T.C.

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÖĞRETMENLERİN GELENEKSEL/ TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINA YÖNELİK TUTUMU İLE SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Mustafa KARABULUT

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AFYONKARAHİSAR 2021

T.C.

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÖĞRETMENLERİN GELENEKSEL/ TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINA YÖNELİK TUTUMU İLE SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Gör. Dr. Mustafa KARABULUT

DANIŞMAN

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

AFYONKARAHİSAR 2021

TEŞEKKÜR

Asitanlığa başladığım ilk günden bugüne kadar benden ilgisini ve desteğini esirgemeyen, tezimin yazılması süresince sabırla bana yol gösteren, karşılaştığım zorluklarda tecrübeleri ile yardımcı olan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nazlı Şensoy'a,

Bizi bir aile gibi hissettiren ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Gamze Dur ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşen Mert'e,

Tez verilerimi toplamam sırasında benden desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli abilerim İbrahim Umay ve Cenk Ayağ'a,

Uzmanlık eğitimim sırasında tanıdığım ve keyifle çalıştığım arkadaşlarım Dr. Mehmet Soyugüzel, Dr. Emrullah Varkal, Dr. Mustafa Cihat Çeliköz, Dr. Emre Altuğ'a

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve benim bugünlere gelmem için çaba gösteren değerli annem, babam ve kardeşlerime,

Evimize neşe, hayatımıza mutluluk ve renk katan oğluma ve kızıma,

Tanıdığım için en çok şükrettiğim, tüm hayatım boyunca yanımda olmasını istediğim, sevgisini ve desteğini esirgemeyen, bu hayattaki en büyük şansım değerli eşim Dr. Elif Karabulut'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mustafa KARABULUT

AFYONKARAHİSAR 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....I

İÇİNDEKİLER. II

KISALTMALAR VII

TABLOLAR LİSTESİ..... VIII

1.GİRİŞ ve AMAÇ 1

2.GENEL BİLGİLER… 4

2.1 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Kavramı ve Tarihçesi..... 4

2.2 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Kullanım Amaçları ve Özellikleri 7

2.3 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Etik Problemler 7

2.4 Türkiye'de Geleneksel/Tamamlayıcı TIP uygulamaları Yasal Düzenlemeler.....8

2.5 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri 10

2.5.1. Akupunktur 10

2.5.2 Apiterapi..... 13

2.5.3 Fitoterapi 16

2.5.4 Hipnoz..... 17

2.5.5 Sülük Uygulaması 20

2.5.6 Homeopati..... 22

2.5.7 Kayropraktik… 23

2.5.8 Kupa Uygulaması..... 23

2.5.9 Larva Uygulaması 26

2.5.10 Mezoterapi 27

2.5.11 Proloterapi..... 29

2.5.12 Osteopati 31

2.5.13 Ozon Tedavisi 32

2.5.14 Refleksoloji 34

2.5.15 Müzikterapi 37
2.6. Dünyada ve Türkiye'de Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları 39
2.7. Sağlık Okuryazarlığı 41
2.7.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı 41
2.7.2 Sağlık Okuryazarlığı Sınıflandırılması 42
2.7.3 Sağlık Okuryazarlığının Önemi 43
2.7.4 Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Etkileyen Faktörler 44
2.8 Sağlık Algısı 45
2.8.1 Sağlık ve Sağlık Algısı 45
3. GEREÇ ve YÖNTEM 46
3.1. Çalışmanın Modeli 46
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı 46
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem 46
3.4. Çalışmanın Tekniği 46
3.5. Çalışmanın Etik Yönü ve Onamı 48
3.6. Verilerin Analizi 48
4. BULGULAR 49
4.1. İlkokul Öğretmenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri 49
4.2. İlkokul Öğretmenlerinin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Hakkında Bilgi ve Düşünceleri 51
4.3. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Tutumu 58
4.3.1. Cinsiyet ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 58
4.3.2. Yaş ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 59
4.3.3. Medeni Durum ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 60
4.3.4. Çocuk Sayısı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 61

4.3.5. Gelir Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 62

4.3.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 63

4.3.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 64

4.3.8. Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 65

4.3.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 66

4.3.10. Eğitim Aldığı Fakülte ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 67

4.3.11. Meslek Sürelerinin ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 68

4.3.12. Kronik Hastalık ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 69

4.3.13. Sigara Kullanımı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi 70

4.4. Katılımcıların Sağlık Algısının Değerlendirilmesi 72

4.4.1. Cinsiyet ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 72

4.4.2. Yaş ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi..... 73

4.4.3. Medeni Durumu ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 73

4.4.4. Çocuk Sayısı ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 74

4.4.5. Gelir Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 74

4.4.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi..... 75

4.4.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 76

4.4.8. En Çok Yaşadığı Yer ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi..... 76

4.4.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 77

4.4.10. Meslek Süresi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 78

4.4.11. Kronik Hastalık ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 78

4.4.12. Sigara Kullanımı ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi 79

4.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi.....79

4.5.1. Cinsiyet ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 79

4.5.2. Yaş ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 80

4.5.3. Medeni Durum ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi.....80

4.5.4. Çocuk Sayısı ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 81

4.5.5. Gelir Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi.....81

4.5.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 82

4.5.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 82

4.5.8. En Çok Yaşanılan Yer ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 83

4.5.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi 83

4.5.10. Meslek Süresi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi.....84

4.5.11. Kronik Hastalık ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi.....84

4.5.12. Sigara Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi.... 84

4.6. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinden Alınan Puanın Değerlendirilmesi 85

5. TARTIŞMA… 86

6. SONUÇLAR 96

7. ÖZET..... 98

8. ABSTRACT..... 99

9. KAYNAKLAR.....100

10. EKLER…..... 112

EK 1: Anket

EK 2: Etik Kurul Onay Formu

EK 3: Milli Eğitim İzin Formu

KISALTMALAR

GTT: Geleneksel Tamamlayıcı Tıp

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SA: Sağlık Algısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

NAAL: Yetişkin Okur-yazarlığın Ulusal Değerlendirilmesi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BE: Beta Endorfin

NK: Natural killer

MS: Multipl Skleroz

USA-FDA: Amerika Birleşik Devletleri İlaç ve Gıda Dairesi

MDT: Maggot Debridman Tedavisi

NSAİİ: Nonsteroid Antienflamatuar İlaçlar

RKC: Randomize Kontrollü Çalışmalar

OMT: Osteopatik Manuel Terapi

ACE: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri 50

Tablo 2. Katılımcıların bildiği/duyduğu Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemleri 52

Tablo 3. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemleri hakkındaki bilgi kaynakları 52

Tablo 4. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini faydalı bulma nedenleri 53

Tablo 5. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini faydasız bulma nedenleri 53

Tablo 6. Katılımcıların kullandığı Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemleri 54

Tablo 7. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemini nerede ve kime yaptırdığı 54

Tablo 8. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemini hangi rahatsızlık için kullandığı 55

Tablo 9. Katılımcıların kullandığı Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerinin bildikleri yan etkileri 56

Tablo 10. Katılımcıların kullandığı Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemine bağlı yaşadığı yan etkiler 56

Tablo 11. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini çevrelerine önerme sebepleri 57

Tablo 12. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini çevrelerine önermeme sebepleri 57

Tablo 13. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı 59

Tablo 14. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı 59

Tablo 15. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı 60

Tablo 16. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı 61

Tablo 17. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre dağılımı 62

Tablo 18. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının anne eğitim düzeyine göre dağılımı 63

Tablo 19. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının baba eğitim düzeyi değişkenine göre dağılımı.....64

Tablo 20. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının uzun süre yaşanılan yere göre dağılımı 65

Tablo 21. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı..... 66

Tablo 22. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim aldığı fakülteye göre dağılımı.....67

Tablo 23. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek süresine göre dağılımı 68

Tablo 24. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı..... 69

Tablo 25. Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı 70

Tablo 26. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini bilme/duyma durumu ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 71

Tablo 27. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini faydalı bulma durumu ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması 71

Tablo 28. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı 72

Tablo 29. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı....73

Tablo 30. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı .73

Tablo 31. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı .. 74

Tablo 32. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre dağılımı....75

Tablo 33. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının anne öğrenim düzeyine göre dağılımı 75

Tablo 34. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının baba eğitim düzeyine göre dağılımı 76

Tablo 35. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının uzun süre yaşanılan yere göre dağılımı 77

Tablo 36. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı 77

Tablo 37. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek süresine göre dağılımı 78

Tablo 38. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı 78

Tablo 39. Sağlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı 79

Tablo 40. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının cinsiyete göre dağılımı 80

Tablo 41. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının yaş gruplarına göre dağılımı 80

Tablo 42. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının medeni duruma göre dağılımı 80

Tablo 43. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının çocuk sayısına göre dağılımı 81

Tablo 44. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının gelir düzeyine göre dağılımı 81

Tablo 45. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının anne eğitim düzeyine göre dağılımı 82

Tablo 46. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının baba eğitim düzeyine göre dağılımı 82

Tablo 47. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının en çok yaşanılan yere göre dağılımı 83

Tablo 48. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı 83

Tablo 49. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının meslek sürelerine göre dağılımı 84

Tablo 50. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının kronik hastalık varlığına göre dağılımı 84

Tablo 51. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının sigara kullanım durumuna göre dağılımı 84

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu dünya üzerinde var olduğu günden beri çeşitli sağlık sorunları yüzünden geleneksel tedavi yöntemlerini, kendisi ve çevresi için düzenli olarak kullanmışlardır. Günümüz modern tıp anlayışında önemli bir noktada olan ilaçlarla tedavinin çok fazla sayıda zararlı etkisinin yaşanması sebebiyle hastaların bunları kullanmak istememesi, bazı tedavi protokollerinin hastalar üzerinde olumsuz etkiler bırakması, insanları daha güvenli bulduğu tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönlendirmiştir (1).

Kanıta dayalı ve karşılaştırılmalı yöntemleri içeren günümüz modern tıbbın geçerliliği olsa da son zamanlarda ilaçlarla ortaya çıkan ciddi yan etkilerin yol açtığı nedenler, ilaç sanayisini elinde bulunduran endüstrileşmiş ülkelerde çevre kirliliğinin güçlendirdiği çevresel yaklaşımlar, bazı kronik hastalıkların kesin sonuç alıcı bir tedavisinin olmayışı ya da bu sorunların tedavi oluş süresinin uzun olması, doğallığın her zaman etkili ve zararlı olabilecek durumlardan temizlenmiş olduğu düşüncesi gibi birçok duruma bağlı olarak Geleneksel Tamamlayıcı Tıp (GTT) kullanımını popüler hale getirmiştir (2).

Yirminci yüzyıl başladığından beri bilim ve teknolojideki ilerlemeler, modern tıpta doğru adımlar atmaya neden oldu. Yüzyılın ilk dönemlerinde, daha eski dönemlere ait tıbbi yöntemlerin popülaritesinin azaldığı görülmektedir. Zamanın ilerlemesi ile beraber, bazı teknolojik ve ilaç endüstrisine bağlı modern yöntemlerin kişilere yaptığı zararlı etkiler, aşırı ilaç kullanımından kaçınmak gibi birçok sebep, insanları daha az zararlı etkisi olabileceğine inandıkları bitkisel ve diğer tamamlayıcı tıp yöntemlerine daha önce olduğu gibi tekrardan yönlendirmeye başlamıştır (1).

Toplumların büyük kısmının tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönlendiği görülmektedir. İnsanlar bu ihtiyaçlarını bugüne kadar sağlık çalışanı olmayan kişilerle gidermeye çalışmışlardır. Ancak 27 Ekim 2014 tarihinde resmi gazetede yayınlanan 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile pek çok tedavi uygulanabilir şeklinde resmi olarak kabul görmüştür (3).

Bu bağlamda, sağlık alanındaki profesyonellerin alternatif tedavi yöntemlerinin faydaları, zararlı olabilecek etkileri, uygulama biçimleri, kontrendikasyonları konusunda daha fazla donanımlı olmaları gerekmektedir. Ancak ülkemizde yapılan birçok çalışma bize göstermiştir ki sağlık çalışanlarının GTT ile ilgili yeterli bilgileri, donanımları ve tecrübeleri ne yazık ki yoktur. Ülkemizde ki bu ihtiyacın tıp fakültelerinde verilen eğitimde GTT yöntemlerinin de yer alması gerektiği görüşü ön plana çıkmaktadır (4).

Sağlık okuryazarlığı (SOY) terim olarak ilk kez 1974 yılında "Sosyal Politika olarak Sağlık Eğitimi" isimli çalışmada görülmüştür. Sıklıkla kullanımı ise, 2003 yılında Amerika'da yapılan Yetişkin Okur-Yazarlığının Ulusal Değerlendirilmesi (NAAL) isimli çalışmadan sonra başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bireyin sağlık konusunda okuryazar olması demek sağlığını korunması ve sürdürmesi

için sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisine sahip olması demektir. Bireyin bu beceriye sahip olması sağlık sisteminden daha kolay yararlanmasına fırsat verecek hem bireysel anlamda hem toplumsal düzeyde fayda sağlayacaktır (5).

Sağlık okuryazarlığı sosyal ve bireysel faktörlerin ortak işlevidir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı becerilerine eğitimleri ve kültürleri de aracılık etmektedir. Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığının sağlık bilgilerini anlamayı güçleştirdiği, medikal işlemler için talimatları yerine getirmede zorluk ve sağlık hizmetlerine erişimde problem ortaya çıkardığı gösterilmiştir (6).

Ülkelerin kronik hastalıklara karşı daha etkili bir mücadele verebilmesi için etkin programlarının başlatılması ve bu programların kesintisiz olarak devam ettirilmesi gerekmektedir. Bu mücadele için öncelikle toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve toplumun farkındalık düzeylerinin saptanması gerekmektedir. Çünkü yetersiz sağlık okuryazarlığı birey, toplum ve sağlık sistemi üzerinde olumsuz birtakım sonuçlar doğurur. Bu olumsuz sonuçlardan bazıları; kronik hastalıklarla ilgili verilen eğitimi kavramada zorluk, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi yetersizliği ve bu hizmetleri uygulamada problemler yaşanması, verilen tıbbi tedavileri anlamakta zorluk, ilaç uygulama hatalarında artma, artan acil servis başvuruları ve hastane yatışları, mortalite de artış olması ve tüm bunların sonucunda ise sağlıksız yaşam ve artan sağlık harcamalarının olmasıdır (7).

Sağlık algısı kişilerin sağlığıyla ilgili düşünceleri, duyguları, önyargıları ve beklentilerinin hepsini içeren bir tanımlamadır. Kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili duygu ve düşüncelerinin olumlu olması ‘iyi sağlık algısı’, olumsuz olması ‘kötü sağlık algısı’ olarak tanımlanmaktadır. Sağlık algısı sağlığın geliştirilmesi süreciyle doğrudan alakalı olup iki sininde ortak hedefi bireylerin geliştirici yaşam davranışlarını kazanması ve bu davranışları sürdürmesidir (8).

Sağlığın resmi tanımlarından olan negatif tanımlar, genellikle hastalık ya da rahatsızlığın olmadığı durum olarak adlandırılmıştır. Aggleton'a göre sağlığın negatif tanımı iki ana şekilde gözlenmektedir. İlki; hastalık ya da bedensel anormalliğin olmayışı, ikincisi ise rahatsızlığın olmadığı durum veya hastalıkla beraber olsun ya da olmasın sıkıntı, ağrı ve gerginlik duygu durumlarının olmayışı olarak tarif edilmektedir. Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber aynı zamanda hastalığın ve sakatlığın yokluğu olan negatif öğeleri de de içermektedir (9).

Sağlık ülkeler, topluluklar ve uygarlıklar içerisinde zamanla farklı tanımlamalarla ifade edildiği gibi kişiden kişiye de farklı bir biçimde algılanmaktadır. Eski zamanlarda sağlık hastalık ve sakatlık halinin bulunmaması şeklinde tanımlansa da günümüzde DSÖ’nün kapsayıcı ve bütünleştirici tanımı bazı eleştiriler almakla birlikte daha fazla kabul görmektedir. Bu tanımlamaya göre erişilebilecek en üst sağlık düzeyi; insanların ırk, din, dil, siyasi görüşü, ekonomik veya sosyal statülerine göre ayrımcılık ve ayrıcalık yapılmadan sahip olunması gereken en temel haklardan birisi olarak da kabul görmektedir (9).

Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; toplumun en önemli yapıtaşlarından biri olan ve çocuklarımızı maddi manevi bilgilerle donatan değerli ilkokul öğretmenlerimizin geleneksel tıbba bakış açısı, kullanma durumları, çevrelerine önerme durumları, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık algısı düzeyini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Kavramı ve Tarihçesi

Dünya üzerindeki bütün toplumlar tarafından bilinen ve birçok rahatsızlığın tedavisinde kullanılan "Geleneksel Tıp" kavramının tam olarak ne anlama geldiğine bakılırsa; Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasına göre, Geleneksel Tıp; "fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bu hastalıklara tanı koyma, bunları iyileştirme veya iyileştirmenin yanında sağlığın da iyi devam ettirilmesinde kullanılan farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve yöntemlerin tamamı"dır. Dünya Sağlık Örgütü dışında Unesco, günümüz tıp anlayışını "modern tıp" olarak adlandırırken, modern çağda yapılan bilimsel ve teknik buluşların üzerinde en çok görüş birliğinin olduğu alan olarak günümüz tıbbını işaret etmektedir. Unesco Geleneksel tıbbı ise, güvenli, etkili, kaliteli uygulama ve fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi" olarak tanımlamıştır (10).

İnsanlık var olduğu günden günümüze kadar çeşitli tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanıldığı çeşitli kaynaklarda gösterilmektedir. Tamamlayıcı tıp uygulamalarının başlangıcı eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Eski zamanlarda geleneksel tedaviciler ve şamanların olduğu topluluklarda, bitkisel tedavi yöntemlerinin kullanıldığı fosil kayıtlarıyla ortaya çıkmıştır (11).

İlkçağlarda; ilkel kabilelerde rahatsızlıkların ve hastalıkların insanüstü güçler tarafından gönderildiği ve yalnızca bu güçlerin insanları tedavi edeceği düşüncesinin olduğu, Antik Yunanistan'da mitolojik tanrıların insanları hastalıklardan koruduğu inancının yaygın olduğu belirtilmektedir (11).

GTT yöntemlerine dair ilk yazılı belgeler olan Ninova tabletleri M.Ö. 3000 yıllarına aittir. Mezopotamya'da kurulan Sümer, Akat, Asur medeniyetlerinde bitkisel ve hayvansal ilaçlarla tedavi yöntemlerinin olduğu bu tabletlerde kanıtlanmaktadır. M.Ö. 2500 yıllarında Çin tıbbıyla benzer bir gelişme gösteren Hint tıbbının önemli temsilcilerinden Rig Veda, eserlerinde binden fazla şifalı bitkiden bahsetmiştir. Yunan tıbbının önde giden isimlerinden olan Eskulap ve modern tıbbın babası olarak kabul gören Hipokrat kitaplarında 400'e yakın bitkisel tedavi ürününden bahsetmiştir. İslam uygarlığı döneminde, 20'ye yakın şifalı bitki içeren ve bir kopyası Orhan Gazi Kütüphanesi'nde bulunan Kitab-al Saydalafi al Tıp adlı kitabın yazarı Ebu Reyhan, 1650'li yıllara kadar referans kitap olarak kabul gören 800 hayvansal ve bitkisel tedavi yöntemi içeren "Tıp Kanunu" adlı kitabın yazarı ibn-i Sina ve Al Gafini bitkisel tıp konusunda önemli eserler vermişlerdir (2).

Genel olarak bakıldığı zaman hastalıkların iyileştirilmesi sürecinde modern tıp ile beraber yardımcı uygulamalar kullanıldığında 'tamamlayıcı tıp' modern tıbbın yerine başka yöntemler kullanılması ise 'alternatif tıp' olarak adlandırılmaktadır. Türkiye'de

de uzun süre bu tanımlamaya benzer isimler kullanılmıştır. Ancak son dönemlerde DSÖ'nün tanımı da kullanılarak yapılan tartışmalar neticesinde tıbbın alternatifinin olamayacağına, sadece tedavinin alternatifinin olabileceği anlayışına yer verilerek 'geleneksel ve tamamlayıcı tıp' tanımı ön plana çıkmıştır (12).

GTT yöntemlerinin uygulanmasında Afrika ülkeleri başta olmak üzere, Çin, Hindistan, Japonya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Küba, Avustralya, Kore, Rusya, İngiltere ve Almanya bu tür yöntemlerin uygulamaların sıkça kullanıldığı toplumlardır. Avrupa'da 100 milyon kişi GTT yöntemlerini tercih etmektedir, bunların %20'si düzenli kullanıcıdır. ABD, GTT yöntemleri için her yıl yaklaşık olarak 60 milyar doların üzerinde para harcamaktadır. 2000-2010 yılları arasında GTT yöntemlerini içeren bilimsel çalışmalarda çok önemli bir oranda artış söz konusudur. 2012 yılında, Harris ve arkadaşlarının yaptığı son sistematik derlemede 2312 çalışma incelenmiş ve yöntem kalite kriteri standardizasyonu sonrasında 51 çalışma gözden geçirilmiştir. Yetişkin insanlarda GTT kullanım sıklığı %9,8-76,0, çocuklarda ise %11,8-62,9 olarak görülmüştür (13).

Küresel anlamda bakılırsa, Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile son 20 yılda GTT yöntemlerinin uygulamalarında gözle görülür bir artış söz konusudur ve sağlık sisteminde önemli bir parça haline gelmiştir. Kişilerin GTT yöntemlerini tercih etme sebeplerinin başında; geleneksel, etnik, kültürel etkiler, sağlık politikaları ve hizmetlere erişim sorunları, kronik hastalıkların yaşam boyu devam edecek tedavisine duyulan tepkiler, kullanılan reçeteli ilaçların olası veya rapor edilen yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmak, uygulanan medikal tedaviden rahatsızlık, uygulanan medikal tedavinin toksisiteleri sebebiyle kişilerin yaşam kalitelerinin bozulması ve kendi sağlıklarını korumada daha aktif rol almak istemesi yer almaktadır (14).

İlk çağlardan beri kendine özgü tıbbi yöntemlerle hastalıklara karşı duran insanoğlu, bilimin ve teknolojinin ilerlemesiyle beraber eski geleneksel yöntemleri zamanla terk etmiştir. Bu yöntemlerin birçoğu ise yüzyıllardır uygulanarak günümüze kadar gelmiştir. Hastalık ve benzeri durumlarla karşılaşan insanlar bu durumlarla olan mücadele sırasında deneme, yanılma, gözlem gibi birçok farklı yöntemle hastalıklara başa çıkmaya çalışmışlardır. Eski zamanlarda insanlarının deneyimleri ile ortaya çıkan bu yöntemlerden bazıları, tekrar tekrar kullanılarak geleneksel uygulamalar tanımlamasıyla günümüze kadar varlığını sürdürmüştür. Günümüze kadar gelen tedavi yöntemleri, insan fizyolojisi ve hastalıkların sebeplerini ortaya koyan öncü adımlar olarak gösterilebilir. Bu tedavi yöntemleri, batı tıbbının devamlı, kendini değiştiren, geliştiren yönü içinde de büyük merak uyandırmaktadır (15).

Geçmiş dönemlerde hekimlerin önce deneme yanılma yolu ile bir araya topladıkları iyileştirici yöntemler ve pratik bilgilerin, günümüz tıbbi bilgilerle donanımlı yetkin ellerde uygulanması yöntemlere olan ilginin artmasına neden olmuştur.

Geçmiş yıllardan beri günümüze kadar kullanılmaya devam eden ve özellikle son yıllarda kullanılması artan GTT yöntemleri için belirsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla çeşitli yönetmelikler düzenlenmiştir ve bu amaçla merkezler kurulmuştur. Türkiye'de bu alanda yapılan ilk düzenleme 1991 yılında yayınlanan 'Akupunktur Tedavi Yönetmeliği'dir (16).

Daha sonra, 2002 yılında yayınlanan yeni bir akupunktur yönetmeliğiyle; bu alanda tedavi veren özel sağlık merkezlerine ilişkin kurallar düzenlenmiş, "üst kurul" un yerine de "bilimsel kurul" oluşturulup görev tanımlaması yapılmıştır. Böylece akupunkturun eğitim süresi ve ders içeriği konuları belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın verdiği ön eğitim izni dâhilinde bazı üniversiteler akupunktur tedavisi konusunda eğitim vermeye başlamıştır. Akupunktur tedavi yöntemi ile ilgili yurt içinden veya yurt dışından sertifika almış hekimler, oluşturulan resmi komisyon tarafından sınava alınmış ve başarılı gösterenlere tedavi de kullanma izni vermiştir. Bu süreç içerisinde, özellikle Avrupa ve ABD'deki uzmanlar tarafından da uygulanan akupunktur tedavisinin, ülkemizde de hem kabul gördüğü hem de uygulama alanı bulduğu görülmektedir (12).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı içerisinde 2012 yılında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş ve Ekim 2014 senesinde 'Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği' yayınlanmıştır. Bu yönetmelik sayesinde GTT yöntemlerinin uygulanma amaçları, hangi tür hastalıklarda kullanılıp kullanılmayacağı, bu yöntemlerde yapılacak eğitimler, hangi sağlık kuruluşları ve kimler tarafından bu yöntemlerin uygulanabilirliği açık bir şekilde belirtilmiştir. Akupunktur yöntemi dışındaki diğer yöntemler ilk kez bu yönetmelikte ele alınmıştır. Bu yöntemleri uygulama görevi doktorlara ve kendi alanlarının dışına çıkmaması şartıyla diş hekimleri ve eczacılara verilmiştir. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarına 'uygulama üniteleri' üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerine 'uygulama merkezi' adı verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın izin vermesi halinde GTT yöntemlerini uygulama eğitiminin sadece uygulama merkezlerine verilmesi kararlaştırılmış böylelikle eğitimde bir standart olması amaçlanmıştır. Bu alanda tecrübesi olan ve 11 uzmanı kapsayan bilimsel komisyon oluşturulmuştur (3).

Sağlık Bakanlığı'nın en son yayımladığı bu yönetmelik ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında yaşanan boşlukları doldurmayı, yetkisi olmayan kişiler tarafından ve endikasyon olmadan kullanılan yöntemlerin engellenmesini hedeflemektedir. Bu yönetmelik hekim dışı uygulamaları men etmekle beraber, konu ile ilgili eğitimlere ve eğitim veren kuruluşlara belirli bir düzenleme getirmekte ve hangi yöntemlerin hangi durumlarda uygulanabileceğini sınırları ile birlikte belirterek, bu alanı düzenlemeye yönelik önemli bir adım atmaktadır. Bitkisel tedavilerin kullanımı olarak adlandırılan fitoterapi dünyada en yaygın kullanılan GTT yöntemleridir. Türkiye'de bitkisel tedavi türleri başta olmak üzere akupunktur, masaj, bitkisel tedavi, beslenme, egzersiz, multivitamin desteği, dua, kaplıca, hacamat, sülük tedavisi gibi yöntemlerin sıklıkla kullanılması söz konusudur (13).

2.2 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Kullanım Amaçları ve Özellikleri

GTT yöntemlerine başvurma nedenleri birçok faktörün etkisi altındadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olmayışı, bazı ilaçların zararlı etki göstermesi, tıbbi tedavilere bağlı gelişen komplikasyonlar ve maliyetinin fazla olması, bu tıbbi müdahalelerle bağışıklığının arttırılamayacağı gerçeği ve yine tıbbi müdahalelere rağmen tedavinin mümkün olmadığı durumlar, sağlığın geliştirilmesi gibi faktörler bireylerin GTT yöntemlerine başvurma nedenleri arasındadır (17).

GTT yöntemlerinin kullanım nedenlerine genel olarak baktığımız zaman; tıbbi tedaviye yardımcı olmak, tedaviyi sağlamak, yaşam kalitesini düzenlemek, kendini iyi hissetmek, ilaçların zararlı etkilerini azaltmak, bağışıklık sistemini kuvvetlendirmek, kanser gelişimini veya kanserin yeniden oluşmasını önlemek, konvansiyonel tedavi yerine kullanmak, hastalık sürecini azaltarak potansiyel bir kür sağlamak, ağrıyı azaltmak, stres ve anksiyeteyi gidermek, uykuyu düzenlemek, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak, son bir çare olarak kullanmak ve hatta ölümün daha insancıl şartlarda gelişmesine katkı sağlamaktır (17).

Kanser hastalarının GTT ve konvansiyonel tedavilerle ile ilgili görüşleri, bu hastaların sahip oldukları inançları, kültürel kökenleri bu tedavi yöntemlerini kullanmalarını büyük oranda belirlemektedir. İnsanlar GTT yöntemlerini kanser hastalarının tedavileri üzerinde kontrol algısını motive etmesi ve etkili olmasının yanında güvenilir, zararsız bir tedavi yöntemi olarak benimsedikleri için kullandıklarını bildirmişlerdir (18).

2.3 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Etik Problemler

Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının tıbbi tedavileri uygulamaları sırasında uymaları gereken ahlâkî ve hukukî kuralların tümünü "tıbbi deontoloji" olarak tanımlamaktayız. Sağlık hizmetlerini sunanlar ile sağlık hizmetlerini alanların ya da yakınlarının beklentileri ve değerleri arasındaki farklılıklardan doğan ikilemleri çözümlememiz gerektiğinde ise "tıp etiği" devreye girmektedir (19).

Bu ikilemleri çözebilmemiz için bize yön veren yol levhaları gibi işlev gören Tıp Etiğinin 4 Temel İlkesi vardır ki bu ilkeler GTT uygulamaları açısından da geçerlidir. Bunlar; yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerkliğe saygıdır (19).

Yararlılık ilkesi; sağlık meslek gruplarının yapacakları tüm tıbbi eylemleri mutlaka faydalı olması halinde yapmalarının gerekliliği olup yararı olmayacak hiçbir müdahaleyi uygulamaları manasına gelir (19).

Zarar vermeme ilkesi; bu ilke tıbbın temel prensibidir. Yapılan tıbbi müdahalenin zarar vermemesi olarak da adlandırılır. Faydalı olması sebebiyle yapacağımız tıbbi müdahalelerin aynı zamanda kişiye zarar verebileceği de unutulmamalıdır. Bu gibi olaylarda yarar/zarar dengesi gözetildiğinde yarar tarafının bariz şekilde üstün olmasına dikkat edilmelidir. Yararlılık her zaman bir eylemi

gerçekleştirirken zarar vermemek için bazı durumlarda eylemsizlik kalabilmektir. Yani zarar verebileceğimizden emin değilsek hastaya hiç müdahale etmemek müdahaleden daha elzemdir (19).

Adalet ilkesi; herkese hak ettiğini vermek olarak tanımlanmaktadır. Şartların eşit olduğu durumlarda kişilere eşit davranmamız adaletin temeli iken şartların eşit olmadığı durumlarda eşit davranmak adaletsizlik olarak tanımlanmaktadır. Böyle durumlarda aciliyeti olan kişilere öncelik tanımak da adaletin bir gereğidir (19).

Özerkliğe saygı ilkesi; insanların kendi sağlıkları hakkında tıbbi tedavi kararların almasıdır. Ama bu kararı verebilmesi için yeterli düzeyde bilgisinin olması gerekir. Hâlbuki sağlık alanı, hizmet alanların gerekli olan bilgileri hizmet verenlerden almak zorunda kaldıkları bir alandır. Bu nedenle kişilerin kendi sağlığı konusunda karar verebilmesi için sağlık hizmeti verenlerin sahip oldukları bilgileri hastalarına anlaşılabilir bir dille ve açık bir şekilde ifade etmeleri, bu bilgilendirmeden sonra yeterli süre verilip hastanın kendisinin kararına göre tıbbi müdahalenin uygulanıp uygulanmayacağının kararlaştırılması gereklidir (19).

GTT yöntemlerinin, ilgili yönetmelikte de açıkça belirtildiği gibi "Hastalığın standart tedavisinin yerine uygulanıp devam eden tedaviyi aksatacak bir biçimde yapılamaz." temel kuralına uymak şartıyla tıp etiğinin ilkelerine uygun olarak faydalı olması ve zarar vermemesi konusunda en üst seviyede dikkat edilerek, hastanın özerkliğine saygı ilkesini ihlal etmeden hastalar yeterince bilgilendirildikten sonra onayları alınmak suretiyle yapılmalı ve klasik tıbbı yok sayacak aşırılıklardan uzak bir şekilde uygulanması etik açıdan uygun olanıdır (3).

Klasik tıp uygulayıcılarının da tümden reddetme yerine hastanın yararına olabilecek yöntemlere karşı durmamaları, hastanın zarar görmesine de neden olmayacak şekilde hastanın kendisine uygulanacak tedavi şeklini seçme hakkına (özerklik) saygı duymaları etik davranış şekli olup aksi davranışlar ise etik olmaktan uzaktır (19).

GTT yöntemleri ve bu yöntemi uygulayan hekimlere karşı önyargılı düşüncelerle tümden reddetme davranışı bilimsel olmadığı gibi etik bir davranış da değildir. Unutulmamalıdır ki klasik tıbbi tedavi uygulayıcıları GTT konusunda katı tutumlarını devam ettirdikleri sürece bu tedavi uygulamaları şarlatanlara kalmakta ve bu da hasta yararına olmaktan çok uzak bir durumu ortaya koymaktadır (19).

2.4 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yasal Düzenlemeler

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Bilim Komisyonu ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ve yer alan tedaviler Sağlık Bakanlığı tarafından "Geleneksel, Tamamlayıcı, Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmelik Taslağı" tartışılmaya başlanmıştır. Zaman geçtikçe bu taslak değiştirilmiş, taslağın isminden ve içeriğinden "alternatif tıp" çıkarılmış ve "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ismiyle 27 Ekim 2014 tarihli ve 29158 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (3).

Yönetmelik'te kabul edilen uygulamalar şöyledir:

* Akupunktur
* Apiterapi
* Fitoterapi
* Hipnoz
* Sülük uygulaması (hirudoterapi)
* Homeopati
* Kayropraktik
* Kupa (kuru kupa ve yaş kupa [hacamat] uygulaması)
* Larva uygulaması
* Mezoterapi
* Proloterapi
* Osteopati
* Ozon uygulaması
* Refleksoloji
* Müzikterapi

Kabul edilen bu yönetmelikte yöntemlerin tanımlanmasına, uygulamaya yetkili personele, uygulanabilecek durumlarla ve uygulanmayacak durumlara ve uygulama merkezlerinde bulundurulması gereken zorunlu cihaz ve malzemelere genişçe yer verilmiştir (3).

GTT yöntemlerinin, alanında deneyimli uzmanlarla ve doğru bir şekilde uygulanması gereklidir, aksi takdirde hastanın fayda sağlaması beklenirken zarar görebilir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, tüm insanlar için oldukça önemli ve gerekli bir çalışmadır; çünkü modern tıp mesafe koydukça bu tedavi yöntemlerinin şarlatanlara kalma ihtimali giderek artmaktadır. Bu tedavi yöntemleri üzerine bilimsel araştırma olanağı sağlanması için üniversitelerde ki çalışmalar ve bu çalışmaları gösterenlerin akademik düzen içinde kendilerine bir yer edinmesi son derece önemlidir (3).

