplarında GETAT kullanım sıklığı %12,6 ile %86,3 arasında değişmektedir(36, 37, 40-44, 53, 67, 68).Toplum üzerinde yürütülen bir çalışmada bazı Avrupa ülkelerinde son bir yılda %9,5 ile %39,5 arasında değişen sıklıkta GETAT kullanımı olduğu bildirilmiştir(69).Bir sistematik incelemede ise Avrupa ülkeleri arasındaki en yüksek prevalansın Türkiye'de (%48) olduğu belirtilmektedir(70).Çalışmamızda GETAT yöntemlerini duyduğu ifade edenlerin oranı daha yüksek (%60) olmakla beraber sadece %14,2'sinin bu yöntemlerden herhangi birisini kullandığı belirlenmiştir. Bir aile sağlığı merkezinde yapılan benzer çalışmada GETAT yöntemlerini duyma sıklığı %98,4 iken, uygulama sıklığı %65,8 olup, her iki değer de bizim çalışmamızdan yüksektir(37).Ancak söz konusu çalışmanın bizim çalışmamızdaki GETAT listesinden farklı olarak kaplıca/ılıca yöntemini içerdiği, farkın bundan kaynaklanabileceği kanaatine varılmıştır. Türk kültüründe kaplıcaların çok yaygın kullanıldığı bilinmekle birlikte sadece tedavi amaçlı değil, rekreasyon ve dinlenme amacıyla da yaygın kullanıldığı düşünülmektedir.

Bireylerin hangi GETAT uygulamalarını bildiklerini araştıran çalışmalar toplumların sosyokültürel özellikleri, bireylerin eğitim ve ekonomik düzeyleri ve sosyal çevresine

göre farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bitkisel ve besinsel yöntemler veya bilişsel-davranışsal terapiler (dua da dahil), diğer yöntemlere göre ulaşılması daha kolay, daha ucuz hatta bazılarının masrafsız olması, yaygın olarak sosyal çevre tarafından önerilmesi, beraberinde ek uygulamalara veya uygulayıcılara çoğu zaman ihtiyaç duyulmaması gibi faktörler nedeniyle daha sık bilinmekte ve uygulanmaktadır(71). Ayrıca GETAT kullanımıyla ilgili davranışlarda bazı dinsel ritüeller, dua gibi uygulamalar dikkate alındığında karmaşık sosyal veya sağlıkla ilgili inanç faktörlerinin rol oynadığı da öne sürülmektedir(66). Avrupa ülkelerinde son bir yılda en sık bilinen ve kullanılan ilk üç yöntemin masaj terapisi, homeopati ve osteopati olduğu ve bu yöntemlerin sağlık sigortası kapsamına alındığı belirtilmektedir. Geleneksel yaklaşımlara bir örnek olarak homeopati tarihsel olarak ilk Almanya’da ortaya çıkmış olup, Almanya ve diğer Almanca konuşulan ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır(69). Çin ve diğer Doğu Asya ülkelerinde geleneklere ve kültüre özgü bitkisel ilaçlar, hareket terapileri (Qi Gong or Tai Qi) veya akupunktur gibi uygulamalar daha yaygın bilinmektedir(72). Ankara’da erişkinlerle yapılan iki farklı çalışmada kupa uygulamasını, sülük uygulamasını (hirudoterapi), akupunkturu ve bitkisel tedaviyi (fitoterapi) %84 ila %57 arasında değişen sıklıkta bildikleri belirtilmiştir(29, 67). Bizim çalışmamızda da daha düşük (%55,0- %52,7) sıklıklarda olmakla birlikte bilinen ilk üç uygulamanın akupunktur, sülük ve kupa uygulamaları olduğu belirlenmiştir. Bu uygulamaların bazı hastanelerde özel sağlık kuruluşlarında uygulanmasının son yıllarda hız kazandığı, bunda da ödemelerin sağlık sigortası kapsamına alınmasının etkisi olduğu savunulmaktadır (73).

Katılımcıların GETAT yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde %26,5’i arkadaş, komşu, akraba gibi yakın çevresinden duyduğunu, %6,6’sı sağlık çalışanından duyduğunu, %0,9’u aktardan veya baharatçıdan öğrendiğini, %12,3’ü ise kitle iletişim araçlarından öğrendiğini belirtmiştir. Ankara’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %66,8’i komşu, akraba, arkadaş aracılığı ile, %65,7’si televizyondan, %40,4’ü internetten ve %20,7’si gazete, kitap gibi yayınlar aracılığı ile öğrendiğini ifade etmiştir(29). İzmir’deki bir araştırmada bilgi kaynakları %46,0 kitle iletişim araçları iken ve %47,6 aile-akraba-arkadaşlardır(42). Kayseri’de katılımcıların %72,3’ü GETAT terimini duyduğunu, bunların da %79,5’i yakın çevre (komşu, akraba, arkadaş), %66’sı televizyon/radyo ve %34,6’sı internet aracılığı ile duyduğunu belirtmiştir (37). Ankara’da yapılan bir başka araştırmada, en çok (%37,5) medya

araçlarından, ikinci sırada %29,8 komşu, arkadaş, akraba vb. yakın çevreden bilgi edinildiği tespit edilmiştir(67).Yaşlı Avustralyalı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin GETAT hakkında birincil bilgi sağlayıcıları olduğu, ancak daha yaşlı Avustralyalıların %25'inin bilgiye internet üzerinden eriştiğini göstermektedir(74).Tüm bu sonuçlara göre bireyler arası yakın ilişkiler ve kitle iletişim araçlarının yaygın kullanımı, GETAT ile ilgili konularda iletişimin en önemli kaynağı olduklarını göstermektedir. En önemli bilgi kaynaklarından birisi olan internette, GETAT yöntemleri için kar amacı güden siteler ve birçok doğrulanmamış iddialar (hastalıkları önleme, tedavi etme vs.) yer almaktadır (75).Web sitelerinde; kanser, diyabet veya dermatit gibi belirli sağlık problemlerinin tedavisi için çeşitli GETAT yöntemleri tavsiye edilmektedir. Ancak, hekimler tarafından reçete edilen ilaçlar ile bazı GETAT ürünleri etkileşime girebilir ve yan etkiler ya da ilaçların etkisini azalması gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. Sağlık profesyonellerinin özellikle sosyal medya üzerinden tanıtım ve reklam yapan kişilere, etkinliği tartışmalı yöntemlere karşı hastalarını uyarması ve onları güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirmesi gerektiği kanaatindeyiz. GETAT konusunda güvenilir bilgi edinebilecekleri kaynaklar Sağlık Bakanlığı gibi kamuya ait kaynaklar ya da mesleki derneklerin web siteleri olabilir (47).

