

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**İSTANBUL’DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN KİŞİLERİN GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIBBA YAKLAŞIMININ
ARAŞTIRILMASI**

DR. ARZU ZORLU ÖZOĞUL

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA GÜL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**İSTANBUL’DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN KİŞİLERİN GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIBBA YAKLAŞIMININ
ARAŞTIRILMASI**

DR. ARZU ZORLU ÖZOĞUL

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA GÜL**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

İTHAF

Tez yazım sürecimi doğumuyla şenlendiren kızım İlyada Nil'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince her daim yanımda olan, kendisini tanımaktan büyük mutluluk duyduğum, bilgi ve tecrübesini asla esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Hülya GÜL'e, desteğini sürekli hissettiren kıymetli hocam Prof. Dr. Ayse Emel ÖNAL'a, tez izleme komitesi hocalarımdan Prof. Dr. Eray YURTSEVEN'e, Halk sağlığı nosyonu kazanmamı ve bu alanda severek çalışmamı sağlayan Prof. Dr. Günay GÜNGÖR, Prof. Dr. Bilge HAPÇIOĞLU, Prof. Dr. Halim İŞSEVER, Prof. Dr. Selma KARABEY Hocalarıma,

Tez çalışmasını destekleri olmadan asla tamamlayamayacağım hayattaki en büyük şükür sebebim geniş aileme, yönlendirmeleriyle katkı sağlayan canım arkadaşlarıma tüm kalbimle teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	İİ
TEŞEKKÜR.....	İİİ
İÇİNDEKİLER	İV
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Tarihçe	3
2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Sıklığı.....	6
2.4. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri Sınıflandırılması.....	8
2.4.1. Zihin Beden Tıbbı	9
2.4.2. Alternatif Tıp Sistemleri	10
2.4.3. Biyolojiye Dayalı Tedaviler.....	10
2.4.4. Manipülatif ve Bedene Dayalı Sistemler	10
2.4.5. Enerji Tıbbı	10
2.5. GETAT Yöntemleri	11
2.5.1. Yoga.....	11
2.5.2. Hipnoz.....	12
2.5.3. Müzik Terapisi	13
2.5.4. Homeopati	15
2.5.5. Akupunktur	17
2.5.6. Naturopati.....	19
2.5.7. Ayurveda.....	20
2.5.8. Fitoterapi	20

2.5.9. Kayropratik (Şiropomatik).....	23
2.5.10. Masaj.....	24
2.5.11. Kupa-Hacamat	26
2.5.12. Ozon Terapisi.....	27
2.5.13. Osteopati	29
2.5.14. Kaplıca	30
2.5.15. Refleksoloji	31
2.5.16. Aromaterapi	32
2.5.17. Mezoterapi	35
2.5.18. Sülük Tedavisi.....	37
2.6. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Başvuru Nedenleri.....	38
2.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumsuz Bakış Açısı Nedenleri.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırma İzinleri, Yeri ve Zamanı.....	41
3.2. Araştırma Yöntemi, Evreni ve Örneklemi	41
3.3. İstatistiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR.....	45
4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	45
4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyal Güvence Durumu, Sigara Kullanımı ve Kronik Hastalık Varlığı.....	46
4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumu	48
4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımına İlişkin Tespitler	50
4.5. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması.....	53
4.6. Sosyal Güvence, Sigara ve Kronik Hastalık Varlığı Durumuna Göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımının Karşılaştırılması	56
4.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Başlama Etkenleri ile Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması.....	57
4.8. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Başlama Etkeni ile Eğitim Durumu'nun Karşılaştırılması	58

4.9. Sosyodemografik Özelliklere göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıptan Yarar Görme Durumunun Değerlendirilmesi	58
4.10. Sosyal Güvence, Sigara ve Kronik Hastalık Varlığı Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıptan Yarar Görme Durumunun Karşılaştırılması	59
4.11. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Yaklaşımın Genel Değerlendirilmesi.....	60
4.12. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu-Olumsuz Yaklaşımın Değerlendirilmesi.....	61
4.13. Yaş ve Cinsiyet ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu ve Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması	61
4.14. Sosyodemografik Özelliklere ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması	62
4.15. Sosyodemografik Özellikler ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması	64
4.16. Sigara ve Kronik Hastalık Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması	66
4.17. Sigara ve Kronik Hastalık Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması	66
4.18. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kullanımı ve Yararına Göre Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin İncelenmesi	67
4.19. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kullanımı ve Yararına Göre Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin İncelenmesi	68
4.20. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi	70
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR	85
FORMLAR	103
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	108

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: NCCAM’ın alternatif tıp uygulamaları sınıflandırması.....	9
Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	45
Tablo 4-2: Katılımcıların sosyal güvence, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığı.	47
Tablo 4-3: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerine İlişkin Bilgi – İnanç Durumu ...	49
Tablo 4-4: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımına ilişkin cevaplar	51
Tablo 4-5: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ...	54
Tablo 4-6: Sosyal güvence, sigara, kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanılması.....	56
Tablo 4-7: Kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama etkeni.....	57
Tablo 4-8: Eğitim durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama etkeni	58
Tablo 4-9: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme	59
Tablo 4-10: Sosyal güvence, sigara ve kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme	60
Tablo 4-11: Geleneksel ve tamamlayıcı tıba yaklaşım sorularına verilen cevapların dağılımı	60
Tablo 4-12: Geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumlu ve olumsuz yaklaşım	61
Tablo 4-13: Yaş ve cinsiyete göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumlu ve olumsuz yaklaşım	62
Tablo 4-14: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumlu yaklaşım	63
Tablo 4-15: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumsuz yaklaşım	65
Tablo 4-16: Sigara ve kronik hastalık durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumlu yaklaşım.....	66
Tablo 4-17: Sigara ve kronik hastalık durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba olumsuz yaklaşım düzeyleri.....	67
Tablo 4-18: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve yararına göre olumlu yaklaşım düzeyleri.....	68

Tablo 4-19: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve yararına göre olumsuz yaklaşım düzeyleri.....	69
Tablo 4-20: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine etki eden risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi	71



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'nde geleneksel tıp kullanan nüfusun yüzdesi	6
Şekil 2-2: DSÖ üyesi devletlerin en sık kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin karşılaştırılması.....	7
Şekil 4-1: Katılımcıların eğitim durumu	46
Şekil 4-2: Katılımcılarda kronik hastalık varlığı	48
Şekil 4-3: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilme oranları	50
Şekil 4-4: Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma oranları	52
Şekil 4-5: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine başlama etkenleri.....	52
Şekil 4-6: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma nedenleri.....	53
Şekil 4-7: Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanımı sonrası görüşler	53
Şekil 4-8: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı yaş dağılımı	55
Şekil 4-9: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı cinsiyet dağılımı	55
Şekil 4-10: Kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ...	57
Şekil 4-11: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımına göre olumlu ve olumsuz yaklaşım puanları dağılımı.....	69
Şekil 4-12: Geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumuna göre olumlu ve olumsuz yaklaşım puanları dağılımı	70

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CAM	: Complementary and Alternative Medicine (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp)
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFCAM	: European Federation for Complementary and Alternative Medicine (Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu)
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	: Milattan Önce
NAHA	: National Association for Holistic Aromatherapy (Uluslararası Holistik Aromaterapistler Birliği)
NCCAM	: National Center for Complementary and Alternative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
NHIS	: National Health Interview Survey (Ulusal Sağlık Mülakat Anketi)
NIH	: National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüsü)
OCCAM	: Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kanser Bölümü)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Programı)
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Zorlu Özoğul A. İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımının Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2021

Çalışmada, kişilerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarına yaklaşımlarında, sosyodemografik özelliklerinin, sağlık durumlarının etkisinin, bilgi düzeylerinin, bilgiyi temin ettikleri kaynakların araştırılması, uygulamalar sonrası görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

İslambey Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 400 katılımcıya anket uygulanmıştır. Veriler değerlendirilirken SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21,0 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis testi, Pearson ki-kare testi, Spearman korelasyon, Lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık %95 Güven düzeyinde, $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Çalışmaya göre en bilinen GETAT yöntemi masajdır (%90), en az bilineni osteopatidir (%4,5). Katılımcıların %59,5’i GETAT’ın yararlı olduğunu düşünmektedir, %51,3’ü GETAT kullandığını belirtmiştir. Aile büyükleri-akrabalar GETAT’a başlamakta en büyük etkindir (%51,2). Kadınların ve kronik hastalığı olanların GETAT’a başvurularının daha çok olduğu görülmüştür, yaş ilerledikçe GETAT kullanım oranı artmaktadır.

Toplumun GETAT’a temkinli olmakla birlikte sıcak baktığı görülmektedir. Dolayısıyla hastaların yöntemlerin zararı, yan etkileri konusunda bilinçlenmesi sağlıklarını yönetmeleri açısından önem kazanmaktadır. Sağlık çalışanlarının bu konuda yetkinlik kazanmaları, bilgilerini yenilemeleri ve medyanın yönlendirmelerinin denetlenmesi de halk sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, halk sağlığı

ABSTRACT

Zorlu Özoğul A. An Investigation of the Traditional and Complementary Medicine Approach of People Applying to a Family Health Center in Istanbul. Istanbul University Institute of Health Sciences, Public Health. Phd Thesis. Istanbul. 2021

In the study, it was aimed to investigate the sociodemographic characteristics, the effect of their health status, the level of knowledge, the sources from which they provided the information, and to evaluate the opinions after the applications in the approaches of the people to the traditional and complementary medicine (GETAT) practices.

A questionnaire was applied to 400 participants who applied to İslambey Family Health Center. While evaluating the data, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21,0 program was used. One-way analysis of variance, Kruskal-Wallis, Pearson chi-square, Spearman correlation, Logistic regression analysis were used to compare the variables. Statistical significance was accepted at 95% Confidence level, $p<0,05$.

According to the study, the most known GETAT method massage (90%), the least known osteopathy (4,5%). 59,5% of the participants think GETAT is useful, 51,3% of them stated that they use GETAT. Family elders-relatives the biggest factor in starting GETAT (51,2%). It has been observed that women and those with chronic diseases are more likely to apply GETAT, and rate of GETAT use increases with age.

It is seen that the society looks warmly to GETAT, although it is cautious. Therefore, it is important for patients to be aware of the harm and side effects of the methods in terms of managing their health. It is also important for public health that healthcare professionals gain competence in this regard, renew their knowledge, and control the media's directions.

Keywords: Traditional medicine, complementary medicine, alternative medicine, public health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” cümlesiyle açıklanmaktadır (1).

Klasik tıp, batı tıbbı, allopatik tıp, Ortodoks tıbbı, biyotıp olarak da adlandırılan konvansiyonel tıp günümüz kanıta dayalı tıbbıdır (2). DSÖ geleneksel tıp için “bedensel ve zihinsel olarak hastalıklardan korunarak tanılarını belirlemek 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” tanımlamasını yapmıştır (3).

Tamamlayıcı tıp, standart medikal tedavi ile beraber uygulanan tedavileri, alternatif tıp ise standart tedavi yerine kullanılan tedavileri ifade eder (4).

Kronik hastalıkların dünya çapında sıklığının her geçen gün artıyor oluşuyla birlikte yaşam kalitesini düşürüyor olması geleneksel yöntemlere ilgi artışına sebep olmaktadır. Bu ise geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın ulaşılabilir, etkin, güvenilir, kaliteli ve yasal düzenlemelere uygun çalışması ve denetlenmesi gereğine yol açmaktadır.

Kuzey Amerika, Asya, Afrika ve Avustralya'da pek çok geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanıcısı vardır. Beşte biri düzenli olmak üzere yüz milyonun üzerinde Avrupalı da geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını tercih etmektedir (5).

Almanya'da tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) tedavisi Heilpraktiker adlı tıp dışı uygulayıcılarca verilmektedir ancak bazı tıbbi uygulamalarda kısıtlamalar mevcuttur. İtalya ve Fransa'da ise TAT konusunda bir yasa bulunmuyor olup bu uygulamalar sadece tıp doktorlarınca yapılabilmektedir (6). Türkiye'de ise GETAT eğitimleri yalnızca sertifikalı hekim ve diş hekimlerince alınabilir (7).

Bu çalışmada son zamanlarda ülkemizde gündemde olan tedavi edici ve destekleyici geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının toplumdaki kullanım durumunu ortaya koymak amaçlanmıştır. Özellikle hangi yaş aralığındaki ve sosyokültürel seviyedeki kişiler tarafından hangi çeşit rahatsızlıklarda ve ne sıklıkta tercih edildiği, hangi yöntemlere başvurulduğu, bu yöntemlerle ilgili bilginin nereden sağlandığı gibi konular sorgulanmıştır. Bu kapsamda ayrıca profesyonel destek alınıp

alınmadığı, uygulamalar sonrasında sağlıkta iyileşme durumu ve varsa istenmeyen etki gözlenme durumu saptanmaya çalışılmıştır. Çalışma sonuçlarının paylaşılmasıyla halk sağlığı açısından tamamlayıcı tıpla ilgili bilinç ve bilgi düzeyinin artmasına önemli bilimsel katkıda bulunulması beklenmektedir. Aynı zamanda çıktı olarak sağlık politika yapıcı ve uygulayıcılarına sağlık sisteminin düzenlenmesinde, eksikliklerin ve aksaklıkların belirlenmesinde veri sağlamak hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; “Geleneksel tıp uzun bir geçmişe sahiptir. Fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyilik halinin sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür” (8).

OCCAM (Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine)'e göre ise tamamlayıcı ve alternatif tıp; modern tıbbın bir parçası olmayan, sağlık bakımı ürünleri ve uygulamalarıdır. Tamamlayıcı tıp, standart medikal tedavi ile birlikte kullanılan tedavileri; alternatif tıp ise standart tedavi yerine kullanılan tedavileri ifade eder (9).

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM) TAT'ı sağlığın korunup geliştirilmesi, hastalıkların engellenmesi ve tedavisi için bağımsız şekilde ya da modern tıbbi yaklaşımlar ile beraber kullanılabilen sağlık uygulamaları olarak tanımlamaktadır (10). Dünyada gittikçe artan çeşitli uygulamalar ve literatür eksiklikleri sebebiyle 1998'de Birleşik Devletler'de Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM)'ın kuruluşu gerçekleştirilmiştir. NCCAM'e göre TAT; “Şu anda konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak düşünülmeyen bir takım farklı medikal ve sağlık bakım sistemi, uygulaması ve ürünleri.” olarak geçmektedir (9).

Alternatif tıp terimi Türkiye'de ve dünyada yıllarca kullanılmıştı ancak bu kavram üzerindeki tartışmalarda tıbbın değil de tedavinin alternatifi olabileceği düşüncesi son yıllarda savunularak bazı kuruluşlarca “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” kavramı kullanımına geçilmiştir (11).

2.2. Tarihçe

İnsanlık tarihinde hastalıklarla mücadele ederken tabiattan elde ettikleri ürünleri, inançlarının getirdiklerini ve deneyimlerini kullanarak çareler bulmaya çalışmıştır ve bu çabalar sonucunda toplumlara göre farklılıklar gösteren çok çeşitli geleneksel tedavi yöntemleri ortaya çıkmıştır. Tarihin en eski medeniyetlerinden Mezopotamya'da tıpta;

tarımla ilgilenen topluluklarda bitki karışımları ile tedavi, büyü ile ve savaşan topluluklarda kesici araçlarla yapılan tedavi yaklaşımları gözlenmiştir.

Hitit, Mısır ve Mezopotamya tıp uygulamaları, Anadolu'daki tıp halk uygulamaları, büyü, muska, bitkisel ve hayvansal karışımların senteziyle oluşmuştur.

Antik Yunan'da rasyonel tıp ortaya çıkmaya başlamıştı. Gymnasium, Asklepios Tapınakları ve felsefe okulları olarak üç yerde uygulanmaktaydı. Gymnasium'daki eğitimde düşüncelerin ve bedenin gelişimi sağlanmak istenmekteydi ayrıca yemek kültürü, perhiz, temiz havanın önemi, mevsimsel değişikliklere karşı güçlenme de hedeflenmişti. Asklepios tapınaklarında Yunan tıbbının ilk büyük adımı atılmıştı, yaralıların tedavileri öğrencilere anlatılmaktaydı. Phytagaros ise ilk tıp doktoru olarak araştırmalarıyla Hipokrat tıbbından evvel adı anılan doktorlardandı (12).

M.Ö. 3000'li yıllara dayanan yazılı belgelerden anlaşıldığı üzere bitkiler ilk çağlardan bu yana şifa bulma amaçlı kullanılmıştır. M.Ö. 1550'de Eski Mısırlılarca yazıldığı düşünülen Ebers Papirüsü'nden 850'den fazla bitkiden faydalandığı anlaşılmıştır (13).

Müzikle tedavi de eski çağlardan beri hastalıklar üzerinde denenmektedir, Eski Yunan ve Roma'da sıkıntıdan kurtulmak, Eski Mısır'da güç vermek amaçlı kullanılırken Şamanlar ise müziği ritim ve dans ile harmanlayarak kullanmayı tercih etmişlerdir. Büyüsel ritüeller etkisindeki şamanizm türklere halk tıbbında önem taşımaktaydı (14). Türklere tedavide müzikten faydalandığına dair bilgiye Uygur Türklerinin kaya yazıtlarından ulaşılmış olup Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde de müzikle tedavi kullanılmıştır (15, 16). Anadolu Uygarlıkları zamanında Geleneksel Anadolu tababeti veya Anadolu halk tıbbı denilen geleneksel tıp yöntemi uygulanmıştır (17). Türk İslam geleneğindeki Lokman Hekim ise hem dini hem de bitkisel bilgileriyle öne çıkmaktaydı. Biyolojik ve mistik tedaviler uygulamaya çalışmaktaydı (14). İbn-i Sina da eserlerinde tedavi için bitkilerden yararlanıldığını belirtmiştir. Cumhuriyet'ten önce geleneksel tıp sistemi hakimken sonrasında modern tıp benimsenmiştir. Binlerce yıldır kullanılan bu yöntemlerin yanında on dokuzuncu yüzyıldan beri, osteopati, homeopati, kayropratik ve benzerleri de kullanılmaya başlanmıştır (18).

GETAT uygulamaları ABD, Avustralya, Kanada, Fransa ve Japonya dahil olmak üzere birçok gelişmiş ülkede nüfusun yaklaşık yarısı tarafından yaygın şekilde

kullanılmakta olup Çin, Kolombiya, Tayvan, Şili de dahil gelişmekteki birçok ülkede gittikçe artmaktadır (19).

Dünya çapında TAT'ın tercih edilmesinin artmasıyla, DSÖ 2000 yılında “Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme Metodolojileri İçin Genel Kurallar”, 2001 yılında “Geleneksel Tıp ve Tamamlayıcı/Alternatif Tıbbın Yasal Durumu: Küresel Derleme”, 2002 yılında “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005”, 2005 yılında “Geleneksel Tıp ve Bitkisel Tıbbın Düzenlenmesine İlişkin Ulusal Politika – DSÖ Küresel Araştırma Raporu” şeklinde çeşitli kararlar almıştır. Küresel geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini ve bitkisel ürünleri belirleyip tanımlamayı hedeflenmiştir (20-23). 2013 yılında “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023” ile GETAT'ın uygun, etkin ve güvenli kullanımını sağlamayı amaçlayan çeşitli düzenlemeler getirilmiştir. 2019 yılında “DSÖ Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Küresel Raporu-2019” ile GETAT'taki ilerleyiş değerlendirilmiştir. Bu düzenleme ve raporlar sayesinde 1999 yılında TAT-GETAT konusunda ulusal politika belirlemiş devlet sayısı 25'ten 2018 yılında bu strateji ve raporlar sayesinde 98'e yükselmiştir (5, 24).

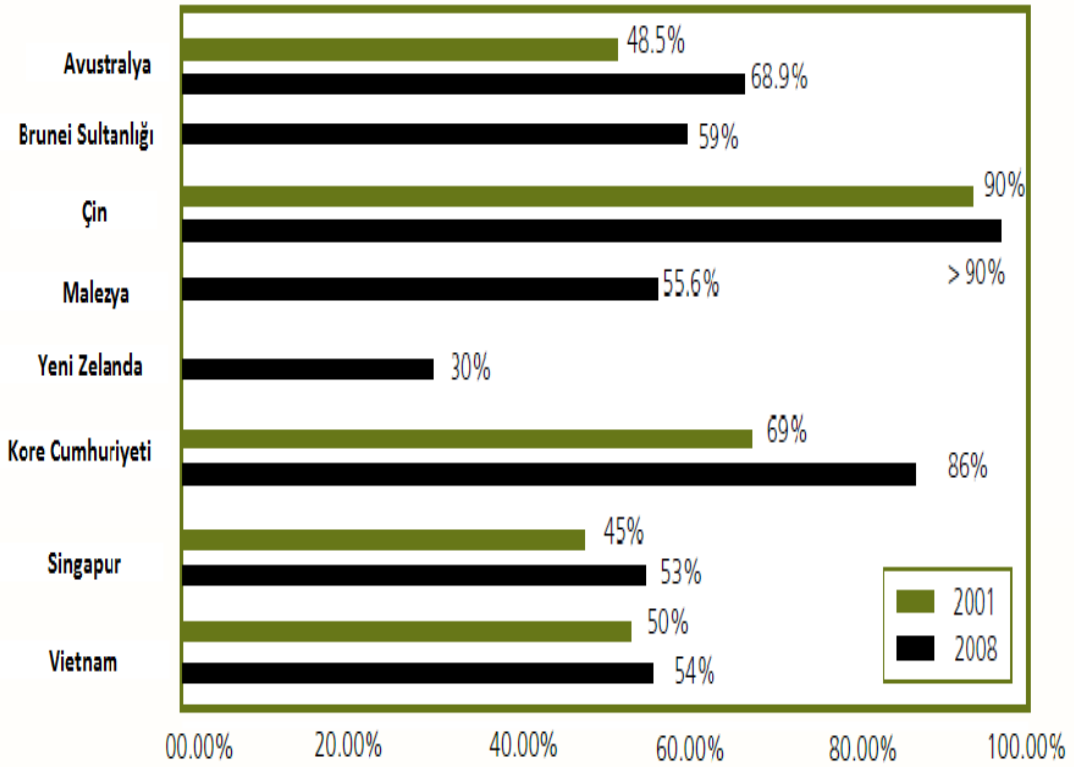
1998'de ABD'de Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) bünyesinde Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuş olup 2014 yılında adı Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif (Bütünleştirici) Sağlık Birimi olarak değiştirilmiştir (25)

1991 yılında çıkarılan “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” TAT konusunda Türkiye 'deki ilk düzenlemedir. 2012 yılında Sağlık Bakanlığınca kurulan Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı'nın adı 2014'te Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olmuştur. Türkiye'de 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı'nda sağlık politikalarına Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları dahil edilmiştir böylelikle; standartların belirlenmesi, kalite ve güvenliğin sağlanması, denetim altında tutulması, tıp eğitime ve sağlık uygulamalarına entegrasyonunun gerçekleştirilmesi, yapılacak bilimsel araştırmaların desteklenmesi planlanmıştır (26).

27 Ekim 2014'te yayınlanmış Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre ünitelerde ve uygulama merkezlerinde uygulanabilecek yöntemler: sülük uygulaması, fitoterapi, kupa, akupunktur, mezoterapi, hipnoz, ozon, apiterapi, homeopati, larva, proloterapi, osteopati, müzikterapi'den oluşmaktadır (27).

2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Sıklığı

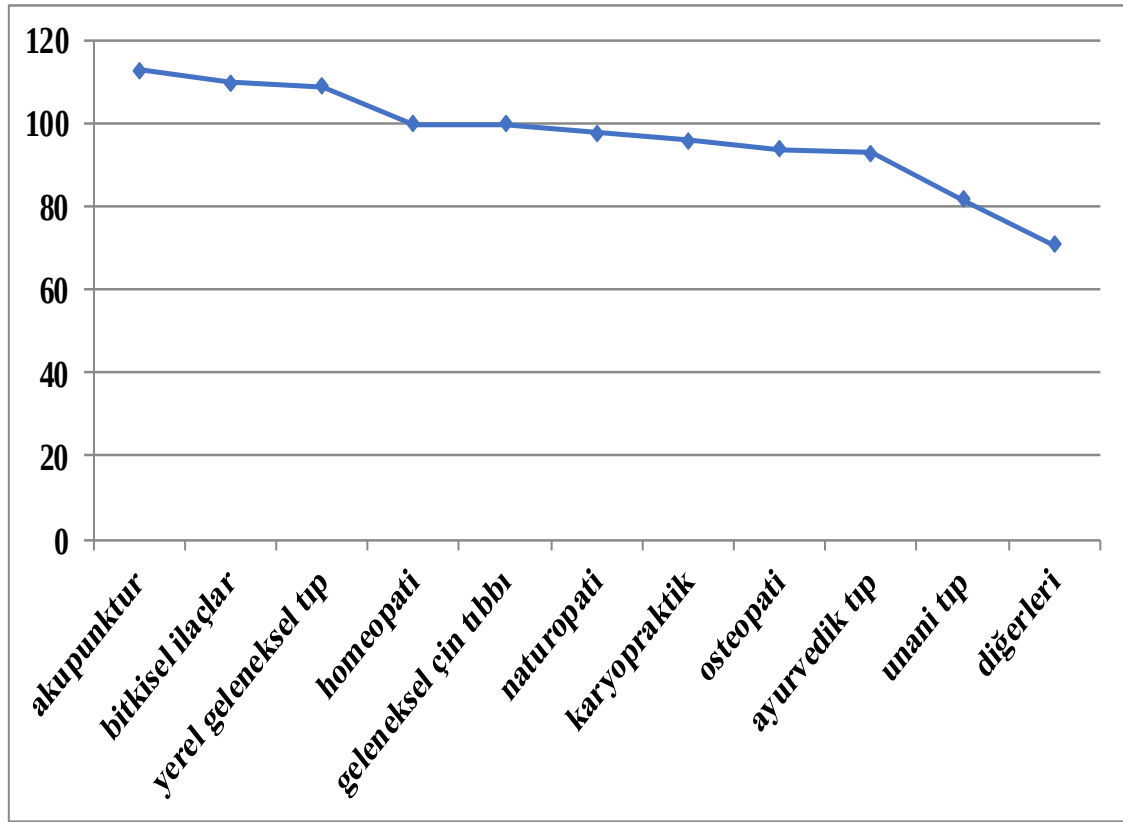
DSÖ’nün 2019 raporu tüm bölgelerde üye devletlerin en az %80’inde, Batı Pasifik, Doğu Akdeniz, Güneydoğu Asya bölgelerindeki üye devletlerin en az %90’ında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanıldığını göstermiştir. Rapora göre toplumun Belçika’da %31’i, Kanada’da %70’i, Fransa’da %49’u hayatları boyunca en az 1 defa geleneksel tedavi yöntemi kullanmıştır. Batı Pasifik Bölgesi DSÖ üyesi ülkelerden Çin, Avustralya, Malezya, Brunei Sultanlığı, Kore Cumhuriyeti, Singapur, Yeni Zelanda ve Vietnam’da 2001 ve 2008 yıllarındaki geleneksel tıp kullanımları şekil 2-1’de verilmiştir (28).



Şekil 2-1: DSÖ Batı Pasifik Bölgesi’nde geleneksel tıp kullanan nüfusun yüzdesi

Üye devletler arasında en yaygın kullanılan yöntem akupunkturdur, 179 üye devletten 113’ünde kullanılmaktadır. Bitkisel tedavi 110, yerel genel tıp 109, homeopati ve geleneksel çin tıbbı 100, naturopati 98, karyoprakti 96, osteopati 94, ayurvedik tıp 93, unani tıp 82, diğer yöntemler 71 ülke tarafından uygulanmaktadır (29). DSÖ üyesi

devletlerin en sık kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri şekil 2-2’de görülmektedir.



Şekil 2-2: DSÖ üyesi devletlerin en sık kullandığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin karşılaştırılması

Amerika Birleşik Devletleri’nde 5 yılda 1 yapılan Ulusal Sağlık Mülakat Anketi (NHIS) sonuçlarına göre yetişkin bireylerde herhangi bir geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp yöntemi kullanma oranı 2002’de %32,3, 2007’de %35,5, 2012’de ise %33,2’dir.

2010 ve 2012 yılları arasında Avrupa’da CAMbrella Projesi’ne göre TAT yöntemi kullanım sıklığının %0,3-86 arasında olduğu bildirildi. CAMbrella’ya göre Türkiye’de %48-86, İngiltere’de %6-71, İsviçre’de %5-57, Almanya’da %4,6-62, Norveç’te %9-53, Danimarka’da %45-59, İsveç’te %5-64, İsrail’de %5-43, İtalya’da %16-84, İspanya’da %15-47, Finlandiya’da %11-43 oranlarında TAT kullanımı mevcuttur. Bitkisel tıp (%5,9-48,3) kullanım prevalansı en yüksek olan yöntem olarak tespit edilmiştir. Bitkisel tıbbı sırasıyla homeopati (%2-27), kayropraktik (%0,4-28,8), akupunktur (%0,44-%23) ve refleksoloji izlemiştir (%0,4-21) (30, 31).