Yönetmelik, insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini saptamak, bu yöntemleri yapacak deneyimli kişilerin eğitimi ve görevlendirilmeleri ile bu yöntemlerin yapılacağı sağlık merkezlerinin çalışma usul ve esaslarını düzenlemektedir. Pek çok hasta tarafından kullanılan ve tavsiye edilen bu yöntemler, tıbbın alternatifi olmadığı aksine onu tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Yönetmelikte toplumun her kesimi üzerinde, bilinenden farklı olarak pek çok yan etki yapabilecek tamamlayıcı uygulamaların içeriği ve bu uygulamaların kimler tarafından uygulanabileceği konusu açıkça belirtilmiştir. Bu yaklaşım, tıp etiğinin öncelikle zarar vermemek ilkesiyle doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür. Geleneksel ve Tamamlayıcı yöntemlerin eğitilmiş ve görevlendirilmiş doktorlar tarafından ve yönetmeliğin belirlediği uygun nitelikli merkezlerde yapılacak olması, bu yöntemlerden fayda görenlerin zarar görmelerini engelleyecek bir stratejiyle hareket edilmesini sağlayacaktır (20).

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı'nda GTT yöntemleri ile ilgili hedefleri GTT yöntemlerinin kanun ve yönetmeliklerle tam olarak sınırlarının çizilmesi, GTT uygulamaları bilim komisyonlarının kurulması, uluslararası düzeyde gerekliliklerin belirlenmesi için uluslararası alternatif, tamamlayıcı ve geleneksel tıp yöntemleri ile ilgili sağlık merkezlerinin, hizmet ve eğitim metotlarının incelenmesi için yurt dışı inceleme gezisi yapılması, idari kapasitenin geliştirilmesi amacıyla yönetiminin etkin çalışması için gerekli insan kaynağının geliştirilmesi, Bakanlık ve bağlı kurumlar ile bunlara bağlı taşra teşkilatında görev alan ilgili sağlık personellerine hizmet içi eğitim verilmesi, sahanın değişen yapıya uyum göstermesi için belirlenen uygulayıcılar ve uygulama alanlarının oluşturulan mevzuata göre kademeli şekilde faaliyet izni veya ruhsatlandırılması çalışmalarının başlatılması, uygulamalar ile ilgili standart eğitim programlarının oluşturulması ile belirlenen uygulayıcıların uygulama alanları ile ilgili standart eğitim alması şeklinde belirtilmiştir (3).

2.5 Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri

2.5.1 Akupunktur

Akupunktur Latince iki kelime olan acus: iğne ve puncture: batırmadan oluşur. Genel olarak ham maddesi çelik, gümüş ve altından olan iğnelerin akupunktur noktası diye adlandırılan noktalara batırılarak uygulanmaktadır ve eski zamanlardan beri birçok hastalığın tedavisinde uygulanmaktadır (21,22).

2.5.1.1 Tarihçesi

Geleneksel Çin Akupunkturunun yaklaşık olarak 3000 yıllık tarihi vardır. Uzak Doğuda taşların uçlarının inceltilerek derinin daha önceden belirlenen noktalara batırılması hastalıkların tedavisinde uygulanmaktaydı. Bu yöntem "Bian" olarak tanımlandırılmıştır. İlk çağlara ait kazılarda taşlardan yapılmış sivri iğneler bulunmuştur. Zaman geçtikçe bu taşların yerine kemik ve ağaçlardan yapılmış ince iğnelerin tedavide kullanıldığı bilinmektedir. Shang hanedanı (M.Ö 1000) dönemine ait yapılan kazılarda, hem akupunktur iğneleri hem de tıbbi sorunların konu edindiği yazıtlar kayıtlara geçmiştir (21).

Akupunktur tedavisi için yapılan çok yönlü çalışmalar Çin'de 1965 tarihindeki kültür devriminden sonra başlamıştır. Bugün başta Fransa, Almanya, İngiltere ve Avusturya olmak üzere birçok batı ülkesinde Tıp Fakültelerinin eğitim içeriğinde akupunktur yöntemi bulunmaktadır. Bunlardan, Viyana Tıp Fakültesinde görev yapan, Prof. Dr. Johannes Bischko tarafından kurulan Akupunktur Enstitüsü en çok bilinenlerinden biridir (22).

2.5.1.2 Akupunktur Noktası ve Özellikleri

Akupunkturda iğneleme cilte ve cilt altındaki kas dokusuna yapılır ve uygulama anındaki her türlü sinyalden cilt ve cilt altında bulunan kas dokusu etkilenir. Vücuttaki

akupunktur yerlerinin %70-80 kadarı tetik noktaları ile aynıdır ve ayrıca birçok noktanın kasların motor noktaları ile aynı olduğu gösterilmiştir (23).

Akupunktur noktaları düşük elektriksel direnci olan yerlerdir. Bu özelliklerden yararlanılarak bazı aletler yapılmıştır. Bu aletlerin iki elektrotundan biri, nokta aramak için kalem ucu şeklinde, diğer elektrot ise hastanın elinde tutacağı şekilde tasarlanmıştır. Bu sinyal arama elektrotu akupunktur noktalarının üzerine geldiğinde özel bir ses veya ışık oluşturmaktadır (23).

Akupunktur noktalarına yapılan iğne uyarısı genellikle ciltte yavaş adapte olan reseptörleri aktive eder. Akupunktur noktalarında bulunan reseptörlerin, bu noktaların bulunduğu yerle yakın ilişki içinde olduğu bildirilmiştir (22).

2.5.1.3 Akupunkturun Etki Mekanizmaları

Akupunktur noktalarına iğne ile girildiğinde, objektif ve subjektif etkiler gözlenmektedir.

Subjektif etkiler; Akupunktur noktasına girilen iğne ciltte lokal olarak gerginlik, baskı, ısınma ve acı hislerine sebep olmaktadır. Buna Çin kaynaklarında "Deqi" ismi verilmiştir. Akupunktur iğnesi batırıldığında, uygulama yerinin çevresinde kızarıklık meydana gelir. Bu olayın nedeni ise farklı nedenlerden dolayı zarar gören hücrelerden salınan histamin, bradikinin ve benzeri maddelerdir (24).

Objektif etkiler; sinir sistemi üzerine, bağışıklık sistemi üzerine etkiler, metabolik etkiler ve gastrointestinal sistem üzerine etkiler olarak 4 e ayrılabilir.

İnsanlarda ve farelerde akupunktur noktalasının altında bulunan kasların, kasılma oluşturabilecek şiddet ve düşük frekanslı akım ile aktive edilmesi akupunktur analjezisi ortaya çıkardığı görülürken, akupunktur noktası olmayan bir alana uygulanan aynı özelliklerdeki akımın, ağrı kesici özelliğe sahip olmadığı belirtilmiştir. Akupunktur yerlerinin tetiklenmesi sonucu ağrı kesici özelliği ortaya çıkması, dorsal periakuaduktal gri zonda ve beyin sapı retiküler formasyonunda sinirsel uyarının sonlanmasından dolayı olduğu bağlanmış ve akupunktur analjezisinin, hipofizektomi ve üçüncü ventrikül içine beta endorfin anti serumunun hastalara uygulanmasıyla bu etkinin sonlandığı görülmüştür (25).

İnsanların sinir sistemlerine giren ağrı sinyallerini baskılamak için, beyin analjezi sistemi diye adlandırılan bir ağrı kontrol sistemi tetiklenir. Akupunktur iğnesinin vücuda girmesiyle, ağrı reseptörlerinin yani serbest sinir uçlarının aktive edilmesi ile ağrı kontrolünde rolü olduğu gözlenen endojen opioidlerin salınmasına sebep olur. Ağrı kontrol sistemi aktive olduğu zaman mezensefalondan, periakuaduktal gri cevher ve periventriküler alandan çıkan sinirsel uyarılar rafe magnus çekirdeğine ve nükleus retikularis paragigantoselülarise gönderirler. Bu bölgeden çıkan sinyaller, omuriliğin dorsal kolonuna ve omuriliğin dorsal boynuzunda bulunan ağrı sonlandırıcı

alana gider. Analjezi sistemi içinde bulunan beta endorfin (BE), enkefalin ve serotonin gibi nörotransmitterler rol oynar. Periakuaduktal gri madde ve periventriküler çekirdekten kaynaklanan ve rafe magnus çekirdeğinde biten liflerin hemen hemen hepsinden enkefalin denen madde üretilir. Enkefalinler, opioid reseptörlerden mü1 ve delta reseptörlerine yüksek oranda bağlanma gösterirler ve ağrılı uyaran ile salınan enkefalinler mü1 reseptörlerine bağlanarak supraspinal analjezi ve delta reseptörlerine tutunarak spinal düzeyde analjezi meydana getirirler. Ağrılı uyaran, Rafe çekirdeklerinden kaynaklanan ve omuriliğin dorsal boynuzunda sona eren sinir liflerinden serotonin ve lokal spinal kord nöronlarından enkefalin salınmasına neden olur. Ortaya çıkan enkefalinlerin ise C ve A delta tipi sinir liflerinin dorsal boynuzda sonlandığı alanlarda presinaptik ve postsinaptik inhibisyona neden olduğu düşünülmektedir (25).

Akupunkturun bağışıklık sistemi üzerine olan etkilerinin, endojen opioidlerden ve metionin enkefalinin bu immün sistem üzerinde bıraktığı etkilere bağlı olduğu düşünülmektedir. Lökositlerin proopiomelanokortin mRNA'sına sahip oldukları ve bu sebeple ön moleküllerden ACTH ve BE üretebildikleri bildirilmiştir. Ayrıca B lenfositlerde, T lenfositlerde, naturel killer (NK) hücrelerinde, granülositlerde, monositlerde, trombositlerde ve komplemanın terminal kompleksi üzerinde endojen opioid reseptörleri bulunmuştur. Nöroendokrin sistem opioid reseptörleri ile bağışıklık sistemin opioid reseptörleri arasında biyokimyasal ve fiziksel açıdan benzer olduğu gösterilmiştir (25).

Akupunkturun insan metabolizmaları üzerine yaptığı etkilerde, endojen opioidlerden beta endorfinin de görevinin bulunduğu varsayılmaktadır. Beta endorfinin lipolitik etkilerini gösteren çalışmalar hücre içi ve hücre dışı olarak önce hayvanlara yapılmıştır. Bu çalışmalar yapıldıktan sonra insanlarda bulunan yağ dokusu üzerine yoğunlaştırılmıştır (22).

Akupunktur yönteminin uygulanmasının kişilerde besin alınımından sonra gastrik asit üretilmesini azalttığı görülmüş ve bu duruma akupunktur uygulaması ile plazmada artan beta endorfinin sebep olduğu görülmüştür. Kulak akupunkturu yöntemi ile vagal sinirin auricular dalı aktive olduğu ve midenin düz kas aktivitesinin arttığı ifade edilmiştir (26).

2.5.1.4 İğneleme Teknikleri

Akupunktur noktalarına ham maddesi çelik, gümüş ve altından olan akupunktur iğneleri kullanılabilir. Bu iğneler, akupunktur noktalarının anatomik olarak bulunduğu bölgeye göre farklı derinliklere uygulanır. İnsanlarda akupunktur ile ağrı kesici özellik ortaya çıkarmak için tedavi süresinin 20-40 dakika kadar olması gerektiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (22,24).

2.5.1.5 Akupunkturun klinik uygulamaları

Akupunktur günümüzde ağrı kliniklerinin birçoğunda ağrı tedavisinde güvenle kullanılan ve yan etkilerinin az olduğu düşünülen bir yöntemdir (22).

*Dismenore

*Osteoartri

*Fibromiyalji

*Trigeminal nevralji

*Post-operatif ağrı gibi birçok kronik ağrı sendromları

*Serebrovasküler hastalık sonrası hemiplejik kalan hastalar

*Psikiyatrik bazı hastalıklar

*Obezite tedavisi

2.5.2 Apiterapi

Genel sağlığı korumak, hastalıkların önüne geçmek ve iyileştirmek için için arı ürünleri olan bal, polen, arı sütü, propolis, arı zehri ürünlerinin hastaların bağışıklık sistemlerine destek vermek ve onları tedavi etmek için bu ürünlerin uygulanmasıdır. Bal arılarının dünya üzerinde uzun zamandır olması ve bu arıların önemi, onların ürettiği polen, bal, arı sütü, arı zehri ve propolis gibi onlara özgü maddelerin biyolojik yapısı, kimyasal özellikleri, bu arı ürünlerinin birçok farklı tedavide uygulanması sebebiyledir (27,28).

Geleneksel tıp alanında tedavide sık olarak uygulanan bu arı ürünlerinin ürettiği maddeler, toplandığı alan ve bu alandaki bitki çeşidine göre değişmesi, yapay üretiminin mümkün olmaması, standardizasyon sorunları ve bununla beraber patent problemi gibi nedenlerden ötürü günümüz tıbbında ve ilaç üreten firmalar tarafından sıkça kullanılamamıştır. Ancak son zamanlarda yapay ilaçların yan tesirlerinin oldukça fazlalaşması ve bu hastalık sebeplerinin kullanılan ilaçlara karşı dirençli duruma gelmesi nedeniyle hastalar yeniden doğal ilaçlara yönelme ihtiyacı hissetmişlerdir (27).

Yapılan araştırmalarda arı ürünlerini oluşturan bal, polen, arı sütü, propolis ve arı zehri; antimikrobiyal, antioksidan, antiinflamatuvar, antikanser, immünomodülatör etkileri, araştırmacıları apiterapi uygulamasına yönlendirirken, arı ürünlerin gün geçtikçe alternatif tıp alanında kullanımını ve bu kullanım alanlarının geliştirilmesine de katkı sağlamaktadır (28).

Geleneksel ve alternatif tıp alanındaki kullanımının yanı sıra, arı ürünlerinin tedavide etkinliği ve faydaları birden fazla laboratuvar testlerinde, hayvanlar üzerinde

yapılan deneylerde ve hatta hastalar üzerinde yapılan klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Arı poleni kişiye enerji vermek ve dış etmenlere karşı vücut direncini sağlamak, propolis genel sağlık halini devam ettirmek, arı sütü immün sistemini güçlendirmek ve enerjiyi artırmak nedeniyle kullanılırken, bal yanıkları, yaraları, boğaz ağrılarını gibi durumları iyileştirmek amacıyla ve bir antiseptik olarak uygulanmaktadır. Arı zehri, ağrının azaltılması ve kronik inflamatuar hastalıklarının iyileştirilmesinde geleneksel bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (28).

2.5.2.1 Bal

Bal; bitki özlerinin, bitkilerin canlı olan bölgelerin salgılarının veya bitkilerin canlı olan bölgeleri üzerinde yaşayan bitki emen böceklerin salgılarının bal arısı olan Apis mellifera tarafından toplandıktan sonra bu arı çeşidinin kendine özgü salgılarıyla bir araya getirerek farklılaştırdığı, içeriğindeki su miktarının azalttığı ve peteklerde biriktirerek olgun hale getirdiği tamamen doğal bir besindir (29). Bal insanlık tarihinde eski zamanlardan beri bir besin olmanın yanı sıra şifalı olması sebebiyle de hastalarda adeta bir ilaç gibi kullanılmaktadır. Dünya üzerinde balın ilk kullanımı M.Ö. 4000'li yıllarda gerçekleştirilmiştir. Bal insanların beslenmesi ve sağlığı açısından her zaman önemli bir yerde bulunmuştur. İçeriği toplandığı bitkilerin çeşidine göre farklılık göstermekle beraber kuru ağırlığının neredeyse %95'i şekerlerden oluşmuş olup diğer kalan kısımları fenolik maddeler, proteinler ve minerallerden oluşmaktadır. Bal bakteri, virüs, mantar ve parazitlere karşı onları öldürücü özellikleri de vardır (27,28).

2.5.2.2 Polen

Polen; çiçekli bitkilerin üremek için yaptıkları biyoaktif maddelerden oluşmaktadır. Arıların besin ihtiyacının giderilmesi, balların sınıflandırılması ve sağlık alanında tedavi de kullanılmaktadır. Polenlerin protein, karbonhidrat, lipit, enzim, vitamin, aminoasit gibi bileşenlerin yanı sıra adrenalin ve noradrenalin gibi hormon niteliğindeki biyoaktif madderleri de içerdiği çalışmalarda gösterilmiştir (28).

Polenin antibakteriyel, antifungal ve antioksidan, antikanser özelliklerinin bilinmektedir. Arı poleni kanser hastalarının tedavisinde istenmeyen sonuçlarını önlemede veya azaltmada etkisinin olduğu görülmüştür. İştahsızlık, mide bulantısı, saç dökülmesi, inflamasyon, akyuvar azlığı (lökopeni) ve uykusuzluk gibi radyasyonun verdiği yan etkilerde olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir (29). Polen gastrointestinal sistem hastalıklarında; kronik kolit, mide ülseri, kanaması, gastroenterit ve kabızlıkta, aneminin düzeltilmesinde, kolesterol, lipid ve trigliserid kontrolünde yararı olduğu bilinmektedir (28).

2.5.2.3 Arı Sütü

Arı sütü ilk kez Huber isimli bilim insanı tarafından ortaya çıkarılmış olup, 1972 yılında 'Gelee Royale' olarak isimlendirilen arı sütü, genç işçi arıların baş bölgesinde yer alan salgı bezi niteliğindeki dokulardan (hypopharyngeal) üretilmektedir. Arı

sütünün bileşiminde bulunan başlıca ürünler; proteinler (serbest aminoasitler), karbonhidratlar (fruktoz, glikoz) lipitler (serbest yağ asitleri, doymamış yağ asidi olan trans-10-hidroksi-2- desenoik asit), vitaminler ve minerallerdir (27,28).

Arı sütünün insan hafızasını arttırdığı, fiziksel performansa katkı sağladığı ve derilerin yenilenmesinde faydalı olduğu, kan damarlarını genişletici ve kan basıncını azaltıcı, dinlendirici, yangı baskılayıcı, antibakteriyal, antioksidan, antitümör, antialerjik, büyüme ve gelişmeyi arttırıcı, vücudun hormonal dengesini düzenleyici, immün sistemi aktive edici etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (28).

2.5.2.4 Propolis

Propolis, bal arılarının bitki tomurcuk ve filizlerinden toplayıp bir araya getirdiği reçineleri bal mumu ve ürettiği salgılar ile birleştirerek ortaya çıkardığı bir besin maddesidir. Propolisin içeriğine bakıldığında; %50 reçine, %30 bal mumu, %10 uçucu yağ, %5 polen ve %5 diğer organik maddelerden oluştuğu görülmektedir (27).

Propolisin genel manada tıbbi tedavilerde uygulanması yaygın olup, kalp damar hastalıkları ve kan dolaşım bozuklukları, solunum yolu hastalıkları, diş sorunları, deri hastalıklarının tedavilerinde (doku yenileme, ülser, egzama), dış etmenlere bağlı oluşan yara tedavilerinde özellikle yanıklar sonrası oluşan yaralar (mycosis), müköz zar enfeksiyonları ve lezyonları, kanser hastalıklarının tedavisi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi ve korunması, sindirim sistemi hastalıkları alanındaki tedavileri içerir. Propolisin kulak enfeksiyonları, bronş hastalıkları, astım ve solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde olumlu bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Propolisi insanların ilaç gibi kullanılması ile mide ve ince bağırsak ülserlerinde, romatizmal bazı hastalıklarda yüz güldürücü sonuçlar elde edilmiştir (28).

2.5.2.5 Arı zehri

Arı zehri, işçi arıların iğneleri ile ilişki içinde bulunan iki salgı bezi tarafından salgılanır. Arı zehrinin rengi açık ve kokusu olmayan, sıvı bir madde olup, keskin ve acı bir tadı vardır. İçerisinde bulunan alarm feromonlarıyla aromatik özelliğe sahiptir (28).

Arı zehrinin tedavide kullanıldığı başlıca hastalıklar olan multiple skleroz (MS) ve romatoid artrit ve yine alerjiye yatkın bünyeli kişilerin tedavisinde sık olarak uygulanır. Ayrıca arı zehri gribal ve ortopedik rahatsızlıkların iyileştirilmesinde, bunların yanı sıra cilt kanseri, egzama, radyasyon alan hastalarda ondan kaynaklanan hasarı hafifletmede, epilepsi, kazanılmış immün yetmezlik sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS), damar tıkanıklığı, migren ve sinüzit tedavisinde de uygulanmaktadır (28).

2.5.3 Fitoterapi

Bitkilerden yararlanarak hastalıkları iyileştirme yaklaşımı olarak tanımlanan "fitoterapi" tedavisini ilk kez 1870-1953 yılları arasında yaşamış Fransız tıp adamı Henri Lenclerc tarafından La Presce Medical adlı dergide kaleme aldığı ortaya konmuştur. Oysaki bilinen bu tarihten daha eski zamanlarda bitkilerin kişilerin sağlığını korumak veya onları geri kazanmak için tarihin her anında, bilinen bütün toplumlar tarafından uygulandığını bilmekteyiz (2).

Günümüzde bitkilerle tedavi: 19.-20. yüzyıllarda kimya ve biyokimya alanlarındaki gelişmeler ilaç sanayisine hızlı bir ivme kazandırmış, bunun neticesinde etkinlik, zararsızlık ve kalite prensipleri özümsenerek analitik, toksikolojik, farmakolojik ve klinik çalışmalar sonucu, laboratuvarlarda tıbbın ihtiyaçlarına gideren birçok ilaç üretilmiştir. Hali hazırda bulunan ilaçların 1/4'i bitkisel kaynaklıdır ve bu ilaçların büyük kısmında bitkiden alınmak istenen etken madde, laboratuvar ortamında kopyalanmaktadır (2).

Yaşadığımız bu çağda bitkisel tedavilere gönülden inanan birçok hasta bitkisel ilacını, aktardan aldığı bitkiden ya da bitki parçalarından kendi evinde hazırlamaya çalışır ve genelde bu konuda eğitim alıp bilgisi olan kimselere danışmadan kullanır. Diğer taraftan, sentetik ilaç elde edilmesi kalitesinde ve standartlar temelinde bitkisel ilaç üreten firmaların sayısı da gün geçtikçe çoğalmaktadır. Bitkisel ürünler genellikle meme kanseri (%12), karaciğer hastalıkları (%21), HIV (%22), astım (%24) ve romatolojik bozuklukları (%26) da içeren kronik hastalığı olan kişilerce sıklıkla tedavilerde kullanılmaktadır (30).

Tıbbi bitkiler sadece terapötik ajan gibi doğrudan uygulandığında değil, farmakolojik çalışmalar ve ilaçların geliştirilmesinde de önem arz etmektedir. Yüzyıllardır farklı hastalıkların tedavisinde bitkisel ilaçlar uygulanmasına rağmen nispeten az sayıda bitki türü için gereken tıbbi araştırmalar yapılmıştır. Güvenirlilik ve etkinlik verileri çok az sayıda bitki, bu bitkilerin özleri ve aktif içerdikleri maddeler için kullanılabilir. Bitkisel ilaçların kullanımının yasal durumu tüm ülkelerde farklılık göstermektedir (31). Ama akıldan çıkarılmamalıdır ki herhangi maddenin tıbbi bir ilaç olarak kabul görülmesi ve ona ruhsat verilmesi için geçmesi gereken birçok bilimsel çalışma süreci vardır.

Sonuç olarak baktığımız zaman bitkilerle tedavi, tüm dünyada ve ülkemizde hastalıklar için sıkça uygulanılması, ancak bilinenin ve inanılanın tersine birçok sağlık problemine de sebep olması nedeniyle sağlık uzmanlarının üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur. Pek çok hasta adından bile bir haber olduğu bitki karışımlarını satın alıyor ve onları kendilerince uygun gördüğü dozlarda kullanıyor. Türkiye'de kişilerin sağlıkla alakalı konularda bilgi seviyeleri eğitimli olan topluluklarda bile çok azdır. Bu sebeple, topluma yönelik sağlık eğitimindeki yeri ve önemi göz önüne alındığında, bunlara ilave olarak sağlık problemi ile karşı karşıya kaldığında hastaların

genelde ki ilk başvuru yeri olan birinci basamak sağlık çalışanlarının bu tür konular da olması gerektiğinden çok daha fazla duyarlı olması gerekmektedir. Bu açıdan baktığımız zaman; öncelikle kişilerin sağlık ve hastalık tanımlamalarına bakış açısı, hastalıklara karşı olan tutum ve davranışları, hangi durumlarda ve hangi sağlık kurumlarına gitmeleri gerektiği öğrenilmelidir (2).

2.5.4 Hipnoz

2.5.4.1 Hipnozun Tanımı, Etkileri ve Kabul Edilebilirliği

Telkinlerin hastalardaki algılama, hafıza ve istemli olarak yapılan hareketlerde meydana getirdiği değişiklikleri içeren sosyal bir tedavi şeklidir. Yunanca uyku anlamı taşıyan 'hypnos' sözcüğünden üretilmiştir. Amerikan Tıp Birliği'nin tanımlamasına göre hipnoz, bilincin olayları yargılama özelliğinin aşılması olarak kabul adlandırılarak belli bir düşüncenin kurulması ve bu düşüncenin kalıcı hale getirilmesidir (32).

Hipnoz esnasında hasta bilincini tamamıyla kaybetmemekte, belirli bir noktaya yoğun bir şekilde bilincini sabitlemektedir. Hipnozun inanç, hayal, ikna ve beklenti gibi zihinsel bileşenleri, hipnoz halinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Zihin, bilinç ve bilinçaltı olarak farklı iki bölüme ayrılmaktadır. Olayları değerlendiren, yaşananlar hakkında mantık yürüten, karar veren bölüm bilincimizdir. Bilinçaltı dediğimiz konu ise duygularımızın, inançlarımızın, davranışlarımızın, alışkanlıklarımızın ve kazandığımız deneyimlerimizin bulunduğu kısımdır. Bilinç ve bilinçaltı arasındaki sınır bizim için çok fazla önem arz etmektedir. Bilinçli halimiz bilgiyi değerlendirip bunu yargılamadan onaylamaz ve bu bilginin bilinçaltında kalmasını engeller. Hipnoz ile bilinç ve bilinçaltı arasındaki ortadan kaldırılarak bütün bilgilerin kabul görmesi beklenmektedir (32).

Hipnoz yapıldığı sırada beyin önce alfa dalgasına sonra da teta dalgasına geçmekte ve teta dalgası ile beraber bilinç devre dışı kalmakta ve kişilerin bilinçaltlarına telkinlerle beraber istenilen uyarılara yönlendirilebilmektedir.

Hipnozun bilinçaltına yaptığı etkiler;

-Semptomların sonlandırılması veya değiştirilmesi
-Stres altındaki vücudun rahatlatılması
-Eskiler yerine yeni alışkanlıklar edindirilmesi
-Dikkat ve hafızanın güçlendirilmesi yada zayıflatılması
-Hayal kurarak bireylerin kendini istediği gibi görmesini sağlamak

2.5.4.2 Hipnozun Tarihçesi

Hipnozun tıbbi tedavide kullanılmasına ilk olarak Fransız Anton Mesmer (1734-1815) bahsetmiştir. İnsan vücudunda manyetik bir sıvı varlığına inanılmış ve bu sıvının vücuttaki akışının manyetizma diye tanımlanan biyomanyetik bir güç elde ederek hastalarda tedavi edici etki sağladığı görüşünü benimsemiştir (32,33).

Çocuklarda hipnoz konusundaki en eski belgelere 1779 senesinde rastlanmıştır. Mesmer'in görme yetisinde problem yaşayan 9 yaşındaki bir çocuğa hipnoz uyguladığı belirtilmiştir. Fransa'da 1784 yılında kral 16. Louis zamanında, bu tedavi yöntemi incelenmeye başlanmış ve kötü etkilerinin ortaya çıktığı görülünce hipnoz uygulaması değerini kaybetmiştir (33).

İngiliz Tıp Birliği (British Medical Association), 1955 senesinde, hipnozu doğum anında kuvvetli bir ağrı kesme metodu ve diş hastalıklarının tedavisinde anestezi ve analjezi yapmak için kabul edilebilir bir uygulama olarak kabul etmiştir. Amerikan Tıp Birliği, 1958 senesinde, hipnoz tedavisi konusunda eğitim veren kurslar açarak sağlık çalışanlarının bu tedavi yöntemi için kendilerini geliştirmeleri çalışılmıştır (33).

Türkiye'de ise hipnoz tedavisi, 1935 senesinde Cemil Sena Ongun ve arkadaşları tarafından Janet'in bir kitabından yapılan çeviri ile başlandığı ifade edilmiştir. Dr. Bedri Ruhselman'ın hipnoz konusundaki çalışmaları ise 1946 yılında başlanmıştır (34).

2.5.4.3 Hipnozun Fizyolojisi

Hipnoz tedavisinin uygulaması esnasında ağrıyı gidermek üzere verilen telkinler ile beynin frontal ve oksipital alanlarında, serebral bölgesel kan akımı (rCBF) fazlalaşmaktadır. Oksipital alandaki rCBF'nin yükselmesi ve elektroensefalogramdaki (EEG) delta dalgalarının yoğunlaşması, görsel canlandırma ve uyanıklık durumunun azalması ile bilinç değişikliği yapmaktadır. Frontal lobdaki rCBF artışı ise hafızanın çalışmasını ve kişinin algılama sürecinin tekrar gözden geçirilmesine neden olmaktadır (34).

Hipnoz yaptığı etki ile spinal ve supraspinal ağrı yolaklarında farklılaşma meydana gelmektedir. Telkinler ve dikkatin bir noktaya sabitlenmesi, ağrı duyusunun algılanmasını ve ağrı yolağını büyük ölçüde değiştirmektedir. Buna benzeyen bir etkide otonom sinir sistemi dahilindeki gastrik hareketlerin, lokal kan akımının ve strese karşı hormonal cevapların düzenlenmesinde de olduğu düşünülmektedir (34).

Hipnoz dört evreden oluşmaktadır;

1. **Hipnoidal trans**: Hipnozun bu evresinde vücutta biraz rahatlama ve uyuşukluk hissedilir. Göz kapaklarında ağırlaşma meydana gelir ve göz kapakları kapanır. Hasta istemesi dâhilinde hipnozun bu evresini terk edebilir.

2. **Hafif trans** (Letarjik evre): Solunum sistemi hareketleri azalır ve derinleşir. Hastaların nabızları yavaşlar ve kaslarda tam inhibisyon gözlenir.

3. **Orta trans** (Kataleptik evre): Göz kapakları, kol ve bacaklarda katalepsi olur. Bölgesel hafif anesteziler ve hissedilen zaman algısında bozulma meydana gelir. Duyularda keskinleşme olur ve halüsinasyonlar görülmeye başlanır.

4. **Derin trans** (Somnambülik evre): Hipnozun bu evresinde tam amnezi ve anestezi elde edilmiş olur. Hipnoz anestezisine bağlı halüsinasyonlar görülür. Fonksiyonel sağırlık, körlük ve paraliziler meydana gelebilir. Hipnoz altındaki kişinin küçük yaşta

olduğu zamanlara döndüğü görülebilir. Organik vücut fonksiyonları etkilenebilir. Psişik etkilerle cilt üzerinde vezikül ve büller görülebilir (35).

Her hastanın hipnoz tedavisine karşı verdiği cevap farklıdır. İnsanlardan bazıları verilen telkinler ile basit bir şekilde hipnotize olabilirken, kalan kısmı hipnoza karşı büyük bir direnç sergilemektedir. Kişilerde görülen bu özelliğe hipnotize edilebilme özelliği denilmekte ve yaşa, hastanın içinde bulunduğu duruma, hastanın hipnoz eden doktoruna olan güven duygusuna ve karşılıklı iletişimin sağlıklı bir biçimde sürdürülmesine bağlı farklılık oluşturmaktadır (35).

Hipnozun endikasyonları;

*Akut başlayan ağrıların giderilmesi
*Kronikleşen ağrıların ortadan kaldırılması
*Migrene bağlı yaşanılan ağrının tedavi edilmesi
*Doğum esnasında yaşanan ağrıların azaltılması
*Alerjinin kontrol altında tutulması
*Siğillerin ve yanıklara bağlı oluşan yaraların tedavisi
*Bazı kronik hastalıkların tedavisi
Kalp yetmezliği
Astım
Hemofili
Orak hücreli anemi
Artrit
*Cerrahi işlemler
*Sigaranın bırakılması
*Obezite tedavisi
*Kanser hastalarının tedavisi

Hipnozun kontrendikasyonları;

*Psikoz ve nevroz
*Obsesif kompülsif bozukluk gibi kişilik bozuklukları
*Paranoid bozukluklar
*İletişim kurulamaması ve zeka geriliği

2.5.4.4 Hipnoz Uygulamalarında Dikkat Edilecek Hususlar

-Hastanın bütün tıbbi öyküsü ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır.
-Uygulayan kişi kendi alanı ile ilgili konularda hipnoz uygulaması yapmalıdır.
-Hipnoz seansına başlamadan önce hastadan kemer, saat, korse gibi giyecek ve aksesuarları çıkarması istenilmelidir.
-Kullanacağımız kelimeler çok iyi belirlenmeli ve gerçek anlamlarında kullanılmalıdır.
-Kullanılan dil basit ve anlaşılır olmalı, emir verir gibi kullanılmamalıdır.
-Hasta, hipnotize olabileceğine dair ikna edilmelidir.
-Seanslar bitirilirken aniden olmamalı, uzun aralıklar verilerek bitirilmelidir.
-Hasta hipnozdan uyandırıldıktan sonra belli bir müddet dinlendirilmelidir.

Sonuç olarak hipnoz uygulamasının anksiyete, ağrı, davranışsal ve fizyolojik parametreler üzerinde önemli olumlu etkileri vardır. Sağlık alanında destekleyici tedavide kullanılması birçok hasta üzerinde yarar sağlamaktadır (34,35).

2.5.5 Sülük Uygulaması (Hirudoterapi)

Hirudoterapi, tıbbi sülükler kullanılarak yapılan bir geleneksel tedavi yöntemidir. Geçmiş zamanlardan beri sülükler savaşlarda yara yerlerinin iyileştirilmesi de geçerli olacak şekilde çok farklı rahatsızlıkların tedavisinde etkili ve güvenli bir tedavi çeşidi olarak ihtiyacı olan kişilere uygulanmaktaydı. Ama günümüze bakıldığında sülük tedavisinin en çok kullanıldığı yer, plastik cerrahide vücudun kopan parçasının yerine tekrar dikilmesinde yani revaskülarizasyonu sağlamak amacıyla kullanılmakla beraber, daha birçok hastalıkta, uygulanan tedaviye yardımcı bir uygulama olacak şekilde kullanılmaktadır (36).

Sülükler hastanın vücudundan kanı emerken beraberinde hastaya, içerisinde biyoaktif maddelerin olduğu bir sıvıyı enjekte etmiş olur. Bu sıvıda bulunan biyoaktif maddeler; analjezik, antikoagulan, antiinflamatuar, immün modülatör, kan dolaşımı düzenleyici ve hipoksi giderici gibi birçok etkiyi yapmaktadır (36).

2.5.5.1 Sülük Tedavisinin Tarihçesi

Sülüklerin geleneksel tıpta kullanımı ile ilgili ilk yazılı belgelere Mısır'da M.Ö. 1500'lü yıllarda rastlanılmaktadır. M.Ö. 1300'lü yıllarda Sanskritçe yazıtlarında sülük tedavisinin yer aldığı görülmektedir. Hipokrat, Yunanistan'da hirudoterapiden bahsettiği zamanlarda bu tedavi yöntemi eski Mısırlılar, Mezopotamyalılar, Aztekler ve Mayalar gibi birçok medeniyet tarafından bilinip uygulanmaktaydı. Kolofonlu Nicander (M.Ö. 200-130), hastaların tedavisi amacıyla sülükleri kullanan ilk doktordu. Bu tedavi yöntemi, ünlü tıp adamı İbn-i Sina (Avicenna) tarafından M.S. 1020 yıllarında 'El Kanun Fi't-Tıbb' isimli kitabında da konu edilmiştir (36).