Çalışmamızda GETAT yöntemlerini kullananların yarıya yakını fayda gördüğünü belirtmiştir. Fibromyalji hastalarıyla yapılan bir çalışmada %52,9 GETAT yöntemi kullanırken, yarar görenlerin sıklığı yaklaşık %65 bulunmuştur(76).Ankara’da yapılan bir araştırmada GETAT uygulamalarından fayda gördüğünü ifade edenlerin sıklığı %90,3 olup oldukça yüksek olarak değerlendirilmiştir(67).Astım hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların %35,2’si GETAT yöntemlerinden birini kullandığını ve bu yöntemi kullanan hastaların %75’i yarar gördüğünü ifade etmiştir(53).Yapılan bazı çalışmalarda bireylerin GETAT uygulamalarının modern tıp kadar etkili olduğunu düşündükleri hatta bazı durumlarda daha da başarılı olduğuna inandıkları belirtilmektedir. (77, 78).Bu durumun toplumun sağlık algısıyla ve sağlık eğitiminin yetersizliği ile açıklanabileceği gibi, kültürel alt yapısı ile ilişkili de olabilir. GETAT yöntemlerinin etkili olduğu düşüncesinin yaygınlığı artıkça bireylerin modern tıp yöntemlerinden uzaklaşması gibi kötü sonuçlarla karşılaşılması kaçınılmaz olacaktır. Nitekim çalışmamızda fayda görmediğini ifade edenlerin sıklığı oldukça düşüktü ve herhangi bir yöntem kullandığını ifade edenlerin %80’i bu yöntemleri başkasına

tavsiye edebileceğini aynı zamanda tekrar tercih edebileceğini belirtmişti. Ankara’da bir aile sağlığı merkezine başvuranlarla yapılan bir araştırmada tekrar GETAT uygulamalarını tercih edeceğini belirtenlerin sıklığı %83,3 iken, başkalarına bu tedaviyi tavsiye edenlerin oranı ise %84,9 olarak bulunmuştur(67).GETAT kullanımı nedeniyle modern tıbbi hizmetlerinden uzaklaşma hastalıklara tanı koymada, özellikle kanserin erken tanısında ve tıbbi tedavisinde gecikmelere sebep olabileceği gibi, kullanılan yöntemlerin yan etkileri ortaya çıkması ya da yapılan uygulamalar sonucu bireylerin zarar görmelerine yol açabilir(71). Bu nedenle bireylerin tavsiye üzerine GETAT kullanmaları konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir.

GETAT yöntemlerini kullananların yaklaşık yarısı bu durumu hekimi ile paylaştığını ve büyük çoğunluğunun GETAT kullanımı açısından hekimi tarafından desteklendiğini ifade etmiştir. Ankara’da bir aile sağlığı merkezine başvuranlarla yapılan bir araştırmada, %31,7’i bu deneyimi hekimiyle paylaştığını ve %89,8’i hekimi tarafından yöntem hakkında desteklendiğini belirtmiştir(67).Diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada ise bireylerin %73,8’i kullandıkları GETAT uygulaması yöntemini doktoru ile paylaştığını ifade etmiştir(36).Literatürde ise hasta ve/veya yakınlarının çoğunlukla kullandıkları GETAT yöntemleri hakkında hekim ve yardımcı sağlık personellerine bilgi vermediği belirtilmektedir(79-81).Hasta-hekim iletişiminin yetersiz düzeyde olması, hekimlerin anamnez alırken GETAT kullanma durumunu sorgulamaması, hastaların uygulamaların yan etkilerinin farkında olmaması veya önemsememeleri, unutkanlığı veya hekimlerinin tepkisinden korkmaları gibi nedenlerden dolayı GETAT uygulamaları hakkındaki bildirimlerin yetersiz düzeyde olduğu vurgulanmaktadır(79, 80). İran gibi bitkisel ilaçların geleneksel yaşam tarzının bir parçası olan toplumlarda, hastaların bu uygulamaları sağlık çalışanlarına bildirim gereği duymadıkları belirtilmektedir(81).Sistematik bir inceleme sonucuna göre ise Sahra Altı Afrika ülkelerinde GETAT kullanıcıların büyük çoğunluğu (%55,8–%100), GETAT kullanımını sağlık hizmeti sunucularına bildirmemektedir ve bildirilmenin ana nedenleri, uygunsuz bakım alma korkusu, sağlık hizmeti sağlayıcılarının olumsuz tutumu ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının GETAT kullanımı hakkındaki sorgulama eksikliği olarak bildirilmiştir(82).Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunucularının, hangi hasta gruplarının GETAT yöntemi kullandıklarını veya kullanmaya istekli olacaklarını bilmelerinin, tanı ve tedavi sürecinde iken ortaya çıkacak olası olumsuzluklar konusunda hastaları bilgilendirmeleri, potansiyel olarak

terapötik önerilere uyumu ve sağlık bakım kalitesini artırmada yardımcı olabilir. Kullanılan GETAT yöntemlerin çeşitliliği nedeniyle hala standart tıbbi tedavilerle etkileşimlerine dair yeterli bilgi yoktur. Üstelik bireylerin birden çok kronik hastalığının olması ve birden çok uygulamayı eş zamanlı kullanmaları bu etkileşimleri belirlemeyi daha da güçleştirmektedir.(83).Türk Tıbbi Onkoloji Derneği bu konuda yaptığı açıklamasında; fitoterapi ile eş zamanlı kemoterapi kullanımının ilaç etkileşimine yol açabileceği, kemoterapi etkinliğini azaltabileceği ya da yan etkisini arttırabileceği hususunda uyarıda bulunarak ve kemoterapi sürecinde fitoterapinin kullanılmamasını önermektedir(84).GETAT kullanımının yüksek yaygınlığı göz önüne alındığında, hekimlerin anamnez alırken GETAT kullanımını sorgulaması muayenenin rutin bir parçası haline getirilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda GETAT yöntemlerinin maliyeti hakkında katılımcıların %34,5'i tıbbi tedaviden daha pahalı olduğu söylerken, %20,7'si aynı maliyette olduğunu belirtmiştir. Ankara'da yapılan bir araştırmada GETAT yöntemlerini kullananların %80,6'sı bu yöntemlerinin modern tıbbi tedavilerden daha uygun maliyetli olduğunu düşünmektedir(67).Hindistan'da yapılan bir çalışmada bazı GETAT maliyetlerinin modern ilaçlardan önemli ölçüde farklı olmadığını göstermiştir(85).Ancak GETAT uygulamalarının maliyet ve etkinliğinin değerlendirilmesinin zor olacağı, bunun ortaya konması için dikkatli planlanacak kapsamlı müdahale çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

GETAT yöntemlerinin tercih edilme nedenleri incelendiğinde %34,4 sıklıkla en fazla tedaviye destek amaçlı tercih edildiği belirtilmiştir. İkinci sırada ise %17,7 ile psikolojik rahatlık sağlama gelmektedir. Ankara'da yapılan bir başka araştırmada katılımcıların bu uygulamaları tercih etme nedenleri; %69,9 oran ile 'çevresindekilerin yarar görmesi ve tavsiyeleri üzerine denemek istenmesi', %51,6 oran ile 'ilaç ve cerrahi tedaviye rağmen şikayetlerinin gerilememesi', %17,7 oran ile 'bu yöntemleri modern tıbbi yöntemler kadar etkili bulunması', %16,1 oran ile 'televizyon, radyo gibi medya kanallarındaki reklamlarda görüp denenmek istemesi' olarak tespit edilmiştir. (67).Yine aynı araştırmada tamamlayıcı tıp kullananlardan tekrar tercih etmek istemeyenlere, bu uygulamaları tercih etmeme nedenleri sorulduğunda; en sık %61 oran ile "tedavi edici olabileceğini düşünmeme" olarak belirtilmiştir. Diğer nedenler 'güvenilir bulmama'(%32), 'yan etkilerinden çekinme' (%29), 'tedavi ücretlerinin pahalı olması' (%19,4) şeklinde ifade edilmiştir(67).Bazı çalışmalarda hastaların

modern tıp tedavileri ile iyileşmediğini düşündükleri için, alternatif tıp yöntemlerine yöneldiklerini, bu yöntemlerin doğal olmasının hastalar için cazip bulunduğu ifade edilmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan kişilerin GETAT kullanma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir(36, 41).Katılımcıların GETAT hakkında bilgi edindikleri kaynaklardan etkilenecek bu tür yöntemleri tercih ettikleri düşünülmektedir. Ancak GETAT yöntemlerini tercih edenlerin, bu yöntemler hakkında bilgilerin doğruluğu, geçerliliği ilgili gerekli araştırmaları yapma isteğinde olma ya da araştırma yapabilme yeterliliğine sahip olmaları hususunda elimizde yeterli kanıt yoktur. Bu kapsamda yapılacak niteliksel araştırmaların bireylerin GETAT yöntemlerini tercih etmesindeki temel nedenleri daha iyi ortaya koyacağını düşünmekteyiz.