ABD, İsviçre, Almanya, Japonya, Şili, Küba gibi ülkelerde halkın %40'ından fazlası GETAT'a çoğunlukla senede bir defa başvurmaktadır (32, 33). Çin'de, sağlık hizmetlerinin %40'ını geleneksel tıp oluşturmaktadır, ulusal anket araştırmasında ise 2009'da Geleneksel Çin Tıbbı'na ulaşmak için yapılan sağlık tesisi ziyareti sayısı toplamın %18'i olarak saptanmıştır (5). Kore'de geleneksel tıp, diş hekimliğine ve hemşireliğe denk bir eğitime ve konuma sahiptir ve Kore'de geleneksel tıp toplam sağlık başvurularının %5,8'ini oluşturmaktayken 128 hastane GETAT uygulaması yapmaktadır (33, 34). Yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %71,3'ünün 12 ayda en az bir TAT yöntemi kullandığı ve en sık tercih edilenin de doğal ürünler (%58,8) olduğu görülmüştür (35).

Benin, Uganda, Ruanda, Tanzanya, Hindistan gibi ülkelerde temel sağlık hizmetleri içerisinde GETAT kullanım oranı %60 ila %90 arasındadır (24). Etiyopya'da nüfusun %80'i geleneksel tıbbi güvenilir bulurken genellikle de kadınlar tarafından kullanılmaktadır (36). Pakistan'ın bilhassa kırsal nüfusunun %70'i TAT yöntemlerini uygulamaktadır ve en çok da arap tıbbi tercih edilmektedir (37). ABD'de 1990 ve 1997 yıllarında yapılan anketlerde TAT kullanımı %34'ten %42'ye yükselmiştir (38).

Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında yapılan bir araştırmada geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım oranının %60,5 olduğu bildirilmiştir (39). Nural ve arkadaşları kronik hastalığı olanlarda %62,3 oranında tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinden herhangi birinin kullanıldığını belirtmiştir (40). Öztürk ve ark. 2005 yılında "İsparta'da Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi" adlı 350 kişilik çalışmada %68 oranında TAT yöntemlerine başvuru olduğunu saptamıştır (41). Ülkemiz kanser hastalarında TAT kullanımının sıklığı %22,1 ile %84,1 arasında değişmektedir (42). Aksoy Ankara Altındağ'dakilerin %79,2'sinin bir sağlık sorunu karşısında ilk olarak doktora başvurduğunu %20,4'ünün ise geleneksel yöntemlerini tercih ettiğini belirtmiştir (43).

2.4. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri Sınıflandırılması

ABD Tıp Enstitüsünce yayınlanan "ABD'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp" isimli raporda 126 TAT çeşidinden bahsedilmiştir . NCCAM tamamlayıcı ve alternatif tıbbın (CAM) güvenilirlik ve etkinliğini inceleyerek bilimsel açıdan ispatlanmış yöntemlerin geleneksel yöntemlere entegrasyonunu hedeflemiştir, bu doğrultuda 5 farklı grupta yaptığı sınıflandırma Tablo 2-1'de verilmiştir (18).

Tablo 2-1: NCCAM’ın alternatif tıp uygulamaları sınıflandırması

I. Zihin-beden tıbbı	• Zihin-beden sistemleri • Zihin-beden metodları • Dinsel ve spiritüel iyileşme • Sosyal alanlar
II. Alternatif tıp Sistemleri	• Akupunktur • Ayurveda • Naturopati • Geleneksel Çin tıbbı
III. Biyolojiye dayalı tedaviler	• Bitkiler • Farmakolojik, biyolojik girişimler • Özel beslenme tedavileri
IV. Manipülatif ve bedene dayalı sistemler	• Masaj • Osteopati • Şiropaktör • Hidroterapi
V. Enerji terapileri	a) Biyoalan • Terapötik dokunma • Refleksoloji b) Biyoelektromagnetikler • Tıbbi amaçlar için elektromagnetik alanların kullanımı

Bu tanımlara göre modern (allopatik) tıbbın sınırları dışındaki tüm uygulamalar TAT olarak adlandırılabilir.

2.4.1. Zihin Beden Tıbbı

Doğu toplumlarındaki zihinsel tedavi tekniklerinin fiziksel rahatsızlıklarla başa çıkabilmekteki başarısına olan inanç son zamanlarda batı toplumlarında da görülmeye başlanmıştır. Nefes egzersizleri, yoga, çeşitli gevşeme teknikleri, tai çi, hipnoz, meditasyon, dua, müzik terapi, bio geri bildirim, göz önünde canlandırma teknikleri bu kapsamda değerlendirilir. Harvard Tıp Fakültesi Benson-Henry Zihin-Beden Enstitüsü: “Zihin beden tıbbı, bedenin ve zihnin doğal iyileştirici kapasitelerini güçlendirmek amacıyla, modern bilimsel tıp, psikoloji, bakım, beslenme, egzersiz fizyolojisi ve inancı

birleştirir” demektedir (45-47). Zihin beden tıbbı anksiyeteyi, kronik ağrıyı, duygu-durum bozukluklarını azaltarak yaşam kalitesini yükseltmektedir (48).

2.4.2. Alternatif Tıp Sistemleri

Pratik ile teoriğin birleşimine temellendirilmiştir. Geleneksel tıp yaklaşımından ilkin tedavi amacıyla uygulanan yöntemler bu bölümde sınıflandırılır. Halk şifacılığı ve homeopati batı kültürlerinde çok kullanılırken, ayurveda ve geleneksel Çin tıbbı ise batılı olmayan kültürlerde tercih edilen alternatif tıp uygulamalarıdır (44). Naturopati, homeopati, ayurveda ve akupunktur gibi yöntemler bu grupta yer almaktadır.

2.4.3. Biyolojiye Dayalı Tedaviler

Tedavi amacıyla bitkiler, vitaminler, yağlar, mineraller, amino asitler, probiyotik bakteriler, arı zehri, arı poleni, makrobiyotik beslenme, köpek balığının kıkırdağı, sinek larvası gibi hayvansal ürünler bu gruptadır. C-D-B12 vb vitaminler, balık yağı ve Omega 3 gibi yağ asitleri, magnezyum ve kalsiyum gibi mineraller, ginkgo biloba ve sarı kantaron gibi bitkiler ve probiyotikler konvansiyonel tıp tarafından da benimsenmiştir (44). Çalışmalarda bazı bitkisel ürünlerin karaciğerden atılırken enzim ve taşıyıcı proteinlerin aktivitesini etkilediği bunun da eş zamanlı kullanılan bazı ilaçların etkinliğinde artmaya ya da azalmaya sebep olabildiği hatta toksisiteye neden olabildiği gösterilmiştir (49).

2.4.4. Manipülatif ve Bedene Dayalı Sistemler

Vücut üzerine genellikle el ile uygulanan yöntemlerle vücudun hareket ettirilmesine dayanan geleneksel ve tamamlayıcı tıp teknikleridir. Masaj, kranyosakral terapi, kayropraksi ve osteopati gibi batılı ülkelerde çok yaygın olarak tercih edilen yöntemler bu grupta sayılabilir. ABD’de kayropraktörler ve osteopatlar “doktor” ünvanını kullanabilmektedir (44).

2.4.5. Enerji Tıbbı

Enerji Tıbbı: “Tüm canlı varlıkların enerjiye sahip oldukları ve enerji yaydıkları ve kendi dışlarındaki enerjilerden etkilendikleri anlayışı üzerine inşa edilmiştir.” (50). Enerji yaklaşımları kişinin biyoenerji alanını hareketlendirip vücuduna basınç uygulanması ya da terapistin ellerini kişinin enerji alanının üstüne koyarak uygulanmasıdır (44). Reiki, el ile şifa, polarite terapisi, uzaktan şifa, manyetik-mıknatıslı yataklar, bakır bilezikler gibi elektromanyetik alanlardan faydalanan yöntemler bu gruptadır.

2.5. GETAT Yöntemleri

2.5.1. Yoga

Sanskritçe “birleştirmek-bütünleştirmek” anlamında olan yoga Hindistan’da çok eskiden ortaya çıkmış bir felsefedir. Uygulayıcılarına “yogi” denilmektedir.

İndus Vadisi kazılarında M.Ö.3000 yıllarından olduğu düşünülen taş mühürlerde yoga figürleri görülmekte ve M.Ö.2500 yıllarına ait Veda kutsal yazılarında da yogadan bahsedilmektedir. Vedanta felsefesine göre Brahman, tek mutlak gerçek ve evrenin temelidir. Yoga bir din olmayıp mutluluğa erişmeyi, başarıyı elde etmeyi sağlayan bir felsefedir. Yogada 8 basamak tanımlanmıştır:

I- *Yama* - Olumsuzluklardan Arınma

1. *Ahimsa* – Şiddetin olmaması
2. *Satya* – Doğruculuk
3. *Asteya* – Çalmamak
4. *Brahmaçarya* - Arzuların Kontrolü
5. *Aparigraha* – Biriktirmemek

II- *Niyama* - Olumlulukları Güçlendirme

1. *Sauça* – Sıfırlık
2. *Santoşa* – Yetinmek
3. *Tapas* - Ateşli Çaba
4. *Svadhyaya* - Kendini Eğitmek
5. *İshvara Pranidhana* – Adanmak

III- *Asana* – Bedensel Duruş Teknikleri

IV- *Pranayama* - Solunum ve Enerji Çalışmaları

V- *Pratyahara* - Duyuların Denetimi

VI- *Dharana* - Odaklanma Teknikleri

VII- *Dhyana* – Meditasyon

VIII- *Samadhi*- Evrenle Bütünleşme

Yoganın düzenli uygulanması ile bedensel sağlık ve zindelik ile birlikte dolaşım, sindirim ve sinir sisteminin düzenli çalışması da sağlanır (51).

2.5.2. Hipnoz

Hipnoz adı Yunan mitolojisindeki uyku tanrısı Hypnos'dan gelir. Bilinç ve farkındalık yerinde olmakla birlikte çevresel uyaranlara duyarsız kalınır. Kişi trans halinde olaylara odaklanıp telkinlere açık olur. Telkine olanak veren herşey hipnotik şeklinde tanımlanabilir. Uyanık iken uyaranlara reaksiyonun azaldığı her hal ise trans şeklinde tanımlanabilir (52, 53). Hipnoz, depresyon, anksiyete, panik atak, ağrı, alerji, sigara bağımlılığı, fobi, uyku bozuklukları, enürezis nokturna, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, obezite, hipertansiyon, psikosomatik ve dissosiatif bozukluklar gibi durumlarda kullanılabilmektedir (52, 54).

Eski Mısırda hipnotik benzeri durumlar tanımlanmıştır ancak modern hipnozun 200 yıldan daha eski bir tarihi vardır ve temelinin Avusturyalı doktor Franz Antoine Mesmer (1734-1815) tarafından atıldığı düşünülmektedir (55).

Sigmund Freud (1856-1939) 19.yy sonlarında hipnozu, bilinçaltını inceleyerek anksiyete nedenlerini öğrenme niyetiyle kullanmıştır (56).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim, diş hekimi ile hekim kontrolünde klinik psikolog ve psikolojinin tıbbi uygulamaları yetki belgesi olan psikologlar.

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Ameliyat korkusu
- İntraoperatif ağrı ve postoperatif şikayetler
- Organik olmayan uyku bozuklukları
- İnfertilite, kadın hastalıkları, gebelik ve doğum süresince varolan rahatsızlıklar
- Fonksiyonel barsak bozukları
- Organik olmayan cinsel fonksiyon bozuklukları
- Obezite ve yeme bozuklukları
- Anksiyete bozukluğu ve stres bozuklukları
- Bağışıklık güçlendirilmesi
- Sigara bırakma
- Akut ve kronik ağrı
- Organik olmayan kaşıntılar

- Allerjik astım, alerjik rinit
- Kanser hastalarında kaygı, ağrı, kusma ve ilaç yan etkileriyle mücadele
- Sadece psikiyatri uzmanlarınca depresyon ve alkol bağımlılık tedavisi
- Diş hekimliğinde; fobiler, protez uyumu, temporomandibüler eklem disfonksiyonu, anestezi, ağız içi problemler, trigeminal nevralji, ağrı giderme, diş gıcırdatma

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- İlaç-alkol intoksikasyonu
- Şizofreni ve psikopatik durumlar
- Demans
- İntihar eğilimli kronik depresyon (psikiyatri uzmanı hariç)

Uygulamanın Olası Yan Etkileri:

- Baş ağrısı,
- Anksiyete, stres
- Başdönmesi,
- Yanlış anılar oluşturmaları (57)

2.5.3. Müzik Terapisi

Sanat dallarının en eskisi kabul edilen müzik kelimesinin aslı Yunanca “Mousike” veya “Mousa” kelimesinden gelmiştir. Mitolojide Zeus’un kızları sayılan dokuz periye “Mousa” (Muse-melek) denirdi ve dünyanın güzelliklerini ve ahengini düzenlediklerine inanılırdı. O nedenle neredeyse tüm dillerde aynı okunan müzik sözcüğünün bu “Müz” kökünden temellendiği düşünülmektedir (58). Eski çağlarda insanlar, hastalıklara kötü ruhların sebep olduğuna inanırlardı ve müzik, dans gibi öğelerle harmanladıkları tedavi şekilleriyle bunların üstesinden gelmeye çalışırlardı.

Farabi musiki - ul – kebir ‘de, makamlar ve etkilerini şöyle sıralamıştır (59).

- **Buselik Makamı** : kuvvet
- **Büzürk Makamı** : korku
- **Hicaz Makamı** : alçak gönüllülük
- **Hüseyni Makamı** : sessizlik ve rahatlık
- **İsfahan Makamı** : hareket kabiliyeti ve güven hissi

- **Küçük Makamı** : hüzün
- **Neva Makamı** : tat ve ferahlık
- **Rast Makamı** : neşe
- **Rehavi Makamı** : sonsuzluk fikri
- **Saba Makamı** : cesaret ve güç
- **Uşşak Makamı** : gülme hissi
- **Zirgüle Makamı** : uyku verir.

Müziğin insan sağlığındaki olumlu etkisinin farkında olan Selçuklular ve Osmanlılar darüşşifalarında müzik tedavisi uygulayarak Batı medeniyetlerine de örnek olmuşlardır ancak Osmanlı’da Tanzimat sonrası müzikle tedavi yöntemi bırakılmıştı. II. Dünya Savaşı’nda ise yaralı askerlerdeki olumlu etkileri duyulunca tekrar başlanmıştır (60).

Osmanlı şairlerinden Hekim Şuuri Hasan Efendi, Tadil-i Emzice’de

- Bilim adamlarında Rast makamı ve benzeri
- Yöneticilerde ısfahan ve benzeri
- Dervişlerde hicaz ve benzeri
- Sufilerde rehavi ve benzeri etkili olabilir demiştir.

Tadil-i Emzice’de ve Haşim Bey Mecmuası’nda buselik, neva, nihavend, mahur, uşşak makamlarının kişiye güç verdiği; Afrika ve Avrupa toplumlarına da tesiri olduğu anlatılır (61).

Praglı Raudnitz, 1848’de yaptığı bir çalışmayla psikozlarda ilk defa müziğin yerini araştıran kişidir. 1959’da Viyana’da, 1973’te Almanya’da “Müzik-Terapi-Derneği” açılmıştır. Çin ise müzik tedaviyi anesteziilerdeki elektro akupunktur uygulamalarında kullanmaktaydı (62). Amerika’da 1997’de Amerikan Müzik Terapi Birliği kurulmuş olup müzik tedavi “İhtiyaç duyan bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan bir uzmanlık dalı” olarak tanıtılmıştır (63).

Türkiye’de ise 1976’da Oruç Güvenç TÛMATA’yı (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu), 2004’te Adnan Çoban ve arkadaşları TÛTEM’i (Türk Tedavi Musikisi Uygulama ve Araştırma Grubu) kurmuştur (62). 2013’te MÛTEM (Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi) kurulmuştur.

Müzik Terapi aktif ve pasif olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır:

Aktif müzik terapisi: Müzik eşliğinde şarkı söylemek, dans etmek gibi faaliyetlerde bulunulur.

Pasif müzik terapisi: Müzik sadece dinlenmektedir, geleneksel Türk müzik terapide en sık kullanılandır.

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim ve hekim kontrolünde sağlık meslek mensupları ve en az lisans düzeyi müzik eğitiminin ardından müzikterapi sertifikasyon programını bitirmiş uygulamaya yardımcı kişiler

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Otizm
- Zeka gerilikleri
- Down sendromu
- Öğrenme bozuklukları
- Hiperaktivite
- Şizofreni,
- Fobiler
- Bağımlılıklar
- Konuşma bozuklukları
- Ruhsal sorunlar
- Gebelik ve doğum kolaylaştırma
- Kanseri ve tedavisinin yan etkileri
- Ağrı ve anksiyete

2.5.4. Homeopati

18. yüzyıl sonunda Alman doktor Samuel Hahnemann (1755-1843) 1796'da geliştirmiş olup homoion (benzer) ile pathos (acı çekme) kelimelerinden türemiştir (64).

1807'ye kadar Hahnemann 'homeopatik' ifadesini kullanmadı ve ilk kez 1810'da yayınlanan Organon of Medicine'nin birinci baskısında homeopati ortaya çıktı. Avrupa'da homeopati, 19. yüzyılın ilk yarısında hızla yayıldı bunda salgın hastalıklardaki ve bazı yüksek profilli vakalardaki başarısının sebep olduğu düşünülüyor

(64). “Benzeri benzer ile tedavi etmek” ilkesinden yola çıkan bu yöntemle göre bir madde hastalık sebebi olabiliyorsa şifa sebebi de olabilir.

Homeopatide bitkilerden, hayvanlardan, minerallerden, elementlerden meydana getirilen ilaçlar remedi olarak isimlendirilir. Remediler kişinin bağışıklığını güçlendirip içindeki yaşam gücünü harekete geçirerek vücudun dengesini tekrar sağlamaktadır (65). Modern tıpta tedavide hastalık etmeni ortadan kaldırılır homeopatide ise hastalık semptomlarını yok etmeye yönelik tedavi planlanır (66).

İşlemin uygulayıcısına homeopat denmektedir. Homeopat, gerekli maddeleri orijinal içeriği kaybolana değin suda seyreltir, işlem bittiğinde homeopatik ilaç yani remedi hazırlanmış olur. Homeopatide ilaç düşük dozda olmalı ve tek bir çeşit ilaç kullanılmalıdır.

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı tabip ve diş tabipleri

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Sindirim sistemi rahatsızlıkları
- Diş ağrıları
- Romatizmal hastalıkların sistemik semptomları
- Dismenore
- Premenstruel sendrom
- İnfertilite
- Ürolitiyazis ağrısı
- Doğum sancısı
- Kemoterapi - radyoterapi yan etkileri giderilmesi
- Kas-iskelet sisteminin ağrısı
- Solunum yolu enfeksiyonu semptomları
- Anksiyete
- Bağımlılık tedavisinde destekleyici
- Sinir kökü irritasyonları
- Çocukta perioperatif destekleyici
- Postoperatif şikayetlerin azaltılması

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Fiziksel travma ve yaralanmalarda (destekleyici kullanım hariç)
- Kanser gibi kronik, ağır hastalıklar (palyatif kullanım hariç)

Uygulamanın Olası Yan Etkileri:

- Allerji
- Dermatit
- Kusma, diyare, karın ağrısı
- Kanama,
- Pankreatit
- Hipoalbuminemi, hiponatremi
- Bradikardi (67)

2.5.5. Akupunktur

Takribi 3000 yıllık tarihi ile en eski tedavi şekillerindendir. Latince acus (iğne) ve puncture (batırma) kelimelerinden gelmektedir. Vücudun belirli noktalarına çeşitli metallerden yapılan iğnelerin batırılması uygulamasıdır (68).

Geleneksel Çin tıbbında vücut Yin ve Yang denilen iki zıt kuvvetin dengesi üzerindedir. Denge bozulduğu zaman insan vücudunda meridyen olarak tanımlanan içinde Qi enerjisi yani yaşam enerjisinin dolaştığı kanallarda tıkanıklık meydana gelmekte bu da hastalıklara sebep olmaktadır. Akupunkturla bu tıkanıklıklar açılıp iyileşme meydana gelmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (69, 70). Toplamda 12 meridyen ve 2 ekstra meridyen olmak üzere 14 kanal boyunca akupunktur noktası mevcuttur (71). Akupunkturdaki hedef ilk olarak doğru noktadaki deri ve altındaki kas dokusuna uyarı vermektir (72). Pek çok farklı uyarı yöntemi olmakla birlikte en çok tercih edilenlerden biri elektroakupunkturdur (73). Oluşturulan bu uyarılar medulla spinalis vasıtasıyla beyin sapına buradan da kortekse ulaşır ve mezensefalon sinir hücrelerini uyatarak ağrı kontrol sistemini hareketlendirir. Serotonin, beta-endorfin, noradrenalin ve enkefalinde yükseliş izlenir bu sayede de analjezi ve anti-inflamasyon sağlanmış olur (74).

Çin’de ortaya çıkmış olan akupunktur üzerine yazılı ilk kitap M.Ö. 200’de kaleme alınmış “The Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine”dir (21). Osmanlı’da ise kuru iğne tedavisi olarak başladığı bilinmekte olup Cumhuriyet

döneminde de hekimler tarafından uygulanmıştır (72). Batı tarafından tanınıp yaygınlaşması 1972’de Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleşmiştir. Tokya’da 1977 yılındaki 5. Akupunktur Kongresi’nde tekniğin etkileri 6 maddede toplanmıştır;

- 1 - Analjezik
- 2 - Sedatif
- 3 - Hemostatik
- 4 - İmmün Stimülatör
- 5 - Psikolojik Etki
- 6 - Motor Fonksiyonlarda İyileşme

1979 senesinde WHO bu yöntemi resmen onaylamış olup 40’tan fazla hastalığın tedavisinde ekili olduğunu göstermiştir (75).

Akupunktur, Türkiye’de 29.05.1991 yılında sağlık bakanlığınca onaylanıp yönetmeliği yayınlanmış olup 17.09.2002 gün ve 24879 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik” te de tekrardan düzenlenmiştir.

WHO tarafından “Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu” kurulmuş olup 1994’te Japonya’da bir rapor hazırlanmıştır ve 1996’da yayınlanan listede akupunkturdan fayda görülebilecek hastalıklar 7 maddede verilmiştir:

1. Respiratuar sistem rahatsızlıkları
2. Bronkopulmoner rahatsızlıklar
3. Göz hastalıkları
4. Ağız içi hastalıkları
5. İskelet ve kas sistemleri hastalıkları
6. Sindirim sistemi hastalıkları
7. Sinir sistemi hastalıkları

1997’de Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Akupunktur Konusunda Uzlaşma Paneli (NIH Consensus Development Panel on Acupuncture) toplantısında yöntemin;

- Ameliyat sonrası ağrılarda
- Baş ağrısında
- Menstruel kramplarda
- Fibromyalji ve tenisçi dirseğinde

- Kemoterapiye veya gebeliğe bağlı bulantı ve kusmalarda
- Karpal tünel sendromunda
- Bel ağrılarında kullanılabileceği kararlaştırılmıştır (75).

Akupunktur ayrıca GETAT Yönetmeliğine göre;

- Organik nedeni olmayan vertigoda
- Alerji, egzema benzeri nedenlere bağlı kaşıntıda
- Eksojen obezite tanılılarda beslenme düzeninde
- Organik kaynaklı olmayan gece idrar tutamada
- Geriatrik hastalarda da tercih edilmektedir (27).

Türkiye’de de akupunktura ilginin artmasıyla Sağlık Bakanlığı 17 Eylül 2012 tarih ve 24879 sayılı Resmi Gazete’de yönetmelik yayınlamıştır. Bu yönetmeliğe göre tıp doktorları uzmanlık akupunktur eğitimi alarak, yurtdışı eğitimi olanlarsa belgeleriyle Akupunktur Bilim Komisyonunca değerlendirilip sınava girerek sertifika almaktadırlar. Akupunktur sertifikası olan hekimlere ya da kendi alanında uygulamak şartıyla dış hekimlerine akupunktur uygulaması izni verilmiştir.

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulamanın kontraendikasyonları:

- Acil durumlar
- Pıhtılaşma sorunu olan hastalar
- Hamileliğin 1.trimestirinde alt karına, 2. ve 3. trimestirinde üst karına ve lumbosakral bölgelere, yoğun uyarı alınan noktalara uygulamak

Uygulamanın Olası Yan Etkileri:

- Uygulama bölgesinde hassasiyet
- Aynı iğnenin mükerrer kullanımlarında enfeksiyon riski
- İğnenin derin batırılması durumunda akciğer hasarı
- Warfarin kullanan kanama bozukluğu olan hastada kanama miktarını arttırması ve uygulama bölgesinde morarma riski (76).

2.5.6. Naturopati

Bu yöntemin 3000 yıllık bir geçmişi vardır. İyileşmenin doğal yaşam yaklaşımları ve uygulamaları ile desteklenmesi görüşünü savunur. Semptomların vücudun kendini iyileştirme adımları olduğunu ve engellenmemesini söyler (77).

Altı temel ilkesi vardır:

- 1 - Doğanın iyileştirme gücü
- 2 - Önce zarar vermemek
- 3 - Kök nedenlere inerek rahatsızlığı ortadan kaldırmak
- 4 - Kişiyi bütünüyle ele almak
- 5 - Hastalıkları önlemek en iyi tedavi şeklidir
- 6 - Naturopat sağlıklı yaşam eğitmenidir

2.5.7. Ayurveda

Bilinen en eski Hint tıp kaynağı olan Veda'lar “yaşam bilgisi” anlamına gelmektedir ve ayurveda beslenme, giyim, egzersiz gibi birçok öneriyi kapsamaktadır. Hindistan, Sri Lanka ve Nepal'de yaygın olarak uygulanmakta olup Çin ve Tibet tıbbına da etkileri olmuştur.

Ayurveda sağlıklı olmayı doğru beslenme, uyuma, egzersiz yapma ve ayurvedik ilaçları kullanarak stres atmaya bağlar (78). Ayurveda'nın amacı; kişinin bünye tipini belirleyerek dengede kalmasına yarayacak olan;

- İdeal Gıda Seçimleri
- Beslenme Tarzı
- Yemek Pişirme Şekilleri
- Baharat Kullanımları
- Aromaterapi
- Meditasyon Teknikleri
- Kadim Nefes Teknikleri
- Müzik Alternatifleri
- Masaj Teknikleri
- Fiziksel Aktivite
- Mevsimsel Rutinler
- Gündelik Rutinler benzeri bilgiler ışığında kişilere genel iyilik hali katarak daha mutlu olmalarını sağlamaktır (79).

2.5.8. Fitoterapi

Fitoterapi kelimesi Yunanca “phytos” ve “therapy” sözcüklerinin birleşmesinden türetilmiştir ve bitkilerin tıbbi amaçla kullanılması demektir. Bu kelime ilk olarak

Doktor Henri Leclerc'in (1870-1953) La Persce Medical dergisinde yazmasıyla görülmüştür (80).

Mezopotamya'da tarihteki en eski yazıtlardan olan Ninova Tabletleri'nde M.Ö. 3000' lerde bitkilerin tıbbi kullanımıyla alakalı bilgilere rastlanmıştır (81). 1873 yılında ise M.Ö.1600 yıllarına tarihlenen bilinen en eski Mısır tıbbi antlaşması olan Ebers Papirüsü bulunmuş olup burada da bitkilerin şifa amaçlı kullanıldığı belirtilmiştir (82).

Hint tıp bilimcisi Rig Veda, bıraktığı eserlerde binden fazla şifalı bitkiden bahsetmiştir. Yunanlı tıp bilimcileri Hipokrat ve Eskulap da eserlerinde şifalı 400 bitki türünü anlatmışlardır. İbn-i Sina ve Al Gafi kitaplarında 800 çeşit bitkisel ve hayvansal yöntem belirtirken, Ebu Reyhan da 20 kadar şifalı bitkiden Kitab-al Saydalafi al Tıp adlı eserinde bahsetmiştir (83).

Fitoterapi uzmanları, etkili maddenin ayrıştırılarak verilmesinden bitkinin bütün olarak tüketilmesinin daha uygun olduğunu böylece bitkideki maddelerin birbirlerinin zararlı etkilerini nötralize edip yan etkiyi indirgediğini söylemektedir (84).

Bitkiler uygulanmadan önce çeşitli kontrollerden geçirilip etken madde miktarları belirlenerek hijyenik şartlarda kullanıma sunulmalıdır.

Literatüre göre bazı tedavilerde bitkisel yöntemler modern tıpla aynı ve hatta daha fazla etkin olabilmektedir. Orta dereceli depresyonda Linde ve arkadaşları, bindebirlik otu kullanımı ile amitriptilin aynı oranda etkili olduğu söylemişlerdir (85). Bitkisel uygulamaların benign prostat hiperplazisi ve atopik dermatitte de oldukça etkili olduğu saptanmıştır.

Günümüz ilaçlarının yan etkilerinin fazlalığı, ekonomik maliyetlerdeki yükseklik, endüstriyel üretim sebebepli çevresel kirlilik, kronik hastalıklarda bitkisel ilaçların daha başarılı olduğu inancı gibi nedenler hastaları fitoterapiye yönlendirmiştir (86).

DSÖ'ye göre yeryüzündeki insanların %70-80'i tedavilerinde bitkilerden faydalanmaktadır ve dünya çapında 60 milyar dolarlık bir pazar olduğu düşünülmektedir (87, 88).

Bitkiler malignite, hipertansiyon, kolesterol, diyabet, düşük bağışıklık, stres ve kaygı bozukluğu, üst solunum yolu enfeksiyonları, sindirim sistemi rahatsızlıkları,

fiziksel ve bilişsel performansı artırmak için ve daha birçok hastalıkta kullanılmaktadır (89-91).