Tedavi amacıyla uygulanan sülükler, Linnaeus tarafından 1758 yılında Hirudo medicinalis ismiyle ilk defa tanımlanmıştır. 1800'lü yıllarda Avrupa'da sülükler çok yoğun olarak tedavi maksadıyla kullanılmıştır. Sülüklerin tedavide kullanılmasındaki en önemli olay ise, 1884'te Haycraft'ın sülükten aldığı tükürük salgısında bulunan kanın pıhtılaşmasını engelleyen bir maddenin bulunmasıdır ki, daha sonra Hirudin adı verilen bu biyoaktif maddenin etkili bir antikoagulan olduğu fark edilmiştir (37). 1980'li yıllarda, tıbbi sülük tedavisi plastik cerrahlar tarafından özellikle rekonstrüktif cerrahide (kopan vücut parçasının yerine dikilmesinde ve flep cerrahisinde) kanlanmayı sağlayıp arttırmak için modern tedaviyi destekleyen bir metot olarak tekrardan önem arz etmiştir. ABD İlaç ve Gıda Dairesi (Food and Drug Authority of USA-FDA) 2004 senesinde sülüklerin ülkede satışına, genel amaçlar, plastik cerrahi ve mikro cerrahi alanında uygulanması konusuna onay vermiştir (36).

2.5.5.2 Sülük Tedavisi Uygulama Teknikleri ve Prosedürü

Sülük tedavisi uygulanırken, ilk ısırıkta biraz acı duyulabilir ve ondan sonra sülük salgısındaki anestezik içerikten tedavi süresince ağrı, acı duyulmaz. Sülük

yapıştığı alandan 5 ile 15 ml arasında kan emmektedir. Tedavi süresi yaklaşık olarak 20 ile 60 dakika kadar devam etmektedir. Sülükler, kimyasal madde olan (parfüm, kolonya, cilt kremi, makyaj malzemesi vb.) yüzeylerde barınamazlar. Bu nedenle, sülük tutturulacak bölge ılık bir su ve pamuk kullanılarak temizlenmelidir. Sülük yapıştırılacak bölgeye karar verildikten sonra bir tüp veya pistonu çıkarılmış bir şırınga ile sülükler o bölgeye tutturulabilir. Spanç gibi steril bir madde kullanılarak sülüklerin arzu edilen vücut bölgesine tutturulması sağlanabilir. Sülük uygulanan hasta, çeşitli klinik parametreler, enfeksiyon durumları veya alerjik reaksiyonlar için tedavi devam ettiği sürece belirli bir düzen içinde takip edilmelidir. Sülük tutunduğu alandan kendi isteğiyle ayrılmazsa, sülüğün ağzının olduğu yere yavaşça zerdeçal toz veya alkol yardımıyla bırakması sağlanabilir, ama üzerinde dikkatlice durulması gereken konu, sülüğün yapıştığı yerden ayrılırken emdiği içeriğin çıkarılması önlenmelidir. Sülük tutunduğu yeri bıraktıktan sonra salgısında var olan biyoaktif maddelerin özelliğinden dolayı kanama 4-48 saat daha sürebilir (36).

Isırılan bölge, fizyolojik su ile ıslatılmış gazlı bez yardımı ile temizlenir, kanamanın olmaması için de spanç yardımı ile sıkı bir tampon yapılıp kapatılması sağlanır. Her bir sülük sadece tek sefere mahsus kullanılır. Aynı hasta kullanılacak olsa bile, kullanılan sülükler tekrar tekrar kullanılmaz. Kan yoluyla bulaşan hastalık riski olduğu için tedavide kullanılan sülük, vücuttan uzaklaştıktan sonra tıbbi atık kategorisinde olacak şekilde çamaşır suyu veya alkolde öldürülür. Sülük ısırıkları bazen farklı hastalarda ekimoz ve keloid dokusu yapmaktadır. Oluşan bu lekeler 2-3 haftada kendiliğinden iyileşmektedir (37,38).

2.5.5.3 Sülüklerin Tıbbi Kullanımları

Olgunlaşmış bir sülük tek kullanımda kendi ağırlığının yaklaşık olarak on katı kadar (ortalama 5 ila 15 ml) kan emme becerisine sahiptir. Sülük tedavisinin etkinliği, sülüğün emdiği kandan ziyade sülüğün vücuda salgıladığı biyoaktif maddelerin miktarı ile doğru orantılıdır (37).

Sülükler geleneksel ve tamamlayıcı tıpta çok fazla hastalık için tıbbi tedaviye yardımcı olacak şekilde uygulanmaktadır. Sülükler, kalp ve dolaşım sistemleri patolojilerinde, kas-iskelet sistemi hastalıklarında, doku flepleri, replantasyon, sonrası revaskülarizasyon için, yumuşak doku travmalarında, diabetes mellitus ve bunun komplikasyonlarında, romatoid artritte ve bunlar gibi daha birçok patolojik bozuklukta klinik kullanım alanı bulmuştur (39).

Dünya üzerinde çeşitli topluluklarda sülüklerin tedavilerde gösterilen kullanım **endikasyonları** aşağıda verildiği gibidir:

* İnflamatuvar hastalıklar
* Plastik ve rekonstrüktif cerrahi operasyonlar
* Kardiyovasküler sistem hastalıkları
* Pasif konjesyon
* Yüksek tansiyon
* Tromboflebit, tromboz, variköz ven ve emboli
* Hemoroid

* Hematom varlığı
* Omurganın ağrılı sendromları
* Artoz, osteoartrit, periartrit ve romatoid artrit
* Dış kulak yolu ve kronik kulak enfeksiyonları
* Katarakt, glokom, travmatik yaralanma ve inflamasyon gibi göz hastalıkları
* Gingivit, paradontit ve gingival ödem gibi diş hastalıkları
* Dermatit, psöriasis ve kronik ülser gibi deri hastalıkları
* Astım ve akut rinofarenjit gibi solunum sistemi patolojileri
* Erkek ve kadın infertilitesi
* Endometriosis ve mastit benzeri kadın hastalıkları

2.5.5.4 Sülük tedavisinin kontrendikasyonları;

Sülük tedavisi tüm hastalık ve hastalarda başarılı sonuçlar alınacağı düşüncesi yanlıştır. Kişiler sülük tedavisi öncesi genel sağlık durumları için detaylı bir doktor muayenesinden geçmelidir. Hirudoterapi aşağıdaki koşullarda da uygulanmamalıdır:

* Mutlak hemofili
* Kansızlık
* Kan kanseri
* Hipotoni
* Gebelik
* Sülüğün salgıladığı biyoaktif maddeye allerjisi olanlar hastalar
* Bağışıklık sistemini baskılayan durumlar varlığında

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden biri olan tıbbi sülük tedavisinin konvansiyonel tedaviye yardım amacıyla birçok hastalıkta iyileştirici etkiye sahip olduğu düşüncesi son yıllarda giderek önem kazanmaktadır. Dünyanın en gelişmiş ekonomilerini elinde bulunduran Almanya, Fransa, İngiltere, Rusya ve ABD gibi ülkelerin en üst seviyede tıbbi sülük tedavisinden faydalandıkları bilinmektedir. Modern tıbbi ilaç uygulamalarına oranla hirudoterapi daha az yan etkili ve daha düşük maliyetlidir. Bu nedenle hirudoterapi kullanımı endikasyon dâhilindeki hastalar açısından yüksek oranda fayda sağlayabilir (36).

2.5.6 Homeopati

Homeopati, benzeri bir durumu benzer ile tedavi etme temeline dayanan bir tedavi yöntemidir. Homeopati anlam olarak homoion (benzeri) ve pathos (acı çekme) kelimelerinden türemiştir.

İnsanlık tarihinde ilk kez doktor, kimyager ve eczacı olan Dr. Samuel Hahnemann'ın kurmuş ve geliştirmiş olduğu bir yöntemdir. Dr. S. Hahnemann (1755-1843) uzun yıllar devam eden çalışmaları ve gözlemleri sonucu elde ettiği bilgi: herhangi bir madde insanları hasta ediyorsa, aynı zamanda bu madde de hastayı tedavi edebilir. Sağlıklı insanlarda hastalık semptomları oluşturan şeyler, hasta insanda bu semptomları yok edebilir. “Benzeri benzer olanla tedavi”, homeopatinin ana kuralını oluşturmaktadır. Homeopati, hastalıkların belirtilerini insanın içindeki dengesizliğin bir

belirtisi olarak kabul etmektedir. Homeopati tedavisindeki asıl gaye, hastaya zarar vermeden makul ve güvenilir bir yolla, hastalığı tümüyle ve kökten tedavi etmektir (40).

Benzer hastalıklara her hasta farklı tepkiler vermektedir; "hastalık yoktur, hasta vardır" felsefesi homeopati tedavi yönteminin temel taşını oluşturuyor, bu sebeple hastalığın değil, hastanın iyileştirilmesi görüşü ön plandadır. Hastalıkla benzer semptomlar yapan homeopatik ilaçlar ise, vücudun kendi kendine iyileşme gücünü aktive ederek sonuca ulaşılmasını sağlamaktadır. Bu güçle, doğal yollardan birçok hastalığın tedavi olmasına yardım etmektedir. Klasik homeopati, tek ilaç minimum doz prensibine uymakta olup ilaçlar toplu iğne başı kadar granül veya solüsyon seklinde olabilmektedir. (40).

2.5.7 Kayropraktik

Kayropraktik; sinir kas iskelet sistemleri patolojilerinin tanısı, bu patolojilerin iyileştirilmesi ve bu tür hastalıkların önüne geçilmesi, bu patolojilerin genel sağlık durumu üzerinde yaptığı etkilerle ilişkili sağlık hizmeti sunan, sublukse eklem (çıkık ve kırık olmayan ama ekseni bozulmuş normal eklem) üstünde belli bir odaklanma ile patolojik eklem biyomekaniğini iyileştiren ve vücudun doğal yollardan tedavi edilebilmesine yardımcı olan ve bu uygulama içerisine dahil olan manüel teknikleri içeren bir uzmanlık alanıdır (41).

Kayropraktik uygulamalar, cerrahi yapılma sınırına gelmemiş, kas, iskelet ve omurga sisteminin biyomekanik patolojileri ve bunların sinir sistemi üstünde bıraktığı sorunları tedavi etmek için uygulanır. Biyopsikososyal nedenler ve bunların sonuçları, hastanın tedavisinde önemli faktörlerdir (41).

2.5.8 Kupa Tedavisi

Kupa tedavisi geleneksel tıp yöntemleri arasında en eski geçmişe sahip ve en çok uygulananlardan birisidir. 500 yıldan fazla geçmişi olan kupa tedavisiyle alakalı ilk kayıtlı belge M.Ö 3300 yılına ait Makedonya'da kayda alınmış "Ubi Plethore Ibi Evacua" isimli kaynaktır. MÖ 1500 yıllarında ise Mısır'da bulunan içinde tıbbi konuları barındıran bir kaynak olan Ebers Papirüsü'nde kupa tedavisinin kullanılmasından yabancı cisimlerin vücuttan uzaklaştırılması ile ilgili bir uygulamadan bahsetmektedir. Mısır'da olan birçok lahitte kupa tedavisine ait olduğu düşünülen çizimler vardır (42).

Avrupa ve Ortadoğu coğrafyasında olduğu gibi Afrika ve Asya'da da binlerce yıldır bu tedavi kullanılmaktadır. Geleneksel Çin tıbbında cerrahi tedavilere ve akupunktura yardımcı olarak uygulanan kupa tedavisi çeşitli klinik durumlardaki faydalı etkileri görüldükçe farklı bir tedavi yolu olacak şekilde gelişimini devam ettirdi. Çin tıbbında kupa tedavisiyle ilgili kayıtlara geçen ilk belge ise M.Ö 300'lü yıllarında ipek üzerine yazılmış olan Bo Shu'dur (The Chu Silk Manuscript) (43).

2.5.8.1 Kupa Uygulama Çeşitleri ve Yöntemleri

Kupa tedavisinin uygulanması için sıklıkla kullanılan sınıflamayı incelersek, bu sınıflama kesi yapılıp yapılmamasına göre tanımlanmaktadır ki bu kuru kupa

uygulaması ve yaş kupa (hacamat) uygulamasıdır. Kuru kupa tedavisinin yapılması sırasında vücuttan kan ve benzeri sıvılar çıkarılmaz. Vücuda kupa uygulanırken kupanın içerisinde bulunan hava alınır ve negatif basıncında etkisiyle beraber cildin vücut yüzeyinden kabarması sağlanır. Yaş kupa yapılması ise kuru kupa yapılması gibi başlar ama sonrasında uygulama yapılan alandaki deriden kan boşaltabilmek maksadıyla deriye yüzeysel kesiler atılır (44).

2.5.8.1.2 Kuru Kupa Terapisi

Kuru kupa uygulamasında kullanacağımız kupa materyali uygulama bölgesine negatif basınç uygulanarak yapıştırılır. Kupa olarak kullanılan materyaller geçmişten günümüze kadar boynuz, bambu, çömlek, bakır, çelik, kauçuk, plastik ve camdır. Günümüzde daha çok plastik, cam ve bambu kupalar kolay kullanılmasından dolayı daha çok tercih edilmektedir. Cam ve bambu kupalarda ateş vasıtasıyla negatif basınç oluşturulurken, plastik kupalarda sibop düzeneği olduğu için pompa yardımıyla negatif basınç oluşturulmaktadır (43).

Kuru kupa uygulamaları harekete göre, hareketli ve sabit kupa olmak üzere iki farklı biçimde uygulanabilir. Sabit kupa yapılmasında daha önceden belirlenen alanlara kupa tutturulduktan sonra belirli bir zaman kupa orda durdurulur. Bu beklenen süre 5 dakika ve daha kısa süreli olursa kısa süreli, 5-10 dakika arasında olursa orta süreli, 10 dakika ve üzeri olursa uzun süreli sabit kupa uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Hareketli kupa tedavisinde ise uygulanacak alanlara masaj kremleri kullanılarak cilt yüzeyi kayganlaştırılır. Bu işlemden sonra kupa yavaşça vakumlanır ve uygulama alanında vakumu azaltılmadan cilt üzerinde kaydırılarak hareket ettirilir (44).

Flaş kupa tedavisinin yapılmasında ise daha önceden belirlenen alana bir veya daha fazla kupa kısa bir süreliğine kapatılır, daha sonra kapatılan kupa geri alınır ve bu uygulama tekrar tekrar sürdürülür. Bir başka kuru kupa uygulama yolu da herbal kupa tedavisidir. Herbal kupa farklı şekillerde uygulanabilir. Önceden belirlenen bölgeye, kişinin hastalığına özgü olarak uygulanan aroma terapötik yağlar sürülerek hareketli kupa uygulaması yapılabilir (43,44).

2.5.8.1.2 Yaş Kupa Terapisi

Yaş kupa tedavisi ise kuru kupa tedavisi ile aynı şekilde başlar. Başlangıçta hastanın uygulama yapılacak bölgesinin uygun bir temizleyiciyle temizlendikten sonra kısa bir süre kuru kupa uygulanır. Bir süre kupa bekletildikten sonra hastanın derisinden kan boşaltabilmek için deriye kesici bir aletle (özellikle bistüri) yüzeysel kesiler atılır. Kesi atıldıktan sonra aynı yere kupa kapatılıp bir miktar daha beklenir. Hastadan kan akma işlemi bittikten sonra uygulama bölgesi steril bir şekilde temizlenir ve kupa tekrar aynı bölgeye kapatılır. Bir müddet intersitisyel (cilt altı doku sıvısı) sıvının gelmesi beklendikten sonra yaş kupa tedavisi sonlandırılır. İnsizyonların cilt bölgesine olabildiğince yüzeysel atılmasına dikkat edilmelidir. Hastaya derin yapılan kesiler ciltte iz kalmasına ve yapılan tedavinin yetersiz olmasına neden olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (44).

İslam coğrafyasında uygulanan kupa terapisinde işlem öncesinde ve işlemden sonra 48 saat hayvansal ürün yenmemesi istenir. Ay takviminin üçüncü haftası ve asıl olarak da 15, 17, 19, 21. günleri kupa tedavisi uygulamaya dikkat edilir. Dolunay zamanında ayın çekme kuvvetiyle yeryüzünde bulunan sıvıların yükseldiği gibi hasta vücudu da bu çekim kuvvetinden etkilenir. Böylelikle vücut sıvıları cilt yüzeyine yaklaşırken yüzeye daha fazla zararlı materyal taşıdığına inanıldığından dolayı hicri ayların üçüncü haftası yaş kupa tedavisi uygulanır (43).

2.5.8.2 Etki Mekanizması

Etki mekanizması tam anlamıyla gösterilememiş olmasıyla birlikte çeşitli düşünceler öne sürülmektedir. Sinirsel sistemle ilgili kuramlardan kutiviseral refleks teorisine göre spinal sinirlerin yapmış olduğu segmentler boyunca ilgili cilt bölgelerinde iç organlarla ilişkileri mevcuttur. Bu bağlantılar kutiviseral/viserokuteneal refleks diye adlandırılır. Organda ortaya çıkan patolojik durumlarla ilgili cilt bölgesine giden sinyallerle bu alanda cilt değişiklikleri veya ağrı duyusu ortaya çıkabilir. Bu kurama göre bu mekanizmadan yola alarak sorunlu organla alakalı segmentte uygulanacak kupa tedavisi ile organın iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır (45).

Yaş kupa tedavisinde yapılan kesi ve negatif basınç etkisiyle olan vakum, kapı kontrol teorisiyle kalın miyelinsiz A delta liflerini aktive ederek, substansiya gelatinosadaki C grubu ince miyelinli sinir lifleriyle spinal korda iletilen ağrı sinyallerinin giriş kapılarının kapanmasına neden olur. Ayrıca mekanik reseptörlerin aktive edilmesi ile nosiseptif afferent lifler üstünden diğer ağrı uyarısı bastırılarak yukarı gitmesi engellenir (43).

Geleneksel Uygur Tıbbı ve Yunan tıbbının temelinnde humoral patoloji hipotezi yer almaktadır. Hipokrat, Galen gibi tıp doktorları ve İbn-i Sina da bu kuram üstüne rahatsızlıkları ve bozuklukları açıklamış ve tedavisini yapmışlardır (46).

Batıda Yunan tıbbı, Doğu Türkistan'da ise Uygur tababeti olarak adlandırılan bu kurama göre doğada bulunan her canlı dört madde üstüne temellendirilmiştir; hava, su, ateş ve toprak. Bu ismi geçen dört maddenin hasta vücudundaki sıvı olarak karşılıkları sırasıyla kan, balgam, safra ve sevdadır (45).

Bulunan bu dört sıvı her insanda belirli miktarlarda düzgün bir denge üstüne kuruludur. Bu sıvıların bileşiminden de da mizaçlar meydana gelir. Safra sıvısı yüksek olanlar safravi, kan sıvısı fazla olanlar demevi, sevda sıvısı baskın olanlar sevdavi, balgam sıvısı baskın olanlar ise balgami mizaçlı olarak adlandırılır. Her maddenin, sıvının dolayısıyla da mizacın farklı fiziksel özellikleri mevcuttur (43).

Bu fiziksel özellikler safravi mizaç kuru – sıcak, demevi nem – sıcak, sevdavi kuru – soğuk, balgami nem – soğuk şeklindedir. Geleneksel kupa tedavisinde kuru kupanın vücut ısısını arttırdığı, yaş kupanın ise vücuttaki ısısını azalttığı gösterilmiştir. Bundan dolayı sıcak tabiatlı olan hastalar yaş kupa tedavisinden, soğuk tabiatlı olan hastalar ise kuru kupa tedavisinden daha çok fayda gördüğüne inanılır (46).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliğinde kararlaştırılan endikasyonlar aşağıdaki verilmiştir;

*Organik bir patoloji olmayan kişilerde bağışıklık sistemini kuvvetlendirme
*Fibromiyalji hastalığı
*Romatizmal hastalıklara bağlı olan kronik ağrı, eklemlerde hareket azlığı, sabah tutukluğu, yorgunluk gibi semptomlar
*Kas ve iskelet sistemi mekanik ağrıları
*Diz ağrısı (osteoartrit vb.)
*Migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi organik nedeni olmayan baş ağrıları
*Organik olmayan uyku bozuklukları
*Sindirim sistemi bozukluklarından dolayı olan bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomlar
*İnmeye bağlı ortaya çıkan hıçkırık, yorgunluk, afazi gibi semptomlar

Kupa Uygulamasının Kontrendikasyonları;

*Tromboflebit
*Aktif yaralar, cerrahi yaralar
*Dekompanse kalp yetmezliği
*Kansızlık (9,5 mg/dl'nin altı)
*Hemofili hastalığı, kanama ve pıhtılaşma bozukluğu öyküsü, antiagregan ilaç kullanımı olanlarda
*Doğrudan varisin üstüne uygulama yapılması

2.5.9 Larva Uygulaması (Maggot debridman tedavisi)

Maggot debridman tedavisi (MDT), süpüratif cilt yaralarının Lucilia sericata isimli sineğin larvalarıyla iyileştirilmesi yöntemidir. Günümüzde yapılan bu tedavi şekli yaklaşık dünyada 30'dan fazla toplumda uygulanmaktadır (47).

2.5.9.1. Steril Maggotların Üretimi:

MDT'de yeşil şişe camı sineği diye isimlendirilen Lucilia sericata tedavide kullanılır. Steril larvaların elde edilmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktaysa da özellikle sineklere beslenmeleri için %20 şeker solüsyonu verilir ve sineğin yumurtlama özelliğini aktive etmek için de et veya ciğer parçaları kullanılır (48).

MDT'nin uygulanması şu şekilde olmaktadır; MDT'de genelde kafes benzeri pansuman uygulanması tavsiye edilir. Bu nedenle, yapışkan hidrokolloid malzemeler kişinin yarasına uygun şekilde ayarlanır ve yara bölgesi boşta bırakılacak biçimde kenarları bu malzeme ile kapatılır. Temiz bir parça naylon veya dakron ince tül yaradan büyük, fakat hidrokolloid çerçeveden de biraz küçük olacak biçimde kesilip ayarlanır. Bu tül hidrokolloid çerçeveye bir kenarı boşta bırakılacak biçimde yapışkan bantlarla birbirlerine yapıştırılır. Larvalar tülün boşlukta olan ucundan yaraya kapatıldıktan sonra bu bölge de kapatılır. Yaradan drenajı yapmak için tülün üzeri temiz tamponlar ile kapatılır. Tül, larvaların havalanmasına sebep olduğu gibi eriyen ölen yaranın drenajının boşalmasına yardım eder. Son zamanlarda MDT tedavisinde "Biobag®" isimli bir

yöntem uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulanan yöntemde maggotlar çay poşetinde olduğu gibi, 0,5 mm kalınlığında özel bir malzemeden (polyvinylalcohol-hydro-sponge) yapılan iki tül parçasının arasına yerleştirilir ve poşetin ucu sıkıca kapatılır. Poşetlerin geçirgen olması sebebiyle larvalar kolay bir biçimde beslenebildikleri gibi salgıları da yara yerine girer bu şekilde hastalığın kontrolü ve hastanın tedavisi yapılabilir. Bu uygulama tarzında kafes şeklindeki pansumana gerek yoktur. Poşetler direkt olarak yara bölgesine yerleştirildikten sonra poşetin yara yerinde sağlam kalması için gazlı bez ya da bandajla yapıştırılır (48).

MDT'nin kullanıldığı yerler şunlardır;

*Nekrotizan fasiit
*Perineal gangren
*Postoperatif yara yeri enfeksiyonları
*Diyabetik ayak
*İskemik ülserler
*yanıklar

2.5.10 Mezoterapi

Dr. Pistor, 1958'de La Presse Medicale'de bulgularını yayınladığı "Prokaine yerel ve patolojinin insanda yaşadığı bir provayı ortaya çıkar" isimli bir çalışmasında mezoterapi kelimesini kullandı. Mezoterapi yönteminin uygulama tekniği ile embriyolojik dönemde mezodermden kaynaklanan deri, kıkırdak, kas veya yağ dokularında bulunan bozuklukların iyileştirilmesinde tıbbi tedaviyi tamamlayıcı olacak şekilde uygulanabilir (49).

Mezoterapi eski zamanlardan beri Avrupa ülkeleri başta olmak üzere cilt yaraları ve yaşlanma önleyici çalışmalarda, fizik tedavi, ortopedi ve spor hekimliği gibi çeşitli alanlarda modern tıbbi tedavinin bir devamı olacak şekilde kullanılmaktadır (49).

Mezoterapi uygulama tekniğinde amaç cilt altı enjeksiyonlar ile 4 mm derinliğe kadar kullanılan maddelerin bir havuz olacak biçimde o bölgeye yerleştirilmesidir. Mezoterapi tedavisinde kullanılan maddeler, tedavi endikasyonları dâhilinde inceltilerek bozukluğun bulunduğu alana çoklu enjeksiyonların önceden belirlenen zamanlarda tekrar yapılması kararlaştırılır. Mezoterapinin hastaya uygulanma aralığı bu kriterlere göre belirlenir. Genellikle mezoterapinin ağrı için yapılan üç seansın sonunda elde edilen veriler değerlendirilerek tedaviye devam edilip edilemeyeceği veya tedavide kullanılan ürün değişikliği yapılıp yapılmayacağı düzenlenir (49).

Mezoterapide kullanılan teknik ile hastalara uygulanan tedavi dozu ve ilaçlara bağlı gelişen zararlı etkiler azaltılmış ve tedavinin etkinliği güçlendirilmiştir. Mezoterapide kullanılan maddeler suda çözünen ve birlikte kullanıldığında çökme yapmayan ilaç veya kokteylleridir (49). Mezoterapi tedavisi seanslar şeklinde hastalara yapılır. Bu seanslara akut olaylarda bir hafta içinde iki kez kronik olaylarda haftada bir kez olacak şekilde tedaviye başlanabilir. Hastaların ağrı duyma durumlarına göre seans sayısı planlanır.

Mezoterapide uygulanan ana maddelere baktığımızda ağrı kesici ve sempatolitik etkisi olması sebebiyle lidokain, prokain, ksilokain; ağrı kesici ve enflamasyon giderici etkileri olduğu için piroksikam; dolaşım sistemi düzenleyici olarak pentoksifilin, fonzilan; deri yenilenmesi ve fibroblastların aktive edilmesi için hyaluronik asit, vitaminler, PZP (PRP), mineraller, organik silisyum, saç zayıflığı ve dökülmesi için, dutasterid, biotin veya minoksidil; bölgesel zayıflama veya yağ yakıcı etkisi için aminofilin, kafein, deoksikolat, fosfatidilkolin; antioksidan destek için glutatyon ve A,C,E vitaminleri içeren karışımlar tercih edilmektedir (49).

Mezoterapi uygulamalarında ince (27, 30, 32 G) iğne uçları öncelikli olarak kullanılır. Uygulama manuel yapılabildiği gibi mezoterapiye özel tabancalar aracılığıyla da yapılabilir. Deri lezyonlarının tedavisinde roller ve mikro iğneleme enstrümanları da günümüzde standart ve homojen tedavi için kullanılmaktadır (49,50).

Mezoterapi etki mekanizmasının kesin ortaya konamaması sebebiyle bütün toplumlarda tamamlayıcı bir yöntem ve tedavi şekli olarak kabul görmektedir. İğnenin mekanik delme etkisine ve hastaya verilen ilacın yaptığı kimyasal etkiye bağlı olarak, bölgesel ve merkezi etkilerden bahsedilmektedir (50).

Akut ve kronik ağrıların tedavisi, bağ doku bozuklukları, romatizmal patolojiler, spor hekimliğinde mezoterapi uygulaması yapılabilir. İğnenin deriden içeri girmesi ile ağrı kesme mekanizması (kapı kontrol) çalışmaya başlar bununla beraber kullanılan ilaç ve lokal anestezik maddelerin kullanılması ile görülmesi beklenen etki arttırılır (49).

Ağrılı olaylardan en çok karşılaşılan durumlar diskopati, artroz gibi boyun, sırt ve bel ağrısına neden olan sorunlar, omuz ve diz gibi eklem hasarlanmaları, bursit, tendinit sinovit gibi yumuşak doku bozuklukları, romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi romatizmal hastalıklar ve karpal tünel sendromu ve siyatalji gibi sinir tuzaklanma sendromlarıdır. Lokomotor sistem hastalıklarında akut olaylarda lokal anestezik, kas gevşetici ve nonstreoid antiinflamatuar (NSAİİ) maddeler birbirleriyle özümsenerek uygulanır, kronik olaylarda ise bu çözeltiye pentoksifilin türevleri gibi dolaşımı düzenleyebilecek maddeler ilave edilir (49).

Mezoterapi uygulamaları, kadınlarda bulunan androjenik saç dökülmelerinde, erkeklerin androjenik saç dökülmesinin erken başlangıç döneminde, kadınlarda gebelik sonrası saç dökülmelerinde, saçlı deri, sakal, kaşlar gibi lokal dökülmelerde önem arz eden bir yöntem olarak uygulanabilmektedir. Mezoterapi, gerek uygulama yöntemi gerekse sonuç olarak, geleneksel ilaçların oral, intravenöz ve intramüsküler gibi sistemik kullanımlarına göre daha etkilidir (49,50).

18 ile 75 yaşları arasında bulunan genel sağlık durumu iyi olan herkese mezoterapi uygulanabilir. Hamileler, emziren anneler, kontrol altına alınmamış tiroid fonksiyon bozukluğu olanlar, kanama diyatez bozuklukları, genel durumu bozuk, ileri kalp ve kanser hastalıklarında mezoterapi uygulamasının yapılmaması gerekir. Tedavi yapılan alanda aktif cilt hastalığı veya enfekte bir durum olması durumunda uygulamanın yapılmaması gerekir. Ayrıca hastalarda lokal zayıflama yöntemlerinde böbrek ve karaciğer patolojileri ile lenfatik ve dolaşım sistemi hastalıklarında kullanılması tavsiye edilmemektedir (49).

2.5.11 Proloterapi

Proloterapi irritan bir solüsyonun ufak hacimlerde ağrılı ligament ve tendon tutunma bölgelerine ve komşu eklem aralarına verilerek yapılan rejeneratif bir tedavi yöntemidir. Proloterapi tedavisi hastanın kendiliğinden iyileşme mekanizmalarını aktive ederek ligamentleri ve diğer eklem yapılarını kuvvetlendir, böylelikle eklemlerin dengelerini ve fiziksel işleyişini düzelterek ağrı duyusunu azaltır (51).

Amerika Birleşik Devletleri'nde neredeyse 100 yıldır uygulanmasına rağmen, modern proloterapi yöntemleri 1950'lerde genel cerrah olan George Hackett'in 30 yıldan uzun süren klinik gözlemlere ve çalışmalarına dayanarak proloterapi enjeksiyon protokollerini yapmasından sonra önemli bir noktaya gelmiştir (52).

Literatürde 1980'lerin ortalarına kadar olan zamanda, çok sayıdaki olgu sunumu ve olgu serilerini içeren araştırmalarda olumlu klinik sonuçlardan bahsedilmiştir. 1980'lerin ortalarından sonra araştırmaların metodolojik kalitesinde tedavi olmasında ve bunların sayısında hızlı artışlar yaşanmıştır. Yeni çalışmalar gösteriyor ki kronik bel ağrısı, eklem dejenerasyonu ve tendon yaralanmalarında yapılan prospektif ve randomize kontrollü calışmalar (RKC) proloterapinin etkin olduğu hakkında kuvvetli veriler elde edilmiştir (52).

Etkili, güvenli ve maliyeti düşük bir uygulama yöntemi olan proloterapi diğer standart modern tedavi yöntemlerine dirençli kronik kas iskelet bozukluklarının iyileştirilmesi ile alakalı çeşitli bölgelerde çalışma gösteren çok sayıda doktorlar tarafından sıklıkla uygulanmaktadır (53).

2.5.11.1 Proloterapide Kullanılan Solüsyonlar ve Teknikler

Proloterapide P2G (fenol-gliserin-glikoz), sodyum morhuat ve ona benzer farklı maddelerin uygulanmasına ve bu maddelerin hastalar üzerine etkili olmasına rağmen modern tedavilerde yaygın olarak hipertonik dekstroz uygulanmaktadır. Tedavide sıklıkla uygulanan solüsyon ise eklem harici enjeksiyonlar için %15'lik dekstroz, eklem içi enjeksiyonlar için %25'lik dekstrozdur (53).

Proloterapi konusunda yayınlanmış, pratik, formal bir prosedür yoktur. Tedavide kullanılan yöntemler, proloterapi yapılma sıklığı ve enjekte edilen maddelerle alakalı karşılaştırmalı araştırmalar yapılmamıştır. Terapotik solüsyonlar ağrılı ve duyarlı olan ligament ve tendon tutunma alanlarına ve eklemlerin içine 3-6 hafta arayla 4-6 kez uygulanır. Uygulamalar hastanın klinik durumunun önemine ve doktor seçimine göre çeşitlilik içermektedir. Enjeksiyonlar diğer tüm spinal ve bölgesel tedavilerde olduğu gibi küresel bir önlem alınarak bu alanda eğitim almış ve tecrübe kazanan doktorlar tarafından uygulanmalıdır (53).

2.5.11.2 Proloterapinin Etki Mekanizması

Semptomlarda düzelmeye neden olan bu tedavinin etki mekanizması kesin bir şekilde gösterilememiştir. Proloterapinin hastalarda tedavi kaskatını aktive ederek kollajen depolanmasını ve tekrardan düzenlenmeyi basitleştirdiği, kronik olarak

hasarlanmış eklem içi ve eklem dışı yapının bölgesel tedavi olmasını aktive ettiği, eklem hareketini ve tam olarak çalışmadığında iyileştirme, biyomekaniklerde düzelme ve ağrıda azalma yaptığı düşünülmektedir (52,53).

Normal bir insanda bulunan hücrede sadece % 0,1 dekstroz içerir. Artan dekstroz konsantrasyonu hücrenin protein üretiminde, DNA sentezlenmesinde, hücrede yoğunluk ve proliferasyonunda fazlalaşmasına neden olur. Ekstraselüler % 0.5 kadarlık konsantrasyonda dekstroza maruz bırakıldığında normal insan hücreleri prolifere olmaya başlar ve trombosit kaynaklı büyüme faktörü, transforme edici büyüme faktörü beta (TNF-β), insuline benzer büyüme faktörü ve konnektif doku büyüme faktörünü içeren çok sayıda büyüme faktörü oluşumuna nedenolur. Bunlar tendon, ligament ve diğer yumuşak dokuların olgunlaşması ve tamiriyle alakalı bazı büyüme faktörleridir (54).

2.5.11.3 Proleterapinin Endikasyonları

***** Aksiyel ve periferik eklemlerde ligament, tendon ve eklem yaralanmaları
* Kronik bel ağrısı (en sık endikasyon)
* Torakal ve servikal ağrı patolojileri
* Whiplash yaralanmaları
***** Lateral ve medial epikondilit
* Rotator kılıf veya bisipital tendinosis
* Osteoartrit
* Temporomandibuler disfonksiyon
* Spor yaralanmaları

2.5.11.4 Proloterapinin Kontrendikasyonları

* Aktif enfeksiyon varlığı
* Otoimmün veya immün yetmezlik hastalıkları
* Akut gut, romatoid artrit gibi enflamatuar hastalıklar
* Tam ligament veya tendon rüptürleri
* Spina bfida gibi anatomik defektler
***** Kanama bozuklukları
* Obezite gibi metabolik durumlar

2.5.11.5 Proloterapinin Yan Etkileri

Proloterapi yan etki olarak ve risk açısından güvenli yöntemdir. Proloterapi de yaşanılan zararlı etkiler ve riskler aynı enjeksiyon uygulamalarındakinden farklı değildir ve uygulanan ilaçlardan değilde iğneleme tekniğine ve hastaya uygulanmasına bağlı olarak görülmektedir (53).