Tercih edilen GETAT yöntemleri kişiden kişiye, toplumdan topluma çok geniş bir yelpazede değişiklik göstermekle birlikte bazı sosyodemografik özellikler daha yaygın kullanım sıklığı ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir sistematik incelemede kadınlarda, evlilerde, düşük sosyoekonomik düzeyde olanlarda, işsizlerde, bazı dini inanışlara sahip olanlarda GETAT yöntemleri yaygın kullanılıyorken, yerleşim yerine göre de şehirlerden yaşayanlarda genç nüfusta, kırsalda ise yaşlılarda daha sık GETAT kullanımının olduğu bildirilmiştir(82).Ülkemizde yürütülen bir çalışmada katılımcıların tamamlayıcı tıp kullanma durumu, cinsiyet, öğrenim durumu ve gelir düzeyine göre değişmezken; yaş grubu, medeni durum ve kronik hastalık durumu ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir(67).Avrupa ülkelerinde genel olarak kadınlarda, yüksek eğitim düzeyinde daha fazla iken, tercih edilen yöntemler açısından bakıldığında manuel terapilerin (masaj terapisi, kayropratik, osteopati ve refleksoloji gibi) daha yaşlı hastalarda ve gelir düzeyi yüksek olanlarda, zihin-beden terapilerinin (hipnoterapi ve ruhsal şifa/meditasyon gibi) ise daha gençlerde ve daha düşük gelire sahip olanlarda fazlaca kullanıldığını göstermektedir. Aynı çalışmada Fransa ve Almanya gibi çok kültürlü büyük ülkelerde, çok farklı GETAT yöntemlerinin yaygın olarak kullanıldığı, daha homojen olan İskandinav ülkelerinde ise fazla çeşitliliğin bulunmadığı belirtilmektedir(69).Ayrıca alternatif tedavi yöntemlerini kullananların sosyoekonomik durumunun daha iyi olmakla birlikte hastalık süresinin daha uzun, hastalık yükünün daha yüksek olduğu da bildirilmektedir(76).Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hem GETAT yöntemleri hakkında bilgisi olanlarda, hem de

kullananlarda kadınlar, lise ve üstü düzeyinde eğitimi olanlar, yüksek gelire sahip olanlar, il merkezinde yaşayanlar ve internet kullananlar daha yüksek sıklıktaydılar.

Ülkemizde farklı hasta gruplarıyla yürütülen çalışmalar incelendiğinde; astım hastalarının yaklaşık üçte birinin GETAT yöntemlerini kullandığı, eğitim düzeyi arttıkça GETAT yöntemlerini kullanım sıklığının arttığı sonucuna varılmıştır(53).Meme kanseri olan kadınlarla yürütülen bir çalışmada, GETAT kullanımının evli, yüksek eğitilmiş, şehirde yaşayan, emekli ve ev hanımı geç yetişkin döneminde bulunanlarda daha yüksek sıklıkta olduğu gösterilmiştir(86).Onkoloji hastalarıyla yapılan çalışmada ise yaş, cinsiyet, ailede kanser öyküsü ve medeni durum gibi çeşitli sosyodemografik özellikleri ile GETAT kullanımları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak şehir merkezlerinde yaşayanlar, çalışanlar ve yüksek eğitilmiş olanlarda kullanım sıklığının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir(87).Bununla birlikte kas iskelet sistemi hastalıkları olan bireyler ile yapılan bir çalışma yaş ile ilişki olmadığını ancak ek hastalık, yüksek eğitim ve gelir düzeyi ile arasında anlamlı ilişki olduğunu ifade etmektedir(88).GETAT uygulamalarına yönelik bu farklılıkların toplumumuzun kültürel yapısının yanı sıra bazı uygulamalara ulaşımın kolay ve ucuz olması, sağlık hizmetlerine ulaşımında aksaklık ve çatışmaları bulunması, sağlık hizmetlerinin tanıtımındaki ve kullanımındaki yetersizliklerin olması, bireylerin eğitim ve ekonomik durumlarındaki farklılıklar, GETAT kullanılması yönünde çevresel baskıların katkısı olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca kadınların kendi sağlıklarıyla daha ilgili oldukları bunda öz bakımlarının erkeklere oranla daha iyi olmasıyla açıklanabilir. GETAT yöntemlerinin yaygın kullanılması ve çeşitliliği sebebiyle GETAT yöntemlerine ilişkin müfredatın tüm sağlık profesyonellerinin eğitim programına entegre edilmesi önerilmektedir. Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarının farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini artırma çalışmalarına devam edilmelidir. Hekimlerin anamnez alırken GETAT kullanımını sorgulaması muayenenin rutin bir parçası haline getirilmelidir. Bu sayede hastaların ihtiyacı olan bilgileri doğru kaynaklardan edinmesi sağlanarak, hastaların tedavi veya korunma amacıyla harcadıkları gereksiz zaman ve ekonomik maliyetlerin azaltılabilmesi mümkün olabilecektir. Ayrıca kullanılan tedavi yöntemleri ve ilaçlarla GETAT uygulamalarını arasında oluşacak olumsuz etkileşimlerin önüne geçilmesi sağlanabilir.

5.3.SOY düzeyi ve GETAT bilgi ilişkisi

SOY düzeyi ve GETAT arasındaki ilişkiyi bilmek, sağlık hizmeti sunanlarının hangi hastaların TAT kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu belirlemesine, değişen SOY düzeylerine sahip hastaların geleneksel ve alternatif bakımla nasıl ilişkili olduğunu anlamalarına katkı sağlayacaktır. Örneğin yapılan bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde tamamlayıcı tıp unsuru olarak vitamin kullanımının çok yaygın olduğu, buna karşılık sınırlı düzeyde SOY olan bireylerin GETAT yöntemi olarak meditasyonu tercih ettiği gösterilmiştir(89).GETAT kullanımı hakkında bilinçli kararlar vermek, biraz karmaşık bir SOY düzeyi gerektirir. SOY becerileri bireylerin sağlık arama davranışları ile ilişkilidir ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının genel GETAT kullanımını öngörebileceği öne sürülmüştür(89).Literatürde SOY ve GETAT arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır(89-94).