Diyabet, hipertansiyon ve kolesterol gibi kronik hastalığı olanların üçte birinin, kanserli hastaların %62'sinin TAT kullandığı ve bunların %82,5 'inin en az bir fitoterapi ürünü kullandığı gözlenmiştir (90, 91).

Bir araştırmada; en fazla satılan 7 bitkisel ilaç ginkgo (mabed ağacı), St John's wort(hypericum perforatum =sarı kantaron), ginseng, sarımsak, echinacea (kirpi otu), saw palmetto ve kavaolarak saptanmıştır (83).

-**St. John's wort (Sarı Kantaron= *Hypericum perforatum*)** : Depresyon ve anksiyetede içeriğindeki hiperisin ve hiperforin ile ilişkili olarak kullanılmaktadır.

Serotonin geri alımını engelleyerek postsinaptik 5HT1A ve 5HT2A reseptörleri up regülasyonunu yapar, monoamin oksidaz enzimini inhibe ederek biyojenik aminlerin yıkımını engeller (92, 93).

- **Ginkgo (*Ginkgo biloba*)**: Demans, küçük damar hastalıkları, alzheimer, tinnitus ve vertigoda tüketilmektedir. İçeriğinde flavonoidler ve terpenler (bilobalide ve ginkgolidler) vardır (92, 94, 95).

- **Ginseng**: Amerikan ginsengi (*Panax quinquefolius*) ve Asya ginsengi (*Panax ginseng*) olarak ikiye ayrılmaktadır. Bağışıklığın düzenlenmesinde, bilinçsel ve fiziksel fonksiyonların artırılmasında, kanserin önlenmesinde, diyabet ve erektil disfonksiyonda tercih edilmektedir (95, 96).

- **Ginger (Zencefil =*Zingiber officinale*)**: Antiemetik ve antispazmodik olup dispepsi tedavisinde yeri vardır.

- **Garlic (*Sarımsak* =*Allium sativum*)**: Antikoagülan, antihipertansif, hipoglisemik, antimikrobiyal, antilipidemik, immun sistem modulatorü ve fibrinolitikdir (95, 97).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim ve diş hekimleri

Uygulama Alanları:

- Kalp hastalıkları
- Mide ağrısı ve bulantısı
- Karaciğer hastalığı

- Safra kesesi hastalıkları
- Böbrek hastalıkları
- Kabızlık
- Hiperkolesterolemi
- Hiperglisemi
- Obezite
- Kanser
- Soğuk algınlığı, öksürük
- Romatizma
- Menopoz
- Unutkanlık
- Anksiyete, depresyon
- Yorgunluk
- Uyku bozukluğu
- Hemoroid gibi sağlık sorunları (98).

Hem sık tercih edilip hem de ilaç etkileşimi olan örnekler (83):

- Sarımsak- Klorpropamid (hipoglisemi)
- Sarımsak- Warfarin (INR artışı, kanama)
- Mabedağacı-Tiazid diüretik (kan basıncı artışı)
- Mabedağacı-Warfarin (kanama)

2.5.9. Kayropraktik (Şiropraktik)

Kas-iskelet sistemindeki biyomekanik bozukluklar ve sinir sistemindeki olumsuz etkilerini düzeltmekte kullanılan bir uygulamadır. Hareket sınırlılığı olan eklemlere elle uygulanan kontrollü bir kuvvet ile hareketlilik tekrar kazandırılmaya çalışılır (99).

D.D Palmer isimli bir şifacının 1895 yılında omurga manipülasyonundaki olumlu tecrübelerinden karyopraktik mesleğinin çıktığı söylenir. 1975'te Maryland, Bethesda'da, Ulusal Nörolojik ve İletişimsel Hastalıklar ve İnme Enstitüsü tarafından yapılan 'Spinal Manipulatif Terapinin Araştırma Durumu' konulu bir çalıştaydan sonra tıp doktorları ve kayropraktörler arası etkileşim alanı değişmiş olup işbirlikçi araştırmaların gerekliliği ortaya çıkmıştır (100).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı doktor ve doktor gözetimindeki sağlık mensupları

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Kauda equina sendromu ve progresif motor defisit saptanmayan sinir kökü irritasyonları
- Servikal torakal, lomber disk hemilerine erken konservatif yaklaşım
- Miyofasiyal ağrı sendromu
- Postürel skolyoz
- Geriatrik kas-iskelet rahatsızlıkları
- Lomber spinal stenozun erken dönem konservatif tedavisi
- Akut-kronik zorlanmalara bağlı ağrılar
- Servikal kaynaklı kronik baş ağrısı

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Akut kırık
- Odontoid hipoplazi
- Spinal kord, menenjial, vertebral tümörler
- Osteomyellit
- Kauda equina sendromu
- Nedeni bilinmeyen hidrocefali
- Yumuşak doku neoplastik hastalıkları
- Fragmanlı disk hernisiyle birlikte ilerleyici nörolojik defisit

2.5.10. Masaj

Masaj, kas ve bağ dokusunu manipüle ederek fonksiyonlarını arttırmak, kas refleks aktivitelerini azaltmak, iyileşme sürecine yardımcı olmak, rahatlamayı ve genel iyilik halini sağlamak için kullanılan bir tekniktir (101).

Masajın geçmişi binlerce yıl önceye uzanmaktadır. İlk defa Asur, Babil, Pers, Eski Yunan ve Roma, Çin, Mısır, Hindistan halklarınca tedavide uygulanmış olup ilk kitap da Çin’de yazılmıştır. Roma İmparatorluğu’nun son dönemlerinde kaybettiği popülaritesine Rönesans’la kavuşmuştur. Stockholm’de P.H. Ling’in (1778-1838),

Amsterdam’da Metzger’in (1839-1901) çabalarıyla yeniden gündeme gelmiş ve İsveç masajı ismini almıştır. B. Mennel (1880-1957) masajın şifa amaçlı kullanımını detaylı şekilde ele almıştır. A. Hoffa (1859-1907) 1893’te kitabında klasik masajda bugün uyguladığımız teknikten etraflıca bahsetmiştir. Kendi okulunun devamı olan Goch okulunca Hoffa yöntemleri sürdürülmüştür. 1935’te Hoffa Goch tekniği şeklinde yayınlanan

Hoffa masajı;

- ***Eflöraj*** (Sıvazlama)
- ***Friksiyon*** (Dairesel hareketler)
- ***Petrisaj*** (Yoğurma)
- ***Presyon*** (Baskılama)
- ***Perküsyon*** (Vurma)
- ***Vibrasyon*** (Titretme) tekniği ile yapılır (102).

Masaj sırasında geniş çaplı olan deri dokunma reseptörleri uyarılır ve daha kısa sürede kortekse iletilerek ağrı kapısının kapatılması sağlanır bu da ağrı eşiğinin yükselmesini sağlar ve ağrı duygusu azalır ya da yok olur. Masajın aksiyete ve depresyonu azaltmak, ağrıyı hafifletmek, yaşam kalitesini arttırmak gibi faydaları belirtilmektedir.

Masajın kalp hızını ve kan basıncını azalttığı, depresyon, aksiyete ve ağrı kontrolünde etkili olduğu yapılan bir meta-analiz çalışmasında gösterilmektedir (103).

Boyun ağrılı 64 hastayla yapılan randomize bir çalışmada, kişisel bakım kitabıyla bilgi alan hastalardan, terapötik masaj uygulanan hastaların fonksiyonları artırma ve şikayetleri giderme açısından çok daha fazla fayda bulduğu belirtilmişti (104).

Koroner bypass operasyonu sonrası 40 kişiyle yapılan randomize kontrollü bir araştırmada masajın uyku kalitesini artırıp yorgunluğun azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (105).

İleri evre hastalardaki bir başka çalışmada masaj ağrının giderilmesinde, psikolojinin iyileştirilmesinde ve yaşam kalitesinin geliştirmesinde başarılı bulunmuştur (106).

2.5.11. Kupa-Hacamat

Kupa terapisi yaş ve kuru olarak iki çeşittir:

- **Kuru kupa:** Cilt üstünde belirlenen bölgelere vakum etkisi yapacak şekilde kupalar yerleştirilir. Uygulama alanlarında kızarıklık, kabarıklık, ısı yükselişi, kan damarlarında genişlemeye bağlı dolaşım artışı olur. Kupa görevi görecektir şekilde boynuz, bambu, çömlek, kauçuk, çelik, cam vb materyaller kullanılmıştır (107).

-**Yaş kupa:** Kupanın kapatıldığı bölgede cilde küçük çizikler atılması suretiyle kan ve toksik maddelerin vücuttan uzaklaştırıldığına inanılır. Ülkemizde “hacamat” olarak bilinmektedir (107).

Hacamat; Arapçada hijame, Somali’de ve Singa’da Shinga de Toobin, batıda wet cupping therapy şeklinde anılır (108).

Hacamat eski Mısır, Babil ve eski Çin uygarlıklarınca 5000 yıldır uygulanan bir şifa yöntemidir, Orta Doğu’da M.Ö. 3500’lere Asur Medeniyeti’nde hayvan boynuzları ve bambular ile kupa tedavisi uygulandığı görülmüştür (108). M.Ö. 3300’de antik Makedonya’daki uygulamaları konu alan “Ubi Plethore Ibi Evacua” kupa tedavisine ait en eski yazılı eserdir (109). Hacamat sistematik şekilde ilk defa Eski Mısır’da kullanılmış olup yabancı maddeyi bedenden arındırmak amacıyla hacamat yapıldığına dair belgeler vardır. Bilinen en eski tıp metni (M.Ö. 1550) Eski Mısır Eber Papirüsleri’nde de hacamata dair bilgilere rastlanmıştır. Moğollarda 2500 yıllık bir geçmişi olan hacamattan Hipokrat (M.Ö. 460–377) ve Galen (M.S. 131-210) de bahsetmiştir (108).

İbn-i Sina’nın yapıtlarında ve Amasya Şifahanesi Baştabibi Şerafettin Sabuncuoğlu’nun şifa yöntemlerinde de kupa tedavileri bulunmaktadır.

Royal Free ve William Marsden (1796-1867) tarafından kurulan Londra Kraliyet Marsden Hastaneleri’nde wet cupping therapy (hacamat) cerrahlarca yapılmıştır ve bu tarihlerden itibaren Avrupalı ve Amerikalı hekimler kupayı tedavi amaçlı kullanmışlardır (108).

İslamîyette sünnet olan hacamat için pazartesi ve perşembe günleri tercih edilmektedir. Sabah vakitlerinde aç yapılması tavsiye edilir. Başın arkası, ense, omuzlar, bel, kuyruk sokumu, sırt, diz bölgesi ve çevresi, baldır ve ayak bileği çevresi gibi rahatsızlığın şekline göre belirli bölgelere yapılmaktadır (110).

Kupa uygulamasının bazı hastalıklardaki başarı oranları ise şu şekilde saptanmıştır (111):

- Kas fibrozisi %97,6
- Spondilozis %97,6
- Ağrı %97,2
- Şizofreni %96 (sakinleştirilmede)
- Kireçlenme %94,6
- Bel soğukluğu %84

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim, dişhekim ve hekim gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensupları

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Romatizmal hareket sınırlılığı, kronik ağrı
- Fibromiyalji sendromu
- İmmün sistemi güçlendirme
- Sindirim sistemi rahatsızlıkları
- Organik olmayan baş ağrıları
- Nevraljiler
- Organik olmayan uyku bozuklukları
- İnme sekonder; yorgunluk, hıçkırık, afazi
- Diz ağrısı

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Aktif yaralar
- Dekompanse kalp hastalığı
- Ağır anemi
- Pıhtılaşma bozukluğu
- Tromboflebit

2.5.12. Ozon Terapisi

Ozon (O₃), Dünya'dan 25-30 km yükseklikte ozonosfer tabakasında, ultraviyole ışınların ve radyasyonun yerküreye ulaşımını engelleyen, renksiz, kendine has kokusu olan bir gazdır (112).

Ozon tedavi amaçlı verileceğinde, maksimum %5 ozona minimum %95 oksijen olacak şekilde karıştırılmalıdır (113). Vücudun bağışıklığını, nöro-humoral ve antioksidan mekanizmalarını aktifleştirerek “fizyolojik aşı” etkisi oluşturur (114). Kişilerden alınan 50 -270 ml kan ozona dayanıklı bir şişede 5-10 dakika ozon+oksijen karışımında bekletildikten sonra tekrar enjekte edilir. 1839 yılında Christian Friedrich Schönbein tarafından keşfedilen ozon ilk olarak güçlü okside etme özelliği nedeniyle dezenfeksiyonda kullanılmış olup virüs, bakteri ve toksinler üzerine etkili bulunmuştur. 1880 yılında Dr. John Harvey Kellogg’un ozonu tıbbi amaçla kullanan ilk kişi olduğunu iddia eden kaynaklar bulunmakla birlikte genel kabul Birinci Dünya Savaşı’nda Alman askerlerini tedavi eden Dr. Albert Wolff’a dayandığıdır. Berlin’de 1935 yılında toplanan 59. Alman Cerrahi Birliği toplantısı ozonun tedavide yerinin olduğunun tartışıldığı ilk bilimsel toplantıdır ve Dr. Erwin Payr “Cerrahi’de Ozon Uygulamaları” adlı sunumu yapmıştır (115).

Ozonun etki mekanizması kısaca şöyle anlatılabilir;

- Dokulara oksijenin kolayca bırakılması
- İmmün sistemin uyarımı
- Trombositlerden büyüme faktörleri salgılanması artışı
- Endotelden nitrit oksit salgılanması uyarımı
- Antioksidan enzim miktarı artışı

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim ve diş hekimi

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Gingivitis Periodontitis
- Diyabetik yaralar
- Nöropatik ağrı
- Ağrı tedavisi
- Fibromyalji
- Vertebral disk patolojileri
- Enfeksiyon hastalıkları
- Eklem, tendon ve ligaman yaralanmaları

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Basedow Graves tipi kontrolsüz hipertiroidi
- Ağır trombositopeni
- Malign hipertansiyon
- Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği

Uygulamanın Olası Yan etkileri: Uygulama bölgesinde komplikasyonlar (116).

2.5.13. Osteopati

Osteopatide amaç kas-iskelet sistemi üzerinden vücudun bütününe sağlığına kavuşmasıdır. Manuel bir terapi yöntemi olup vücudun sinir, lenfatik ve dolaşım sistemlerini güçlendirerek bedenin kendi kendini iyileştirmesine yardımcı olduğuna inanılır (117, 118). Osteopatik felsefede, bir organdaki sorun diğer organları da etkileyeceği için vücut işleyiş bakımından da ayrılmaz bir bütündür (119).

Osteopati Andrew Taylor Still tarafından 1874 yılında ortaya çıkarılmıştır. Still menenjit nedeniyle üç çocuğunu da kaybedince rotasını geleneksel tıba çevirmiştir (120). İngiltere’de ve Amerika’da osteopati okulları var olup osteopatlar hekim olmak zorunda değildir ancak Fransa’da hekim olma şartı vardır (121). “Osteopati Alanında Çalışma Kriterleri” DSÖ tarafından 2010’da çıkarılmıştır ve uygulamalar için rehber olması açısından önemlidir (122).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı doktor, diş hekimi ve doktor kontrolünde sertifikalı sağlık meslek mensupları

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Kas-iskelet sistemi ve omurga rahatsızlıkları
- Çocuklardaki koordinasyon ve psikomotor fonksiyonlarda bozukluklar
- Eklem dejenerasyonu ve sertliği
- Uyku bozuklukları
- Sindirim, ürogenital, dolaşım, üriner, solunum sistemi fonksiyonel bozuklukları
- Nevralji ve diskopatik ağrılar
- Kaza sonrası ağrı sendromları
- Ameliyat sonrası ayaktan rehabilitasyon

- Alzheimer hastalığı'nda ve Multipl Skleroz'da destekleyici
- Gebelerdeki ağrı sendromları
- Psikosomatik sendromlar
- Vissero-somatik fonksiyon bozuklukları
- Nöromuskuler problemler
- Hormonal bozukluklarda destekleyici

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Kanama
- Pıhtılaşma bozuklukları
- Kemik ve eklem stabilitesini bozacak durumlar
- Down sendromu
- Psikoz

2.5.14. Kaplıca

Kaplıcalar mineralize termal su ve bu suların çamurlarının banyo, solunum, ağız yolu ile kullanıldığı ve beraberinde lüzum halinde masaj, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikoterapi, diyet ve benzeri tedavilerin de eklenmesiyle sağlığı koruma ve geliştirme amaçlı uzman hekim denetiminde yöntemlerin uygulandığı sağlık tesisleridir (123).

Keltlerin ve Germanlerin kaplıcalarına ait yapıtlar, St. Moritz'de M.Ö.2000 yıllarına tarihlenen eserler bulunmuştur. İlk bilimsel adımlar ise Yunanlılar'dan gelmiştir. Herodot (M.Ö. 425-485) dokuz bölümlük eserinde kaplıca tedavi ilkelerini belirtirken Hipokrat (M.Ö. 375-460) ise “De Natura Hominis” eserinde ekolojik yaklaşımla doğal tedavi esasını açıklayan ilk tıp bilgini olmuştur (124).

Rönesans'a kadar kaplıca sayısı artmış ancak vebanın yayılmasını engellemek isteyen hekimler ile Katoliklerin banyo uygulamalarını günah saymaları bu tedavinin popüleritesini biraz zaman sarsmışsa da 17.yy'da kralların pozitif yaklaşımları tekrar talep görmesini sağlamıştır. 19.yy'da tıp okulları kontrolüne geçen mineralli sular, uzman balneologlar gözetiminde kullanılmaya başlanmıştır (125).

Türklerde ilk çalışma İbn-i Sina'nın (980- 1073) “El Kanun” adlı eseridir; bakırlı, demirli, sülfatlı kaplıcalardan bahsetmektedir. Balneoloji konusundaki ayrıntılı bilgiye ise 1721 yılında Bursalı Hekim Ali Mürsi Efendi'nin “Bıda-tül Müptedi” adlı şifalı sular kitabından ulaşmaktayız (125).

Kaplıca hekimliği eğitim çalışmaları 1930-1940 sürecinde Fransa ve Almanya’da tıp fakültelerindeki Balneoloji Enstitüleri tarafından canlandırılmıştır. Ülkemizde ilk Hidroloji Kürsüsü 1938’de İstanbul Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur (125, 126). Klinik Balneolojideki ilk kitap Viyanalı tıp profesörü Dr. Bernardt’ın 1942’de, Bursa Kaplıcalarındaki araştırmalarını içeren “Les Bains de Brouse” adlı eseridir (127).

Kaplıca tedavisinde, özellikle sıcaklığın uzun süreli etkisi, hormonal ve vejetatif süreçlerde değişimlere sebep olur. Mineralli sıcak su kaslarda gevşemeyi, eklem hareketliliğinin artışı, bağ dokusu elamanlarının elastikiyet artışı, ağrının azalmasını sağlar. Kronik inflamatuvar durumlarda antilojistik etki gösterir. Sinovyal sıvıların yoğunluğu azalır. Hipofiz surrenal aksını uyararak hipofizial bazı hormonların salınımını artırır. 42°C üzerinde kanda pıhtılaşma artışı görülebileceği için kalp - damar ve tansiyon rahatsızlıkları bulunanların bu sıcaklıklardan kaçınmaları gerekmektedir (125). 40°C- 45°C’deki hipertermi, bazı onkoloji kliniklerinde lethal etkisi nedeniyle tedavide kullanılmaktadır (128).

Farklı mineral yoğunlukları içeren sular da yine farklı rahatsızlıklar için kullanılmaktadır.

2.5.15. Refleksoloji

Refleksoloji “refleks” ve “oloji” kelimelerinin birleşiminden meydana gelir. Kelimedeki “refleks” genellikle “reflection – yansıma”, “-oloji” ise “çalışma alanı” şeklinde yorumlanır (129). Vücudun tüm bölümlerindeki salgı bezleri ve organların meridyenler ve kanallar yoluyla ayaklarda, ellerde ve kulaklarda yansımalarının olduğunu iddia eden refleksoloji bu noktalara basınç uygulaması ile enerji kanallarındaki tıkanıklıkların giderilmesi ve enerji akım düzenlemesi sonrası vücut fonksiyonlarındaki normale dönmeyi sağlama ilkesine dayanmaktadır. Uygulanan basınç etkisiyle kas gerginliğinde azalış, kan ve lenf dolaşımında artış sağlanmakta, vücudun toksinlerden arındırılmasına çalışılarak kendi kendine sıhate kavuşması amaçlanmaktadır (129, 130). Pek çok sinir ucu bulunması, duyarlılığının fazla olması ve büyüklüğü nedeniyle ayaklar öncelikli tercih edilen organlardır (131). Basınç uygulanan bu refleks bölgelerinde losyon, krem veya herhangi başka bir madde kullanılmaz.

Mısır’da MÖ 2400’lerde “kralların hekimi” Ankhmahar’ın mezarında refleks tedavilerin uygulamalarına işaret eden bir takım şekiller 1979 yılında gösterilmiştir. Hipokrat ise baş ve gövdedeki bazı ağrıların bacakların ve kolların ovulmasıyla

giderilebileceğini belirterek ilk refleks tedaviyi tanımlamıştır. Modern toplumda ise refleksolojiyi tekrar gündeme getiren KBB uzmanı bir tıp doktoru olan William H. Fitzgerald (1872–1942) "Bölge Terapisi" şeklinde isimlendirip akupunkturla birlikte uygulayarak vücudu düz çizgiler halinde 10 ayrı bölgeye ayırmıştır, sonraları Dr. Riley yatay dilimler de eklemiştir. 1930’larda fizyoterapist ve hemşire olan Eunice D. Ingham (1889–1974) günümüz refleksoloji haritalarını geliştirmiştir (129).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı hekim ve hekim gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensupları

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- İrritabl barsak sendromu
- Organik olmayan baş ağrıları
- Organik olmayan uyku bozuklukları
- Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi
- Sindirim düzensizlikleri
- Hiperaktif detrüsör kasılma nedenli üriner inkontinansta yardımcı yöntem
- Kas- iskelet sistemi mekanik ağrıları
- Anksiyete, stres
- Nörolojik kökenli hastalıkların rehabilitasyonunda yardımcı tedavi
- Doğum sancılarının azaltılması
- Kanseri ve kemoterapi nedenli bulantı, kusma, ağrı gibi yan etkiler

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Ateşli durumlar
- Derin ven trombozu
- Safra kesesi-böbrek taşları
- Kalp krizi, kalp pili varlığı, kontrolsüz tansiyon
- Akut cerrahi, akut enfeksiyon
- Gebeliğin ilk üç ayı

2.5.16. Aromaterapi

“Koku” anlamındaki “aroma” ile “tedavi” anlamındaki “terapi” kelimelerinin biraraya gelişiyile “aromaterapi” kelimesi oluşmuştur (132). Bitkilerden elde edilen sabit

ve uçucu yağların, terapötik özelliklerine göre fiziksel ve psikolojik olarak şifa bulma amacıyla kullanılması yöntemine aromaterapi denmektedir (133).

İlk çağlarda bazı bitkilerin yanmasıyla rahatlatıcı kokuların yayılması üzerine insanlar otları kurutup merasimlerde kullanmışlardır. Eski Mısır'da aromatik yağlardan besin, kozmetik ve tedavi dışında ölüleri mumyalamada da faylanılmıştır. Hipokrat ise sağlık için aromatik bitki banyosu ve kokulu masajları her gün uygulamak gerektiğini söylemiştir. Mezopotamya'daki kazılarda damıtma ekipmanları bulunmuştur (134). 2000 yıl öncesinde Mısırlılar, Persler ve Hintliler tarafından damıtmanın uçucu yağ üretimi için kullanıldığı da kayıtlıdır (135).

Doktor Paracelsus, uçucu yağlar ile bitkilerin bileşenleri arası bağlantıyı ilk kez ortaya koyan kişi olup “Quinta essential” ismi ile uçucu yağ terimini de kullanan ilk kişidir (136). Fransız kimyager Gattefosse 1910'da bir deney esnasında kazara elini yakınca acıyla elini yanındaki lavanta yağına daldırmıştır sonrasında yarasının hızla ve skarsız şekilde iyileştiğini gözleyince bu alanda çalışmalarda bulunmuş ve 1937'de aromaterapi kavramını ilk kullanan olup ilk modern aromaterapi kitabı sayılan Aromathérapie: Les Huiles Essentielles, Hormones Végétales 'i yazmıştır (137). Jean Walnet II. Dünya savaşında antiseptik uçucu yağlar ile yaralılara müdahale etmiştir ve Aromathérapie ve The Practice of Aromatherapie isimli eserleri yayınlamıştır (138). Marguerite Maury ise kişiye özel ilk uçucu yağ karışımlarını oluşturmuş olup Le Capital Jeunesse ile iki defa uluslararası ödül almıştır (139).

Uluslararası Holistik Aromaterapistler Birliği (NAHA), Uluslararası Profesyonel Aromaterapistler Federasyonu (IFPA), Uluslararası Aromaterapistler Birliği (AIA) ve Uluslararası Aromaterapistler Federasyonu (IFA) gibi kuruluşlar bugün dünyadaki aromaterapiyle ilgili standartların düzenlenmesinde öne çıkan otoritelerdir (140).

Aromaterapi uygulamaları günümüzde üç başlıkta incelenmektedir (134).

1- Estetik Aromaterapi: *Parfümler*, oda kokuları ve kişisel bakım ürünleri bu grupta yer alır.

2- Holistik aromaterapi: Kişiye özel karışımlar ile yapılan masajlarla bedensel ve ruhsal rahatlama ile enerji verme amaçlanır.

3- Klinik Aromaterapi: Belirli bir semptom için hazırlanan karışımlar bu grupta değerlendirilir. Fransız aromaterapistler kitapları ile bu konuya ilk değinenlerdir.

Klinik aromaterapi iki başlık altında değerlendirilir; medikal aromaterapi ve hasta bakım aromaterapisi.

- **Medikal aromaterapi:** Oral olarak kullanılmakta olup Türkiye’de uçucu ve sabit yağ içeren ruhsatlı pek çok besin desteği ve ilaç bulunmaktadır.

- **Hasta bakım aromaterapisi:** Haricen kullanımlar mevcuttur.

Aromaterapi uygulama şekilleri;

- Topikal,
- İnhalasyon,
- Oral,
- Dahilen (supp, gargara vb.) Olabilir.

Uçucu yağlar: Aromaterapide kullanılan bitkilerin yağ hücrelerinde, salgı kanallarında, salgı tüylerinde, salgı boşluklarında yer alır. Doğru bitkiden saf ve katkısız olarak elde edilmiş olması gerekmektedir.

NAHA'ya göre en çok tercih edilen olan uçucu yağlar (141):

- **Okaliptus:** Ekspektoran, dekonjestan
- **Rezene:** Sindirime yardımcı, antimikrobiyal
- **Zencefil:** Rahatlatıcı, sindirime yardımcı
- **Lavanta:** Hücre yenileyici, rahatlatıcı, yara iyileştirici
- **Portakal çiçeği – Neroli:** Antidepresan, antispazmodik, doğuma ve gebeliğe yardımcı
- **Gül:** Duygu düzenleyici, hücre yenileyici, afrodizyak
- **Biberiye:** Ekspektoran, zihin canlandırıcı, enerji verici
- **Çay ağacı:** Bağışıklık kuvvetlendirici, antimikrobiyal
- **Ylang ylang:** Antispazmodik, afrodizyak, antidepresan
- **Limon:** Arındırıcı, antiviral
- **Sabit yağlar:** Genellikle meyve ve tohumlardan elde edilirler. Katı ya da sıvı halde bulunabilirler (142). Aromaterapide sabit yağlar, uçucu yağları seyreltmek amacıyla kullanılır. Uçucu yağlar tahriş edici özellikleri yok olup cilt emilimleri artsın diye sabit yağlar ile seyreltilerek kullanılırlar ve bu sebepten *taşıyıcı yağ* olarak da isimlendirilirler. Bazı sabit yağlar cilt için

terapötik etkileri nedeniyle de kullanılırlar. Taşıyıcı yağların tercihinde yağın içeriği önemlidir ve pek çoğunda A ve E vitaminleri yüksektir (134).

Klinik aromaterapide sık kullanılan sabit yağlar (134):

- ***Aloe vera***: İyileştirici ve antienflamatuar
- ***Hindistan cevizi***: Cilt için yumuşatıcı
- ***Fındık***: Sıkılaştırıcı ve cilt için iyileştirici
- ***Sarı kantaron***: Yara tedavisinde antiseptik, analjezik ve iyileştirici
- ***Kayıs çekirdeği***: Uçucu yağların emilmesini artırır, egzema ve inflamasyonda faydalı
- ***Badem yağı***: Cilt besleyici ve iyileştirici
- ***Jojoba***: Kozmetiklerde sık tercih edilir, antifungal ve iyileştirici
- ***Üzüm çekirdeği***: Sıkılaştırıcı, iyileştirici, nemlendirici.

Uçucu yağın distilasyonu sonrasında altta kalan sulu kısım hidrolat ya da aromatik su olarak isimlendirilir (134). Uçucu yağlar toksik ve iritan olabildikleri için her zaman oral alınamıyorken hidrolatlar uçucu yağ komponentlerinden bir miktar içermekle birlikte yağdan arındırıldıktan sonra oral tüketilebilirler.

Klinik aromaterapiden uykusuzlukta, stres ve kaygı bozukluğunda, antibakteriyel ve antifungal özellikleri ile dermatolojide, antimikrobiyal ve antienflamatuar olarak solunum yolu enfeksiyonlarında, baş ve kas ağrılarında, kolik ve spazmlarda faydalanılmaktadır.

2.5.17. Mezoterapi

Mezoterapi meso'dan köken alan bir kelimedir, meso orta anlamına gelmektedir ve birkaç çeşit etken maddenin (vitaminler, biyoaktif maddeler, bitki özleri, farmakolojik ajanlar, homeopatik ajanlar) küçük dozlarda karışım haline getirilip derinin orta tabakasına enjekte edilmesini içerir (143). İntradermoterapi şeklinde de isimlendirilir. Kısa mesafeli etkiyi dermal reseptör uyarımıyla, uzak mesafeli etkiyi ise genel dolaşıma katılımıyla sağlar (144).

Mezoterapi ilk kez 1952 senesinde Dr. Michel Pistor tarafından uygulanmıştır. Astım tanılı hastasına intravenöz olarak uyguladığı prokainin hastadaki işitme kaybını da tedavi ettiğini gören Dr. Pistor prokaini farklı endikasyonlarda intradermal enjeksiyon şeklinde kullanmaya başlamıştır (144).

Etki mekanizması konusunda farklı teoriler vardır:

Refleks teorisi: Mekanik etki ve de ilaç etkisiyle dermal inhibe edici mekanizmalar uyarımla devreye girer.

Mikrosirkülatuar teori: İşlem bölgesinde kan akımı ve lenf akımı hücre düzeyinde artar.

Mezodermik teori: Dermis immun sisteminin uyarımı gerçekleşir.

Üçüncü dolaşım teorisi: Uygulanan etken madde, interstisyel doku vasıtasıyla daha derindeki dokulara da ulaşır böylece tedavi edici etkide artış gözlenir (145).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı tabip ve diş tabipleri

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Çeşitli nevraljiler, migren
- Miyofasiyal ağrı sendromu
- Alopesia areata, keloid gibi dermatolojik rahatsızlıklar
- Yumuşak doku travmaları
- Eklem dejenerasyonuna bağlı patolojiler
- Bağışıklık sistemini güçlendirme
- Mikro dolaşım bozukluğuna bağlı ödemlerde destekleyici
- Jinekolojik ve doğum nedenli sorunlar

GETAT Yönetmeliğine Göre Kontraendike Durumlar:

- Derin ven trombozu
- Kalp krizi
- Açık yaralar
- Böbrek yetmezliği
- Diyabetes mellitus
- Hamilelik

- Akut enfeksiyonlar
- Senkop sonrası epizod
- İlaç aşırı duyarlılığı
- Senkop sonrası epizod

2.5.18. Sülük Tedavisi

Latince “hirudo”, “sülük” anlamına gelmektedir ve Hirudo verbana, Hirudo medicinalis gibi tıbbi sülüklerin tükürüğündeki 100'den fazla biyoaktif madde, vazodilatör, antikoagülan, antienflamatuar, anestezi ve trombolitik özelliklerle beraber çeşitli terapötik etkileri içerir (146). Sülük ya da sülük kaynaklı ürünlerin tedavide kullanılmasına hirudoterapi denmektedir.

Hirudoterapi ilk kez M.Ö 1400’lerde Antik Mısır’ da uygulanmıştır. MÖ 15.yy Babil kaynaklarında ve 14.yy Mısır duvar resimlerinde gösterilmiştir. Hint tıp literatüründe M.Ö 600-100 yıllarında sülük uygulamasına dair bilgiler mevcuttur. Mayalar, Aztekler, Mezopotamyalılar, Yunanlılar ve Araplar da bu tedavi yönteminden faydalanmışlardır (147, 148).

M.S 1.yy’da kan toplanması ve çürüme nedenli ortaya çıkan rahatsızlıklarda sülük ilk tedavi seçeneğiydi. İbn-i Sina El Kanun Fi’t Tıb (Tıbbın Kanunu) eserinde lepra, gangren, yılan zehirlenmesi ve mantar hastalıkları gibi pek çok durumda sülük kullanılabileceğini anlatmıştır (149). 19.yy Fransa’ında hastane yatışı yapılan herkese 20 ila 30 sülük uygulaması yapılır, tanısı konup tedavisi planlanırdı (150).

Tıpta ilerlemelerle birlikte sülüğe ilgi azalmışken Haykraft’ın sülük salyasındaki hirudin ismini verdiği antikoagülanı tanımlamasıyla tekrar artmıştır. Markwardt da daha sonra sülükteki antitrombin aktiviteyi tespit etmiştir (151, 152).

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulayıcılar: Sertifikalı tabip ve tabip gözetiminde sağlık meslek mensubu

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulama Alanları:

- Dejeneratif eklem hastalıkları
- Lateral epikondilit gibi hastalıklarda ağrı
- Alt ekstremitelerde variköz ven hastalıklarında ağrı
- Venöz yetmezlikler

GETAT Yönetmeliğine Göre Uygulamanın Kontraendikasyonları:

- Ağır anemi
- Pıhtılaşma sorunları
- Aktif kanama
- Gebelik, emzirme
- Kan sulandırıcı ilaç kullanımı
- Cerrahi girişim öncesi

Uygulamanın Olası Yan Etkileri (153):

- Anemi
- Enfeksiyon
- Kanama ve cilt lezyonları
- Allerjik reaksiyon

2.6. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Başvuru Nedenleri

DSÖ geleneksel ve tamamlayıcı, alternatif tıbbı başvuru nedenlerini;

- Kültürel nedenler,
- Hasta olmayıp sağlıklı olma durumunu devam ettirme gayreti,
- Modern tıbbın ulaşımındaki zorluklar,
- Modern tıbbın tedavileri ile tatmin olamama,
- Tedavi imkanı görünmeyen hastalıklarda ümit vadedebilme şeklinde özetlemiştir (5).

Toplumlarda sosyo-ekonomik durum, sosyo-kültürel durum, dini inançlar ile birlikte uygulayıcılarının çalışma biçimleri, medya ile tanıtımı, kullanılan materyaller ve uyguladıkları yöntemlerin medya araçları vasıtasıyla insanlara tanıtılması, geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvuran insan yüzdelilerindeki farklılığın sebebi olarak açıklanabilir (154).

Afrika ülkelerinde modern tıp hizmetlerinin kullanılabilirliğindeki veya ulaşılabilirliğindeki kısıtlılıklar; Singapur, Kore gibi ülkelerde tarihi ve kültürel etmenler, Amerika gibi gelişmiş ülkelerde ise tamamlayıcı tedavi olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıp tercih edilmesidir (5).

Malign hastalıklar ile kronik hastalıklardaki artış ve tam iyileşmedeki başarısızlık, tedavide hastalara gerekli zamanın ayrılamaması, maddi külfetin azlığı, doğal olduğuna inanılan uygulama düşüncesi, kullanılan ilaçları azaltma talebi, ilaç yan etkilerine bağlı çekinceler, kültürel uyumluluk, ulaşabilmekteki kolaylık gibi sebeplerden ötürü kişiler TAT yöntemlerine meylenmektedir (4, 24, 31, 155).

Hastalıklarla mücadelede başarılı olup kendilerini fiziksel ve ruhsal sağlıklı hissetmeleri konusunda modern tıbbın geri kaldığını düşünenler, kendi kendine yardım topluluklarından, kitaplardan ve TAT yöntemlerinden fayda bulmaya yönelmektedir. Kronik hastalık sahibi kişilerin yaşam kalitelerini arttırma istekleri GETAT-TAT kullanımındaki esas amaç olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Sosyal güvencenin yokluğu, medya etkisi, modern tıpla tedavi olunamayan hastalıklar, ilaç yan etkileri, ekonomik sıkıntılar, dini inançlar, TAT uygulayıcılarıyla iletişimin daha güzel olması, modern tıbbi müdahalelerden çekinmek, yakınların önerileri gibi unsurlar kişileri GETAT-TAT uygulamalarına yönlendiren sebepler arasında sayılabilir (156).

2.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıba Olumsuz Bakış Açısı Nedenleri

Ülkemizde kimi hekimlerce GETAT'ın etkinlik, güvenilirlik ve uygulama yöntemleri ve benzeri konularda yönetmeliğin yetersiz olduğuna dair düşünceler vardır.

GETAT'a olumsuz düşünce besleme nedenlerin arasında;

- Yanlış tanı,
- Kişisel riskler,
- Eğitimsiz uygulayıcılar,
- Uygun olmayan ürün seçimi,
- Bilgi noksanlığı,
- Doğru olmayan yöntem seçimi,
- Muhtemel komplikasyonlar sıralanmaktadır (5).

GETAT kullanımında endişe duyulma nedenleri;

- Nitelikli ve kafi miktarda bilimsel araştırma olmaması,
- Endike ve kontraendike durumlarda yeterince netlik olmaması,
- Komplikasyonlar konusunda yeterli bilgiye sahip olunmaması,

- Çalışma eksikliği nedeniyle gebelik, böbrek yetmezliği benzeri özel durumlarda neler olabileceğinin tahmin edilememesi şeklinde sıralanmaktadır (157).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma İzinleri, Yeri ve Zamanı

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilmiştir. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nda 2018/1598 dosya numaralı 23/11/2018 tarihi 20 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygunluk alınmıştır. Bunun yanında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 04.01.2019 tarihli E.50 sayılı çalışma izni alınmıştır.

Araştırma 07.01.2019 – 02.09.2019 tarihleri arasında İstanbul ili Eyüpsultan ilçesi İslambey Mahallesi'nde yapılmıştır. Eyüpsultan ilçesi, Haliç ile Karadeniz kıyıları arasında 242 km²'lik geniş bir alana yayılmış olup hem kırsal hem de kentsel yerleşim alanları içermektedir (158). Düğmeciler Caddesi referans noktası alındığı takdirde yerleşme üç bölgeye ayrılmış olmakta ve İslambey Mahallesi Birinci bölge (A bölgesi) üzerinde yer almaktadır. Genellikle düz alanlara yayılmış olan İslambey Mahallesinde 5-6 katlı yapılar bulunmaktadır (159). Eyüpsultan ilçesi nüfusu 2020 yılı verilerine göre 405,845 olup 203,218(%50,07) erkek ve 202,627 (%49,93) kadından oluşmaktadır (160).

3.2. Araştırma Yöntemi, Evreni ve Örneklemi

Gözlemsel nitelikte, kesitsel tipte olan araştırma, İslambey Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü akli melekeleri yerinde olan 200 kadın ve 200 erkek gönüllü katılımcı ile yürütülmüştür. İstanbul ili Eyüpsultan ilçesi İslambey Mahallesi'nde 16,385 kişi yaşamakta olup bu nüfusun 8,128'i erkek, 8,257'si kadından oluşmaktadır (160). Yapılan power analizinde örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %5 hata payı, %80 güç, %50 prevalans olacağı kabul edilerek minimal 376 kişi olarak bulunmuştur. Katılımcılarla ilgili çıkabilecek sorunlar, anket formlarının yanlış doldurulabileceği vb. düşünülerek, örneklem büyüklüğünün %10 fazlası ile 420 kişi olması kararlaştırılmıştır. Anketler kontrol edildikten sonra, eksik ve hatalı olanlar elenmiş ve 400 kişinin formları uygun bulunarak araştırmaya alınmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü zaman diliminde anket formu haftada iki gün olacak şekilde, hasta yoğunluğunun nispeten daha az olduğu çarşamba ve perşembe günleri yüzyüze görüşme yöntemi ile poliklinik işleyişini aksatmayacak şekilde günde 10 kişiye uygulanmıştır.

Tek merkezli olan bu çalışma için ilgili güncel ulusal ve uluslararası kaynaklar ışığında hazırlanan ortalama 20 dakika süren anketin ilk 11 sorusunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri sonraki 11 sorusunda ise geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki bilgi düzeyleri ve yaklaşımları incelenmiştir (Ek-1).

Katılımcılara araştırmanın konusu ve önemi hakkında önceden bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmalarının kendi isteklerine bağlı olduğu, istedikleri zaman ayrılacakları, çalışma sonuçlarının sadece akademik yayın ve bilimsel amaçlar için kullanılacağı, kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda güvence verilmiştir. Katılımcılar ‘Gönüllü Olur Formu’ imzalayarak doldurmuşlardır (Ek-2).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. 18 yaş ve üzeri olmak
2. Akli melekelerinin yerinde olması
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. 18 yaşını doldurmamış olmak
2. Akli dengeyi bozacak psikiyatrik hastalığı olmak
3. Çalışmaya katılmayı reddetmek
4. İletişim engeli olması

Çalışmanın kısıtlılıkları

1. Anket yöntemiyle yapılmış bir çalışma olmasından ötürü katılımcıların o esnadaki beyanları esas alınmıştır ve verdikleri bilgiler objektif olarak ölçülememiştir.
2. Çalışma belirli bir bölgede yapıldığı için toplum genelini yansıtmakta zayıf kalmıştır.
3. Kuruma kısa sürecek işlemler için başvuran kişiler içinde zaman ayırmak istemeyip anket uygulamasına katılmayı reddedenler ya da yarıda bırakanlar olmuştur.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

1. GETAT yöntemlerini bilme durumu
2. GETAT’ın yararlı olduğunu düşünme durumu

3. GETAT'ı kullanma durumu

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

1. Cinsiyet
2. Yaş
3. Bir işte çalışıyor olma durumu
4. Medeni durum
5. Eğitim durumu
6. Sosyal güvence
7. Sigara kullanımı
8. Kronik hastalık varlığı
9. Kronik hastalık tanısı

3.3. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21,0 programı yardımıyla yapılmıştır.

Anketin son kısmında kişilerin GETAT yaklaşımlarını ölçen sorular yer almıştır. Değerlendirmede soruları hayır şeklinde cevaplayanlara sıfır puan, evet şeklinde cevaplayanlara iki puan kararsızlara ise bir puan verilmiştir.

Soruların altı tanesi (s1, s3, s6, s7, s8, s9) geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu yaklaşımı ölçerken, üç soru (s2, s4 ve s5) ise geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumsuz yaklaşıma verilen yanıtları içermiştir. Bu sorulara verilen cevaplardan olumlu yaklaşım ve olumsuz yaklaşımı ölçebilmek adına ve elde edilen puanı standardize etmek için 100'lük skala kullanılmıştır. Örneğin olumlu altı sorunun hepsine birden evet diyenler 100 puan alırken, hepsine hayır diyenler ise sıfır puan almıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır.

Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve

Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test uygulanmıştır.

Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher-Freeman-Halton exact testi, nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Multivarite değerlendirmelerde Lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık %95 Güven düzeyinde $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

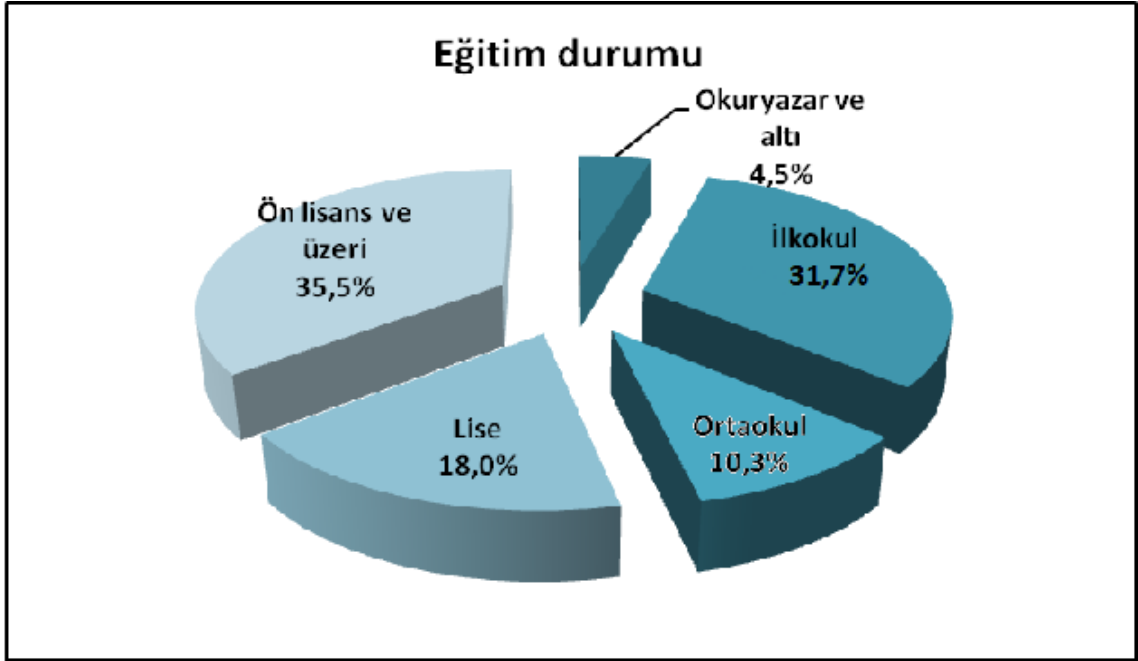
Bu çalışmaya İslambey Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 400 kişi katılmıştır. Çalışmaya alınan kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4-1'de verilmiştir.

Çalışmadaki bireylerin yaşları 18 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalama $44,22 \pm 16,31$ yıldır. Katılımcıların 200'ü (%50) erkeklerden, 200'ü (%50) kadınlardan oluşmaktadır. Olguların %9,5'i (n=38) çalışmamaktadır. %24,2'si (n=97) işçi, %15'i (n=60) memur, %13,5'i (n=54) serbest çalışan, %17,3'ü (n=69) emekli, %16'sı (n=64) ev hanımı ve %4,5'i (n=18) öğrencidir. Çalışmaya katılan olguların %63,8'i (n=255) evli, %28,8'i (n=115) bekâr ve %7,4'ü (n=30) duldur. Eğitim durumuna bakıldığında olguların %1,3'ü (n=5) okuryazar değil, %3,2'ü (n=13) okuryazar, %31,7'si (n=127) ilkokul, %10,3'ü (n=41) ortaokul, %18'i (n=72) lise mezunu, %35,5'i (n=142) ön lisans ve üstü mezunu olduğu görülmektedir (Şekil: 4-1).

Tablo 4-1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		<i>Ort±Ss</i>	<i>Medyan (Min-Maks)</i>
Yaş		44,22±16,31	44 (18-89)
		n	%
Cinsiyet	Kadın	200	50,0
	Erkek	200	50,0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	38	9,5
	İşçi	97	24,2
	Memur	60	15,0
	Serbest çalışan	54	13,5
	Emekli	69	17,3
	Ev hanımı	64	16,0
	Öğrenci	18	4,5
	Evli	255	63,8
Medeni durum	Bekâr	115	28,8
	Dul	30	7,4
Eğitim durumu	Okuryazar ve altı	18	4,5
	İlkokul	127	31,7
	Ortaokul	41	10,3
	Lise	72	18,0
	Ön lisans ve üzeri	142	35,5

n= sayı, %= sütun yüzdesi



Şekil 4-1: Katılımcıların eğitim durumu

4.2. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyal Güvence Durumu, Sigara Kullanımı ve Kronik Hastalık Varlığı

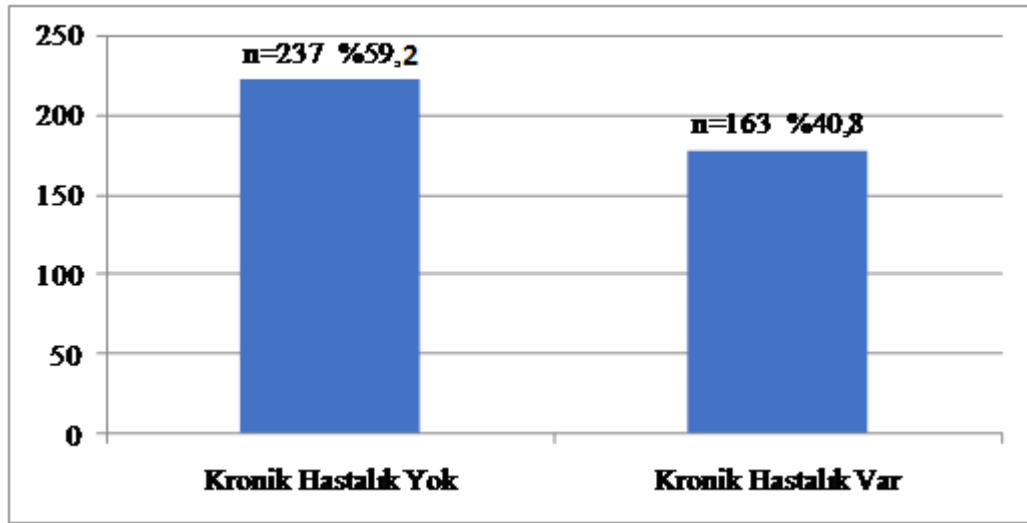
Katılımcıların sosyal güvenceleri, sigara kullanımları ve kronik hastalıkları olması durumunun incelenmesi Tablo 4-2’de gösterilmiştir. Olguların %91,5’i (n=366) SGK’lı, %4’ü (n=16) özel sigortalı, %4,5’inin (n=18) ise sosyal güvencesi yoktur. Çalışmaya katılan olguların %34,5’i (n=138) sigara kullanmaktadır. %15,3’ü (n=61) sigaraya bırakmıştır. Olguların %40,8’inde (n=163) kronik hastalık vardır (Şekil 4-2).

Kronik hastalık olan olguların %22,5’inde (n=90) hipertansiyon, %15,5’inde (n=62) diyabet, %9,8’inde (n=39) hiperlipidemi, %2,8’inde (n=11) kalp yetersizliği, %2,2’sinde (n=9) kanser, %2’sinde (n=8) KOAH ve %14,5’inde (n=58) diğer kronik hastalıklar bulunmaktadır (Şekil 4-2).

Tablo 4-2: Katılımcıların sosyal güvence, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığı

		N	(%)
Sosyal güvence	Yok	18	4,5
	SGK	366	91,5
	Özel sigorta	16	4,0
Sigara	Hayır	201	50,2
	Evet	138	34,5
	Bırakmış	61	15,3
Kronik hastalık	Hayır	237	59,2
	Evet	163	40,8
	Hipertansiyon	90	22,5
	Diyabet	62	15,5
	Hiperlipidemi	39	9,8
	Kalp yetersizliği	11	2,8
	Kanser	9	2,2
	KOAH	8	2,0
	Diğer	58	14,5

n= sayı, %= sütun yüzdesi



Şekil 4-2: Katılımcılarda kronik hastalık varlığı

4.3. Çalışmaya Katılan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerine İlişkin Bilgi Durumu

Çalışmadaki bireylerin GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi durumları Tablo 4-3'te verilmiştir.

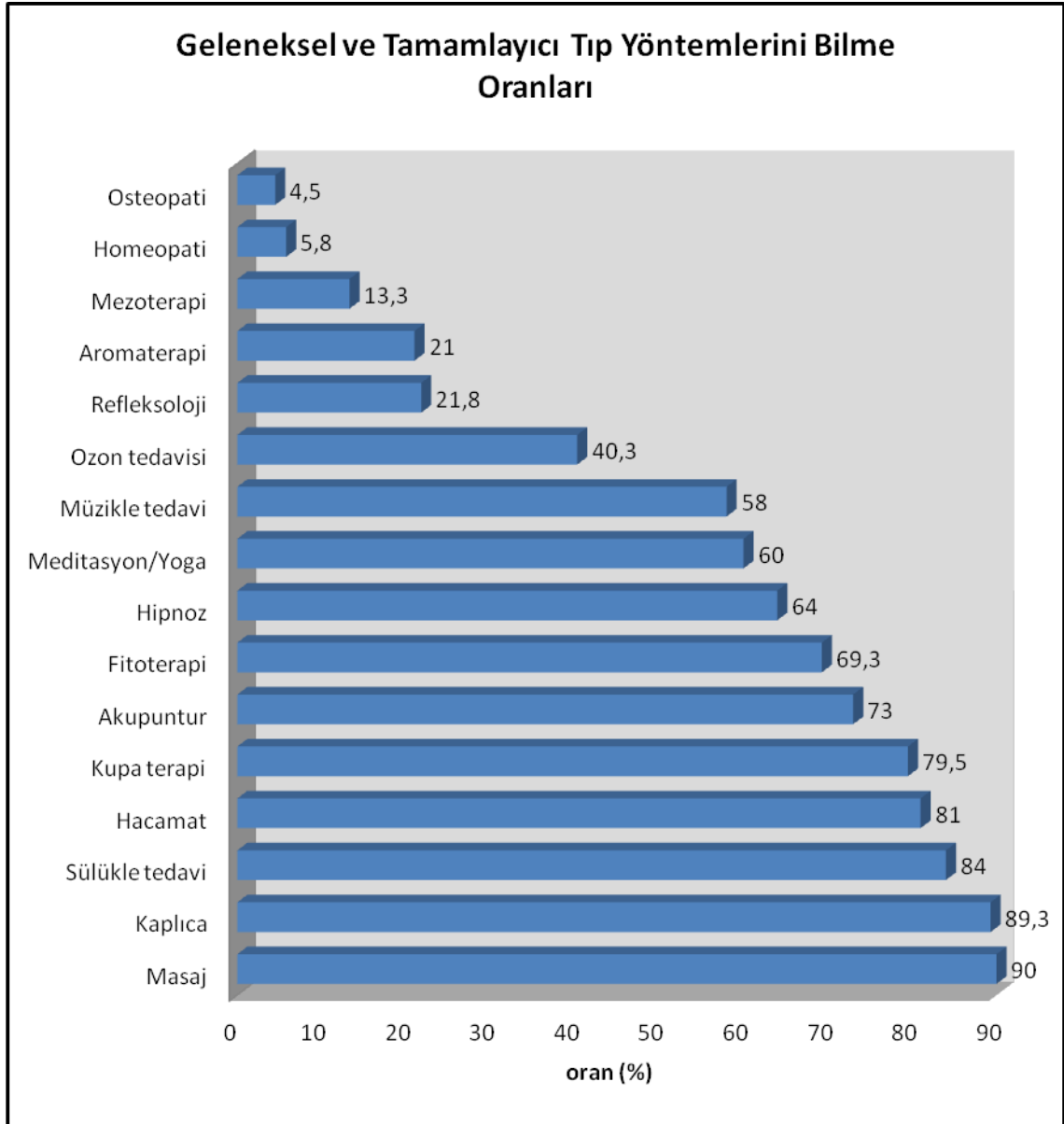
Geleneksel tıp yöntemlerinden, olguların %90'ı (n=360) masajı, %89,3'ü (n=357) kaplıcaı, %84'ü (n=336) sülükle tedavi, %81'i (n=324) hacamat, %79,5'i (n=318) kupa terapiyi, %73'ü (n=292) akupunturu, %69,3'ü (n=277) fitoterapiyi, %64'ü (n=256) hipnozu, %60'ı (n=240) meditasyonu, %58'i (n=232) müzikle tedaviyi, %40,3'ü (n=161) ozon tedavisini, %21,8'i (n=87) refleksolojiyi, %21'i (n=84) aromaterapiyi, %13,3'ü (n=53) mezoterapiyi, %5,8'i (n=23) homeopatiyi, %4,5'i (n=18) osteopatiyi bilmektedir (Şekil 4-3).

Olguların %59,5'i (n=238) geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yararlı bulmaktadır.

Tablo 4-3: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerine İlişkin Bilgi – İnanç Durumu

		N	%
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangisini biliyorsunuz?	Masaj	360	90,0
	Kaplıca	357	89,3
	Sülükle tedavi	336	84,0
	Hacamat	324	81,0
	Kupa terapi	318	79,5
	Akupunktur	292	73,0
	Fitoterapi	277	69,3
	Hipnoz	256	64,0
	Meditasyon/Yoga	240	60,0
	Müzikle tedavi	232	58,0
	Ozon tedavisi	161	40,3
	Refleksoloji	87	21,8
	Aromaterapi	84	21,0
	Mezoterapi	53	13,3
	Homeopati	23	5,8
	Osteopati	18	4,5
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yararlı mı?	Evet	238	59,5
	Hayır	59	14,7
	Kararsızım	103	25,8

n= sayı, %= sütun yüzdesi



Şekil 4-3: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilme oranları

4.4. Çalışmaya Katılan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımına İlişkin Tespitler

Çalışmaya katılan kişilerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanma durumlarına ilişkin sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4-4' te gösterilmiştir.

Olguların %51,3'ü (n=205) geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanmıştır (Şekil 4-4). Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanmasında olguların %51,2'sine (n=105) akraba, %42,4'üne (n=87) arkadaş, %30,2'sine (n=62) medya, %17,6'sına (n=36) doktor, %16,6'sına (n=34) aktar ve %4,9'una (n=10) diğer etkenler sebep olmuştur (Şekil 4-5).

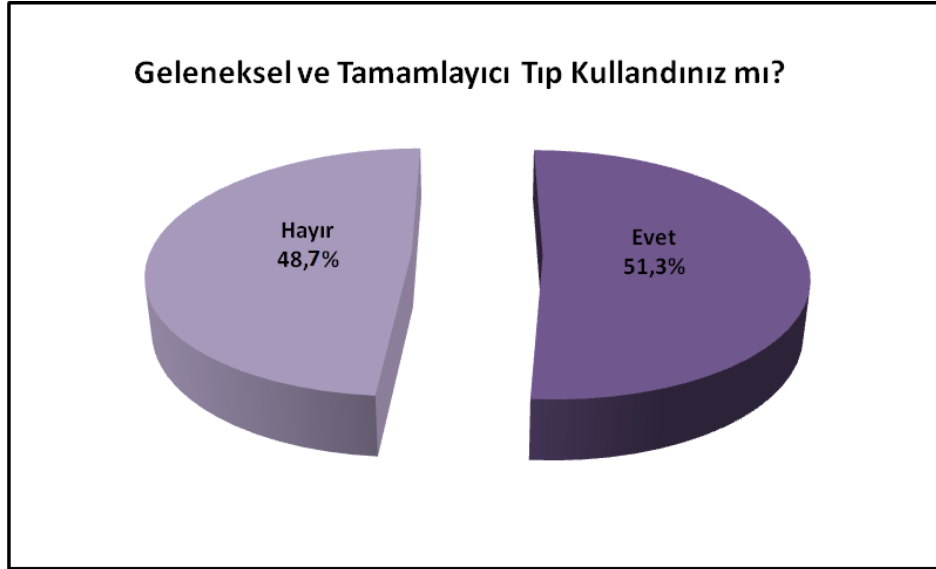
Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanma nedenleri incelendiğinde, olguların %80'i (n=164) sağlık problemleri için, %30,7'si (n=63) bağışıklığı güçlendirmek için, %23,4'ü (n=48) saç ve yüz bakımı için, %23,4'ü (n=48) stresi azaltmak için, %18,5'i (n=38) kilo vermek/almak için, %16,6'sı (n=34) rahat uyku için, %2,9'u (n=6) cinsellik için ve %1'i (n=2) diğer sebeplerle kullanmıştır (Şekil 4-6).

Çalışmaya katılan olguların %86,3'ü (n=177) geleneksel tıbbın yararını gördüğünü belirtmiştir. %79'u (n=162) kullandığı yöntemi çevresine önermiştir. %9,3'ü (n=19) geleneksel tıp kullanımları dolayısıyla yan etki bildirmiştir (Şekil 4-7).

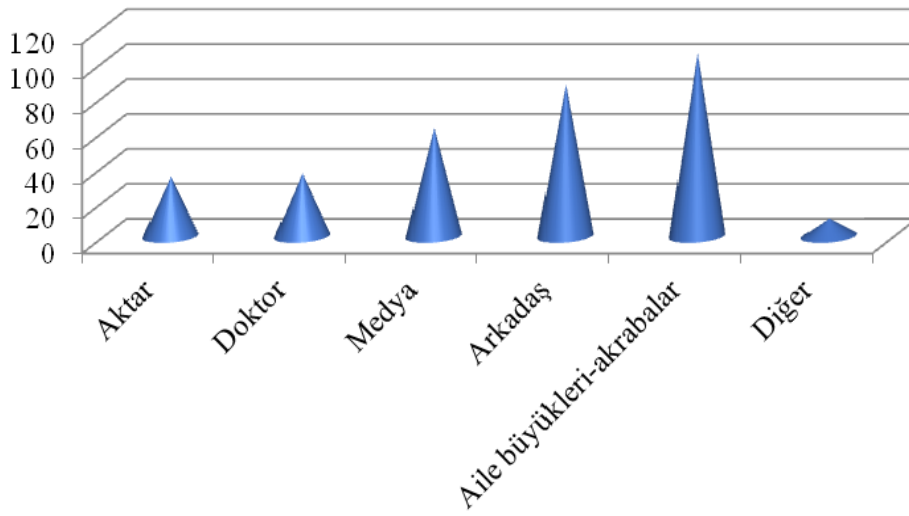
Tablo 4-4: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımına ilişkin cevaplar

		N	%
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullandınız mı?	Evet	205	51,3
	Hayır	195	48,7
Kullandıysanız başlama etkeni (n=205)	Aile büyükleri/akraba	105	51,2
	Arkadaş	87	42,4
	Medya	62	30,2
	Doktor	36	17,6
	Aktar	34	16,6
	Diğer	10	4,9
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma nedeni (n=205)	Sağlık problemleri	164	80,0
	Bağışıklığı güçlendirmek	63	30,7
	Saç ve yüz bakımı	48	23,4
	Stresi azaltmak	48	23,4
	Kilo vermek/ almak	38	18,5
	Rahat uyku	34	16,6
	Cinsellik	6	2,9
	Diğer	2	1,0
Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın yararını gördünüz mü? (n=205)	Evet	177	86,3
	Hayır	28	13,7
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp olarak kullandığınız yöntemleri önerir misiniz? (n=205)	Evet	162	79,0
	Hayır	43	21,0
Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanımında yan etkiyle karşılaştınız mı? (n=205)	Evet	19	9,3
	Hayır	186	90,7

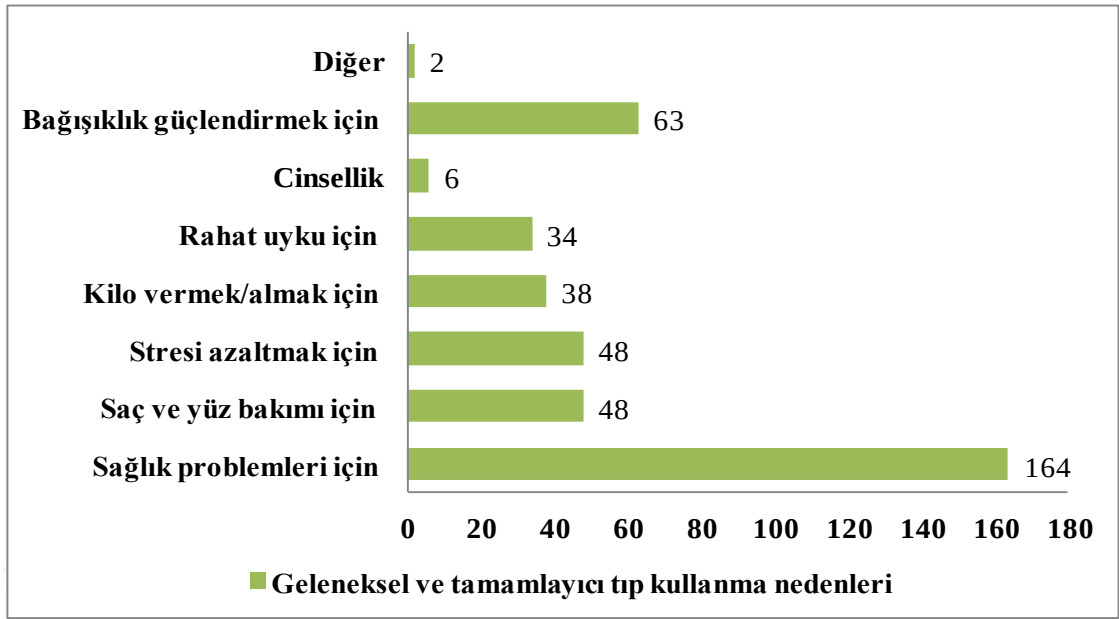
n= sayı, %= sütun yüzdesi



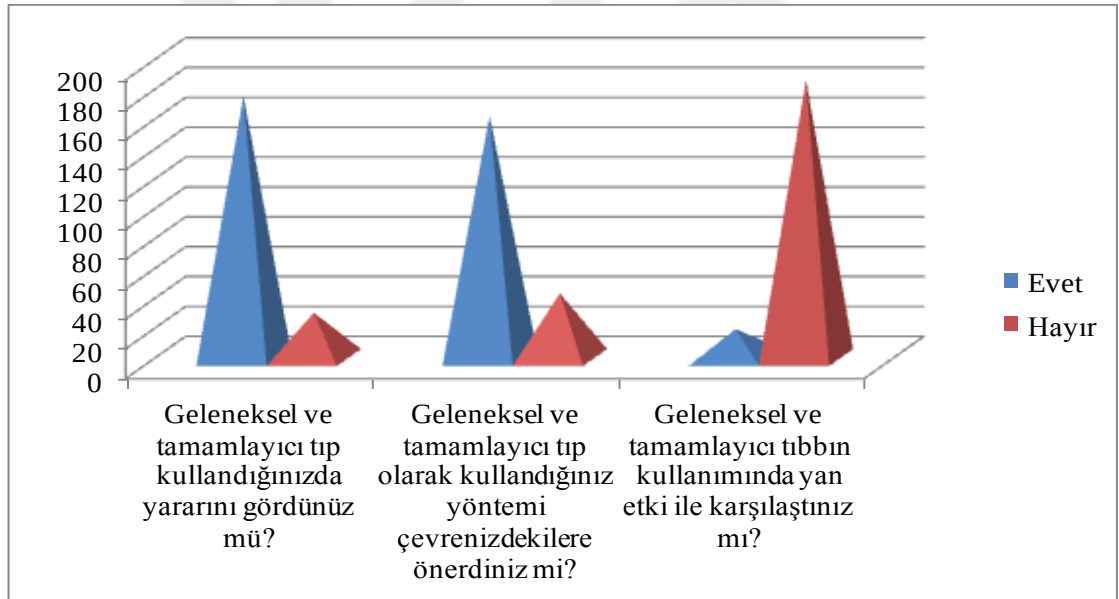
Şekil 4-4: Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma oranları



Şekil 4-5: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine başlama etkenleri



Şekil 4-6: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma nedenleri



Şekil 4-7: Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanımı sonrası görüşler

4.5. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Kullanma Durumlarının Karşılaştırılması

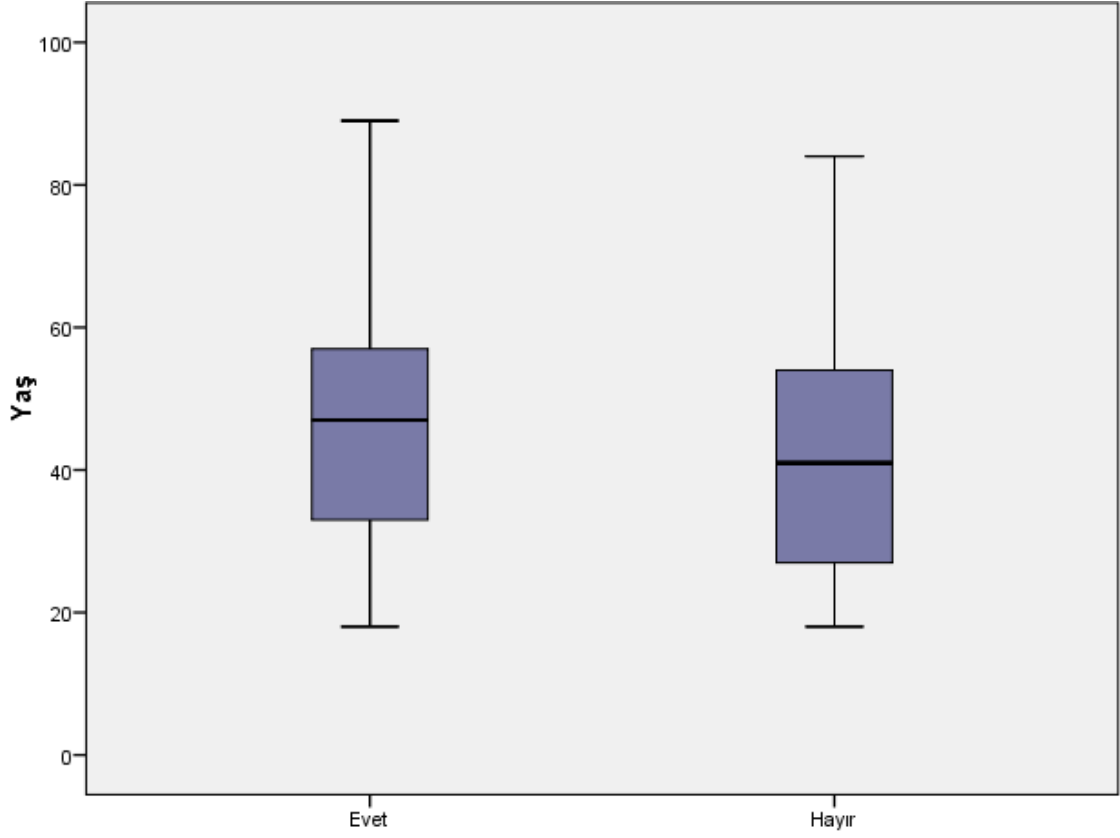
Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı açısından değerlendirilmesi Tablo 4-5’ te gösterilmiştir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanan olguların yaşları, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,011$) (Şekil 4-8). Cinsiyet dağılımı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir

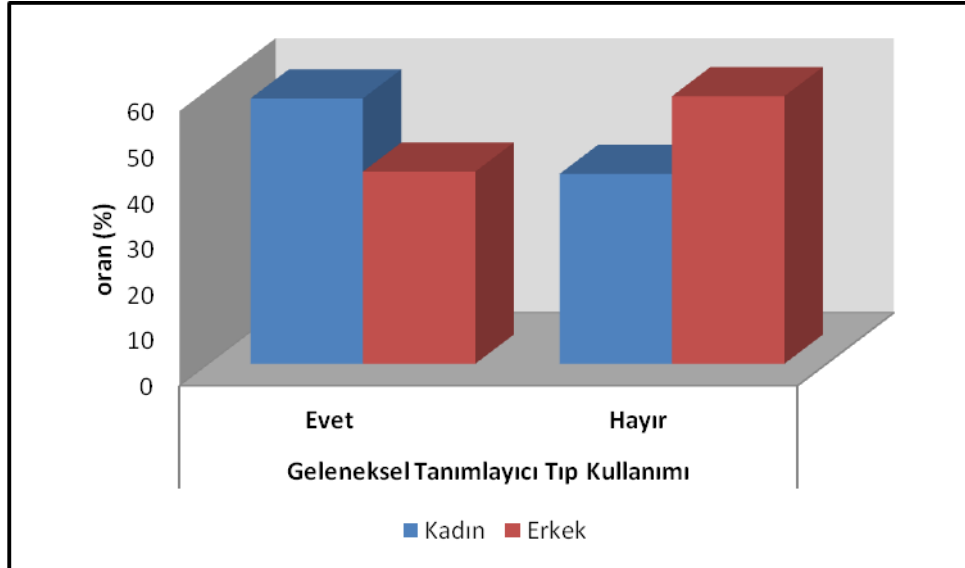
($p=0,001$). Kadın olgularda geleneksel tıp kullanma oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, erkek olgularda kullanmama oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Şekil 4-9). Çalışma durumu, medeni durum, eğitim durumu dağılımı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-5: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı

		Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanım Durumu		P
		Evet (n=205)	Hayır (n=195)	
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	46,25±15,72	42,09±16,68	^a 0,011*
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	47 (18-89)	41 (18-84)	
Cinsiyet	Kadın	119 (58,0)	81 (41,5)	^b 0,001**
	Erkek	86 (42,0)	114 (58,5)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	17 (8,3)	21 (10,8)	^b 0,663
	İşçi	50 (24,4)	47 (24,1)	
	Memur	28 (13,7)	32 (16,4)	
	Serbest çalışan	29 (14,1)	25 (12,8)	
	Emekli	36 (17,6)	33 (16,9)	
	Ev hanımı	38 (18,5)	26 (13,3)	
	Öğrenci	7 (3,4)	11 (5,7)	
Medeni durum	Evli	136 (66,3)	119 (61,0)	^b 0,519
	Bekâr	54 (26,4)	61 (31,3)	
	Dul	15 (7,3)	15 (7,7)	
Eğitim durumu	Okuryazar ve altı	13 (6,3)	5 (2,5)	^b 0,345
	İlkokul	66 (32,2)	61 (31,3)	
	Ortaokul	19 (9,3)	22 (11,3)	
	Lise	33 (16,1)	39 (20,0)	
	Ön lisans ve üzeri	74 (36,1)	68 (34,9)	
^a Mann-Whitney U Test		^b Pearson Chi Square Test		[*] $p<0,05$ ^{**} $p<0,01$



Şekil 4-8: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı yaş dağılımı



Şekil 4-9: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı cinsiyet dağılımı

4.6. Sosyal Güvence, Sigara ve Kronik Hastalık Varlığı Durumuna Göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kişilerin sosyal güvence durumları, sigara kullanım durumları ve kronik hastalık durumlarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine etkisinin incelenmesi Tablo 4-6'da gösterilmiştir.

Sosyal güvence ve sigara kullanımı dağılımı, geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olanların geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma oranı, olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,020$) (Şekil 4-10).

Hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp yetersizliği, KOAH, kanser veya hiperlipidemi hastası olmak GETAT kullanma durumuna anlamlı bir etkiye bulunmamaktadır ($p>0,05$). Diğer hastalıkları olanlarda GETAT kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4-6: Sosyal güvence, sigara, kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanılması

		Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanım Durumu		P
		Evet (n=205)	Hayır (n=195)	
Sosyal güvence	Yok	5 (2,4)	13 (6,7)	
	SGK	192 (93,7)	174 (89,2)	^b 0,123
	Özel sigorta	8 (3,9)	8 (4,1)	
Sigara	Hayır	107 (52,2)	94 (48,2)	
	Evet	66 (32,2)	72 (36,9)	^b 0,607
	Bırakmış	32 (15,6)	29 (14,9)	
Kronik hastalık	Evet	95(46,3)	68(34,9)	^b 0,020**
	Hayır	110 (53,7)	127 (65,1)	
	Hipertansiyon	45 (22)	45 (23,1)	^b 0,788
	Diyabet	31 (15,1)	31 (15,9)	^b 0,830
	Kalp yetersizliği	5 (2,4)	6 (3,1)	^b 0,697
	KOAH	7 (3,4)	1(0,5)	^b 0,068
	Kanser	8 (3,9)	1(0,5)	^c 0,106
	Hiperlipidemi	21 (10,2)	18 (9,2)	^b 0,733
	Diğer	38 (18,5)	20 (10,3)	^b 0,019*

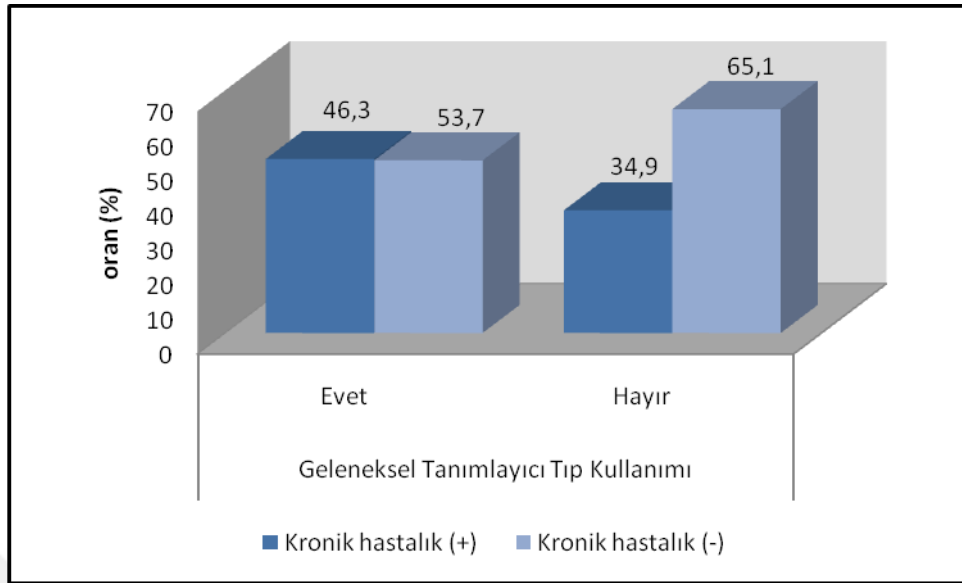
^aMann-Whitney U Test

^bPearson Chi Square Test

^cFisher's Exact Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$



Şekil 4-10: Kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı

4.7. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıba Başlama Etkenleri ile Kronik Hastalık Varlığının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi uygulamış kişilerde kronik hastalık varlığının geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama etkeni üzerine etkisi Tablo 4-7’de gösterilmiştir.

Kronik hastalık varlığına göre olguların geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama nedeninin aktar, doktor, medya, arkadaş ve diğer etkenler olması anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olmayanların geleneksel ve tamamlayıcı tıba akraba etkeni ile başlama oranı, anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,003$).

Tablo 4-7: Kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama etkeni

		Kronik Hastalık		P
		Evet	Hayır	
•Başlama etkeni	Aktar	14 (14,7)	20 (18,2)	^b 0,508
	Doktor	21 (22,1)	15 (13,6)	^b 0,112
	Medya	33 (34,7)	29 (26,4)	^b 0,193
	Arkadaş	44 (46,3)	43 (39,1)	^b 0,297
	Akraba	38 (40,0)	67 (60,9)	^b 0,003**
	Diğer	6 (6,3)	4 (3,6)	^b 0,374

•Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^bPearson Chi Square Test

** $p<0,01$

4.8. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Başlama Etkeni ile Eğitim Durumu'nun Karşılaştırılması

Tablo 4-8'de Çalışmaya katılan kişilerin eğitim durumlarına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı başlama etkenleri gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları ile geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı başlama etkenleri arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-8: Eğitim durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı başlama etkeni

Başlama etkeni	Eğitim durumu					P
	Okur yazar ve altı	İlkokul	Ortaokul	Lise	Ön lisans ve üzeri	
Aktar	2 (15,4)	10 (15,2)	3 (15,8)	7 (21,2)	12 (16,2)	^c 0,956
Doktor	3 (23,1)	9 (13,6)	5 (26,3)	2 (6,1)	17 (23,0)	^c 0,129
Medya	4 (30,8)	14 (21,2)	5 (26,3)	10 (30,3)	29 (39,2)	^c 0,234
Arkadaş	4 (30,8)	25 (37,9)	6 (31,6)	14 (42,4)	38 (51,4)	^c 0,339
Akraba	8 (61,5)	36 (54,5)	9 (47,4)	15 (45,5)	37 (50,0)	^c 0,845
Diğer	0 (0)	2 (3,0)	1 (5,3)	2 (6,1)	5 (6,8)	^c 0,812

^cFisher Freeman Halton Test

4.9. Sosyodemografik Özelliklere göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıptan Yarar Görme Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, eğitim durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumları Tablo 4-9'da gösterilmiştir.

Yaş, çalışma durumu, medeni durum ve eğitim durumu geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme oranı erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,030$).

Tablo 4-9: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme

N=205		Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıptan Yarar Görme		P
		Evet (n=175)	Hayır (n=30)	
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	46,54±15,44	44,57±17,48	^a 0,362
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	48 (18-84)	40 (19-89)	
Cinsiyet	Kadın	107 (61,1)	12 (40,0)	^b 0,030*
	Erkek	68 (38,9)	18 (60,0)	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	11 (6,3)	6 (20,0)	^c 0,099
	İşçi	40 (22,8)	10 (33,3)	
	Memur	26 (14,9)	2 (6,7)	
	Serbest çalışan	25 (14,3)	4 (13,3)	
	Emekli	31 (17,7)	5 (16,7)	
	Ev hanımı	36 (20,6)	2 (6,7)	
	Öğrenci	6 (3,4)	1 (3,3)	
Medeni durum	Evli	117 (66,8)	19 (63,3)	^c 0,807
	Bekâr	46 (26,3)	8 (26,7)	
	Dul	12 (6,9)	3 (10,0)	
Eğitim durumu	Okuryazar ve altı	10 (5,7)	3 (10,0)	^c 0,879
	İlkokul	56 (32,0)	10 (33,3)	
	Ortaokul	17 (9,7)	2 (6,7)	
	Lise	28 (16,0)	5 (16,7)	
	Ön lisans ve üzeri	64 (36,6)	10 (33,3)	

^aMann-Whitney U Test^bPearson Chi Square Test^cFisher Freeman Halton Test

4.10. Sosyal Güvence, Sigara ve Kronik Hastalık Varlığı Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıptan Yarar Görme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 4-10'da çalışmaya katılan kişilerin sosyal güvence durumu, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumları incelenmiştir.

Sosyal güvence varlığı, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığı geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-10: Sosyal güvence, sigara ve kronik hastalık varlığına göre geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme

N=205		Geleneksel Tanımlayıcı Tıptan Yarar Görme		P
		Evet (n=175)	Hayır (n=30)	
Sosyal güvence	Yok	4 (2,3)	1 (3,3)	^c 0,824
	SGK	164 (93,7)	28 (93,4)	
	Özel sigorta	7 (4,0)	1 (3,3)	
Sigara	Hayır	93 (53,1)	14 (46,7)	^c 0,612
	Evet	54 (30,9)	12 (40,0)	
	Bırakmış	28 (16,0)	4 (13,3)	
Kronik hastalık	Evet	90 (51,4)	13 (43,3)	^b 0,413
	Hayır	85 (48,6)	17 (56,7)	

^aMann-Whitney U Test

^bPearson Chi Square Test

^cFisher Freeman Halton Test

4.11. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımın Genel Değerlendirilmesi

Katılımcılarca GETAT sorularına verilen cevapların dağılımı Tablo 4-11’de dir.

Tablo 4-11: Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yaklaşım sorularına verilen cevapların dağılımı

		Evet	Hayır	Kararsızım
1	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp basit hastalıkları (soğuk algınlığı vb.) yenmemizde yardımcı olabilir.	273 (68,3)	52 (13)	75 (18,7)
2	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ciddi rahatsızlıklarda kullanılmamalı.	273 (68,3)	62 (15,5)	65 (16,2)
3	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp bilimsel testlere tabi tutulduktan sonra kullanılmalı.	286 (71,5)	52 (13)	62 (15,5)
4	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kişilerin tam bir tedavi almasına engel olduğu için tehlikelidir.	150 (37,5)	123 (30,7)	127 (31,8)
5	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp son çare olarak kullanılmalıdır.	178 (44,5)	149 (37,2)	73 (18,3)
6	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp doktora danışmadan doktora gitmeden önce denenebilir.	117 (29,3)	236 (59)	47 (11,7)
7	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tıbbi tedavi kadar etkilidir.	76 (19)	232 (58)	92 (23)
8	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp daha ekonomiktir.	165 (41,3)	101 (25,2)	134 (33,5)
9	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yan etki bakımından daha güvenilirdir.	84 (21)	176 (44)	140 (35)

4.12. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu-Olumsuz Yaklaşımın Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kişilerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı olumlu ve olumsuz yaklaşım puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4-12’de verilmiştir.

Bu hesaplama göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı olumlu yaklaşım puanı ortalaması $53,16 \pm 20,43$ iken olumsuz yaklaşım puanı $60,78 \pm 30,22$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4-12: Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı olumlu ve olumsuz yaklaşım

Geleneksel ve Tanımlayıcı Tıbbı Yaklaşım	Soru Sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)
Olumlu	6	$53,16 \pm 20,43$	50 (0-100)
Olumsuz	3	$60,78 \pm 30,22$	66,7 (0-100)

4.13. Yaş ve Cinsiyet ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu ve Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.13’te yaş ve cinsiyetin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı olumlu ve olumsuz yaklaşım düzeylerine göre değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan olguların yaşları ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı Olumlu yaklaşım puanları arasındaki pozitif yönlü 0,177 düzeyindeki zayıf ilişki anlamlı bulunmuştur ($r=0,177$; $p=0,001$). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı olumsuz yaklaşım puanı ile de pozitif yönlü 0,173 düzeyindeki zayıf ilişki anlamlı saptanmıştır ($r=0,173$; $p=0,001$).

Cinsiyete göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı olumlu ve olumsuz yaklaşım skorları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-13: Yaş ve cinsiyete göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu ve olumsuz yaklaşım

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp		
			Olumlu Yaklaşım Skoru	Olumsuz Yaklaşım Skoru	
Yaş			<i>r</i> 0,177	0,173	
			<i>p</i> 0,001**	0,001**	
Cinsiyet	Kadın	<i>Ort±Ss</i>	53,92±19,72	60,75±31,65	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)	66,7 (0-100)	
	Erkek	<i>Ort±Ss</i>	52,42±21,16	60,67±28,8	
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)	66,7 (0-100)	
		P	^d 0,464	^a 0,868	
^a Mann Whitney U Test		^d Student t-Test	^e One-Way ANOVA	^f Kruskal Wallis Test	** <i>p</i> <0,01 * <i>p</i> <0,05

^aMann Whitney U Test ^dStudent t-Test ^eOne-Way ANOVA ^fKruskal Wallis Test ***p*<0,01 **p*<0,05

4.14. Sosyodemografik Özelliklere ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu yaklaşım düzeyleri Tablo 4-14'te verilmiştir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım skoru, çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir (*p*>0,05).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım skoru, medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermiştir (*p*=0,001). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; evli olguların olumlu sorulardan aldıkları skorlar, bekâr olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (*p*=0,001).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım skoru, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (*p*=0,004). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ortaokul mezunu olguların olumlu sorulardan aldıkları skorlar, ön lisans ve üzeri mezunu olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (*p*=0,001). Ortaokul üstü eğitim durumu arttıkça olumlu yaklaşım skoru düşmektedir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım skoru, sosyal güvence varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05).

Tablo 4-14: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu yaklaşım

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
			Olumlu Yaklaşım Skoru
Çalışma durumu	Çalışmıyor	<i>Ort±Ss</i>	56,14±19,34
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	54,2 (25-91,7)
	İşçi	<i>Ort±Ss</i>	51,63±19,42
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
	Memur	<i>Ort±Ss</i>	51,39±20,93
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
	Serbest çalışan	<i>Ort±Ss</i>	51,54±22,2
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)
	Emekli	<i>Ort±Ss</i>	54,59±17,99
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (25-100)
Medeni durum	Ev hanımı	<i>Ort±Ss</i>	57,81±23,19
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
	Öğrenci	<i>Ort±Ss</i>	43,98±16,86
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	33,3 (25-83,3)
	P		^e0,150
	Evli	<i>Ort±Ss</i>	56,08±20,45
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (8,3-100)
	Bekâr	<i>Ort±Ss</i>	46,81±19,14
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	41,7 (0-100)
	Dul	<i>Ort±Ss</i>	52,78±20,22
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
Eğitim durumu	P		^e0,001**
	Okuryazar ve altı	<i>Ort±Ss</i>	56,48±19,29
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
	İlkokul	<i>Ort±Ss</i>	55,64±21,2
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (8,3-100)
	Ortaokul	<i>Ort±Ss</i>	61,18±20,46
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	58,3 (16,7-100)
	Lise	<i>Ort±Ss</i>	51,85±21,13
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-91,7)
	Ön lisans ve üzeri	<i>Ort±Ss</i>	48,88±18,63
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (16,7-100)
Sosyal güvence	P		^e0,004**
	Yok	<i>Ort±Ss</i>	53,24±17,65
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (25-83,3)
	SGK	<i>Ort±Ss</i>	53,01±20,69
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)
	Özel sigorta	<i>Ort±Ss</i>	56,77±18,06
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	58,3 (25-100)
	P		^e0,772

^eOne-Way ANOVA^fKruskal Wallis Test**^p<0,01*^p<0,05

4.15. Sosyodemografik Özellikler ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumsuz yaklaşım düzeyleri Tablo 4-15'te değerlendirilmiştir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz yaklaşım skoru, çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,001$). Farklılığı belirlemek üzere yapılan ikili karşılaştırmalarda; çalışmayan olguların olumsuz yaklaşım skorları, emekli olan olgulara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,014$). İşçi olguların olumsuz yaklaşım skorları da, emekli olanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,009$). Memur olan olguların olumsuz yaklaşım skorları, emekli olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,048$).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz yaklaşım soru skoru, medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,019$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; dul olguların olumsuz yaklaşım skorları, bekâr olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,039$).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz yaklaşım skorları da eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. ($p=0,004$). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalara göre; okuryazar ve altı olanların olumsuz yaklaşım skorları, ön lisans ve üzeri mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,004$).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz Yaklaşım skoru, sosyal güvence varlığına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-15: Sosyodemografik özelliklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumsuz yaklaşım

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp	
			Olumsuz Yaklaşım Skoru	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	Ort±Ss	52,19±25,16	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	İşçi	Ort±Ss	55,5±27,19	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	Memur	Ort±Ss	54,44±33,03	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Serbest çalışan	Ort±Ss	58,95±33,76	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Emekli	Ort±Ss	71,01±29,38	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
Ev hanımı	Ort±Ss	69,01±28,92		
	Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)		
Öğrenci	Ort±Ss	63,89±28,73		
	Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)		
P			^f 0,001**	
Medeni durum	Evli	Ort±Ss	61,76±31,32	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Bekâr	Ort±Ss	55,8±27,13	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	Dul	Ort±Ss	70,56±29,58	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
P			^f 0,019*	
Eğitim durumu	Okuryazar ve altı	Ort±Ss	70,37±24,63	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (33,3-100)	
	İlkokul	Ort±Ss	67,85±29,03	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Ortaokul	Ort±Ss	57,72±29,6	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Lise	Ort±Ss	58,56±31,4	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Ön lisans ve üzeri	Ort±Ss	55,05±30,3	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
P			^f 0,004**	
Sosyal güvence	Yok	Ort±Ss	58,33±29,29	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	SGK	Ort±Ss	61,48±30,1	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Özel sigorta	Ort±Ss	45,83±31,91	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	P			^f 0,098
	^e One-Way ANOVA		^f Kruskal Wallis Test	**p<0,01 *p<0,05

4.16. Sigara ve Kronik Hastalık Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kişilerin sigara ve kronik hastalık durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu yaklaşım düzeyleri Tablo 4.16’da gösterilmiştir.

Sigara ve kronik hastalık durumuna göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi olumlu yaklaşım skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-16: Sigara ve kronik hastalık durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumlu yaklaşım

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp	
			Olumlu Yaklaşım Skoru	
Sigara	Hayır	Ort±Ss	52,86±20,1	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	Evet	Ort±Ss	53,68±20,66	
		Medyan (Min-Maks)	50 (8,3-100)	
	Bırakmış	Ort±Ss	53,01±21,36	
		Medyan (Min-Maks)	50 (16,7-100)	
p			^e 0,934	
Kronik hastalık	Evet	Ort±Ss	55,36±21,26	
		Medyan (Min-Maks)	50 (8,3-100)	
	Hayır	Ort±Ss	51,65±19,75	
		Medyan (Min-Maks)	50 (0-100)	
	p			^d 0,074
	^a Mann Whitney U Test	^d Student t-Test	^e One-Way ANOVA	^f Kruskal Wallis Test

4.17. Sigara ve Kronik Hastalık Durumu ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan kişilerin sigara kullanım durumları ve kronik hastalık mevcudiyetlerine göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumsuz yaklaşım düzeyleri Tablo 4-17’de gösterilmiştir.

Sigara ve kronik hastalık durumuna göre Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi olumsuz yaklaşım skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-17: Sigara ve kronik hastalık durumuna göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi olumsuz yaklaşım düzeyleri

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp	
			Olumsuz Yaklaşım Skoru	
Sigara	Hayır	Ort±Ss	58,87±30,09	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Evet	Ort±Ss	61,96±30,14	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Bırakmış	Ort±Ss	63,93±30,91	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
P			^f 0,362	
Kronik hastalık	Evet	Ort±Ss	63,80±31,35	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	Hayır	Ort±Ss	58,57±29,29	
		Medyan (Min-Maks)	66,7 (0-100)	
	P			^a 0,089
	^a Mann Whitney U Test	^d Student t-Test	^e One-Way ANOVA	^f Kruskal Wallis Test

4.18. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kullanımı ve Yararına Göre Olumlu Yaklaşım Düzeylerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kişiler arasında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanmış olanların gördükleri yarara göre olumlu yaklaşım düzeylerinin değerlendirilmesi Tablo 4-18'de gösterilmiştir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanan olguların olumlu yaklaşım skorları, kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yararlı bulan olguların olumlu yaklaşım skorları, yararlı bulmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 4-18: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve yararına göre olumlu yaklaşım düzeyleri

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
			Olumlu Yaklaşım Skoru
Geleneksel tıp kullanma	Evet	<i>Ort±Ss</i>	58,94±21,42
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	58,3 (16,7-100)
	Hayır	<i>Ort±Ss</i>	47,09±17,45
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)
	P		^d 0,001**
Geleneksel tıp yararlı mı?	Evet	<i>Ort±Ss</i>	61,19±20,76
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	58,3 (16,7-100)
	Hayır	<i>Ort±Ss</i>	44,94±21,2
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	41,7 (16,7-100)
	P		^d 0,001**
^a Mann Whitney U Test ^d Student t-Test **p<0,01			

4.19. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp kullanımı ve Yararına Göre Olumsuz Yaklaşım Düzeylerinin İncelenmesi

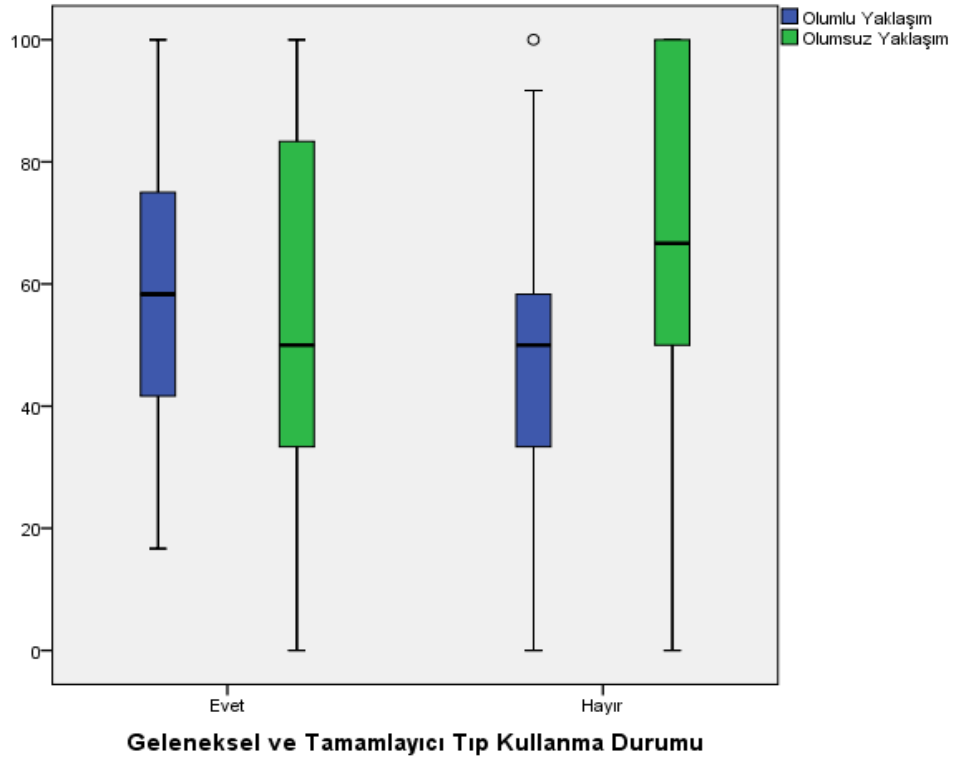
Çalışmaya katılan kişiler arasında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanmış olanların gördükleri yarara göre olumsuz yaklaşım düzeylerinin değerlendirilmesi Tablo 4-19'da gösterilmiştir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanmayan olguların olumsuz yaklaşım skorları, kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001) (Şekil 4-11).

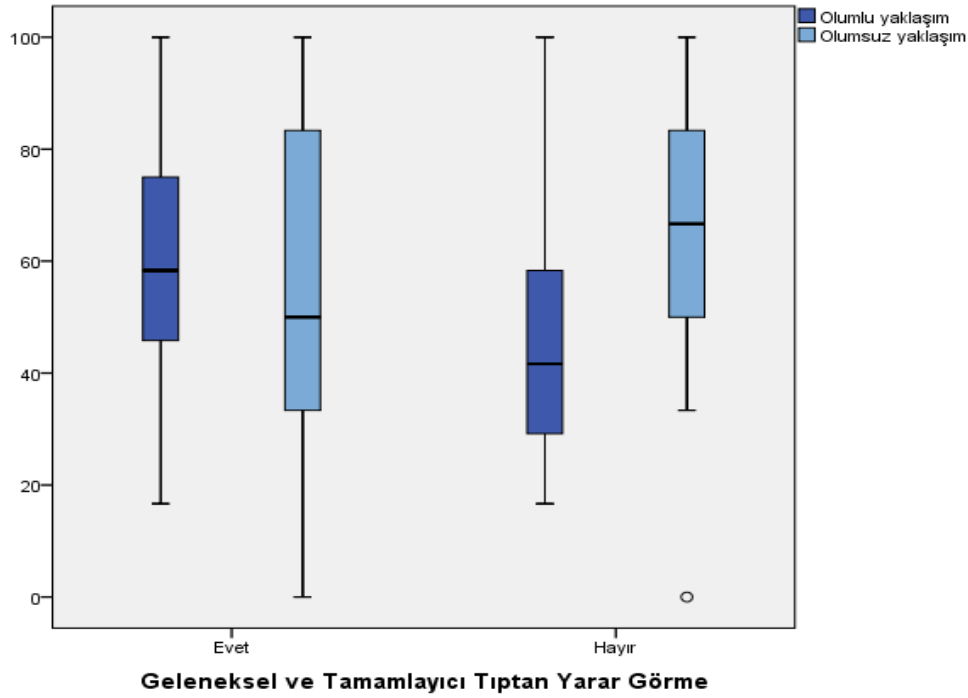
Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yararlı bulmayan olguların olumsuz yaklaşım skorları, yararlı bulanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001) (Şekil 4-12).

Tablo 4-19: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve yararına göre olumsuz yaklaşım düzeyleri

			Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
			Olumsuz Yaklaşım Skoru
Geleneksel tıp kullanma	Evet	<i>Ort±Ss</i>	53,82±33,13
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)
	Hayır	<i>Ort±Ss</i>	67,95±24,92
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	66,7 (0-100)
	P		^a 0,001**
Geleneksel tıp yararlı mı?	Evet	<i>Ort±Ss</i>	52,29±34,34
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	50 (0-100)
	Hayır	<i>Ort±Ss</i>	62,5±24,27
		<i>Medyan (Min-Maks)</i>	66,7 (0-100)
	P		^a 0,001**
^a Mann Whitney U Test	^d Student t-Test	**p<0,01	



Şekil 4-11: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımına göre olumlu ve olumsuz yaklaşım puanları dağılımı



Şekil 4-12: Geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar görme durumuna göre olumlu ve olumsuz yaklaşım puanları dağılımı

4.20. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi

Çalışmaya katılan kişiler arasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine risk faktörlerinin etkisi araştırılmak istendiğinde anlamlı olan ve anlamlılık düzeyi 0,200 altında olan değişkenlerden yaş, cinsiyet, sosyal güvence ve kronik hastalık varlığı lojistik regresyon analizi ile değerlendirmeye alınmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine etki eden risk faktörleri için oluşan model Tablo 4-20’de görülmektedir.

Çalışmada; geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine etkisi olan risk faktörlerinden yaş ve cinsiyet ölçümlerinin anlamlı bir model oluşturduğu görülmektedir (F:24.172; p:0,001). Modelin açıklayıcılık katsayısı % 61,5’dir.

Modele göre; yaştaki bir birimlik artış geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımını 1,018 katına (%95 CI: 1,006-0,726) çıkartmaktadır. Erkek cinsiyet referans alındığında kadın olması geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımını 1,952 katına (%95 CI: 1.295-2,944) çıkartmaktadır.

Sosyal güvence ve kronik hastalık multivariate değerlendirmelerde anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-20: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı üzerine etki eden risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi

	<i>P</i>	ODDS	%95 CI	
			Lower	Upper
Yaş	0,005**	1,018	1,006	1,031
Cinsiyet (K)	0,001**	1.952	1.295	2.944
Kronik Hastalık	0,127	1,446	0,900	2,323
Sosyal Güvence (yok)	0,290	Referans		
SGK	0,118	2,361	0,805	6,920
Özel sigorta	0,224	2,461	0,576	10,523

* $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Kişilerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yaklaşımının araştırılması amacıyla yapılmış olan bu çalışma, İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü akli melekeleri yerinde olan 200 kadın ve 200 erkek arasında yürütülmüştür.

Bu çalışmada araştırmaya katılan kişilerin GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde en fazla bilinen yöntemin %90 ile masaj olduğu görülmekle birlikte kaplıca/ılıca da %89,3 olarak çok yüksek bilinme oranındadır. Masaj, kaplıca/ılıcadan sonra ise %84 sülükle tedavi, %81 hacamat ve %79,5 oran ile kupa terapi (şişe çekme) yine çok bilinen yöntemler olarak dikkat çekmektedir. En az bilinen yöntem ise %4,5 ile osteopati olup onu %5,8 ile homeopati ve %13,3 ile mezoterapi takip etmektedir. Araz ve arkadaşlarının araştırmasında katılımcıların %96'sı kaplıca, %94'ü bitkisel tedavi ve %91,3'ü akupunktur konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (161). Kayseri'deki bir çalışmada ankete katılan kişiler arasında %93,3 fitoterapi, %80,4 sülük tedavisi en fazla bilinen yöntemlerdir (162). Çalışmalar arasında görülen farklılıkların araştırma bölgelerinin sosyokültürel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmamızın yapıldığı Eyüpsultan ilçesinin sosyokültürel yapısı ve inanç yapısı olarak daha muhafazakâr bir yapıya sahip olması nedeniyle, islamiyette de yeri olduğu düşünülen hacamat ve kupa terapilerinin en çok bilinen yöntemler arasında olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda GETAT kullanımı %51,3 olarak görülmüş olup Türkiye'de ve dünyada farklı oranlar dikkati çekmiştir. Herron ve arkadaşlarının çalışmasında ise ABD'de katılımcıların %63'ünün en az bir defa TAT kullandığı gösterilmiştir (163). Xue ve arkadaşları Avustralya'da yaptıkları bir araştırmada GETAT kullanımını %68,9 olarak saptamışlardır (164). Tan ve arkadaşları ise Doğu Anadolu'da yaptıkları araştırmalarında %70 GETAT kullanımı olduğunu belirtmişlerdir (165). Araştırmalar arasındaki farklılıkların kültür, inanç, ekonomik durum, coğrafik konum ve sağlık sistemi kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızdaki GETAT kullanım oranı %51,3 olmakla birlikte katılımcıların bu yöntemlerin yararlı olabileceğine dair inancı %59,5'tir. GETAT kullanma oranının inanç oranından düşük olması katılımcıların bazısında henüz kronik bir hastalık,

malignite gibi tedavisi zor hastalıkların ortaya çıkmamış olması dolayısıyla GETAT ihtiyacını hissetmemiş olmaları şeklinde yorumlanabileceği gibi bilimsel kanıtların olduğu modern tıbbın olan güvenin görece fazla olmasına istinaden risk almayıp modern tıba başvurmayaya devam etmeleriyle de açıklanabilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıba başlama etkenleri incelendiğinde çalışmamızda %51,2 oranı ile en sık aile büyükleri - akrabaların tavsiyesi görülmektedir. Sonra da sırasıyla %42,4 ile arkadaşlar ve %30,2 ile medya en büyük etkenlerdir. Kayseri’de yapılmış bir çalışmada kişilerin %79,5’inin komşu/akraba/arkadaş, %66’sının televizyon/radyo aracılığıyla GETAT’a başladığı gösterilmiştir (162). İzmir’de yapılan bir çalışmada katılımcıların bilgi kaynakları %46 medya ve %47,6 aile/akraba/arkadaştır (166). Suudi Arabistan’da Elolemy ve arkadaşlarınca yapılan bir araştırmada GETAT hakkında bilgi kaynaklarının başında %46,3 oran ile aile, akraba ve arkadaşların olduğu görülmüştür (167). Bizim çalışmamızla da uyumlu çıkan bu sonuçlarla yorum yapacak olursak kişiler arası iletişim, en önemli GETAT bilgi edinme kaynağıdır ancak bununla birlikte medyanın bu konudaki teşviki de yadsınamaz boyuttur. Tüm dünyada gittikçe yaygınlaşan çok çeşitli GETAT-TAT yöntemleri televizyon, internet gibi kitle iletişim araçları sayesinde toplumlara yayılmakta ve insanların şifa arayışlarına alternatifler sunmaktadır.

İnsanların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı ne amaçla kullandıklarını incelediğimizde çalışmamızda en sık nedenin %80 ile sağlık problemleri ve ikinci en sık nedenin ise %30,7 ile bağışıklığı güçlendirmek olduğunu görüyoruz. Literatüre bakıldığında GETAT’ın çoğunlukla kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, diyabetes mellitus, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, hipertansiyon, migren, astım, yorgunluk, uyku bozukluğu, depresyon ve kanser gibi durumlarda kullanıldığı görülmektedir (168). Türkiye’de yapılmış çalışmalarda GETAT yöntemlerinin daha çok ağrıyı kontrol altında tutmak için kullanıldığı saptanmıştır (161, 162). On farklı ülkenin araştırmalarının sistematik derlemesinde de, kas iskelet sistemi problemleri ile ağrı şikayetleri ilk sıradadır (169).

Araştırmaya katılanların GETAT kullanımı sonrası görüşleri değerlendirildiğinde %86,2’sinin yarar sağladığı ve %79’unun çevresine önerdiği görülmüştür. Yarar görme ile önerme arasındaki oransal farkın ise sorumluluk almaktan kaçınmaya bağlı olduğu düşünülebilir. Çin’de yapılmış bir başka çalışmada da yine

katılımcıların %71,7'sinin GETAT'tan yarar gördüğü belirtilmiştir (170). Kayseri'de yapılmış olan çalışmada ise GETAT kullanan kişilerin büyük kısmı hiç fayda görmediğini veya kısmen fayda gördüğünü belirtmiştir (171). Çalışmalar arasındaki farklılık sosyodemografik özelliklere bağlanabilir. Nitekim Kayseri'de yapılan araştırma sağlık müdürlüğü çalışanları ile sınırlandırıldığı, sağlık okuryazarlığı yüksek bir topluluk olduğu için durum tespitlerinin farklı olabileceği öngörülebilir.

Çalışmamızda GETAT kullanan katılımcıların %9,3'ü yan etki ile karşılaştığını bildirmiştir. Benzer şekilde başka bir çalışmada da GETAT kullanıcısı onkoloji hastalarının %8,9'unda yan etki bildirilmiştir (172). Oral ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu oran %30,7 çıkmıştır (162). Bu da bize GETAT konusunda da modern tıbbi yöntemlerdeki gibi riskler olabileceğini ve hatta yeterli bilgi ve tecrübe eşliğinde uygulanmadığı takdirde modern tıbbi oranla daha dikkatli olmamız gerektiğini göstermektedir. GETAT insanlığın varoluşundan bu yana süregelen kadim yöntemleri içeriyor olsa da modern tıp gibi geniş kitlelerde uzun süreli izlemler sonucu varılmış kanıt düzeyi yüksek yöntemler değildir.

Bu tez çalışmasında yaş gruplarına göre değerlendirme yapıldığında GETAT kullanan olgularının yaşlarının kullanmayan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş artışı ile birlikte insan vücudunda çeşitli hastalıkların baş gösteriyor olması, kronik hastalık sıklığında artışlar, GETAT yöntemlerinden haberdar olma ve bu yöntemleri benimsemenin artıyor olması GETAT kullanımıyla yaş arasındaki doğru orantıyı açıklayabilir. Al-Faris ve arkadaşları araştırmalarında TAT tercih etme oranının yaşın ilerlemesiyle artış gösterdiğini belirtmişlerdir (173). TAT kullanımı benzer şekilde başka bazı araştırmalarda da yine 40 yaşın üstündeki grupta daha yüksek çıkmıştır (174-176). Isparta'da yapılmış olan araştırmada da yaş artışıyla birlikte GETAT kullanım artışı gösterilmiştir (41). Bulduklu ise araştırmasında 40-60 yaş grubundakilerin GETAT yöntemlerine daha fazla başvurduğunu ortaya koymuştur (177). Çetin ve arkadaşları Eskişehir 'de 2007 senesinde yaptıkları bir araştırmada, sosyodemografik özellikler ile GETAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (178). Onkoloji hastalarıyla yapılan bir çalışmada da istatistiksel anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (172).

Çalışmamıza katılan kadınların %58'i daha önce geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullandığını belirtirken erkek katılımcılarda bu oran %42'de kalmıştır. Kadınların

erkeklere göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı daha fazla tercih etmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatüre baktığımızda GETAT uygulamalarını tercih etme durumuna cinsiyet etkisi farklı sonuçlarla karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda ilişki saptanamıyorken (171, 175, 179-181) bazılarında kadınların daha çok başvurmakta olduğu gözlemlenmiştir (41, 182-184). Kadınların GETAT yöntemlerine erkeklere oranla daha fazla başvuruyor olması sağlıkları konusunda daha hassas olup şifa arayışlarının daha çok olmasına bağlanabilir. Bunun yanında iş hayatına daha az katılıp medyayı daha fazla takip edebilmeleri ile bu konuda bilgi sahibi olmalarının daha kolay olması ve kişiler arası iletişimde daha çok bulunmaları nedeniyle bu konuda daha fazla etkilenime sahip olmaları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan kişiler arasında GETAT kullanımı ile çalışma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Kocabaş ve arkadaşları 2019’da yaptıkları bir araştırmada meslek faktörünün GETAT kullanımında etkisi olmadığını göstermiştir (185). Kayseri İlçe Sağlık Müdürlükleri çalışanlarında yapılan bir çalışmada da meslek ile GETAT kullanımı arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır (171). Benzer sonuçlar onkoloji hastaları üzerinde yapılmış bir başka araştırmada da gösterilmiştir (172). Oktar ve arkadaşlarını yaptığı bir araştırmada ise gelir getirici bir işte çalışma durumu ile GETAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (186).

Bu araştırmada GETAT kullanım oranı ile medeni hal arasındaki ilişki varlığına bakıldığında istatistiksel anlamlı bir sonuca varılamamıştır. Nural ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da benzer şekilde bir sonuca ulaşılmıştır (40). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise evli olanların GETAT kullanımını daha yüksek oranda tercih ettiği sonucuna varılmıştır (41, 187, 188).

Araştırmamızda katılımcıların eğitim durumlarına göre GETAT kullanım oranları tüm gruplarda benzer çıkmış olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı sonuca varılmıştır (171). Amerika Birleşik Devletleri İstatistik Kurumu 2008 yılı verilerine göre ise GETAT –TAT uygulamalarına başvuru eğitim durumu ile korelidir ve yine Amerika’da 138 çalışmanın değerlendirilmesinden çıkan sonuçta ve Weizman ile arkadaşlarının çalışmasında da eğitim seviyesi arttıkça GETAT-TAT kullanımının arttığı gösterilmiştir (168, 189, 190). Bulduklu tarafından yapılan bir araştırmada ilkökul ve ortaokul

mezunu bireylerin GETAT yöntemlerine daha fazla başvurduğu görülmüştür (177). Akciğer kanseri olan hastalarda Akyürek ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, GETAT kullanımının eğitim seviyesi düşük olan kişilerce daha fazla tercih edildiği gözlenmiştir (191). Görüldüğü üzere eğitim durumu ve GETAT kullanımı arasındaki ilişkinin istatistiksel anlamlılığı popülasyonlara göre değişmektedir.

Çalışmaya katılan kişilerin sosyal güvenlik durumları incelendiğinde GETAT yöntemlerine başvurma ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Isparta’da yapılmış olan çalışmada ise SSK’sı olmayıp yeşil kartı olanların GETAT tercih etme oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum gelir seviyesiyle ilişkilendirilebilir (41). Kocabaş ve arkadaşlarının çalışmasında da sosyal güvenlik durumu ile GETAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (185). Son yıllarda çeşitli uygulamalarla Türkiye’deki neredeyse hemen herkesin SGK kapsamında hizmet alabiliyor olması ve araştırmanın yapıldığı bölgenin sosyoekonomik özellikleri nedeniyle özel sigortalı kişi sayısının oldukça az olması, GETAT’a başvuruda sosyal güvenlik durumlarına göre anlamlı fark görülmemiş olmasını açıklayabilir.

Çalışmaya katılan kişilerde GETAT kullanım durumu ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmış bir çalışmada da benzer bir sonuç görülmüştür (186). Yiğitbaş ve Bulut’un yapmış oldukları bir çalışmada ise sigara kullanımı ile GETAT tercih edilmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (192).

Araştırmamızda kronik hastalığı olanların GETAT kullanma oranı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Subgrup analizlerinde ise anlamlı farklılık saptanamamıştır. Isparta’da ve Kayseri’de yapılan iki farklı çalışmada kronik hastalık sahibi kişilerin GETAT yöntemlerini daha çok tercih ettiği gösterilmiştir (41,162). Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada da kronik hastalığı olan bireylerde çalışmamızla benzer olarak GETAT kullanımı fazla bulunmuştur (40). Almanya’daki bir çalışmada transplantasyon hastalarının %49’u, diyalize bağlanan hastaların ise %57’si düzenli TAT kullanıcısı olarak saptanmıştır (193). Hindistan’da yapılmış bir çalışmada ise hipertansiyonu olan kişilerin TAT kullanımı %63,9 olarak bulunmuştur (194). Bir başka çalışmada ise kanser hastalarının %36’sının TAT kullandığı görülmüştür (195).

Çevresel faktörler, insan ömrünün uzaması gibi nedenlerden ötürü kronik hastalıklarla toplumda karşılaşma sıklığı gittikçe artmaktadır. Kronik hastalıklarla mücadeledeki yüksek maliyet, yer yer sağlık hizmetlerine ulaşmaktaki zorluklar, olası yan etkiler nedenli kaygılar ve medyanın da yönlendirmeleriyle kişilerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı ilgisi artmıştır denebilir. Konvansiyonel tedavinin kronik hastalıklarında tam iyileşme sağlayamaması ve hatta bazen hayat kalitelerini düşürmesi hastaların konvansiyonel tedaviden vazgeçmese bile iyileşmeyi arttırıcı veya hızlandırıcı etkisi olabileceğine dair inançları nedeniyle GETAT yöntemlerini denemelerine neden olabilmektedir.

Çalışmada kronik hastalıklarının olması durumuna göre katılımcıların GETAT kullanmaya başlama etkenleri incelendiğinde aktar, doktor, medya ve arkadaş tavsiyeleri anlamlı farklılık göstermemektedir. Akraba tavsiyesi üzerine GETAT' a başlama oranı kronik hastalığı olmayan kişilerde olanlara göre fazla bulunmuştur.

Eğitim durumu ile GETAT'a başlama etkenleri karşılaştırıldığında çalışmaya katılan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Çalışmaya katılan kişiler arasında GETAT kullanmış olanların bu yöntemlerden yarar görme durumları, sosyodemografik özellikleri ile birlikte detaylı olarak incelendiğinde kadınların GETAT'tan yarar görmüş olma durumu daha fazla bulunmuştur. İzmir'de yapılmış olan bir çalışmada ise cinsiyete göre bu durumun değişmediği gösterilmiştir (166).

Çalışmamızda yaş, çalışma durumu, medeni durum ve eğitim durumu ise GETAT'tan yarar görme üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. İzmir'de yapılmış olan çalışmada da eğitim durumuna göre bakılmış olup benzer sonuçlara ulaşılmıştır (166). Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğitim durumu ile memnuniyet durumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (196).

Çalışmaya katılan kişilerin sosyal güvence durumları, sigara kullanma durumları ve kronik hastalık sahibi olma durumları GETAT kullanımından görülen yararda istatistiksel anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %68,3'ü GETAT'ın basit rahatsızlıklarda kullanılabileceğini düşünmektedir. Kayseri'de yapılmış olan çalışmada ise katılımcıların %48,8'i GETAT'ın sadece tedavisi olan basit hastalıklarda

kullanılabileceği ifadesini onaylamıştır (162). Isparta’da yapılan çalışmada ise bu oran %52,8 bulunmuştur (185). GETAT ciddi rahatsızlıklarda kullanılmamalı ifadesi katılımcıların %68,3’ü tarafından onaylanmıştır. Kırıkkale üniversitesinde yapılan çalışmada alternatif tedavi yöntemleri ancak basit hastalıklarda kullanılabilir, ağır ciddi hastalıklarda kullanılamaz şeklindeki ifadeye evet cevabı verenlerin oranı %63,5 bulunmuştur (197). Bu değerler bize çalışmaların birbirine yakın sonuçlar içerdiğini ve çalışmamıza katılan kişilerin GETAT’a tıbbi tedaviye göre daha mesafeli olduğunu, hayati önem arz eden durumlarda risk almayıp modern tıptan faydalanmayı daha doğru bulduklarını göstermektedir.

Araştırmamızda katılımcıların %71,5’i GETAT bilimsel testlere tabi tutulduktan sonra kullanılmalı cevabını vermiştir. Bu oran bize GETAT’a hem sıcak hem de temkinli yaklaşıldığını göstermektedir. Sevindirici bir şekilde GETAT’a karşı olmayıp da bilimsel testleri şart koşanlar oldukça fazladır.

Çalışmamızda GETAT kişilerin tam bir tedavi almasına engel olduğu için tehlikelidir ifadesine katılımcıların %37,5’i evet, %30,7’si hayır, %31,8’i kararsızım demiştir. Oranlar birbirine yakın görünmekle birlikte tehlikeli bulan kesimin daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %44,5’i GETAT son çare olarak kullanılabilir ifadesine ‘evet’ cevabını vermiştir. Diş hekimliği öğrencileri arasında yapılmış benzer bir çalışmada ise GETAT yalnızca hastalığa hiç bir çözüm bulunamadığı zaman son çare olarak kullanılabilir ifadesine katılımcıların toplam %35,4’ü katılıyorum ve kısmen katılıyorum cevaplarını vermiştir (198). Çalışmalar arasındaki fark eğitim durumlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir nitekim bir grup üniversite öğrencilerinden oluşuyorken bir grupta ise her kesimden katılımcı bulunmaktadır.

GETAT doktora danışmadan, doktora gitmeden önce denenebilir ifadesine çalışmamızda katılımcıların %29,3’ü evet derken, %59’u hayır cevabını vermiştir. Oral ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %24,6 bulunmuştur (162). Kocabaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise doktora danışmaya gerek duymayanlar %14,1’i oluşturmaktadır (185). Çalışmalardan çıkan ortak sonuç katılımcıların 1/3’ünden de azı kendi kendine GETAT uygulama kararı alırken büyük kısmı doktora danışmayı tercih etmektedir. İzmir’de yapılan bir araştırmada, herhangi bir sağlık probleminde sağlık çalışanı haricinde birine danışmayanlar, çalışmaya katılanların %32,7’si dir (166).

Çalışmamızda katılımcıların %19'u GETAT tıbbi tedavi kadar etkilidir cevabını işaretlemiştir. Kırıkkale'de yapılmış olan çalışmada katılımcıların %23,3'ü aynı cevabı vermiştir (197). Türkiye'nin farklı yerlerinde yapılmış çalışmalarda GETAT'ın etkinliğine tıbbi tedavi kadar güvenenlerin oranı %44,5'e kadar yükselebilmektedir (162). Sonuçlar arasındaki farkın bu kadar fazla olmasındaki temel neden kuvvetle muhtemel coğrafik bölgeler arasındaki sosyokültürel ve sosyoekonomik farklılıklardır.

Araştırmada katılımcıların %41,3 gibi bir kısmı, GETAT 'ın modern tıbbi yöntemlere kıyasla daha ekonomik olduğunu düşünmektedir. GETAT'a sıcak yaklaşımda bu faktörün payının büyük olduğu ortadadır.

Çalışmamızda katılımcıların %21'i GETAT'ın yan etki bakımından daha güvenilir olduğunu onaylamaktadır. Isparta'da yapılan çalışmada tamamen zararsızdır şeklinde fikir beyan edenler, katılımcıların %19,9'udur (185). Kayseri'de yapılmış benzer çalışmada da oran %21 bulunmuştur (162). Sonuçlar gösteriyor ki farklı bölgeler de olsa GETAT'ın modern tıbbiye kıyasla yan etki bakımından daha güvenilir olduğuna inananların oranı benzerdir.

Araştırmaya katılanlara, GETAT konusundaki düşüncelerini sorduğumuzda basit hastalıkları yenmemizde yardımcı olabilir, bilimsel testlere tabi tutulduktan sonra kullanılmalı, doktora danışmadan doktora gitmeden önce denenebilir, tıbbi tedavi kadar etkilidir, daha ekonomiktir, yan etki bakımından daha güvenilirdir, şeklindeki olumlu yaklaşımı ölçen sorulara verilen yanıtların puan ortalaması 53,16 olarak belirlenmiştir. Olumsuz yaklaşımı ölçen geleneksel ve tamamlayıcı tıp ciddi rahatsızlıklarda kullanılmamalı, kişilerin tam bir tedavi almasına engel olduğu için tehlikelidir, son çare olarak kullanılmalıdır şeklindeki cevapların puan ortalaması ise 60,78 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bize soruları tek tek ele aldığımızda gördüğümüz ile toplam puan arasındaki uyumu göstermektedir. Ankete katılan kişilerin GETAT'a olumlu bakmalarıyla birlikte GETAT'a karşı temkinli olma durumlarının daha fazla olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların yaş faktörünün GETAT'a olumlu ve olumsuz yaklaşım düzeyine göre değerlendirmesine baktığımızda yaş ile birlikte olumlu yaklaşım puanı anlamlı şekilde artarken yaş ile birlikte olumsuz yaklaşım puanında da aynı şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğunu görmekteyiz. Buradan

hareketle şu yorumu yapabiliriz, yaşlı bireylerin bir kısmı GETAT'a karşı yoğun olumlu düşüncelere sahipken diğer kısmı yoğun olumsuz düşünceler içindedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların cinsiyet durumlarına göre GETAT'a olumlu ve olumsuz yaklaşımlarını incelediğimizde ise puanlamada anlamlı bir farklılık görünmemektedir. Çavuşoğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında ise kadınların GETAT'a karşı erkeklere oranla daha olumlu yaklaşım içinde oldukları görülmüştür (174). Kadınların GETAT'ı erkeklere oranla daha fazla tercih ettiği bu çalışmada GETAT'a yaklaşım bazında bakıldığında erkeklerle aralarında fark olmamasından yola çıkarak kadınların inandıkları bu yöntemleri denemekte daha cesur olduklarını ya da sağlıkları için çaba sarfetmekte daha istekli olduklarını düşünebiliriz.

Araştırmamızda çalışmıyor olmak, işçi, memur, serbest çalışan, emekli, ev hanımı, öğrenci olmak şeklinde kategorize ettiğimiz çalışma durumu ile GETAT'a olumlu yaklaşımı incelediğimizde anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Çalışma durumu ve olumsuz yaklaşım incelendiğinde ise anlamlı farklılık bulunmuştur. Olumsuz yaklaşım puanları ikili incelemeler eşliğinde değerlendirildiğinde çalışmayan kişilerin, işçilerin ve memurların puanlarının emeklilere kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durumda emekli olan katılımcıların GETAT konusunda en olumsuz düşüncelere sahip kesim olduğu sonucuna varılabilir. Yaş artıkça olumlu ve olumsuz yaklaşım puanlarındaki artış da bu sonucu doğrulamaktadır nitekim emekli olan kesimin yaş ortalaması diğerlerinden daha yüksektir.

GETAT'a olumlu yaklaşımı, medeni duruma göre ele aldığımızda ise çalışmamızda evli olan katılımcıların puanları anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Buna dayanarak çalışma grubumuzdaki evli kişilerin GETAT'a daha sıcak baktığını söylebiliriz. GETAT'a olumsuz yaklaşım puanları incelendiğinde de yine anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Dul olarak nitelenen boşanmış veya eşini kaybetmiş olan kişilerin olumsuz yaklaşım skorları bekar olarak nitelediğimiz hiç evlenmemiş kişilere göre yüksek bulunmuştur. Bu farklılıklar da yine daha evvel evlenmiş olan kişilerin yaş ortalamalarının bekarlara nazaran daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda GETAT'a olumlu yaklaşım puanı, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. En yüksek puanı ortaokul mezunları almış olup eğitim düzeyi yükseldikçe olumlu yaklaşım puanları düşmektedir. GETAT'a olumsuz yaklaşım puanları incelendiğinde ise okuryazar ve altının olumsuz yaklaşım puanları önlisans ve

üzeri mezunlara göre yüksek bulunmuştur. Çavuşoğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında ise eğitim durumu anlamlı bir farklılık ortaya koymamıştır (174).

Çalışmamızda GETAT'a olumsuz yaklaşım skoru sosyal güvence varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Araştırmamızda sigara kullanıyor olmak, eski kullanıcı olmak ya da hiç kullanmamış olmak ile GETAT'a olumlu ve olumsuz yaklaşım arasındaki ilişki varlığı değerlendirilmiş olup anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kronik hastalık sahibi olma durumuna göre GETAT'a olumlu yaklaşım durumu incelendiğinde çalışmamızda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Oysa kronik hastalığı olan kişilerin GETAT kullanma oranları kronik hastalığı olmayanlara kıyasla anlamlı şekilde fazla bulunmuştu. Buradan kronik hastalığı olmayan kişilerin de hastalık gelişmesi halinde GETAT kullanmaya başlayabileceği çünkü mevcut sağlık durumlarında da kronik hastalar kadar GETAT'a inandıkları sonucunu çıkarabiliriz. İzmir'de yapılmış benzer çalışmada ise kronik hastalık sahibi olmak ile GETAT'a karşı tutum ve davranış ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (174).

Çalışmamızda GETAT kullanan kişilerin olumlu yaklaşım puanlarındaki yükseklik, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. GETAT'ı yararlı bulanların olumlu yaklaşım puanları da yine beklenildiği gibi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. GETAT'ı kullanmayanların olumsuz yaklaşım puanları yüksek çıkarken, yararlı bulmayanların olumsuz yaklaşım puanları da yüksek çıkmıştır.

Araştırmamızda GETAT üzerine etki eden risk faktörlerinin regresyon analizinde yaş, cinsiyet, kronik hastalık, sosyal güvence değerlendirilmiştir. Yaş ve cinsiyet ölçümleri anlamlı bir model oluşturmaktadır. Yaş artışının GETAT kullanımını arttırdığı ve kadın cinsiyette olmanın da yine GETAT kullanımını arttırdığı görülmüştür. Sosyal güvence ve kronik hastalık multivarite değerlendirmelerde anlamlı bulunmamıştır. Oktar ve arkadaşlarının çalışmasında çok değişkenli analizde GETAT ile ilişkili faktörler yaş, cinsiyet, gelir getirici işte çalışmak ve kronik hastalık varlığı olarak saptanmıştır (186). Yaş ve cinsiyet faktörlerinde çalışmamız Oktar ve arkadaşlarının araştırma bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, İstanbul'un merkezi ve büyük bir ilçesinde hasta yoğunluğu çok olan bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üstü, akli melekeleri yerinde olan 200 kadın ve 200 erkek katılımcının geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yaklaşımları incelenmiştir.

Çalışmamıza katılan kişiler arasında en fazla bilinen geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi %90 ile masaj olurken en az bilinen yöntem %4,5 ile osteopatidir.

Çalışmamızda katılımcıların GETAT kullanımının %51,3 oranında olduğu görülmüştür. GETAT'a başlama etmenleri sorgulandığında %51,2'si aile büyükleri ve akrabalarının önerisi ile başladığını beyan etmiştir. Arkadaşlar ve medya da azımsanamayacak oranda etkili faktörler olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yarar gördüklerini, çevrelerine önerdiklerini ve yan etki görmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak yine de modern tıbbi olan güvenlerinin daha fazla olduğu GETAT'a yaklaşımlarında temkinli oldukları ve GETAT uygulamalarının modern tıptan vazgeçmelerine neden olmadığı görülmektedir.

Katılımcılarının çoğunun GETAT'ı en çok sağlık sorunları olduğunda tercih ettikleri görülmüştür. Büyük kısmı uygulamalardan yarar gördüğünü çevresine önerdiğini beyan etmiştir.

Araştırmamızda GETAT kullanan katılımcıların yaşlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların %58'i, erkeklerin %42'si geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi daha önce kullandığını söylemiştir. Bu sonuca göre kadınlar GETAT yöntemlerini daha çok tercih etmektedir.

Araştırmamızda kronik hastalık durumu ile geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında kronik hastalığı olan kişilerin GETAT kullanımı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza göre kronik hastalığı olmayan katılımcıların GETAT'a başlama etkenleri incelendiğinde akraba tavsiyesi en sık olanıdır. Kaldı ki tüm katılımcıların arasında incelediğimizde de sonuç aynı şekildedir.

Çalışmamızda GETAT kullanmış olan katılımcılar arasında kadınların yarar görme durumları erkeklere oranla daha yüksektir.

Çalışmamıza göre katılımcıların yaşları arttıkça GETAT'a hem olumlu hem de olumsuz yaklaşım puanları yükselmektedir.

Araştırmamızda çalışma durumunun GETAT'a olumsuz yaklaşım üzerinde etkisi olduğu görülmüştür. Buna göre çalışmayanlar, işçiler ve memurlar emeklilere kıyasla daha düşük olumsuz yaklaşım puanına sahiptirler.

GETAT'a olumlu yaklaşım puanına çalışmamızda medeni duruma göre baktığımızda evli kişilerin puanları daha yüksek çıkmıştır. Olumsuz yaklaşım puanına baktığımızda ise dul olarak nitelenen kesimin olumsuz yaklaşım puanı daha fazla çıkmıştır.

Çalışmamızda GETAT'a olumlu yaklaşım puanına, eğitim durumuna göre baktığımızda en yüksek puan ortaokul mezunlarında görülmüştür. Olumsuz yaklaşıma göre baktığımızda ise en yüksek puan okur yazar ve altı eğitim düzeyindekilerinde bulunmuştur.

Çalışmamızda GETAT'ı kullananların olumlu yaklaşım puanları yüksek, kullanmayanların olumsuz yaklaşım puanları yüksek çıkarken, GETAT'ı yararlı bulanların olumsuz yaklaşım puanları yüksek, yararlı bulmayanların da olumsuz yaklaşım puanları yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda GETAT üzerine etki eden olası faktörlerin regresyon analizi ile yaş artışının ve kadın cinsiyette olmanın GETAT kullanımını arttırdığı görülmüştür.

Toplumun geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına sıcak baktığı, başta kronik hastalıklar olmak üzere modern tıbbi yöntemlerle kesin tedavisi pek mümkün olmayan durumlarda GETAT'a başvuruların arttığı görülmüştür.

GETAT içinde invaziv girişimler dahi bulunduran, alanında uzman olmayan kişilerce uygulandığında son derece tehlikeli olabilecek yöntemler içeren bir müdahale çeşididir. Dünya varolduğundan bu yana farklı pek çok uygulama insanlar arasında

yayılmış olsa da zaman içinde bilimsel araştırmalar çoğaldıkça bazı uygulamaların etkisiz hatta zararlı olabileceği ortaya çıkmıştır.

Toplumda oldukça yaygınlaşan bu yöntemler için elde edilen bilgilerin ne yazık ki çoğunlukla akraba, arkadaş ve medya kaynaklı olduğu anlaşılmıştır. İnsan sağlığını tehdit edebilecek sonuçlarla karşılaşmamak ve GETAT yöntemlerinden tam verim alabilmek adına hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu alanda daha çok ve nitelikli bilgiye sahip olmaları sağlanmalıdır. Bu konuların tıp fakülteleri müfredatlarında yer alması ve mezunlar için de hizmet içi eğitimler düzenlenmesi hatta mümkünse geri ödeme kapsamına alınması ile geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın sadece sağlık profesyonellerince uygulanması sağlanabilir.

Televizyon, radyo, internet gibi kitle iletişim araçlarında bu uygulamalarla ilgili yapılan bilgilendirmeler ve reklamlar denetlenmeli, toplumu yanlış yönlendirenlere gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır.

GETAT yöntemlerinin etkinliği kanıta dayalı tıp ile desteklenmeli ve insanların bu konuda bilgi sahibi olması, farklılıklarının arttırılması, yanlış uygulamaların önüne geçilmesi, verilecek güncel toplum tabanlı eğitimlerle sağlanmalıdır. GETAT uygulamalarına ilişkin Sağlık Bakanlığı'nın yönetmelik yayınladığı ve burada uygulayıcıların sahip olması gereken özelliklerin belirtildiği medya yoluyla da halka anlatılmalıdır.

Toplumun geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini azımsanamayacak sıklıkta kullanıyor olma gerçeği göz önünde bulundurulursa konvansiyonel sağlık hizmetlerinden faydalanmak için kurumlara başvuran hastalara başka herhangi bir tedavi yöntemi daha kullanıp kullanmadıkları sorulmalıdır. Bu hastaların hem GETAT yöntemlerini doğru kullandıklarını teyit etmek hem de olası ilaç – madde etkileşimi açısından uyanık olmayı sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. WHO. *The Word Health Report 1996 Fighting Disease Fostering Development*. WHO (internette) 1996. Erişim 11.10.2020, https://www.who.int/whr/1996/en/whr96_en.pdf?ua=1
2. NIH. *Complementary and Alternative Medicine*. National Cancer Institute (internette). Erişim 05.05.2021, <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/cam>
3. WHO. *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*. WHO (internette) 2019, Erişim: 10.10.2020, <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=WHOyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=WHO+global+report+on+traditional+and+complementary+medicine+2019>
4. Ünal M, Dağdeviren H N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Euras J Fam Med* 2019; 8(1): 1-9.
5. WHO. *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014-2023*. WHO (İnternette) 2015. Erişim: 05.03.2021, http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy_14_23/en/
6. Sağlık Bakanlığı. *Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Uygulamalarına Uluslararası Bakış Konferans Bildirisi*. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Dairesi Başkanlığı (internette) 2014. Erişim <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-12374/geleneksel-tip-konferans-kitabi.html>
7. *Kursa Kimler Katılabilir* (web page on the internet). Erişim 01.10.2020, Getat Eğitimleri: <https://www.getat.com.tr/sss/#1533207250668-779cd9c8-8ef1>.
8. WHO. *World Health Organization General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. WHO (İnternette) 2000. Erişim 05.03.2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000
9. NIH. *CAM Definitions 2012*. National Cancer Institute (internette) 2012. Erişim 12.12.2020, https://cam.cancer.gov/health_information/cam_definitions.htm

10. EFCAM. *Definition of Cam*. European Federation for Complementary and Alternative Medicine (İnternette). Erişim 13.12.2020, <http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/>
11. Mollahaliloğlu S, Uğurlu F G, Kalaycı M, Öztaş D. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem 2015; *Ankara Med Journal*, 15(2): 102-105.
12. Soydan N, Roma Tıbbı ve Kadın Hastalıkları, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih (Eskiçağ Tarihi) ABD, Doktora Tezi, Ankara, 2012
13. Kisling L A, Stiegmann R A. *Alternative Medicine* 2019 (web page on the internet). Erişim Tarihi: 11.12.2020, StatPearls: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538520/>
14. Uğurlu S. Traditional Folk Medicine in the Turkish Folk Culture. *Tr. Stud* 2011; 6(4): 317-327.
15. Sezer E, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler. *J Uludag Univ Med Fac* 2010; 36(1): 29-32.
16. Kabalak A A. Effect of Music on Palliative Care Patients: Historical Development of Therapy with Turkish Music. *J Tradit Complem Med* 2018; 1(3): 146-54.
17. Saltık Özkan T. (2012). Geleneksel Tıpta İyileşmenin İnanç Boyutu Üzerine Kurumsal Yaklaşımlar: Psikosomatik Tıp, Plasebo Etkisi ve Kuantum İyileşme. *Int Q J Cult* 2012; 24(95): 307-314.
18. Muslu G K, Öztürk C. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. *J Pediatr Health DIS* 2008; 51(1): 62-7.
19. Chen F P, Chen T J, Kung Y Y, Chen Y C, Chou L F, Chen F J ve arkadaşları. Use Frequency of Traditional Chinese Medicine in Taiwan. *BMC health serv res* 2007; 7(1): 1-11.
20. Aydın S. (2012). DSÖ ve Gelenekten Küresele Tıbbın Alternatif Serüveni. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Derg* 2012; (22): 8-11.
21. WHO. *Traditional Medicine*. WHO (internette) 2003, Erişim 10.10.2020, https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea5618.pdf

22. Zhang X, *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. WHO (internette) 2002, Erişim 10.10.2020, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67163/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf?sequence=1
23. WHO. *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: Report of a WHO Global Survey*. World Health Organization (internette) 2005. Erişim 10.10.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43229>
24. Biçer İ, Balçık P Y. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. *Hacet J Health Adm* 2019; **22**(1): 245-257.
25. NCCIH. “*National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)*”. NCCIH (internette) 2019. Erişim 10.10.2020, <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>
26. Kalkınma Bakanlığı. *Eğitim Sisteminin Kalitesinin Artırılması Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı (İnternette) 2014. Erişim 11.10.2020, <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/342/ekutuphane3.5.1.3.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. *Resmi Gazete* 2018; (29158): 27.
28. WHO. *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011-2020)*. World Health Organization (internette) 2012. Erişim 11.10.2020, https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/5538/9789290615590_eng.pdf
29. WHO. *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*. World Health Organization (internette) 2019. Erişim 11.10.2020, <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf>
30. “*CAMbrella*” (web page on the internet). Erişim 12.10.2020, Eurocam: <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports>
31. Eardley S, Bishop F, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K ve arkadaşları. *CAM Use in Europe-The Patients' Perspective. Part I: A Systematic Literature Review of CAM Prevalence in the EU* (web page on the internet) 2012. Erişim

01.12.2020, https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMbrella-WP4-part_1final.pdf

32. Şahan D, İlhan M N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. *Gazi J Health Sci* 2019; **4**(3):12-19

33. Han S Y, Kim H Y, Lim J H, Cheon J, Kwon Y K, Kim H ve arkadaşları. The Past, Present and Future of Traditional Medicine Education in Korea. *Integr med res* 2016; **5**(2): 73-82.

34. *GETAT Nedir* (Web page on the internet) (24.03.2020). Erişim 11.10.2020, T.C. Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü Konya Meram Devlet Hastanesi: <https://meramdh.saglik.gov.tr/TR,362747/getat-merkezimiz-hizmetinizde.html>

35. Baek S M, Choi S M, Seo H J, Kim S G, Jung J H, Lee M ve arkadaşları. Use of Complementary and Alternative Medicine by Self-or Non-Institutional Therapists In South Korea: A Community-Based Survey. *Integr med res* 2013; **2**(1): 25-31.

36. Karahancı O N, Öztoprak Ü Y, Ersoy M, Ünsal Ç Z, Hayırlıdağ M, Büken N Ö. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması. *T J Bioethics* 2015; **2**(2): 117-26.

37. WHO. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. World Health Organization (internette) 2001. Erişim 19.08.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42452>

38. Eisenberg D M, Davis R B, Ettner S L, Appel S, Wilkey S, Rompay M V ve arkadaşları. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow up National Survey. *JAMA* 1998; **280**(18): 1569-1575.

39. Şimşek B, Aksoy D Y, Basaran N C, Taş D, Albasan D, Kalaycı M Z. Mapping Traditional and Complementary Medicine in Turkey. *Eur J Integr Med* 2017; **15**: 68-72.

40. Nural N, Çakmak S. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanma Durumu. *J Tradit Complem Med* 2018; **1**(1): 1-9.

41. Öztürk M, Uskun E, Özdemir R, Çınar M, Alptekin F, Doğan M. Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005; **13**: 179-186.

42. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Int J Hematol & Oncology* 2008; **18**(1): 32-38.
43. Aksoy Ö, Altındağ İlçesinde Bazı Mahallelerde Yaşayan Yetişkinlerin Geleneksel/Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Görüş ve Davranışlarının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018
44. Bondurant S, Anastasi J K, Berman B, Buhrmaster M, Burrow G N, Chang M ve arkadaşları. *Complementary and Alternative Medicine in the United States. ABD: Consensus Report, Institute of Medicine Committee.* Washington: National Academies Press; 2005.
45. Dokken D, Sydnor-Greenberg N. Exploring Complementary and Alternative Medicine in Pediatrics: Parents and Professionals Working Together for New Understanding. *Pediatr Nurs* 2000; **26**(4): 383-390.
46. Coats E J, Feldman R S. Zihniniz Bedeninizi İyileştirebilir mi? J Faculty Divinity Ankara Univ 2011; **52**(2): 353-367.
47. *Benson-Henry Institute for Mind Body Medicine* (web page on the internet) 2019. Erişim 21.07.2020, Benson-Henry Institute: <https://bensohenryinstitute.org/>
48. Can G. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımlarına Genel Bakış. *Sağlıkla* 2013; 3: 54-56.
49. Deng G E, Frenkel M, Cohen L, Cassileth B R, Abrams D I, Capodice J ve arkadaşları. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *J Soc Integr Oncology* 2009; **7**(3): 85-120.
50. NIH. *Expanding Horizons of Health Care: Strategic Plan 2005-2009, National Center for Complementary and Alternative Medicine.* National Institutes of Health (internette) 2004. Erişim 23.09.2020, <https://files.nccih.nih.gov/s3fs-public/about/plans/2005/strategicplan.pdf>
51. Bulut İ, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Hastalarında Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi Kullanım Sıklığı ve Özellikleri, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016

52. Taştan K, Çayır Y, Makas Y N, Set T, Hülakü A, Tekşan T. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Doktorların Hipnoterapi ile İlgili Görüşleri, Eğitim Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları. *J Smyrna Med* 2015; 2: 1-6.
53. Özkök A. Hipnoz ve Anestezi. *J Anesth* 2013; **21**(1): 11-16.
54. Jiang H, White M P, Greicius M D, Waelde L C, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cerebral Cortex* 2017; **27**(8): 4083-4093.
55. Bányai É I. The Interactive Nature of Hypnosis: Research Evidence for a Social-Psychobiological Model. *Contemporary Hypnosis* 1998; **15**(1): 52-63.
56. Sheehann E. *Kendi Kendine Hipnoz*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım; 1999
57. Hypnosis (web page on the internet) 2020. Erişim 11.12.2020, Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/hypnosis/about/pac-20394405>
58. Sönmez D, Antik Dönemde Anadolu'da Müzik ve Müzik Aletleri, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih ABD, Eskiçağ Tarihi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008
59. Somakcı P. Türklerde Müzikle Tedavi. *J Erciyes U Inst Soc Sci* 2003; **1**(15): 131-140.
60. Çoban A. *Müzik Terapi Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi*. İstanbul: Timaş Yayınları; 2005
61. Uygun M N. *Kitabü'l-Edvar Safiyyüddin Urmevi*. İstanbul: İbn Haldun Üniversitesi Yayınları; 2019
62. Uçaner B, Öztürk B. Türkiye’de ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları. *Uluslararası Eğitim Araştırma Kongresi* 2009; 1-13.
63. Horuz D, Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Koah Hastalarında Müzik Terapisinin Anksiyete ve Bazı Klinik Bulgulara Etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2013
64. Fisher, P. What is Homeopathy? An Introduction. *Frontiers in Bioscience* 2012; **E4**(1): 1669-1682.
65. İlhan F. Homeopatiyle Sağlıklı Kalmak. *J Tradit Complem Med* 2018; **1**(1): 29-34.

66. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges L V ve arkadaşları. Are the Clinical Effects of Homoeopathy Placebo Effects? A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Trials. *The Lancet* 1997; **350**(9081): 834-843.
67. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst E. Adverse Effects of Homeopathy: A Systematic Review of Published Case Reports and Case Series. *Int J clinical practice* 2012; **66**(12): 1178-1188.
68. Cabioğlu M T, Ergene N. Akupunkturun Etki Mekanizmaları ve Klinik Uygulamaları. *Gen Med J* 2003; **(13)**1: 35-40.
69. Kalyon T A. Akupunktur Tedavisi. *Turk J Phys Med Rehabil* 2007; **53**: 52-57
70. Huang W, Kutner N, Bliwise D L. Autonomic Activation in İnsomnia: The Case For Acupuncture. *J Clin Sleep Med* 2011; **7**(1): 95-102.
71. Ma L. Acupuncture as a Complementary Therapy in Chemotherapy-İnduced Nausea and Vomiting. *Bayl Univ Med Cent* 2009; **22**(2): 138-141.
72. Kartal Ö, Çalışkaner Z, Şener O. Astım ve Allerjik Hastalıklarda Akupunktur Tedavisi. *TAF Prev Med Bull* 2011; **10**(1): 107-114.
73. Atalar Ö, Türk G, Yüce A, Çeribaşı A O, Kavaklı A, Sönmez M ve arkadaşları. Diyabet, Yara İyileşmesi ve Sperm Kalitesi Üzerine Akupunkturun Önemi. *F.Ü. Sağ. Bil. Vet. Derg.* 2013; **27** (2): 109-113.
74. Cabioğlu M T. Akupunktur ile Ağrı Kontrolü ve Nörotransmitterler. *Gen Med J* 2008; **18**(2): 93-98.
75. NIH, 1997. *Acupuncture National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement*. National Institutes of Health (internette) 1997. Erişim 12.12.2020, <https://consensus.nih.gov/1997/1997acupuncture107html.htm>
76. Acupuncture (web page on the internet) 2021.Erişim 27.03.2021, Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/acupuncture/about/pac-20392763>
77. Geleneksel Naturopati (Doğa Tedavisi) Nedir? (web page on the internet) 2020. Erişim 02.01.2021, Naturopati Akademisi: <http://www.naturopatiakademisi.com/Makaleler/Makale1>

78. Kayne S B. *Delivering Complementary and Alternative Medicine. Complementary and Alternative Medicine*. London: Pharmaceutical Press; 2009
79. Ayurveda Nedir? (web page on the internet). Erişim 10.12.2020, Yükselen Çağ: <https://www.ayurvedikyasam.com/ayurveda-nedir>
80. Dağlar N, Dağdeviren H N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Fitoterapinin Yeri. *Euras J Fam Med* 2018; **7**(3): 73-77.
81. Onbaşlı D, Çelik G Y, Ceylan A, Azranur D A L. Türkiye’de Eczanelerde Bulunan Bitkisel İlaçlar. *ERÜ Sağ Bil Fak Derg*; **6**(1): 18-31.
82. Ferreira T S, Moreira C Z, Cária N Z, Victoriano G, Silva Jr W F, Magalhães J C. Phytotherapy: An Introduction to Its History, Use and Application. *Rev Bras Plantas Med* 2014; **16**(2): 290-298.
83. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat (!). *Sted* 2005; **14**(8): 182-187.
84. Korucu O, Başağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri, Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2013.
85. Linde K, Ramirez G, Mulrow C D, Pauls A, Weidenhammer W, Melchart D. St John's Wort for Depression—An Overview and Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials. *Bmj* 1996; **313**(7052): 253-258.
86. Dedeoğlu B, Kanseri Hastaların Tamamlayıcı/alternatif Tedavileri Kullanım Durumları ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2014
87. TTB. Bitkisel Ürünler ve Sağlık: Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi (internette) Ekim 2012. Erişim 01.03.2021, <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/bitkisel.pdf>
88. Tilburt J C, Kaptchuk T J. Herbal Medicine Research and Global Health: An Ethical Analysis. *Bull WHO* 2008; **86**: 594-599.
89. Bent S. Herbal Medicine in the United States: Review of Efficacy, Safety and Regulation. *JGIM* 2008; **23**(6): 854-859.

90. Tulunay M, Aypak C, Yikilkan H, Gorpelioglu S. Herbal Medicine Use Among Patients with Chronic Diseases. *JCMR* 2015; **4**(3): 217.
91. Kucukoner M, Bilge Z, Isikdogan A, Kaplan M A, Inal A, Urakci Z. Complementary and Alternative Medicine Usage in Cancer Patients in Southeast of Turkey. *AJTCAM* 2013; **10**(1): 21-25.
92. Kuhn M A. Herbal Remedies: Drug-Herb Interactions. *Crit Care Nurse* 2002; **22**(2): 22-32.
93. Alp H B. Konya Yöresinde Yetiştirilen Sarı Kantaron (H. Perforatum) Bitkisinin Fitokimyasal Analizi. *J Gen Health Sci* 2020; **2**(2): 1-7.
94. Kim Y S, Pyo M K, Park K M, Park P H, Hahn B S, Wu S J ve arkadaşları (1998). Antiplatelet and Antithrombotic Effects of a Combination of Ticlopidine and Ginkgo Biloba Ext (EGb 761). *Thromb Res* 1998; **91**(1): 33-38.
95. Dulger G. Herbal Drugs and Drug Interactions. *Marmara Pharm J* 2012; **16**(1): 9-22.
96. Li T S. Asian and American Ginseng— A Review. *Horttech* 1995; **5**(1): 27-34.
97. Gezmen Karadağ M, Türközü D, Topağaç Kapucu D. Bitkiler ve İlaç Etkileşimleri. *Medeniyet Med J* 2013; **28**(4): 164-170.
98. Göktaş Ö, Gıdık B. Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanım Alanları. *Bufbd* 2019; **2**(1): 145-151.
99. Barnett J E, Shale A J. The integration of Complementary and Alternative Medicine (CAM) into the Practice of Psychology: A Vision for the Future. *Prof Psychol-Res Pr* 2012; **43**(6): 576.
100. Dagenais S, Haldeman S. Chiropractic. *Prim Care Clin Office Pract* 2002; **29**(2002): 419-437.
101. Madenci E. Klasik Masaj. *Turk J Phys Med Rehabil* 2007; **53**(2): 58-61
102. M.E.B. *Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri Klasik Masaj Teknikleri*. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (internette) 2011. Erişim 18.12.2020, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Klasik%20Masaj%20Teknikleri.pdf

103. Moyer C A, Rounds J, Hannum J W. A Meta-Analysis of Massage Therapy Research. *Psychol bull* 2004; **130**(1): 3-18.
104. Sherman K J, Cherkin D C, Hawkes R J, Miglioretti D L, Deyo R A. Randomized Trial of Therapeutic Massage for Chronic Neck Pain. *Clin J Pain* 2009; **25**(3): 233-238.
105. Nerbass F B, Feltrim M I Z, Souza S A D, Ykeda D S, Lorenzi-Filho G. Effects of Massage Therapy on Sleep Quality After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Clinics* 2010; **65**(11): 1105-1110.
106. Ye L, Kalichman L, Spittle A, Dobson F, Bennell K. Effects of Rehabilitative Interventions on Pain, Function and Physical Impairments in People with Hand Osteoarthritis: A Systematic Review. *Arthritis Res Ther* 2011; **13**(1): 1-13.
107. Çiftci M M. Kupa Tedavisi ve Klinik Uygulamalar. *BSHR* 2019; 3: 22-28.
108. Tümer T. *Tıbbi Hacamatın, Kupa Tedavisinin Tarihçesi* (web page on the internet). Erişim 03.01.2021, Dr. Turanşah Tümer Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: <http://www.tibbihacamat.com/tibbi-hacamatinkupa-tedavisinin-tarihcesi/>
109. Okumuş M. Cupping Therapy and Hijamah. *Ankara Med J* 2016; **16**(4):370-382
110. Salih A. *Gerçek Tıp. İstanbul: Bayrak Matbaacılık Ltd; 2008*
111. Sert E, Arar Sakarya A, Yüksel ŞB, Sert A, Kalaycı MZ. Kupa Uygulaması ve Kupa Uygulamasının Klinik Araştırmaları. *Turkish J Integr Med* 2015; **3** (2): 19-25.
112. Hofmann D J, Oltmans S J, Harris J M, Solomon S, Deshler T, Johnson B J. Observation and Possible Causes of New Ozone Depletion in Antarctica in 1991. *Nature* 1992; **359**(6393): 283-287.
113. Kutlubay Z, Engin B, Serdaroğlu S, Tüzün Y. Dermatolojide Ozon Tedavisi. *Dermatoz* 2010; **1**(4): 209-216.
114. Pabuççu O, Ozon Terapi: Mit ve Gerçek. *Turkplastsurg* 2011; **19**(3): 105-112.
115. Özler M, Öter Ş, Korkmaz A. Ozon Gazının Tıbbi Amaçlı Kullanılması. *TAF Prev Med Bull* 2009; **8**(1): 59-64
116. Bocci V. *Ozone a New Medical Drug*. Dordrecht: Springer; 2005
117. GETAT D.B. *Osteopati Uygulaması Hakkında Bilgilendirme*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı (internette)

2021. Erişim, <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-75206/osteopati-uygulamasi-hakkin-da-bilgilendirme.html> 04.01.2021
118. Aydın T. Sporcularda Osteopatik Tıp Uygulamaları. *Turk J Sports Med* 2015; **50**(3): 91-100
119. Lesho E P. An Overview of Osteopathic Medicine. *Arch Fam Med* 1999; **8**(6): 477-481
120. Trowbridge C. *Andrew Taylor Still 1828-1917*. Missouri: Truman State University Press; 1991
121. Edisan Z, Aksoy Ş. Geçmişten Günümüze Manuel Tedaviler. *T Klin J Med Ethics, Law and History* 2002; **10**(4): 269-278.
122. WHO. *Benchmarks for Training in Osteopathy*.WHO (internette) 2010. Erişim 05.01.2021, <https://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf>
123. Türkiye’de Termal Sağlık Turizmi (web page on the internet). Erişim 02.02.2021, <http://www.satir.gov.tr/images/pdf/tyst/07.pdf>.
124. Tokay A, Yozgat İli Kaplıcalarında Ampirik ve Geleneksel Kaplıca Tedavisi ve Balneoterapi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Ekoloji ve Klimatoloji ABD, Doktora Tezi, İstanbul, 2001
125. Uyanık A, Afyonkarahisar Sandıklı Hüdayi Kaplıcalarının Hijyenik Koşulları ile Kaplıca Personelinin Bilgi Tutum ve Davranışları, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2006
126. TEHUD. *Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji’nin 80. Yıl Sempozyumu 1938 & 2018*. Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji Uzmanları Derneği (internette) 2018. Erişim 03.03.2021, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/702042>.
127. Sunay S. Sultan II. Abdülhamid’in Tebaasına Şifa Arayışı: Kepekler Kaplıcası. *Jols* 2018; **5**(13): 193-217.
128. Dıdarian R. *Antikor Taşıyan Nanopartiküller Kullanarak Hipertermi ile Tümör Dokusunun Tedavisi*. Hacettepe Üniversitesi, Nanoteknoloji ve Nanotıp ABD, Doktora Tezi, Ankara, 2017

129. Yıldız S, Öztürk GY. Refleksoloji: Temel ve Klinik Bilgiler. *Integr Tıp Derg* 2014; **2**(1): 26-42.
130. Doğru B V, Yıldırım Y, Aykar F Ş. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Refleksoloji. *J Cardiovasc Nurs* 2017; **8**(17): 77-85.
131. Özdemir G. *Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin Yorgunluk, Ağrı ve Krampa Etkisi*. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2011
132. Ali B, Al-Wabel N A, Shams S, Ahamad A, Khan S A, Anwar F. Essential Oils Used in Aromatherapy: A Systemic Review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2015; **5**(8): 601-611.
133. Halm M A. Essential Oils for Management of Symptoms in Critically Ill Patients. *Am J Crit Care* 2008; **17**(2): 160-163.
134. Selçuk B, Eczaneye Başvuran Hastaların Klinik Bakış Açısının Belirlenmesi ve Klinik Eczacının Aromaterapi Uygulamalarındaki Rolü, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2020
135. Burt S. Essential Oils: Their Antibacterial Properties and Potential Applications in Foods—A Review. *Int J Food Microbiol* 2004; **94**(3): 223-253.
136. Edris A E. Pharmaceutical and Therapeutic Potentials of Essential Oils and Their Individual Volatile Constituents: A Review. *Phytother Res* 2007; **21**(4): 308-323.
137. Trevelyan J, Booth B. *Complementary Medicine for Nurses, Midwives and Health Visitors*. New York: Palgrave Macmillan; 1994
138. IFA. *Pioneers of Aromatherapy*. International Federations of Aromatherapists (internette). Erişim 03.03.2021, https://ifaroma.org/ko_KR/home/explore_aromatherapy/pioneers-of-aromatherapy
139. Gnatta J R, Kurebayashi L F S, Turrini R N T, Silva Maria J P D. Aromatherapy and Nursing: Historical and Theoretical Conception. *Rev Esc Enferm USP* 2016; **50**(1): 127-133.
140. Reis D, Jones T. Aromatherapy: Using Essential Oils as a Supportive Therapy. *Clin J Oncol Nurs* 2017; **21**(1): 16-19.

141. Manion C R, Widder R M. Essentials of Essential Oils. *Am J Health Syst Pharm* 2017; **74**(9): e153–e162.
142. Orchard A, Van Vuuren S F. Carrier Oils in Dermatology. *Arch Dermatol Res* 2019; **311**(9): 653–672.
143. Bayramgürler D, Nazari Ş. Mezoterapi: Etki Mekanizması ve Endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2014; **7**(4): 4-8.
144. Bulam H, Ayhan S, Sezgin B, Özmen S, Çenetoğlu S. Mesotherapy: Is It a Miracle or an Air Bubble on the Tip of the Needle? *Turk J Plast Surg* 2013; **21**(2): 16–19.
145. Gökdemir G. Mezoterapinin Etkileri Kanıtlanmış mıdır? *Turkderm* 2009; **43**(özel sayı 1): 12-16.
146. Küçük M Ö, Yaman O. Tıbbi Sülük Terapisi (Hirudoterapi). *J Biotechnol and Strategic Health Res.* 2019; **3**(Özel Sayı): 29-46.
147. Mory RN Mindell D, Bloom DA. The Leech and The Physician: Biology, Etymology, and Medical Practice with Hirudinea Medicinalis. *World J Surg* 2000; **24**(7): 878–883.
148. Özkaptan, Bilge B, Güler Y. *Geleneksel Bir Tedavi Yöntemi: Tıbbi Sülük Tedavisi (Hirudoterapi)*. Sağlık Bilimleri Alanında Araştırma Makaleleri-1, Ankara: Gece Akademi; 2019
149. Sînâ İ-i. *El-Kânûn Fi't-Tıbb Birinci Kitap*. Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayını; 2009.
150. Soğuksu G, Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Bilgi Tutum ve Farkındalık Durumunun Araştırılması. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği ABD, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2017
151. Whitaker IS, J R, Izadi D, Butler PE. Historical Article: Hirudo Medicinalis: Ancient Origins of, and Trends in the Use of Medicinal Leeches Throughout History. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; **42**(2): 133-7.
152. Haycraft J B. On The Action of a Secretion Obtained from the Medicinal Leech on the Coagulation of the Blood. *Proc R Soc Lond* 1883; **36**: 478-87.

153. Duruhan S, Biçer B, Tuncay M S, Uyar M, Güzel S. Sülük Uygulamasının Komplikasyonları. *İntegr Med J* 2015; **3**(1): 16-20.
154. Özçakır A, Aydın S. Complementary/Alternative Medicine Use in Primary Care. *Res J Med Sci* 2007; **1**(1): 21-25.
155. Çakmak S, Nural N. Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics* 2017; **3**(2): 57-64.
156. Koçdaş M, Hekim, Hemşire ve Hastaların Tamamlayıcı/alternatif Tedavi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013
157. Barnes J. Quality, Efficacy and Safety of Complementary Medicines: Fashions, Facts and the Future. Part II: Efficacy and Safety. *Br J Clin Pharmacol* 2003; **55**(4): 331-340.
158. Eyüp (web page on the internet). Erişim 08.05.2021, <https://www.istanbul.net.tr/istanbul-rehberi/dosyalar/bolumler/eyup/7/76>
159. İlçemizin Coğrafi Bilgileri(web page on the internet). Erişim: 08.05.2021, <http://www.eyupsultan.gov.tr/ilcemizin-cografi-bilgileri>
160. Eyüpsultan Nüfusu-İstanbul(web page on the internet). Erişim: 08.05.2021, https://www.nufusu.com/ilce/eyupsultan_istanbul-nufusu
161. Arzu Araz, Hacer Harlak G M. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Kor Hek* 2007; **6**(2): 112-122.
162. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Geleneksel/Alternatif Tıpla İlgili Görüşleri ve Kullanım Durumu. *TAF Prev Med Bull* 2016; **15**(2): 75-82.
163. Herron M, Glasser M. Use of and Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine among Family Practice Patients in Small Rural Illinois Communities. *The Journal of Rural Health* 2003; **19**(3): 279-284.
164. Xue C C, Zhang A L, Lin V, Da Costa C, Story D F. Complementary and Alternative Medicine use in Australia: A National Population-Based Survey. *J Altern Complement Med* 2007; **13**(6): 643-650.

165. Tan M, Uzun O, Akçay F. Trends in Complementary and Alternative Medicine in Eastern Turkey. *J Altern Complement Med* 2004; **10**(5): 861-865.
166. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. *Fırat Üniv Health Sci Med J* 2013; **27**(1): 19-26.
167. Elolemy A T, AlBedah A M N. Public Knowledge, Attitude and Practice of Complementary and Alternative Medicine in Riyadh Region, Saudi Arabia. *Oman Med J* 2012; **27**(1): 20-26.
168. Barnes P M, Bloom B, Nahin R L. Complementary and Alternative Medicine use among Adults and Children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* 2008; (12): 1-23.
169. Frass M, Strassl R P, Friehs H, Michael Mullner M, Kundi M., Kaye A D. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J* 2012; **12**(1): 45-56.
170. Teng L, Jin K, He K, Bian C, Chen W, Fu K ve arkadaşları. Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer Patients at Zhejiang University Teaching Hospital, China. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2010; **7**(4): 322-330.
171. Özdemir M E, Kıbık A. Kayseri Merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri Çalışanlarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Uygulamalarına Bakışı. *Maltepe Med J* 2021; **13**(1): 28-35.
172. Ulusoy Z B, Keskin A. Onkoloji Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Yöntemleri Hakkındaki Tutumları. *Ankara Med J* 2021; **21**(3): 374-385.
173. Al-Faris E A, Al-Rowais N, Mohamed A G, Al-Rukban M O, Al-Kurdi A, Al-Noor M A B ve arkadaşları. Prevalence and Pattern of Alternative Medicine Use: the Results of a Household Survey. *Ann Saudi Med* 2008; **28**(1): 4-10.
174. Çavuşoğlu M., Yılmaz M. Bulgaristan'dan Göç Etmiş Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemlerine İlişkin Tutum ve Davranışları. *J Public Health Nursing* 2020; **2**(2): 57-72.
175. Fisher P, Ward A. Complementary Medicine in Europe. *BMJ* 1994; **309** (6947): 107-111

176. Burstein H J, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks J C. Use of Alternative Medicine by Women with Early-Stage Breast Cancer. *N Engl J Med* 1999; **340**(22): 1733-1759.
177. Bulduklu Y. The Motives of the Patients in Preferring Complementary and Alternative Treatments within the Communication Context. *Int J Commun Health* 2014; 4: 59-68.
178. Çetin O B. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Socio Econ J*. 2007; **6** (6): 90-106.
179. Begbie S D, Kerestes Z L, Bell D R. Patterns of Alternative Medicine Use by Cancer Patients. *Med J Aust* 1996; **165**(10): 545-548.
180. Risberg T, Kaasa S, Wist E, Melsom H. Why Are Cancer Patients Using Non-Proven Complementary Therapies? A Cross-Sectional Multicentre Study in Norway. *Eur J Cancer* 1997; **33**(4): 575-80.
181. Sollner W, Zingg-Schir M, Rumpold G, Fritsch P. Attitude toward Alternative Therapy, Compliance with Standard Treatment, and Need for Emotional Support in Patients with Melanoma. *Arch Dermatol* 1997; **133**(3): 316-321.
182. Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of Complementary and Alternative Medicine Remedies in Sweden. A Population-Based Longitudinal Study within the Northern Sweden MONICA Project. Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. *J Intern Med* 2001; **250**(3): 225-233.
183. Hunt K J, Coelho H F, Wider B, Perry R, Hung S K, Terry R ve arkadaşları. Complementary and Alternative Medicine Use in England: Results from a National Survey. *Int J Clin Pract* 2010; **64**(11): 1496-1502.
184. Seo H J, Baek S M, Kim S G, Kim T H, Choi S M. Prevalence of Complementary and Alternative Medicine Use in a Community-Based Population in South Korea: A Systematic Review. *Complement Ther Med* 2013; **21**(3): 260-271.
185. Kocabaş D, Eke E, Demir M. Sağlık Hizmeti Kullanımında Bireylerin Geleneksel ve Alternatif Yöntemlere İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. *BAİBÜ J Sosyal Sci Inst* 2019; **19**(1): 63-80.

186. Oktar D, Öcal E E, Pala Çalışkan S, Önsüz M F, Metintaş S. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Erişkinlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımı, 3. *International 21. National Public Health Congress 2019*.
187. Aydın S, Bozkaya A O, Mazıcıoğlu M M, Gemalmaz A, Özçakır A, Öztürk A. What Influences Herbal Medicine Use?-Prevalence and Related Factors. *Turk J Med Sci* 2008; **38**(5): 455-63.
188. Dağtaş Gülgün C P, Kaya H. Akciğer Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi Üstüne Etkileri. *Kafkas J Med Sci* 2015; **5**(2): 41-47.
189. Bishop F L, Lewith G T. Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM use. *Evid Based Complement Alternat Med* 2010; **7**(1): 11-28.
190. Weizman AV, Ahn E, Thanabalan R, Leung W, Croitoru K, Silverberg MS ve arkadaşları. Characterisation of Complementary and Alternative Medicine Use and its Impact on Medication Adherence in Inflammatory Bowel Disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; **35**(3): 342-349.
191. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer Kanseri Hastalarında Alternatif Tedavi Kullanımı. *Turk J Hematology Oncology* 2005; **15**(2): 73-77.
192. Yiğitbaş Ç, Bulut A. The Effect of Socio-Demographic and Cultural Features on Traditional, Complementary and Alternative Medicine in Healthcare Students. *J Contemp Med* 2020; **10**(3): 370-376.
193. Nowack R, Ballé C, Birnkammer F, Koch W, Sessler R, Birck R. Complementary and Alternative Medications Consumed by Renal Patients in Southern Germany. *J Ren Nutr* 2009; **19**(3): 211-219.
194. Shafiq N, Gupta M, Kumari S, Pandhi P. Prevalence and Pattern of use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Hypertensive Patients of a Tertiary Care Center in India. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2003; **41**(7): 294-298.
195. Algier L A, Hanoglu Z, Özden G, Kara F. The use of Complementary and Alternative (Non-Conventional) Medicine in Cancer Patients in Turkey. *Eur J Oncology Nurs* 2005; **9**(2): 138-146.

196. Kılıç K N, Soylar P. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Başvuran Bireylerin Tutumları, Başvurma Nedenleri ve Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi. *J Tradit Complem Med* 2019; 2(3): 97-105.
197. Bülbül S H, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Konusunda Ailelerin Görüşleri. *J Chidren Health and Disease* 2009; 52: 195-202.
198. Ege B, Kurt M Y, Ege M, Geyik A. Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ile İlgili Tutumlarının Değerlendirilmesi, *J Tradit Complem Med* 2020; 3(2): 178-90.



FORMLAR

EK-1: Çalışma Anketi Formu

İSTANBUL'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBA YAKLAŞIMLARININ ARAŞTIRILMASINA YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

Değerli katılımcı, Bu anket formu geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yaklaşımla ilgili, bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Kimlik bilgisi paylaşımı tercihe bağlı olup, cevaplarınız anonim olarak değerlendirilecektir.

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Bir işte çalışıyor olma durumunuz?
 A: Çalışmıyorum
 B: Çalışıyorum: İşçi Memur Serbest Çalışan
 C: Emekliyim
 D: Ev kadını
 E: Öğrenci
4. Çalışıyorsanız, Mesleğiniz:
 Yaptığınız iş: İşkolunuz:
5. Medeni durumunuz?
 A: Evli
 B: Bekar
 C: Dul
6. Eğitim durumunuz?
 A: Okuryazar değil B: Okuryazar
 C: İlkokul mezunu D: Ortaokul mezunu
 E: Lise mezunu F: Önlisans ve üstü mezunu
7. Memleketiniz? Doğum Yeriniz:
8. Sosyal güvenceniz?
 A: Yok
 B: SGK
 C: Özel sigorta
9. Sigara kullanıyor musunuz? (paket –yıl)
 A: Hayır
 B: Evet(paket-yıl)
 C: Bırakmış (paket-yıl)
10. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
 A: Evet
 B: Hayır
11. Kronik hastalığınız varsa hangisi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
 A: Hipertansiyon E: Kanser
 B: Diyabet mellitus F: Hiperlipidemi
 C: Kalp yetersizliği G: Diğer
 D: KOAH

12. Aşağıdaki geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangilerini biliyorsunuz?

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| A: Hipnoz | B: Meditasyon/Yoga |
| C: Masaj | D: Osteopati |
| E: Fitoterapi (bitkisel tedavi) | F: Homeopati |
| G: Akupunktur | H: Kaphca/Ilıca |
| J: Refleksoloji | K: Aromaterapi |
| L: Müzikle tedavi | M: Ozon tedavisi |
| N: Kupa terapi (şişe çekme) | O: Mezoterapi |
| P: Hacamat | R: Sülükle tedavi |
| S: Diğer: | |

13. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

- A: Evet
B: Hayır
C: Kararsızım

14. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı hiç kullandınız mı?

- A: Evet
B: Hayır

15. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı kullanmaya başlamanıza etmen nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- A: Aktar
B: Doktor
C: Medya
D: Arkadaş
E: Aile büyükleri-akrabalar
F: Diğer

16. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma nedeniniz nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- A: Sağlık problemleri için
B: Saç ve yüz bakımı için
C: Stresi azaltmak için
D: Kilo vermek/almak için
E: Rahat uyku için
G: Cinsellik
H: Bağışıklık güçlendirmek için
I: Diğer (Açıklayınız)

17. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi olarak hangi nedenler için nelerden faydalanmaktasınız?

18. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullandığınızda yararını gördünüz mü? Evet ise hangi tedaviden?

- A: Evet:
B: Hayır

19. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp olarak kullandığınız yöntemi çevrenizdekilere önerdiniz mi? Evet ise hangilerini?

- A: Evet:
B: Hayır

20. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kullanımında yan etki ile karşılaştınız mı? Hangi uygulamalarda ne gibi yan etkiler gözlemlediniz?

21. Aşağıdaki ifadelerde size en uygun gelen kutuyu işaretleyiniz.

Evet (1) Hayır (2) Fikrim yok (3)

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp basit hastalıkları (soğuk algınlığı vb.) yenmemizde yardımcı olabilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ciddi rahatsızlıklarda kullanılmamalı.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp bilimsel testlere tabi tutulduktan sonra kullanılmalı.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kişilerin tam bir tedavi almasına engel olduğu için tehlikelidir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp son çare olarak kullanılmalıdır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp doktora danışmadan doktora gitmeden önce denenebilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tıbbi tedavi kadar etkilidir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp daha ekonomiktir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yan etki bakımından daha güvenilirdir.

22. Eklemek istedikleriniz:

Ad-Soyad (isteğe bağlı):

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK-2: Gönüllü Olur Formu**GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

“İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımlarının Araştırılması” başlıklı araştırmamızda son zamanlarda ülkemizde gündemde olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları konusunda toplumun bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilecektir. Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Doktora Tez Çalışması olarak yürütülmektedir. Bu araştırmadan elde edilecek verilerin sağlık politika yapıcı ve uygulayıcılarına yardımcı olacak, sağlık sistemindeki eksikliklerin belirlenmesinde katkı sağlayacak sonuçları ortaya çıkarması hedeflenmektedir.

Araştırmaya 420 bireyin alınması planlanmıştır. Çalışmaya İstanbul İli Eyüpsultan İlçesi İslambey Aile Sağlığı Merkezi’ne başvurmuş 18 yaş üstü, akli melekeleri yerinde olan eşit sayıda kadın ve erkek alınacaktır. Değerlendirme anket formu doldurularak yapılacaktır. Anket formunun uygulama süresi ortalama 20 dakikadır. Bu çalışmadan elde edilecek veriler yalnızca eğitim ve bilimsel amaçlı kullanılacak olup çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgürsünüz. Araştırmaya katılmayı reddedilebilir ya da istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmayla ilgili sizden hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Size ait tüm bilimsel veriler ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilimsel verilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilimsel verilere ulaşabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Dr. Arzu Zorlu Özoğul tarafından İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Doktora Tez Çalışması olarak “İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımlarının Araştırılması” adlı bir çalışmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin

ihitimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim ayrıca gerekli görülen durumlarda araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmayla ilgili ek bilgi almak için Dr. Arzu Zorlu Özoğul'a işyeri olan İslambey Aile Sağlığı Merkezi'nden ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana verilecek hizmeti etkilemeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Arzu Zorlu Özoğul

İmzası:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İSTANBUL'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIBBA YAKLAŞIMININ ARAŞTIRILMASI

ORJİNALLIK RAPORU

% 9	% 9	% 5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.ncbi.nlm.nih.gov İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.ttb.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	abaciogluestetik.com İnternet Kaynağı	<% 1

acikerisim.pau.edu.tr:8080