Proloterapiye bağlı görülenen sık zararlı etki kullanılan ilacın etki mekanizmasıyla alakalı olarak enjeksiyon yapılan alanda ağrıda veya oluşan tutuklukta artmadır. Ağrının şiddetlenmesi genellikle kendi kendine iyileşir, parasetamole iyi cevap verir ve bazen de narkotik ilaç gerekebilir. Çoğu hastalarda ağrı bir hafta içinde azalır ve düzenli olarak aktivitelere başlanabilir (54).

2.5.12 Osteopati

Osteopatik manuel terapi (OMT) terimi; kas iskelet sistemi rahatsızlıklarında modern tıbbi tedaviyi tamamlamak için çoğunlukla uygulanılan, önemli bir tedavi yöntemidir. Osteoporoz haricinde, her yaş grubunda oluşan, kas iskelet sistem rahatsızlıklarında uygulanmaktadır (55).

OMT, 19. yüzyıldan itibaren, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ellerini ve osteopati hakkındaki tecrübelerini kullanarak yaptığı kapsayıcı bir tedavi metodudur. Osteopatinin babası Dr. Andrew Taylor Still; hastalık ve iyileşme zamanının tüm vücudu alakadar ettiğini, her bölgesel sorunun bütün vücudun içerisinde iyileştirilmesi ve düzenli bir iyileşme içinde hastalık sürecine sebep olan mekanik bozukluğun olması ve iyileştirilmesinin öneminden bahsetmiştir (56).

1870'li yıllarda Andrew Taylor Still, OMT'nin kan dolaşımını düzenleyip, vücudun kendi kendini tedavi etmesini sağladığını göstermiştir (56).

OMT bedeni bir bütün olarak ele alan, homeostatik mekanizmaları yapan, yapı ve fonksiyon ilişkilerini en üst seviyeye ulaştırmak için tanı ve tedavi yöntemleri içeren bir tedavi yöntemidir. OMT, kas-iskelet ağrılarını azaltır, bozukluğun vücut sistemleri üstündeki etkileri baskılar, solunum mekaniğini iyileştirir, venöz ve lenfatik boşalımı iyileştirir, homeostasise destek verir ve işlevlerini kullanılabilir hale getirir (56). OMT; sağlığın bozulmasını korumada ve hastalıklarla başa çıkmada geniş çaplı tedavi yaklaşımları içermekte, tanı ve tedavide bazı temel prensiplerden oluşmaktadır (55).

OMT parietal, visseral ve kranial osteopati olacak şekilde 3 sistem üstünden etkisini gösterir (56).

Parietal Osteopati; Kas iskelet sisteminden doğan ağrı ve fonsiyonel bozuklukların iyileştirilmesinde kullanılır. Sınırlanmış veya tutuklu kalmış eklemlerin fizyolojik hareket açıklığını düzenleyerek eklemlerin serbest bir hale gelmesini ve ağrı oluşumunun yok edilmesine katkı sağlar (56).

Visseral Osteopati; Visseral problemler omurga, eklemler ve vücudun diğer alanlarında ağrı ve şikayetlere sebep olabilir. Sağ omuz ağrısı, safra kesesi veya karaciğerden, sol omuz ağrısı, mide, kalp veya dalaktan köken alabilir. Bağırsaklardaki problemler eklemlerde ağrı oluşmasına, prostat bezi veya uterustaki patolojiler, bel, kalça ve diz ağrılarına neden olabilir. Tüm bu problemler baktığımızda aynı zamanda boyun ağrısına da sebep olabilir (56).

Kranial osteopati; Hassas ve zarif dokunmalarla uygulanan osteopatik bir tedavi yöntemidir. Germe ve rahatlatma yöntemleriyle stresin baş ve tüm vücutta yarattığı gerginliğin ortadan kaldırılmasına yardım eder. Hastada daha önceden olan ağrı ve problemlerin ortadan kaldırılmasına yardım eder. Hastaların yalnızca şikayetlerini iyileştirmekle kalmaz, tüm vücut sağlığının da yeniden elde edilmesine yardım eder (57).

OMT teknikleri somatik bozukluklarda da uygulanabilir. Somatik bozukluk, somatik sistem ile ilgili unsurların işlevlerinin arızalanması veya tamamen değişmesi; iskelet, eklem, miyofasiyal, vasküler, lenfatik ve nöral yapılardaki değişikliklerdir (56,57).

OMT uygulayan terapistler ve sağlık çalışanları hastaların iyileştirilmesinde osteopati prensiplerini kullanırken en son tıbbi ve bilimsel bilgileri bir araya toplarlar. OMT uygulayıcıları, her hastanın klinik bulgu ve şikayetlerinin birçok fiziksel ve fiziksel olmayan durumların etkileşimi sonucu ortaya çıktığını anlamışlar ve tedavi devam ettiği sürece bu faktörlerin dinamik olarak birbirleriyle olan beraberliğini ve beraberinde hasta Osteopati ilişkisinin öneminden de bahsetmişlerdir. Tedavi yaklaşımları da hastalık merkezli olmaktan çok hasta merkezli olmuştur (55).

OMT'nin hastalara istenen düzeyde etki edebilmesi; uygun hasta seçimi, uygulanan teknik ve uygulayan terapistin deneyimleri ile ilişkilidir. Bu tedavi konusunda daha geniş ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görüşü yaygındır (55).

Türkiye'de 2017 senesinden itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde, Sağlık Bakanlığı onaylı Osteopati sertifika programları mevcuttur (3).

2.5.13 Ozon Tedavisi

Ozon üç oksijen atomundan meydana gelen gaz halinde bir moleküldür. Oksijen molekülü (O_2) kararlı bir molekül olmasına rağmen, ozon (O_3), kararsızdır. Ozon gazını Alman kimyacı Christian Friedrich Schönbein 1839 yılında bulmuştur. Ozon rengi olmayan ve kokusu keskin olan bir gazdır. Bulunmasından sonraki ilk zamanlarda sterilizasyon için sıklıkla kullanılmıştır. 1860 yılında Monaco ilinde su arıtma tesisinde dezenfeksiyon için ozon kullanılmaya başlanmıştır. Ozonun bu temizleyici etkisi kuvvetli okside edici özelliğinden köken almaktadır. Sadece virüs ve bakterileri yok etmek ile yetinmez tüm mikroorganizmalar ve toksinlerini de ortadan yok edebilir. Ozon ayrıca fenolleri, pestisitleri, deterjanları, kimyasal atıkları ve aromatik bileşikleri de etkili şekilde nötralize edebilir (58,59).

Ozonun kimyasal yapısı radikal madde özelliği taşımamakla beraber, florin ve persülfattan sonra, bildiğimiz en kuvvetli oksidan maddedir (59).

2.5.13.1 Medikal Ozon ve Etki Mekanizması

Ozonun tıbbi tedavide kullanımını ilk olarak 1880 yılında Dr. John Harvey Kellogg'un (Battle Creek/Michigan/ABD) uyguladığını gösteren çalışmalar olmasına rağmen daha yaygın bir düşünceye göre kabul gören tedavide uygulanımı Birinci Dünya Savaşı esnasında Alman askeri birliklerinde kangren ve buna benzer önemli yaralarını iyileştiren Dr. Albert Wolff tarafından kullanıldığıdır. Bilimsel bir organizasyonda ozonun iyileştirici madde kabul edilerek konuşulduğu ilk önemli toplantı ise 1935 yılında Berlin'de 59'uncu Alman Cerrahi Birliği'nde (59th Meeting of the German Surgical Society) yapılmıştır ve bu toplantıda Dr. Erwin Payr "Cerrahi'de Ozon

Uygulamaları" isimli kendi hastalarından oluşturduğu derleme bazında bir sunum yapmıştır (58).

Ozon tedavisi daha önceden belirlenen ölçüde oksijen/ozon bileşiminin vücut boşluklarına ya da dolaşım sistemine verilmesidir; bu bileşim damar içine, kasa, eklem boşluğuna, plevra içine, rektuma ve vertebral disklere verilebileceği gibi cilt üzerine de yapılabilir (59).

Ozonla yapılan tedavinin klasik uygulaması haline gelen yöntem 1974 yılında Wolff tarif etmiştir. Bu uygulamada; belirlenen kan (50–270 ml) vücuttan alınarak, ozona dirençli bir şişede 5-10 dakika arasında oksijen/ozon bileşimiyle karşılaştıktan sonra yeniden kan alınan kişiye tekrar enjekte edilir (ototransfüzyon). Bu tedavi yöntemi majör otohemoterapi (HT) ismiyle tanımlanmaktadır. 1974 yılından sonra günümüze gelene kadar, daha çok Avrupa ülkelerinde olmak üzere milyonlarca ozon ototransfüzyon uygulaması kullanılmıştır (59,60).

Ozon reaktif madde olduğu için tıbbi tedavide uygulanmasında dikkat gösterilmesi mutlak olan bazı durumlar mevcuttur:

*Ozon, asla saf olacak şekilde hastaya uygulanmamalı ve daha önceden belirlenen miktarda oksijenle temas ettirilerek kullanılmalıdır. Normal atmosfer havasının ozon/oksijen karışımına nüfus etmesi önlenmelidir. Çünkü ozonun reaktif madde özelliğinde olmasından ötürü atmosfer havası ile etkileşimi sonucu toksik bir gaz olan nitrojen dioksit (N_2O_2) ortaya çıkmaktadır. Ayrıca hastanın damarlarında tıkanıklığa yani emboliye neden olmaması için hiçbir zaman ozon gaz olarak damar sistemi içerisine uygulanmamalıdır. Tüm bu işlemler esnasında ozona dirençli malzemelerin (paslanmaz çelik, nötral cam ve teflon) kullanılması tedavinin etkinliği açısından önemlidir (59).

*Ozon, diğer gazlar (O_2, CO_2) gibi suda bileşenlerine ayrılabilir. Ozon oksijene oranla 1,6 kat yoğunluğu daha fazladır ve suda çözünürlüğü ise oksijene oranla 10 kat daha fazla olan bir maddedir. Saf suda diğer gazlar gibi Henry yasasına göre bileşenlerine ayrılır. Ozonun bileşenlerine ayrılması ısıya, basınca ve konsantrasyonuna bağlı olarak değişir. Biyolojik sıvılarda ise ozon oksijenden farklı bir şekilde hızlıca biyomoleküller ile kimyasal bir reaksiyona girer (60).

2.5.13.2 Medikal Ozon Tedavisinin Klinik Uygulamaları

İnsanlara yapılan ozon tedavisinin özellikle inflamatuar olayların sıklıkla olduğu ve bağışıklık sisteminin ön planda bulunduğu fizyopatolojik olaylarda doku onarıcı özelliği mevcuttur. Ozon tedavisinin uygulamaları yara iyileşmesi, yaşlılığa bağlı maküler dejenerasyon, iskemi ve enfeksiyon hastalıklarında yapılan vaka analiz çalışmalarında hastalar üzerinde olumlu etkileri görülmüştür. Bununla beraber basit diş ve ağız enfeksiyöz hastalıklarından hepatitlere kadar olan geniş bir yelpazedeki farklı enfeksiyon hastalıklarında etkin bir şekilde kullanılmaktadır (60).

Martinez-Sanchez ve beraber çalıştığı arkadaşları diyabetik ayak yarası gelişen kişiler üzerinde yaptıkları çalışmalarda ozon tedavisinin ne kadar etkili olduğunu

değerlendirmişlerdir. Yapılan bu çalışmada ozon tedavisi gören hastalarda antibiyotik ilaç tedavisi alan hastalara kıyasla yaraların iyileşmesi hız kazanmış, hastanede yatma süreleri azalmış, kan şekeri seviyelerinin ise kontrol edilmesi kolaylaşmış ve antioksidan enzim seviyeleri de yükselmiş olarak bulundu (58).

2.5.13.3 Medikal Ozon Tedavisinin Yan Etki ve Kontrendikasyonları

Ozon tedavisinin zararlı etkileri neredeyse yoktur. Günümüze kadar bildirilen zararlı etkiler tedaviyi uygulayan uzmanın uygulama hatalarına göre gelişen bölgesel etkilerdir. Bazı durumlarda ozon tedavisinin kullanılması riskli olabilir. Bu tedavinin uygulanmaması gereken klinik durumlar: glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği (favizm), ilk trimestır başta olmak üzere gebelik, anjiotensin çevirici enzim (ACE) inhibitörü ilaç tedavisi alanlar, tiroid hormonlarında fonksiyon bozukluğu olanlar, kanama bozukluğu, kontrol edilemeyen kardiyovasküler sistem patolojileri ve ozona reaksiyon veren astım hastaları olarak sayılabilir (58).

2.5.14 Refleksoloji

Alternatif tıp yöntemlerinden biri olan refleksoloji cümlesindeki "refleks" terimi "yansıtma" veya "aksetme" manasına gelmektedir. Vücuttaki her uzuvun; el, ayak, gözbebeği ve kulaklarda yansıdığı bir refleks yeri vardır. Refleksoloji, Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından "tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleriyle alakalı olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks yerlerine manuel yapılan, vücuttaki işlevlerinin normal bir hale gelmesine yardım eden bir teknik" olarak ifade edilmiştir. Refleksolojide sık olarak kullanılan organ ise ayaklardır (61).

Refleksoloji, hastaların iyileşmesine olanak vermek ve devam ettirmek için, refleks yerlerini ovma, sıvazlama ve sıkma hareketleri ile basınç yapılarak uygulanan özel bir tedavi tekniği ve enerji dengeleme sistemidir. Refleksoloji; ayak ve eldeki sinir bölgelerine özel teknikler kullanarak uyarmanın ortaya elektro-kimyasal sinyalleri çıkardığını bununla beraber de nöronların yardımıyla alakalı organı uyardığı görüşünü destekler (61).

Hastalarda uygulanan basınç ve masaj ile enerji bariyeri aşılır ve bunun sonunda serbest enerji akımının organların ilgili bölgelerine dengeli bir şekilde gönderilmesine yardım eder. Refleksoloji vücudun kendi kendine tedavi etme gücünü harekete geçirir ve vücudu canlandırmasını sağlar. Bu yüzden beden, zihin ve ruhu kapsayan tedavi biçimidir (61,62).

2.5.14.1 Refleksolojinin Tarihçesi

Yaklaşık olarak 12 bin yıllık geçmişi bulunan refleksolojinin tedavide ilk kullanılma yeri Çin ve Mısır'dır. Refleksoloji tedavisi hakkında bulunan en eski belgeler MÖ 2500-2300 yıllarında Mısır'da kayıtlara geçmiştir. Refleksoloji hakkında bilinen en eski döküman; Saqqara'da Ankmahor isimli Mısırlı bir doktorun mezarının duvarında bulunmuştur. MÖ 2300 yılından kalan bu mezarlıkta iki kişi el ve ayaklarına masaj uygulama halinin çizildiği görülmektedir. Eski bir mısır tabletinde yer alan ayak

tabanı da bunun göstergesidir. Refleksolojinin ayrıca Hindistan'da, Japonya'da ve Amerika'nın yerli Kızılderili medeniyetlerinde kullandığı görülmüştür (61).

2.5.14.2 Refleksolojinin Etki Mekanizması

Refleksolojinin çalışma şekli vücudun bütün bölgelerinde tedavi olmasını sağlayan gizli bir enerji hareketidir. Refleks bölgelerine basınç uygulanarak periferik ve santral sinir sistemi harekete geçirilir ve beyine bilgi akışı olur. Refleksolojide meydana gelen bu tür etkilerin açıklanmasında bazı kuramlar vardır. Bunlar;

Enerji Teorisi: Bu teorinin açıklamasına göre refleksoloji ugulaması vücutta elektromagnetik bölgeler arasındaki iletişimi gerçekleştirir. Zaman zaman enerji bloklarının ortaya çıkmasını ve bazen de enerji akımına sebep olarak, tıkanmış kanallarda bulunan enerjinin yeniden dolaşıma katılmasına yardım eder (61,62).

Laktik asit teorisi: Refleksoloji vücut için zararlı olan laktik asitin ayaklarda mikrokristaller şeklinde biriktiğini ve refleksolojinin bu biriken zararlı kristalleri eriterek vücuda dağılmasına izin verdiği görüşünü destekler. Refleks noktalarına uygulanan baskı kalsiyum, laktat ve ürik asit kristallerinin emilimine yardımcı olması ve tıkanan bölgelerde azalmasında etkili olması sebebiyle bu olay "detoksifikasyon" ismiyle tanımlanmaktadır (62).

Sinir reseptörlerini algılama teorisi: Ayaklarda bulunan reflekslerin organları etkilediğini ve vücuttaki diğer organlarıyla bu refleks alanları arasında bir etkileşimin bulunduğunu savunur. Nöronların yardım etmesiyle ilgili organların aktive edildiğini ve bu organlarda gevşeme ve rahatlama oluşturduğunu, bu gevşemenin otonom cevabı, endokrin, immün ve nöropeptit sistemi üzerine etkileri olduğu savunulur (61,62).

Endokrin salınım teorisi: Refleksoloji duyusal uyarılarla fazlaca yüklenen sinir yollarını açarak endorfin salınımını hızlandırır. Endorfinin duygu durum ve stres ile alakasının bulunduğu varsayılır.

Terapatik ilişki: Hasta ile yapılan temasla enerji alışverişi yapılarak kişinin tedavi edilmesidir.

Bahsettiğimiz bu teorilerdeki amaç; vücutta bulunan enerjiyi dengede tutmaktır. Refleksoloji, aktivitesini kaybetmiş alanları uyararak ya da fazla aktive olanları sakinleştirerek tüm vücut sistemlerini dengelemeyi sağlamaktır (63).

2.5.14.3 Refleksolojinin kullanım alanları

* Panik atak, stres, anksiyete ve depresyon gibi psikoloij rahatsızlıklar
* Yorgunluk, uykusuzluk
* Bel ve sırt ağrısı, romatizmal kas ağrıları ve spazmı azaltma
* Tiroid fonksiyon bozuklukları
* Kan şekeri düzenleme
* Kabızlık, Hazımsızlık
* Dismenore

* Migren
* Astım
* Egzema
* Karpal tünel sendromu
* Kan dolaşımı düzenleme
* Kanser ağrıları ve kemoterapinin zararlı etkilerini azaltma, bulantı ve kusmayı azaltma
* Doğum sürecinde, sonrasında ağrıyı azaltmak, servikal dilatasyonu artırmak

2.5.14.4 Refleksoloji Uygulanmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

* Gebeliğin ilk 3 aylık dönemi
* Düşük riski veya erken doğum tehdidi
* Plasenta previa
* Antepartum hemoraji
* Preeklampsi
* Akut enfeksiyonlar ve ateşli hastalıklar
* Derin ven trombozu
* Kalp hastalıkları
* Femur kırıkları
* Tıbbi aciller
* Uygulama bölgesinde açık yara olması

2.5.14.5 Refleksolojinin Uygulanması

Akupunktur esaslarına dayalı bir teknik olan ve refleks alanlarına el ile özel bası yöntemleri ile yapılan refleksolojinin tedavi seansları yaklaşık olarak 10-45 dk arasındadır. Seansın ne kadar sürdüğü kişinin şikayetlerine ve hastalığına bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Uygulayıcılar tarafından en uygun terapötik cevaplara ulaşmak için yaklaşık 6-8 seans tedavinin sürmesi önerilir (63).

Refleksolojide diğer organlara göre daha duyarlı ve kolay ulaşılabilir olması, çok sayıda sinir sonlanması içermesi ve daha büyük olması nedeniyle ayaklar öncelikli olarak kullanılır. Fakat ayaklara yapılan masaj ile refleksoloji arasında net bir ayrım yoktur. Refleksoloji daha yüzeysel temas ve ayağın bazı özel bölgelerinde derin baskıyı içerir. Kullanılan başparmak ve parmak yöntemi masajdan oldukça farklıdır ve solucan hareketine benzer bir hareketi andırır (61).

Refleksolojiye başvuran kişinin, ayakları çıplak ve uzatılmış olarak, başı ve vücudunun üst kısmı dik bir pozisyonda uzun bir koltuğa ya da arkasını yaslayacağı bir masaj koltuğuna oturtulur. TEdavi küçük çocuklar ya da engelli hastalar için bir minder ya da çocukların annelerinin kucağına alınmasıyla uygulanır. Refleksoloji uzmanının tedavi esnasında kullandığı malzemeler; zeytinyağı, elleri, başparmağı ve diğer parmaklarıdır (61,63).

Refleksolog başlangıçta ayakları tamamıyla ovarak ısınmasını sağlar. Refleks noktalarında parmak hareketi, ovma hareketi, başparmak hareketi, sıkma hareketi ve sıvazlama hareketi olarak beş farklı uygulama yöntemi kullanılmaktadır. Yapılan basınç şiddeti kişinin fiziki özelliği, yaşı ve uygulama yapıldığı zamandaki sağlık durumu göz

önüne alınarak düzenlenir. Tedavi başparmak veya başka bir parmağın kenarıyla basınç yöntemi yapılarak saat yönünde çevrilmesinden ibarettir. Bazen ilk, genelde dördüncü seanstan itibaren hastalarda olumlu yönde gelişme fark edilir. Hastanın sağlık durumuna ve klinik ihtiyacına göre haftada iki seansı geçmeden 8-12 seans yapılması idealdir. Refleksoloji kişinin hastalığını iyileştirmez, vücudun kendi kendini iyileştirmesi için yardım eder, modern tıbba alternatif değil onu tamamlayıcı ve destekleyici bir uygulamadır (61).

2.5.15 Müzikterapi

Müzikterapi, insanların fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel gereksinimlerini yerine getirmede müziği ve müzik aletlerini kullanan uzmanlık alanıdır. Müziğin kendine ait dili, yapısı ve anlatım öğeleriyle kişinin duygu ve düşüncelerine hitap ettiğinden bahsedilebilir (64).

En eski tedavi metotlarından biri olup, farklı toplumlarda hastaları iyileştirmek için uygulandığı söylenmektedir. Müzikle yapılan terapide ritim, melodi ve armoni gibi müzik unsurları hastaları iyileştirme maksadıyla uygulanır. Müzik, kişilerin sinir ve hormonal sistem üstünde olumlu etkiler bırakarak, duygu ve düşüncelerde anlamlı ve güzel cevapların oluşmasına olanak verir. Yapılan birçok araştırmada, müziğin psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında etkisi olan ve insanın duygusal durumunu düzene sokan serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonları olumlu yönde etkilediği; kan basıncı, solunum ritmi gibi fizyolojik işlevleri düzene soktuğu ve beyindeki oksijen ve kanlanmanın vücuda dengeli dağılımını göstermiştir (64).

2.5.15.1 Müzikterapinin Tarihçesi ve Hastane Ortamında Kullanımı

Müzikle hastalıkların tedavisi tıp tarihi kadar eski zamanlara gider. Çünkü insanlar tedavi araçlarını genellikle beraber kullanmışlardır. Homera, ameliyatlarda müzikle tedaviyi birlikte uygulamış ve rahatlatıcı etkisinden bahsetmiştir. Aesculape ise, sağırlığı iyileştirmeye çalışırken bir müzik aleti olan trampeti hastalarında kullanmıştır. M.Ö. 400 yıllarında Platon da müziğin ahenk ve ritmiyle insan ruhunun derinliklerine işleyerek ona hoşgörü kazandırdığı ve rahatlatıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (64).

Eski Roma'da ise Celsus ve Areteu'a göre müzik insan ruhunu rahatlatır ve psikolojik hastalıkları azaltır. Mısırlılar da doğum esnasında müziği uygulamışlardır. Büyük Çin filozofu Konfüçyus; müzik yapıldığı zaman insanlar arasındaki ilişkiler iyileşir, gözler aydınlanır, kulaklar keskin olur. Kanın hareketi ve vücuttaki dolaşımı rahatlar diyerek müziğin insanlar üzerinde bıraktığı etkiyi tariflemiştir (65).

Türklerde, Anadolu öncesi zamanlarda Orta Asya'da Baksı diye adlandırılan şaman müzisyenler farklı rahatsızlıkların iyileştirilmesinde müziği tedavi olarak uygulamışlardır. Zekeriya er-Razi (854-932), Farabi (870-970), İbn-i Sina (980-1037) gibi İslam bilginlerinin de hem doktor hem de müzikolog oldukları bilinmektedir. Osmanlı zamanında 15. yüzyılda Edirne'de oluşturulan Sultan Beyazıt Darüşşifası her ruhsal hastalığa belirli bir makamın reçete edildiği, uygulanan zamana göre çağını aşan bir psikiyatri hastanesiydi (65).

Müzik, Batı dünyasında ancak 20. yüzyılın başlarında hastane gibi ortamlarda uygulanmaya başlanmıştır. Thomas Edison'un 1877'de fonografi buluşu ve 1886'da disk kayıt aletini tasarlaması ile hasta kişiler üzerinde müziğin tedavi edici etkisinin incelenmesine olanak vermiştir. Hastane ortamında müzik tedavisini ilk kullanımlar anestezi ve analjeziye (ağrı kesici) yardımcı olmak için olmuştur. 20. yüzyılın ortalarında, araştırmacılar müzik tedavisinin yaptığı etkilerin nörolojik temelleri hakkında teoriler üretmişleridr ve müziğin fizyolojik parametreler üstüne etkilerinin olup olmadığını deneysel olarak araştırmışlardır (64,65).

Müzik, geçmişten günümüze kadar farklı sebeplerden dolayı sağlık bakımı veren ortamlarda tedavi ve tedaviye yardımcı olmak amacıyla uygulanmıştır. Müzik, farklı ruhsal hastalığı olan kişilerde (mental retarde çocuklarda, otistik çocuklarda, psikotik hastalarda, madde kullanım bozukluğu olan kişilerde), kanser tedavisi görem hastalarda, hastalığının son döneminde olanlarda, kaygı bozukluğu yapabilecek herhangi bir tıbbi ve cerrahi işelmden önce, uygulama zamanında ve uygulama sonrasında, doğum zamanında, yoğun bakım merkezlerinde (kardiyak bakım, yeni doğan bakım üniteleri gibi), anne çocuk sağlığı alanlarında (pediyatri, doğumhane, kadın hastalıkları, kreş gibi) ve ameliyathanelerde uygulanmıştır (65).

New York Katonah'tan bir sosyal hizmet çalışanı ve klasik müzik eğitimi almış bir müzisyen olan Linda Rodgers meslek hayatını kişilerin ameliyata karşı verdiği cevapları belirlemek ve onları rahatlatmak amacıyla çeşitli yollar keşfetmeye çalışarak geçirmiştir. Bu çalışmalar neticesinde hastaların bilincinin olmadığı zamanlarda bile duyma yetilerini kaybetmediklerini gösteren birçok çalışmayı ortaya koymuştur." Diğer bütün duyu organlarından farklı olarak kulak yolunun fazladan bir aktarıcısı daha var" diye açıklama yapıyor Rodgers bu durumu. "Duyma yetisi anesteziden etkilenmiyor, bu sebeple sesleri iletmeye devam ediyor". Kısaca açıklamaya çalışırsak; kulağımızın duymadığı bir an bile yok! (64).

Müzikterapi duygusal bir tecrübedir ve müziğin yaptığı etkiler de kişilere özgü değişmektedir. Ameliyathaneler için uygun müzik kişilerin stresini hafifletmek için yapılan anksiyolitik müziktir. Bu müzikte sözler, solist ve nahoş hatıraları ve çağrışımları getirecek herhangi bir şey bulunmamaktadır. Bu müziğin amacı dinleyenleri rahatlatmak ve müziğin onları kucaklamasına izin vererek serbest bir ses akışına neden olmaktır. Müzik uygulayan kişiyle birlikte her hastaya göre seçilen müziklerin operasyon öncesi, operasyon sırasında ve operasyondan sonra hastaya kulaklıkla dinletilmesi tavsiye edilmektedir (64).

Psikolojik durumumuza uygun bir müzik dinlediğimiz zaman içinde bulunduğumuz ortamı fark etmeden o müziğe eşlik ederiz. Böylesi bir müzik, özellikle yoğun ağrı çeken hastalar için, sessiz bir ortamdan daha çok faydalıdır, çünkü sessizlik yaşadığımız hastalığın çok daha fazla bilincinde olmamıza sebep olur. Eşlik etme, dinlediğimiz müziğin türüne göre beyin dalgalarının, kalp ritminin, nefes alıp vermenin, duygusal gücün, zamanlamanın, hızın ve diğer organik ritimlerin nasıl değiştiğini açıklar. Müzikle tedavi yapan kişinin uyguladığı ilkelerden biri de dikkati ağrıdan ya da rahatsızlıktan başka bir tarafa yoğunlaştırarak dikkati o noktadan dağıtmaktır. Müziğin en iyi bilinen iyileştirici kullanım sebebi stresi azaltmaya ve rahatlamaya yönelik olanıdır (64,65).

Müzik, hastalıkların tedavi olma süresince tedavinin güçlü bir hızlandırıcısı olabilir. Bedeni, her birinin benzersiz sanatsal kabiliyeti ve akort edilme şekli olan çok hassas bir müzik aletleri topluluğuna benzetmek yerinde olur (64).

2.6 Dünyada ve Türkiye'de Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

GTT'nin sağlık alanında önder olduğu ülkeler olarak Çin ve Japonya, liberal bir ülke olarak ABD, sosyalist bir ülke olarak Küba, Türkiye'nin üyelik istediği Avrupa Birliği ve en yoksul ülke örneklerinden biri olarak Etiyopya incelenmiştir (66).

Çin Tıbbı 100'den fazla ülkeye yayılmış ve uluslararası bir endüstri haline gelmiştir. Dünyada yaklaşık 100 bin Çin tıbbı kliniği, yaklaşık 300 bin Çin tıbbı uygulayıcısı olduğu bilinmektedir (2). Çin devleti, GTT yöntemlerinin uygulandığı merkezlere yılda yaklaşık 910 milyon kişinin başvurduğunu bildirir. Çin'de kapsamlı hastanelerin %95'inin geleneksel tıp ile ilgili tedavi veren kliniği vardır. Merkeze uzak bölgelerde çalışan doktorların yarısından fazlası modern tıp ile beraber geleneksel tıbbı hastalarında güvenle uygulamaktadır. Modern tıp eğitimi veren fakültelerde eğitim-öğretimin %10 ila %20' sinde geleneksel tıbba yer verilmiş olup geleneksel tıp fakültelerindeki eğitim-öğretimin %30' unun modern tıbba yönlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (67).

GTT, ABD'de genellikle yerli halk ve sağlık çalışanları tarafından yoğun ilgi görmektedir. ABD'de geleneksel tıp 1978'de Amerikan Yerli İnanç Özgürlüğü Kanunu ile kanunen kullanımındaki engel ortadan kalkmıştır (67). Bu yasa ile yerel topluluklar inançlarına göre kendilerine özgü ve uygun olan tıbbi yöntemleri kullanmaya başlamıştır. Bugün birçok tıp eğitimi veren fakültede, Amerikan Kızılderili geleneksel tıbbı eğitimi vermekte ve bazı sağlık merkezleri Amerikan yerlilerini iyileştirmek için geleneksel tıp yöntemlerini kullanmaktadır (66,67).

Küba'da 1959 yılında GTT yöntemlerinin neredeyse tamamı yasaklanmış, 1992'de ise tekrardan akupunktur ve homeopati yöntemlerinin uygulanmasına izin verilmiş, 1995 yılında, tıbbi bitkilerin yetiştirilmesine, bu tedaviyi verecek kişilerin eğitimine, geleneksel tıb üzerinde araştırma yapmaya ve geleneksel tıbbın ulusal sağlık sistemi ile birleşmesine önderlik eden Geleneksel Tıp Programı başlatılmıştır (67,68). Küba'da nüfusun %60'ı GTT yöntemlerini kullandığı bilinmektedir. Hekimlerin %60'ı GTT yöntemleri üzerine eğitim almaktadır. GTT tedavilerine yönelik Küba'da üretilmiş olan 579 kayıtlı bitkisel ürün mevcuttur ve 295 kayıtlı bitkisel ürün diğer ülkelere satılmaktadır. Küba'da yalnızca sağlık çalışanlarının GTT yöntemlerini uygulamasına izin verilir; bu nedenle, Küba'da tıp fakültelerinin eğitim müfredatı GTT yöntemlerini de kapsar (68).

Avrupa Birliği (AB) üyesi 29 ülkenin 18'inde GTT yöntemleriyle ilgili sağlık hizmetleri yasalarının içinde bir bölümde bulunan ya da ayrı yönetmelik ile geliştirilmiş yasal düzenlemeler bulunmaktadır. AB'de nüfusun %65'i herhangi bir GTT yöntemini tedavi olmak yada genel sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla kullanmaktadır (67). Bazı ülkelerde sadece hekimlerin bu yöntemleri uygulamasına izin verilirken bazılarında ise hekim olmayan kişilerin de bu tedavileri uygulamasına izin verilir. AB'de 145 bini tıp doktoru olmak üzere yaklaşık olarak 305 bin kayıtlı GTT yöntemini

uygulayan kişi mevcuttur. Bu yöntemleri kullananlardan 96 bini akupunktur ve 50 bini de homeopati ile GTT yöntemlerinde zirvededir. Homeopatiyi en çok uygulayanlar tıp doktorlarıdır. Bitkisel tedavi yöntemi ve refleksoloji genellikle tıp dışı uygulayıcılar tarafından uygulanmaktadır. Avrupa'da GTT yöntemlerine yılda yaklaşık 100 milyon Euro harcandığı tahmin edilmektedir (69).

Türkiye'de 2001-2007 yıllarında kemoterapi tedavisi alan hastalarda GTT yöntemlerinin kullanımını inceleyen çalışmaların derlendiği bir araştırmada kanser hastalarında kullanım sıklığının %22 ila %84 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (56). 2009 yılında tüm bölgelerden seçilecek şekilde çalışmaya dahil edilen toplam 14 ilde kanser hastalarında GTT yöntemlerinin kullanım sıklığının incelendiği çalışmada Karadeniz bölgesinin %83 ile en yüksek, Ege ve Akdeniz bölgelerinin %61 ile oranlarında GTT uygulama ve ürünlerine başvurduğu belirtilmiştir (68,69).

Ülkemizde cilt ile ilgili rahatsızlıklar için uzun süreli ya da kronik hastalık varlığında bu yöntemlere daha sık başvurulduğu, kanser hastalarında hastalığa karşı yapılacak her şeyi yapmış olmak ve tedavide umut olarak görülmesi nedeniyle GTT yöntemlerine başvurulduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışmalarda çoğu hastaların sağlık personeline kullandığı yöntemler ile ilgili bilgi vermediği belirtilmiştir (69).

Türkiye'de tıp fakültelerinde GTT yöntemleriyle ile ilgili herhangi bir eğitim verilmemektedir. "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" sonrası yönetmelikte belirtilen 15 yöntem dahilinde katılmak isteyen tıp fakültesi mezunları için kurs/sertifika programı açılmıştır (3).

GTT uygulamaları alanındaki ilk resmi kuruluş, Kasım 2014 tarihinde yayınlanan "Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile kurulmasına karar verilen "Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü "dür (3).

2.7 Sağlık Okuryazarlığı

2.7.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) tanımı ilk kez 1974 yılında Scott K. Simonds'a ait 'Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi' isimli makalede sağlık sistemlerini, eğitim sistemlerini ve kitle iletişimini ilgilendiren sosyal bir politika sorunu olarak gösterilmiş ve "her öğrenim düzeyinde asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi" olarak da tanımlanmıştır (5). Sağlık okuryazarlığı cümlesinden bu kadar erken bahsedilmesi sağlık eğitimi ile ilişkisinin olduğunu göstermiş, 1990'lı yıllarda tekrardan ele alınmış tanım genişletilmiş, yeni tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır. Nutbeam ve Wise tarafından 1993 yılında "bireyin sağlığı için sağlık bilgisine ulaşması, anlaması ve bu bilgiye uygun davranış geliştirmesi" olarak tanımlaması yapılmıştır (6). Amerika Tıp Derneği 1999 yılında tanımı, hasta okuryazarlığı düzeyleri ile belirlenen terapötik rejimlere uyum gösterme kabiliyetleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve açıklamak için kullanmıştır. Bu yaklaşım, yeterli fonksiyonel sağlık okuryazarlığının reçete, randevu kartı, ilaç prospektüsü ve evde sağlık bakımı gibi sağlıkla ilgili materyallerde okuryazarlık kabiliyetini kullanabileceği manasına gelmektedir (7). Amerika Tıp enstitüsü benzer bir tanımla kişinin kendi durumuna uygun sağlık kararı alabilmesi amacıyla ihtiyacı olan temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, kullanma ve bu hizmetleri anlama kapasitesine sahip olması olarak belirtmiştir (5).