Bains ve ark. yaptıkları çalışmada yeterli düzeyde SOY'a sahip bireylerin TAT kullanımının ilişkili olduğunu, bazı demografik faktörlerin bu konuda etkili olabileceğini öne sürmektedir. Söz konusu çalışmada ABD'de beyaz ırkın SOY düzeyleri, Afrikalı Amerikalılara kıyasla daha yüksek bulunmuş ve bu bireylerde SOY becerilerinin sağlık arama davranışlarıyla ilişkili olarak GETAT yöntemlerini daha sık kullanıldığını düşündükleri belirtilmiştir(89).Bir başka çalışmada daha yüksek SOY'a sahip AIDS hastalarının, düşük SOY'a sahip olanlara göre TAT kullanma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir(95).Hastanede yatan düşük gelirli bireyler üzerine yapılan bir çalışmada ise benzer şekilde daha yüksek SOY'a sahip olanların herhangi bir GETAT yöntemini ve/veya sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan GETAT tedavilerini daha fazla kullandıkları, ek olarak, SOY düzeyi yüksek olanların, ırk veya etnik kökene bakılmaksızın, düşük SOY'a sahip olanlara kıyasla gevşeme tekniklerini kullanma olasılıklarının üç kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir(91). Tayland'da yapılan bir çalışma da yeterli veya mükemmel SOY düzeylerine sahip hastaların GETAT kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir(96).Bu bulguların tersine başka bir çalışmada, yüksek GETAT kullanım sıklığının daha düşük SOY ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir(92).Ülkemizde ise çok daha az sayıda bu konuda çalışmaya rastlanılmış olup, bu çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. (68, 76, 97-99). Dişsiz ve Yılmaz'ın çalışmasında onkoloji hastalarının GETAT kullanımı ile SOY arasında ilişki olmadığı bununla birlikte, GETAT yöntemlerini duyan ve bilen hastaların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu

belirlenmiştir(98).Karlıbel ve ark. ise düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip kadın fibromiyalji hastalarında GETAT kullananlar ve kullanmayanlar arasında SOY düzeyi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını ve her iki grubunda sınırlı SOY düzeyine sahip olduğunu bildirilmiştir(76).Bizim çalışmamızda bu bulgulara benzer olarak istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, GETAT yöntemlerini bildiğini, kullandığını veya memnun kaldıklarını söyleyenlerin büyük bir kısmı yeterli veya mükemmel SOY düzeyine sahiptiler. Buna karşılık Dursun ve ark.'nın çalışmasında SOY ile GETAT uygulamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmuş olup SOY puanı arttıkça GETAT tutumu ölçeğinden alınan puanın azaldığı ifade edilmiştir(68).

Kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin, sağlıkla ilgili uygun kararlar almak için ortak sağlık bilgilerini elde etme, anlama ve işleme kapasitelerini yansıtan düzeyde bir sağlık okuryazarlıklarına sahip olmaları ve SOY seviyeleri arttıkça gereksinimlerini daha iyi anlayarak ihtiyaçları doğrultusunda farklı GETAT yöntemleri tercih etmeleri beklenmektedir. Örneğin Tip 2 Diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların yaklaşık üçte birinin bir GETAT yöntemi kullandığı ve bu hastaların yarısının GETAT ile ilgili yeterli SOY düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Yeterli düzeyde SOY'a sahip olanların, sorunlu SOY düzeyine sahip olanlarla karşılaştırıldığında, GETAT kullanım oranları 2,64 kat (%95 GA: 1,91 - 3,65) daha yüksek olduğu ve sağlık okuryazarlığının komorbidite, diyabet kontrolü, GETAT kullanımı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. (96).Felçli hastalarla ilişkili bir çalışmada hastalarının SOY açısından sağlık bilgilerine ve sağlık hizmetine erişim, iletişim becerisi, karar verme becerisi, özyönetim becerisinin GETAT kullanımı ile ilişkili olduğu ve bu bilgilere erişimde sağlık hizmeti sunucularının ve medyanın etkisinin bulunduğundan bahsedilmiştir(100).Avustralya'da yürütülen bir çalışmada, yaşlı bireylerin orta düzeyde öz-yeterlik ve SOY'a sahip oldukları ve yüksek oranda GETAT kullandıkları belirlenmiştir. Ancak GETAT kullanımı ile genel olarak karar verme öz-yeterliği ve SOY alanları arasında ilişki bulunamamıştır. Aynı çalışmada düşük SOY, ilaca yetersiz uyum, acil servislere artan başvurular, etiketleri ve sağlık mesajlarını yorumlama yeteneğinin azalması, sağlık durumunun azalması ve yaşlılar arasında artan ölüm oranı dâhil olmak üzere daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir(101).Genel olarak sağlık okuryazarlığı birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yetersiz düzeyde olduğu dikkate alındığında, çalışma grubumuzda

GETAT bilen ve kullananların çoğunluğunun yeterli/mükemmel düzeyde SOY'a sahip olmaları olumlu bir bulgu olarak yorumlanabilir. Ancak GETAT konusunda hastaların neyi, ne kadar bildikleri açık olmadığı için ve ölçülmesi güç olduğu için dikkatli bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Çalışmamızda GETAT bilgilerinin yaygın olarak arkadaş, komşu gibi yakın çevreden ya da kitle iletişim araçlarından edindikleri belirlenmiş olup, bu kaynakların güvenilirliği çok sınırlıdır. Sağlık personelinin bilgi alan ise sadece %6,6 oranındadır.

SOY ve GETAT arasındaki ilişkide bazı sosyodemografik özelliklerin ön plana çıktığı görülmektedir. Çalışmamızda istatistiksel anlamlı fark olmasa da; kadınların SOY puanlarının daha fazla olduğu, aynı zamanda GETAT bilme ve uygulama oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek bulunduğu gösterilmiştir. Regresyon analiziyle de kadın cinsiyetin GETAT bilme durumuna etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu durum kadınların kendi sağlıklarıyla daha ilgili oldukları, öğrendiklerini uygulamaya çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda yaş faktörü açısından incelendiğinde daha genç yaşta olanların SOY düzeyleri daha iyi iken GETAT bilme ve kullanma durumuna etkisi olmadığı görülmüştür. Malezya'da bir üniversitenin sağlık merkezine başvuran hastalarla yapılan çalışmada GETAT yaygınlığının %35,6 olduğu ve katılımcıların %27'sinin kullanılan GETAT'tan memnun olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma aynı zamanda kadın cinsiyetin ve daha yaşlı olanların, GETAT konusunda daha iyi bir sağlık okuryazarlığına sahip olduklarını göstermektedir(93). Genel olarak yeterli SOY olmadan, başta yaşlılar olmak üzere bireylerin kendilerine fayda veya zarar verebilecek sağlık hizmeti seçimlerini ve GETAT uygulamalarını anlayamayabileceği sonucuna varılabilir(75). Yaşlılar üzerine yapılan bir çalışmada da yaşlıların %38'inin internet kullandığını ancak bunlarında çoğunun (%75) buldukları bilgilerin kaynağını ve tarihini sürekli olarak kontrol etmedikleri ifade edilmiştir(94). GETAT konusunda en önemli bilgi kaynağı hemen hemen tüm çalışmalarda yakın çevre ve internet, sosyal medya karşımıza çıkmaktadır. GETAT uygulamalarının kolay ulaşılabilir olması ve kullanımının artmasından dolayı özellikle bu tür bilgi kaynaklarında yer alan bilgileri eleştirel olarak değerlendirebilmek için en az yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı tanımında da yer aldığı gibi bireylerin yaşamlarında doğru ve nitelikli sağlık kararları alabilmeleri için gerekli olan sağlık bilgilerini ve hizmetleri algılama, yorumlama ve analiz etme süreçlerine gereksinimleri vardır. Ancak internet ya da televizyon

kanallarında yer alan kişiler ya da reklamlar ticari amaçlarla, bilimsel dayanak olmadan, bireyleri yanlış yönlendirilebilir. Yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin %60,7'si uygulamalarla ilgili bilgileri çevrelerinden, %59,1'i internetten, %42,1'i televizyondan aldığını, sadece %9'u sağlık personelinden, %5,9'u ise okulda öğrendiğini belirtmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin bile tamamlayıcı tıp konusunda sağlıklı bilgiye ulaşmasında sorun olduğu göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığının gerekliliği ve kapsamının önemi anlaşılmaktadır(97).