Dünya Sağlık Örgütü bireyin motivasyonunu ve kabiliyetini ölçen bilişsel ve sosyal beceriler bilgisine ulaşması, bunları kavraması ve uygun şekilde kullanması için sağlığı geliştirme ve devam ettirme yolları olarak tanımlamıştır (5).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi çalışmasında sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlamanın da ötesinde kişinin kendi sağlığını geliştirmesi ve iyilik halini devam ettirebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiyi edinmesi, kavraması ve uygun biçimde kullanabilmesi gibi beceriler olarak da tanımlanabilmektedir (70). Sağlık okuryazarlığı terimi sağlığın teşviki, iyileştirilmesi ve korunması, hastalıkların önceden önlenmesi, erken tarama, sağlık hizmeti ve bakımı veren herkesi ilgilendirmekte, her yaştan, ırktan, gelir ve eğitim seviyesinden kişileri etkilemektedir (7).

Sağlık okuryazarlığı sosyal, kültürel ve bireysel faktörlerin ortak işlevidir. Kişilerin sağlık okuryazarlığı becerilerine eğitimleri ve kültürleri de sebep olmaktadır (7). Genel okuryazarlık SOY ile beraberdir ama yüksek okuryazarlık derecesiyle, yüksek SOY derecesine sahip olunacağı anlamına gelmez. Çalışmalar düşük okuryazarlığa sahip kişilerin sağlıkla ilgili olan bilgileri anlamada zorluk çektiğini gösterse de, yüksek düzey okuryazar kişilerin de düşük derecede sağlık okuryazarlığına sahip olabileceğini göstermiştir (71).

Sağlık okuryazarlığı göstergelerinin çeşitli ve karmaşık olması normaldir. Sınırlı SOY ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantılar için keskin sınırlar gösteremesek de kümülatif ve tutarlı sonuçlar böyle bir ilişki olduğunu bize göstermektedir. Nedenselliğin doğasını saptamak için araştırma yapmaya ihtiyaç her zaman vardır.

Bunun yol haritasını belirlemek araştırma hedefi olmalı ama mevcut bilginin değişen uygulama ve politikalar için temel oluşturabileceğini göstermek önemlidir (6).

2.7.2 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Sağlık okuryazarlığı teriminin sınıflandırılmasında bu konuda çalışma gösteren araştırmacılar tarafından, çeşitli belirteçler dikkate alınarak, sağlık okuryazarlığının ölçülerini ortaya koymada çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır (5).

Zarcadoolas ve ark.'ları SOY'u temel okuryazarlık, kültürel okuryazarlık, vatandaş okuryazarlığı ve bilimsel okuryazarlık olmak üzere dört farklı sınıflamaya ayırmıştır. Temel okuryazarlık; sağlıkla alakalı olan verileri okuma, yazma, konuşma ve sayısal belirteçleri kavrama olarak tanımlanmıştır. Bilimsel okuryazarlık sağlıkla alakalı bilim ve teknolojileri anlayarak kullanabilme kabiliyetidir. Vatandaşlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıkla alakalı kamusal konularda farkındalığının olması, bu konulardaki eleştirel konulara ve karar verme süreçlerini içermesidir. Kültürel okuryazarlık ise toplumun sağlıkla alakalı inançlarının, gelenek göreneklerinin, dünya görüşünün hem kişiler hem de sağlık sunucuları tarafından bilinmesi, anlaşılması ve uygulanmasıdır (72).

Sağlık okuryazarlığıyla alakalı başka bir sınıflandırmayı da Amerikan Tıp Birliği yapmıştır. Bu sınıflandırmayla sağlık okuryazarlığı; sağlıkla ilgili yazılı okuryazarlık ve sağlıkla ilgili sözel okuryazarlık olarak iki farklı şekilde ele alınmaktadır (72).

Bu sınıflandırmalar arasında en yaygın olarak kullanılanı Nutbeam'ın yaptığı sınıflamadır. Nutbeam 2000 yılında sağlık okuryazarlığını fonksiyonel (işlevsel), iletişimsel (interaktif) ve eleştirel (kritik) olmak üzere üç sınıfa ayırmıştır (6).

Fonksiyonel/işlevsel sağlık okuryazarlığı; kişilerin kendi temel okuma ve yazma yeteneklerine dayanır ve bu düzeydeki kişilerin kendilerine sunulan yazılı ve sözlü sağlık araç gereçlerini okuyup kavrayabilme, sağlık risklerini anlama ve sağlık hizmetlerini nasıl kullanılacağını bilme gibi yeteneklerini içerir. Bu seviyede bireyin karşısına çıkabilecek en önemli sorun, kendi sağlık durumuyla ilgili faydalanabileceği temel bilgi kaynaklarının ne olduğu, bu kaynaklara nereden ulaşabileceği, kazandığı bilgileri kendi sağlık durumunu yönetmesine yardımcı olması için mevcut sağlık sistemlerini nasıl kullanacağıdır (73).

İnteraktif/iletişimsel sağlık okuryazarlığı; kişilerin ileri düzeyde gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık kabiliyetlerinin olması ve bunlarla beraber mevcut bilgiyi edinebilme ve uygulayabilme, çeşitli iletişim yollarından anlam çıkarma ve bu bilgileri yeni durumlarda kullanabilmeyi sağlamaktır. Kişilerin birbirleriyle iyi bir iletişim içinde olması ve daha ileri seviyedeki okuryazarlık için bilişsel ve sosyal kabiliyetlerinin olmasının önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu seviyedeki kişiler sosyal ve bilişsel yeteneklere sahip olup farklı sağlık sorunları olduğunda sahip oldukları bilgilerle kendi sağlığını çeşitli rahatsızlıklara karşı koruyabilmekte ve değişen sağlık sistemlerinde bilgilerini kolaylıkla uygulayabilmektedir (73).

Eleştirel/kritik sağlık okuryazarlığı; kişilerin sağlık bilgilerini kritik olarak analiz edip yorumlayabilmesi, kişisel ve toplumsal sorunları saptayıp bu sorunlara karşı çözüm üretecek yaklaşımlar göstermesi, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik tanımını yapabilmesi ve boyutlarını fark etmesi ve değerlendirebilmesi için bir üst derecede bilişsel, sosyal yeteneklere ve eleştirel düşünebilme yeteneğine sahip olmayı gerektiren bir seviyedir (72,73).

2.7.3 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlık terimi ile beraber olup kişinin yaşamları süresince sağlıklarını ve yaşam kalitelerini iyi bir duruma getirmeleri, hastalıklardan korunmaları ve sağlıklarını iyileştirmeleri hakkında gereken kararları alabilmeleri için ihtiyaç duydukları tıbbi bilgileri kazanmaları, bu bilgileri kavraması, değerlendirmeleri ve uygulamaları konusunda da bireylerin bilgisini, motivasyonunu ve yeteneğini gerektiren bir anlam olarak değerlendirilmektedir (7).

Sağlık okuryazarlığı tanımlanmalarından anlaşıldığı üzere kişinin ancak sağlıkla ilgili mesajları doğru kavrayabilmesi durumunda kendi sağlığı ile ilgili uygun kararları verebileceği görülmektedir. Yetersiz ve sınırlı SOY düzeyi olan kişiler, yeterli SOY düzeyine sahip kişiler ile beraber bakıldığında, fazladan tetkik yaptırma ihtimallerinin daha çok olduğu, hastanede yatış zamanlarının uzadığı ve sonuçta fazladan hastane giderlerinin arttığı aşikardır. Ayrıca, bu kişilerin gereksiz acil servis başvurularının da daha fazla olduğu bilinmektedir. Bütün bu sebepler gösteriyor ki, fazladan işgücü kayıplarına ve bununla beraber gereksiz sağlık harcamalarına yol açmaktadır (74).

Sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan hastaların sağlık hizmetlerine erişmede ve sağlık bilgilerini anlamakta zorluklarla karşılaştığı gösterilmiştir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden faydalanmakta da zorluk çekmektedirler. Yetersiz SOY düzeyi sağlıkla ilgili bilgilerin anlaşılmasında sorun çıkarmakta ve hastanın kendi sağlık problemlerini çözümüne engel teşkil etmektedir. Bununla beraber düşük seviyede sağlık bilgisi, kronik hastalıkların görülme sıklığında artış ve koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az uygulanması gibi ciddi sağlık problemlerine yol açabilmektedir (72,74).

Baker ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; yetersiz sağlık okuryazarlığı becerilerinin, toplumdaki yaşlı kişiler arasında artmış mortalite ihtimali ile bağımsız olarak ilişkili olduğu belirtilmiştir (74).

Koruyucu sağlık hizmetleri ve SOY ilişkisi beraber bakıldığında, düşük SOY seviyesinin tarama testlerinin kavranması ve yapılması açısından ciddi bir engel teşkil ettiği görülmektedir. Örneğin, İngiltere'de kolon kanseri tarama programında, ilk olarak kişilerin kendi evlerine tarama hakkında bilgiler içeren yazılı bir evrak gönderilerek bilgilendirme yapılmaktadır. Buna rağmen kişilerin bir kısmının yine de tarama yapılmasına karşı olması, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkilendirilmektedir (75).

2.7.4 Sağlık Okuryazarlığı Düzeyini Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı teriminin daha iyi kavranabilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı temel olarak demografik, kültürel ve psikososyal birçok faktörden, genel okuryazarlık seviyesinden kişisel özelliklerden, hastalıkla alakalı kazanımlardan ve sağlık hizmet sistemiyle ilgili faktörlerden etkilenmektedir (7).

Kişilerin sahip oldukları eğitim sistemi, toplumsal faktörler, kültürel faktörler ve sağlık sistemi potansiyel manada kişinin sağlık okuryazarlığını etkilemekte ve şekillendirmekte, bu çeşitli faktörler ise sonunda sağlık giderlerini ve sonuçlarını etkilemektedir. Başka bir deyişle, sağlık okuryazarlığı, kişilerin bireysel yeteneklerinin sağlık ortamları ve sistemi, aile, eğitim sistemi, iş ve toplumdaki kültürel ve sosyal faktörlerle beraber ilişkisi şekillenmektedir (74). Yapılan çalışmalarda ileri yaşta, siyah ırkta kadınlarda, evli olmayan kişilerde eğitim durumu, gelir seviyesi az ve diyabet hastalığı süresi uzun olan kişilerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (73,75).

2.8 Sağlık Algısı

2.8.1 Sağlık ve Sağlık Algısı

Sağlık bireylerin kendi yaşantıları açısından tanımladıkları bir fiziksel ve ruhsal durumdur. Sağlık, aynı zamanda bireylerin kendi iç ve dış ortamlarındaki değişime uyum göstererek iyilik hallerini devam ettirdikleri dinamik bir süreçtir. Bu bağlamda sağlık ve sağlığın kişisel olarak algılanması bireyin sağlık davranışları, tutumları, düşünceleri, inançları, tecrübe ve deneyimleri gibi kişiye ait fiziksel ve ruhsal duygu ve düşüncelerin etkisinde kaldığı gibi cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, boy, kilo gibi pek çok bireysel faktörden de etkilenmektedir. Ayrıca kişinin yaşadığı fiziksel ve sosyal çevrenin sosyo-kültürel yapısı ile beraber gelenekler ve toplumsal algılarla da yakından ilişkilidir (8).

Sağlık algısı, bireyin kendi sağlık haline yöneltilen soruya verdiği sübjektif yanıt ile değerlendirilen ve bireyin kendi sağlığına yönelik duygu ve düşüncesini içeren bir durumdur. Bireysel sağlık algısı mortalite, morbidite, fiziksel ve ruhsal sağlığını değerlendiren ciddi bir göstergedir. Sağlık algısı sübjektif bir değerlendirme olduğu halde objektif değerlendirmelerle yakından ilişki içindedir (76). Sağlık algısının belirlenmesi kişinin sağlığını objektif ve sübjektif açıdan da değerlendirme amacıyla yapılabilecek uygun bir yöntemdir (77).

Subjektif açıdan sağlık; bireyin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal yönden kendi sağlık halini algılama kapasitesidir. Bu açıdan bakıldığına göre kişi kendini hasta olduğu zaman sağlıklı, hasta olmadığı zaman hasta bir şekilde de algılayabilir (76).

Objektif olarak sağlık ise; bir doktor tarafından muayene ve tanı testleri parametrelerine göre saptanan veya şüphe duyulan bir hastalığın, her hangi bir patolojik bozukluğun kişide olmamasıdır. Bir kişiye sağlıklı diyebilmemiz için hem kişinin kendisini subjektif olarak sağlıklı olarak algılaması hem de objektif olarak sağlıklı halinin devam etmesi gerekmektedir (78).

Sağlık algısı; kişilerin sağlıklarına ilişkin öznel duygu, düşünce, ön yargı, endişe ve beklentilerinin toplamı olarak da adlandırılabilirken, kişinin kendi sağlığına ilişkin olumlu düşünceler göstermesi “iyi sağlık algısı” olumsuz düşünceler göstermesi durumu ise “kötü sağlık algısı” olarak tanımlanmaktadır (9).

Sağlık algısı kişiden kişiye, topluluktan topluluğa, ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği gibi ilerleyen zamanlarda gelişen teknoloji, farklılaşan sosyokültürel yapılar, bireysel ve toplumsal sosyal, psikolojik ve fiziksel çevrenin de etkisiyle değişmektedir. Öyle ki kişinin yaşamını idare ettiği kırsal ya da kentsel çevre bile bireylerin sağlık algısını değiştirebilmektedir (8,9).

Sağlık algısının kişilerin yaşam kalitesiyle ve hastalıksız, sakatlık olmadan sağlıklı ön görülen yaşam süresiyle olan birlikteliği kişilerin günlük yapılan fiziksel aktivitelerden, oluşan fonksiyon kısıtlılıklarından, komorbit hastalıklardan, depresif duygu durumu gibi çok fazla rahatsızlıktan da etkilenebilmektedir (76,77)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Modeli

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Afyonkarahisar Merkez ilçesinde bulunun 30 ilkokulda çalışan öğretmenlerle 1 Kasım 2020 – 1 Şubat 2021 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Afyonkarahisar ili Merkez ilçesine bağlı ilkokullarda çalışan ilkokul öğretmenleri oluşturmuştur. Bu evreni temsil eden örneklem büyüklüğü etki büyüklüğü %1, hata payı %5 alınarak 420 kişi olarak hesaplandı. Toplamda 420 öğretmen ile çalışma sonlandırıldı.

3.4. Çalışmanın Tekniği

Çalışma konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra anket covid-19 pandemisi nedeniyle öğretmenlere bırakılıp 1 hafta sonra toplanarak yapıldı. Anketin ilk kısmında, 15 sorudan oluşan yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik verileri içeren sorular yer almaktadır. İkinci kısımda 12 sorudan oluşan GTT hakkında bilgi sahibi olup olmadığı, bilgi kaynakları, kullanım durumları, kullanma nedenleri, fayda görüp görmedikleri, yöntemler hakkında aile hekimleri ile konuşup konuşmadıkları, bu uygulamaların yan etkileri ve çevrelerine önerme durumları ile ilgili sorular yer almaktadır. Çalışmamızın son kısmında ise geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği, sağlık algısı ölçeği ve yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği yer almaktadır.

Geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği; 2010 yılında Mc Fadden ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, orijinali 25 soru ve 3 alt boyuttan (Tamamlayıcı ve alternatif tıp görüşü, Konvensiyonal tıptan memnuniyetsizlik, Bütüncül denge) oluşmaktadır (79). Geçerlilik ve güvenilirliği Köse ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Türkçe formu 27 sorudan oluşan ve 3 alt boyuta (Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış, Modern Tıbba Düşünsel Bakış ve Sağlığa Bütüncül Bakış) sahip yedili likert tipi bir ölçektir (80). 27 sorunun her biri 1 ile 7 arasında puanlanan bu ölçekte (1=tamamen katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kısmen katılmıyorum, 4=fikrim yok, 5=kısmen katılıyorum, 6=katılıyorum, 7=tamamen katılıyorum) değerlendirildi. Bu ölçek, her bir soruda belirtilen davranışa ne kadar "katıldığını" ya da "katılmadığını" kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılmıştır. Ölçek maddelerinin 5'i negatif (1, 4, 8,

9, 26. maddeler) ifadelerden oluşmaktadır. Negatif ifadelerden oluşan maddeler analiz edilirken ters şekilde (7-6-5-4-3-2-1) puanlandırıldı. Ölçekten alınabilecek en az puan 27, en çok puan 189'dur. Bu çalışmada alınan puanın yükselmesi geleneksel tamamlayıcı tıp'a karşı olumlu tutumunun arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutunu 5, 7, 9, 18, 19, 21, 22, 24. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en az puan 8, en yüksek puan 56'dır. Modern tıbba düşünsel bakış alt boyunu 1, 4, 8, 11, 14, 16, 17, 20, 26, 27. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en az puan 10, en yüksek puan 70'dir. Sağlığa bütüncül bakış alt boyutunu 2, 3, 6, 10, 12, 13, 15, 23, 25. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak en az puan 9, en yüksek puan 63'dür. Köse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın Cronbach alpha değeri 0.80, Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.86, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.80 ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.68 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın Cronbach alfa katsayısı 0,779 olarak hesaplandı. Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.665, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.697 ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.744 olarak bulundu.

Sağlık algısı ölçeği; 2007 yılında Diamnond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği Kadıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (81,82). Beşli likert tipi olan ölçek 6 olumlu ve 9 olumsuz olmak üzere 15 soru ve dört alt boyuttan (Kontrol merkezi, Öz farkındalık, Kesinlik, Sağlığın önemi) oluşmaktadır. Ölçekte her madde "1=Kesinlikle katılıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılmıyorum, 5=Hiç Katılmıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Kadıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın Cronbach alfa katsayısı 0,770'dir (82). Bu ölçekte 1., 5., 9., 11. ve 14. maddeler olumlu, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumsuz ifadeler ters puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişilerin sağlık algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlandı. Kontrol merkezi alt boyutunu 2, 3, 4, 12, 13. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 5, en yüksek puan 25'dir. Öz farkındalık alt boyutunu 5, 10, 14. Sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 3, en yüksek puan 15'dir. Kesinlik alt boyutunu 6, 7, 8, 15. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 4 en yüksek puan 20'dir. Sağlığın önemi alt boyutunu 1, 9, 11. sorular oluşturmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en az puan 3, en yüksek puan 15'dir. Çalışmamızın Cronbach alfa katsayısı 0,607 olarak hesaplandı. Kontrol merkezi alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.703, öz farkındalık alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.642, kesinlik alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0,615 ve Sağlığın önemi alt boyutunun Cronbach alpha değeri 0.592 olarak bulundu.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği; 2014 yılında Sezer ve Kadıoğlu tarafından geliştirilen 23 sorudan oluşan bir ölçektir (83). Sezer ve Kadıoğlu'nun yaptığı çalışmanın Cronbach alfa katsayısı 0,770'dir. Ölçekte 13 adet Evet / Hayır, 4 tane boşluk doldurma, 4 tane çoktan seçmeli ve 2 eşleştirme sorusu yer almaktadır. Puanlama her soru şekli için farklı olup Evet / Hayır soruları için olumlu ifadeler 1, olumsuz ifadeler 0; boşluk doldurma sorularında doğru cevap için 1, yanlış cevap için 0; çoktan seçmeli sorular için iki ve üstü doğru cevap için 1, hiç doğru yapamayan ya da

bir doğru bir yanlış cevap için 0; eşleştirme sorularında iki doğru cevap için 1,diğerleri içinse 0 puan şeklindedir. Ölçekten minimum 0 maksimum 23 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı şeklinde yorumlandı. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,751 olarak hesaplandı.

3.5. Çalışmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (Tarih: 06.11.2020, Karar No: 2020/13 sayı, etik kod: 2011-KAEK-2) (Ek-1). Ayrıca Afyonkarahisar İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ilkokullarda çalışma yapmak için izin alınmıştır (Tarih: 13.11.2020, Karar No: 2020/2) (Ek-2).

Çalışmaya dahil edilen bireylere Helsinki Bildirgesi'ne göre araştırmanın amacı, içeriği ve yararları hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler, kategorik veriler için sayı (n) ve yüzde (%) gösterimi yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanıldı. Değişkenler mean±standart sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Veriler değerlendirilirken 2 grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 ve daha çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı.

Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak $\alpha=0.05$ seçildi. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde SPSS 26 paket programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. İlkokul Öğretmenlerinin Sosyo-Demoğrafik Özellikleri

Çalışma, yaşları 24 ile 63 arasında olan 420 ilkokul öğretmeni ile yapıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 39.34±7,81 olarak bulundu.

Demografik özellikler cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, kimle birlikte yaşadığı, anne öğrenim düzeyi, baba öğrenim düzeyi, eğitim aldığı fakülte, kaç yıldır bu meslekte çalıştığı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumu olarak ele alınmıştır.

Cinsiyet: Çalışmaya katılan öğretmenlerin %47,6'sı (n=200) erkek ve %52,4'ü (n=220) kadındır.

Yaş: Çalışmaya katılan öğretmenler yaşa göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %49'u (n=206) 34-43 yaş grubundadır.

Medeni durum: Çalışmaya katılan öğretmenler medeni duruma göre 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %80'i (n=336) evlidir.

Çocuk sayısı: Çalışmaya katılan öğretmenler çocuk sayısına göre 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %43,8'inin (n=184) 2 çocuğu vardır.

Gelir düzeyi: Çalışmaya katılan öğretmenlerin gelir düzeyi 3 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %69,5'inin (n=292) gelir düzeyi 4000-6000 arasındadır.

Birlikte yaşadığı kişi: Çalışmaya katılan öğretmenlerin kimle birlikte yaşadığı 4 grupta incelenmiştir. Katılımcıların %71'i (n=298) eşi ve çocuğuyla beraber yaşıyor.

Anne eğitim düzeyi: Çalışmaya katılan öğretmenlerin anne eğitim düzeyi 5 grupta incelenmiştir. Katılımcıların annelerinin %40,7'sinin (n=171) öğrenim düzeyi ilkokuldur.

Baba eğitim düzeyi: Çalışmaya katılan öğretmenlerin baba eğitim düzeyi 5 grupta incelenmiştir. Katılımcıların babalarının %33,3'ünün (n=140) öğrenim düzeyi ilkokuldur.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	220	52,4
Erkek	200	47,6
Yaş Grubu (yıl)		
24-33	100	23,8
34-43	206	49,0
44-53	89	21,2
54 ve üzeri	25	6,0
Medeni durum		
Evli	336	80.0
Bekar	58	13,8
Dul	26	6,2
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	81	19,3
1 çocuk	89	21,2
2 çocuk	184	43,8
3 çocuk ve üzeri	66	15,7
Gelir düzeyi		
4 000 ve altı	13	3,1
4 000 - 6 000 arası	292	69,5
6000 ve üzeri	115	27,4
Birlikte yaşadığı kişi		
Yalnız	59	14,0
Eşi ile	29	6,9
Eş ve çocukla	298	71,0
Geniş aile	34	8,1
Meslekteki süre (yıl)		
1 – 10	97	23,1
11 – 20	203	48,3
21 ve üzeri	120	28,6
Bu kurumdaki çalışma süresi (yıl)		
1 – 5	195	46,4
6 – 10	141	33,6
11 ve üzeri	84	20

Eğitim aldığı fakülte		
Eğitim fakültesi	370	88,1
Fen edebiyat fakültesi	50	11,9
En uzun yaşadığınız yer		
İl merkezi	296	70,5
İlçe merkezi	89	21,2
Köy/kasaba	35	8,3
Kronik hastalık		
Evet	44	10,5
Hayır	376	89,5
Sigara kullanımı		
Evet	96	22,9
Hayır	324	77,1
Anne eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	58	13,8
İlkokul	171	40,7
Ortaokul	72	17,1
Lise	83	19,8
Üniversite	36	8,6
Baba eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	14	3,3
İlkokul	140	33,3
Ortaokul	52	12,4
Lise	128	30,5
Üniversite	86	20,5

4.2. İlkokul Öğretmenlerinin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp (GTT) hakkında bilgi ve düşünceleri

Araştırmaya katılan öğretmenlerin %61,7'sinin (n=259) GTT yöntemlerini bildiği veya duyduğu, %38,3'ünün (n=161) ise bu yöntemler hakkında fikir sahibi olmadığı belirlendi.

Çalışmamızda GTT yöntemleri hakkında fikir sahibi olan katılımcıların (%61,7 n=259) en fazla bildiği/duyduğu yöntemin %79,9 (n=207) ile kupa tedavisi olduğu belirlendi. Katılımcıların bildiği/duyduğu GTT yöntemleri Tablo 2'de gösterildi.

Tablo 2. Katılımcıların bildiği/duyduğu geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemleri (n=259)

GTT Yöntemleri	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kupa tedavisi	207	79,9
Fitoterapi	148	57,1
Akupunktur	97	37,4
Sülük uygulaması	93	35,9
Ozon tedavisi	48	18,5
Kaplıca-ılıca	20	7,7
Mezoterapi	13	33,3
Hipnoz	7	2,7
Masaj	7	2,7
Proloterapi	5	1,9
Nöralterapi	2	0,7
Larva uygulaması	1	0,3

*Katılımcılardan bazıları birden fazla yanıt verdi.

GTT konusunda bilgi sahibi olan öğretmenlerin; bu konuda en çok bilgi edindiği kaynak olarak %66,4'ü (n=172) internet/sosyal medya olduğu görüldü. Katılımcıların GTT konusunda ki bilgi kaynakları Tablo 3'te gösterildi.

Tablo 3. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkındaki bilgi kaynakları (n=259)

Bilgi edindiği kaynak	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İnternet / sosyal medya	172	66,4
Aile ve arkadaş çevresi	122	47,1
TV / radyo / sabah proğramları	78	30,1
Aile hekimi	22	8,4
Kitap / dergi / gazete	22	8,4
Komşu	21	8,1

*Katılımcılardan bazıları birden fazla yanıt verdi.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %60'ı (n=252) GTT yöntemlerini faydalı bulduğunu, %40'ı (n=168) GTT yöntemlerini faydasız bulduğunu ifade etti.

GTT yöntemlerini faydalı bulan öğretmenlerin %21,4'ü (n=54) bu yöntemlerin güvenli olduğunu belirtti. GTT yöntemlerini faydasız bulan öğretmenlerin %16'sı (n=27) bu yöntemlerin zararlı olduğunu belirtti. Katılımcıların GTT yöntemlerini faydalı bulma nedenleri Tablo 4'te, katılımcıların GTT yöntemlerini faydasız bulma nedenleri Tablo 5'te gösterildi.

Tablo 4. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini faydalı bulma nedenleri (n=252)

Faydalı bulma nedenleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Güvenli olma	54	21,4
Doğal olma	53	21
Etkili olma	20	7,9
Yan etkisinin olmaması	16	6,3
Tamamlayıcı ve destekleyici olması	15	5,9
İlaçların zararlı olduğunu düşünme	10	3,9
Şifa bulma	6	2,3

*Katılımcıların bazıları soruya yanıt vermedi.

Tablo 5. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini faydasız bulma nedenleri (n=168)

Faydasız bulma nedenleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Zararlı olduğunu düşünme	27	16
Bilgisinin olmaması	15	8,8
İlaçları daha güvenli bulma	14	8,2
Uygun dozun bilinmemesi	7	4,2

*Katılımcıların bazıları soruya yanıt vermedi.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %27,6'sı (n=116) en az bir GTT yöntemi kullandığı görüldü. GTT yöntemi kullanan katılımcıların %66,3'ünün (n=77) fitoterapi yöntemini kullandığı saptandı. Öğretmenlerin kullandığı GTT yöntemleri Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. Katılımcıların kullandığı geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemleri (n=116)

Katılımcıların kullandığı GTT yöntemleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Fitoterapi	77	66,3
Kupa tedavisi	36	30,9
Ozon tedavisi	7	6
Sülük uygulaması	7	6
Akupunktur	6	5,1
Kaplıca-ılıca	5	4,3
Masaj	3	2,5
Mezoterapi	2	1,7
Proloterapi	1	0,8

*Bazı katılımcılar birden fazla yanıt verdi.

GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %40,5'i (n=47) bu yöntemi evde; sağlık personeli olmayan birine, %25,8'i (n=30) evde kendi kendine uyguladığını ifade etti. Katılımcıların GTT yöntemlerini nerede ve kime yaptırdığı Tablo 7'de gösterildi.

GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %43,1'i (n=50) bu yöntemi sağlık bakımı için kullandığını, %21,5'i (n=25) baş ağrısı/migren tedavisi için kullandığını belirtti. Katılımcıların GTT yöntemlerini hangi nedenle kullandığı Tablo 8'de gösterildi.

Tablo 7. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini nerede ve kime yaptırdığı (n=116)

Yöntemi nerede ve kime yaptırdığı	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Evde, sağlık personeli olmayan birine	47	40,5
Evde, kendine uygulama	30	25,8
GTT ünitesinde / kliniğinde sağlık personeline	21	18,1
Evde, sağlık personeline	14	12
Hastanede, sağlık personeline	4	3,4

Tablo 8. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemini hangi rahatsızlık için kullandığı (n=116)

Öğretmenlerin GTT yöntemini kullanma nedenleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Sağlık bakımı	50	43,1
Baş ağrısı / migren tedavisi	25	21,5
Kilo verme	22	18,9
Bel ve sırt ağrısı	14	12
Üst solunum yolu enfeksiyon tedavisi	13	11,2
Saç ve yüz bakımı	13	11,2
Stresi azaltmak	10	8,6
Sigarayı bırakmak	6	5,1
Varis tedavisi	3	2,5

*Bazı katılımcılar birden fazla cevap verdi.

Çalışmamızda GTT yöntemi kullandığını belirten öğretmenlerin %19,8'i (n=23) GTT yöntemlerinin yan etkileri hakkında bilgisinin olduğunu, %79,2'si (n=77) bu yöntemlerin yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtti.

Çalışmamızda GTT yöntemlerinin yan etkileri hakkında bilgi sahibi olan öğretmenlerin en çok bildiği yan etki olarak %26'sı (n=6) akut gastroenterit cevabını verdi. Katılımcıların bildiği yan etkiler Tablo 9'da gösterildi.

GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %2,5'i (n=3) bu yöntemlerin kendisinde bir yan etki yaptığını ifade etti. Yan etki yaşayan öğretmenlerin her biri farklı bir cevap verdi. Tablo 10'da yaşanan yan etkiler gösterildi.

Tablo 9. Katılımcıların kullandığı geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerinin bildikleri yan etkileri (n=23)

Bilinen yan etkiler	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Akut gastroenterit	6	26,0
Allerji	4	17,3
Çarpıntı	1	4,3
Enfeksiyon	1	4,3
Anemi	4	17,3
Hormonların bozulması	1	4,3

*Bazı katılımcılar bu soruyu boş bıraktı.

Tablo 10. Katılımcıların kullandığı geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerine bağlı yaşadığı yan etkiler (n=3)

Kullanılan GTT yöntemine bağlı yaşanılan yan etkiler	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Akut gastroenterit	1	33,3
Hormonal bozukluk	1	33,3
Allerji	1	33,3

Çalışmamıza katılıp GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %39,6'sı (n=46) kullandığı bu yöntemler hakkında aile hekimi ile konuşabileceğini, %60,4'ü (n=70) kullandığı yöntemler hakkında aile hekimi ile konuşmayacağını belirtti.

Çalışmamızda GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %24,2'sinin (n=28) kullandığı yöntem hakkında aile hekimine haber verdiği belirlendi. Aile hekimine kullandığı yöntemi söyleyen öğretmenlerin %53,5'i (n=15) bu konuda aile hekimlerinin kendilerini bilgilendirdiğini söyledi.

Çalışmamıza katılan tüm öğretmenlerin %43,8'i (n=184) GTT yöntemlerini çevresine önerdiğini belirtti. Öğretmenlerin %56,2'si (n=236) bu yöntemleri çevresine önermediğini ifade etti.

GTT yöntemlerini çevrelerine öneren öğretmenlerin %29,3'ü (n=54) bu yöntemleri kullanıp, bu yöntemlerden fayda gördüğünü belirtmiştir. Çalışmamızda GTT yöntemlerini çevrelerine öneren öğretmenlerden %26'sı (n=48) bu yöntemleri çevrelerine önerme sebeplerini belirtmedi. Tablo 11'de katılımcıların bu yöntemleri çevrelerine önerme nedenleri gösterildi.

Tablo 11. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini çevrelerine önerme sebepleri (n=184)

GTT yöntemlerini çevrelerine önerme sebepleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Fayda görme	54	29,3
Faydalı olduğunu düşünme	48	26
Güvenli bulma	12	6,6
Yan etkisi olmadığını düşünme	10	5,4
Doğal bulma	6	3,1
Zararsız bulma	6	3,1

*Katılımcılardan bazıları bu soruyu boş bıraktı.

GTT yöntemlerini çevrelerine önermeyen öğretmenlerin %17,3'ü (n=41) bu yöntemler hakkında bilgisinin olmadığını ifade etti. GTT yöntemlerini çevrelerine önermeyen öğretmenlerin % 54,6'sı (n=129) bu yöntemleri çevrelerine önermeme sebeplerini belirtmedi. Tablo 12'de katılımcıların bu yöntemleri çevrelerine önermeme nedenleri gösterildi.

Tablo 12. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemlerini çevrelerine önermeme sebepleri (n=236)

GTT yöntemlerini çevrelerine önermeme sebepleri	**Kişi Sayısı (n)**	**Yüzde (%)**
Bilgisinin olmaması	41	17,4
Zararlı bulma	24	10,1
Bu konuda uzman olmama	23	9,7
Bu yöntemleri kullanmama	10	6,6
Bilimsel olmadığını düşünme	7	3
Fayda görmeme	2	0,8

*Katılımcılardan bazıları bu soruyu boş bıraktı.

4.3. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Tutumu

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin GTT Tutum ölçeği puan ortalaması 112,04±16,46 olarak bulundu. Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 30,86±6,99, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 38,66±6.35, sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 42,52±7,96 olarak bulundu.

Tüm katılımcıların GTT Tutum ölçeğine verdiği cevaplar sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekteki süre, eğitim aldığı fakülte, kimle birlikte yaşadığı, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanım durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çalışmamızda gelir düzeyi, çocuk sayısı ve katılımcıların en çok yaşadığı yer ile GTT tutum ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Anne ve baba eğitim düzeyi Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, alt boyutlar ile karşılaştırıldığında sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp ile ilgili sorular tutum ölçeği puanı ile; 'Bildiğiniz veya duyduğunuz GTT yöntemi var mıdır?' sorusuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). GTT hakkında bilgisi olanların tutum ölçeği puanı ortalamaları 114,12±14,10, bilgisi olmayanların tutum ölçeği puan ortalamaları 108,70±19,26 olarak bulundu.

Çalışmamıza katılan öğretmenlere sorulan 'GTT yöntemlerini faydalı buluyor musunuz?' sorusu tutum ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). GTT yöntemlerini faydalı bulan öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 114,65±14,07, GTT yöntemlerini faydalı bulmayan öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 108,14±18,89 olarak bulundu.

4.3.1. Cinsiyet ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin cinsiyetlerine göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Erkek katılımcıların tutum ölçeğinden aldığı puan ortalaması 111,78±16,13; kadın katılımcıların tutum ölçeğinden aldığı puan ortalaması 112,29±16,79 olarak bulundu. Tablo 13'de gösterildi.

Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıbba yönelik tutumunun olumlu olduğu saptandı.

Tablo 13. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış	Modern Tıbba Düşünsel Bakış	Sağlığa Bütüncül Bakış	Toplam
	Mean+ SS	Mean+ SS	Mean+ SS	Mean+ SS
Erkek	33.32±6,61	39,40±6,11	43,55±7,29	111,78±16,13
Kadın	33,97±6,45	38,93±5,80	42,91±6,84	112,29±16,79
p değeri	**0,769***	**0,672***	**0,439***	**0,641***

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.3.2. Yaş ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin yaş gruplarına göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak 54 yaş ve üzeri öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olduğu görüldü.

Öğretmenlerin yaş grupları ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 14'te gösterildi.

Tablo 14. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş (yıl)	Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış	Modern Tıbba Düşünsel Bakış	Sağlığa Bütüncül Bakış	Toplam
	Mean+ SS	Mean+ SS	Mean+ SS	Mean+ SS
24-33	33,94±5,83	40,73±6,17	41,78±8,14	111,77±13,50
34-43	33,41±7,02	38,71±6,20	43,75±6,87	112,45±17,61
44-53	32,90±5,81	39,15±5,75	43,65±6,77	110,28±17,77
54 ve üzeri	36,25±6,62	38,62±4,34	42,37±6,94	116,12±11,92
p değeri	**0,301***	**0,957***	**0,588***	**0,525***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.3.3. Medeni Durum ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin medeni duruma göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Çalışmamızda evli ve bekar öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puanların benzer olduğu görülürken dul öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puanın daha az olduğu görüldü.

Öğretmenlerin medeni durumları ile GTT tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 15'te gösterildi.

Tablo 15. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Evli	30,96±7,00	38,75±6,21	42,56±8,00	112,27±16,32
Bekar	31,22±6,68	38,89±6,37	42,65±7,47	112,77±15,08
Dul	28,76±7,39	37,03±7,98	41,69±8,78	107,50±20,78
p değeri	**0,105***	**0,488***	**0,958***	**0,322***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.3.4. Çocuk Sayısı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin çocuk sayısına göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,014). Gruplar arası farklılığın çocuk sayısı 3 ve üzeri olanlardan kaynaklandığı görüldü. Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan öğretmenlerin geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği puan ortalaması düşük bulundu.

Öğretmenlerin çocuk sayıları ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda saptandı (p=0,008). Çocuk sayısı 3 ve üzerinde olanların sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamasının düşük olduğu görüldü. Tablo 16'da gösterildi.

Tablo 16. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk sayısı	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Çocuk yok	30,60±6,50	38,46±5,98	43,12±7,32	112,19±14,18
1 çocuk	30,30±7,28	38,59±6,68	42,56±8,69	111,41±17,72
2 çocuk	31,58±7,17	39,26±6,42	43,28±7,63	114,13±16,45
3 çocuk ve üzeri	29,93±6,58	37,36±6,06	39,60±8,15	106,90±16,50
p değeri	**0,218***	**0,289***	**0,008***	**0,014***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.5. Gelir Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin gelir düzeyine göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistikse olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0,004). Gelir düzeyi 4000-6000 TL arasında olanların tutum ölçeği puan ortalaması diğer değişkenlere göre daha az bulundu. Gelir düzeyi 4000 TL ve altında olan öğretmenleri tutum ölçeği puan ortalaması daha yüksek olduğu görüldü. Gelir düzeyi 4000 tl ve altında olan öğretmenlerin sayısının az olmasının bu farklılığın nedeni olabileceği düşünüldü.

Öğretmenlerin gelir düzeyi ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda saptandı (p=0,001). Gelir düzeyi 4000-6000 tl arasında olan öğretmenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan ortalamasının diğer değişkenlerden daha az olduğu görüldü. Tablo 17'de gösterildi.

Tablo 17. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir düzeyi (TL)	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
4 000 ve altı	33,53±7,69	39,30±4,47	47,00±5,40	119,894±12,38
4 000 – 6 000	30,39±6,87	39,38±6,14	41,61±8,06	110,19±16,62
6,000 ve üzeri	37,75±7,11	39,82±6,44	44,31±7,51	115,86±15,62
p değeri	**0,217***	**0,120***	**0,001***	**0,004***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin anne eğitim düzeyine göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak annesi ilkokul mezunu olan öğretmenlerin tutum ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü.

Öğretmenlerin anne eğitim düzeyi ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda saptandı (p=0,001). Annesi ilkokul mezunu olan öğretmenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü. Tablo 18'de gösterildi.

Tablo 18. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının anne eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Okur-yazar değil	30,20±7,10	38,87±6,44	42,25±7,53	111,34±15,14
İlkokul	31,26±6,97	38,74±5,76	44,36±7,90	114,38±15,38
Ortaokul	31,16±6,43	38,54±7,07	40,34±7,87	110,05±17,51
Lise	30,25±7,10	38,44±7,17	40,73±8,08	109,38±18,69
Üniversite	30,80±7,86	38,75±5,66	42,66±7,36	112,22±15,09
p değeri	**0,685***	**0,982***	**0,001***	**0,071**

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin baba eğitim düzeyine göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak babası ortaokul mezunu olan öğretmenlerin tutum ölçeği puan ortalamasının daha az olduğu görüldü.

Öğretmenlerin baba eğitim düzeyi ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık sağlığa bütüncül bakış alt boyutunda saptandı (p=0,001). Babası ortaokul mezunu olan öğretmenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamasının düşük olduğu görüldü. Tablo 19'da gösterildi.

Tablo 19. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının baba eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Okur-yazar değil	31,35±6,02	40,14±7,86	43,14±6,91	114,64±13,48
İlkokul	30,92±6,87	38,56±5,82	44,10±7,60	113,59±14,14
Ortaokul	29,28±8,31	37,65±7,75	40,50±10,14	107,44±22,05
Lise	31,13±6,18	38,77±6,21	41,21±7,22	111,09±16,07
Üniversite	31,24±7,58	39,05±6,27	43,01±7,85	113,31±16,80
p değeri	**0,863***	**0,749***	**0,031***	**0,283***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.8. Uzun Süre Yaşanılan Yer ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin uzun süre yaşanılan yere göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,001). Yaşamının büyük bölümünü ilçe merkezinde geçiren öğretmenlerin tutum ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre düşük olduğu görüldü.

Öğretmenlerin en çok yaşanılan yer ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutlarında saptandı (p=0,015 ve p<0,001). Yaşamının büyük bölümünü ilçe merkezinde geçiren öğretmenlerin tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamalarının düşük olduğu görüldü. Tablo 20'de gösterildi.

Tablo 20. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının uzun süre yaşanılan yere göre dağılımı

Yaşanılan yer (yıl)	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
İl merkezi	31,29±7,00	38,89±6,40	43,64±7,72	113,82±16,12
İlçe merkezi	28,98±6,91	37,42±6,42	39,11±7,78	105,52±16,99
Köy / kasaba	38,00±6,35	39,94±5,43	41,68±8,11	113,62±13,99
p değeri	**0,015***	**0,059***	**<0,001***	**0,001***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin birlikte yaşadığı kişiye göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak eşi ve çocukları ile beraber yaşayan öğretmenlerin tutum ölçeğinden aldıkları puan diğer değişkenlere göre daha yüksek bulundu.

Öğretmenlerin birlikte yaşadığı kişi ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ama geniş aile ile beraber yaşayan öğretmenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamasının diğer değişkenlere göre daha düşük olduğu görüldü. Tablo 21'de gösterildi.

Tablo 21. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı

Birlikte yaşanılan kişi	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Yalnız	30,64±6,42	37,71±7,36	42,20±8,56	110,55±17,21
Eş ile	29,31±6,55	37,48±4,75	42,79±9,11	109,58±15,62
Eş ve çocuklarla	31,15±7,10	38,88±6,36	42,63±7,94	112,66±16,51
Geniş aile	30,00±7,36	37,41±5,51	41,88±6,14	111,29±15,69
p değeri	**0,268***	**0,446***	**0,888***	**0,625***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.10. Eğitim Aldığı Fakülte ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin eğitim aldığı fakülteye göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak fen edebiyat fakültesi mezunu olup daha sonra öğretmenlik mesleğine yönelen öğretmenlerin tutum ölçeği puan ortalamasının eğitim fakültesi mezunu olan öğretmenlere göre daha yüksek bulunduğu görüldü.

Öğretmenlerin eğitim aldığı fakülte ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Eğitim fakültesi mezunu olan öğretmenlerin bütün alt boyut puan ortalamaları daha az bulundu. Tablo 22'de gösterildi.

Tablo 22. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının eğitim aldığı fakülteye göre dağılımı

Eğitim alınan fakülte	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Eğitim Fakültesi	30,68±6,94	38,57±6,38	42,27±8,11	111,53±16,67
Fen Edebiyat Fakültesi	32,16±7,26	39,34±6,12	44,40±6,51	115,82±14,45
p değeri	**0,185***	**0,472***	**0,068***	**0,087***

***** Mann Whitney U Testi

SS: Standart sapma

4.3.11. Meslek Sürelerinin ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin meslek sürelerine göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak 21 yıl ve üzerinde öğretmenlik mesleği yapanların tutum ölçeği puan ortalaması diğer değişkenlere göre daha düşük bulundu.

Öğretmenlerin meslekteki süreleri ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ama öğretmenlik mesleğindeki süreleri 1-10 yıl arasında değişenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puan ortalamalarının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Tablo 23'de gösterildi.

Tablo 23. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek süresine göre dağılımı

Mesleki süre	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
1 - 10 yıl	30,45±6,21	38,90±5,64	43,46±7,54	112,82±13,52
11 – 20 yıl	31,45±7,16	38,81±6,63	42,04±7,99	112,30±17,36
21 yıl ve üzeri	30,19±7,26	38,22±6,44	42,56±8,26	110,98±17,12
p değeri	**0,319***	**0,782***	**0,380***	**0,806***

*Kruskal Wallis Testi

SS: Standart sapma

4.3.12. Kronik Hastalık ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin kronik hastalık varlığına göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğretmenlerin kronik hastalık varlığı ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 24'de gösterildi.

Tablo 24. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Kronik hastalık	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Evet	30,90±8,55	38,52±7,39	43,36±6,44	112,79±17,64
Hayır	30,85±6,79	38,68±6,23	42,42±8,12	111,96±16,34
p değeri	**0,811***	**0,821***	**0,450***	**0,817***

***** Mann Whitney U Testi
SS: Standart sapma

4.3.13. Sigara Kullanımı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sigara kullanım durumuna göre Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Sigara kullanımı ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden alınan puanın istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığı görüldü.

Öğretmenlerin sigara kullanımı ile Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 25'de gösterildi.

Tablo 25. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı

Sigara kullanımı	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Evet	30,88±7,35	39,54±7,39	42,52±7,59	112,94±18,45
Hayır	30,85±6,89	38,41±6,00	42,52±7,97	111,78±15,84
p değeri	**0,769***	**0,117***	**0,870***	**0,243***

***** Mann Whitney U Testi
SS: Standart sapma

Çalışmamızda ''bildiğiniz/duyduğunuz GTT yöntemi var mı'' sorusuna evet cevabını veren öğretmenlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği puan ortalamasının, hayır cevabını veren öğretmenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,002). GTT yöntemleri hakkında fikir sahibi olanların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeği puanı daha yüksek olduğu görüldü. Tablo 26'da gösterildi.

Öğretmenlerin ''bildiğiniz veya duyduğunuz GTT yöntemi var mı'' sorusuna evet cevabını verenlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamasının, hayır cevabını veren öğretmenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Bu farklılığın tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutlarında olduğu görüldü (p=0,026 ve p<0.001). Tablo 27'de gösterildi.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin ''GTT yöntemlerini faydalı buluyor musunuz?'' sorusuna evet cevabını verenlerin geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği puan ortalamasının, hayır cevabını veren öğretmenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,001). GTT yöntemini faydalı bulan öğretmenlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görüldü. Tablo 26'da gösterildi.

Tablo 26. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini bilme/duyma durumu ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Bildiğiniz/ duyduğunuz GTT yöntemi var mı?	**Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış**	**Modern Tıbba Düşünsel Bakış**	**Sağlığa Bütüncül Bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Evet	31,50±6,58	38,37±5,70	44,24±7,19	114,12±14,10
Hayır	29,83±7,51	39,13±7,27	39,75±8,38	108,70±19,26
p değeri	**0,026***	**0,080***	**<0,001**	**0,002***

***** Mann Whitney U Testi
SS: Standart sapma

Öğretmenlerin 'GTT yöntemlerini faydalı buluyor musunuz?' sorusuna evet cevabını verenlerin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının, hayır cevabını veren öğretmenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Bu farklılığın tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutlarında olduğu görüldü (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$). Tablo 27'de gösterildi

Tablo 27. Katılımcıların Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini faydalı bulma durumu ile geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

GTT yöntemlerini faydalı buluyor musunuz	**Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış**	**Modern tıbba düşünsel bakış**	**Sağlığa bütüncül bakış**	**Toplam**
	Mean+ SS	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**	**Mean+ SS**
Evet	32,12±6,05	38,76±5,76	43,77±7,39	114,65±14,07
Hayır	28,97±7,84	38,52±7,17	40,64±8,44	108,14±18,89
p değeri	**<0,001***	**0,772***	**<0,001***	**<0,001***

***** Mann Whitney U Testi
SS: Standart sapma

4.4. Katılımcıların Sağlık Algısının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık algısı puan ortalaması 49,26±6,43 olarak bulundu. Ölçeğin kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması 15,68±3,85, öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması 10,08±2,24, kesinlik alt boyutu puan ortalaması 12,60±3,00, sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması 10,88±2,34 olarak bulundu.

Tüm katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, meslekteki süresi, kimle birlikte yaşadığı, kronik hastalık durumları sağlık algısı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunanlar; yaş, gelir düzeyi, anne ve baba eğitim düzeyidir ($p<0,05$). En çok yaşanılan yer ve sigara kullanım durumu sağlık algısı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ancak alt boyutlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

4.4.1. Cinsiyet ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin cinsiyete göre sağlık algısı ölçeği (SAÖ) puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Erkek ve kadın öğretmenlerin sağlık algısı ölçeğinden aldıkları puanın benzer olduğu görüldü.

Öğretmenlerin cinsiyeti ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 28'de gösterildi.

Tablo 28. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Erkek	15,74±3,93	10,20±2,20	12,43±2,91	10,92±2,36	49,29±6,24
Kadın	15,63±3,78	9,97±2,28	12,76±3,07	10,85±2,33	49,23±6,61
p değeri	**0,885***	**0,411***	**0,278***	**0,949***	**0,938***

*Mann Whitney U Test

SS: Standart sapma

4.4.2. Yaş ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin yaş gruplarına göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0,036). 54 ve üzeri yaş grubunda olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalaması yüksek bulundu.

Öğretmenlerin yaş grupları ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak 54 ve üzeri yaş grubunda olan öğretmenlerin sağlığın önemi alt boyutu puanının en yüksek olduğu görüldü. Tablo 29'da gösterildi.

Tablo 29. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş (yıl)	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
24-33	16,27±3,83	10,11±2,17	13,06±3,11	10,79±2,42	50,23±7.06
34-43	15,16±4,05	10,00±2,34	12,42±3,05	10,84±2,40	48,44±6,52
44-53	16,12±3,39	10,02±2,23	12,42±2,94	10,95±2,22	49,52±5,50
54 ve üzeri	16,00±3,45	10,84±1,74	12,96±2,05	11,40±1,87	51,24±5,24
p değeri	**0,051***	**0,340***	**0,323***	**0,721***	**0,036***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.3. Medeni Durum ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin medeni duruma göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Çalışmamızda anlamlı olmamakla birlikte dul öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre daha düşük olduğu görüldü.

Öğretmenlerin medeni durumları ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 30'da gösterildi.

Tablo 30. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Evli	15,67±3,84	10,16±2,17	12,58±2,88	11,01±2,26	49,42±6,26
Bekar	16,05±4,09	9,86±2,60	12,58±3,58	10,53±2,50	49,03±7,62
Dul	15,00±3,41	9,57±2,30	12,96±3,10	10,07±2,74	47,61±5,51
p değeri	**0,483***	**0,311***	**0,941***	**0,088***	**0,213***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.4. Çocuk Sayısı ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin çocuk sayısına göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Ancak çocuk sayısı 3 ve üzeri olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamaları daha düşük bulundu.

Öğretmenlerin çocuk sayıları ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 31'de gösterildi.

Tablo 31. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk sayısı	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Çocuk yok	16,03±4,02	9,93±2,43	12,79±3,40	16,03±4,02	49,38±7,50
1	15,88±4,01	10,05±2,23	12,59±2,93	15,88±4,01	49,31±6,92
2	15,48±3,92	10,27±2,30	12,64±3,02	15,48±3,92	49,58±6,40
3 ve üzeri	15,51±3,21	9,77±1,81	12,28±2,50	15,51±3,21	48,15±3,92
p değeri	**0,825***	**0,400***	**0,847***	**0,825***	**0,649***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.5. Gelir Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin gelir düzeyine göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,003). Gelir düzeyi 4000-6000 TL arası olanların sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre düşük olduğu görüldü. Ayrıca gelir düzeyi 4000 TL ve altında olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeğinden en yüksek puan aldığı görüldü.

Öğretmenlerin gelir düzeyi ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık sağlığın önemi alt boyutunda saptandı (p=0,001). Gelir düzeyi 4000-6000 TL arasında olanların sağlığın önemi alt boyutundan aldığı puanın daha düşük olduğu görüldü. Tablo 32'de gösterildi.

Tablo 32. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir düzeyi (TL)	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS
4 000 ve altı	17,38±4,31	11,15±2,60	13,00±2,70	11,38±1,98	52,92±8,20
4000–6 000	15,46±3,66	9,91±2,24	12,55±2,90	10,60±2,45	48,54±6,09
6000 ve üstü	16,03±4,21	10,38±2,16	12,69±3,29	11,55±1,92	50,66±6,71
p değeri	**0,097***	**0,051***	**0,612***	**0,001***	**0,003***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin anne eğitim düzeyine göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Annesi ilkokul mezunu olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Annesi lise mezunu olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre daha düşük olduğu görüldü.

Öğretmenlerin anne eğitim düzeyi ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık kontrol merkezi ve öz farkındalık alt boyutlarında saptandı (p=0,008 ve p=0,019). Annesi ilkokul mezunu olan öğretmenlerin ölçeğin her iki alt boyutundan aldığı puan ortalaması diğer değişkenlere göre yüksek bulundu. Annesi lise mezunu olan öğretmenlerin kontrol merkezi alt boyutu diğer değişkenlere göre daha düşük saptandı. Tablo 33'te gösterildi.

Tablo 33. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının anne eğitim düzeyine göre dağılımı

Anne eğitim düzeyi	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS
Okur-yazar değil	15,58±4,05	10,20±2,30	12,55±2,89	15,58±4,05	49,50±6,31
İlkokul	16,40±3,82	10,46±2,20	12,66±3,16	16,40±3,82	50,63±6,79
Ortaokul	15,00±3,56	9,63±2,09	12,43±2,91	15,00±3,56	47,66±5,04
Lise	14,77±3,76	9,69±2,37	12,54±2,84	14,77±3,76	47,59±5,78
Üniversite	15,88±3,94	9,86±2,14	12,94±3,02	15,88±3,94	49,38±7,41
p değeri	**0,008***	**0,019***	**0,938**	**0,008***	**0,001***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin baba eğitim düzeyine göre sağlık algısı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,001). Babası lise mezunu olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlerden daha düşük olduğu görüldü. Babası ilkokul mezunu olan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalamasının diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu görüldü.

Öğretmenlerin baba eğitim düzeyi ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık öz farkındalık alt boyutunda saptandı (p=0,012). Babası lise mezunu olan öğretmenlerin öz farkındalık alt boyutundan aldığı puanın daha düşük olduğu görüldü. Tablo 34'te gösterildi.

Tablo 34. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının baba eğitim düzeyine göre dağılımı

Baba eğitim düzeyi	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Okur-yazar değil	15,00±4,40	10,28±2,39	11,28±3,38	11,85±2,53	48,42±7,00
İlkokul	16,40±3,75	10,55±1,84	12,74±2,93	11,08±1,94	50,77±6,26
Ortaokul	15,86±4,36	9,76±2,65	13,25±3,17	10,53±2,93	49,42±6,35
Lise	15,25±3,60	9,67±2,20	12,32±2,79	10,69±2,41	47,95±5,99
Üniversite	15,16±3,85	10,08±2,51	12,62±3,18	10,90±2,37	48,77±6,88
p değeri	**0,065***	**0,012***	**0,193***	**0,531***	**0,001***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.8. En Çok Yaşadığı Yer ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin en çok yaşanılan yere göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yaşamının büyük bölümünü ilçe merkezinde geçiren öğretmenlerin sağlık algısı ölçeği puan ortalaması daha düşük bulundu.

Öğretmenlerin en çok yaşadığı yer ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık öz farkındalık alt boyutunda saptandı (p=0,017). Yaşamının büyük bölümünü ilçe merkezinde geçiren öğretmenlerin öz farkındalık ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu görüldü. Tablo 35'te gösterildi.

Tablo 35. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının uzun süre yaşanılan yere göre dağılımı

Yaşanılan yer	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS
İl merkezi	15,64±3,89	10,27±2,24	12,62±3,11	11,05±2,32	49,59±6,64
İlçe merkezi	15,57±3,77	9,47±2,25	12,57±2,51	10,37±2,42	47,98±5,44
Köy / kasaba	16,28±3,80	10,00±2,07	12,54±3,20	10,82±2,16	49,65±6,62
p değeri	**0,451***	**0,017***	**0,891***	**0,061***	**0,161***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin birlikte yaşanılan kişiye göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğretmenlerin en çok yaşadığı yer ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 36'da gösterildi.

Tablo 36. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı

Birlikte yaşanılan kişi	Kontrol Merkezi	Öz Farkındalık	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Toplam
	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS	Mean+SS
Yalnız	15,67±3,94	9,84±2,65	12,64±3,55	10,38±2,66	48,55±7,21
Eş ile	16,03±4,32	9,72±2,15	12,55±2,47	10,34±2,51	48,65±6,41
Eş ve çocuklarla	15,61±3,80	10,18±2,18	12,57±2,89	11,09±2,22	49,46±6,20
Geniş aile	15,97±3,89	9,94±2,14	12,91±3,41	10,38±2,46	49,20±7,07
p değeri	**0,977***	**0,574***	**0,963***	**0,082***	**0,359***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.10. Meslek Süresi ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin meslek sürelerine göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğretmenlerin meslek süreleri ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 37'de gösterildi.

Tablo 37. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının meslek süresine göre dağılımı

Meslekteki süre (yıl)	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
1-10	15,91±3,86	10,09±2,09	12,85±3,00	11,01±2.34	49,87±7,28
11-20	15,36±4,00	10,02±2,34	12,48±3,14	10,75±2,38	48,63±6,45
21 ve üzeri	16,03±3,57	10,17±2,21	12,60±2,83	11,01±2,27	49,83±5,54
p değeri	**0,287***	**0,848***	**0,668***	**0,546***	**0,217***

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.4.11. Kronik Hastalık ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin kronik hastalık varlığına göre sağlık algısı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğretmenlerin kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 38'de gösterildi.

Tablo 38. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Kronik hastalık	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Evet	15,50±4,07	10,34±2,42	12,77±2,71	11,31±1,81	49,93±6,05
Hayır	15,70±3,83	10,05±2,22	12,58±3,03	10,83±2,38	49,18±6,47
p değeri	**0,723***	**0,466***	**0,520***	**0,300***	**0,286***

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.4.12. Sigara Kullanımı ve Sağlık Algısı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sigara kullanım durumuna göre sağlık algısı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Öğretmenlerin sigara kullanım durumu ile sağlık algısı ölçeği alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık sağlığın önemi alt boyutunda saptandı (p=0,012). Sigara kullanmayan öğretmenlerin sağlığın önemi alt boyutundan daha yüksek puan aldığı görüldü. Tablo 39'da gösterildi.

Tablo 39. Sağlık Algısı Ölçeği ve alt boyut puanlarının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Sigara kullanımı	**Kontrol Merkezi**	**Öz Farkındalık**	**Kesinlik**	**Sağlığın Önemi**	**Toplam**
	Mean+SS	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**	**Mean+SS**
Evet	15,63±3,91	10,20±2,38	12,27±3,21	10,36±2,36	48,47±6,23
Hayır	15,69±3,84	10,04±2,20	12,70±2,93	11,04±2,31	49,49±6,47
p değeri	**0,980***	**0,526***	**0,184***	**0,012***	**0,103***

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.5. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan ortalaması 17,33±3,46 olarak bulunmuştur. Tüm katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, meslekteki süresi, kimle birlikte yaşadığı, kronik hastalık varlığı, sigara kullanım durumu ve anne eğitim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05). İstatistiksel olarak anlamlı bulunanlar; en çok yaşanılan yer, gelir düzeyi ve baba eğitim düzeyidir (p<0,05).

4.5.1. Cinsiyet ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin cinsiyete göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadın katılımcıların yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması erkek katılımcılardan daha yüksek bulundu. Tablo 40'da gösterildi.

Tablo 40. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Mean± SS	P Değeri
Erkek	17,98±2,81	**0,253***
Kadın	18,52±2,49	

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.5.2. Yaş ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin yaş gruplarına göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 41'de gösterildi.

Tablo 41. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş	Mean± SS	P Değeri
24-33	17,40±3,96	
34-43	17,32±3,19	**0,798***
44-53	17,26±3,58	
54 ve üzeri	17,36±3,12	

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.5.3. Medeni Durum ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin medeni durumuna göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 42'de gösterildi.

Tablo 42. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının medeni duruma göre dağılımı

Medeni durum	Mean± SS	P Değeri
Evli	17,41±3,35	**0,860***
Bekar	16,96±3,93	
Dul	17,11±3,77	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.4. Çocuk Sayısı ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin çocuk sayısına göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 43'te gösterildi.

Tablo 43. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının çocuk sayısına göre dağılımı

Çocuk sayısı	Mean± SS	P Değeri
Çocuk yok	17,54±3,62	**0,404***
1	17,08±3,46	
2	17,59±3,05	
3 ve üzeri	16,66±4,21	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.5. Gelir Düzeyi ve Sağlık Algısı Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin gelir düzeyine göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0,011). Gelir düzeyi 4000 TL ve altında olan öğretmenlerin yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması diğer değişkenlere göre daha düşük bulundu. Gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı görüldü. Tablo 44'te gösterildi.

Tablo 44. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir düzeyi (TL)	Mean±SS	P Değeri
4 000 ve altı	16,53±2,81	**0,011***
4 000 – 6 000	17,00±3,71	
6,000 ve üstü	17,33±3,46	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.6. Anne Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin anne eğitim düzeyine göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 45'de gösterildi.

Tablo 45. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının anne eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	Mean±SS	P Değeri
Okur-yazar değil	17,55±3,48	**0,086***
İlkokul	17,92±2,84	
Ortaokul	16,43±4,00	
Lise	16,89±3,78	
Üniversite	16,97±3,79	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.7. Baba Eğitim Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin baba eğitim düzeyine göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0,031). Babası ilkokul mezunu olan öğretmenlerin ölçekten aldığı puanın diğer değişkenlere göre en fazla olduğu, babası lise mezunu olan öğretmenlerin ölçekten aldığı puanın en az olduğu görüldü. Tablo 46'da gösterildi.

Tablo 46. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının baba eğitim düzeyine göre dağılımı

Eğitim düzeyi	Mean±SS	P Değeri
Okur-yazar değil	17,42±4,50	**0,031***
İlkokul	17,95±2,90	
Ortaokul	16,75±3,77	
Lise	16,64±3,73	
Üniversite	17,67±3,34	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.8. En Çok Yaşanılan Yer ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin en çok yaşanılan yere göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p=0,013). İl merkezinde uzun süre yaşayan öğretmenlerin ölçekten aldığı puanın, köy ve kasabada uzun süre yaşayan öğretmenlerden daha yüksek olduğu bulundu. Tablo 47'de gösterildi.

Tablo 47. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının en çok yaşanılan yere göre dağılımı

En çok yaşadığı yer	Mean±SS	P Değeri
İl merkezi	17,67±3,17	**0,013***
İlçe merkezi	16,77±3,86	
Köy / kasaba	15,80±4,17	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.9. Birlikte Yaşanılan Kişi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin birlikte yaşanılan kişiye göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Ancak eşi ve çocukları ile beraber yaşayan öğretmenlerin ölçekten aldığı puanın diğer değişkenlere göre daha yüksek olduğu bulundu. Tablo 48'de gösterildi.

Tablo 48. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının birlikte yaşanılan kişiye göre dağılımı

Birlikte yaşanılan kişi	Mean±SS	P Değeri
Yalnız	16,69±4,09	**0,523***
Eş ile	17,41±3,38	
Eş ve çocuklarla	17,52±3,27	
Geniş aile	16,70±3,88	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.10. Meslek Süresi ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin meslek sürelerine göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 49'de gösterildi.

Tablo 49. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının meslek süresine göre dağılımı

Meslekteki süre	Mean±SS	P Değeri
1 - 10 yıl	17,65±3,68	**0,306***
11 – 20 yıl	17,63±3,38	
21 yıl ve üzeri	17,30±3,41	

*Kruskal Wallis Testi
SS: Standart sapma

4.5.11. Kronik Hastalık ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin kronik hastalık varlığına göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 50'de gösterildi.

Tablo 50. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının kronik hastalık varlığına göre dağılımı

Kronik hastalık	Mean±SS	P Değeri
Evet	17,13±3,24	**0,439***
Hayır	17,35±3,48	

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.5.12. Sigara Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı Puanının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sigara kullanım durumuna göre yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Tablo 51'de gösterildi.

Tablo 51. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanının sigara kullanım durumuna göre dağılımı

Sigara kullanımı	Mean±SS	P Değeri
Evet	17,01±3,56	**0,277***
Hayır	17,42±3,43	

*Mann Whitney U Test
SS: Standart sapma

4.6. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeğinden Alınan Puanın Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldığı puanın ortalaması 17,33±3,46, geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden aldığı puan ortalaması; 112,04±16,46 olarak bulundu. Çalışmamızda kullanılan bu iki ölçek korele edildiğinde düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$, $r=0,293$). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan arttığında geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden alınan puanın da arttığı görüldü. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça geleneksel tamamlayıcı tıbba yönelik tutumun da olumlu yönde arttığı belirlendi.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldığı puanın ortalaması 17,33±3,46, sağlık algısı ölçeğinden aldığı puan ortalaması 49,26±6,43 olarak saptandı. Çalışmamızda kullanılan bu iki ölçek korele edildiğinde düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$, $r=0,331$). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan arttığında; sağlık algısı ölçeğinden de alınan puanın arttığı görüldü. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi arttığında sağlık algısının da olumlu olarak arttığı belirlendi.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeğinden aldığı puan ortalaması 49,26±6,43, geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden aldığı puan ortalaması 112,04±16,46 olarak bulundu. Çalışmamızda kullanılan bu iki ölçek korele edildiğinde düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$, $r=0,139$). Sağlık algısı ölçeğinden alınan puan arttığında geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden alınan puanın da arttığı görüldü. Katılımcıların sağlık algısı yükseldiğinde GTT'ye yönelik tutumun olumlu yönde arttığı belirlendi.

GTT tutum ölçeği alt boyutlarından; tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 30,86±6,99, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 38,66±6.35, sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 42,52±7,96 olarak bulundu.

GTT tutum ölçeği alt boyutları korele edildiğinde; tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutu ile modern tıbba düşünsel bakış alt boyutu arasında düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$; $r=0,473$). Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutu ile sağlığa bütüncül bakış alt boyutu arasında düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$; $r=0,382$). Modern tıbba düşünsel bakış alt boyutu ile sağlığa bütüncül bakış alt boyutu arasında düşük ama anlamlı bir korelasyon olduğu bulundu ($p<0,001$; $r=0,339$). Bir alt boyuttan alınan puan arttığında diğer alt boyutlardan alınan puanın da arttığı görüldü.