6.KISITLILIKLAR

Bu çalışmanın bazı sınırlamaları vardır. Öncelikle mevcut çalışma, doğası gereği kesitseldir ve zamansal ilişkiler veya nedensellik hakkında yeterli bilgiye ulaşılamaz. İkincisi, bu çalışma tek bir merkezde yürütülmüştür ve elde edilen bulgular topluma genellenemez. Çalışma merkezi Samsun il merkezinde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir üniversite hastanesi olup, bu çalışmadaki katılımcıların toplumdan veya kırsal alanlardaki hastanelere başvuranlardan daha iyi eğitilmiş ve yeterli SOY becerilerine sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Akademik bir merkezdeki hastaların daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olması durumuna bağlı olarak GETAT kullanma olasılıklarının daha yüksek olması da mümkündür. Üçüncüsü, anketimizde kullandığımız GETAT yöntemleri Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu listeden alınmış olup, popülasyonumuzda kullanılan tüm GETAT yöntemlerini içermemiş olabilir. Dördüncüsü, çalışmamız kesitseldir ve seçim yanlılığı her zaman bir olasılıktır. Örneğimizdeki yüksek yanıt oranı, bu yanlılığın etkisini en aza indirmiş olabilir.

7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmada bir üniversite hastanesinin polikliniklerine başvuran erişkinlerde sağlık okuryazarlığının GETAT yöntemleri tercihlerine etkisi incelenmiştir.

- Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği indeks puan ortalaması $37,0 \pm 8,1$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre %31,3'ü mükemmel, %36'sı yeterli, %24,2'si sınırlı ve %8,5'i yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir.
- Yaş ile SOY ölçeğinden alınan puan arasında zayıf ve negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. ≤ 40 yaş olanların anlamlı düzeyde daha yüksek SOY puanı vardır.

- Kadınların SOY puanları istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir.
- Lise üstü düzeyde öğrenim görmüş olanlarda SOY puanı daha yüksektir. Ancak eğitim açısından fark istatistiksel anlamlı değildir.
- Bekarlar evlilere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek SOY düzeyine sahiptir.
- Katılımcılardan sosyal güvencesi olanlar istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek SOY puanına sahipken, aylık gelir, çalışma durumu, yaşadığı yer, kitle iletişim araçlarını kullanma durumlarına göre SOY açısından gruplar arasında fark yoktur.
- Herhangi bir kronik hastalığı olmayanların ve algılanan sağlık durumu iyi-çok iyi olanların puan ortalaması istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir.
- İlaçlarını düzenli kullananların SOY puanları istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir.
- Araştırmaya katılan bireylerin %60,3'ü GETAT yöntemlerini duyduğunu, %21,1'i de bu yöntemlerden herhangi birini tercih ettiğini belirtmiştir.
- Katılımcıların GETAT ile ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde %26,5'i yakın çevresinden duyduğunu, %12,3'ü ise kitle iletişim araçlarından öğrendiğini belirtmiştir.
- İstatistiksel anlamlı fark olmamakla beraber kadınların, >40 yaş olanların, bekarların, lise ve üstü eğitim alanların, çalışanların, sosyal güvencesi olanların, kitle iletişim araçları kullananların GETAT yöntemleri hakkında bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir.
- GETAT uygulamaları hakkındaki bilgisi olma sıklığı aylık geliri 3000 TL ve üzeri olanlarda ve il merkezinde yaşayanlarda istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- GETAT yöntemlerini tercih edenlerden %46,7'si fayda gördüğünü, %36,7'si kısmen fayda gördüğünü belirtmiştir.
- Katılımcıların %80'i bu yöntemleri başkasına tavsiye edebileceğini belirtmiştir.
- GETAT yöntemlerini kullananların %50'si bu durumu hekimi ile paylaştığını ve %80'i hekimi tarafından desteklendiğini ifade etmiştir.
- GETAT yöntemlerinden sırasıyla en çok akupunktur (%55,0), sülük uygulaması (%53,4), hacamat (%52,7) bilindiği belirlenmiştir.

- Katılımcıların yaklaşık üçte biri GETAT yöntemlerinin tıbbi tedaviden daha pahalı olduğu belirtmiştir.
- GETAT yöntemlerinin tercih edilme nedenleri sıklık sırasıyla tedaviye destek amaçlı (%34,4), psikolojik rahatlık sağlama (%17,7) ve daha az yan etkisi olduğunu düşünme (%4,8) olarak belirtilmiştir.
- GETAT yöntemlerini tercih etmeyenlerin nedenleri sıklık sırasıyla gerek duymama (% 43,9) güvenmeme/inanmama (%21,9) ve daha pahalı olması (%3,2) olarak belirtilmiştir.
- GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olanların SOY puanları, bilgi sahibi olmayanların puanlarına göre daha yüksek olmakla birlikte aralarındaki fark istatistiksel anlamlı değildir.
- GETAT uygulamalarını tercih edenlerin SOY puanları, tercih etmeyenlere göre daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel anlamlı değildir.
- SOY düzeyleri açısından değerlendirildiğinde GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma veya bu yöntemlerin tercih etme ile SOY grupları arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- İleri yaşlarda ve bazı sosyodemografik özellikteki bireylerde ve topluluklarda sağlık okuryazarlığının artırılması için öğretici ve geliştirici projeler yapılabilir. Bu konuda kitle iletişim araçlarından faydalanılabilir. Afiş, broşür, dergi vs. gibi basılı materyaller kullanılabilir.
- Toplumdaki tüm bireylerin doğru, güvenilir ve faydalı sağlık bilgilerine erişimi sağlanabilir. Özellikle GETAT yöntemleri hakkında internet ve sosyal medya gibi kaynakların kontrol altına alınması mümkün görülmemektedir. Ancak başta Sağlık Bakanlığı ve sağlık mensuplarına ait dernekler, çeşitli sağlık platformları doğru ve güvenilir bilgilere ulaşımı kolaylaştırmalı ve yaygınlaştırmalıdır.
- Sağlığı ilgilendiren her konuda olduğu gibi GETAT yöntemlerinin kullanımı hakkında da kanıta dayalı, doğru ve güvenilir bilgiye ve yöntemlere erişim sağlanmalıdır. Bu yöntemlerin yan etkileri, mevcut ilaçlarla etkileşimleri anlaşılır bir dilde topluma aktarılmalıdır. Ticari amaçlı pazarlanan ürünler ya da yöntemler

hakkında halkın bilinçlendirilmesi, bu amaçla gerekli eğitimler verilmesi ve güvenilir olmayan kaynaklara itimat edilmemesi önemlidir.

- GETAT yöntemlerinin son yıllarda çok yaygın kullanılmaya başlaması ve çeşitliliği dikkate alınarak bu tür araştırmaların ileri vadede geniş ve farklı hasta gruplarında tekrarlanması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Çopurlar CK KM. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? TJFM&PC. 2016;10(1):42-7.
2. Gözüm AIS. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. DEUHFED 2016, 9(2), 67-77.
3. Tanır F. Halk Sağlığında Güncel Derlemeler2020. 69-73 p.
4. Karataş Skt. Kemoterapiye Bağlı Kusmada Tamamlayıcı Tıp. Bozok Tıp Derg 2014;4(3):63-5.
5. Sujeev S Bains aLEE. Association of Health Literacy with Complementary and Alternative Medicine Use: A Cross-Sectional Study in Adult Primary Care Patients. BMC Complementary and Alternative Medicine 2011, 11:138.
6. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2018.
7. Dr. Tuncay Aydın Taş DNA. Sağlık Okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2016;25(3):119-24.
8. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/114963/mod_resource/content/1/Konu%202.pdf Erişim Tarihi:24.03.2021 [
9. Kurudayioğlu YDDM, Tüzel Ags. 21. Yüzyıl Okuryazarlık Türleri, Değişen Metin Algisi Ve Türkçe Eğitimi.
10. Çilingiroğlu DNÖDN. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Toplum İçin Bilgilendirme Dizisi-10
8 Eylül Dünya Okuryazarlık Günü 07.09.2014 Erişim Tarihi.13.07.2020
11. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6z%C3%BCk.pdf> Erişim Tarihi: 25.03.2021 [
12. Demirhindi PDFTPDH. Halk Sağlığı Temel Bilgiler2020. 442-5 p.
13. David W. Baker M, MPH,. The Meaning and the Measure of Health Literacy. J GEN INTERN MED 2006; 21:878-883,.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 67 (2008) 2072–2078.
15. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int J Public Health (2009) 54:303–305.

16. Filiz Aslantekin, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(4). 2014.
17. Kristine Sørensen SvDB, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska and Helmut Brand, . Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. Sørensen et al BMC Public Health 2012, 12:80.
18. Müdürlüğü TCSBSGG. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Ankara2018.
19. Medine Yılmaz ZT. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? DEUHFED 2016, 9(4), 142-147. 2016.
20. Gözlü K. Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. Med J SDU / SDÜ Tıp Fak Derg 2020;27(1). 2020:137-44.
21. Durusu-Tanrıöver M YH, Demiray-Ready FN, Çakır B ve Akalın HE Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları:25 Ankara. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması 2014.
22. Güven A. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
23. Ruth M. Parker M, David W. Baker, MD, MPH, Mark V. Williams, MD,, Nurss JR. The Test of Functional Health Literacy in Adults:A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills J Gen Intern Med 1995;10:537-541
24. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 2013: 73-92.
25. Sultan SARIYAR HFK. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. HUEMFAD-Johufon 2019, 6(2), 126-131.
26. Ceylan O. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Türkçe Ölçekler Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi. 2020;1(2):39-45.
27. E Üçpunar BP. Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarlama çalışması. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014.
28. Akbulut DDMD. Bireysel Tıp ve Alternatif Tıp Tanım, Uygulamaları ile Kullanım Olasılıkları ve Kısıtlamaları2020.
29. AK DN. Ankara İli Bazi İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: T.C Gazi Üniversitesi 2018.
30. Taştan K. Ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbın Kilometre Taşları. Ankara Med J, 2018;(3):458-9.
31. Şahin S. Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. Türk Aile Hek Derg 2017; 21 (4): 159-162.
32. Bakanlığı S. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. . Ankara: Resmi Gazete (29158 sayılı).
33. <https://ezheah.saglik.gov.tr/TR,396642/getat-geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalari.html> [Available from: <https://ezheah.saglik.gov.tr/TR,396642/getat-geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamalari.html>].
34. Merve Ünal HND. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. Euras J Fam Med 2019;8(1):1-9 doi:1033880/ejfm2019080101.

35. M.Sirois F. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complementary Therapies in Medicine*. 2008; 16 Pages (2):73-80.
36. Güven* ŞD. Diabetes Mellituslu Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları Kullanma Durumları. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi* (2020), 9(1) 1-8.
37. Belgin Oral AÖ, Elçin Balcı, Nergis Sevinç. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel /alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.
38. Karahanci ON, ÜYÖ, ME, ÇZÜ, , Hayirlıdağ M, et al. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2015 Vol 2, No 2, 117-26.
39. Molassiotis A F-OP, Pud D, Ozden G, Scott J, Panteli V, et all. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. . *Ann Oncol* 2005;16(4):655–63.
40. Aslan S. Birinci Basamakta Erişkinlerin Soğuk Algınlığında Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2014.
41. Güven ŞD, Muz, G., Efe Ertürk, N., & Özcan, A. Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013.
42. Sağkal T, Demiral, S., Odabaş, H., & Altunok, E. . Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. . *FÜ Sağ Bil Tıp Derg*, 27(1), 19-26. 2013.
43. A. K. Romatizmal Hastalıklarda Alternatif Tıp Ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
44. Erdoğan Z, Çınar, S., & Şimşek, S. Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. . *Spatula DD*, 3, 107-12. 2013.
45. G. K. Bir Üniversite Hastanesinde Polikliniğe Başvuran Cildiye Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
46. Hem. Sümeyye İlayda Dursun HBV, Hem. Büşra Keskin, Hem. Hatice Kübra Kaçar, Arş. Gör. Abdullah Beyhan, Doç. Dr. Hasibe Kadioğlu. Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2019 - 1(1).
47. Gözüm AIS. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *DEUHFED* 2016, 9(2), 67-77 2016.
48. Ogan D. Kayseri’de Yaşayan Yetişkin Bireylerde Bitkisel Ürün Kullanım Alışkanlığı. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 27: 125-131.
49. Abacıgil PDPODDF. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması: Sağlık Bakanlığı Yayın No:1025 Baskı:1; Mayıs 2016.
50. Hayran MHM. Sağlık Araştırmaları için Temel İstatistik 2011.
51. Ufuk Berberoğlu OÖ, Mustafa Baran İnci Hasan Çetin Ekerbiçer. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2018, 8(3):575-581

52. Çelikyürek NA MAN, Özcan B. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. Pamukkale Tıp Dergisi 2020;13:258-266. 2020.
53. Pınar Yıldız Gülhan FÜ, Ege Güleç Balbay. Astim Tanili Hastalarda Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemi Kullanımlarının Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Derg 2020;10(1):106-10.
54. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health. 2015;25(6):1053-8.
55. Michael K. Paasche-Orlow MD M, Ruth M. Parker MD, Julie A. Gazmararian MPH, PhD, Lynn T. Nielsen-Bohlman PhD, Rima R. Rudd ScD,. The Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine. 2005;20(2):175-84.
56. Nevzat Atalay Çelikyürek NMA, Betül Özcan. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. Pamukkale Tıp Dergisi 2020;13:258-266.
57. Burak Yakar MG, Edibe Piriñçi. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Euras J Fam Med 2019;8(1):27-35 2019.
58. BL Westra EW, CW Delaney. Integrative nursing and health literacy 446-55.
59. 1 SBYNB. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Abacıgil PDPODDF, editor. Ankara 2016.
60. Hazer O, Ateşoğlu L. Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının Başarılı Yaşlanma Üzerine Etkisi: Ankara İli Örneği. Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2019;5(2):48-56.
61. Bas Geboers SAR, Carel J.M. Jansen & Andrea F. de Winter Copyright © The Author(s). Published with license by Taylor & Francis. Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. Journal of Health Communication International Perspectives,21:sup2, 45-53,2016 DOI: 101080/1081073020161201174. 2016.
62. Nancy D. Berkman P, Stacey L. Sheridan, MD, MPH, Katrina E. Donahue, MD, MPH, David J. Halpern, MD, MPH, Karen Crotty, PhD, MPH. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 2011.
63. Öztaş Ö, Korkmaz GA. Yaşlı bireylerin ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili ilaç kullanım davranışları ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6(3):132-40.
64. Gülay Yılmazel FÇ. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(1).
65. Koç A, Tayaz E, Uysal N, Öztaş D. Sağlık hizmetlerinde hizmet kullanım tarafının en önemli bileşeni: sağlık okuryazarlığı. Ankara Medical Journal. 2020;20(1):205-13.
66. Bonney DMvCA. Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia Dora M von Conrady; Andrew Bonney. Australian Family Physician. 2017.

67. Dağ DG. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Tıp İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Kullanım Durumları [Uzmanlık Tezi]. İzmir: T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
68. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019;1(1):1-10.
69. Kempainen LM, Kempainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian journal of public health*. 2018;46(4):448-55.
70. Markus Horneber M, Gerd Bueschel, MD Gabriele Dennert, MD, MPH Danuta Less, MD Erik Ritter, MD and Marcel Zwahlen, PhD, MSc. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integrative Cancer Therapies* 11(3) 187–203. 2012.
71. Akhtar K, Akhtar K, Rahman MM. Use of alternative medicine is delaying health-seeking behavior by Bangladeshi breast cancer patients. *European journal of breast health*. 2018;14(3):166.
72. McQuade JL, Meng Z, Chen Z, Wei Q, Zhang Y, Bei W, et al. Utilization of and attitudes towards traditional Chinese medicine therapies in a Chinese cancer hospital: a survey of patients and physicians. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012;2012.
73. ŞAHBAZ FDRP. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2020;3(1):107-18. 2020.
74. Smith CA, Chang E, Gallego G. Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complementary therapies in medicine*. 2019;42:53-8.
75. Jean Shreffler-Grant EN, Clarann Weinert & Bette Ide, . The Montana State University Conceptual Model of Complementary and Alternative Medicine Health Literacy. *Journal of Health Communication* 18:10 1193-1200. 2013.
76. KARLIBEL İA, Aksoy MK, Demirci H, Türe DA. Complementary and Alternative Medicine and Health Literacy in Fibromyalgia. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi*.4(2):34-41.
77. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2009;52(4):195-202.
78. Özera Ö, Şantaşa F, Yıldırma HH. An evaluation on levels of knowledge, attitude and behavior of people at 65 years and above about alternative medicine living in Ankara. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*. 2013;10(1):134-41.
79. Şimşek B, Aksoy DY, Basaran NC, Taş D, Albasan D, Kalaycı MZ. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;15:68-72.
80. Gröchenig HP, Waldhör T, Haas T, Wenzl H, Steiner P, Koch R, et al. Prevalence and indicators of use of complementary and alternative medicine in Austrian patients with inflammatory bowel disease. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 2019;31(10):1211-9.
81. Farhoudi F, Salehi A, Vojoud M, Vardanjani HM. Assessment of the complementary and integrative medicine utilization among patients with multiple sclerosis using a translated

and adapted version of the international questionnaire (I-CAM-QP): a cross-sectional study in Southern Iran. *Complementary therapies in medicine*. 2019;46:47-53.

82. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ global health*. 2018;3(5):e000895.

83. Falci L, Shi Z, Greenlee H. Peer reviewed: multiple chronic conditions and use of complementary and alternative medicine among US adults: results from the 2012 National Health Interview Survey. *Preventing chronic disease*. 2016;13.

84. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. <https://www.kanser.org/saglik/toplum/tamamlayici-ve-alternatif-tip/fitoterapi-nedir-kemoterapi-ile-kullanilabilir-mi>. . 2021.

85. Ray J, Chakrabarty D, Paul R, Som K. Prevalence of the use of complementary and alternative medicine in an eastern Indian population with emphasis on tribal/ethnic minority groups. *Journal of Taibah University medical sciences*. 2018;13(4):384-9.

86. Yavuz M, İlçe A, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;27(5):680-6.

87. Karakoç MD. Onkoloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2020;13(1):69-80.

88. Senem Ş, Büyükturan Ö, Büyükturan B. Kas iskelet sistemi hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kullanım sıklığının değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):481-8.

89. Bains SS, Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011;11(1):1-8.

90. Sokoloski MM. An assessment of allopathic and complementary and alternative medicine (CAM) provider's perceptions of their patients health literacy: Montana State University-Bozeman, College of Nursing; 2012.

91. Gardiner P, Mitchell S, Filippelli AC, Sadikova E, White LF, Paasche-Orlow MK, et al. Health literacy and complementary and alternative medicine use among underserved inpatients in a safety net hospital. *Journal of health communication*. 2013;18(sup1):290-7.

92. von Conrady DM, Bonney A. Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian family physician*. 2017;46(5):315-24.

93. Sharoni SKA, Robani S, Zaini SA. Use of complementary and alternative medicine: Prevalence and health literacy among patients attending a Health Centre in Universiti Teknologi MARA Selangor. *Healthscope: The Official Research Book of Faculty of Health Sciences, UiTM*. 2019;1.

94. Caroline A Smith EC, Gisselle Gallego. Complementary medicine use and health literacy in older Australians. *Complementary Therapies in Medicine*. 2019;42:53-8.

95. Owen-Smith A, McCarty F, Hankerson-Dyson D, DiClemente R. Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in African-Americans with acquired immune deficiency syndrome. *Focus on alternative and complementary therapies*. 2012;17(1):33-42.

96. Charoencheewakul C, Laohasiriwong W, Suwannaphant K, Sopon A. Health Literacy and Complementary and Alternative Medicine Use among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the Northeast of Thailand. *Kathmandu Univ Med J.* 2019;66(2):107-13.
97. Elif K, Oturak G, Ekerbiçer H. Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisinin İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi.*11(2):373-80.
98. Gülçin Dişsiz, Medine Yılmaz. Complementary and alternative therapies and health literacy in cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 23 (2016) 34-39.
99. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2016;9(2):67-77.
100. Yeh M-L, Chiu W-L, Wang Y-J, Lo C. An investigation of the use of traditional Chinese medicine and complementary and alternative medicine in stroke patients. *Holistic nursing practice.* 2017;31(6):400-7.
101. Smith CA, Chang E, Gallego G, Balneaves LG. An education intervention to improve health literacy and decision making about supporting self-care among older Australians: a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2017;18(1):1-8.

9. EKLER

Araştırmaya Katılan Kişilerin TSOY-32 Ölçeği Sorularına Verdikleri Cevapların Yüzde (%)

Dağılımı

Maddenin İçeriği		Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1,9	10	54	32,2	1,9
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1,9	12,3	40,8	42,2	22,8
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	6,6	21,3	43,1	21,3	7,6
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	0,9	9,5	42,2	46,9	0,5
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	2,8	9	32,7	55,5	0
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da	5,7	9,5	26,5	57,8	0,5

	internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1,9	10,4	49,8	37	0,9
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1,9	8,5	51,7	37,9	0
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	10,4	17,5	50,7	26,5	3,8
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	0,9	4,3	40,8	52,1	1,9
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	11,4	6,2	40,3	52,1	0
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	2,8	22,3	44,5	26,5	3,8
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1,4	7,6	48,3	38,4	4,3
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	4,7	17,1	39,3	38,4	0,5
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	4,7	30,3	36,0	25,6	3,3