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %47,6'sı (n=200) erkek ve %52,4'ü (n=220) kadındır. Dursun ve ark'nın 2019 yılında geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada katılımcıların %22,9'u (n=49) erkek, %77,1'i (n=165) kadın; Tekçi'nin 2017 yılında araştırma görevlisi hekimlerin geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %66'sı (n=132) erkek, %34'ü (n=68) kadın; Güner ve ark.'nın sınıf öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada katılımcıların %28,6'sı (n=73) erkek, %71,4'ü (n=182) kadın; Deniz ve ark.'nın 2019 yılında öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada ise %47,5'i (n=415) erkek, %52,5'i (n=460) kadındır (84-87).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin yaş ortalaması 39,34±7,81'dir. Çalışmamızda yaş 4 farklı grupta değerlendirildi ve katılımcıların %49'u (n=206) 34-43 yaş arasındadır. Bjersa ve ark.'nın 2012 yılında İsveç'te hekim, hemşire ve fizyoterapistlerle yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 40,3'tür (88). Gül'ün 2018 yılında yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini incelediği çalışmada katılanların yaş ortalaması 43,5±9,5'dir (89). Matsumoto ve ark'nın 2017 yılında Japonya'da yaptığı yetişkinlerde sağlık anketinin sosyal belirleyiciler üzerine sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin incelendiği çalışmaya katılanların yaş ortalaması 45,5'dir (90). Brown ve ark.'nın 2007 yılında üçüncü basamak hastanede hemşireler üzerinde yaptığı tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkında bilgi ve tutumun incelendiği çalışmaya katılanların %36'sı (n=111) 41-50 yaş arasındadır. (91)

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %80'i (n=336) evlidir. Dursun ve ark.'nın çalışmasında katılanların %50'si (n=107) evli; 2019 yılında Şen'in yapmış olduğu sağlık algısı ile kanser taraması farkındalık çalışmasında %63,1'i (n=202) evli; Ekti'nin 2020 yılında yaptığı aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmaya katılanların %76,7'si (n=230) evlidir (84,92,93).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %43,8'inin (n=184) 2 çocuğu olduğu belirlendi. Sezer ve ark.'nın yaptığı yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi çalışmasına katılanların %71,1'inin (n=270) çocuk sahibi olduğu; Özdemir ve ark.'nın 2020 yılında yaptığı sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının koronavirüs korkusu üzerine etkisinin incelediği çalışmada ise katılımcıların %50,7'sinin (n=517) çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir (83,94).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %69,5'inin (n=292) gelir düzeyi 4000-6000 TL arasındadır. Bükecik ve ark.'nın 2021 yılında Konya'da hastane çalışanlarında

sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada katılanların %51,4'ünün (n=556) gelir düzeyinin orta; Filiz'in 2015 yılında yaptığı sağlık okuryazarlığı gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelendiği çalışmada ise katılanların %52,2'si (n=141) gelir durumunun iyi olduğu belirtilmiştir (95,96).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %48,3'ünün (n=203) 11-20 yıldır öğretmenlik mesleğini yaptığı belirlendi. Güner ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %27,1'inin (n=69) 6-10 yıldır öğretmenlik mesleğini yaptığı belirtilmiştir (86).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %70,5'inin (n=296) hayatının büyük bölümünü il merkezinde geçirdiği saptandı. Oral ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumunun incelendiği araştırmada katılanların %92,9'sının (n=1022) il-ilçe merkezinde yaşadığı; Kılıç ve ark.'nın 2019 yılında GTT uygulamalarına başvuran bireylerle yaptıkları çalışmada ise %90,4'ünün (n=236) il merkezinde yaşadığı bildirilmiştir (97,98).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %89,5'inin (n=376) kronik hastalığının olmadığı belirlendi. Güner ve ark.'nın çalışmasında öğretmenlerin %88,6'sının (n=226) kronik hastalığının olmadığı; Deniz ve ark.'nın çalışmasında öğretmenlerin %64,34'ünün (n=563) kronik hastalığının olmadığı bildirilmiştir (86,87).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %77,1'inin (n=324) sigara kullanmadığı saptandı. Köse ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %46,1'inin (n=275) hiç sigara kullanmadığı; Deniz ve ark.'nın çalışmasında ise katılımcıların %66,7'sinin (n=584) sigara kullanmadığı belirtilmiştir (80,87)

Çalışmamızda, öğretmenlerin %61,7'sinin (n=259) GTT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu belirlendi. Bjersa ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %95,7'sinin (n=723) GTT hakkında hiç bilgisi olmadığı ya da kısmen bilgi sahibi olduğu; Oral ve ark.'nın çalışmasında katılımcıların %72,3'ünün (n=795) GTT yöntemleri hakkında bilgisi olduğu belirtilmiştir (88,97). Şensoy ve ark.'nın 2019 yılında üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada ise katılımcıların %92'sinin (n=644) GTT yöntemleri hakkında bilgisinin olduğu bildirilmiştir (99). Bizim çalışmamızda öğretmenlerin GTT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumu literatür ile karşılaştırıldığında daha düşük bulundu.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin en çok bildiği yöntemlerin sırasıyla %79,9 (n=207) ile kupa tedavisi, %57,1 ile fitoterapi; en az bildiği yöntemler ise refleksoloji, müzikterapi, kayropraktik ve osteopati olduğu saptandı. Tekçi ve ark.'nın yaptığı çalışmada bilgi sahibi olunan yöntemin %81,5 (n=163) ile egzersiz; Brown ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılanların %87 ile (n=276) masaj; Sool ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılanların en çok bildiği yöntem %89,9 ile (n=232) fitoterapi, en az bildiği yöntemin %17,4 ile (n=45) nöralterapi olduğu; Kahraman ve ark.'nın 2020 yılında

pediatri hemşirelerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik bilgi ve tutumun incelendiği çalışmada sırasıyla %10,6 (n=98) ile dua/namaz, %10,4 (n=96) ile masaj olduğunu bildirmişlerdir (85,91,100,101). Çalışmamızda katılımcıların en çok bildiği yöntemin kupa tedavisi olması öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin GTT yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağının %66,4 (n=172/252) ile internet/sosyal medya olduğu belirlendi. Oral ve ark.'nın yaptığı çalışmada geleneksel alternatif tıp yöntemini duyduğunu belirtenlerin %79,5'i (n=874) bu yöntemleri akraba, arkadaş veya komşusundan duyduğunu belirtmiştir (97). Araz ve ark.'nın 2007 yılında 18 yaş üzeri kişilerde yaptığı sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımının incelendiği çalışmada GTT uygulamaları hakkındaki bilgi kaynaklarının başında %76,6 ile TV-radyo ve %76,1 ile kitap-dergi-gazetenin geldiği bildirilmiştir (102). Çalışmamızda katılımcıların GTT hakkında bilgi edindiği kaynaklar literatür ile uyumlu olduğu bulundu.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %60'ı (n=252/420) GTT yöntemlerini faydalı bulduğunu ifade etti. GTT yöntemlerini faydalı bulan katılımcıların %21,4'ü (n=54) ise bu yöntemleri güvenli olarak belirtti. Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada GTT yöntemlerini kullananların %41,6'sı (n=457) bu yöntemleri faydalı olarak belirtmiştir (84). Şensoy ve ark.'nın çalışmasına katılanların ise %55,4'ü (n=388); Orhan ve ark.'nın 2009 yılında yaptığı aile hekimleri ve pediatristlerin geleneksel tamamlayıcı tıbba bakışının incelendiği çalışmaya katılan hekimlerin %51'i (n=54) bu yöntemlerin faydalı olduğunu belirtmişlerdir (99,103). Çalışmamızda GTT yöntemlerini faydalı bulma durumu literatür ile karşılaştırıldığında yüksek olarak saptandı.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %27,6'sı (n=116/420) en az bir GTT yöntemi kullandığını belirtti. GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin en çok kullandığı yöntemlerin %66,3 (n=77) ile fitoterapi ve %30,9 (n=36) ile kupa tedavisi olduğu belirlendi. Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %39,3'ünün (n=84) en az bir GTT yöntemi kullandığı, GTT yöntemi kullananların en çok kullandığı yöntemin %34,6 (n=74) ile fitoterapi olduğu belirtilmiştir. (84). Eskişehir ve Ankara'da yapılan iki çalışma değerlendirildiğinde birinde toplumun % 60'ının, diğerinde ise 65 yaş üstündeki yaşlıların %65'inin GTT yöntemlerinden en az birini kullanmış olduğu bildirilmiştir (104,105). Dünya geneline baktığımızda özellikle az gelişmiş toplumlarda geleneksel yöntemler ağırlıklı olacak şekilde GTT yöntemlerinin kullanımının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin Mali'de %75, Suudi Arabistan'da %85, Etiyopya'da %90'a varan kullanım oranları tespit edilmiştir (106,107). Son yıllarda gelişmiş birçok ülkede de tamamlayıcı tıp uygulamaları şeklinde bu yöntemlerin kullanıldığı bildirilmiştir. GTT kullanım oranlarının ABD'de %42, Fransa'da %49 iken, Kanada'da %70'e, Japonya ve Almanya'da %80'e ulaştığını gösteren araştırmalar vardır (106,108). 2009 yılında Bülbül ve ark.'nın ve 2009 yılında Kutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda Türkiye'de GTT kullanım oranının %12,6 ile %76 arasında olduğu bildirilmiştir (109,110). Bizim çalışmamızda GTT kullanım oranı, literatürde ki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında daha düşük olarak saptandı. Öğretmenlerin bu konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması bu yöntemleri kullanmalarına engel olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin %43,1'i (n=50) sağlık bakımı için, %21,5'i (n=25) baş ağrısı/migren tedavisi için GTT yöntemini tercih ettiği belirlendi. Oral ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılanların %44,6'sı (n=490) bir hastalık nedeniyle kullandığını, %33,9'u (n=373) ağrı sorunu nedeniyle kullandığını belirtmiştir (97). Daha önce 10 farklı ülkede yayınlanmış olan 16 yayının sistematik incelemesinde en sık kullanım amacının sırt ağrıları ve problemleri olduğu saptanmıştır (111). Özer ve ark.'nın 2020 yılında dahiliye polikliniğine başvuran hastalarla ile yaptığı çalışmaya katılanların %28,3'ünün (n=26) bu yöntemi tedaviye destek amaçlı kullandığını belirtmişlerdir (112). Bizim çalışmamızda da katılımcıların GTT kullanım nedenleri literatür ile benzer olarak sağlık bakımı ve genel sağlık halini iyileştirmek olduğu saptandı.

Çalışmamızda GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %39,6'sı (n=46) aile hekimi ile konuşabileceğini; ancak sadece %24,2'sinin bu konu hakkında aile hekimi ile konuştuğu belirlendi. GTT yöntemi kullanan öğretmenlerin %40,5'inin (n=47) kullandığı yöntemi evde, sağlık personeli olmayan birine uygulattığı saptandı. Oral ve ark.'nın yaptığı çalışmada GTT yöntemlerini kullanan kişilerin %7,8 (n=56) gibi az bir kısmının bu uygulamaları doktora danışmadan veya tavsiyesi olmadan kullandığını belirtmiştir (97). Çalışmamızda katılımcıların bu yöntemleri doktor kontrolü ve bilgisi olmadan kullanmakta olup literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin GTT tutum puan ortalaması 112,04±16,46 olarak bulundu. Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılanların GTT tutum puan ortalaması 103,99±22,03; Kahraman ve ark.'nın çalışmasında tutum puanı 112,01±20,07; Özer ve ark.'nın çalışmasında tutum puan ortalaması 115,78±18,81'dir (84,101,112). Çalışma sonucumuz literatür ile uyumlu olup, öğretmenlerin GTT uygulamalarına yönelik tutumunu olumlu olarak yorumlayabiliriz.

Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada erkek ve kadın katılımcıların tutum puanı pozitif yönde olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı bildirilmiştir (112). 2011 yılında Ergin ve ark.'nın yaptığı çalışmada erkek ve kadın katılımcıların tutum puanı da Özer ve ark.'nın yaptığı çalışma ile benzer olduğu bildirilmiştir (113). Bizim yaptığımız çalışmada literatür ile uyumlu bulundu. Katılımcıların erkek veya kadın olmasının tutum puanı üzerine etki etmediği ancak her iki cinsiyette de bu yöntemlere karşı tutumun pozitif yönde olduğu saptandı.

Kahraman ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; Ünsat'ın 2021 yılında Yozgat ilinde KETEM polikliniğine başvuranların GTT tutumunu incelediği çalışmada yaş ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirmişlerdir (101,114). Bizim çalışmamızda öğretmenlerin yaşları arttıkça tutum puanının arttığı ancak literatür ile uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulundu. Tüm yaş grubundaki katılımcıların GTT yöntemlerine tutumu pozitif yönde bulundu.

Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların medeni durum ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; Ünsat'ın yaptığı çalışmada da medeni durum ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (112,114). Çalışma sonucumuz literatür ile uyumlu olarak bulundu.

Gökçe ve ark.'nın 2019 yılında hipertansiyon hastalarının GTT yöntemlerinin kullanım durumları ve tutumlarının incelendiği çalışmada gelir düzeyi arttıkça tutum puanının da arttığı bildirilmiştir (115). Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada da gelir düzeyi azaldıkça tutum puanının azaldığı bildirilmiştir (112). Bizim yaptığımız çalışmada ise gelir düzeyi 4000 TL altında olanların tutum puanı daha yüksek bulundu. Çalışmamızda gelir düzeyi 4000 TL altında olan katılımcı sayısının az olması (n=13) literatürdeki çalışmalar ile bu farkı oluşturduğu düşünüldü.

Ergin'in yaptığı çalışmada katılımcıların anne ve baba öğrenim düzeyi ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (113). Bizim yaptığımız çalışmada da Ergin'in yaptığı çalışma ile benzer olarak katılımcıların anne ve baba öğrenim düzeyleri ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulundu. Anne ve baba öğrenim düzeyinin katılımcıların GTT tutumuna etki etmediği belirlendi.

Ergin'in yaptığı çalışmada yaşamının büyük bölümünü köyde geçiren katılımcıların tutum puanı daha yüksek olduğu bildirilmiştir (113). Literatürde Ergin'in yaptığı çalışmayı destekleyen çalışmalar vardır (116). Bizim yaptığımız çalışmada ise yaşamının büyük bölümünü ilçede geçiren katılımcıların tutumunun düşük olduğu, köy ve il merkezinde geçiren katılımcıların tutumunun yüksek olduğu bulundu.

Özer ve ark.'nın, Ünsat'ın ve Gökçe ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda kronik hastalık varlığı ile tutum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (112,114,115). Bizim yaptığımız çalışmada da benzer olarak kronik hastalık varlığı ile tutum arasında ilişki bulunamadı. Kronik hastalığı olan ve olmayan tüm katılımcıların GTT'ye yönelik tutumu pozitif yönde bulundu.

Kahraman ve ark.'nın yaptığı çalışmada GTT yöntemlerini faydalı bulup çevrelerine öneren katılımcıların; Özer ve ark.'nın yaptığı çalışmada GTT yöntemleri hakkında bilgisi olan katılımcıların tutum puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (101,112). Bizim yaptığımız çalışmada da GTT yöntemleri hakkında bilgisi olan ve faydalı bulan katılımcıların tutum puanı literatür ile benzer olarak yüksek bulundu.

Çalışmamızda öğretmenlerin tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutundan aldığı puan 30,86±6,99, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan aldığı puan 38,66±6,35, sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan 42,52±7,96 olarak bulundu. Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 29,28±11,17, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 29,95±11,44, sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 44,15±11,52 olduğu bildirilmiştir (84). Bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında; öğretmenlerin modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puanın daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık algısı ölçeğinden aldıkları puan 49,26±6,43'dür. Kadıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılanların sağlık algısı ölçek puanı 48,2±7,2; Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada 40,50±7,73; Ekti'nin yaptığı çalışmada 48,83±8,85'dir. (82,84,93). Çalışmamızda öğretmenlerin sağlık algısı ölçeğinden aldığı puan literatür ile uyumlu olup pozitif yönde bulundu.

Kontrol merkezi alt boyutu kişinin sağlığını kontrol konusunda kendisini merkezde görüp görmediğini değerlendirir. Çalışmamızda 'kontrol merkezi' alt boyutu 25 puan üzerinden 15,6 bulundu. Kadıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada kontrol merkezi alt boyutu puanı 17,2±3,9; Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada 14,00±4,62; Ekti'nin yaptığı çalışmada 15,53±4,6'dır (82,84,93). Bizim çalışmamızda öğretmenlerin kontrol merkezi alt boyutundan aldığı puanın pozitif yönde olduğu saptandı.

Kesinlik alt boyutu bireyin sağlıklı olma konusunda yapması gerekenler hakkında kesin bir fikre sahip olup olmamasını değerlendirir. Çalışmamızda kesinlik alt boyutundan alınan puanın 20 üzerinden 12,60'dır. Kadıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada kesinlik alt boyut puanı 11,22±2,58; Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada 12,14±3,41; Ekti'nin yaptığı çalışmada 11,25±3,76'dır (82,84,93). Çalışmamızda öğretmenlerin kesinlik alt boyutundan aldığı puanın pozitif yönde olduğu saptandı.

Öz farkındalık alt boyutu sağlıklı olmanın bireylerin kendi elinde olup olmadığı konusunda bireysel farkındalığını ölçmektedir. Çalışmamızda öz farkındalık alt boyutundan alınan puan 15 üzerinden 10,08'dir. Kadıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada öz farkındalık alt boyutu puanı 7,0±2,0; Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada 7,30±2,15; Ekti'nin yaptığı çalışmada 10,78±2,1 olarak bildirilmiştir (82,84,93). Çalışmamızda öğretmenlerin öz farkındalık alt boyutundan aldığı puanın literatürdeki çalışmalara göre pozitif yönde yüksek bulundu.

Sağlığın önemi alt boyutunda ise bireyin sağlığına ne kadar önem verdiği ölçülmektedir. Çalışmamızda sağlığın önemi alt boyutundan alınan puan 15 üzerinden 10,88'dir. Kadıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada sağlığın önemi alt boyutu puanı 7,0±2,2; Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada 7,04±2,47; Ekti'nin yaptığı çalışmada 11,26±2,07'dir (82,84,93). Çalışmamızda öğretmenlerin sağlığın önemi alt boyutundan aldığı puanın literatürde bulunan çalışmalara göre pozitif yönde yüksek bulundu.

Şen'in yaptığı çalışmada erkeklerin sağlık algısının kadınlardan daha yüksek olduğu; benzer şekilde Ekti'nin yaptığı çalışmada erkeklerin sağlık algısı kadınlara göre yüksek olduğu belirtilmiştir (92,93). Özdemir ve ark.'nın yaptığı çalışmada cinsiyet ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir (94). Vissandjee ve ark.'nın 2004 yılında Kanada'da yaptığı çalışmada kadınların sağlık algısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (117). Bizim yaptığımız çalışmada erkek ve kadınların sağlık algısı puanı benzer olduğu ve her iki cinsiyetinde sağlık algısının pozitif yönde yüksek olduğu bulundu.

Özdemir'in yaptığı çalışmada yaş ile sağlık algısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; 2018 yılında Kolaç ve ark.'nın fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısının incelendiği çalışmada yaş ile sağlık algısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (94,119). Şen ve Durmaz'ın yaptıkları çalışmalarda yaş arttıkça sağlık algısı puanının azaldığı bildirilmiştir (92,118). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak yaş arttıkça sağlık algısının arttığı bulundu. Bu farklılığın 54 yaş ve üzeri olan gruptaki katılımcı sayısının az olmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Çetinkaya ve ark.'nın 2019 yılında yaptığı endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık algıları ve sağlığı geliştirme davranışlarının incelendiği çalışmada evli

katılımcıların sağlık algısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (120). Yılmaz ve ark.'nın 2018 yılında cerrahi hastalarının sağlık algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada bekarların sağlık algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (121). Bizim yaptığımız çalışmamızda Çetinkaya ve ark.'nın yaptığı çalışmaya benzer olarak evli katılımcıların sağlık algısının daha yüksek olduğu bulundu.

Şenol ve ark.'nın 2008 yılında Kayseri'de yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile sağlık/iyilik hali arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (122). On Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada Hollanda hariç diğer ülkelerde gelir durumu azaldıkça sağlık durumunun kötü olarak algılanması artmaktadır (123). Polonya'da ve Brezilya'da yapılan farklı çalışmalarda gelir durumuyla kişilerin kendi tanımlamalarına göre algıladıkları sağlık durumları arasında ilişki bulunmamıştır (124,125). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak gelir düzeyi ile sağlık algısı arasında negatif bir ilişki olduğu bulundu. Bu farklılığın gelir düzeyi düşük katılımcı sayısının az olması ve gelir düzeyi düşük katılımcıların yaşlarının daha genç olmasına bağlı olduğu düşünüldü.

Filiz'in yaptığı çalışmada uzun süre yaşanılan yer ile sağlık algısı arasında istatistiksel fark olmadığı bildirilmiştir (96). Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada köyde uzun süre yaşayan katılımcıların sağlık algısının daha düşük olduğu bildirilmiştir (121). Bizim yaptığımız çalışmada Filiz'in yaptığı çalışmaya benzer olarak uzun süre yaşanılan yer ile sağlık algısı arasında fark bulunmadı.

Kolaç ve ark.'nın yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan katılımcıların sağlık algısının; geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (119). Filiz'in yaptığı çalışmaya katılan katılımcıların birlikte yaşadığı kişi ile sağlık algısı puanının değişmediği belirtilmiştir (96). Bizim yaptığımız çalışmada birlikte yaşanılan kişi ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı ancak eşi ve çocukları ile beraber çekirdek ailede yaşayan katılımcıların sağlık algısı puanı Kolaç ve ark.'nın yaptığı çalışma gibi geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek bulundu.

Kolaç ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algısının daha düşük olduğu; Çetinkaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algısının olmayanlara göre daha düşük olduğu; Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algısının daha düşük olduğu; Uzuntarla ve ark.'nın 2019 yılında ambalaj atığı toplayan kişilerin sağlık algısının incelendiği çalışmada kronik hastalığı olmayan katılımcıların sağlık algısının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (119-121,126). Bizim yaptığımız çalışmada literatürün aksine kronik hastalığı olan katılımcıların sağlık algısının daha yüksek olduğu bulundu. Katılımcıların eğitimli kişilerden oluşması bu farklılığa neden olduğunu düşündürdü.

Al-Windi'nin 2005 yılında İsveç'te birinci basamakta yaptığı çalışmada sigara kullanan katılımcıların sağlık algılarının daha düşük olduğu; Şengül'ün 2021 yılında farklı kuşaklarda akılcı ilaç kullanımı ve sağlık algısını incelediği çalışmada sigara kullanan katılımcıların sağlık algısının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (127,128). Bizim yaptığımız çalışmada literatür ile benzer olarak sigara kullanmayan katılımcıların sağlık algıları daha yüksek bulundu. Bu çalışmamızda beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda öğretmenlerin geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden aldıkları puan arttıkça sağlık algısı ölçeğinden alınan puanın da arttığı bulundu (r=0,139). Dursun ve ark.'nın yaptığı çalışmada sağlık algısı ile geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu arasında ilişkinin bulunmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca literatürde sağlık algısı ile geleneksel/tamamlayıcı tıp uygulamaları tutumu arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma bulunamadı (84).

Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi incelendiğinde; yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeğinden alınan puanın 17,33±3,43 olduğu bulundu. Dursun ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ölçekten alınan puanın 15,78±3,50; 2012 yılında Sezer'in yaptığı sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada ölçekten alınan puanın 13,10 olduğu belirtilmiştir (83,84). Gül'ün yapmış olduğu çalışmada ölçekten alınan puan 12,7±3,9'dur (89). 2015 yılında Yılmazel ve ark.'nın Çorum'da ilköğretim öğretmenleri ile yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi %26,2 gibi düşük bir oranda olduğu belirtilmiştir (129). Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi literatürde bulunan çalışmalar ile karşılaştırıldığında pozitif yönde yüksek bulundu.

Ekti'nin yapmış olduğu çalışmada erkek ve kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında fark olmadığı belirtilmiştir (93). 2010 yılında Pandit ve ark.'nın hipertansiyon kontrolü üzerine eğitim, sağlık ve sağlık okuryazarlığının incelendiği çalışmada ve 2011 yılında Özdemir ve ark.'nın Türkiye' de yaptığı yetişkinlerde sağlık okuryazarlığının incelendiği çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi erkeklerden daha yüksek olarak belirtilmiştir (130,131). Shayan'ın 2018 yılında yaptığı hemodiyaliz hastalarının sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlık düzeyleri kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (132). ABD de sağlık okuryazarlığını ölçen farklı testlerin kullanıldığı sağlık okuryazarlığı ve sosyo-demografik özelliklerin incelendiği 85 araştırmanın analizi sonucunda kadın cinsiyet ile düşük sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır (133). Bizim yaptığımız çalışmada ise erkek ve kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken her iki cinsiyetin sağlık okuryazarlık düzeyi pozitif yönde yüksek bulundu. Bunun sebebinin katılımcıların eğitim seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

2010 yılında Pandit ve ark.'nın yaptığı çalışma ve 2012 yılında Özdemir ve ark.'nın çalışmalarında yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (130,131). Sezer ve ark.'nın 2012 yılında sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (83). Kamberi ve ark.'nın 2013 yılında Kosova'da yaptığı çalışmada yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (134). Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark bulunmadığı ancak bütün yaş gruplarının sağlık okuryazarlık düzeyinin pozitif yönde yüksek olduğu saptandı.

Bükecik ve ark.'nın yaptığı çalışmada evli ve bekar katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ama evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (95). Türkoğlu'nun 2016 yılında Isparta ilinde yaptığı sağlık okuryazarlığı ve öz bakımın incelendiği

çalışmada evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (135). Güner ve ark.'nın yaptığı çalışmada da evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (86). Çimen ve ark.'nın 2017 yılında ülkemizde kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyini araştıran bir çalışmada evli bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (136). Bizim çalışmamızda medeni durum ile sağlık okuryazarlık arasında istatistiksel olarak fark bulunmadığı ama literatür ile uyumlu olarak evli katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu.

Durmaz'ın yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark olmadığı bildirilmiştir (118). Yakar ve ark.'nın 2019 yılında üniversite hastanesine başvuran hastalarda sağlık okuryazarlık düzeyinin etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (137). Bizim yaptığımız çalışma da Durmaz'ın yaptığı çalışmaya benzer şekilde çocuk sayısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark bulunmadığı saptandı.

Deniz ve ark.'nın yaptığı çalışmada aylık hane geliri 7001 TL ve üzeri olanlar, ekonomik durumunu iyi olarak ifade edenler ve sağlık masraflarını çok kolay karşıladığını belirtenlerde yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlık sıklığı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (87). ABD'de 2003 yılında yapılmış olan çalışmada finansal durumu yoksulluk seviyesinin altında olanların sağlık okuryazarlık düzeyi en düşük olan grup olduğu, gelir arttıkça SOY düzeyinin de yükseldiği belirtilmiştir (133). İngiltere'de yapılan bir çalışmada yeterli sağlık okuryazarlık sıklığının yıllık 20.000 avro ve üzeri gelire sahip olanlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (138). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında düşük sağlık okuryazarlık seviyesi, düşük sosyo-ekonomik durum ile ilişkilendirilmiştir (139). Çalışmamızda diğer çalışmalar ile uyumlu olarak gelir düzeyi yükseldikçe yetişkin sağlık okuryazarlık ölçeğinden alınan puanın da arttığı bulundu.

Shayan'ın yaptığı çalışmada birlikte yaşanılan kişi ve aile yapısı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark olmadığı belirtilmiştir (132). Filiz'in yaptığı çalışmada da Shayan'ın yaptığı çalışmaya benzer şekilde sağlık okuryazarlık seviyesinin birlikte yaşanılan kişi ve aile yapısı arasında fark olmadığı bildirilmiştir (96). Bizim yaptığımız çalışmada benzer şekilde birlikte yaşanılan kişi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin etkilenmediği ancak eşi ve çocukları ile çekirdek aile yapısına sahip katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu bulundu.

Güner ve ark.'nın yaptığı çalışmada katılımcıların öğretmenlik mesleğindeki süresi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı bildirilmiştir (86). Yılmazel ve ark.'nın yaptığı çalışmada 10 yıldan daha az süre öğretmenlik yapan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (129). Bizim yaptığımız çalışmada benzer olarak katılımcıların öğretmenlik mesleğindeki süresi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı saptandı. Yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azalması, çalışmamızda bu bilgiyi desteklemektedir.

Güner ve ark.'nın çalışması, Deniz ve ark.'nın çalışması, Gül'ün çalışması ve Bakan ve ark.'nın çalışmasında kronik hastalık varlığı ile sağlık okuryazarlık seviyesi arasındaki ilişkinin olmadığını; Deniz ve ark.'nın 2018 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen

faktörlerin incelendiği çalışmada kronik hastalık varlığı ile sağlık okuryazarlık seviyesi arasında ilişki olmadığını bildirmiştir (86,87,89,140,141). Bizim çalışmamızda da benzer olarak kronik hastalık varlığının sağlık okuryazarlık seviyesine etki etmediği belirlendi.

Deniz ve ark.'nın yaptığı çalışmada sigara kullanım durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında far olmadığı bildirilmiştir (87). Baker ve ark.'nın 2008 yılında sağlık okuryazarlığının yaşlıların sağlık durumuna ve sağlık hizmeti kullanımına etkisinin incelendiği çalışmada sigara kullanmayan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (142). Doyle ve ark.'nın 2012 yılında yaptığı Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasının İrlanda sonuçlarının incelendiği çalışmada sigara kullanımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (143). Çalışmamızda sigara kullananımı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak fark olmasa da; literatür ile uyumlu olarak sigara kullanmayan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ile geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki bulundu. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puan arttıkça geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeğinden alınan puan da artmaktadır. Dursun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızın aksine bu iki ölçek arasında negatif yönlü düşük bir ilişki olduğu bildirilmiştir (84). Gardiner ve ark.'nın 2013 yılında ve Owen-Smith 'in 2012 yılında yaptıkları çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemleri kullanımının da arttığı belirtilmiştir (144,145).

Çalışmamızda sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulundu. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi arttığında sağlık algısı da artmaktadır. Ekti'nin yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan kişilerin sağlık algısı puanının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (93). 2007 yılında Wagner ve ark.'nın ve 2010 yılınca Chang tarafından yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık algısı arasında ilişki olduğu, biri arttığında diğerinin de arttığını bildirmişlerdir (138,146). Bizim çalışma sonucumuz da bu çalışmalar ile benzerdir.

6. SONUÇLAR

Afyonkarahisar Merkez ilçesinde bulunun 30 ilkokulda çalışan öğretmenlerin geleneksel tamamlayıcı tıp hakkındaki düşünceleri, tutumları, sağlık algısı düzeyi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve bunlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan öğretmenlerin %47,6'sı (n=200) erkek ve %52,4'ü (n=220) kadındır.

2. Katılımcıların yaş ortalaması 39,34±7,81 (n=420)'dir.

3. Katılımcıların %80'i (n=336) evli, %43,8'inin (n=184) 2 çocuğu, %71'inin (n=298) eşi ve çocuğuyla yaşadığı bulundu.

4. Katılımcıların %40,7'sinin (n=171) anne eğitim düzeyi, %33,3'ünün (n=140) baba eğitim düzeyinin ilkokuldur.

5. Katılımcıların gelir düzeyinin 4000-6000 tl arasındadır, %70,5'inin (n=296) en uzun yaşadığı yer il merkezidir.

6. Katılımcıların %89,5'inin (n=376) kronik hastalığının olmadığı, %77,1'inin (n=324) sigara kullanmadığı saptandı.

7. Katılımcıların %61,7'sinin (n=259) Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini bildiğini/duyduğunu, en fazla bilinen GTT yönteminin %79,9 (n=207) ile kupa tedavisi olduğu, %66,4'ü (n=182) bu bilgiyi internet/sosyal medyadan edindiği belirlendi.

8. Katılımcıların %60'ı (n=252) Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemlerini faydalı bulduğunu, faydalı bulanların %21,4'ü (n=54) bu yöntemleri güvenli bulduğu belirlendi.

9. Katılımcıların %27,6'sı (n=116) en az bir Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemi kullandığı, %66,3'ünün (n=77) fitoterapi yöntemini kullandığı, %40,5'inin (n=47) bu yöntemi evde; sağlık personeli olmayan birine yaptırdığı, %43,1'inin (n=50) bu yöntemi sağlık bakımı için kullandığı belirlendi.

10. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemi kullanan katılımcıların %19,8'inin (n=23) yan etkiler hakkında bilgisi olduğu ve bu katılımcıların %2,5'inin (n=3) yan etki ile karşılaştığı belirlendi.

11. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemi kullanan katılımcıların %39,6'sının(n=46) kullandığı yöntemle ilgili aile hekimi ile konuşabileceğini söylemesine rağmen sadece %24,2'sinin (n=28) aile hekimi ile konuştuğu belirlendi.

12. Katılımcıların geleneksel tamamlayıcı tıbba yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 112,04±16,46 olarak bulundu. Ölçeğin tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 30,86±6,99, modern tıbba düşünsel bakış alt boyutundan alınan puan ortalaması 38,66±6.35, sağlığa bütüncül bakış alt boyutundan aldığı puan ortalaması 42,52±7,96 olarak bulundu.

13. Geleneksel Tamamlayıcı Tıp yöntemleri hakkında bilgisi olan ve bu yöntemleri faydalı bulan öğretmenlerin hem geleneksel tamamlayıcı tıp tutum ölçeği hem de alt boyutlardan alınan puanın daha yüksek olduğu bulundu.

14. Katılımcıların sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalaması 49,26±6,43, kontrol merkezi alt boyutu puan ortalaması 15,68±3,85, öz farkındalık alt boyutu puan ortalaması 10,08±2,24, kesinlik alt boyutu puan ortalaması 12,60±3,00, sağlığın önemi alt boyutu puan ortalaması 10,88±2,34 olarak bulundu.

15. Katılımcıların annesi ve babası ilkokul mezunu olanların sağlık algısı puanı daha yüksek bulundu. Katılımcıların yaşı arttıkça sağlık algısı puanının da arttığı görüldü. Evli, eşiyle ve çocuklarıyla yaşayan katılımcıların sağlık algısı puanının daha yüksek olduğu belirlendi.

16. Katılımcıların yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldığı toplam puan ortalaması 17,33±3,46 olarak bulundu. Evli olanlarda ve yüksek gelir düzeyi olanlarda sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı belirlendi.

17. Çalışmamıza katılan öğretmenlerin sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça; Geleneksel Tamamlayıcı Tıbba karşı tutumunun ve sağlık algısının da arttığı belirlendi.

7. ÖZET

Amaç: Bu çalışma ilkokul öğretmenlerinin geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik tutumu ile sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek için yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma 1 Aralık 2020-28 Şubat 2021 tarihleri arasında, Afyonkarahisar Merkez ilçesine bağlı okullarda çalışan 420 ilkokul öğretmeni ile yapıldı. Bu araştırmada kullanılan anket formunda; hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan sorular, Geleneksel Tamamlayıcı Tıp ile ilgili sorular, Geleneksel Tamamlayıcı Tıp tutum ölçeği, Sağlık Algısı ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı ölçeği yer almaktadır. İstatistiksel analiz için SPSS 26 paket programı kullanıldı ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğretmenlerin yaş ortalaması 39,34±7,81'dir. Öğretmenlerin %52,4'ü (n=220) kadın, %47,6'sı (n=200) erkek'dir. Öğretmenlerin %80'i (n=336) evlidir. GTT yöntemlerini bilen/duyan katılımcıların oranı %61,7'dir (n=259). En fazla bilinen GTT yöntemi kupa tedavisidir (%79,9 n=207). Öğretmenlerin %60'ının GTT yöntemlerini faydalı bulduğu, %27,6'sının en az bir GTT yöntemi kullandığı belirlendi. En çok kullanılan GTT yöntemin fitoterapi (%66,3 n=77) olduğu belirlendi. Öğretmenlerin, GTT Tutum Ölçeği ortalama puanı 112.04±16.46, Sağlık Algısı Ölçeği ortalama puanı 49,26±6,43, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı 17,33±3,46'dır. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanı ve Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü düşük ilişki bulundu ($p<0,001$, $r=0,293$). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puanı ile Sağlık Algısı Ölçeği arasında pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki bulundu ($p<0,001$, $r=0,331$). Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği ile Sağlık Algısı Ölçeği arasında pozitif yönlü düşük ilişki bulundu ($p<0,001$, $r=0,139$). Katılımcıların bir ölçekten aldığı puan arttığında, diğer ölçeklerden de alınan puanın arttığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç: GTT yöntemleri hakkında öğretmenlerin bilgisinin arttıkça GTT tutumunun da arttığı saptandı. Araştırma bulgularına göre öğretmenlerin sağlık okuryazarlık ve sağlık algısı düzeyi arttıkça geleneksel tamamlayıcı tıbba olan tutumlarının da pozitif yönde arttığı saptandı.

Anahtar kelimeler: Geleneksel Tamamlayıcı tıp, Sağlık Algısı, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı, ilkokul öğretmenleri

8. ABSTRACT

Introduction: This study was conducted to examine the relationship between primary school teachers' attitudes towards traditional complementary medicine practices and health perception and health literacy.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 420 primary school teachers working in schools in Afyonkarahisar Central district between December 1, 2020 and February 28, 2021. In the questionnaire used in this research; There are questions about the sociodemographic characteristics of the patients, Traditional Complementary Medicine, Traditional Complementary Medicine attitude scale, Health Perception scale and Health Literacy scale. SPSS 26 package program was used for statistical analysis and $p<0.05$ was considered significant.

Results: The mean age of the teachers participating in the study was 39.34±7.81 years. 52.4% (n=220) of the teachers are female, 47.6% (n=200) are male. 80% of the teachers (n=336) are married. The rate of participants who knew/heard of Traditional Complementary Medicine (TCM) methods was 61.7% (n=259). The most well-known TCM method is cupping therapy (79.9% n=207). It was determined that 60% of the teachers found TCM methods useful, and 27.6% used at least one TCM method. It was determined that the most used TCM method was phytotherapy (66.3% n=77). The teachers' CACMAS Scale mean score was 112.04±16.46, Health Perception Scale mean score was 49.26±6.43, Adult Health Literacy Scale mean score was 17.33±3.46. A low positive correlation was found between the Adult Health Literacy Scale score and the CACMAS Scale score ($p<0.001$, $r=0.293$). A low positive correlation was found between the Adult Health Literacy Scale score and the Health Perception Scale ($p<0.001$, $r=0.331$). A low positive correlation was found between the CACMAS Scale and the Health Perception Scale ($p<0.001$, $r=0.139$). It was determined that when the scores of the participants on one scale increased, the scores on the other scales also increased.