16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	2,4	4,7	42,7	50,2	0
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	4,3	9,0	43,6	43,1	0
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1,4	7,1	47,4	40,3	3,8
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	2,4	10,4	44,5	40,3	2,4
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	2,8	9,0	45,0	40,3	2,8
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1,9	8,5	46,4	39,3	3,8
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat	2,8	11,8	49,3	31,8	4,3

	kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1,4	12,3	47,4	36,0	2,8
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	8,1	23,7	35,5	26,1	6,6
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	5,7	22,7	36,5	33,6	1,4
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1,9	21,3	42,2	28,9	5,7
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	0,9	21,8	42,2	28,0	7,1
28	Gündelik davranışlarınızda hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını	3,8	13,3	41,7	39,8	1,4

	etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	8,1	22,7	33,2	35,5	0,5
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	9,5	28,0	30,8	27,0	4,7
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	2,4	14,2	49,8	31,3	2,4
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	6,2	27,0	32,7	20,9	13,3

TEZ ANKET

Bu anket 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran erişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları tercihlerine etkisinin araştırılması için hazırlanmıştır. Anketin bu ilk kısmı hastaların sosyodemografik özellikleri ile geleneksel ve alternatif tıp uygulamaları kullanımları hakkında araştırmacıyı bilgilendirme amaçlı sorulardan oluşmaktadır. Hastalar bilgilendirildikten ve onamları alındıktan sonra anket uygulanacaktır. Anketin ikinci kısmında TSOY-32 ölçeği ile hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerini tespit etmek amaçlanmıştır.

1. Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

3. Medeni Durumunuz: 1- Bekâr 2- Evli

4.Çalışma Durumunuz:1-memur 2-işçi 3-emekli 4-işsiz 5-öğrenci 6-ev hanımı
7-diğer

5. Eğitim durumunuz: 1- Okuryazar 2- İlkokul 3- Ortaokul

4-Lise

5- Üniversite

6- Yüksek Lisans/Doktora

6.En uzun süre yaşadığınız yer: 1- Köy 2- Kasaba-ilçe 3- İl merkezi

7. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1-1500tl ve altı

2- 1500-3000tl

3- 3000tl ve üstü

8.Sosyal güvenceniz: 1-Var 4- Yok:

9.Kitle iletişim araçlarını kullanma durumunuz:

1-TV/Radyo:

2-Bilgisayar/Akıllı telefon kullanma

3-İnternet/Sosyal

medya:

4-Hepsi

5-Hiçbiri

10.Kronik hastalığınız var mı? Var:

Tanı:

Yok:

11.İlaç kullanımı ile ilgili özellikler;

Günde kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz:

1:

2:

3:

4 ve üzeri:

İlaçlarınızı her gün düzenli kullanıyor musunuz: Evet : Hayır :

12. Sizinle aynı sosyo-ekonomik konumda olan insanlarla karşılaştığınızda, kendi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz:

Çok iyi:

İyi:

Orta:

Kötü:

Çok kötü:

13.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Duydunuz mu? Biliyor musunuz?

Evet:

Hayır:

1-Akupunktur	5-Sülük	9-Larva	13-Ozon
2-Apiterapi	6-Homeopati	10-Mezoterapi	14-Refleksoloji
3-Fitoterapi	7-Kayropratik	11-Proloterapi	15-Müzik terapisi
4-Hipnoz	8-Kupa(hacamat)	12-Osteopati	

14.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Nereden Duydunuz-Biliyorsunuz?

Kendisi:

Yakın çevre :

Sağlık çalışanı:

Aktar/Baharatçı:

Kitle iletişim araçları:

15. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını Tercih Ettiniz mi?

Evet:

Hayır:

16. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını TERCİH ETMEDİYSENİZ Nedenleri:

Güvenmeme/İnanmama:

Hekim uyarısı:

Yan etkilerinden korkma:

Ekonomik nedenler:

Bilgi/ilgi/merak eksikliği:

Diğer:

17. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarını TERCİH ETTİYSENİZ Nedenleri:

Tedavi başarısızlığı:

Hekim tavsiyesi:

Psikolojik rahatlama:

Tedaviye destek olma:

Şikayetlerinde azalma:

Yan etki azlığı:

Diğer:

18. Bu kullandığınız yöntemlerin maliyeti nedir?

Tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz :

Tıbbi tedaviden daha pahalı:

Tıbbi tedavi ile masrafları aynı:

Hiç masrafı yok:

Bilmiyorum:

19. Fayda gördünüz mü?: Evet: Hayır: Kısmen:

20. Başkasına tavsiye eder misiniz?: Evet: Hayır:

21. Tekrar tercih eder misiniz? Evet: Hayır:

22. Deneyiminizi hekiminizle paylaştınız mı?: Evet: Hayır:

23. Hekiminizle paylaştıktan sonra hekiminizden destek gördünüz mü?:

Evet:

Hayır:

24. Hekiminize söylememe nedenleriniz nelerdir?

Hasta-hekim iletişim eksikliği:

Hekimden kızar diye korkma:

Hekimin sormaması:

Gerek duymama:

Unutma:

Diğer:



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 674-933

29.03.2021

Sayın Doç.Dr. Özlem Terzi

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığının Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp (Getat) Uygulamaları Tercihlerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/610 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 21.10.2020 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-663.09-45609
Konu : Nilgün ŞANAL'ın Araştırma İzni Hk.

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 07.04.2021 tarihli ve E-35103913-605.01-44652 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız uzmanlık öğrencisi Dr. Nilgün Şanal'ın Doç.Dr.Özlem Terzi danışmanlığında “Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığının Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Tercihlerine Etkisi” başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilginize arz/rica ederim.

Doç. Dr. Davut GÜVEN

Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 8VIU-MPUA-0AGN

Belge Doğrulama Adresi

:<https://ebyssorgu.omu.edu.tr>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Bilgi İçin :Hava Konaçoğlu

Telefon No : 0362 312 19 19

Fax No : (362) 457 60 29

e-Posta :

İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

Telefon No:



<
>

1	www.deuhyoedergi.org İnternet Kaynağı	%2	>
2	ejfm.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1	>
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1	>
4	sbu.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1	>
5	Saglik Bilimleri Universi... Öğrenci Yazılı Ödevi	%1	>
6	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	%1	>
7	www.openaccess.hace... İnternet Kaynağı	%1	>
8	9lib.net İnternet Kaynağı	%1	>
9	www.turkailehekderg.org İnternet Kaynağı	%1	>
10	ezheah.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1	>

GİRİŞ

Giriş ve Amaç

[illegible]

SOY, kimlin kındıl ve kındıl: bulmaga toplanan **soğak** ile ilgili kavrı vana ve davanı atışmaga vobandir. **İsmi soğak** **öğesi ve homocı** hakkında bilgı olmanı, **bu bilgileri** **marınn**, **ıslapın** **ılgınn** **anlama** ve **kullama** vobıyle vata kıloları **notatı** **anlatır**.(2)

[illegible][illegible]

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarıyla hastaların ve tedavi hizmetlerinin kullanılmasına ilgili karar vermek çok sınırlı ve kapsamlı bir SÖB bileşeni gerektirmektedir.²⁵⁾

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT), "Gelişmiş Devletler Üzzer Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Meclisi" (NCCAM) tarafından "moder tıbbın bir parçası olarak tanımlanmış güçlü ilaç ve sağlık hizmetleri arasında ki uygulamaları ve teknikleri" olarak tanımlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 85 milyon kişiye ulaşan uygulamaların parçası ve toplum içinde yaygın kullanılan sağlık, 23,9 milyar dolara ulaştığına olduğu düşünülmektedir (5).

1

[illegible]