Discussion and Conclusion: It was determined that as teachers' knowledge about TCM methods increased, their TCM attitude also increased. According to the research findings, it was determined that as the health literacy and health perception level of the teachers increased, their attitudes towards traditional complementary medicine also increased positively.

Keywords: Traditional Complementary medicine, Health Perception, Adult Health Literacy, primary school teachers

9. KAYNAKLAR

1. Öztürk H, Şaylıgil Ö. Ethical Viewpoint of the Regulation on Traditional and Complementary Medicine. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2016;24(1):1-10.

2. Şarışen Ö, Çalışkan D. Fitothrapy: Herbal Medicine. Attetion of in Primary Health Care 2005;14(8):182-187.

3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Sağlık Bakanlığı Resmi Gazete 2014:29158 https://shgm.saglik.gov.tr/TR,9843/yonetmelik.html Erişim Tarihi: 30.08.2021

4. Tokem Y. Astımlı Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2006;54(2): 189-196.

5. Egbert N, Nanna K. Health Literacy: Challenges and Strategies. The Online Journal of Issues in Nursing Article published 2009:14(3).

6. Sezgin D. Understanding Health Literacy. İletişim Dergisi 2014;Özel Sayı(3):73-92.

7. Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları-25, Ankara. 2014;14–26.

8. Alkan S, Özdelikara A, Boğa N. Determination of Nursing Students‟ Health Perception. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(2):11–21.

9. Somunoğlu S. The Definition of Health from a Conceptual Perspective. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1999;4(2):52-62.

10. İnternational Bioethnics Committee (IBC). Report of the IBC on Tradıtıonal Medicine Systems and Theır Ethical Implications, 2019;12(3).

11. Muslu G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:62-67.

12. Mollahaliloğlu S, Uğurlu F, Kalaycı M, Öztaş D. The New Period in Traditional and Complementary Medicine. Ankara Med J. 2015;15(2):102-105.

13. Harris P, Cooper K, Relton C, Thomas K. Prevalence of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use by the General Population: A Systematic Review and Update. Int J Clin Pract 2012; 66: 915–916.

14. Qi Z. Traditional and Complementary Medicine Service Delivery and Safety Department. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023.

15. Büken N. Folkrloric Values And Folkloric Medicine. T Klin J Med Ethics, Law and History 2003;11:45-47.

16. Sağlık Bakanlığı Akupunktur Tedavi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete 1991;20885 https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf Erişme Tarihi: 30.08.2021

17. Çınar F, Şengül H, Çapar H, Bulut A. Causes for Applications to Complementary Medicine Practices: A Scale Development Study. Tradit Complem Med. 2019;2(1):1-9.

18. Özçelik H, Fadıloğlu Ç. Reasons For Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. Türk Onkoloji Dergisi 2009;24(1):48-52.

19. Tokaç M. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Etik Problemler. Türkiye Klinikleri; 2019;14-22.

20. Somer P, Vatanoğlu E. A Legal and Ethical Evaluation of the Regulations on Traditional and Complementary Medicine. Anadolu Kliniği 2017;22(1):58-65.

21. Avşar M, Erdoğan G, Gümüş Z, Zortul S. Acupuncture Method in the Treatment of Idiopathic Abdominal Pain. International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research 2020;1(2):67-69.

22. Cabıoğlu M, Ergene N. Akupunkturun Etki Mekanizmaları ve Klinik Uygulamaları. Genel Tıp Dergisi 2003;13(1):35-40.

23. Liao Si. Recent Advances in the Understanding of Acupuncture. The Yale Journal of Biology And Medicine 1978;51:55-45.

24. Kalyon T. Akupunktur Tedavisi. Turk J Phys Med Rehab 2007;53(2):52-57.

25. Chen Z, Hedner J, Hender T. Substance P-İnduced Respiratory Excitation is Blunted by Sigma-receptor Specific Opioids in the Rat Medulla Oblongata. Acta Physiol Scand 1996;157:165-173.

26. Richards D, Marley J. Stimulation of Auricular Acupuncture Points in Weight Loss. Aust Fam Physician. 1998;2:73-77.

27. Onbaşlı D, Çelik G, Kahraman S, Kanbur M. Apiterapi ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. Erciyes Üniv Vet Fak Derg 2019;16(1):49-56.

28. Çelik K, Aşgun F. Arılarla Gelen Sağlık 'Apiterapi'. Erasmus + Yayınları 2020:12-88.

29. Ulbricht C, Conquer J, Giese N, Sklar J, Weisnerr W. An Evidence-Based Systematic Review of Bee Pollen by the Natural Standard Research Collaboration. Journal of Dietary Supplements 2009;6(3):290-312.

30. Bent S, Ko R. Commonly Used Herbal Medicines in the United States: A Review. The American Journal Of Medicine 2004;116:478–485.

31. Steinhoff, Barbara. Traditional Herbal Medicines and Human Health**,** Regulatory Situation of Herbal Medicines A worldwide Review. World Health Organization, 1998:6-8.

32. Uran B. Hipnozun Kitabı, Ayakta Uyutulmak İsteyenler İçin. Pusula Yayınevi 4. Baskı, 2011

33. Olness K, Gardner GG. Some Guidelines For Uses Of Hypnotherapy İn Pediatrics. Pediatrics 1978;62(2):228-33.

34. Özgök A. Hipnoz ve Anestezi. Anestezi Dergisi 2013;21(1):11-16.

35. Ceyhan D, Yiğit T. The Usage and Effectiveness of Hypnosis Applications on Medical Treatments. ADO Klinik Bilimler Dergisi 2013;7(2):1507-1516.

36. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Medicinal Leech Therapy: Hirudotherapy. Ankara Medical Journal 2018;(1):141-148.

37. Sağlam N, Saunders R, Lang S. A New Species of Hirudo (Annelida: Hirudinidae): Historical Biogeography of Eurasian Medicinal Leeches. BMC Zoology 2016;1:5.

38. Rai P, Singh A, Singh O, Dwivedi A. Efficacy of Leech Therapy İn The Management Of Osteoarthritis (Sandhivata). Ayu 2011; 32(2):213–217.

39. Duruhan S, Biçer B, Tuncay M, Uyar M, Güzel S. Travma ve Plastik Cerrahi Operasyonları Sonrası Sülük Uygulamaları. Turkish Journal of İntegrative Medicine 2014;2(2):32-37.

40. Milgrom L. Homeopathy and the New Fundamentalism: A Critique of the Critics. The Journal of Alternative And Complementary Medicine 2008;14(5):589-594

41. Kayropraktikte Temel Eğitim ve Güvenliği Üzerine WHO Rehber Kitapçığı. Türkiye Kayropraktik Derneği 2005:Cenevre.

42. Bamfarahnak H, Azizi A, Noorafshan A, Mohagheghzadeh A. Tale of Persian Cupping Therapy: 1001 Potential Applications and Avenues for Research. Forsch Komplementmed 2014;21:42–47.

43. Çiftci M. Kupa Tedavisi ve Klinik Uygulamalar. J Biotechnol and Strategic Health Res. 2019;3(Özel Sayı):22-28.

44. Sert E, Sakarya A, Yüksel Ş, Sert A, Kalaycı M. Kupa Uygulaması ve Kupa Uygulamasının Klinik Araştırmaları. Integratif Tıp Dergisi 2015;3(2):19-25.

45. World Congress İntegrative Medicine & Health 2017: Part one. BMC Complementary and Alternative Medicine 2017;17(1):322.

46. Okumuş M. Kupa Tedavisi ve Hacamat. Ankara Medical Journal 2016;(4):370-382.

47. Polat E, Çakan H, İpek T. Larva Debridement Therapy. Turkiye Aile Hekimliği Dergisi 2010;14(4):188-191.

48. Mumcuoğlu K, Özkan A. Süpüratif Kronik Yaraların Maggot Debridman Tedavisi. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2009;33(4):307-315.

49. Atalık A. Mesotherapy and Clinic Application. Journal Biotechnol and Strategic Health Res. 2019;3(Özel Sayı):115-118.

50. Pistor M. What is mesotherapy? Chir Dent Fr. 1976;46(288):59-60.

51. Distel L, Thomas M. Prolotherapy: A Clinical Review of Its Role in Treatin Chronic Musculoskeletal Pain American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 2011;3:78-81.

52. Rabago D, Patterson J, Mundth M, Kijowski R, Grettie J, Segal N, Zgierska A. Dextrose Prolotherapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. Ann Fam Med 2013;11:229-237.

53. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in Primary Care Practice. Prim Care Clin Office Prac 2010;37:65–80.

54. Hauser R, Lackner J, Matias D, Harris D. A Systematic Review of Dextrose Prolotherapy for Chronic Musculoskeletal Pain. Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders 2016;9:139–159.

55. Licciardone J, Kearns C, Hodge L, Dennis E. Osteopathic Manual Treatment in Patients With Diabetes Mellitus and Comorbid Chronic Low Back Pain: Subgroup Results From the Osteopathic Trial. The Journal of the American Osteopathic Association 2013;113(6):468-478.

56. Earley B, Luce H. An Introduction to Clinical Research in Osteopathic Medicine. Prim Care Clin Office Pract 2010;37:49–64.

57. Shi X, Rehrer S, Prajapati P, Gamber R. Effect of Cranial Osteopathic Manipulative Medicine on Cerebral Tissue Oxygenation. Jaoa 2011;111(12):660-666.

58. Öter Ş, Kokmaz A. The Use of Ozone Gas for Medical Purposes. TAF Prev Med Bull 2009;8(1):59-64.

59. Bocci V. Scientific and Medical Aspects of Ozone Therapy. State of the Art. Archives of Medical Research 2006;37:425–435.

60. Travagli V, Zanardi I, Silvietti A, Bocci V. A Physicochemical İnvestigation on the Effects of Ozone on Blood. International Journal of Biological Macromolecules 2007;41:504–511.

61. Wilhelm Z. Adım Adım Sağlık: Refkleksoloji. Dharma Yayınları 2003:1.Basım.

62. Botting D. Review of Literatüre on the Effectiveness of Reflexology. Complementary Therapies in Nursing & Midwifery 1997;3:123-130.

63. Çevik K. Complementary and Alternative Therapy in Nursing: Reflexology. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013;29(2):71-82.

64. Karamızrak N. Ses ve Müziğin Organları İyileştirici Etkisi. Koşuyolu Heart Journal 2014;17(1):54-57.

65. Birkan I. Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi 2014;1:37-49.

66. Karahancı O, Öztoprak Ü, Ersoy M, Ünsal Ç, Hayırlıdağ M, Büken N. Comparison of Traditional, Complementary Medicine Draft Regulations and Regulations. Türkiye Biyoetik Dergisi 2015;2(2):117-126.

67. Ong C, Bodeker G, Grundy C, Burford G, Shein K. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization Centre for Health Development Kobe, Japan 2005.

68. Barrett B, Kondwani K, Frenkel M, Tattelman E. Natural and Traditional Medicine in Cuba: Lessons For U.S. Medical Education. Academic Medicine 2006; 81:1098–1103.

69. Complementary and Alternative Therapies for Patients Today and Tomorrow. Directorate General for İnternal Policies Policy Department A: Economic and Scientific Policy. Brussels 2017.

70. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayınları 1. Baskı, 2011.

71. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S. Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care. 2002;25(9):1551–1556.

72. Baker D. The Meaning and the Measure of Health Literacy. Journal Gen Intern Medicine 2006;21:878–883.

73. Inoue M, Takayashi M, Kai I. Impact of Communicative and Critical Health Literacy on Understanding of Diabetes Care and Self-efficacy in Diabetes Management: A Cross-Sectional Study of Primary Care in Japan. BMC Fam Practice 2013;14-40.

74. Baker D, Parker R, Williams M, Clark S. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal Gen Intern Medicine 1998;13:791-798.

75. Kobayashi L, Wardle J, Wanger C. Limited Health Literacy is a Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing Preventive Medicine 2014;61:100–105.

76. Şenol V, Çetinkaya F, Ünalan D, Balcı E, Öztürk A. Determinants of Self-Rated Health in General Population in Kayseri, Turkey. Turkiye Klinikleri Journal Medical Science 2010;30(1):88-96.

77. Mikolajczyk R, Brzoska P, Maier C, Ottova V, Meier S, Dudziak U, Ilieva S, Ansari W. Factors Associated With Self-Rated Health Status in University Students: A Cross-Sectional Study in Three European Countries. BMC Public Health 2008;8:215-225.

78. Sabuncu N, Erkal İlhan S. Hemşirelikte Temel Kavramlar. Sabuncu N, Editör. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Ankara: Alter Yayıncılık; 2009;p:27-30.

79. McFadden KL, Hernandez TD, Ito TA. Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine influence its Use. Explore November/December 2010;6(6):380388.

80. Köse E, Ekerbiçer H, Erkorkmaz Ü. Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale: Turkish Validity Reliability Study. Sakarya medical Journal 2018;8(4):726-736

81. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a Scale to Measure Adults' Perceptions of Health: Priliminary Findings. Journal of Community Psychology 2007;35(5):557-61.

82. Kadıoğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(1):47-53.

83. Sezer, A. Kadıoğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(3):165-170.

84. Dursun S, Vural B, Keskin B, Kaçar H, Beyhan A, Kadıoğlu H. The Relationship Between Traditional/Complementary Medical Attitude and Health Literacy and Health Perception in Adults. Journal of Public Health Nursing 2019;1(1):1-10.

85. Tekçi A. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2017.

86. Güner A, Şahin E, Peksu S, Şengül S, Güngör M. A Study on Determination Health Literacy Level and ldentification of Knowledge, Manner, Behavioral Change and Educational Needs of Elementary School Teachers. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi 2020;1(1):69-87.

87. Deniz S, Bentli R, Kalkanlı M, Fırıncı B, Yalınız F, Akbaba M. Determination of Health Literacy Levels and Related Factors of Teachers Working in Malatya. Sakarya Med J 2020;10(1):28-36.

88. Bjerså K, Victorin ES, Olsén MF. Knowledge about Complementary, Alternative and Integrative Medicine (CAM) Among Registered Health Care Providers in Swedish Surgical 92 Care: A National Survey Among University Hospitals. BMC Complementary and Alternative Medicine 2012;12(1):1-10.

89. Gül E. Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı İle İlişkisinin İncelenmesi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.

90. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the Health Literacy on Social Determinants of Health Questionnaire in Japanese Adults. BMC Public Health. 2017;17:30-41.

91. Brown J, Cooper E, Frankton L, Steeves-Wall M, Gillis-Ring J. Complementary and Alternative Therapies: Survey of Knowledge and Attitudes of Health Professionals at a Tertiary Pediatric/Women's Care Facility. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2007;13:194-200.

92. Şen S. Sağlık Algısı İle Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019.

93. Ekti Z. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Genel Sağlık Taramaları ve Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. T.C. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020.

94. Özdemir D, Arpacıoğlu S. Effect of Social Media Use, Health Perception and Health Search Behavior on the Coronavirus Fear. Current Approaches in Psychiatry 2020;12(1):364-381.

95. Bükecik N, Adana F. Hastane Çalışanlarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve İlişkili Faktörler: Konya İli Örneği. Caucasian Journal of Science 2021;8(1):1-13.

96. Filiz E. Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı İle İlişkisi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015.

97. Oral B, Balci E, Öztürk A, Sevinç N. State of Opinions and Use About Traditional / Alternative Medicine Dho Applied to Family Health Center. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;15(2):75-82.

98. Kılıç K, 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.

99. Şensoy N, Özdinç Ş, Yılmaz O, Çetin M, Tola D, Doğantekin P, Kurt G, Erden B. Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları. Kocatepe Medical Journal. 2020;21:258-263.

100. Soos S, Jeszenoi N, Darvas K, Harsanyi L. Complementary and alternative medicine: attitudes, knowledge and use among surgeons and anaesthesiologists in Hungary. BMC Complementary and Alternative Medicine 2016;16:443-450.

101. Kahraman A, Kırkan Ç. Investigation of Knowledge and Attitudes of Pediatric Nurses Toward Traditional and Complementary Medicine Practices. Tradit Complem Med. 2020;3(1):32-39.

102. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(2):112-122.

103. Orhan M, Elmas B, Altındiş S, Karagöz R, Altındiş M. Traditional and Complementary Medicine View of Family Physician and Pediatrists. Journal of BSHR 2019;3(Özel Sayı):161-167.

104. Çetin O. Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Sosyo Ekonomi 2007;2:90-105.

105. Özer Ö, Şantaş F, Yıldırım H. An Evaluation on Levels of Knowledge, Attitude and Behavior of People at 65 Years and Above About Alternative Medicine Living in Ankara. Africa Journal Tradit Complement Altern Med. 2013; 10 (1):134-141.

106. Robinson MM, Zhang X. WHO. "The world Medicines Situation 2011: Traditional Medicines: Global Situation, İssues and Challenges.". Geneva: WHO;2011:1-12.

107. Elolemy AT, AlBedah AMN. Public Knowledge, Attitude and Practice of Complementary and Alternative Medicine in Riyadh Region, Saudi Arabia. Oman Medical Journal 2012;27(1):20-26.

108. Shumer G, Warber S, Mothara S, Yajima A, Plegue M, Bialko M. Complementary and Alternative Medicine Use by Visitors to Rural Japanese Family Medicine Clinics: Results From the İnternational Complementary and Alternative Medicine Survey. BMC Complementary and Alternative Medicine 2014; 14: 360.

109. Bülbül S, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Konusunda Ailelerin Görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52:195-202.

110. Kutlu S, Ekmekçi R, Köşlü A, Purisa S. Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Olgularda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2009;29(6):1496-1502.

111. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Michael Mullner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General

Population and Medical Personnel: A Systematic Review The Ochsner Journal 2012;12(1):45–56.

112. Özer Z, Turan G, Bakır E. Attitude of Patients Admitted to Internal Diseases Polyclinic towards Conventional and Complementary Medicine and the Affecting Factors. J Health Pro Res 2020; 2(3):102-112.

113. Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt Aİ, Mirza E, Kunak D, Karan C. Uzmanlık ve Tıp Öğrencilerinin Tamamlayıcı-Alternatif Tıp Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Pamukkale Tıp Dergisi, 2011;(3):136-143.

114. Ünsat E. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne Başvuran Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2021

115. Gökçe H, Gürdoğan E. Complementary and Alternative Therapy Usage Status and Attitudes of Hypertension Patients. Euras J Fam Med 2019;8(2):59-68.

116. Şahin N, Aydın D, Akay B. The Attitudes of Nursing Students Towards Holistic Complementary and Alternative Medicine. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;8(1):21-26.

117. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdoll S. Integrating Socio-Economic Determinants of Canadian Women's Health. BMC Women's Health 2004;4(1):34-46

118. Durmaz S, Sürücü E, Özvurmaz S. Mermer Fabrikası İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Medical Sciences (NWSAMS) 2020;15(3):81-91.

119. Kolaç N, Sezer Balcı A, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14:267-274.

120. Çetinkaya A, Cankurtaran D, Önat G. Health Perceptions and Health Promotion Behaviors of Workers Working in an Industrial Field. Journal of Health Science and Profession 2019;6(3):564-574.

121. Yılmaz A, Çulha İ, Kersu Ö, Gümüş D, Ünsal A, Köşgeroğlu N. Cerrahi Hastalarının Sağlık Algıları ve Etkileyen Faktörler. Akademik Sosyal Araştımalar Dergisi 2018;68(6):89-99.

122. Şenol V, Çetinkaya F, Ünalan D, Balcı E, Öztürk A. Determinants of Self-Rated Health in General Population in Kayseri, Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(1):88-96.

123. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E. Trends in Socioeconomic İnequalities in Self-Assessed Health in 10 European Countries. Int J Epidemiol 2005;34(2):295–305.

124. Kaleta D, Polaska K, Zaborszczyk DE, Hanke W, Drygas W. Factors İnfluencing Self-Perception of Health Status. Cent Eur J Public Health 2009;17(3):122–127.

125. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-Rated Health Among Urban Adolescents: the Roles of Age, Gender, and Their Associated Factors. Plos One 2015;10(7):1-14.

126. Uzuntarla Y, Uzuntarla F. Ambalaj Atığı Toplayan Kişilerin Sağlık Algılarının İncelenmesi. Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi 2019;2(2):69-75.

127. Al-Windi A. The Relations Between Symptoms, Somatic and Psychiatric Conditions, Life Satisfaction and Perceived Health. A Primary Care Based Study. Health and Quality of Life Outcomes 2005;3:28-37.

128. Şengül B. Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Algısının İncelenmesi. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı ve Bakımı, Yüksek Lisans Tezi, 2021.

129. Yılmazel G, Çetinkaya F. Health Literacy Among Schoolteachers İn Çorum, Turkey. Eastern Mediterr Health Journal 2015; 21(8):598-605.

130. Pandit U, Tang J.W, Bailey S.C, Davis T.C, Bocchini M.V, Persell S.D. Education, Literacy, and Health: Mediating Effects on Hypertension Knowledge and Control. Patient Education And Counseling 2009;75(3):381-385.

131. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel, N. Health Literacy Among Adults: A Study from Turkey. Health Education Research, 2010;25(3):464-477.

132. Shayan N. Diyabetli Olan ve Olmayan Hemodiyaliz Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara, 2018.

133. Kutner M, Greenberg E, Jin Y. The Health Literacy of America's Adults Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education NCES 2006–483.

134. Kamberi H, Hsya B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional Health Literacy Among Primary Health Care Users in Transitional Kosovo. Med Arch. 2013;67(3):209-211.

135. Türkoğlu Ç. Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Isparta İli Örneği. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

136. Çimen Z, Temel A. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(3):105-125.

137. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Euras J Fam Med 2019;8(1):27-35.

138. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional Health Literacy And Health-Promoting Behaviour İn A National Sample Of British Adults. J Epidemiol Community Health 2007;61:1086–1090.

139. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Vd. Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). European Journal Of Public Health. 2015;25(6):1053–1058.

140. Bakan A, Yıldız M. A Study on Determining the Health Literacy Levels of Individuals Aged 21-64. Sağlık ve Toplum Dergisi 2019;29(3):33-40.

141. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Determining The Level of Health Literacy and Affecting Factors of Health Professionals Working in Primary Health Care Services. Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(2):214-228.

142. Baker, D, Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Gazmararian J, Huang,J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. Arch Intern Med, 2007;167(14):1503-1509.

143. Doyle G, Cafferkey K, Fullam J. The European Health Lıteracy Survey: Results From Ireland HLS-EU-Q. https://www.researchgate.net/publication/281629581 Erişim Tarihi: 01.09.2021.

144. Gardiner P, Mitchell S, Filippelli A.C, Sadikova E, White L F, Paasche-Orlow M.K, Jack B.W. Health Literacy and Complementary and Alternative Medicine Use Among Underserved İnpatients in A Safety Net Hospital. Journal of Health Communication, 2013;18(1): 290-297.

145. Owen-Smith A, Mccarty F, Hankerson-Dyson D, Diclemente R. Prevalence and Predictors of Complementary and Alternative Medicine Use in African-Americans With Acquired İmmune Deficiency Syndrome. Focus on Alternative And Complementary Therapies, 2012;17(1):33-42.

146. Chang LC. Health Literacy, Self-Reported Status and Health Promoting Behaviours for Adolescents in Taiwan. J Clin Nurs. 2011;20(1–2):190–196.

EK-1

ÖĞRETMENLERİN GELENEKSEL/ TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINA YÖNELİK TUTUMU İLE SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Değerli katılımcı;

Hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavi edilme yöntemleri, geçmişten bu güne tekrar eden olaylar ve bunların sonucunda kazanılan tecrübelerle birikimli olarak kuşaktan kuşağa aktarılmıştır. Modern tıp hızla gelişimini sürdürürken, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları da farklı şekillerde, farklı kültürlerde varlığını korumuş ve yaygınlaşmıştır. Hatta bazı tamamlayıcı tıp uygulamalarının bilimsel gerçekliği ve faydaları ispatlanmıştır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamak sizin kararınızdır. Eğer katılmayı kabul ederseniz verdiğiniz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Tüm soruları yanıtlamanız ve içten yanıtlar vermeniz araştırma verilerinin güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı Geleneksel Tamamlayıcı tedaviye bakış açınızı, sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkinizi değerlendirmektir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1- Cinsiyetiniz : ……..
2- Doğum yılınız : …….
3- Medeni durumunuz: ……
4- Çocuk sayısı: …….
5- Meslekteki süreniz: ……
6- Bu kurumda çalışma süreniz? : ……
7- Eğitim aldığınız fakülte : ……
8- En çok yaşadığınız yer neresi belirtiniz.
   1-il merkezi 2-ilçe merkezi 3-köy/kasaba
9- Kimle birlikte yaşıyorsunuz?
   1-yalnız 2-eş 3-eş ve çocuklar birlikte 4-diğer……..
10- Kronik hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.
   1-Evet: ……
   2-Hayır:
11- Günlük kullandığınız ilaç sayınız nedir? : ……..
12- Sigara kullanıyor musunuz? Evet ise ne kadar kullandığınızı belirtiniz.
   1-Evet: ……
   2-Hayır
13- Annenizin öğrenim düzeyi nedir? ……
14- Babanızın öğrenim düzeyi nedir? …….
15- Gelir düzeyiniz nedir?
   1-4000 TL ve altı 2-4000-6000 TL arası 3-6000 TL ve üzeri

GELENEKSEL ALTERNATİF VE TAMAMLAYICI TIP İLE İLGİLİ SORULAR

1- Bildiğiniz veya duyduğunuz Geleneksel Tamamlayıcı tıp yöntemleri var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

2- Bildiğiniz veya duyduğunuz Geleneksel Tamamlayıcı tıp yöntemleri hangileridir?

……

……

……

3- Geleneksel Tamamlayıcı tıp yöntemi ile ilgili bilgiyi nereden öğrendiniz?

1. Aile hekimimden
2. Tv/radyo/sabah proğramları
3. İnternet/sosyal medya
4. Eş/dost/akraba
5. Komşu
6. Kitap/dergi/gazete
7. Diğer:……

4- Geleneksel/ Tamamlayıcı tıp yöntemlerini faydalı buluyor musunuz? Cevabınız evet ise neden faydalı buluyorsunuz? Cevabınız hayır ise neden faydasız buluyorsunuz?

1. Evet:……
   ……
2. Hayır:……
   ……..

5- Daha önce Geleneksel Tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandınız mı? Cevabınız evet ise hangilerini kullandınız?

1. Evet kullandım
   …….
2. Hayır kullanmadım
   ……

6- Kullandığınız Geleneksel/ Tamamlayıcı tıp yöntemini nerede ve kime yaptırdınız?

1. Hastanede, sağlık personeline
2. Geleneksel Tamamlayıcı/ Tedavi ünitesi/kliniğinde, sağlık personeline
3. Evde, sağlık personeline
4. Evde, sağlık personeli olmayan birine
5. Diğer:……..

7- Kullandığınız Geleneksel/ Tamamlayıcı tıp yöntemini hangi rahatsızlığınız için kullandınız?

1. Sağlık bakımı için
2. Stresi azaltmak için
3. Saç ve yüz bakımı için
4. Kilo vermek için
5. Sigarayı bırakmak için
6. Baş ağrısı/miğren
7. Diğer nedenler (lütfen hangi şikayet ya da rahatsızlık için kullandığınızı yazınız): …….

8- Kullandığınız Geleneksel Tamamlayıcı tıp yönteminin yan etkileri hakkında bir bilginiz var mı? Cevabınız evet ise belirtiniz?

1. Evet: …….
2. Hayır: …….

9- Kullandığınız Geleneksel /Tamamlayıcı tıp yönteminin size bir yan etkisi oldu mu? Cevabınız evet ise hangi yönteme bağlı ve ne olduğunu belirtiniz?

1. Evet: …….
2. Hayır: …….

10- Kullandığınız Geleneksel /Tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkında aile hekiminizle konuşur musunuz?

1.Evet 2. Hayır

11- Geleneksel/ Tamamlayıcı tıp yöntemine başvurduğunuzdan aile hekiminizin haberi var mı? Cevabınız evet ise sizi bu konuda bilgilendirdi mi?

1. Evet:…….
2. Hayır:……..

12- Geleneksel/ Tamamlayıcı tıp yöntemlerini çevrenize önerir misiniz? Cevabınız evet ise neden önerirsiniz? Cevabınız hayır ise neden önermezsiniz?

1. Evet:……
…
2. Hayır:……
……

13- Aşağıdaki ölçeği kullanarak katılma ya da katılmama derecenizi belirtmek için her bir ifadenin karşısındaki boşluğa işaretleme yapınız.

1- kesinlikle katılmıyorum **2- katılmıyorum** **3- katılma ihtimalim zor**
4- fikrim yok **5- katılabilirim** **6- katılıyorum**
7- kesinlikle katılıyorum

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği

		1	2	3	4	5	6	7
1.	En son doktora gidişimde aldığım sağlık hizmetinden çok memnun kaldım.							
2.	İnsan bedeni esasen kendi kendini iyileştirebilir, sağlık hizmeti sunan kişilerin görevi de bu iyileşme sürecine yardımcı olmaktır.							
3.	Sağlık, ruhen, bedenen, zihnen bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlığımla ilgilenecek kişi de bu durumu dikkate almalıdır.							
4.	En son doktora gidişimde, sağlığımla ilgili sorduğum önemli sorulara doktorumun verdiği cevapları anladım.							
5.	Doktorların öneri ve uygulamalarına kıyasla tamamlayıcı tıbba dair öneri ve uygulamaları kendime daha yakın buluyorum.							
6.	Tamamlayıcı tıbbın sağlığa olumlu etkisi insanların tamamlayıcı tıbba olan inancından(öğrenilmiş beklenti) kaynaklanmaktadır.							
7.	Tamamlayıcı tıpta kullanılan iyileştirme yöntemlerinin doktorların (modern tıbbın) uyguladığı tedavilerden daha doğal olduğunu düşünüyorum.							
8.	Sağlık hizmeti almak için sıklıkla başvurduğum doktora çok güvenirim.							
9.	Tamamlayıcı tıbbın halkın sağlığı için bir tehdit olduğunu düşünüyorum.							
10.	Beden ve ruh sağlığımız, içimizdeki bir enerji veya yaşama gücü tarafından korunup sürdürülmektedir							
11.	Doktorlara ve hastanelere güvenmiyorum, bu nedenle mümkün olduğu kadar az gitmeye çalışıyorum.							
12.	Hastanın hissettiği rahatsızlıklar, vücudunun dengesinin bozulması veya bir organdaki bozukluğun tüm vücudu etkilemesi şeklinde değerlendirilebilir.							
13.	Sağlık ve hastalık pozitif iyileştirici enerji ile negatif yıkıcı enerji arasındaki dengenin bir yansımasıdır.							
14.	En son doktora başvurduğumda, doktor sorunumun ne olduğunu anlamadı.							
15.	Hastanın beklentileri, sağlık ile ilgili inançları ve manevi değerleri sağlık hizmeti ile bütünleştirilmelidir.							
16.	Doktoruma son gittiğimde onunla konuşmakta zorlandım.							

17.	Çoğu zaman, doktorumun uyguladığı tedavilerin olumsuz yan etkileri olacağından endişeleniyorum.							
18.	Tamamlayıcı tıp uygulamalarından sonra veya tamamlayıcı tıp ürünlerini kullandıktan sonra kendimi oldukça rahatlamış hissediyorum.							
19.	Tamamlayıcı tıp uygulamalarının, kendi sağlığımın kontrolünü ele almamı sağladığına inanıyorum.							
20.	Sağlık problemlerimle kendi kendime başa çıkmayı tercih ederim.							
21.	Tamamlayıcı tıp tedavi yöntemlerinin çoğu vücudumuzun sahip olduğu kendini iyileştirme gücünü aktif hale getirmektedir							
22.	Tamamlayıcı tıp, içerisinde doktorların da faydalanacağı fikir ve yöntemleri barındırmaktadır.							
23.	Bilimsel yöntemlerle denenmemiş tedavi yöntemleri teşvik edilmemelidir							
24.	Sağlık sorunum için tamamlayıcı tıbbın, doktorların uyguladığı tedavilerden daha etkili olacağına inanıyorum.							
25.	Tedavi uygulanırken, insanın bir bütün olarak ele alınması benim için önemlidir.							
26.	En son doktora başvurduğumda, aldığım tedavi iyileşmemde etkili oldu.							
27.	En son doktora başvurduğumda, doktor bana yeterli zaman ayırmadı.							

14- Sağlık algısını ölçen aşağıdaki ölçeği lütfen eksiksiz cevaplayınız.

1-hiç katılmıyorum 2-katılmıyorum 3-kararsızım

4-katılıyorum 5- çok katılıyorum

Sağlık Algısı Ölçeği

		1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Sağlığımı çok düşünürüm.					
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olur					

4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
6	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık kafam karışıyor.					
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

16- Aşağıdaki yetişkin Sağlık Okuryazarlığı ölçeğini lütfen eksiksiz cevaplayınız:

1- Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Baş dönmesi
2. Göz kararması
3. Terleme
4. Baş Ağrısı
5. Halsizlik
6. Bilmiyorum

2- Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Baş dönmesi
2. Göz kararması
3. Terleme
4. Baş Ağrısı
5. Halsizlik
6. Bilmiyorum

3- Düzenli olarak tartılır mısınız?

1. Evet
2. Hayır
3.

4- Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

5- Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derecedir?

1. 36 C0 üstü
2. 36.5C0 üstü
3. 37 C0 üstü
4. 37.5 C0 üstü
5. Bilmiyorum

6- Ev ortamında ateşli durumda ilk olarak neler yapılabilir?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Ilık duş almak/aldırmak
2. Acile başvurmak
3. Soğuk suya tutmak
4. Terletmek için üzerini örtmek
5. Başına sirkeli bez koymak
6. kıyafetini çıkarmak
7. Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak
8. Bilmiyorum

7-Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir? (birden fazla şık işaretleye bilirsiniz)

1. Eşin korunması (geri çekme)
2. Kondom (prezervatif)
3. Ria (spiral)
4. Doğum kontrol hapları
5. Bilmiyorum

8-Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?

……..

9- Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?

……..

10- Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?

1. Yemekten hemen önce
2. Yemekten 1 saat önce
3. Yemekle beraber
4. Bilmiyorum

11- Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?(birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Dahiliye
2. Gastroenteroloji
3. Üroloji
4. Kardiyoloji
5. Acil
6. Bilmiyorum

12- Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1.Dâhiliye
2.Gastroenteroloji
3.Üroloji
4. Kardiyoloji
5.Acil
6.Bilmiyorum

13- A. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız. (*Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.)*

Kendi kendine meme muayenesi	( )	a. 50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi tarama testi	( )	b. 18 yaşından itibaren her ay
Pap smear testi	( )	c. 40 yaş üstü kadınlar için iki yılda bir
Bağırsak kanser taraması	( )	d. 18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

13- B. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız (*Bu bölümü sadece kadınlar cevaplayacaktır.)*

Kendi Kendine Testis Muayenesi	( )	a.18 yaş ve üzeri erkekler için her ay
Prostat Kanseri Testi	( )	b.50 yaş üstü bireyler için her yıl
Bağırsak Kanseri Taraması	( )	c.50 yaş üstü erkekler için her yıl

14- Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Dahiliye ( )	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji ( )	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri ( )	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji ( )	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji ( )	e. İç Hastalıkları

15- Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır

16- Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?
1- Evet 2- Hayır

17- Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?
1- Evet 2- Hayır

18-Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşarmışınız?
1- Evet 2- Hayır

19-Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?
1- Evet 2- Hayır

20- Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?
1- Evet 2- Hayır

21- Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?
1- Evet 2- Hayır

22- Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?
1- Evet 2- Hayır

23- Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazı