



**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ**

ALTUN GÜNDAY

UZMANLIK TEZİ

**DOÇ. DR. ÖZGÜR ENGİNYURT
TEZ DANIŞMANI**

ORDU 2019

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN GELENEKSEL VE
TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA
BİLGİ DÜZEYİ**

ALTUN GÜNDAY

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özgür Enginyurt

ORDU-2019

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.


Altun Günday

ONAY

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/09/2019

BAŞKAN

İmza
Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

ÜYE

İmza
Prof. Dr. Turan SET
Karadeniz Teknik Üniversitesi

ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Arzu AYRALER
Giresun Üniversitesi

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

Giriş: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GTT) tüm dünyada önemini artırmaktadır. Hastaların bu konu üzerinde ne kadar bilgi sahibi oldukları, sahip oldukları bilgilerin doğruluk derecesi, bu tedavi yöntemlerini doktor denetimi olmadan kendi başlarına uygulamalarının sakıncaları önem arz etmektedir. Bu çalışma hastaların GTT konusunda bilgi düzeylerinin ve tutumlarının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine Kasım 2018 - Nisan 2019 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü gönüllü hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu katılımcıların kişisel özelliklerini, GTT uygulamaları ile ilgili bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçen toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

Bulgular: Araştırmaya %60.7'si kadın, %39.3'ü erkek olmak üzere toplam 450 kişi katılmıştır. Hastaların %70.7'sinin fitoterapi yöntemini, en az ise larva yöntemini (%1.3) uyguladıkları; GTT yöntemleri hakkında hastaların %11.3'ünün iyi düzeyde, %44'ünün orta düzeyde, %39.8'inin az düzeyde bilgileri olduğu görülmüştür. Hastaların çoğunun (%85) GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inandıkları, %5.5'inin sıklıkla, %74.9'unun arasına GTT yöntemlerini kullandığı gözlenmiştir. Hastaların %40.2'sinin doktor, %35.8'inin ise akraba ve %34.4'ünün arkadaş-komşu tavsiyesi üzerine GTT yöntemlerine başvurduğu görülmüştür.

Sonuç: Hastaların GTT uygulamaları hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, bu tedavi yöntemlerini uygularken doktor denetiminin genelde olmadığı görülmüştür. Günümüzde dünya çapında uygulanmakta olan GTT yöntemlerinin ülkemizde de verimli bir şekilde kullanılabilmesi için sağlıkçıların ve hastaların bu yöntemler hakkında bilinçlendirilmesi, uygun denetimlerin yapılmış olduğu merkezlerde bakanlık tarafından sertifikalı kişiler tarafından GTT yöntemlerinin uygulanmasının teşvik edilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, bilgi düzeyi, tutum

ABSTRACT

LEVEL OF KNOWLEDGE OF TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE METHODS OF PATIENTS APPLYING TO FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC

Introduction: Traditional and complementary medicine (TCM) is increasing its importance all over the world. It is important to know how much patients know about this subject, the degree of accuracy of the information they have and the drawbacks of applying these treatment methods on their own without the supervision of a doctor. This study was conducted to determine the knowledge about TCM and attitudes of patients towards it.

Materials and Methods: The population of the study consisted of volunteers over 18 years old who applied to Ordu University Training and Research Hospital Family Medicine outpatient clinic between November 2018 - April 2019. The data of the study was collected by using the questionnaire prepared by the researcher. The questionnaire consists of 26 questions that measure the personal characteristics of the participants, their knowledge about TCM practices and their attitudes towards them.

Results: A total of 450 participants, 60.7% female and 39.3% male, participated in the study. It was seen that 70.7% of the patients applied phytotherapy method, at least the larval method (1.3%) applied; 11.3% of the patients had good knowledge, 44% had moderate and 39.8% had little information about GTT methods. It was observed that most of the patients (85%) believed that GTT methods were effective, 5.5% frequently and 74.9% occasionally used GTT methods. It was seen that 40.2% of the patients applied to GTT methods on the advice of doctor, 35.8% of them on the advice of relatives and 34.4% of them on the advice of friends and neighbors.

Conclusion: It was observed that the patients' level of knowledge about TCM applications was insufficient and physician supervision was generally not available when applying these treatment methods. In order to use the TCM methods which are currently being used worldwide in our country, it would be beneficial to raise the awareness of health professionals and patients about these methods and to encourage the implementation of TCM methods by certified persons in the centers where appropriate audits are performed.

Keywords: Traditional and complementary medicine, knowledge level, attitude



TEŐEKKÖR

Doğduğum günden bu yana yanımda olan, yaptıkları fedakarlıklar ile bugüne gelmemi sağlayan, varlıkları ile huzur bulduğum çok değerli aileme, ufkumu genişleten bana öğrettikleri sayesinde tıp faköltesini kazanmamda ve mezun olmamda emeği olan ilk öğretenim Recep Usta başta olmak üzere tüm hocalarıma, uzmanlık eğitimimin başından itibaren bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, tezimin hazırlık aşamasında beni yönlendiren, yardımını eksik etmeyen tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Özgür Enginyurt'a, tezime yaptığı değerli katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Yeliz Kaşko Arıcı'ya, uzmanlık eğitimim boyunca güzel bir ekip olarak çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, palyatif servis, aile hekimliği polikliniği ve evde sağlık hizmetleri başta olmak üzere gittiğim tüm rotasyonlarda içten davranışları ile gülyüzünü, desteğini esirgemeyen tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KONULAR	Sayfa No
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
ONAY.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp.....	2
2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Gelişimi ve Kullanımı ...	3
2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Türkiye’de Gelişimi ve Kullanımı.....	4
2.4. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Tedavi Yöntemleri.....	6
2.4.1. Akupunktur.....	6
2.4.2. Refleksoloji.....	8
2.4.3. Osteopati.....	9
2.4.4. Homeopati.....	10
2.4.5. Kayropratik (Şiropatik).....	11
2.4.6. Larva Uygulaması (Maggot Tedavisi).....	12
2.4.7. Mezoterapi.....	14
2.4.8. Proloterapi.....	15
2.4.9. Apiterapi (Arı ve ürünleri).....	16
2.4.10. Fitoterapi.....	17

2.4.11. Sülük Uygulaması	18
2.4.12. Kuru Kupa-Yaş Kupa (Hacamat)	19
2.4.13. Müzik Terapi	20
2.4.14. Kaplıca Tedavisi (Balneoterapi).....	22
2.4.15. Dua Etme	23
2.4.16. Ozon Tedavisi.....	24
2.4.17. Hipnoz ve Hipnoterapi	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Evreni.....	27
3.2. Veri Toplama Aşaması	27
3.3. Kullanılan Yöntemler	27
3.4. Verilerin Analizi	28
4. BULGULAR	30
4.1. Demografik Değişkenlerin ve Anket Sorularının Frekans Analizi	30
4.2. Anket Sorularının Cinsiyet, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu, Yaşanılan Bölge ve Gelir Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları.....	36
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ.....	92
7. KAYNAKLAR	93
EKLER.....	99
Ek 1. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi Anket Formu	99
Ek 2. Etik Kurulu Kararı	103
Ek 3. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı.....	104
ÖZGEÇMİŞ.....	106

TABLolar DİZİNİ

S.

Tablo 4.1. Ankete katılan hastaların demografik özelliklerine göre frekans dağılım tablosu.	30
Tablo 4.2. Ankete katılan hastaların bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin frekans dağılım tablosu.	31
Tablo 4.3. Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin etkisine inanma, kullanma sıklığı, bilgi düzeyi ve önerme/tavsiye durumları hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.	32
Tablo 4.4. Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerini hangi hastalıklar ve şikayetler için uyguladıkları, GTT yöntemleri ve modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceleri ve bunların karşılaştırma sorularına verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu. .	34
Tablo 4.5. Ankete katılan hastaların GTT yöntemi uygulama ihtiyacını neden hissettikleri ve GTT yöntemlerinin bilinen yan etkilerinin sorgulandığı sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.	35
Tablo 4.6. Ankete katılan hastaların GTT yöntemleri ile ilgili geleceğe dönük beklentileri hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu	36
Tablo 4.7. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz.” Sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.	37
Tablo 4.8. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	38
Tablo 4.9. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumularına göre dağılımı tablosu.	39
Tablo 4.10. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.	40
Tablo 4.11. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	41
Tablo 4.12. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.	42
Tablo 4.13. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.”	

sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	43
Tablo 4.14. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.	44
Tablo 4.15. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.	45
Tablo 4.16. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	46
Tablo 4.17. “GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	47
Tablo 4.18. “GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	48
Tablo 4.19. “GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	49
Tablo 4.20. “GTT yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	51
Tablo 4.21. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.	52
Tablo 4.22. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	52
Tablo 4.23. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.	53
Tablo 4.24. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.	54
Tablo 4.25. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	54
Tablo 4.26. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.	55
Tablo 4.27. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu. ...	56
Tablo 4.28. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.	57

Tablo 4.29. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu	58
Tablo 4.30. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	59
Tablo 4.31. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.....	60
Tablo 4.32. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	61
Tablo 4.33. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.....	62
Tablo 4.34. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.....	63
Tablo 4.35. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	64
Tablo 4.36. “Aynı hastalık veya şikâyetler için doktora başvurduğunuz mu?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.....	66
Tablo 4.37. “Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	67
Tablo 4.38. “Aynı hastalık veya şikâyet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.....	68
Tablo 4.39. “Modern tıbbi tedavi ile GTT uygulamasını kıyaslar mısınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.....	70
Tablo 4.40. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.....	71
Tablo 4.41. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	72
Tablo 4.42. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.....	73
Tablo 4.43. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.....	74

Tablo 4.44. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	75
Tablo 4.45. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.	76
Tablo 4.46. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.	77
Tablo 4.47. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.	78
Tablo 4.48. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.	79
Tablo 4.49. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.	80
Tablo 4.50. “GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapıp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	81
Tablo 4.51. “Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	82
Tablo 4.52. “GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.	84

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- CAM : Complementary and Alternative Medicine
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- GTT : Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
- LDT : Larva debridman tedavisi
- MDT : Maggot debridman tedavisi
- NIH : Ulusal Sağlık Enstitüsü
- NHIS : Ulusal Sağlık Mülakat Anketi
- OMT : Osteopatik manipulatif tedavi
- TCM : Traditional and Complementary Medicine
- WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

Günümüzdeki modern tıp evrensel olup 1 800'lü yıllardan itibaren şekillenmeye başlamış, gözlem ve deneye dayalı olan, istatistik, kimya gibi bilimleri esas alan, ilaç tedavisini öngören, cerrahi ve acil konusunda çok gelişmiş olan bir bilim dalıdır (Altıntaş, 2015).

Modern tıp öncesinde ise hastaların tedavi edilmesi için yine gözlem ve deneye dayanan, evrensel olan geleneksel tıbbi yöntemler mevcuttu. Geleneksel tıbbın geçmişi çok eski yıllara dayanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre 'Geleneksel tıp; sağlığın korunmasında kullanılan, aynı zamanda fiziksel ve zihinsel hastalıkların teşhisinde, iyileştirilmesinde, tedavisinin açıklanmasında veya uygulanmasında kullanılan farklı kültürlerle özgü teorilere, inanç ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır' (WHO, 2000).

Tamamlayıcı tıp ve alternatif tıp birbiri ile yakın anlamlı kullanılan terimlerdir. Biz çalışmamızda alternatif tıp yerine tamamlayıcı tıp kavramını kullanacağız. Tamamlayıcı tıp, modern tıbbın alanına girmeyen ve fayda sağladığına inanılan ilave tedavi yöntemleri içeren sağlık uygulamalarıdır (Aydın, 2011).

Çalışmamızda da görüleceği üzere hastaların büyük çoğunluğu GTT tedavi yöntemlerini kullanmaktadır. Hastalar genelde bu yöntemleri doktorlardan yardım almadan uygulamaktadırlar. Kayıtdışı olan bu tedavi yöntemlerinin 27 Ekim 2014 tarihli resmi gazetede yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile kayıt ve disiplin altına alınması hedeflenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 2014).

Bu çalışmamızda geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GTT) yöntemleri hakkında bilgi verilecek, aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların GTT yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları hakkında yapmış olduğumuz araştırmanın sonuçları değerlendirilecek, GTT yöntemlerinden daha etkin, zararsız ve verimli bir şekilde yararlanılabilmesi için çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

Geleneksel tıp, fiziksel ve zihinsel hastalıkların iyileştirilmesi, tedavi edilmesi veya sağlığın korunması amacıyla kullanılan, açıklanabilir olsun ya da olmasın çeşitli kültürlerde deneyimlere ve gözlemlere dayanarak geliştirilmiş bilgi, beceri ve uygulamalar toplamıdır (Othman ve Farooqui, 2015).

Tamamlayıcı tıp kavramı ise daha farklı anlamlar taşır. Tamamlayıcı tıp; geleneksel tıp ile birlikte kullanılan, iyileştirici özellikler barındıran, modern tıp tedavisine ilave olarak kullanılan yöntemler olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle tamamlayıcı tıp, modern tıbbın yerine değil onun ile birlikte, ona paralel olarak yürütülen, destekleyici, tedaviyi olumlu yönde arttırıcı, belirtileri ve/veya tedavinin yan etkilerini azaltıcı yöntemlerdir (O'Connor ve ark., 1997).

GTT yöntemleri kullanımının amaçları genel olarak; tedaviye destek olmak, tedaviyi sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek, kendini iyi hissettirmek, ilaçların yan etkilerini azaltmak, immün sistemi güçlendirmek, kanser gelişimini veya kanserin tekrarlamasını önlemek, hastalık sürecini geriletirerek potansiyel bir kür sağlamak, ağrıyı azaltmak, stres ve anksiyeteyi azaltmak, uykuyu düzenlemek, fiziksel ve psikolojik destek sağlamaktır. Kanser hastalarının GTT yöntemleri ve konvansiyonel tedavilerle ilgili düşünceleri, sahip oldukları inançları, kültürel kökenleri bu tedavileri kullanmalarını büyük oranda etkilemektedir. Hastalar GTT uygulamalarını kanserin tedavisi üzerinde kontrol algısını motive etmesi ve etkili olmasının yanısıra güvenilir, zararsız bir tedavi şekli olarak gördükleri için kullandıklarını belirtmektedirler (Özçelik ve Fadiloğlu, 2009).

Tamamlayıcı tıp veya alternatif tıp kavramları kimi yerlerde geleneksel tıp ile aynı anlamda kullanılabilir. Tüm bu terimler ülkenin halihazırdaki sağlık sistemine doğrudan bağlanmamış değişik tedavi yöntemlerini belirtmektedir. Son yıllarda gerek Dünya Sağlık Örgütü nezdinde, gerekse ülkemizde bu konu ile ilgili yapılan tartışmalarda tıbbın alternatifinin olmayacağı, ancak tedavinin alternatifinin olabileceği düşüncesi ile alternatif tıp teriminin kullanımı azalmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark., 2015).

Bugün geleneksel ve tamamlayıcı tıp terimi daha yaygın kabul görmektedir. Biz de çalışmamızda geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GTT) ifadesini kullanmayı tercih ettik.

2.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Gelişimi ve Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün GTT yöntemlerinin dünya çapındaki görünümü ile ilgili yapmış olduğu yayınında ülkelerin karşılaştırmalı olarak durumunu özetlemiştir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın en yaygın olarak kullanıldığı ülkelerin başında Çin ve Japonya gelir. Çin'de bulunan hastanelerin yaklaşık %95'inde geleneksel tıbbın modern tıp ile birlikte uygulandığı, bunlar arasında akupunkturun önemli yer tuttuğu, geleneksel tıpla ilgilenen 2 500'den fazla hastanenin, 350 000'den fazla sağlık elemanının bulunduğu, kişilere uygulanan sağlık sigortasının modern tıp uygulamaları ile birlikte geleneksel tıp uygulamalarını da kapsadığı, 170 adet geleneksel tıp araştırma enstitüsünün mevcut olduğu; Japonya'da sadece doktorların GTT tedavi yöntemlerini yapabildiği ve altı yıl süre ile eğitim veren tıp okullarından on sekizinde zorunlu bir şekilde GTT yöntemleri öğretildiği, ayrıca 46 fakültede dört yıllık tamamlayıcı tıp eğitim programı açıldığı hususları belirtilmektedir (Karahancı ve ark., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 yılı aşan ve 123 ülkeyi kapsayan büyük çaplı araştırmasında elde edilen veriler de göstermektedir ki GTT tedavi yöntemleri bütün dünyada önemini ve kullanımını devam ettirmekte ve bir çok ülke tarafından da resmi olarak desteklenmektedir. Örneğin ABD'de GTT hem kamu hem de özel sektör sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahiptir. ABD'de alternatif tedavi yöntemlerinin kolaylaştırılması ve değerlendirilmesi, akupunktur dahil geleneksel tedavi yöntemleri üzerinde çalışmalar yapılması amacıyla 1991 yılında Alternatif Tıp Ofisi kurulmuştur. Ayrıca GTT yöntemleri hakkında yasal mevzuat ve düzenlemeler de yapılabilmektedir (WHO, 2001)

ABD'de 1997 yılında yapılan bir ankette yetişkin nüfusun %42.1'inin tamamlayıcı tıp uygulamalarından en az birini kullandığı, kullanma oranının 1990 yılındaki %33.8 olan oranın çok üzerinde seyrettiği görülmüştür. GTT yöntemlerine yapılan harcamaların ise 1990 ile 1997 yılları arasında %45.2 oranında arttığı

gözlemlenmiştir (WHO, 2001).

2012 yılında yapılan başka bir çalışmada GTT uygulamalarının yaygın olduğu ülkeler Çin, Hindistan, Japonya başta olmak üzere ABD, Küba, Avustralya, Kore, Rusya, İngiltere ve Almanya olduğu, ayrıca GTT kullanımının yetişkinlerde çocuklara nazaran daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Harris ve ark., 2012).

1998 yılında Amerikan Kanser Derneği dergisinde yayınlanan bir çalışmada dünyada kanser hastalarının GTT kullanımı sıklığının %7-64 arasında değiştiği, ortalama %31.4 olduğu belirtilmiştir (Ernst ve Cassileth , 1998).

2005 yılında Avrupa'da 14 ülkenin dahil olduğu toplam 956 hastanın katıldığı bir anket çalışmasında hastaların %35.9'nun GTT kullandığı, kullanım oranının İspanya'da %29.8, İsrail'de %32.4, Danimarka'da %36, İngiltere'de %29.4 olduğu bulunmuştur (Molassiotis ve ark., 2005).

Çocuklarda GTT kullanımı da oldukça sıktır. Çocuklarda GTT yöntemlerini konu alan çalışmaların değerlendirilmesi amacıyla 2008 yılında yapılan bir literatür araştırmasına göre, çocuklarda GTT kullanımının %18.4-95 arasında değişmekte olduğu belirlenmiştir (Özcebe ve Sevensan, 2009). Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezinin raporuna göre 2007 yılında ABD'de çocukların %11.8'nin GTT kullandığı belirtilmiştir (Barnes ve ark., 2008).

2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerinin Türkiye'de Gelişimi ve Kullanımı

Türkiye'de 1991'de çıkarılan 'Akupunktur Tedavi Yönetmeliği' GTT uygulamalarına yönelik yapılan ilk düzenlemedir. Bu yönetmelik ülkemizde yapılmakta olan akupunktur tedavi yönteminin bilimsel metodlarla yapılmasını sağlamak amacı ile çıkarılmıştır. Yönetmelikte, akupunkturun ne olduğu ve nasıl uygulanacağı tanımlanmış, kimlerin uygulayabileceği ve verilecek olan eğitimler belirtilmiş ayrıca denetimi için bir "üst kurul" oluşturulacağı belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 1991).

En son 2014 yılı Ekim ayında "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" çıkarılmış ve bu alanda Türkiye farklı bir aşamaya geçmiştir. Çıkarılan yönetmelikte tedavi yöntemlerini uygulayacak olanların kimler olduğu ve nasıl

eğitileceği, bu yöntemleri uygulayacak sağlık kurumlarının özelliklerinin neler olması gerektiği, hangi hastalığa hangi yöntemin uygulanması gerektiği gibi konular yer almıştır. Akupunktur harici GTT yöntemlerine ilk kez bu yönetmelikte değinilmiştir. Yönetmelikte akupunktur, fitoterapi, apiterapi, müzikterapi, sülük uygulaması, hipnoz, kayropraktik, osteopati, larva uygulaması, mezoterapi, ozon uygulaması, refleksoloji, kupa (kuru kupa ve yaş kupa-hacamat uygulaması), homeopati, proloterapi yöntemleri kabul edilen uygulamalardır (T.C. Resmi Gazete, 2014).

Yönetmelikte söz konusu tedavi yöntemlerini daha önce uygulayan kişilere ve bu kişilerin eğitimlerinin nasıl olması gerektiğine ilişkin standartlar ve sınırlamalar getirilmiştir. Buna göre GTT yöntemlerini uygulama yetkisi sadece hekimlere, eczacılara ve diş hekimlerine verilmiştir. Eczacı ve diş hekimlerine kendi alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla yetki verilmiştir. Kamu veya özel sağlık merkezlerinde tahsis edilecek uygulama üniteleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri veya üniversitelerde kurulan sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinin uygulama yeri olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir. Uygulama yerlerinde bulundurulması gereken cihaz ve malzemelere ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Tanımlanmış olan uygulama yerlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş olması durumunda, söz konusu alanlarda eğitim verilebileceği ifade edilmiştir. Ayrıca onbir üyeden oluşacak bir bilimsel komisyon kurulması öngörülmüştür. Üyeler multidisipliner uzmanlık dallarında eğitilmiş ve deneyimli kişilerden oluşacaktır. Bu komisyonun görevi; uygulama yerlerine birtakım asgari standartlar getirilmesi, uygulama yeri açılması konusunda yapılan başvuruların uygunluğunun değerlendirilmesi, uygulama alanlarının tespit edilip endikasyonlar ve çıkabilecek yan etkiler konusunda görüş belirtilmesi, GTT yöntemleri hakkında bilimsel çalışmalar yapılması veya yaptırılması olarak belirtilmiştir (Mollahaliloğlu ve ark., 2015).

Bu yönetmelik ile amaçlanan GTT alanında mevcut olan boşlukları doldurmak, yetkisi olmayan ve ehliyetsiz kişiler tarafından yapılan endikasyon dışı uygulamaları engellemektir. Ayrıca konu ile ilgili verilen eğitimlere, eğitimcilere ve eğitim veren kurumlara ilişkin belli standartlar getirerek, hangi tedavi yöntemlerinin hangi hallerde uygulanması gerektiğine dair düzenlemeler yaparak, GTT yöntemleri ile ilgili kaydadeğer bir adım atılmıştır (Mollahaliloğlu ve ark., 2015).

2.4. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Tedavi Yöntemleri

2.4.1. Akupunktur

Türkçe anlamı iğnelemek olan akupunktur, vücut organizmasının kendi kendini tedavi ettiği, yan etkisinin olmadığı, ilaçsız bir tedavi yöntemi olarak bilinir. İnsan bedeninin kendi kendisini onarma gücü ve bağışıklık sistemi oldukça iyi olduğu için, akupunktur belli uyarı noktalarını tetikleyip vücudumuzda bulunan bu onarma gücünü hareketlendirmeyi amaçlamıştır. Bu uyarı noktalarına akupunktur noktaları denir. Bu akupunktur noktaları uyarılarak vücudun kendi kendisini tedavi etmesi sağlanır, böylece ilaç tedavisi olmadan organizma kendi imkanlarıyla hastalığın ortadan kaldırılmasını sağlar (Kavaklı, 2010).

Akupunktur noktaları vücutta bağışıklık sistemine girişi sağlayan bir kapı şeklinde düşünülebilir. Akupunktur noktalarının doğru ve güvenilir bir şekilde bulunması büyük önem taşımaktadır. Zira yanlış noktalara iğne batırılması tedaviyi sonuçsuz bırakır ve araştırma sonuçlarını da yanıltabilir. Akupunktur noktaları; doğrudan yöntem (parmak cun), orantısal (proporsiyonel) yöntem (kemik cun), parmak genişliği yöntemi olmak üzere üç yöntem ile bulunur. Akupunktur noktalarını bulmada kullanılan birim “cun” olarak adlandırılır ve buna Çin’in anatomik santimetresi de denir. Bu yöntemlerden hangisini daha etkin olduğu konusunda herhangi bir fikir birliği yoktur (Erpek, 2017).

Akupunktur yaklaşık 3 000 yıldır uygulanmakta olup vücudun belirli bölgelerine sivri bir cisim batırılarak uygulanmaya başlamış, ilk başlarda bu sivri cisim taşlar iken sonraları iğneye dönüşmüştür. Şu an ise bu iğneler duruma göre altın, gümüş, çelik iğneler olabilmekte hatta iğne yerine lazer akupunktur uygulaması da yapılmaktadır (Erpek, 2017).

İlk olarak akupunktur noktasına akupunktur iğnesi batırılır. Böylece oluşan uyarılar merkezi sinir sisteminde kortekse kadar ulaşır ve mezensefalon bölgesinde periakuaduktal gri cevher ve periventriküler bölgedeki nöronları uyararak ağrı kontrol sistemini harekete geçirmiş olur. Bu sistemin aktifleşmesi ile beyin dokusunda ve plazmada beta endorfin, noradranalin, enkefalin ve serotonin hormon düzeyleri artar. Ağrı bölgesinde analjezik ve antiinflamatuvar etki oluşur. Bu mekanizma ile ağrı sendromu tanılı hastaların tedavisinde akupunktur yöntemi etkin bir tedavi olarak

kullanılabilmektedir (Cabrioğlu, 2008)

Akupunktur inen inhibitör yolakları aktive ederek dorsal boynuzda inhibisyona yol açar. Akupunktur; lomber disk hernisi tedavisinde analjezik, antienflamatuvar, miyorelaksan ve antiödem etkisi ile kullanılmaktadır. Ayrıca kronik ağrı nedeniyle oluşan anksiyete ve depresyon üzerine olumlu etkisi nedeniyle tedavilerde iyi sonuçlar alınmasını desteklemektedir. Literatüre bakıldığında akupunkturun kronik ağrılarda etkin olduğuna dair birtakım kanıtlar olduğu gibi akut bel ağrılarında da ağrının azalmasında ilaçlardan daha etkili olduğuna dair net olmayan, ancak umut veren çalışmalar bulunmaktadır (Murat ve ark., 2016).

Akupunktur uygulamasının vücutta yapıldığı yerler vücut gövdesi, kollar bacaklar, eller, ayaklar kulaklar ve baş gibi bölgelerdir. Günümüzde akupunktur uygulama teknikleri olarak başta kuru iğne olmak üzere lazer, infrared, elektroakupunktur ve moxa uygulamaları mevcuttur (Kavaklı, 2010).

Vücut akupunkturu yönteminde; vücuda konulan iğneler uygulanan bölgelere göre değişik uzunlukta olup 15-30 dakikalık seanslar sonunda bu iğneler çıkarılır. Tedavi süresi hastalığın çeşidine ve hastanın durumuna göre değişir, 10-15 seansa kadar, bazen daha da uzun sürelerde tedavi devam edebilir. Vücut akupunkturu ile gövde, baş, boyun, kollar ve bacaklar, eller ve ayaklar gibi vücudun çeşitli kısımlarındaki akupunktur noktalarına çeşitli büyüklükteki iğneler batırılarak korteks aracılığı ile organizmanın neredeyse tamamında gerekli organlara uyarılar gönderilir (Kavaklı, 2010).

Kulakta hemen her organın bir yansıma alanı bulunur, kulak vücudun aynasıdır, bir mikrosistemdir, vücutta bozulan bir fonksiyon kulaktan teşhis edilebilir. Kulak akupunkturu yönteminde; kulakta bulunan bu yansıma alanları üzerindeki akupunktur noktalarının uyarılması ile organların fonksiyonel ve hormonal bozuklukları tedavi edilebilir. Kulakta bulunan akupunktur noktaları vücut akupunkturundakinin aksine birbirine çok yakın olduğu için yer tespiti amacıyla dedektör kullanılır, sonrasında işlem yapılır (Tekçi, 2017).

Elektroakupunktur yönteminde; vücuttaki veya kulaklardaki akupunktur noktalarına iğneler takılıp iğnelerin ucuna elektrik akımı verilir. Bu yöntem şiddetli bel ve boyun ağrıları için oldukça etkilidir (Kavaklı, 2010).

Lazer akupunktur yönteminde; iğne yapılmasına gerek yoktur. Uyarma işlemi lazer cihazları ile belirlenen noktalara lazer ışını gönderilerek yapılır. Bu yöntem daha çok iğne korkusu olan hastalarda uygulanır (Kavaklı, 2010).

ABD’de ağrı sendromu tanısı alan yaklaşık bir milyon insan her yıl akupunktur tedavisi almaktadır. Akupunktur tedavisi ile migren, gerilim tipi baş ağrısı, post-operatif ağrı, dismenore, osteoartrit, fibromiyalji, trigeminal nevralji gibi birçok hastalıkta değişik seviyelerde düzelmeler olduğu görülmüştür (Cabıoğlu, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1970 senesinde akupunkturu resmi tedavi yöntemi olarak kabul etmiş, 80’den fazla hastalıkta etkili olduğunu onaylamıştır. 2002 yılında İtalya’da yaptığı toplantıda akupunktur yöntemi ile tedavi edilmesi mümkün olan hastalıklar listesini yeni hastalıklar ekleyerek güncellemiştir. Bu sayı sürekli artmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu listeye göre akupunkturun asıl tedavi edici yöntem olarak ve destekleyici tedavi yöntem olarak uygulandığı hastalıklar bulunmaktadır (Erpek, 2017).

Türkiye’de 1991 yılında çıkarılan Akupunktur Yönetmeliği ile akupunktur tedavi metodu resmi olarak kabul edilmiştir. Bu yönetmeliğe istinaden Akupunktur Bilim Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul hangi kişilerin bu tedaviyi uygulayabileceğini, hangi hastalıklarda nasıl uygulanması gerektiğini, akupunktur tedavi yöntemi ile ilgili olarak eğitimin nasıl verileceğini düzenlemiştir (T.C. Resmi Gazete, 1991).

Akupunktur hakkında eğitim verilmesi için bazı fakülte ve eğitim hastaneleri yetkilendirilmiş, akupunktur dernekleri kurulmuştur. Böylece akupunkturu tanıtmak, iyileştirmek ve bilimsel çalışmalara destek vermek amaçlanmıştır. Bu dernekler ulusal ve uluslararası kongreler tertip ederek doktorların arasında bilgi ve deneyimlerini aktarmalarına yardımcı olmuşlardır (T.C. Resmi Gazete, 2002).

27 Ekim 2014 tarihinde yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama Yönetmeliği ile akupunktur yöntemi ile birlikte birçok tedavi yöntemi ile ilgili olarak düzenlemeler yapılmıştır.

2.4.2. Refleksoloji

Kelime anlamı itibariyle yansıtmaya veya aksetmeye anlamına gelen refleks kelimesinden gelen refleksoloji, nörolojik hastalıklar başta olmak üzere birçok

hastalığın iyileştirilmesinde destek tedavi sağlamak, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım etmek amacıyla, eller, ayaklar ve kulaklardaki belirli refleks noktalarına uygulanan bir masaj tekniğidir. Refleksoloji yönteminin ilk olarak Çin’de ve yaklaşık 5 bin yıl önce uygulandığı tahmin edilmektedir. Bugün tamamlayıcı tıp olarak kullanılan refleksoloji yöntemi, vücudun serbest enerji akışını sağlamak için kullanılan etkili ve zararsız bir yöntem olarak görülmektedir. Refleksoloji’nin gelişimi, tanıtımı, standartlarının belirlenmesi amacıyla Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü kurulmuştur.

Vücuttaki her organın el, ayak ve kulaklarda yansıdığı bir refleks noktası bulunmaktadır. Ayaklar refleksolojide en çok tercih edilen bölgedir. Ayaklar duyarlı, kolay ulaşılabilir ve büyük boyutlu olmasının yanında çok sayıda sinir sonlanması içermesi nedeniyle tercih edilme sebebidir. Refleks noktalarını ovarak ve sıkarak basınç uygulama ile gerçekleştirilen enerji dengeleme sistemi olan refleksoloji bedenin kendi kendini onarma kapasitesini harekete geçirir. Uygulamanın dolaşımın hızlanması, vücudun toksinlerden arınması, uyku kalitesinde artış ve bağışıklık sistemini güçlendirme gibi faydaları vardır. Refleks noktalarına basınç uygulanması ile periferik ve santral sinir sistemi uyarılır. Refleksoloji, nörolojik hastalıklarının tedavisinde oldukça fazla kullanılan yöntemlerden biridir. Fizik tedavi çalışmalarındaki verimliliği artırıp, daha çabuk sonuç alınmasını sağlar (Köksoy, 2008; Doğan, 2014).

2.4.3. Osteopati

Osteopatik Manipülatif Tedavi (OMT); kas iskelet sistemi bozukluklarında konvansiyonel tedaviyi tamamlamak amacıyla osteopati hekimleri tarafından sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde sıkça kullanılan, doktorların ellerini ve OMT hakkındaki bilgilerini kullanarak yaptıkları önemli ve bütüncül yaklaşımli bir tedavi yöntemidir. OMT yöntemi hastalık merkezli olmaktan daha ziyade hasta merkezli bir yaklaşım sergilemektedir. OMT bel ağrılarında etkili bir tedavi yöntemidir. Osteopatik tıpın temelleri Dr. Andrew Taylor Still tarafından 1870 lerde atılmıştır. Andrew Taylor Still, OMT’nin kan akımını artırıp, vücudun kendi kendine iyileşmesine fırsat verdiğini teorik olarak ispatlamıştır. Temel felsefesi, vücudun bozulmuş olan kendi kendini iyileştirme mekanizmasını (otoregülasyon) aktif hale

getirmektir. ABD’de uygulayıcılar osteopatik hekimlerdir ve lisansları vardır. Dünyada yüzbinin üzerinde osteopati uzmanı görev yapmaktadır. Son yıllarda ülkemizde OMT teknikleri osteopat olan fizyoterapistler tarafından oldukça sık uygulanmaktadır (Yıldız ve ark., 2013; Altınbilek ve ark., 2016).

2.4.4. Homeopati

Homeopatinin kelime kökeni Yunaca’dan gelmekte olup homoios-benzer ve pathos-acı çekmek anlamındadır. Doktor Samuel Hahnemann 18. yüzyılda “benzer acı çekmek kavramı” temelinde homeopati prensibini bulmuş, homeopatiyi benzerle tedavi etme temel prensibi doğrultusunda geliştirmiştir. Hahnemann, homeopatik tedavi ile ilgili ilk çalışmasını sıtma üzerinde yapmış, buna göre normalde sağlıklı olan bir kişiyi sıtma yapan Cinchona’dan (kınakına ağacından) elde ettiği seyreltilmiş çözeltiliyi sıtma hastası olan başka bir kişide kullandığında iyileştirici etkisinin olduğunu gözlemlemiş, böylece homeopatik tedavinin ilk adımı atmıştır. Bir madde kişiyi hasta edebiliyorsa, aynı madde kişiyi tedavi de edebilir bu tedavi metodunun ana felsefesidir. Sağlıklı, herhangi bir rahatsızlığı olmayan insanda hastalık belirtileri oluşturan şey neyse, hasta olan bir kişide bu hastalık belirtilerini yok edebilir. Sonraki dönemlerde homeopati çalışmaları ve uygulamaları artmış, 1844 yılında Amerika’da “Amerikan Homeopati Enstitüsü”, Britanya’da “İngiliz Homeopati Birliği” kurulmuş, homeopatik hastaneler ve homeopatik tıp okulları faaliyete başlamış, bir çok ülkede homeopati ayrı bir uzmanlık dalı olarak yaygın bir şekilde kullanılan bir yöntem olmuştur.

Homeopati, genellikle bitkilerden elde edilen ana maddenin 10 ya da 100 kez seyreltilerek sağlık sorunlarını benzeri ile tedavi etme yaklaşımıdır. Klasik homeopatinin temel prensibi tek ilaç minimum dozdur. İlaçlar toplu iğne başı kadar granül veya solüsyon şeklinde olabilmektedir. Bireyde mevcut olan hastalığın semptomlarına benzer semptomlar yapan bitkisel madde seyreltilerek homeopatik ilaç olarak hasta bireye verilmesiyle vücudun kendi kendine doğal iyileşme sürecinin başlatıldığı doğal bir tedavi yöntemidir. Homeopatik ilaçlar genellikle bitkilerden ya da altın, kum gibi minerallerden elde edilir. Bu ilaçların kişiler üzerinde etkili olabilmesi için aşamalı ve tekrarlı bir şekilde uygun seyreltme işleminin ardından verilmesi gerekir. İlaçların seyreltilmiş formlarının ana maddeye göre daha fazla etkili

olduğu ve daha az oranda yan etkiye sahip olduğu grlmŖtir.

YaklaŖık 200 yıllık bir gemiŖe sahip olan homeopati; eŖitli hastalıkların, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde görülen rahatsızlıkların tedavi edilmesinde kullanılan tamamlayıcı bir yöntemdir. Özellikle doğum sırasında kontraksiyonların düzenlenmesi, doğum ağrısının azaltılması gibi durumlarda doğal iyileŖme sürecini baŖlattıđı, doğumun doğal bir Ŗekilde gerekleŖmesine yardımcı olduğu grlmŖtir.

Türkiye’de homeopati uygulamaları, GTT hakkında çıkarılan yönetmelik ile yasal zemine kavuŖmuŖtur. Böylece homeopati tedavi yöntemleri yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiŖ merkezlerde, bu alanda sertifikası bulunan hekim veya diŖ hekimleri tarafından uygulanabilecektir. Türkiye’de homeopati uygulamaları oldukça yenidir, bu alanda araŖtırmalar yapmak, uzman yetiŖtirmek amacıyla 2008 yılında Homeopati Derneği kurulmuŖtur (zakır ve Oflu Doğan, 2013; Partovi Meran ve Rathfisch, 2016).

2.4.5. Kayropratik (Ŗiropatik)

Kayropratik tedavi, tarihi çok eskilere dayanan insanlığın ilk tedavi yöntemlerinden biridir. Kayropratik kelimesi Eski Yunanca’dan gelmekte olup el ile tedavi etme anlamında kullanılmaktadır. Vücudun kendi kendini iyileŖtirme yeteneği olduğunu vurgulayan bu yöntem vücuttaki bozulan yapıyı el ile eski haline getirerek o bölgeye tekrar kan akıŖı sağlamak ve hasar grmŖ dokuları vücudun iyileŖtirmesine izin vermektir.

Kayropratik, modern tıbbın ilgi alanına 1895’li yıllarda Daniel David Palmer sayesinde girmiŖtir. Palmer, kayropratik biliminin ilk adımlarını atmıŖtır. Modern kayropratik bilimi; sinir-kas-iskelet sistemi içerisindeki biyomekanik bozukluklara bağlı rahatsızlıklarda, ilaç kullanmadan ve ameliyatsız olarak, birtakım teknikler veya cihazlar kullanarak el ile yapılan spinal ve ekstremiteler manipülasyonlarını içerir.

Omurgada meydana gelen bir eksen bozukluğu (sublüksasyon) sonucu vücut fonksiyonlarını gerektiği gibi sürdüremez hale gelir. Kayropratik yöntemi hakkında uzman kiŖiler multidisipliner yaklaŖım ile sinir-kas-iskelet sistemi içinde ileri boyutta olmayan biyomekanik bozuklukların tanı ve tedavisi ile ilgilenir.

Dünya Sağlık rgt’ne göre ‘‘Kayropratik, sinir-kas-iskelet sistemleri

bozukluklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesi ve bu bozuklukların genel sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili sağlık hizmeti veren, subluksasyon (çıkık ve kırık olmadan eksen bozulmuş normal eklem) üzerinde özel bir odaklama ile patolojik eklem biyomekaniğini düzelter ve vücudun doğal olarak iyileşmesini sağlayan ve elle tedavi yöntemlerini ve tekniklerini içeren bir uzmanlıktır.’’

Kayropraktik, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının genel sağlık ve sinir sistemi üzerindeki etkileriyle ilgilenen bir tedavi yöntemidir. Omurga başta olmak üzere yumuşak doku ve diğer eklemlerin biyomekanik bozukluklarını elle düzeltme tedavisine önem verir. Kayropraktik tedavi yöntemi, kas-iskelet sistemi hastalıklarında ağrıyı ve disabilitayı azaltır. Ayrıca bel ağrılarının tedavisinde diğer tıbbi tedavilere göre düşük maliyetlidir, ilaçsızdır. 2008 yılında bu alanda faaliyette bulunmak üzere Türkiye Kayropraktik Omurga Sağlığı Derneği kurulmuştur (Yıldız ve Ağaoğlu, 2013; Ağaoğlu ve ark., 2018).

2.4.6. Larva Uygulaması (Maggot Tedavisi)

Larva uygulaması; maggot debridman tedavisi (MDT) olarak da bilinen, *Lucilia sericata* türü sineğin steril olan larvaları ile canlı dokuya zarar vermeden nekrotik ve enfekte dokuyu temizlemeyi amaçlayan, kronik yaraların tedavisinde kullanılan özel bir uygulamadır.

Kronik yara 6-8 haftada tamamen iyileşmeyen yaralara denmektedir. Kronik yara enfeksiyonlarının tedavisi zordur. Yarada bulunan nekrotik doku yüksek miktarda enfeksiyon riski taşıdığından yaranın iyileşmesini geciktirir. Bu sebeple yaranın nekrotik, hasarlı veya enfekte doku ile yabancı cisimlerden temizlenmesi yani debride edilmesi gerekir. Debridman ile ortaya çıkan trombositler de yeni bir tedavi süreci başlatabilir.

Larva tedavisi ile nekrotik ve enfekte doku, larvaların salgıladıkları enzimler ile debride edilmekte, yaranın dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu yapılmakta ve dokunun granülasyon oluşturması için doku uyarılmaktadır. Uygun ve yeterli debridman yara iyileşmesinde son derece değerlidir. Tüm bu katkılarından dolayı larva tedavisi; iyileşmeyen, tıbbi tedavilere cevap vermeyen inatçı kronik yaraların debridmanında ve iyileşmesinde yardımcı olarak kullanılan ekonomik, hızlı ve etkili bir yöntemdir.

Larva salgı ve sekresyonları; hidrofobik peptid benzeri madde, hidrofilik madde, proteolitik enzimler, fenil asetik asit, fenil asetaldehit gibi maddelerin antimikrobiyal etkisiyle mikroorganizmaları öldürürler. Larvalar dişleri olmadığından ısırılmazlar. Uygulandıklarında larvalar çok küçük oldukları için yara içerisinde fazla hissedilmezler. Bistüri ucunun giremediği veya sağlam ve nekrotik dokunun birbirinden ayrılamadığı alanlarda larvalar debridman konusunda oldukça yardımcıdır. Larvaların proteolitik enzimleri ve ağızlarındaki kanca ile nekrotik doku eriyip sıvılaşır ve larvalar bu dokuyu absorbe ederek beslenir. Larvalar ayrıca salgıladıkları enzimler ile mikroorganizmalar tarafından oluşturulan biyofilm tabakasını parçalar ve yeniden oluşmasını engeller. Larvaların yarada gezinmesi ile oluşan mekanik etki ve sindirim sıvılarında bulunan büyüme faktörleri ile granülasyon hızlanmaktadır.

Larvalar birkaç gün yaranın üzerinde kafes benzeri malzeme ile sınırlandırılır. Larvaların yara üzerinde rahat hareket etmelerine izin verilir. Larvalar yaşamak için oksijene ihtiyaç duydukları için sargıların hava geçirgenliği sağlanmalıdır. Larvalar beslendikçe büyürler ve yara bölgesinden uzaklaşmak isterler. Larva uygulamasının süresi 2-3 gündür. Tedavinin süresi yaranın ve nekrotik dokunun büyüklüğüne bağlıdır. Diyabetik yaralar, fournier gangreni, dekübit ve venöz staz ülserleri, temporal mastoidit ve diğer yumuşak doku yaraları larvalar ile tedavi edilebilir.

Larva tedavisinde sadece nekrotik dokulara saldıran *Lucilia sericata*'nın genellikle I. veya II.evre steril larvaları kullanılır. İlk kez Baer tarafından 1931 yılında; *Calliphora* türüne ait sinek larvaları ile cilt enfeksiyonlarının tedavisinde uygulanmıştır. Amerika'da; 1930' lu yıllarda uygulanmaya başlanmış, 1940 yılının ortalarına kadar sürmüştür. Larva tedavisi 1995 yılında tekrardan uygulanmaya başlanmış, Ocak 2004'de FDA onayı almıştır. 2009 yılına kadar 20 yıl içerisinde 60 bin' den fazla hastaya larva tedavisi uygulanmıştır. Günümüzde Amerika, İngiltere, Almanya, İsrail'de larva tedavisi uygulanmakta ve doktorlar larva tedavisi için reçete yazabilmektedirler. Halihazırda günümüzde yaklaşık olarak 30'un üzerinde ülkede larva tedavisi uygulamaktadır.

Tedavi yöntemi Türkiye'de de ilk kez 2002 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde uygulanmıştır. Tedavi esnasında ağrıda artış olabilmesi ve steril olmayan maggotların kullanımının sepsis yol açabilmesi yöntemin dezavantajlarıdır.

Ancak yapılan çalışmalar da göstermektedir ki larva uygulaması konvansiyonel tedavilere ve cerrahi girişimlere yanıt vermeyen yaraların tedavisinde etkili, basit ve maliyeti az olan bir seçenektir (Mumcuoğlu ve Taylan Özkan, 2009; Polat ve ark., 2011; Tanyüksel ve ark., 2014).

2.4.7. Mezoterapi

Mezoterapi, tedavi edilmek istenen problemlili bölgeye (cilt, kıkırdak, kas ya da yağ dokularına) minimal oranda ilaç dozlarının intradermal veya subkutan yolla enjekte edilmesidir. Bu yöntemi ilk olarak 1952'de Dr. Michel Pistor Fransa'da uygulamıştır. Dr. Michel Pistor hastanın kulak çevresine prokain enjeksiyonu yapmış, sonrasında hastada temporamandibuler eklem ağrısında iyileşme olduğunu tespit etmiştir. 1964 yılında Dr. Pistor tarafından ilk Fransız Mezoterapi Derneği kurulmuş, 1987'de Fransız Tıp Akademisi tarafından uzmanlık dalı olarak kabul görmüş ve günümüzde de bir çok ülkede uygulanan bir yöntem haline gelmiştir.

Mezoterapi kozmetik amaçlı da uygulanmaktadır. Cilt kırışıklığı ve sarkması, ciltte lekeler, deri çatlakları, selülit, saç dökülmesi, kellik, gözaltı morlukları ve torbaları, vitiligo en sık uygulandığı durumlardır.

Mezoterapide kullanılan ilaçlar tedavi edilmek istenen rahatsızlığa göre değişmekle birlikte genelde vitamin, mineral, doğal bitki ekstraktları ve farmasötiklerdir. Mezoterapide ilaçlar küçük miktarda mikroenjeksiyon yöntemi ile direkt problemlili bölgeye verilir. Bu şekilde sistemik bir etki oluşturmaksızın problem çözülür ve tedaviden maksimum fayda sağlanır. Enjeksiyon işlemi 0.4-1.3 cm uzunluğunda çok ince iğneler ile yapılır. Bu iğneler, ağrısız enjeksiyonlar için özel olarak üretilmekte olup, ağrı eşiği düşük insanlarda işlemden önce bölgesel anestezi kullanılabilmektedir. Enjeksiyon işleminin seri ve pratik olarak gerçekleştirilebilmesi için mezoterapi pistoletleri de üretilmiştir.

Mezoterapide tedavi algoritması veya standardizasyon yoktur. Hangi ilaç bileşimlerinin hangi oranda etkili olduğuna dair bilgiler tedaviyi uygulayan doktorun deneyimine bağlı olmaktadır. Literatürde mezoterapi ile ilgili yan etkilere dair yayınlar da mevcuttur. Klinik olarak etkinliği ve güvenirliliğine dair fazla çalışma yoktur. Tedavi için kullanılan maddelerin bir çoğunun FDA onayı bulunmamaktadır. Ülkemizde bu maddelerin lokal kullanım ruhsatı vardır ama enjeksiyon kullanım

izinleri bulunmamaktadır. Mezoterapinin etkinliğine dair yeterli bilimsel kanıt olmaması, yöntemin etkisiz olduğu anlamına gelmez. Mezoterapinin etkinliği ve güvenilirliğini araştıran kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır (Tanrıku, 2007; Gökdemir, 2009).

2.4.8. Proloterapi

Proloterapi, kas-iskelet sistemi ile ilgili rahatsızlıklardan kaynaklanan ağrının tedavisinde kullanılan eklem içi ve yumuşak doku enjeksiyonları şeklinde uygulanan tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Ağrıyı kesmek için genelde oral analjezik ve anti-inflamatuvar ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların uzun süreli kullanımının ciddi yan etkileri olabilmektedir. Ancak proloterapide tedavi için gerekli olan ilaç veya solüsyon lokal olarak tedavi edilmek istenen bölgeye uygulanır böylece söz konusu ilaca ait yan etkilerden kaçınılmış olur. Ancak, enjeksiyon tedavisinin başarıya ulaşmasındaki en önemli hususlardan birisi, anatomik bölgelerin iyi bilinmesi ve tespit edilmesi, rehber noktaların doğru bir şekilde belirlenmesidir. Uygulama noktalarının belirlenmesinde, ultrasonografinin kullanılması yararlı olur. Proloterapinin uygulanacağı noktalar, bağ ve tendonların kemiğe yapışma noktalarıdır.

Proloterapi uygulamasının özünde yatan prensip, kişinin kendi vücuduna ait inflamatuvar cevabını harekete geçirerek hasarlı ve zayıf doku bölgesinin yerine yeni, sağlam doku oluşumunu uyarması, vücudun iyileştirme mekanizması olan inflamasyonu tetikleme olarak da ifade edilebilir. Proloterapi yönteminin temelinde inflamasyonu tetiklemek olduğundan, terapi seanslarında, öncesinde ve enaz 2 hafta sonrasında, steroidler ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların kullanılmaması gerekir. İlk defa 1930' lu yıllarda Dr. George Stuart Hackett tarafından uygulanmıştır. Eklem içine veya eklem çevresindeki bağ-tendonların kemik bileşke noktalarına, eklem stabilitesinin artırılması amacıyla çeşitli maddelerin ve/veya hücrelerin (proliferatif, sklerozan, iritan, rejeneratif vb.) enjekte edilmesidir. Enjeksiyonlarda ortalama 0.2-0.5 cc arası solüsyon doku içine uygulanır. Genel olarak hipertonic dekstroz, mannitol, serum fizyolojik, lidokain, sodyum morhuat, trombosit zengin plazma, kök hücre, ozon vb. tercih edilir. Kullanılan proliferatif maddelerden en güvenilir olanı ve en yaygın kullanılanı hipertonic dekstroz solüsyonudur. Kullanım oranları hastanın gereksinimi ve yaşına göre belirlenir.

Proloterapi tedavi yöntemi daha çok kas iskelet sisteminin akut veya kronik ağrılarında, eklem ve bağ yaralanmaları ile gevşekliklerinde kullanılır. Bu yöntemin erken dönemdeki etkisi ile ağrı azaltılır; orta ve uzun dönemdeki etkisi ile de bağ-tendon güçlenmesi ile eklemlerde stabilite sağlanmış olur. Proloterapi dünyada 1950'lerden beri günümüzdeki şekliyle uygulanmaktadır. Ülkemizde ise bu yöntem, 27 Ekim 2014 tarihli 'Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde belirtilen tedavi yöntemlerinden birisi olarak kabul görmüştür (Yaman ve Vural, 2016; Çakmak, 2017).

2.4.9. Apiterapi (Arı ve ürünleri)

Apiterapi; bal, arı ekmeği, arı zehiri, arı sütü, polen ve propolisin hastalıkların tedavisinde veya engellenmesinde kullanılmasıdır. Bal, karbonhidratlı ve yüksek enerji içerir. İnsanlar tarafından besin ve enerji kaynağı olarak çok fazla tüketilen, ayrıca sağlık ve tedavi amaçlı da kullanılan bir arı ürünüdür. Bal ve ürünlerinin; mide ve bağırsakla ilgili bozukluklarında, yara, yanık gibi cilt hastalıklarında, üst solunum yolu enfeksiyonlarında, inflamasyonun çabuk baskılanması ve doku granülasyonunda tedavi edici olduğu birçok araştırmada ortaya çıkarılmıştır.

Balın içeriği kaynağın türüne, üretildiği döneme ve üretim metoduna göre değişiklik göstermekle birlikte yapısındaki temel madde karbonhidrattır. Balın en önemli özellikleri arasında antimikrobiyal, antibakteriyel ve antioksidan etkisinin olması sayılabilir. Arı ürünlerinden polen; günlük protein, vitamin ve mineral ihtiyaçlarını temin etmek için kullanılabilir. Polen antibakteriyel etkiye sahiptir ayrıca fitosterol bileşimini de içeriğinde barındırır. Bunların bağışıklık sistemini uyarıcı etkileri, antiinflamatuvar aktiviteleri ve kolorektal, meme, prostat gibi farklı kanserlerin gelişimine karşı koruyucu etkileri bulunmaktadır.

Propolis; çeşitli bitkilerden işçi arılar sayesinde toplanan, mumla karıştırılarak kovan içerisinde birçok amaç için kullanılan, reçineli, kokusu güzel, oda sıcaklığında yarı katı halde olup, suda erimeyen doğal bir üründür. Arılar bu maddeyi, polenle ve salgılamış oldukları aktif enzimlerle karıştırmaktadır. Propolis, uzun yıllardan beri geleneksel tıpta çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılır. Antimikrobiyal, antioksidan ve antiinflamatuvar aktivitelere sahiptir.

Arı ürünlerinden arı sütü jelimsi bir maddedir ve içerdiği yüksek orandaki

protein, aminoasit, lipit, vitamin ve karbonhidratlar ile yüksek besleyici özelliğe sahiptir. Sağlık, enerji, bağışıklığın güçlenmesi, hafızayı güçlendirme, kan basıncını düşürme, büyüme ve gelişmeyi hızlandırma gibi faydaları vardır. Bunların yanında arı sütü antialerjik, antioksidatif, antibakteriyel ve antiviral özellikleri de bünyesinde barındırmaktadır.

Arı zehiri; bal arıları tarafından savunma amaçlı üretilen içerisinde melitin (%50-55), apamin (%2-3) ve adolapin (% 1) gibi biyoaktif peptidlerin, histamin (%0.7-1.5), noradrenalin ve dopamin (%0.2-1.5) gibi bileşenlerin ve çeşitli enzimlerin bulunduğu bir salgıdır. Arı zehri en çok cilt hastalıkları ve romatizmal hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Prostat, karaciğer ve meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunduğu dair çalışmalar mevcuttur (Albayrak ve Albayrak, 2008; Ulusoy, 2012; Aydın ve Tekeoğlu, 2018).

2.4.10. Fitoterapi

Fitoterapi, “phytos (bitki) ve therapy (tedavi)” kelimelerinin biraraya gelmesi ile oluşmuş bitkilerle tedavi anlamına gelen bir kelimedir. Bu kelimenin terim olarak ilk kez Dr. Henri Lencler tarafından “La Prese Medical” tıp dergisinde kullanıldığı bilinmektedir. Ancak hastalıklar insalık tarihi ile birlikte var olduğu gibi hastalıklarla mücadelede fitoterapi de insanlık tarihi kadar eskidir.

Fitoterapiye olan ilgi giderek artmaktadır. Ülkemizdeki kullanım sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte hastaların çoğu tıbbi tedavilerle birlikte bitkisel tedavileri de kullanmaktadır. Bitki örtüsü bakımından oldukça zengin olan ülkemizde yaklaşık olarak 8 500 adet bitki türü bulunduğu bilinmektedir, ancak ilaç olarak kullanılan bitkilerin sayısı 500’ü aşmamaktadır. Günümüzde mevcut ilaçların 1/4’ünün etken maddesi bitkilerdir. Bitkide bulunan etken madde, laboratuvar ortamında kopyalanmaktadır. Bu sentetik ilaçlarla ortaya çıkan yan etkiler birtakım sorunlara neden olduğu için doğal olmanın daha zararsız ve işe yarar olduğu düşünceleri ile birlikte fitoterapi kullanımı artmıştır. 1997 senesinde ABD’de bitkisel ilaçların satışı bir önceki yıla göre %59 artmıştır. Yapılan araştırmaya göre hastaların %3-5 gibi bir kısmının tedavi olarak yalnızca bitkisel tedavi aldıklarını belirtmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütüne göre insanların %80’ inin doğal tedaviye inandığı açıklaması da bitkisel tedavinin oldukça popüler olduğunun bir göstergesidir. Halen bitkisel ilaçlara güvenen

birçok hasta bitkisel ilaçlarını doktora veya başka bir uzmana danışmadan kullanmaktadır (Şarışen ve Çalışkan, 2005; Durusoy ve Gözel Ulusal, 2007; Tükenmez Demirci ve ark., 2011).

2.4.11. Sülük Uygulaması

Sülükler, eski zamanlardan beri birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Sülüklerin çoğu ektoparazit olarak yaşar. Boyutları sülük türleri arası değişkendir. Sülük tedavisi esnasında, ilk ısırıkta hafif ağrı hissedilir ve daha sonra sülük salgısının anestezi etkisi olduğu için uygulama boyunca ağrı hissedilmez. Sülükler sivrisinekler gibi, ağrıya sebep olmadan deriyi ağızlarında bulunan keskin dişleriyle ensize ederek kan emmeye başlarlar ve salyasında bulunan lokal anestezi, vazodilatör, antikoagülan gibi etkileri olan biyoaktif maddeleri bu bölgeye yayarlar. Sülük tutunduğu bölgeden 5-15 ml arasında kan emer. Tedavi süresi ortalama olarak 20-60 dakika arasındadır. Sülük tutunduğu bölgeden ayrıldıktan sonra salgısında bulunan biyoaktif maddelerin etkisinden dolayı 4-48 saat arasında kanama devam edebilir. Isırılan bölge, serum fizyolojik ile ıslatılmış spanç yardımıyla temizlenir, kanamanın durdurulabilmesi için de sıkı bir tamponla kapatılır. Her bir sülük tek kullanımlıktır, aynı hastada dahi tekrar kullanılmamalıdır. Kan yolu ile bulaşan hastalıklara karşı kullanılan sülükler, tedavi sonrası tıbbi atık olarak imha edilmelidir.

Tedavi sırasında sülüklerin salyalarından 100'ün üstünde farklı aktif biyolojik madde elde edilir. Söz konusu biyolojik maddeler; miyorelaksan, immun modülatör, vazodilatör, bakteriyostatik, analjezik, anti-inflamatuar ve antikoagülan gibi insan vücudunda adeta ilaç benzeri etkiler yaparak, mikrosirkülasyon bozukluklarını giderir ve vasküler permeabiliteyi düzenler. Sülükler; diabetes mellitus ve komplikasyonlarında, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi hastalıklarında, yumuşak doku yaralanmalarında, romatoid artrit ve diğer birçok hastalıkta kullanılmaktadırlar. Sülük tedavisi, travmatik cerrahi sonrası doku reddinin engellenmesi, postoperatif dönem ağrılarının giderilmesi, kronik lateral epikondilitli hastalarda kısa vadede ağrının giderilmesi ve orta vadede sakatlığın iyileşmesinde etkili ve güvenilir bulunmuştur.

Sülük kullanımında dikkat edilmesi gereken durumlarda vardır. Enfekte, kullanılmış sülüklerin tekrar kullanılması durumunda hastalar arasında kan yolu ile

enfeksiyon etkenleri bulaşır. Sülük tedavisi yapan kişi, ciddi anlamda kan kaybını önlemek için bir seansta en fazla on iki adet sülük kullanılmalıdır.

Sülük tedavisi birçok hastalığın tedavisinde modern tıbbı yardımcı bir unsur olarak kullanılmaktadır. Dünyada tıp ve ekonomi alanında gelişmiş olan Almanya, Fransa, İngiltere ve ABD gibi ülkelerin sülük tedavisini birçok yerde kullandıkları görülmektedir (Gödekmerdan ve ark., 2011; Arusan ve ark., 2013; Ayhan ve Mollahaliloğlu, 2018).

2.4.12. Kuru Kupa-Yaş Kupa (Hacamat)

Kupa tedavisi bir çok farklı şekilde yapılabilir. Kupa uygulama çeşitlerinin bir kısmı; kuru kupa uygulaması, yaş kupa tedavisi (hacamat), hareketli kupa tedavisi, boş kupa tedavisi, iğne kupa tedavisi, su kupa tedavisi, sıcak kupa/moksa kupa, herbal kupa şeklindedir. Ancak en çok uygulananı yaş kupa ve kuru kupa tedavisidir. Yöntemlerin ikisinde de kupalar negatif basınç oluşturarak cilde yerleştirilmektedir. Kuru kupa tedavisinde kan akıtılmazken yaş kupa tedavi yönteminde cilt üzerine küçük çizikler atılır ve kan vakum yolu ile dışarı akıtılır (Okumuş, 2016).

Arapça'da hacm kökünden gelen sözlük anlamı itibari ile emme demek olan hacamat deriden vakum yolu ile kan alınmasıdır. Bu yöntemi Hz. Muhammed bizzat yaptırıp, ümmetine tavsiye ettiği için hacamat yaptırmak peygamber sünneti olarak değerlendirilir (Şeker, 2013).

Kupa tedavisi farklı şekil ve boyutlardaki (2.5-7.5 cm) top ve çana benzer kupalarla yapılır. Eskiden bambu, çömlek, boynuz, metalgibi maddeler kullanılırken günümüzde cam ve sert plastik maddeler daha fazla kullanılmaktadır. Çin tıbbı ve Araplarda yaş kupa yöntemi farklı şekilde uygulanır. Çin tıbbında tedavi edilecek bölge çizildikten sonra kupalar negatif basınç oluşturacak şekilde yerleştirilirken, Araplarda ise önce tedavi edilecek bölgeye kupalar negatif basınç oluşturacak şekilde yerleştirilir, beş dakika kadar sonra kupalar alınır, cilde çizikler atılıp kupalar tekrar yerleştirilir ve kanın vakum yolu ile dışarı atılımı sağlanır. Arapların yaptığı hacamat aslında kuru kupa ve yaş kupa tedavisinin birlikte uygulanmasıdır. Bu şekilde daha etkili tedavi amaçlanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrası bir kaç gün süre ile proteini az olan diyet ve işlem

sonrası 24 saat banyo yapılmaması tavsiye edilmiştir. Yemekten sonra artan mezenterik arter dolaşımı cilde giden kan miktarını düşüreceğinden dolayı yaş kupa tedavisinin aç karnına uygulanması tavsiye edilir. Ayrıca ayın çekim gücüne göre kişinin kan basıncı değiştiği için, yaş kupa tedavi yönteminin ay takviminde 17, 19, 21 ve 23. günde yapılması önerilmektedir (Okumuş, 2016).

Hacamat esas itibari ile kanda bulunan toksinleri atmak için vücudun belli bölgelerinde cilt altındaki kılcal damarlarda bulunan kanın dışarı atılması işlemidir. Yaklaşık beş bin yıllık bir tarihi bulunan hacamat Çin, Eski Mısır, Roma, Yunan gibi birçok eski medeniyet tarafından tedavi için kullanılmıştır. Bilinen en eski tıp metinleri olan Ebers Tıp Papirüsleri'nde (M.Ö. 1550) hacamattan bahsedilmektedir. İslam tıbbında da önemli yer tutar.

Hacamat boyun ve başta bulunan fontanel dışında kalan tüm yerlere yapılabilir. İki scapula ve iki kulak arası ile kalbin arkası daha fazla fayda görülen bölgelerdir. Sinüzit, baş ağrısı, migren, kulak ve boğaz hastalıkları ile karaciğer-safra kesesi hastalıkları için kulak arkasına hacamat yapılır (Benli, 2017).

2.4.13. Müzik Terapi

Müzik terapi, psiko-profilaktik etkiler ile kişinin kendisinde ve yaşadığı toplumda rehabilitasyonu sağlayabilmek amacıyla hareket, ses ve müziği kullanarak tedavi yolunu geliştirir. Kendine özgü dili, yapısı ve anlatımı olan müzik insan yaşamında etkili ve güçlü bir iletişim aracıdır. Müzik, eski medeniyetlerde de psikolojik sorunların giderilmesinde terapi amacıyla uygulanmıştır. Tedavi amacıyla müzik kullanımının tarihi çok eskilere dayanır. Homera, operasyon esnasında hastayı sakinleştirmek için müziği kullanmıştır (Karamızrak, 2014).

Türkler neredeyse altı bin yıldır müzikle tedavi yöntemini uygulamaktadırlar. Türk toplumunda Selçuklular ve Osmanlılar zamanında Anadolu'nun çeşitli bölgelerinde müzikle tedavi için şifahaneler yapılmıştır. 15. yüzyılda Edirne'de yaptırılmış olan Sultan Beyazıt Darüşşifası'nda her bir psikolojik rahatsızlık için müzikte belli bir makam oluşturulmuş ve böylece çağının çok ilerisinde bir ruh hastalıkları hastanesi olarak faaliyette bulunmuştur (Gençel, 2006).

Batı dünyasında müzikle tedavi yönteminin kullanımı 20. yüzyılın ilk yarısında

olmuştur. Müzik sinir sistemi üzerinde oluşturduğu etkiler ile, duygu ve düşüncelerde anlamlı, olumlu tepkilerin ortaya çıkmasını sağlar. Müzik terapinin altında yatan felsefe; kainatta bir titreşim vardır ve her varlık kendi frekansına sahiptir. Bu aynı zamanda biz duymasak da her şeyin bir ses oluşturduğu anlamına gelir. İki maddenin frekansı aynı ise birbiriyle rezonans (tınlama) oluştururlar. İnsan zihni ve bedeni hangi özgün titreşimle rezonans yaptığına göre bundan olumlu ya da olumsuz etkilenir (Karamızrak, 2014).

Bedenimizin tüm bölümlerinin (organların, kemiklerin, dokuların vb.) kendine özel frekanslarının oluşturduğu armonik bileşim bizim kendi rezonansımız veya titreşim seviyemizdir. Vücudumuzun bir bölümü rahatsızlandığında uyumsuz titreşim gösterir, bedenin farklı bölümlerindeki hücrel titreşimler bir takım nedenler yüzünden bozulduğunda bedenimiz hastalanır. Böyle bir durumda, rezonans yapması için bozulmuş hücreye ona uygun yeni bir dışsal titreşim verilir. Böylece hücrenin kendine özel titreşimi yeniden sağlanır, hücre kendi sağlıklı durumuna geri döner (Karamızrak, 2014).

Müzik; beden, akıl ve ruh arasında uyum sağlar. Dinlenen müzik türüne göre korteksin farklı bölümleri aktive olur. Müzik bu şekilde beynin bazı bölümlerini yeniden harekete geçirebilir. Tansiyon, nabız sayısı, solunum sayısı ve derinliği gibi bulgular ve halsizlik, yorgunluk hissi gibi semptomlar müzik terapiden olumlu etkilenir. Yapılan araştırmalarda, ses ve müziğin ağrı ve anksiyete durumu üzerinde pozitif yönde değişmelere yol açtığı görülmüştür. Yoğun bakım hastalarının ağrı şiddetinin ve anksiyete düzeyinin azalmasında etkin bir metod olduğu gözlemlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteği alan 20 hastaya 30 dakika boyunca müzik terapi uygulanarak yapılan bir çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde müzik terapinin anksiyete üzerine etkisi tansiyon, nabız sayısı ve solunum hızı gibi parametrelerle incelenmiş ve hastaların anksiyete düzeyinin müzik terapi yöntemi ile azaldığı saptanmıştır (Khorshid ve Akın, 2007).

Müzik terapi nöroloji, psikiyatri, onkoloji, kardiyoloji gibi birçok bölüm tarafından tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Müzik terapi ile kadınların doğum sırasında ağrı kesicilere duyduğu ihtiyaç azalmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, müzik terapi yöntemi ile hastanede kalış süresinin azaldığı

görülmüştür (İmseytoğlu ve Yıldız, 2012).

Müziğin vücutta birçok sistemin çalışmasını olumlu yönde etkilediği çalışmalarda görülmüştür. Ses ve müzikle tedavi modern tıbbın kullandığı metodlardandır. Müzik terapi psikiyatrik hastalıkların etyolojisinde yeri olan serotonin, dopamin, adrenalin, testosteron gibi hormonların dengesinin olumlu yönde düzenlenmesinde etkilidir. Yapılan araştırmalar müzik terapinin, sağlığın her alanında güvenli bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceğini göstermiştir (Karamızrak, 2014).

2.4.14. Kaplıca Tedavisi (Balneoterapi)

Kaplıca tedavisi; sıcak, mineralli yeraltı sularının bazı hastalıkların tedavisinde kullanılmasıdır. Balneoterapi ise kaplıca tedavisinin özgün bir yöntemi olup, bu suların, peloidlerin ve gazların belirlenen doz ve yöntemle düzenli aralıklarla seri halde tekrarlanarak uygulanmasıdır (Hizmetli, 2009).

Balneoterapi uygulamaları içerisinde termal banyo uygulaması, doğal mineralli sularla yapılan içme kürleri, inhalasyon uygulamaları ve gaz uygulamaları (CO₂, radon), çamur tedavisi vardır. Balneoterapi tedavisi batıda daha çok “Spa tedavisi” olarak adlandırılır. Spa’nın kelime anlamı kaplıcadır, bu kelimenin 14. yüzyılda termal suyun “Spa” isimli Belçika kasabasında bulunmasıyla ortaya çıktığı söylenir (Karagülle, 2008).

Balneoterapi uygulamalarında suyun fiziksel özelliklerinin yanısıra kimyasal içeriği de etkilidir. Balneoterapide kullanılan sıcak ve mineralli sular, toprağın alt katmanlarında doğal olarak oluşup belirli bir sıcaklığa ulaşır ve mineralleri değişik düzeylerde çözündürürler. Kaplıca kürü uygulaması sonunda oluşan bedendeki genel iyilik hali, çevresel iklimik değişikliklerle birlikte termomineral su ve çamurların fiziksel, kimyasal, termik etkileri nedeniyle olur. Otonom sinir sistemi, endokrin sistem, immün sistem bu uyarılara yanıt verirler (Hizmetli, 2009).

Kaplıca tedavisi, yaşlılığa bağlı gelişen biyolojik ve fizyolojik değişiklikler üzerinde önleyici ve tedavi edici bir yöntem olarak olumlu etkiye sahiptir. Kas iskelet sistem hastalıkları (romatolojik sorunlar), kardiyovasküler sistem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, üriner sistem hastalıkları, dermatolojik hastalıkları, nörolojik hastalıkların rehabilitasyonu, posttravmatik ve post-operatif ortopedik

durumlar gibi birçok sistem hastalıklarında, bilhassa kronik seyirli olanlarda konvansiyonel tedavi yöntemlerini tamamlayıcı ve destekleyici olarak balneoterapi yönteminden yararlanılabilir (Hizmetli, 2009).

2.4.15. Dua Etme

Sözlük anlamı “çağırarak, seslenmek, istemek; yardım talep etmek”tir. Arapça bir kelime olan dua, dini terminolojide kulun bütün benliği ile Yaratıcısına yönelip hata, kusur ve günahların bağışlanması için; hastalık, dert, bela ve musibetlerden korunmak ve kurtulmak için ve çeşitli istekleri için Yaratıcıya seslenmesi anlamlarına gelmektedir. İnsan içgüdüsel olarak; çaresiz ve zor durumda kaldığı, zorluklarla baş edemediği zamanlarda kendisine yardım edecek, güven verecek yüce bir varlığa sığınma ihtiyacı hisseder.

Psikiyatri uzmanlarına göre, dua kişide psikolojik bir rahatlama meydana getirir, bazı rahatsızlıkların tedavisinde dua ve dini telkin manevi destek olarak kullanılır. Dua hastanın motivasyonunu yükseltmek ve hastalıklara karşı daha güçlü hissedebilmek için önemli bir psikolojik faktördür. Psikotik veya nevroitik çok sayıda psikiyatrik hastalığın tedavisi maksadıyla öteden beri başvurulan yardımcı bir yöntemdir. Dua etmenin psikolojik etkileri, pozitif duygular vasıtasıyla ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı ile beden sağlığı arasında doğrudan bir ilişkinin bulunduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Söylev, 2018).

Yapılan çalışmalara göre, maneviyatın ve dua etmenin insanların ruh sağlığı ve beden sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bunun sebepleri arasında dini yaşantının insanları alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi insan vücuduna zararlı olan alışkanlıklardan alıkoymasını ile insanların birbirlerine yakınlaşmalarına ve yardımlaşmalarına olanak sağlayan kuralların olmasıdır. Ayrıca insanın yaşanan hayatın bir anlamının ve gayesinin olduğuna inanması, insanların üstünde kendisini koruyan ve kollayan bir gücün var olduğunu düşünmesi, ahirete inanması, bu sebeple haksızlığa uğramış olsa bile adaletin eninde sonunda sağlanacağına inanması bireyin ruhsal ve dolaylı olarak fiziksel sorunlara karşı güçlü olmasını sağlamaktadır. Karşılaşılan tüm sorunların aslında kendisi için bir sınav olduğunu bilmek veya tüm bunların kaderinin bir parçası olduğunu düşünmek kaygı azaltıcı bir durumdur. Modern tıp uygulamaları ve ilaç tedavisi ile birlikte, tamamlayıcı bir yöntem olarak

maneviyatın ve yüce Yaratıcı'ya dua etmenin ruh sağlığını ve beden sağlığını olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz (Horozcu, 2010).

2.4.16. Ozon Tedavisi

Ozon tedavisi, oksijenin triatomik (O₃) ve kararsız bir formu olan ozon kullanılarak uygulanır. Ozon, stratosferde yer alan renksiz, kendine has bir kokusu olan ve süper oksijen olarak da kabul edilen, dezenfekte etme özelliği güçlü olan bir gazdır. Ozon gazının faydaları 1 800'lü yıllarda keşfedilmiştir. Saf oksijen ve saf ozonun birleşimi ile oluşan medikal ozon tedavisi, mikroorganizmaları yok eder ve enfekte yaraları iyileştirir (Özler ve ark., 2009).

Tıp alanında ilk kez Dr. Albert Wolf tarafından I. Dünya Savaşı'nda ozon gazı tedavi amaçlı kullanılmıştır. Savaşta yaralanan alman askerlerinin nekroze olan uzuvlarını ve yaralanan kısımlarını tedavi etmek için ozon gazını kullanmıştır. Ozon tedavisi temelde belirli miktarlardaki oksijen/ozon karışımının intravenöz, intramuskuler, intraartiküler intraplevral, intrarektal, intradiskal veya topikal olarak kişiye uygulanmasıdır. Klasik ozon tedavisinde bir miktar kan (50–270 ml) vücut dışına alınıp ozona dayanıklı bir şişede yaklaşık 5-10 dakika oksijen/ozon karışımıyla temas ettirilir ve sonrasında aynı kişiye geri verilir. Bu işlemin adı ototransfüzyondur (Özler ve ark., 2009).

Ozon tedavisinin uygulama yöntemlerinin bir kısmı majör otohemoterapi, torbalama/kupa, ozon sauna, ozonize su ve yağ şeklindedir. En yaygın ozon uygulanma şekli majör otohemoterapidir. Ozon tedavisinin kullanılabildiği hastalıkların bir kısmı osteomyelit, lokalize osteoartroz, enfekte yaralar, dekübitler, kronik ülserler, diyabetik ayak ve yanıklar, plevral ampiyem, fistül ve abseler, ilerlemiş iskemik hastalıklar, kronik yorgunluk sendromu, oral kavitenin tekrarlayıcı veya kronik enfeksiyonları, diş kökü çürükleri, bartolin ve vajinal kandida enfeksiyonları, hepatit, HIV, herpes enfeksiyonları, papillomavirus enfeksiyonlarıdır (Aytaçoğlu, 2014).

Ozon tedavisi birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Gittikçe artan başarı oranı ile yan etkilerinin az olup tüm yaş gruplarında güvenle uygulanabilmesi nedeniyle kullanımı her geçen gün artmaktadır (Korkmaz ve Küçükkolbaşı, 2013).

2.4.17. Hipnoz ve Hipnoterapi

Hipnoz, hastanın terapist yardımıyla kendi tedavi sorumluluğunu alması esasına dayanan bir tedavi yöntemidir. Bireysel fonksiyonların çalıştığı, denetimin açık olduğu, uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durum; bir öze dönüş ve içe doğru yolculuktur. Hipnozda kişi bilincini ve farkındalığını kaybetmez ancak dışarıdan gelen uyarılara kayıtsız kalır (Taştan ve ark., 2015).

Hipnozun kendisi bizzat bir psikoterapi olmamasına karşın psikanalizden-davranış terapisine kadar birçok psikoterapötik yaklaşımın uygulanmasında başarıyla kullanılabilen bir "tedavi tekniği"dir. Hipnoz uygulamalarında başarıyı etkileyen en önemli unsurlardan birisi hipnoz uygulayıcısının, terapistin psikiyatrik bilgisi yani hipnoz içerisinde uyguladığı terapi hakkındaki bilgi ve deneyim düzeyidir. Hipnoz tedavisinde başarıyı etkileyen başka bir husus da hipnoz uygulanan hastanın hipnotizabilite yani hipnoza yatkınlık derecesidir.

Herkesin hipnotizabilite derecesi aynı olmayıp hipnoza yatkınlık kişiden kişiye ve değişik psikiyatrik bozukluklarda farklı düzeylerde olmaktadır. Bu anlamda özellikle dissosiyatif bozukluklar ve dissosiyatif belirtilerin yoğun olduğu hastalıklarda, posttravmatik stres bozukluğunda hipnoza yatkınlığın yüksek olması nedeniyle hipnoterapi uygulamalarına çok uygundurlar (Özer ve Özmen, 1999).

Hipnoterapi geçmişten bu yana birçok durumda kullanılmış, özellikle psikosomatik hastalıkların tedavisinde etkin olduğu görülmüştür. Hipnoz daha sık olarak kullanıldığı hastalıklar; depresyon ve anksiyete bozuklukları, baş ağrısı ve akut / kronik ağrısı olanlarda ağrı kontrolü, allerji, sigara bırakma, uyku ve yeme bozuklukları, şişmanlık, posttravmatik stres bozukluğu şeklindedir (Taştan ve ark., 2015).

Zihin-beden terapileri arasında bulunan hipnoz, bilinçli olma durumunun farklı bir seviyesi olarak tanımlanabilir. Hipnoz terapisinin başarıya ulaşabilmesi için terapistin tecrübeli ve yetenekli olmasının yanında hastanın, hipnoz ile hastalığının iyileşeceğine inanması ve kişinin tam bir konsantrasyon ile "trans" olarak adlandırılan hale geçme kapasitesinin iyi olması gerekir.

Bu teknik kanser hastalıklarında da kullanılmaktadır. Özellikle kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın ortadan kaldırılmasında zihin-beden terapilerinden

biri olan hipnoz yardımcı olmaktadır. Bir grup hastada yapılan araştırmada, Hipnoterapi uygulamasını alan 16 kişiden 14'ünün bulantı ve kusmadan tamamıyla kurtulduğu gözlemlenmiştir. Kansere de dahil birçok hastalıkta etkili, güvenli ve düşük maliyetli olması sebebiyle hipnoterapi uygulanmaktadır (Arslan ve Özdemir, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırma Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Kasım 2018 - Nisan 2019 tarihleri arasında başvuran ve dahil olma kriterlerini taşıyan hastalar (18 yaş üstü ve ankete katılmaya gönüllü olan) oluşturmuştur. 18 yaş altı ve çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmanın dışında tutulmuştur.

3.2. Veri Toplama Aşaması

Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve geleneksel tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve beklentilerini değerlendirmek amacıyla yüz yüze anket çalışması yapılmıştır. Verilerin toplanmasında uygulanacak olan anket formu araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır. Anket formu demografik özelliklerin yer aldığı "Kişisel Bilgi Formu" ve "GTT Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi" olmak üzere iki kısımdan ve toplam 26 adet sorudan oluşturulmuştur. Anketin "Kişisel Bilgi Formu" bölümünde yer alan 8 adet soru ile hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sağlık güvencesi varlığı, gelir durumu, yaşadığı bölge bilgileri sorgulanmıştır. Hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkında bilgi düzeyi ve tutumları ise "GTT Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi" bölümünde yer alan 18 adet çoktan seçmeli olarak hazırlanmış soru ile incelenmiştir.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındıktan sonra Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

3.3. Kullanılan Yöntemler

Çalışmada örneklem seçim yöntemi olarak basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış ve örneklem genişliği aşağıdaki eşitlik yardımıyla hesaplanmıştır (Yamane, 2001). Bu eşitlik ile %95 güven düzeyinde en uygun örneklem genişliği 361 olarak hesaplanmıştır. Güvenilirliğin ve kullanılacak istatistik testlerin gücünün artırılması amacıyla örneklem genişliği artırılmış ve belirlenen sürede toplam 450

hastaya ulaşılmıştır.

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

Eşitlikte;

N: Popülasyon genişliğini (1 yıl boyunca polikliniğe başvuran yaklaşık hasta sayısı: 6 000)

n: Örneklem hacmini,

Z: $\alpha=5\%$ için α standart normal dağılımdan elde edilen değerini (1.96),

p: İncelenen olayın görülme oranını (0.5),

q: İncelenen olayın görülmemesi oranını (0.5),

d: $(1-\alpha)$ güven düzeyinde olayın görülüş sıklığına göre istenen standart hata değerini (0.05) göstermektedir.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin öncelikle tanıtıcı istatistik değerleri hesaplanmıştır. Sonrasında çalışmanın amacı doğrultusunda elde edilen verilerin gereksinim duyduğu istatistik yöntemler belirlenmiş ve veriler uygun istatistik yöntemler ile analiz edilmiştir. Çalışmada araştırılan değişkenlerin kesikli veya kategorik tipte (binary, ordinal veya nominal) olması sebebiyle verilerin değerlendirilmesinde parametrik olmayan istatistik yöntemlerden yararlanılmıştır.

Öncelikle demografik özelliklerin ve anket sorularının frekans analizi yapılmıştır ve hesaplanan frekans değerleri ile belirlenen değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyebilmek amacıyla çapraz tablolar oluşturulmuştur. Çapraz tablolarda iki-yönlü ki-kare testi (Two-way Chi-Square) yapılmıştır. Ki-kare testlerinde; beklenen frekanslar 5 ve üzerinde ise Pearson ki-kare değeri (χ^2), 5'in altında ise Likelihood Ratio ki-kare değeri (LR χ^2) hesaplanmıştır. Ki-kare testi sonucunda değişkenler arasında bağımlılık olduğu belirlenmişse Kontingensi katsayısı (CC) hesaplanarak ilişkinin derecesi belirlenmiştir.

İstatistik analizlerde ve sonuçlarının yorumlanmasında istatistik önem düzeyi (α) %5 olarak dikkate alınmıştır. Tüm hesaplamalar SPSS v25 (IBM Inc., Chicago, IL,

USA) istatistik paket programı ile yapılmıştır. Hastalardan anket aracılığıyla toplanan verilerin analizi Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı iş birliğiyle yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Demografik Değişkenlerin ve Anket Sorularının Frekans Analizi

Ankete katılan hastaların demografik özelliklerine göre frekans dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, araştırmaya %60.7’si kadın %39.3’ü erkek olmak üzere toplam 450 kişi katılmıştır. Ankete katılan hastaların %36.7’si 25 yaş ve altı, %23.6’sı 26-40 yaş arası, % 26’sı 41-55 yaş arası, %11.1’i 56-70 yaş arası ve geriye kalan % 2.7’si 71 yaş ve üzeridir. Ankete katılan hastaların %70.9’u il merkezinde, %15.3’ü ilçe merkezinde geriye kalan %13.8’i ise mahallede yaşamaktadır. Hastaların %55.6’sının medeni durumu evli iken %44.4’ünün medeni durumu bekarıdır. Hastaların %49.8’i üniversite mezunu, %21.1’i lise mezunu, %14.2’si ilkokul mezunu iken en az hastanın %1.6 ile okuryazar grubunda olduğu görülmüştür. Hastaların %27.4’ünün öğrenci, %21.4’ünün ev hanımı, %16.5’inin ise sağlıkçı olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakınının (%92.4) sağlık güvencesinin olduğu çok az bir kısmının (%7.6) ise sağlık güvencesinin olmadığı görülmüştür. Hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde, %41.2’sinin asgari ücret ve altı, %29.3’ünün asgari ücret-3000 TL Arası, %17.8’inin ise 3000-4500 TL Arası gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Ankete katılan hastaların demografik özelliklerine göre frekans dağılım tablosu.

Demografik Değişkenler	n	%
Cinsiyet (n=450)	Kadın	273 60.7
	Erkek	177 39.3
Yaş grupları (n=450)	25 yaş ve altı	165 36.7
	26-40 yaş	106 23.6
	41-55 yaş	117 26.0
	56-70 yaş	50 11.1
	71 yaş ve üzeri	12 2.7
Yaşanan bölge (n=450)	Mahalle	62 13.8
	İlçe merkezi	69 15.3
	İl merkezi	319 70.9
Medeni durum (n=450)	Evli	250 55.6
	Bekar	200 44.4

Tablo 4.1. Devam Ankete katılan hastaların demografik özelliklerine göre frekans dağılım tablosu.

Öğrenim durumu (n=450)	Okuryazar Değil	16	3.6
	Okuryazar	7	1.6
	İlkokul	64	14.2
	Ortaokul	33	7.3
	Lise	95	21.1
	Üniversite	224	49.8
	Yüksek Lisans-Doktora	11	2.4
Meslek (n=449)	Sağlıkçı	74	16.5
	Eğitimci	27	6.0
	Esnaf	36	8.0
	Çiftçi	11	2.4
	Öğrenci	123	27.4
	Emekli	24	5.3
	İşsiz	9	2.0
	Ev Hanımı	96	21.4
Sosyal güvence (n=448)	Var	414	92.4
	Yok	34	7.6
Gelir düzeyi (n=444)	Asgari Ücret ve Altı	183	41.2
	Asgari Ücret-3000 TL Arası	130	29.3
	3000-4500 TL Arası	79	17.8
	4500 TL ve Üzeri	52	11.7

Ankete katılan hastaların bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı GTT yöntemlerinin frekans dağılımı Tablo 4.2’ de verilmiştir. Tablo 4.2’ ye göre hastaların %81.6’sının kaplıca-dua yöntemi, %79.8’inin fitoterapi hakkında bilgi sahibi oldukları, en az ise homeopati (%17.3) ve larva uygulaması (%22.9) hakkında bilgi sahibi oldukları görülmüştür. Hastaların %70.7’sinin fitoterapi, %49.6’sının kaplıca-dua yöntemini en az ise %1.3 ile larva yöntemlerinin uygulandığı görülmüştür. GTT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olunan ve uygulanan yöntemler yaklaşık aynıdır. Bu durum hastaların diğer yöntemler hakkında bilgi düzeyi arttıkça kullanımının da artacağına işaret etmektedir.

Tablo 4.2. Ankete katılan hastaların bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin frekans dağılım tablosu.

GTT yöntemleri	Bilgi sahibi olunan⁺		Uygulanan⁺	
	n	%	n	%
Akupunktur	318	70.7	35	7.8
Apiterapi	236	52.4	150	33.3
Fitoterapi	359	79.8	318	70.7
Hipnoz	277	61.6	34	7.6
Homeopati	78	17.3	13	2.9
Kaplıca-Dua	367	81.6	223	49.6
Kayropratik	145	32.2	37	8.2
Kuru Kupa-Yaş Kupa (Hacamat)	330	73.3	69	15.3
Larva Uygulaması	103	22.9	6	1.3

Tablo 4.2. Devam Ankete katılan hastaların bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin frekans dağılım tablosu.

Mezoterapi	133	29.6	12	2.7
Müzikterapi	210	46.7	47	10.4
Osteopati	121	26.9	22	4.9
Ozon Uygulaması	202	44.9	16	3.6
Proloterapi	111	24.7	9	2.0
Refleksoloji	137	30.4	21	4.7
Sülük Uygulaması	334	74.2	38	8.4

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp. +; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin etkisine inanma, kullanma sıklığı, bilgi düzeyi ve önerme/tavsiye durumları hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılımı Tablo 4.3' te verilmiştir. Buna göre hastaların çoğunun (%85) GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inandıkları, %74.9'unun GTT yöntemlerini arasına uygularken, % 19.6'sının hiçbir zaman uygulamadığı görülmüştür. GTT yöntemleri hakkında bilgi düzeyine bakıldığında hastaların %44'ünün orta düzeyde, %39.8'inin az düzeyde bilgileri olduğu görülmüştür. Ankete katılan hastaların %71.9'unun GTT yöntemlerini arasına çevrelerine önerdikleri, % 17.8'inin ise çevrelerine önermedikleri görülmüştür. GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi ile uyguladınız sorusuna verilen cevaplara göre hastaların %40.2'sinin doktor, %35.8'inin akraba, %34.4'ünün ise arkadaş-komşu tavsiyesi üzerine GTT yöntemlerine başvurduğu görülmüştür. Hastaların çoğu doktor bilgisi ve tavsiyesi olmadan GTT yöntemleri hakkında bilgi seviyelerinin az olmasına karşın bu yöntemleri sıklıkla kullanmaktadır.

Tablo 4.3. Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin etkisine inanma, kullanma sıklığı, bilgi düzeyi ve önerme/tavsiye durumları hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.

Sorular	Seçenekler	n	%
GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz? (n=448)	Evet	381	85.0
	Hayır	67	15.0
GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız? (n=450)	Hiçbir zaman	88	19.6
	Arasıra	337	74.9
	Sıklıkla	25	5.5
GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız? (n=450)	Hiç yok	11	2.4
	Az	179	39.8
	Orta	198	44.0
	İyi	51	11.3
	Çok iyi	11	2.4
GTT yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz? (n=449)	Hiçbir zaman	80	17.8
	Arasıra	323	71.9
	Sıklıkla	46	10.3

Tablo 4.3. Devam Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin etkisine inanma, kullanma sıklığı, bilgi düzeyi ve önerme/tavsiye durumları hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir? + (n=450)	Doktor	181	40.2
	Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	103	22.9
	Akraba	161	35.8
	Arkadaş-komşu	155	34.4
	TV, gazete, dergi vb.	130	28.9

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp. +; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerini hangi hastalıklar ve şikayetler için uyguladıkları, modern tıbbi tedavi ile karşılaştırma sorularına verdikleri cevapların frekans dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Tablo 4.4 incelendiğinde hastaların %56.9'u solunum sistemi hastalıkları, %39.8'i kas iskelet sistem hastalıkları, %30.7'si romatolojik hastalıklar için GTT yöntemlerini uygularken; hastaların %58.7'sinin öksürük, %53.8'inin ağrı, %36.4'ünün kabızlık şikayeti nedeni ile GTT yöntemlerini uyguladıkları görülmüştür. Ankete katılan hastaların "Aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduunuz mu?" sorusuna verdikleri cevapların frekans dağılım tablosuna bakıldığında hastaların çoğunun (%79.8) aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduğu görülmüştür. Bu durum GTT yöntemlerinin alternatif değil tamamlayıcı yöntemler olarak görüldüğünü kanıtlar niteliktedir. GTT yöntemleri ile ilgili memnuniyet derecesi sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde GTT yöntemlerini hastaların %60.2'si yararlı, %31.1'i çok yararlı bulurken, %7.8'inin ise yararlı bulmadığı görülmüştür. Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviyi hastaların %47.1'i yararlı, %46.7'si çok yararlı bulurken, %4.9'unun ise yararlı bulmadığı görülmüştür. Modern tıbbi tedavi ile GTT yöntemlerinin kıyaslanması istendiğinde hastaların yaklaşık yarısı (%51.6) GTT yöntemlerini modern tıbbi tedaviden daha az etkili bulurken, %37.6'sının ise aynı derecede etkiye sahip olduğunu düşündüğü görülmüştür. Hastaların GTT yöntemlerine olan ilgisi ve memnuniyeti modern tıp kadar olmasa da küçümsenmeyecek derecededir.

Tablo 4.4. Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerini hangi hastalıklar ve şikayetler için uyguladıkları, GTT yöntemleri ve modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceleri ve bunların karşılaştırma sorularına verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.

Sorular	Seçenekler	n	%
GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir? + (n=450)	Solunum sistemi hastalıkları	256	56.9
	Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	84	18.7
	Onkolojik hastalıklar	74	16.4
	Romatolojik hastalıklar	138	30.7
	Nörolojik hastalıklar	124	27.6
	Gastrointestinal sistem hastalıkları	91	20.2
	Endokrinolojik hastalıklar	59	13.1
	Kas iskelet sistemi hastalıkları	179	39.8
	Psikiyatrik hastalıklar	106	23.6
GTT yöntemlerini hangi şikayetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir? + (n=450)	Kabızlık	164	36.4
	Gaz sancısı	123	27.3
	Öksürük	264	58.7
	Saç dökülmesi	98	21.8
	Ağrı	242	53.8
	Kilo fazlalığı	121	26.9
	Ciltte kırışıklık	65	14.4
	Kaşıntı	80	17.8
	İştahsızlık	72	16.0
Diğer	29	6.4	
Aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduunuz mu? (n=449)	Evet	359	79.9
	Hayır	90	20.1
Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir? (n=450)	Zararı oldu	4	0.9
	Yararı olmadı	35	7.8
	Yararlı	271	60.2
	Çok yararlı	140	31.1
Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir? (n=450)	Zararı oldu	6	1.3
	Yararı olmadı	22	4.9
	Yararlı	212	47.1
	Çok yararlı	210	46.7
Modern tıbbi tedavi ile GTT uygulamasını kıyaslar mısınız? (n=449)	GTT uygulaması modern tıbbi tedaviden daha az etkili	232	51.6
	GTT tıp uygulaması modern tıbbi tedavi kadar etkili	169	37.6
	GTT uygulaması modern tıbbi tedaviden daha fazla etkili	48	10.7

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp. †; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

Ankete katılan hastaların GTT yöntemi uygulama ihtiyacını neden hissettikleri ve GTT yöntemlerinin bilinen yan etkilerinin sorgulandığı sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu Tablo 4.5'de verilmiştir. Tablo 4.5'e göre hastaların %67.3'ü doğal oluşu ve zararsız olduğunu düşündüğü için, %41.3'ü her yerde satılıp kolay erişilebilir olduğu için, %25.8'i ise dinsel ve toplumsal boyutu olduğu için GTT yöntemi uygulama ihtiyacı hissetmiştir. Ankete katılan hastaların "GTT yöntemlerinin

bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verdikleri cevapların frekans dağılımı incelendiğinde yarısından fazlası (%62) alerji, %32.4’ü enfeksiyon, %30.2’si ise doğru tıbbi tedavi alımını geciktirme yan etkilerinin öncelikle bilindiği görülmüştür. Hastaların yarısından fazlası doktor görüşü tavsiyesi olmadan kolay erişilebilir ve doğal olduğunu düşündüğü için GTT yöntemlerini kullanmakta ancak sonradan büyük çoğunluğu doktora da başvurmaktadır.

Tablo 4.5. Ankete katılan hastaların GTT yöntemi uygulama ihtiyacını neden hissettikleri ve GTT yöntemlerinin bilinen yan etkilerinin sorgulandığı sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.

Sorular	Seçenekler	n	%
Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/ hissedilebilir? + (n=450)	GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	186	41.3
	GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	303	67.3
	GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	79	17.6
	GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	100	22.2
	GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	116	25.8
	Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	112	24.9
	Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	76	16.9
	Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	56	12.4
	Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	104	23.1
	GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir? + (n=450)	Alerji	279
Enfeksiyon		146	32.4
Doku yaralanması (pnömotoraks)		68	15.1
Kanamaya meyil		70	15.6
Kanserojen etki		46	10.2
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi		136	30.2
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)		59	13.1
Diğer		27	6.0

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp. +; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

Ankete katılan hastaların GTT yöntemleri ile ilgili geleceğe dönük beklentileri hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Tablo 4.6’ya göre GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapıp kanıta dayalı olmasını isteme durumları sorgulandığında hastaların %82.2’si GTT

yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapılmasını isterken %12.7'sinin herhangi bir fikri olmadığı görülmüştür. Ankete katılan hastaların “Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?” sorusuna verdikleri cevaplara göre hastaların %80'i GTT yöntemleri hakkında tıp eğitiminde GTT yöntemlerinin yer almasını isterken, %11.8'inin ise herhangi bir fikri olmadığı görülmüştür. Ankete katılan hastaların “GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?” sorusuna verdikleri cevapların frekans dağılım tablosuna göre hastaların %70'i GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini isterken, %17.1'inin ise herhangi bir fikri olmadığı görülmüştür. Veriler değerlendirildiğinde GTT yöntemlerinin hastaların ihtiyaçlarını karşıladığı ve hakkındaki çalışmaların artırılıp sağlık hizmeti kapsamına daha çok dahil edilmesinin istendiği görülmektedir.

Tablo 4.6. Ankete katılan hastaların GTT yöntemleri ile ilgili geleceğe dönük beklentileri hakkında sorulan sorulara verdikleri cevapların frekans dağılım tablosu.

Sorular	Seçenekler	n	%
GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapıp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz? (n=450)	Evet	370	82.2
	Hayır	23	5.1
	Fikrim yok	57	12.7
Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz? (n=450)	Evet	360	80.0
	Hayır	37	8.2
	Fikrim yok	53	11.8
GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz? (n=450)	Evet	315	70.0
	Hayır	58	12.9
	Fikrim yok	77	17.1

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp.

4.2. Anket Sorularının Cinsiyet, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu, Yaşanılan Bölge ve Gelir Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

“GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı

değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz. ⁺		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Akupunktur	n	188	130
	%	5.4	3.8
Refleksoloji	n	86	51
	%	2.5	1.5
Osteopati	n	75	46
	%	2.2	1.3
Homeopati	n	48	30
	%	1.4	0.9
Kayropratik	n	90	55
	%	2.6	1.6
Larva uygulaması	n	61	42
	%	1.8	1.2
Mezoterapi	n	89	44
	%	2.6	1.3
Proloterapi	n	63	48
	%	1.8	1.4
Apiterapi	n	143	93
	%	4.1	2.7
Fitoterapi	n	220	139
	%	6.4	4.0
Sülük uygulaması	n	203	131
	%	5.9	3.8
Kuru kupa-yaş kupa(hacamat)	n	202	128
	%	5.8	3.7
Müzikterapi	n	127	83
	%	3.7	2.4
Kaplıca-dua	n	221	146
	%	6.4	4.2
Ozon uygulaması	n	132	70
	%	3.8	2.0
Hipnoz	n	174	103
	%	5.0	3.0
P		0.984	
		$\chi^2=5.740$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

⁺; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %16.9 olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Tüm yaş gruplarında fitoterapi ve kaplıca-dua yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma en yüksek iken; hacamat 71 yaş ve üzeri grupta fitoterapi-kaplıca-dua yöntemleri kadar

bilinmektedir. Mezoterapi orta yaş grubu tarafından daha iyi bilinmekte iken hipnoz yöntemini bilme durumu yaş arttıkça azalmaktadır.

Tablo 4.8. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz. ⁺		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Akupunktur	n	112	86	90	27	3
	%	3.2	2.5	2.6	0.8	0.1
Refleksoloji	n	57	35	31	11	3
	%	1.6	1.0	0.9	0.3	0.1
Osteopati	n	41	28	30	16	6
	%	1.2	0.8	0.9	0.5	0.2
Homeopati	n	36	19	15	7	1
	%	1.0	0.5	0.4	0.2	0.0
Kayropratik	n	41	38	39	21	6
	%	1.2	1.1	1.1	0.6	0.2
Larva uygulaması	n	52	23	24	4	0
	%	1.5	0.7	0.7	0.1	0.0
Mezoterapi	n	29	46	44	12	2
	%	0.8	1.3	1.3	0.3	0.1
Proloterapi	n	28	30	36	13	4
	%	0.8	0.9	1.0	0.4	0.1
Apointerapi	n	59	64	65	38	10
	%	1.7	1.8	1.9	1.1	0.3
Fitoterapi	n	123	87	92	46	11
	%	3.6	2.5	2.7	1.3	0.3
Sülük uygulaması	n	125	81	85	34	9
	%	3.6	2.3	2.5	1.0	0.3
Kuru kupa-yaş kupa(hacamat)	n	113	78	86	42	11
	%	3.3	2.3	2.5	1.2	0.3
Müzikterapi	n	87	52	52	16	3
	%	2.5	1.5	1.5	0.5	0.1
Kaplıca-dua	n	127	88	96	45	11
	%	3.7	2.5	2.8	1.3	0.3
Ozon uygulaması	n	72	55	57	15	3
	%	2.1	1.6	1.6	0.4	0.1
Hipnoz	n	119	69	64	23	2
	%	3.4	2.0	1.8	0.7	0.1
P		0.000*** LR χ^2 =106.232 CC=0.169				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.
⁺; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir, ***, p<0.001.

“GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %17.6 olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Öğrenim

durumu arttıkça bilgi sahibi olunan yöntem sayısının da arttığı, tüm gruplarda en çok fitoterapi, kaplıca-dua ve apiterapi yöntemlerinin bilindiği görülmüştür. Akupunktur yönteminin üniversite ve yüksek lisans-doktora grubunda en fazla bilinen yöntemler arasında olduğu eğitim seviyesi düşük olanlarda bilinirliğin azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.9. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?+	Öğrenim Durumu							
		Okuryazar değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek lisans-doktora
Akupunktur	n	2	3	35	18	67	182	11
	%	0.1	0.1	1.0	0.5	1.9	5.3	0.3
Refleksoloji	n	3	1	17	12	26	72	6
	%	0.1	0.0	0.5	0.3	0.8	2.1	0.2
Osteopati	n	7	4	20	10	20	57	3
	%	0.2	0.1	0.6	0.3	0.6	1.6	0.1
Homeopati	n	1	1	12	6	15	39	4
	%	0.0	0.0	0.3	0.2	0.4	1.1	0.1
Kayropratik	n	8	3	27	11	29	65	2
	%	0.2	0.1	0.8	0.3	0.8	1.9	0.1
Larva uygulaması	n	0	1	15	5	16	62	4
	%	0.0	0.0	0.4	0.1	0.5	1.8	0.1
Mezoterapi	n	4	1	20	11	26	66	5
	%	0.1	0.0	0.6	0.3	0.8	1.9	0.1
Proloterapi	n	7	1	21	14	20	45	3
	%	0.2	0.0	0.6	0.4	0.6	1.3	0.1
Apiterapi	n	14	6	49	22	49	90	6
	%	0.4	0.2	1.4	0.6	1.4	2.6	0.2
Fitoterapi	n	15	7	59	24	69	176	9
	%	0.4	0.2	1.7	0.7	2.0	5.1	0.3
Sülük uygulaması	n	14	5	48	20	64	173	10
	%	0.4	0.1	1.4	0.6	1.8	5.0	0.3
Kuru kupa-yaş kupa(hacamat)	n	14	6	55	19	61	165	10
	%	0.4	0.2	1.6	0.5	1.8	4.8	0.3
Müzikterapi	n	2	3	25	11	39	121	9
	%	0.1	0.1	0.7	0.3	1.1	3.5	0.3
Kaplıca-dua	n	15	6	58	23	73	181	11
	%	0.4	0.2	1.7	0.7	2.1	5.2	0.3
Ozon uygulaması	n	5	3	18	12	43	113	8
	%	0.1	0.1	0.5	0.3	1.2	3.3	0.2
Hipnoz	n	4	1	31	16	54	163	8
	%	0.1	0.0	0.9	0.5	1.6	4.7	0.2
p								

0.026*
LR χ^2 =117.969; CC=0.176

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.
+; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir, *; p<0.05.

“GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.10’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.10. “GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz? ⁺		Yaşanılan Bölge		
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
Akupunktur	n	34	42	242
	%	1.0	1.2	7.0
Refleksoloji	n	11	23	103
	%	0.3	0.7	3.0
Osteopati	n	13	17	91
	%	0.4	0.5	2.6
Homeopati	n	10	15	53
	%	0.3	0.4	1.5
Kayropratik	n	11	17	117
	%	0.3	0.5	3.4
Larva uygulaması	n	10	16	77
	%	0.3	0.5	2.2
Mezoterapi	n	8	13	112
	%	0.2	0.4	3.2
Proloterapi	n	8	15	88
	%	0.2	0.4	2.5
Apointerapi	n	23	31	182
	%	0.7	0.9	5.3
Fitoterapi	n	46	48	265
	%	1.3	1.4	7.7
Sülük uygulaması	n	40	51	243
	%	1.2	1.5	7.0
Kuru kupa-yaş kupa(hacamat)	n	42	52	236
	%	1.2	1.5	6.8
Müzikterapi	n	20	38	152
	%	0.6	1.1	4.4
Kaplıca-dua	n	49	56	262
	%	1.4	1.6	7.6
Ozon uygulaması	n	20	25	157
	%	0.6	0.7	4.5
Hipnoz	n	36	42	199
	%	1.0	1.2	5.7
P		0.583 $\chi^2=27.761$		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

⁺; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak

anlamli değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. ‘‘GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz?’’ sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz. ⁺		Gelir Durumu			
		Asgari cret Ve Altı	Asgari cret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve zeri
Akupunktur	n	119	84	62	50
	%	3.5	2.5	1.8	1.5
Refleksoloji	n	64	34	23	15
	%	1.9	1.0	0.7	0.4
Osteopati	n	62	31	15	11
	%	1.8	0.9	0.4	0.3
Homeopati	n	42	13	12	10
	%	1.2	0.4	0.4	0.3
Kayropratik	n	68	37	22	17
	%	2.0	1.1	0.6	0.5
Larva uygulaması	n	48	20	14	18
	%	1.4	0.6	0.4	0.5
Mezoterapi	n	51	35	32	13
	%	1.5	1.0	0.9	0.4
Proloterapi	n	56	32	10	11
	%	1.6	0.9	0.3	0.3
Apiterapi	n	103	68	37	25
	%	3.0	2.0	1.1	0.7
Fitoterapi	n	148	104	61	41
	%	4.3	3.0	1.8	1.2
Sülük uygulaması	n	143	96	50	42
	%	4.2	2.8	1.5	1.2
Kuru kupa-yaş kupa(hacamat)	n	134	101	52	40
	%	3.9	3.0	1.5	1.2
Müzikterapi	n	87	56	35	31
	%	2.5	1.6	1.0	0.9
Kaplıca-dua	n	144	114	61	45
	%	4.2	3.3	1.8	1.3
Ozon uygulaması	n	79	49	41	30
	%	2.3	1.4	1.2	0.9
Hipnoz	n	110	74	51	39
	%	3.2	2.2	1.5	1.1
p		0.290 $\chi^2=49.753$			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

⁺; Bu soruda cklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ geçmektedir.

‘‘GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.’’ sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.12. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.†		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Akupunktur	n	21	14
	%	2.0	1.3
Fitoterapi	n	197	121
	%	18.8	11.5
Apiterapi	n	89	61
	%	8.5	5.8
Kuru Kupa-Yaş Kupa (hacamat)	n	39	30
	%	3.7	2.9
Sülük Uygulaması	n	22	16
	%	2.1	1.5
Hipnoz	n	20	14
	%	1.9	1.3
Kaplıca-Dua	n	137	86
	%	13.0	8.2
Müzikterapi	n	28	19
	%	2.7	1.8
Refleksoloji	n	13	8
	%	1.2	0.8
Ozon Uygulaması	n	11	5
	%	1.0	0.5
Osteopati	n	14	8
	%	1.3	0.8
Homeopati	n	8	5
	%	0.8	0.5
Kayropratik	n	21	16
	%	2.0	1.5
Larva Uygulaması	n	5	1
	%	0.5	0.1
Mezoterapi	n	7	5
	%	0.7	0.5
Proloterapi	n	7	2
	%	0.7	0.2
P		0.995 LR χ^2 =4.526	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.13’te verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %25.3 olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Tüm yaş gruplarında fitoterapi ve kaplıca-dua yöntemlerini uygulama en yüksek iken 71 yaş ve üzeri grupta fitoterapi-apiterapi ve kaplıca-dua dışında kalan yöntemlerin çok azının uygulandığı görülmüştür.

Tablo 4.13. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.†		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Akupunktur	n	10	12	7	6	0
	%	1.0	1.1	0.7	0.6	0.0
Fitoterapi	n	110	73	87	38	10
	%	10.5	7.0	8.3	3.6	1.0
Apiterapi	n	37	49	37	19	8
	%	3.5	4.7	3.5	1.8	0.8
Kuru Kupa-Yaş Kupa (hacamat)	n	25	18	20	6	0
	%	2.4	1.7	1.9	0.6	0.0
Sülük Uygulaması	n	14	11	11	1	1
	%	1.3	1.0	1.0	0.1	0.1
Hipnoz	n	21	5	6	2	0
	%	2.0	0.5	0.6	0.2	0.0
Kaplıca-Dua	n	79	55	58	25	6
	%	7.5	5.2	5.5	2.4	0.6
Müzikterapi	n	26	8	8	5	0
	%	2.5	0.8	0.8	0.5	0.0
Refleksoloji	n	11	3	3	4	0
	%	1.0	0.3	0.3	0.4	0.0
Ozon Uygulaması	n	10	3	2	1	0
	%	1.0	0.3	0.2	0.1	0.0
Osteopati	n	12	2	5	2	1
	%	1.1	0.2	0.5	0.2	0.1
Homeopati	n	8	3	1	1	0
	%	0.8	0.3	0.1	0.1	0.0
Kayropratik	n	13	9	11	3	1
	%	1.2	0.9	1.0	0.3	0.1
Larva Uygulaması	n	4	2	0	0	0
	%	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0
Mezoterapi	n	5	2	3	2	0
	%	0.5	0.2	0.3	0.2	0.0
Proloterapi	n	3	2	3	0	1
	%	0.3	0.2	0.3	0.0	0.1
p		0.040*				
		LR χ^2 =80.422				
		CC=0.253				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı. †; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir. *; p<0.05.

“GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.14’te verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.14. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.†		Öğrenim Durumu						
		Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans-Doktora
Akupunktur	n	1	0	4	5	10	15	0
	%	0.1	0.0	0.4	0.5	1.0	1.4	0.0
Fitoterapi	n	12	5	53	20	66	151	11
	%	1.1	0.5	5.0	1.9	6.3	14.4	1.0
Apiterapi	n	10	3	27	9	39	60	2
	%	1.0	0.3	2.6	0.9	3.7	5.7	0.2
Kuru Kupa-Yaş Kupa (hacamat)	n	2	2	6	6	16	35	2
	%	0.2	0.2	0.6	0.6	1.5	3.3	0.2
Sülük Uygulaması	n	2	0	1	4	10	20	1
	%	0.2	0.0	0.1	0.4	1.0	1.9	0.1
Hipnoz	n	0	0	2	4	8	20	0
	%	0.0	0.0	0.2	0.4	0.8	1.9	0.0
Kaplıca-Dua	n	9	5	31	14	44	116	4
	%	0.9	0.5	3.0	1.3	4.2	11.0	0.4
Müzikterapi	n	1	0	3	5	13	25	0
	%	0.1	0.0	0.3	0.5	1.2	2.4	0.0
Refleksoloji	n	2	1	2	2	2	11	1
	%	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	1.0	0.1
Ozon Uygulaması	n	0	0	4	0	2	10	0
	%	0.0	0.0	0.4	0.0	0.2	1.0	0.0
Osteopati	n	1	0	2	0	6	12	1
	%	0.1	0.0	0.2	0.0	0.6	1.1	0.1
Homeopati	n	0	0	0	1	4	8	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	0.8	0.0
Kayropratik	n	1	1	5	2	4	24	0
	%	0.1	0.1	0.5	0.2	0.4	2.3	0.0
Larva Uygulaması	n	0	0	0	1	0	5	0
	%	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.5	0.0
Mezoterapi	n	0	1	0	0	4	6	1
	%	0.0	0.1	0.0	0.0	0.4	0.6	0.1
Proloterapi	n	1	0	1	1	1	5	0
	%	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.5	0.0
P		0.304 LR χ^2 =96.347						

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.15’de verilmiştir. Bu soruya verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %20.7 olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tablo 4.15 incelendiğinde tüm grupların sırayla fitoterapi, kaplıca dua ve apiterapi yöntemlerini öncelikli uyguladığı hacamat yöntemini ilçe merkezinde yaşayanların diğer gruplara

göre daha sık kullandığı görülmüştür.

Tablo 4.15. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.†		Yaşanılan Bölge		
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
Akupunktur	n	5	5	25
	%	0.5	0.5	2.4
Fitoterapi	n	36	48	234
	%	3.4	4.6	22.3
Apointerapi	n	15	21	114
	%	1.4	2.0	10.9
Kuru Kupa-Yaş Kupa (hacamat)	n	8	13	48
	%	0.8	1.2	4.6
Sülük Uygulaması	n	4	9	25
	%	0.4	0.9	2.4
Hipnoz	n	5	11	18
	%	0.5	1.0	1.7
Kaplıca-Dua	n	31	30	162
	%	3.0	2.9	15.4
Müzikterapi	n	9	8	30
	%	0.9	0.8	2.9
Refleksoloji	n	2	6	13
	%	0.2	0.6	1.2
Ozon Uygulaması	n	3	4	9
	%	0.3	0.4	0.9
Osteopati	n	2	8	12
	%	0.2	0.8	1.1
Homeopati	n	5	4	4
	%	0.5	0.4	0.4
Kayropratik	n	1	7	29
	%	0.1	0.7	2.8
Larva Uygulaması	n	1	2	3
	%	0.1	0.2	0.3
Mezoterapi	n	0	5	7
	%	0.0	0.5	0.7
Proloterapi	n	1	2	6
	%	0.1	0.2	0.6
		0.046*		
p		LR χ^2 =44.183		
		CC=0.207		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.
†: Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir, *; p<0.05.

“GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” Sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.16’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.16. “GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinden daha önce uyguladıklarınızı işaretleyiniz.†		Gelir Durumu			
		Asgari Ücret Ve Altı	Asgari Ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri
Akupunktur	n	13	14	4	4
	%	1.2	1.3	0.4	0.4
Fitoterapi	n	124	91	57	42
	%	11.9	8.7	5.5	4.0
Apiterapi	n	69	50	21	10
	%	6.6	4.8	2.0	1.0
Kuru Kupa-Yaş Kupa (hacamat)	n	31	21	10	6
	%	3.0	2.0	1.0	0.6
Sülük Uygulaması	n	15	14	7	2
	%	1.4	1.3	0.7	0.2
Hipnoz	n	20	9	2	3
	%	1.9	0.9	0.2	0.3
Kaplıca-Dua	n	87	73	34	26
	%	8.3	7.0	3.3	2.5
Müzikterapi	n	23	12	6	6
	%	2.2	1.2	0.6	0.6
Refleksoloji	n	12	5	3	1
	%	1.2	0.5	0.3	0.1
Ozon Uygulaması	n	10	5	1	0
	%	1.0	0.5	0.1	0.0
Osteopati	n	12	6	2	2
	%	1.2	0.6	0.2	0.2
Homeopati	n	6	6	1	0
	%	0.6	0.6	0.1	0.0
Kayropratik	n	19	8	8	2
	%	1.8	0.8	0.8	0.2
Larva Uygulaması	n	5	0	1	0
	%	0.5	0.0	0.1	0.0
Mezoterapi	n	6	4	1	1
	%	0.6	0.4	0.1	0.1
Proloterapi	n	8	0	1	0
	%	0.8	0.0	0.1	0.0
p		0.160 LR $\chi^2=54.359$			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına ve yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$), gelir durumuna göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ($p<0.01$) ve bu ilişkinin derecesinin %19.1 olduğu belirlenmiştir. GTT

yöntemlerinin etkinliğine inanma durumunun gelir durumu artışına paralel olarak artış gösterdiği görülmüştür.

Tablo 4.17. “GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz?			
			Evet	Hayır	p
Cinsiyet	Kadın	n	231	41	0.931 $\chi^2=0.008$
		%	51.6	9.2	
	Erkek	n	150	26	
		%	33.5	5.8	
Yaş	25 yaş ve altı	n	132	33	0.261 LR $\chi^2=5.265$
		%	29.5	7.4	
	26-40 yaş	n	92	13	
		%	20.5	2.9	
	41-55 yaş	n	102	14	
		%	22.8	3.1	
	56-70 yaş	n	44	6	
		%	9.8	1.3	
71 yaş ve üzeri	n	11	1		
	%	2.5	0.2		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	15	1	0.621 LR $\chi^2=4.415$
		%	3.3	0.2	
	Okuryazar	n	7	0	
		%	1.6	0.0	
	İlkokul	n	52	11	
		%	11.6	2.5	
	Ortaokul	n	28	5	
		%	6.3	1.1	
	Lise	n	82	12	
		%	18.3	2.7	
Üniversite	n	188	36		
	%	42.0	8.0		
Yüksek lisans-doktora	n	9	2		
	%	2.0	0.4		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	51	11	0.610 $\chi^2=0.989$
		%	11.4	2.5	
	İlçe merkezi	n	57	12	
		%	12.7	2.7	
İl merkezi	n	273	44		
	%	60.9	9.8		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	140	42	0.001** $\chi^2=16.714$ CC=0.191
		%	31.7	9.5	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	113	16	
		%	25.6	3.6	
	3000-4500 TL Arası	n	73	6	
		%	16.5	1.4	
4500 TL ve Üzeri	n	49	3		
	%	11.1	0.7		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, ** ; p<0.01.

“GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.18’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, öğrenim durumlarına, yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$), yaş gruplarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ($p<0.01$) ve bu ilişkinin derecesinin %21.4 olduğu belirlenmiştir. Tüm yaş gruplarında çoğunluk GTT yöntemlerini arasıra uyguladıklarını ifade etmiştir. Ancak 56-70 yaş aralığında diğer yaş gruplarına oranla GTT yöntemlerinin daha sık kullanıldığı görülmüştür.

Tablo 4.18. “GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?				p
		Hiçbir zaman	Arasıra	Sıklıkla		
Cinsiyet	Kadın	n	59	195	19	0.079 $\chi^2=5.073$
		%	13.1	43.3	4.2	
	Erkek	n	29	142	6	
		%	6.4	31.6	1.3	
Yaş	25 yaş ve altı	n	47	112	6	0.003** LR $\chi^2=0.008$ CC=0.214
		%	10.4	24.9	1.3	
	26-40 yaş	n	18	81	7	
		%	4.0	18.0	1.6	
	41-55 yaş	n	19	93	5	
		%	4.2	20.7	1.1	
	56-70 yaş	n	2	42	6	
		%	0.4	9.3	1.3	
71 yaş ve üzeri	n	2	9	1		
	%	0.4	2.0	0.2		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	1	12	3	0.221 LR $\chi^2=15.393$
		%	0.2	2.7	0.7	
	Okuryazar	n	0	6	1	
		%	0.0	1.3	0.2	
	İlkokul	n	12	48	4	
		%	2.7	10.7	0.9	
	Ortaokul	n	3	28	2	
		%	0.7	6.2	0.4	
	Lise	n	17	74	4	
		%	3.8	16.4	0.9	
Üniversite	n	52	161	11		
	%	11.6	35.8	2.4		
Yüksek lisans-doktora	n	3	8	0		
	%	0.7	1.8	0.0		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	11	49	2	0.838 LR $\chi^2=1.437$
		%	2.4	10.9	0.4	
	İlçe merkezi	n	12	53	4	
		%	2.7	11.8	0.9	
	İl merkezi	n	65	235	19	
%		14.4	52.2	4.2		

Tablo 4.18. Devam “GTT yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	45	125	13	0.102 LR χ^2 =10.591
		%	10.1	28.2	2.9	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	24	99	7	
		%	5.4	22.3	1.6	
	3000-4500 TL Arası	n	8	68	3	
		%	1.8	15.3	0.7	
4500 TL ve Üzeri	n	11	39	2		
	%	2.5	8.8	0.5		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingens katsayısı, ** ; p<0.01.

“GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.19’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, öğrenim durumlarına ve yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (p>0.05), yaş gruplarına (p<0.05) ve gelir durumuna (p<0.05) göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu ilişkinin derecesinin yaş gruplarına göre %23.7, gelir durumuna göre %22 olduğu hesaplanmıştır. 25 yaş ve altı ile 71 yaş ve üzeri grubun çoğu bilgi seviyesini az olarak tanımlarken, orta yaş aralığının çoğu bilgi düzeyinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir. Gelir düzeyi az ve çok olanların geneli bilgi seviyesini az olarak tanımlarken orta düzey geliri olanların çoğu bilgisinin orta seviyede olduğunu söylemiştir.

Tablo 4.19. “GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler	GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?							
		Hiç yok	Az	Orta	İyi	Çok iyi	p	
Cinsiyet	Kadın	n	5	119	117	27	5	0.191 LR χ^2 =6.118
		%	1.1	26.4	26.0	6.0	1.1	
	Erkek	n	6	60	81	24	6	
		%	1.3	13.3	18.0	5.3	1.3	
Yaş	25 yaş ve altı	n	3	82	66	12	2	0.041* LR χ^2 =27.04 6 CC=0.237
		%	0.7	18.2	14.7	2.7	0.4	
	26-40 yaş	n	3	33	51	16	3	
		%	0.7	7.3	11.3	3.6	0.7	
	41-55 yaş	n	4	45	53	10	5	
		%	0.9	10.0	11.8	2.2	1.1	
	56-70 yaş	n	1	14	25	10	0	
		%	0.2	3.1	5.6	2.2	0.0	
	71 yaş ve üzeri	n	0	5	3	3	1	
		%	0.0	1.1	0.7	0.7	0.2	

Tablo 4.19. Devam “GTT yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	1	3	10	2	0	0.380 LR χ^2 =25.473
		%	0.2	0.7	2.2	0.4	0.0	
	Okuryazar	n	0	3	3	0	1	
		%	0.0	0.7	0.7	0.0	0.2	
	İlkokul	n	2	25	28	7	2	
		%	0.4	5.6	6.2	1.6	0.4	
	Ortaokul	n	0	9	17	7	0	
		%	0.0	2.0	3.8	1.6	0.0	
	Lise	n	4	32	47	9	3	
		%	0.9	7.1	10.4	2.0	0.7	
Üniversite	n	4	103	89	24	4		
	%	0.9	22.9	19.8	5.3	0.9		
Yüksek lisans-doktora	n	0	4	4	2	1		
	%	0.0	0.9	0.9	0.4	0.2		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	1	27	24	7	3	0.295 LR χ^2 =9.585
		%	0.2	6.0	5.3	1.6	0.7	
	İlçe merkezi	n	0	28	33	8	0	
		%	0.0	6.2	7.3	1.8	0.0	
	İl merkezi	n	10	124	141	36	8	
		%	2.2	27.6	31.3	8.0	1.8	
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	5	80	76	14	8	0.017* LR χ^2 =24.486 CC=0.22
		%	1.1	18.0	17.1	3.2	1.8	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	5	40	64	20	1	
		%	1.1	9.0	14.4	4.5	0.2	
	3000-4500 TL Arası	n	0	33	39	6	1	
		%	0.0	7.4	8.8	1.4	0.2	
4500 TL ve Üzeri	n	1	23	17	10	1		
	%	0.2	5.2	3.8	2.3	0.2		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingens katsayısı, * ; p<0.05.

“GTT yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.20’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.20. “GTT yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		GTT yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz?				p
		Hiçbir zaman	Arasına	Sıklıkla		
Cinsiyet	Kadın	n	51	193	29	0.764 $\chi^2=0.538$
		%	11.4	43.0	6.5	
	Erkek	n	29	130	17	
		%	6.5	29.0	3.8	
Yaş	25 yaş ve altı	n	41	113	11	0.052 LR $\chi^2=15.410$
		%	9.1	25.2	2.4	
	26-40 yaş	n	12	80	13	
		%	2.7	17.8	2.9	
	41-55 yaş	n	17	87	13	
		%	3.8	19.4	2.9	
	56-70 yaş	n	6	37	7	
		%	1.3	8.2	1.6	
71 yaş ve üzeri	n	4	6	2		
	%	0.9	1.3	0.4		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	4	11	1	0.749 LR $\chi^2=8.449$
		%	0.9	2.4	0.2	
	Okuryazar	n	0	5	2	
		%	0.0	1.1	0.4	
	İlkokul	n	10	49	5	
		%	2.2	10.9	1.1	
	Ortaokul	n	5	25	3	
		%	1.1	5.6	0.7	
	Lise	n	15	67	12	
		%	3.3	14.9	2.7	
Üniversite	n	43	160	21		
	%	9.6	35.6	4.7		
Yüksek lisans-doktora	n	3	6	2		
	%	0.7	1.3	0.4		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	8	48	6	0.723 $\chi^2=2.069$
		%	1.8	10.7	1.3	
	İlçe merkezi	n	11	52	6	
		%	2.4	11.6	1.3	
	İl merkezi	n	61	223	34	
%		13.6	49.7	7.6		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	38	129	16	0.794 $\chi^2=3.118$
		%	8.6	29.1	3.6	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	22	93	14	
		%	5.0	21.0	3.2	
	3000-4500 TL Arası	n	11	57	11	
		%	2.5	12.9	2.5	
	4500 TL ve Üzeri	n	9	38	5	
%		2.0	8.6	1.1		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp. χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

“GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.21’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı

değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.21. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?+		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Doktor	n	109	72
	%	14.9	9.9
Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	n	59	44
	%	8.1	6.0
Akraba	n	103	58
	%	14.1	7.9
Arkadaş-komşu	n	94	61
	%	12.9	8.4
TV,gazete,dergi vb.	n	93	37
	%	12.7	5.1
P		0.164 $\chi^2=6.505$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

+: Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.22’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.22. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?+		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Doktor	n	73	51	41	12	4
	%	10.0	7.0	5.6	1.6	0.5
Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	n	32	34	26	9	2
	%	4.4	4.7	3.6	1.2	0.3
Akraba	n	69	39	29	21	3
	%	9.5	5.3	4.0	2.9	0.4

Tablo 4.22. Devam “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

Arkadaş-komşu	n	46	37	45	21	6
	%	6.3	5.1	6.2	2.9	0.8
TV, gazete, dergi vb.	n	45	31	35	14	5
	%	6.2	4.2	4.8	1.9	0.7
p		0.189				
		LR χ^2 =20.731				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 , Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.23’te verilmiştir. Bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %26 olduğu belirlenmiştir (p<0.001). Öğrenim düzeyi arttıkça doktor tavsiyesi ile GTT yöntemi kullanımı artarken öğrenim düzeyi azaldıkça akraba, arkadaş-komşu etkisi artmaktadır.

Tablo 4.23. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?†	Öğrenim Durumu							
	Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans-Doktora	
Doktor	n	1	2	14	17	34	103	10
	%	0.1	0.3	1.9	2.3	4.7	14.1	1.4
Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	n	0	0	11	12	21	58	1
	%	0.0	0.0	1.5	1.6	2.9	7.9	0.1
Akraba	n	10	1	23	12	29	84	2
	%	1.4	0.1	3.2	1.6	4.0	11.5	0.3
Arkadaş-komşu	n	9	4	29	9	36	67	1
	%	1.2	0.5	4.0	1.2	4.9	9.2	0.1
TV, gazete, dergi vb.	n	4	4	15	7	26	73	1
	%	0.5	0.5	2.1	1.0	3.6	10.0	0.1
p		0.000***						
		LR χ^2 =56.003						
		CC=0.260						

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir, ***, p<0.001.

“GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.24’te verilmiştir. Yapılan

ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.24. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?+	Yaşanılan bölge			
	Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi	
Doktor	n	24	23	134
	%	3.3	3.2	18.4
Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	n	7	14	82
	%	1.0	1.9	11.2
Akraba	n	22	24	115
	%	3.0	3.3	15.8
Arkadaş-komşu	n	21	26	108
	%	2.9	3.6	14.8
TV, gazete, dergi vb.	n	16	20	94
	%	2.2	2.7	12.9
p		0.744 $\chi^2=5.122$		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.25’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.25. “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir?+	Gelir Durumu				
	Asgari Ücret Ve Altı	Asgari Ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri	
Doktor	n	72	51	36	21
	%	10.0	7.1	5.0	2.9

Tablo 4.25. Devam “GTT yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

Hemşire ve diğer sağlık çalışanı	n	32	39	19	11
	%	4.4	5.4	2.6	1.5
Akraba	n	66	45	30	17
	%	9.2	6.2	4.2	2.4
Arkadaş-komşu	n	63	49	30	11
	%	8.7	6.8	4.2	1.5
TV, gazete, dergi vb.	n	52	32	27	18
	%	7.2	4.4	3.7	2.5
P		0.667 $\chi^2=9.414$			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

+; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.26’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.26. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?+		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Solunum sistemi hastalıkları	n	155	101
	%	14.0	9.1
Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	n	55	29
	%	5.0	2.6
Onkolojik hastalıklar	n	37	37
	%	3.3	3.3
Romatolojik hastalıklar	n	87	51
	%	7.8	4.6
Nörolojik hastalıklar	n	78	46
	%	7.0	4.1
Gastrointestinal sistem hastalıkları	n	51	40
	%	4.6	3.6
Endokrinolojik hastalıklar	n	37	22
	%	3.3	2.0

Tablo 4.26. Devam “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

Kas iskelet sistemi hastalıkları	n	97	82
	%	8.7	7.4
Psikiyatrik hastalıklar	n	70	36
	%	6.3	3.2
p		0.262 $\chi^2=10.037$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.27’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.27. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?†		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Solunum sistemi hastalıkları	n	88	67	59	32	10
	%	7.9	6.0	5.3	2.9	0.9
Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	n	36	14	20	11	3
	%	3.2	1.3	1.8	1.0	0.3
Onkolojik hastalıklar	n	36	12	17	7	2
	%	3.2	1.1	1.5	0.6	0.2
Romatolojik hastalıklar	n	49	30	39	16	4
	%	4.4	2.7	3.5	1.4	0.4
Nörolojik hastalıklar	n	55	32	23	10	4
	%	5.0	2.9	2.1	0.9	0.4
Gastrointestinal sistem hastalıkları	n	34	24	21	9	3
	%	3.1	2.2	1.9	0.8	0.3
Endokrinolojik hastalıklar	n	29	10	13	5	2
	%	2.6	0.9	1.2	0.5	0.2

Tablo 4.27. Devam “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

Kas iskelet sistemi hastalıkları	n	60	50	46	18	5
	%	5.4	4.5	4.1	1.6	0.5
Psikiyatrik hastalıklar	n	50	22	20	11	3
	%	4.5	2.0	1.8	1.0	0.3
p		0.806				
		LR χ^2 =24.993				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.28’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.28. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?+		Öğrenim Durumu						
		Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans-Doktora
Solunum sistemi hastalıkları	n	12	6	50	17	50	114	7
	%	1.1	0.5	4.5	1.5	4.5	10.3	0.6
Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	n	5	3	9	4	14	46	3
	%	0.5	0.3	0.8	0.4	1.3	4.1	0.3
Onkolojik hastalıklar	n	1	0	4	4	15	48	2
	%	0.1	0.0	0.4	0.4	1.4	4.3	0.2
Romatolojik hastalıklar	n	3	3	14	6	36	71	5
	%	0.3	0.3	1.3	0.5	3.2	6.4	0.5
Nörolojik hastalıklar	n	5	1	11	9	28	67	3
	%	0.5	0.1	1.0	0.8	2.5	6.0	0.3
Gastrointestinal sistem hastalıkları	n	4	0	10	6	25	41	5
	%	0.4	0.0	0.9	0.5	2.3	3.7	0.5

Tablo 4.28. Devam “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

Endokrinolojik hastalıklar	n	2	0	5	4	14	33	1
	%	0.2	0.0	0.5	0.4	1.3	3.0	0.1
Kas iskelet sistemi hastalıkları	n	7	1	17	16	34	99	5
	%	0.6	0.1	1.5	1.4	3.1	8.9	0.5
Psikiyatrik hastalıklar	n	2	2	12	5	19	63	3
	%	0.2	0.2	1.1	0.5	1.7	5.7	0.3
P				0.265				
				LR χ^2 =53.712				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların hastaların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı Tablo 4.29’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.29. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?+		Yaşanılan Bölge		
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
Solunum sistemi hastalıkları	n	31	37	188
	%	2.8	3.3	16.9
Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	n	13	19	52
	%	1.2	1.7	4.7
Onkolojik hastalıklar	n	16	16	42
	%	1.4	1.4	3.8
Romatolojik hastalıklar	n	16	18	104
	%	1.4	1.6	9.4
Nörolojik hastalıklar	n	23	22	79
	%	2.1	2.0	7.1
Gastrointestinal sistem hastalıkları	n	12	12	67
	%	1.1	1.1	6.0

Tablo 4.29. Devam “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

Endokrinolojik hastalıklar	n	9	7	43
	%	0.8	0.6	3.9
Kas iskelet sistemi hastalıkları	n	21	28	130
	%	1.9	2.5	11.7
Psikiyatrik hastalıklar	n	21	11	74
	%	1.9	1.0	6.7
P		0.262 $\chi^2=10.037$		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

+; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.30’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.30. “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir?+		Gelir Durumu			
		Asgari Ücret Ve Altı	Asgari Ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri
Solunum sistemi hastalıkları	n	113	76	38	24
	%	10.4	7.0	3.5	2.2
Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları	n	43	20	12	7
	%	3.9	1.8	1.1	0.6
Onkolojik hastalıklar	n	32	22	11	7
	%	2.9	2.0	1.0	0.6
Romatolojik hastalıklar	n	49	39	32	16
	%	4.5	3.6	2.9	1.5
Nörolojik hastalıklar	n	52	42	18	10
	%	4.8	3.9	1.7	0.9

Tablo 4.30. Devam “GTT yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

Gastrointestinal sistem hastalıkları	n	27	38	11	13
	%	2.5	3.5	1.0	1.2
Endokrinolojik hastalıklar	n	29	13	9	6
	%	2.7	1.2	0.8	0.6
Kas iskelet sistemi hastalıkları	n	63	59	28	26
	%	5.8	5.4	2.6	2.4
Psikiyatrik hastalıklar	n	39	33	24	8
	%	3.6	3.0	2.2	0.7
p		0.126 $\chi^2=32.033$			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.31’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.31. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?†		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Kabızlık	n	105	59
	%	8.3	4.7
Gaz sancısı	n	78	45
	%	6.2	3.6
Öksürük	n	161	103
	%	12.8	8.2
Saç dökülmesi	n	69	29
	%	5.5	2.3
Ağrı	n	148	94
	%	11.8	7.5
Kilo fazlalığı	n	74	47
	%	5.9	3.7
Ciltte kırıışıklık	n	40	25
	%	3.2	2.0
Kaşıntı	n	47	33
	%	3.7	2.6

Tablo 4.31. Devam “GTT yöntemlerini hangi şikayetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

İştahsızlık	n	38	34
	%	3.0	2.7
Diğer	n	22	7
	%	1.7	0.6
P		0.448 $\chi^2=8.885$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.32’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi ile bu sorunun cevaplarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği bu ilişkinin derecesinin %20.1 olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tüm yaş grupları en çok öksürük ve ağrı şikayeti için GTT yöntemlerini uygularken; saç dökülmesi ve kilo fazlalığı için kullanımın yaş arttıkça azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.32. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?*		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Kabızlık	n	61	43	38	16	6
	%	4.8	3.4	3.0	1.3	0.5
Gaz sancısı	n	56	27	27	10	3
	%	4.5	2.1	2.1	0.8	0.2
Öksürük	n	89	63	73	30	9
	%	7.1	5.0	5.8	2.4	0.7
Saç dökülmesi	n	44	24	27	3	0
	%	3.5	1.9	2.1	0.2	0.0
Ağrı	n	88	56	61	29	8
	%	7.0	4.5	4.8	2.3	0.6
Kilo fazlalığı	n	41	40	33	6	1
	%	3.3	3.2	2.6	0.5	0.1
Ciltte kırıksıklık	n	37	9	13	5	1
	%	2.9	0.7	1.0	0.4	0.1

Tablo 4.32. Devam “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

Kaşıntı	n	37	15	17	7	4
	%	2.9	1.2	1.4	0.6	0.3
İştahsızlık	n	38	15	15	3	1
	%	3.0	1.2	1.2	0.2	0.1
Diğer	n	7	8	9	5	0
	%	0.6	0.6	0.7	0.4	0.0
P		0.013*				
		LR χ^2 =57.601				
		CC=0.201				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri; CC; Kontingensi katsayısı.
[†]; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir, *; p<0.05.

“GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.33’te verilmiştir. Bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %23.8 olduğu belirlenmiştir (p<0.01). Öksürük şikâyetinin tüm öğrenim durumlarında GTT yöntemi kullanımına iten baş şikâyet olduğu ve yüksek lisans-doktora grubunun GTT yöntemlerini iştahsızlık şikâyeti için diğer gruplara göre daha sık kullandığı görülmüştür.

Tablo 4.33. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir? ⁺		Öğrenim Durumu						
		Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans-Doktora
Kabızlık	n	5	5	18	10	35	88	3
	%	0.4	0.4	1.4	0.8	2.8	7.0	0.2
Gaz sancısı	n	3	3	12	4	30	68	3
	%	0.2	0.2	1.0	0.3	2.4	5.4	0.2
Öksürük	n	14	5	45	20	55	120	5
	%	1.1	0.4	3.6	1.6	4.4	9.5	0.4
Saç dökülmesi	n	2	0	4	3	23	65	1
	%	0.2	0.0	0.3	0.2	1.8	5.2	0.1

Tablo 4.33. Devam “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

Ağrı	n	7	4	38	19	59	112	3
	%	0.6	0.3	3.0	1.5	4.7	8.9	0.2
Kilo fazlalığı	n	3	1	11	6	38	59	3
	%	0.2	0.1	0.9	0.5	3.0	4.7	0.2
Ciltte kırıxıklık	n	1	0	4	0	18	41	1
	%	0.1	0.0	0.3	0.0	1.4	3.3	0.1
Kaşıntı	n	2	1	8	3	21	44	1
	%	0.2	0.1	0.6	0.2	1.7	3.5	0.1
İştahsızlık	n	0	0	4	1	20	43	4
	%	0.0	0.0	0.3	0.1	1.6	3.4	0.3
Diğer	n	2	0	6	1	6	13	1
	%	0.2	0.0	0.5	0.1	0.5	1.0	0.1
p				0.006** LR χ^2 =83.767 CC=0.238				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.
+; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir, **, p<0.01.

“GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.34’te verilmiştir. Bu soruya verilen cevapların yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %16.3 olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Tüm bölgelerde öksürük ve ağrı şikâyetleri için GTT kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.34. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?+	Yaşanılan Bölge			
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
Kabızlık	n	19	20	125
	%	1.5	1.6	9.9
Gaz sancısı	n	13	17	93
	%	1.0	1.4	7.4

Tablo 4.34. Devam “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

Öksürük	n	38	31	195
	%	3.0	2.5	15.5
Saç dökülmesi	n	14	14	70
	%	1.1	1.1	5.6
Ağrı	n	38	27	177
	%	3.0	2.1	14.1
Kilo fazlalığı	n	19	15	87
	%	1.5	1.2	6.9
Ciltte kırıışıklık	n	15	14	36
	%	1.2	1.1	2.9
Kaşıntı	n	13	12	55
	%	1.0	1.0	4.4
İştahsızlık	n	17	11	44
	%	1.4	0.9	3.5
Diğer	n	3	11	15
	%	0.2	0.9	1.2
P		0.042* LR χ^2 =29.530 CC=0.163		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.
†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir, *; p<0.05.

“GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?” sorusunun gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.35’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.35. “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir?+	Gelir Durumu				
	Asgari ücret ve altı	Asgari ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri	
Kabızlık	n	67	46	32	16
	%	5.4	3.7	2.6	1.3
Gaz sancısı	n	48	38	22	13
	%	3.9	3.1	1.8	1.0

Tablo 4.35. Devam “GTT yöntemlerini hangi şikâyetleriniz için uyguladınız/ uygulanabilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

Öksürük	n	112	81	44	24
	%	9.0	6.5	3.5	1.9
Saç dökülmesi	n	32	33	23	9
	%	2.6	2.7	1.8	0.7
Ağrı	n	91	81	41	27
	%	7.3	6.5	3.3	2.2
Kilo fazlalığı	n	42	41	25	11
	%	3.4	3.3	2.0	0.9
Ciltte kırıışıklık	n	29	19	11	6
	%	2.3	1.5	0.9	0.5
Kaşıntı	n	33	27	14	6
	%	2.7	2.2	1.1	0.5
İştahsızlık	n	26	25	12	9
	%	2.1	2.0	1.0	0.7
Diğer	n	12	7	4	6
	%	1.0	0.6	0.3	0.5
P			0.989	LR χ^2 =13.081	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

*: Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“Aynı hastalık veya şikâyetler için doktora başvurduğunuz mu?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.36’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete ve yaşanılan bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$); yaş gruplarına ($p<0.001$), öğrenim durumlarına ($p<0.01$) ve gelir durumuna ($p<0.05$) göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu ilişkinin derecesinin yaş gruplarına göre %24.1, öğrenim durumlarına göre %17.2 ve gelir durumuna göre %13.4 olduğu hesaplanmıştır. Tüm yaş grupları, öğrenim durumları ve gelir durumlarında aynı hastalık ve şikâyet için doktora başvurma durumu çoğunlukta iken yaşla birlikte doktora başvuru oranının arttığı, lise mezunu grupta yer alanların doktora başvuru durumunun görece daha az olduğu, asgari ücret-3000 TL arası geliri olan grubun doktora görece daha fazla başvurduğu görülmüştür.

Tablo 4.36. “Aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduğunuz mu?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		Aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduğunuz mu?			
			Evet	Hayır	p
Cinsiyet	Kadın	n	222	50	0.275 $\chi^2=1.189$
		%	49.4	11.1	
	Erkek	n	137	40	
		%	30.5	8.9	
Yaş	25 yaş ve altı	n	110	54	0.000*** LR $\chi^2=27.349$ CC=0.241
		%	24.5	12.0	
	26-40 yaş	n	94	12	
		%	20.9	2.7	
	41-55 yaş	n	99	18	
		%	22.0	4.0	
	56-70 yaş	n	45	5	
		%	10.0	1.1	
71 yaş ve üzeri	n	11	1		
	%	2.4	0.2		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	15	1	0.006** LR $\chi^2=18.210$ CC=0.172
		%	3.3	0.2	
	Okuryazar	n	7	0	
		%	1.6	0.0	
	İlkokul	n	57	7	
		%	12.7	1.6	
	Ortaokul	n	28	5	
		%	6.2	1.1	
	Lise	n	71	24	
		%	15.8	5.3	
Üniversite	n	170	53		
	%	37.9	11.8		
Yüksek lisans-doktora	n	11	0		
	%	2.4	0.0		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	46	16	0.380 $\chi^2=1.934$
		%	10.2	3.6	
	İlçe merkezi	n	53	15	
		%	11.8	3.3	
	İl merkezi	n	260	59	
%		57.9	13.1		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	134	48	0.044* $\chi^2=8.109$ CC=0.134
		%	30.2	10.8	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	111	19	
		%	25.1	4.3	
	3000-4500 TL Arası	n	67	12	
		%	15.1	2.7	
4500 TL ve Üzeri	n	42	10		
%	9.5	2.3			

χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.

*; p<0.05, **; p<0.01, ***; p<0.001.

“Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.37’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, öğrenim durumlarına,

yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$); yaş gruplarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ve bu ilişkinin derecesinin %21.9 olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yaş arttıkça GTT yöntemlerinden memnuniyet derecesi artmaktadır. Zararı olduğunu düşünen 4 hastanın tümü 25 yaş ve altı gruptadır.

Tablo 4.37. “Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?					p
		Zararı oldu	Yararı olmadı	Yararlı	Çok yararlı		
Cinsiyet	Kadın	n	3	21	160	89	0.760 LR χ^2 =1.171
		%	0.7	4.7	35.6	19.8	
	Erkek	n	1	14	111	51	
		%	0.2	3.1	24.7	11.3	
Yaş	25 yaş ve altı	n	4	17	103	41	0.024* LR χ^2 =23.468 CC=0.219
		%	0.9	3.8	22.9	9.1	
	26-40 yaş	n	0	6	56	44	
		%	0.0	1.3	12.4	9.8	
	41-55 yaş	n	0	8	79	30	
		%	0.0	1.8	17.6	6.7	
	56-70 yaş	n	0	2	28	20	
		%	0.0	0.4	6.2	4.4	
	71 yaş ve üzeri	n	0	2	5	5	
		%	0.0	0.4	1.1	1.1	
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	0	0	8	8	0.671 LR χ^2 =14.869
		%	0.0	0.0	1.8	1.8	
	Okuryazar	n	0	1	4	2	
		%	0.0	0.2	0.9	0.4	
	İlkokul	n	0	1	40	23	
		%	0.0	0.2	8.9	5.1	
	Ortaokul	n	0	4	18	11	
		%	0.0	0.9	4.0	2.4	
	Lise	n	1	9	58	27	
		%	0.2	2.0	12.9	6.0	
Üniversite	n	3	19	137	65		
	%	0.7	4.2	30.4	14.4		
Yüksek lisans-doktora	n	0	1	6	4		
	%	0.0	0.2	1.3	0.9		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	1	6	40	15	0.330 LR χ^2 =6.907
		%	0.2	1.3	8.9	3.3	
	İlçe merkezi	n	2	6	36	25	
		%	0.4	1.3	8.0	5.6	
	İl merkezi	n	1	23	195	100	
		%	0.2	5.1	43.3	22.2	

Tablo 4.37. Devam “Uyguladığınız GTT yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

	Asgari ücret ve altı	n	3	20	109	51	
		%	0.7	4.5	24.5	11.5	
Gelir Durumu	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	0	8	81	41	
		%	0.0	1.8	18.2	9.2	0.120
	3000-4500 TL Arası	n	0	5	52	22	LR χ^2 =14.072
		%	0.0	1.1	11.7	5.0	
	4500 TL ve Üzeri	n	1	2	26	23	
		%	0.2	0.5	5.9	5.2	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, *; p<0.05.

“Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.38’de verilmiştir. Yapılan ki- kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.38. “Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler	Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?					p	
	Zararı oldu	Yararı olmadı	Yararlı	Çok yararlı			
Cinsiyet	Kadın	n	4	14	140	115	
		%	0.9	3.1	31.1	25.6	0.121
	Erkek	n	2	8	72	95	LR χ^2 =5.808
		%	0.4	1.8	16.0	21.1	
Yaş	25 yaş ve altı	n	5	11	84	65	
		%	1.1	2.4	18.7	14.4	
	26-40 yaş	n	1	4	47	54	
		%	0.2	0.9	10.4	12.0	
	41-55 yaş	n	0	4	47	66	0.129
		%	0.0	0.9	10.4	14.7	LR χ^2 =17.588
	56-70 yaş	n	0	2	28	20	
		%	0.0	0.4	6.2	4.4	
71 yaş ve üzeri	n	0	1	6	5		
	%	0.0	0.2	1.3	1.1		

Tablo 4.38. Devam “Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	0	0	10	6	0.272 LR χ^2 =21.144
		%	0.0	0.0	2.2	1.3	
	Okuryazar	n	0	0	2	5	
		%	0.0	0.0	0.4	1.1	
	İlkokul	n	0	0	28	36	
		%	0.0	0.0	6.2	8.0	
	Ortaokul	n	0	3	15	15	
		%	0.0	0.7	3.3	3.3	
	Lise	n	1	6	45	43	
	%	0.2	1.3	10.0	9.6		
Üniversite	n	5	13	108	98		
	%	1.1	2.9	24.0	21.8		
Yüksek lisans-doktora	n	0	0	4	7		
	%	0.0	0.0	0.9	1.6		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	2	2	32	26	0.424 LR χ^2 =5.992
		%	0.4	0.4	7.1	5.8	
	İlçe merkezi	n	2	4	35	28	
		%	0.4	0.9	7.8	6.2	
İl merkezi	n	2	16	145	156		
	%	0.4	3.6	32.2	34.7		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	4	6	92	81	0.644 LR χ^2 =6.938
		%	0.9	1.4	20.7	18.2	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	1	7	57	65	
		%	0.2	1.6	12.8	14.6	
	3000-4500 TL Arası	n	0	5	38	36	
		%	0.0	1.1	8.6	8.1	
4500 TL ve Üzeri	n	1	4	23	24		
	%	0.2	0.9	5.2	5.4		

LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı.

“Modern tıbbi tedavi ile GTT uygulamasını kıyaslar mısınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.39’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, öğrenim durumlarına, yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$), yaş gruplarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği ($p<0.001$) ve bu ilişkinin derecesinin %24.3 olduğu belirlenmiştir. 26-40 yaş aralığındaki hastaların geneli GTT ve modern tıbbi aynı etkiye sahip bulurken, diğer gruplarda çoğunluğun GTT yöntemlerini daha az etkili bulduğu görülmüştür.

Tablo 4.39. “Modern tıbbi tedavi ile GTT uygulamasını kıyaslar mısınız?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		Modern tıbbi tedavi ile GTT uygulamasını kıyaslar mısınız?				p
		GTT daha az etkili	Aynı etkili	GTT daha fazla etkili		
Cinsiyet	Kadın	n	135	111	26	0.200 $\chi^2=3.223$
		%	30.1	24.7	5.8	
	Erkek	n	97	58	22	
		%	21.6	12.9	4.9	
Yaş	25 yaş ve altı	n	87	59	18	0.000*** LR $\chi^2=28.160$ CC=0.243
		%	19.4	13.1	4.0	
	26-40 yaş	n	39	61	6	
		%	8.7	13.6	1.3	
	41-55 yaş	n	68	35	14	
		%	15.1	7.8	3.1	
	56-70 yaş	n	30	12	8	
		%	6.7	2.7	1.8	
71 yaş ve üzeri	n	8	2	2		
	%	1.8	0.4	0.4		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	7	5	4	0.055 LR $\chi^2=20.721$
		%	1.6	1.1	0.9	
	Okuryazar	n	5	1	1	
		%	1.1	0.2	0.2	
	İlkokul	n	40	17	7	
		%	8.9	3.8	1.6	
	Ortaokul	n	20	7	6	
		%	4.5	1.6	1.3	
	Lise	n	52	34	9	
		%	11.6	7.6	2.0	
Üniversite	n	103	99	21		
	%	22.9	22.0	4.7		
Yüksek lisans-doktora	n	5	6	0		
	%	1.1	1.3	0.0		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	33	24	5	0.246 $\chi^2=5.426$
		%	7.3	5.3	1.1	
	İlçe merkezi	n	27	33	8	
		%	6.0	7.3	1.8	
	İl merkezi	n	172	112	35	
		%	38.3	24.9	7.8	
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	102	58	22	0.259 $\chi^2=7.724$
		%	23.0	13.1	5.0	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	69	48	13	
		%	15.6	10.8	2.9	
	3000-4500 TL Arası	n	33	38	8	
		%	7.4	8.6	1.8	
	4500 TL ve üzeri	n	25	23	4	
		%	5.6	5.2	0.9	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, ***, p<0.001.

“Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre değişimi Tablo 4.40’da verilmiştir. Yapılan ki-kare

testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.40. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?+		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	n	108	78
	%	9.5	6.9
GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	n	185	118
	%	16.3	10.4
GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	n	48	31
	%	4.2	2.7
GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	n	65	35
	%	5.7	3.1
GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	n	71	45
	%	6.3	4.0
Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	n	66	46
	%	5.8	4.1
Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	n	47	29
	%	4.2	2.6
Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	n	31	25
	%	2.7	2.2
Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	n	62	42
	%	5.5	3.7
p		0.975	
		$\chi^2=2.186$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.41’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.41. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?+	Yaş Grupları				
	25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	n 78 % 6.9	30 2.7	49 4.3	23 2.0	6 0.5
GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	n 108 % 9.5	76 6.7	75 6.6	34 3.0	10 0.9
GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	n 30 % 2.7	20 1.8	18 1.6	7 0.6	4 0.4
GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	n 35 % 3.1	23 2.0	26 2.3	13 1.1	3 0.3
GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	n 41 % 3.6	28 2.5	24 2.1	15 1.3	8 0.7
Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	n 43 % 3.8	20 1.8	32 2.8	12 1.1	5 0.4
Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	n 31 % 2.7	13 1.1	16 1.4	10 0.9	6 0.5
Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	n 23 % 2.0	11 1.0	14 1.2	6 0.5	2 0.2
Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	n 39 % 3.4	31 2.7	24 2.1	7 0.6	3 0.3
			0.865		
			LR χ^2 =23.403		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

*: Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/ hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.42’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.42. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?+		Öğrenim Durumu						
		Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans-Doktora
GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	n	8	2	40	13	39	82	2
	%	0.7	0.2	3.5	1.1	3.4	7.2	0.2
GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	n	13	7	41	20	57	159	6
	%	1.1	0.6	3.6	1.8	5.0	14.0	0.5
GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	n	1	1	11	4	14	44	4
	%	0.1	0.1	1.0	0.4	1.2	3.9	0.4
GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	n	7	1	22	8	19	43	0
	%	0.6	0.1	1.9	0.7	1.7	3.8	0.0
GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	n	8	1	19	7	24	56	1
	%	0.7	0.1	1.7	0.6	2.1	4.9	0.1
Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	n	6	3	19	7	25	51	1
	%	0.5	0.3	1.7	0.6	2.2	4.5	0.1
Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	n	4	2	11	2	17	37	3
	%	0.4	0.2	1.0	0.2	1.5	3.3	0.3
Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	n	0	1	8	3	16	28	0
	%	0.0	0.1	0.7	0.3	1.4	2.5	0.0
Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	n	2	1	10	4	17	67	3
	%	0.2	0.1	0.9	0.4	1.5	5.9	0.3
p		0.460 LR χ^2 =15.902						

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

+; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/ hissedilebilir?” sorusuna verdikleri cevapların yaşanan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.43'te verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların hastaların yaşadıkları bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.43. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?*		Yaşanılan Bölge		
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	n	33	28	125
	%	2.9	2.5	11.0
GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	n	40	41	222
	%	3.5	3.6	19.6
GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	n	10	10	59
	%	0.9	0.9	5.2
GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	n	15	21	64
	%	1.3	1.9	5.7
GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	n	18	19	79
	%	1.6	1.7	7.0
Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	n	13	22	77
	%	1.1	1.9	6.8
Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	n	11	16	49
	%	1.0	1.4	4.3
Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	n	12	5	39
	%	1.1	0.4	3.4
Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	n	20	12	72
	%	1.8	1.1	6.4
			0.460	
			LR χ^2 =15.902	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

*; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/ hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.44’te verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.44. “Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

Neden GTT yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?+		Gelir Durumu			
		Asgari ücret ve altı	Asgari ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri
GTT yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması	n	94	55	20	15
	%	8.4	4.9	1.8	1.3
GTT yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi	n	124	86	58	33
	%	11.1	7.7	5.2	3.0
GTT yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi	n	27	26	13	11
	%	2.4	2.3	1.2	1.0
GTT yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması	n	49	27	12	9
	%	4.4	2.4	1.1	0.8
GTT yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması	n	52	35	18	10
	%	4.7	3.1	1.6	0.9
Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek	n	45	35	15	15
	%	4.0	3.1	1.3	1.3
Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği	n	36	18	14	7
	%	3.2	1.6	1.3	0.6
Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması	n	21	19	10	4
	%	1.9	1.7	0.9	0.4
Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı	n	37	29	20	17
	%	3.3	2.6	1.8	1.5
p		0.430 $\chi^2=24.559$			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.45’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.45. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların cinsiyete göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri- zararları nelerdir?+		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
Alerji	n	173	106
	%	20.8	12.8
Enfeksiyon	n	90	56
	%	10.8	6.7
Doku yaralanması (pnömotoraks)	n	46	22
	%	5.5	2.6
Kanamaya meyil	n	45	25
	%	5.4	3.0
Kanserojen etki	n	31	15
	%	3.7	1.8
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi	n	83	53
	%	10.0	6.4
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)	n	34	25
	%	4.1	3.0
Diğer	n	16	11
	%	1.9	1.3
p		0.945 $\chi^2=2.239$	

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare değeri.

+: Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.46’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların yaş gruplarına göre değişmediği belirlenmiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.46. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?+		Yaş Grupları				
		25 yaş ve altı	26-40 yaş	41-55 yaş	56-70 yaş	71 yaş ve üzeri
Alerji	n	110	59	69	30	11
	%	13.2	7.1	8.3	3.6	1.3
Enfeksiyon	n	64	32	32	13	5
	%	7.7	3.9	3.9	1.6	0.6
Doku yaralanması (pnömotoraks)	n	38	12	14	3	1
	%	4.6	1.4	1.7	0.4	0.1
Kanamaya meyil	n	36	16	12	4	2
	%	4.3	1.9	1.4	0.5	0.2
Kanserojen etki	n	24	6	11	4	1
	%	2.9	0.7	1.3	0.5	0.1
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi	n	67	26	32	9	2
	%	8.1	3.1	3.9	1.1	0.2
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)	n	18	14	22	4	1
	%	2.2	1.7	2.6	0.5	0.1
Diğer	n	7	6	8	6	0
	%	0.8	0.7	1.0	0.7	0.0
p		0.230 LR χ^2 =33.162				

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

‡; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.47’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların öğrenim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.47. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların öğrenim durumlarına göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?*	Öğrenim Durumu							
	Okuryazar Değil	Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisans-Doktora	Yüksek
Alerji	n	14	5	39	18	60	134	9
	%	1.7	0.6	4.7	2.2	7.2	16.1	1.1
Enfeksiyon	n	4	2	13	10	28	85	4
	%	0.5	0.2	1.6	1.2	3.4	10.2	0.5
Doku yaralanması (pnömotoraks)	n	2	0	5	3	11	46	1
	%	0.2	0.0	0.6	0.4	1.3	5.5	0.1
Kanamaya meyil	n	1	1	3	2	9	50	4
	%	0.1	0.1	0.4	0.2	1.1	6.0	0.5
Kanserojen etki	n	0	0	8	2	10	25	1
	%	0.0	0.0	1.0	0.2	1.2	3.0	0.1
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi	n	1	1	9	7	25	88	5
	%	0.1	0.1	1.1	0.8	3.0	10.6	0.6
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)	n	0	0	6	4	15	32	2
	%	0.0	0.0	0.7	0.5	1.8	3.9	0.2
Diğer	n	1	0	7	1	8	10	0
	%	0.1	0.0	0.8	0.1	1.0	1.2	0.0
p								

0.052

LR $\chi^2=57.589$

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

*; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verdikleri cevapların yaşanılan bölgeye göre dağılımı Tablo 4.48’de verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların hastaların yaşadıkları bölgeye göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.48. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların yaşadıkları bölgeye göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir? ⁺		Yaşanılan Bölge		
		Mahalle	İlçe merkezi	İl merkezi
Alerji	n	42	42	195
	%	5.1	5.1	23.5
Enfeksiyon	n	22	21	103
	%	2.6	2.5	12.4
Doku yaralanması (pnömotoraks)	n	9	15	44
	%	1.1	1.8	5.3
Kanamaya meyil	n	9	12	49
	%	1.1	1.4	5.9
Kanserojen etki	n	4	11	31
	%	0.5	1.3	3.7
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi	n	19	10	107
	%	2.3	1.2	12.9
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)	n	7	4	48
	%	0.8	0.5	5.8
Diğer	n	3	6	18
	%	0.4	0.7	2.2
p		0.156 LR χ^2 =19.240		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

⁺; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100'ü geçmektedir.

“GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.49’da verilmiştir. Yapılan ki-kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir. (p>0.05).

Tablo 4.49. “GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?” sorusuna verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımı tablosu.

GTT yöntemlerinin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir?+		Gelir Durumu			
		Asgari Ücret Ve Altı	Asgari Ücret-3000 TL Arası	3000-4500 TL Arası	4500 TL ve Üzeri
Alerji	n	122	79	46	28
	%	14.9	9.6	5.6	3.4
Enfeksiyon	n	61	37	27	19
	%	7.4	4.5	3.3	2.3
Doku yaralanması (pnömotoraks)	n	34	19	7	8
	%	4.1	2.3	0.9	1.0
Kanamaya meyil	n	29	10	15	15
	%	3.5	1.2	1.8	1.8
Kanserojen etki	n	18	16	5	7
	%	2.2	1.9	0.6	0.9
Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi	n	47	39	28	21
	%	5.7	4.8	3.4	2.6
Organ toksisitesi (karaciğer-böbrek yetmezliği)	n	22	15	12	8
	%	2.7	1.8	1.5	1.0
Diğer	n	12	7	6	2
	%	1.5	0.9	0.7	0.2
p		0.363 LR χ^2 =22.651			

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

†; Bu soruda çoklu işaretleme yapıldığı için toplam frekans %100’ü geçmektedir.

“GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapıp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.50’de verilmiştir. Yapılan ki- kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete, yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, yaşanılan bölgeye ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.50. “GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapılp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		GTT yöntemi hakkında bilimsel çalışmalar yapılp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz?				p
		Evet	Hayır	Fikrim yok		
Cinsiyet	Kadın	n	220	15	38	0.526 $\chi^2=1.286$
		%	48.9	3.3	8.4	
	Erkek	n	150	8	19	
		%	33.3	1.8	4.2	
Yaş	25 yaş ve altı	n	126	11	28	0.127 LR $\chi^2=12.596$
		%	28.0	2.4	6.2	
	26-40 yaş	n	90	7	9	
		%	20.0	1.6	2.0	
	41-55 yaş	n	104	3	10	
		%	23.1	0.7	2.2	
	56-70 yaş	n	41	2	7	
%		9.1	0.4	1.6		
71 yaş ve üzeri	n	9	0	3		
	%	2.0	0.0	0.7		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	12	0	4	0.231 LR $\chi^2=15.188$
		%	2.7	0.0	0.9	
	Okuryazar	n	5	0	2	
		%	1.1	0.0	0.4	
	İlkokul	n	54	2	8	
		%	12.0	0.4	1.8	
	Ortaokul	n	28	1	4	
		%	6.2	0.2	0.9	
	Lise	n	71	6	18	
		%	15.8	1.3	4.0	
Üniversite	n	190	13	21		
	%	42.2	2.9	4.7		
Yüksek lisans-doktora	n	10	1	0		
	%	2.2	0.2	0.0		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	46	4	12	0.313 LR $\chi^2=4.762$
		%	10.2	0.9	2.7	
	İlçe merkezi	n	54	5	10	
		%	12.0	1.1	2.2	
İl merkezi	n	270	14	35		
	%	60.0	3.1	7.8		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	148	10	25	0.555 LR $\chi^2=4.914$
		%	33.3	2.3	5.6	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	104	8	18	
		%	23.4	1.8	4.1	
	3000-4500 TL Arası	n	68	2	9	
		%	15.3	0.5	2.0	
4500 TL ve Üzeri	n	46	3	3		
	%	10.4	0.7	0.7		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri.

“Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo

4.51’de verilmiştir. Yapılan ki- kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete ve yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği ($p>0.05$); öğrenim durumlarına($p<0.05$), yaşanan bölgeye($p<0.01$) ve gelir durumuna ($p<0.05$) göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu ilişkinin derecesinin öğrenim durumlarına göre %22.3, yaşanan bölgeye göre %19.1, gelir durumuna göre %17.6 olduğu hesaplanmıştır. Tüm öğrenim durumları, yaşanan bölge ve gelir durumu gruplarında çoğunluk tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemlerinin yer almasını istemektedir. Tıp eğitimi müfredatına dahil edilmesini isteme durumu üniversite yüksek lisans-doktora grubunda görece daha az iken il merkezinde yaşayanlarda ve 3000-4500 tl arası gelire sahip olanlarda isteyen oranının görece daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4.51. “Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		Tıp eğitimi müfredatında GTT hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?				p
		Evet	Hayır	Fikrim yok		
Cinsiyet	Kadın	n	219	24	30	0.725 $\chi^2=0.644$
		%	48.7	5.3	6.7	
	Erkek	n	141	13	23	
		%	31.3	2.9	5.1	
Yaş	25 yaş ve altı	n	122	20	23	0.118 LR $\chi^2=12.824$
		%	27.1	4.4	5.1	
	26-40 yaş	n	90	8	8	
		%	20.0	1.8	1.8	
	41-55 yaş	n	98	7	12	
		%	21.8	1.6	2.7	
	56-70 yaş	n	42	1	7	
		%	9.3	0.2	1.6	
71 yaş ve üzeri	n	8	1	3		
	%	1.8	0.2	0.7		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	12	0	4	0.010* LR $\chi^2=26.083$ CC=0.223
		%	2.7	0.0	0.9	
	Okuryazar	n	5	0	2	
		%	1.1	0.0	0.4	
	İlkokul	n	52	1	11	
		%	11.6	0.2	2.4	
	Ortaokul	n	24	5	4	
		%	5.3	1.1	0.9	
	Lise	n	75	5	15	
		%	16.7	1.1	3.3	
Üniversite	n	184	25	15		
	%	40.9	5.6	3.3		
Yüksek lisans-doktora	n	8	1	2		
	%	1.8	0.2	0.4		

Tablo 4.51. Devam “Tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	44	3	15	0.002** $\chi^2=17.094$ CC=0.191
		%	9.8	0.7	3.3	
	İlçe merkezi	n	53	11	5	
		%	11.8	2.4	1.1	
	İl merkezi	n	263	23	33	
		%	58.4	5.1	7.3	
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	133	18	32	0.024* LR $\chi^2=14.513$ CC=0.176
		%	30.0	4.1	7.2	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	109	10	11	
		%	24.5	2.3	2.5	
	3000-4500 TL Arası	n	71	3	5	
		%	16.0	0.7	1.1	
	4500 TL ve Üzeri	n	43	5	4	
	%	9.7	1.1	0.9		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri. CC; Kontingens katsayısı, * ; p<0.05, ** ; p<0.01.

“GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dâhil edilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.52’de verilmiştir. Yapılan ki- kare testi sonucunda bu soruya verilen cevapların cinsiyete ve gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermediği (p>0.05); yaş gruplarına(p<0.001), öğrenim durumlarına (p<0.01) ve yaşanılan bölgeye (p<0.05) göre ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği belirlenmiştir. Bu ilişkinin derecesi yaş gruplarına göre %25.3, öğrenim durumlarına göre %22.2, yaşanılan bölgeye göre %16.1 olarak hesaplanmıştır. Tüm yaş grupları, öğrenim durumları ve yaşanılan bölge gruplarında çoğunluk SGK tarafından GTT yöntemlerinin geri ödeme kapsamına alınmasını isterken; istememe durumu yaş artıkça azalmaktadır. SGK kapsamına dahil edilmesini isteme durumu üniversite yüksek lisans-doktora grubunda görece daha az iken il merkezinde yaşayanlarda isteyen oranının görece daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 4.52. “GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?” sorusuna verilen cevapların demografik özelliklere göre dağılımı tablosu.

Demografik Özellikler		GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?				p
		Evet	Hayır	Fikrim yok		
Cinsiyet	Kadın	n	194	31	48	0.480 $\chi^2=1.468$
		%	43.1	6.9	10.7	
	Erkek	n	121	27	29	
		%	26.9	6.0	6.4	
Yaş	25 yaş ve altı	n	90	33	42	0.000*** LR $\chi^2=31.824$ CC=0.253
		%	20.0	7.3	9.3	
	26-40 yaş	n	82	10	14	
		%	18.2	2.2	3.1	
	41-55 yaş	n	93	11	13	
		%	20.7	2.4	2.9	
	56-70 yaş	n	40	4	6	
%		8.9	0.9	1.3		
71 yaş ve üzeri	n	10	0	2		
	%	2.2	0.0	0.4		
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	n	13	0	3	0.002** LR $\chi^2=30.737$ CC=0.222
		%	2.9	0.0	0.7	
	Okuryazar	n	7	0	0	
		%	1.6	0.0	0.0	
	İlkokul	n	56	1	7	
		%	12.4	0.2	1.6	
	Ortaokul	n	21	4	8	
		%	4.7	0.9	1.8	
	Lise	n	65	16	14	
%		14.4	3.6	3.1		
Üniversite	n	146	34	44		
	%	32.4	7.6	9.8		
Yüksek lisans-doktora	n	7	3	1		
	%	1.6	0.7	0.2		
Yaşanılan Bölge	Mahalle	n	40	8	14	0.017* $\chi^2=12.033$ CC=0.161
		%	8.9	1.8	3.1	
	İlçe merkezi	n	38	15	16	
		%	8.4	3.3	3.6	
İl merkezi	n	237	35	47		
	%	52.7	7.8	10.4		
Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	n	123	23	37	0.104 $\chi^2=10.527$
		%	27.7	5.2	8.3	
	Asgari ücret-3000 TL Arası	n	96	13	21	
		%	21.6	2.9	4.7	
	3000-4500 TL Arası	n	59	8	12	
		%	13.3	1.8	2.7	
4500 TL ve Üzeri	n	33	13	6		
	%	7.4	2.9	1.4		

GTT; geleneksel ve tamamlayıcı tıp, χ^2 ; Pearson ki-kare, LR χ^2 ; Likelihood ratio ki-kare değeri, CC; Kontingensi katsayısı, * ; p<0.05, ** ; p<0.01, ***; p<0.001.

5. TARTIŞMA

Uluslararası literatürde GTT yöntemleri kullanımı, kullanım sebepleri, kullanıldığı hastalık grupları üzerinde çok sayıda çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalar dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda artış göstermektedir. Bu durum insanların GTT yöntemlerine olan ilgisinin son zamanlarda artmış olmasının bir sonucudur. İnsanlar artık hastalıklarının tedavi sürecinde daha aktif rol almak istemektedir.

Eisenberg ve ark. (1998), yaptıkları bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), en az bir GTT yöntemi kullanım oranının 1990 ve 1997 yılları arasında %33.8'den %42.1'e yükseldiğini bulmuştur. DSÖ tarafından yapılan bir çalışmada ABD, Kanada, Hindistan ve Çin gibi büyük ülkelerde insanların %70-95'inin hayatlarında en az bir kez GTT yöntemi kullandığı bulunmuştur (Ong ve ark., 2005). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; GTT yöntemleri hakkında yapılan araştırmaların belirli hasta gruplarıyla yapıldığı, prevalansa yönelik epidemiyolojik verilerin az sayıda olduğu görülmüştür. Ancak ülkemizde de bu yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Çalışmamızda ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin etkisine inanma, kullanma sıklığı hakkında sorulan sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde hastaların %85'inin GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inandıkları görülmüştür. GTT yöntemlerini hastaların %74.9'u arasına, %5.5'i sıklıkla uygulamakta iken % 19.6'sının ise hiçbir zaman uygulamadığı görülmüştür.

Ceylan ve ark. (2002), Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Onkoloji ve Hematoloji bölümlerine gelen 305 kanserli hasta üzerinde 2002 yılında yapmış oldukları çalışmada, eğitim seviyesi düşük olanların, köylerde doğanlar ile geniş aile yapısı olanların GTT yöntemlerini daha çok kullandıklarını bulmuştur. Ayrıca GTT kullananların yarısından fazlasının (%53.2), kullanım sonrasında kendilerini daha güçlü hissettiği, psikolojik şikayetler dahil bazı semptomların ortadan kalktığı bildirmiştir. Çalışmamızda anlamlı düzeyde yüksek olmamakla birlikte eğitim seviyesi düşük olanda (okuryazar ve okur yazar değil), orta düzeyde geliri olanda (3000-4500 TL arası) ve ilçe merkezinde yaşayanlarda GTT kullanım sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Eisenberg ve ark. (1998), yaptıkları araştırmada GTT kullanımının 35-49 yaş

grubunda daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda hastaların GTT yöntemlerini kullanım sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, tüm yaş gruplarında çoğunluk GTT yöntemlerini arasına uyguladıklarını ifade etmiştir. Ancak 56-70 yaş aralığında diğer yaş gruplarına oranla GTT yöntemlerinin daha sık kullanıldığı görülmüştür. Çalışmamıza katılan hastaların çok az bir kısmı 71 yaş ve gruba dahildi. Bunun nedeni o yaş grubunda başvuru sayısı az olmasının yanında çalışmaya katılmaya çeşitli gerekçelerle gönüllü olmamalarıdır. Hastaların yaklaşık üçte birini 25 yaş ve altı grup (%36.7) oluşturmaktadır. Bunun nedeni o yaş grubunun çalışmaya katılmaya daha gönüllü olması ve hastanedeki stajyer öğrenci (hemşire, doktor) sayısının çok fazla olması ve hastalık durumunda ilk başvuru yerinin aile hekimliği polikliniği olmasıdır.

Barnes ve ark. (2008), çalışmalarında kadınlarda erkeklere oranla GTT kullanım sıklığının daha fazla olduğunu bulmuştur. Literatür gözden geçirildiğinde de GTT yöntemleri kullanım sıklığı ve etkinliğine inanma ile kişisel bilgiler kıyaslandığında cinsiyetin majör demografik özelliklerden biri olduğu ortaya konmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde %60.7'si kadın, %39.3'ü erkektir. Polikliniğe başvuruda görece az sayıda olan erkek hastaların aynı zamanda işe yetişeceklerini öne sürerek çalışmaya katılmak istememeleri nedeniyle dağılım bu şekilde olmuştur. İstatistiksel olarak bakıldığında ise literatürden farklı olarak çalışmamızda cinsiyet, öğrenim durumu, gelir durumu ve yaşanan bölge GTT yöntem kullanım sıklığını anlamlı düzeyde etkilememiştir. Cinsiyet GTT yöntem kullanım sıklığını ve tutuma yönelik diğer cevapları istatistiksel olarak anlamlı ölçüde etkilememiştir. Kadın ve erkek hastalar GTT yöntemini çoğunlukla arasına uygularken, kadınların %4.2'si, erkeklerin %1.3'ü sıklıkla uygulamaktadır.

Akyürek ve ark. (2005), 2004-2005 yıllarında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi bölümünde tedavi gören 102 akciğer kanserli hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada GTT kullanımının bu hastalarda %63 olduğu, hastaların özellikleri karşılaştırıldığında yine eğitim seviyesi düşük olanlar ile sosyo-ekonomik durumu düşük düzeyde olanlarda kullanımın yüksek çıktığı, daha çok bitkisel yöntemleri kullandıkları gözlemlenmiştir. Hastaların tedavilerine destek olmak, yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla GTT kullandıkları görülmüş, kullanımın sonrasında hastaların birçoğu kendilerini daha güçlü hissettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların en çok bilgi sahibi oldukları GTT yönteminin kaplıca-dua yöntemi (%81.6), en çok uyguladıklarının ise fitoterapi yöntemi (%70.7) olduğu, en az bilgi sahibi oldukları yöntemin homeopati (%17.3), en az uygulananın ise larva uygulaması yöntemi (%1.3) olduğu görülmüştür. GTT yöntemlerini hastaların %67.3'ü doğal ve zararsız olduğunu düşündüğü için, %41.3'ü her yerde satılıp kolay erişilebilir olduğu için, %25.8'i ise dinsel ve toplumsal boyutu olduğu için tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Çetin (2007), Eskişehir kent merkezinde hasta gruplarını ayırmaksızın rastgele örnekleme yöntemi ile yapmış olduğu bir çalışmada, ankete katılanların %60'ının GTT yöntemlerinden birini kullandığı, GTT kullanımı ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı gözlemlenmiştir.

Tan ve ark. (2004), Doğu Anadolu bölgesindeki iki üniversite hastanesinde 714 yetişkin hasta üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucunda; bu hastaların %70'nin GTT kullandığı, çoğunun bitkisel otlar kullanmak suretiyle tedavi yoluna gittiği, hastaların %87'sinin GTT kullanımından memnun kaldıkları ve %84'ünün bu tedavi yöntemlerini doktorları ile görüşmedikleri görülmüştür. Bizim çalışmamızda hastaların %8.7'si hariç kullandıkları GTT yöntemlerini yararlı bulduklarını söylemişlerdir.

ABD'deki yetişkinler ve çocuklar arasında GTT kullanımına ilişkin eğilimler ile ilgili 2007 yılında Ulusal Sağlık Mülakat Anketi (NHIS, National Health Interview Survey) ile araştırma yapılmıştır. Buna göre 2007 yılında her 10 yetişkinden yaklaşık 4'ü GTT yöntemini kullanmıştır. GTT kullanımı yetişkinlerde ırklarına ve doğum yerlerine göre değişiklikler göstermektedir. 2007 NHIS'in sonuçlarına göre yaklaşık dokuz çocuktan birinin son 12 ayda GTT tedavisi kullandığı, en sık kullanılanlar arasında doğal ürünler, kayropratik tedavileri veya osteopatik manipülasyon olduğu görülmüştür. Ebeveynleri GTT kullanan çocukların, ebeveynleri GTT kullanmayan çocuklara nazaran 5 kat daha fazla GTT kullandığı gözlemlenmiştir. GTT kullanımının sebepleri arasında sağlık maliyetlerinin yüksekliği, konvansiyonel tedavinin gecikmesi gibi nedenler olduğu belirtilmiştir (Barnes ve ark., 2008). Amerika'da 2012 yılında yapılan Ulusal Sağlık Mülakat Anketi'nden (NHIS) elde edilen veriler de benzer sonuçlar içermektedir (Falci ve ark., 2016).

Molassiotis ve ark. (2005), yapmış olduğu geniş çaplı araştırmada Avrupa ülkelerinde kanser hastalarında GTT kullanımının derecesi, çeşitleri, nedenleri, yararları, yan etkileri üzerine anketler yapmıştır. Çalışmaya 14 ülke katılmış ve toplam 956 hasta üzerinde veri toplanmıştır. Bu verilere göre hastaların %35.9'u bir şekilde GTT tedavisi kullanmıştır. En yaygın kullanılan GTT tedavileri ise bitkisel ilaçlar, homeopati, vitaminler/mineraller, tıbbi çaylar, ruhsal terapiler ve rahatlama teknikleridir. Türkiye'de yapılan birçok çalışmanın gösterdiği neticelerin aksine GTT yöntemlerini kullananların, genç ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip insanlar olduğu gözlemlenmiştir. Bilgi edinme kaynakları doktorlar, hemşirelerden daha çok arkadaş, aile ve medya olduğu görölmüştür. GTT kullanımı ile vücudun kanserle mücadele kabiliyetini artırmanın veya fiziksel ve duygusal refahı artırmanın amaçlandığı görölmüştür. Kullananların bir çoğu tedavinin faydasını gördüğünü belirtmiş, bununla birlikte hastaların %4.4'ü geçici yan etkiler bildirmiştir. ABD'de yapılan çalışmaların sonuçlarına göre ise GTT kullanımının Avrupa ülkelerinden daha da yüksek oranda (%40'ın üstünde) olduğu gözlemlenmiştir. Çevresel faktör olarak arkadaş-komşu ve akrabaların GTT kullanımı üzerindeki etkileri yapılan birçok çalışma ile kanıtlanmıştır. Artık kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın da GTT kullanımı hakkında yönlendirici bir faktör olduğu aşıkardır. Çalışmamıza bakıldığında hastaların %40.2'si doktor tavsiyesi üzerine GTT yöntemlerini kullanmışken bunu akraba (%35.8), arkadaş-komşu (%34.4) ve TV, gazete, dergi (%28.9) tavsiyesi takip etmiştir. Hastalar GTT yöntemlerinin alerji, enfeksiyona meyil, doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi gibi yan etkileri olabileceğini söylemiştir.

2005 yılında Avustralya eyaletlerinde 18 yaş üstü 1 067 kişi ile rastgele görüşmek suretiyle yapılan anket çalışmasının neticesinde katılanların %68.9 gibi çok yüksek bir kısmının GTT yöntemlerinden en az birini kullandığı belirtilmiştir. 12 aylık dönemde GTT uygulayıcılarına yapılan ziyaret sayısı ile, tıp pratisyenlerine yapılan ziyaret sayısı neredeyse aynı çıkmıştır. Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarının aksine, GTT yöntemi kullananların özellikleri iyi eğitimi, özel sağlık sigortası kapsamlı ve gelir seviyesi yüksek kişiler olduğu görölmüştür (Xue ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda hastaların %79.9'u aynı hastalık veya şikayetler için doktora da başvurmuştur. Modern tıbbi tedaviyi hastaların %47.1'i yararlı, %46.7'si çok yararlı bulurken, %4.9'u yararı olmadığını, %1.3'ü zararı olduğunu düşünmüştür. GTT

yöntemleri ile modern tıbbi tedavinin kıyaslaması istendiğinde %51.6'sı GTT yöntemlerini daha az etkili olduğunu, %37.6'sı ise benzer etkiye sahip olduklarını söylemiştir.

Literatür incelendiğinde GTT yöntemleri genellikle fibromiyalji, bel-boyun ağrıları, artrit gibi kas iskelet sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, diabetes mellitus, aterosklerotik kalp hastalığı, hipertansiyon, migren, astım gibi solunum sistemi hastalıkları, yorgunluk, halsizlik, uyku bozukluğu, anksiyete, major depresyon ve kanser gibi hastalıklar ve şikayetler için kullanılmaktadır (Barnes ve ark., 2008). Çalışmamıza katılan hastalara hangi hastalıklar için GTT yöntemlerini uyguladıkları sorulduğunda %56.9'u solunum sistemi hastalıkları, %39.8'i kas iskelet sistemi hastalıkları için kullanmışken; hangi şikayetler için GTT kullanma ihtiyacı hissettikleri sorulduğunda %58.7'si öksürük, %53.8'i ağrı, %36.4'ü kabızlık şikayeti için kullandıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların GTT yöntemleri hakkında bilgi düzeyi ve tutumunu öğrenmeye yönelik sorduğumuz sorulara verilen cevaplarla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. GTT yöntemlerinin hangileri hakkında bilgi sahibi oldukları, bu yöntemlerin hangilerini ne sıklıkla uyguladıkları, bu yöntemler ile ilgili bilgi seviyeleri, GTT yöntemlerini hangi şikâyetler için uyguladıkları, aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurup başvurmadıkları, modern tıbbi tedavi ile GTT yöntemlerinin kıyaslaması ile GTT yöntemlerinden memnuniyet derecesi ve son olarak GTT yönteminin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dâhil edilmesinin istenip istenmediği sorularına verilen cevaplar ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Ankete katılan hastaların GTT yöntemlerinin hangileri hakkında bilgi sahibi oldukları, bu yöntemleri hangi şikâyetler için kimin tavsiyesi üzerine uyguladıkları, aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurup başvurmadıkları, tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesinin ve GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dâhil edilmesinin istenip istenmediği sorularına verilen cevaplar ile öğrenim durumları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların GTT yöntemlerinin hangilerini daha önce uyguladığı,

bu yöntemlerin hangi şikâyetler için uygulandığı, tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesinin ve GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dâhil edilmesinin istenip istenmediği sorularına verilen cevaplar ile yaşanan bölge arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Ankete katılan hastaların, GTT yöntemlerinin etkili olduğuna inanıp inanmadığı, bu yöntemler hakkında bilgi düzeyinin ne seviyede olduğu, aynı hastalık veya şikâyet için doktora başvurup başvurmadığı ve tıp eğitimi müfredatında GTT yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesinin istenip istenmediğinin sorgulandığı sorulara verilen cevapların gelir durumuna göre dağılımına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı değişim gösterdiği gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda birtakım kısıtlılıklar vardır. Anket çalışması olduğu için katılımcılar GTT yöntemleri hakkındaki tutumlarını olması gerekenden farklı göstermiş olabilirler. Aynı zamanda hastaların birçoğu çalışmaya katılmak için gönüllü olmamıştır. Bu durum yaşlılar, erkek cinsiyet gibi bazı gruplara daha spesifik olduğu için çalışmanın demografik özellik dağılım frekansını etkilemiştir. Aynı zamanda tek merkezli bir çalışma olduğu için ülke genellemesi olarak düşünülmesi doğru bir yaklaşım olmaz. Ülke genelinde daha yüksek örneklem sayısına sahip çok merkezli araştırmalar yapılması, hastaların GTT yöntemlerine yönelik bilgi ve tutumlarını öğrenmeye daha çok yardımcı olacaktır.

Türkiye’de genel hasta popülasyonunda GTT yöntemi kullanım sıklığı %25.2-86.3 aralığında değişmektedir. Son zamanlarda GTT yöntemine olan ilginin giderek arttığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Doğan ve ark., 2012). Bu durum sağlık çalışanlarının kendilerini GTT yöntemleri hakkında geliştirmelerini zorunlu kılmıştır. Genel olarak hekimlerin bilgi düzeylerinin bu alanda iyi olmadığı söylenebilir. Toplumda sağlıkla ilgili sık kullanılan yöntemler hakkında doktorların yetersiz bilgiye sahip olması toplum sağlığı açısından bir risk olarak düşünülebilir. Doktorların GTT yöntemlerine karşı bakışı farklılıklar göstermektedir. Bu yöntemleri destekleyenler olduğu gibi tamamen karşı çıkanlar da bulunmaktadır. Modern tıp şimdiye kadar insanı biyopsikososyal bir bütün olarak ele almayıp daha çok beden üzerine odaklandığı ve sorunların nedenleri üzerinde durmayıp sadece semptomları tedavi etmeye çalıştığı için pek çok hastalığın tedavisinde sınırlı kalmış bu nedenle insanlar GTT

yöntemlerine yönelmiştir. Ancak GTT yöntemleri hakkında yeterli güvenilir veri yoktur. Kullanım sonuçları istatistiksel veri ve yöntemlerle desteklenmemektedir. Doktorların bir kısmı GTT yöntemlerinin hastaya gereksiz ümitler verdiğini ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda hastanın çaresizliğinin kullanıldığını, olumlu sonuçların sadece plasebo etkisi olduğunu öne sürmektedir. Ülkemizde GTT yöntemine başvuran hastaların, sertifika yetkisi olmadığı halde GTT yöntemlerini uygulayanların ve doktorların GTT yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür (Oğuz, 1994). Çalışmamızda ankete katılan hastaların GTT yöntemleri hakkında bilgi düzeyi sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, %44'ünün orta düzeyde, %39.8'inin az düzeyde bilgi sahibi olduğu, %2.4'ünün ise bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Ankete katılan hastaların %71.9'unun GTT yöntemlerini arasına çevrelerine önerdikleri, % 17.8'inin ise çevrelerine önermedikleri görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların GTT yöntemleri hakkında gelecekteki beklentilerine yönelik sorulara verilen cevapları incelendiğinde; hastaların %82.2'si GTT yöntemlerinin etkinliği, yan etkileri ve hangi hastalıklar için nasıl kullanılması gerektiğine dair bilimsel çalışmalar yapılmasını, %80'i tıp eğitiminde GTT yöntemlerinin yer almasını son olarak %70'i GTT yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini istedikleri görülmüştür.

GTT hakkında son yıllarda birçok veri tabanında çok sayıda destekleyen ve karşıt olan bilimsel makale yer almaktadır. Sağlık Bakanlığının en son 2014 yılında "GTT Uygulamaları Yönetmeliği" çıkarmasıyla GTT alanında Türkiye farklı bir aşamaya geçmiştir. Bu yönetmelik ile GTT alanında yaşanan sıkıntıların giderilip, yetkisiz kişiler tarafından ve gereklilik olmadan yapılan müdahalelerin önüne geçilmesinin amaçlandığı görülmektedir (Nişancı ve ark., 2009).

6. SONUÇ

Yapılan bir çok araştırmada ve bizim çalışmamızda da görülmektedir ki GTT uygulamaları, son yıllarda insanların daha çok ilgi duyduğu, yöneldiği ve kullandığı bir alan olmaktadır. Dünya Sağlık rgt de GTT uygulamalarını, modern sağlık sistemlerini güçlendirmek amacıyla teşvik etmektedir.

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastaların GTT yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları hakkında yapmış olduğumuz araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, GTT yöntemlerini kullanan hastaların çoğunun (%79.8) aynı hastalık veya Şikayetler için doktora başvurduğu görülmüştür. Bu durum hastaların bu yöntemleri alternatif olarak değil, tamamlayıcı olarak algıladıklarını göstermektedir.

Avrupa, ABD ve Avustralya gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda GTT yöntemlerini kullananların profili, genç, daha yüksek eğitim ve gelir seviyesine sahip insanlar olduğu gözlemlenirken; Türkiye'de yapılan çalışmalarda yaşlı, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi düşük kişilerin GTT yöntemlerini kullandığı görülmektedir. GTT uygulamalarının ülkemizde standardize edilmesi ile bu yöntemler üzerinden halkın kulaktan dolma bilgilerle ve konusunda yetkili olmayan kişiler tarafından suistimalinin ve merdivenaltı uygulamaların önüne geçilmesi önem arz etmektedir. Kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın GTT kullanımı hakkında yönlendirici bir faktör olduğu aşıkardır. Gerekli alışmalar yapılarak kitle iletişim araçları ve sosyal medya bu amaç için kullanılabilir.

Ülkemizde ve tüm dünyada farkındalık oluşturmak için Dünya Sağlık rgt'nün de katkıları ile düzenlenen Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Kongresi' nin ikincisi 24-27 Nisan 2019 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı koordinasyonu ile İstanbul'da gerçekleştirilmiştir.

Sonuç itibariyle geleneksel tıp, modern tıbbın alternatifi değildir. Onun yerine ikame edilmesi düşünülemez. Ancak modern tıbbın yanında tamamlayıcı olarak düzenlendiğinde insan sağlığına hizmet edecektir. Bu sebeple GTT uygulamalarından daha etkin, zararsız, verimli bir Şekilde yararlanılabilmesi için bilimsel temellere dayandırılması, eğitim ğretim müfredatı içerisine alınması, denetim ve gözetiminin yapılması önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ağaoğlu M.H., Salık E., Mangan G.M., Donat A. (2018). DD Palmer'in "Innate Intelligence" Felsefesiyle Başlayan Kayropratik Biliminin Dünyada ve Türkiye'de Yeri ve Önemi. *J Tradit Complem Med*, 1(2), 93-98.
2. Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. (1991). T.C. Resmi Gazete, 20885, 29 Mayıs 1991.
3. Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik. (2002). T.C. Resmi Gazete, 24879, 17 Eylül 2002.
4. Akyürek S., Önal C., Kurtman C. (2005). Akciğer Kanseri Hastalarında Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 15(2), 73-77.
5. Albayrak S., Albayrak S. (2008). Propolis: Doğal Antimikrobiyal Madde. *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, 37(3), 201-215.
6. Altınbilek T., Yıldız S., Kaya E., Erdoğan E.P. (2016). Bel Ağrılarında Osteopatik Manipülatif Tedavi Yaklaşımı. *İntegratif Tıp Dergisi*, 4(1), 10-16.
7. Altıntaş A. (2015). Geleneksel Tıp Nedir, Ne Değildir? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 35, 90-93.
8. Arslan M., Özdemir L. (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 30(1), 82-89.
9. Arusan S., Bayar B., Gödekmerdan A., Sağlam N. (2013). Olgu Sunumu: Mikro Cerrahi Yardımcı Bir Metot, Hirudoterapi. *Türkiye Parazitoloj Derg*, 37, 154-156.
10. Aydın S. (2011). Dünya Sağlık Örgütü ve gelenekten küresele tıbbın alternatif serüveni. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 22, 8-11.
11. Aydın Y., Tekeoğlu İ. (2018). Tamamlayıcı Tıp Ve Güncel Apiterapi Uygulamaları. *Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research*, 2(2), 64-73.
12. Ayhan H., Mollahaliloğlu S. (2018). Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 141-148.
13. Aytaçoğlu S. (2014). Ozon terapi. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp*

- Dergisi*, 2(1), 31-36.
14. Barnes P.M., Bloom B., Nahin R.L. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children; United States, 2007. *Natl Health Stat Report*, 12, 1-23.
 15. Benli Z. (2017). Hacamat Tedavisi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(6), 46-53.
 16. Cabioğlu M.T. (2008). Akupunktur İle Ağrı Kontrolü ve Nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 93-98.
 17. Ceylan S., Hamzaoğlu O., Kömürcü S., Beyan C., Yalçın A. (2002). Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 10(2), 94-99.
 18. Çakmak S. (2017). Kas-iskelet sistemi hastalıklarında proloterapi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 16, 282-286.
 19. Çetin O.B. (2007). Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 6(6), 89-106.
 20. Doğan B., Karabudak Abuaf Ö., Karabacak E. (2012). Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 46(2), 62-66.
 21. Doğan H.D. (2014). Ellerin İyileştirme Sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*, 4(4), 89-94.
 22. Durusoy Ç., Gözel Ulusal B. (2007). Dermatolojide Bitkisel Tedavi-Fitoterapi. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 1, 47-50.
 23. Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M. ve ark. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Jama*, 280(18), 1569-1575.
 24. Ernst E., Cassileth B.R. (1998). The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. *Cancer*, 83(4), 777-782.
 25. Erpek, S. (2017). Vücut Akupunktur Noktalarının Tespitinde Kullanılan Cun Ölçüm Sisteminin Genç Erişkin Türk Bireylerde Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
 26. Falci L., Shi Z., Greenlee H. (2016). Multiple Chronic Conditions and Use of Complementary and Alternative Medicine Among US Adults: Results From

- the 2012 National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, 13, 1-13.
27. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. (2014). T.C. Resmi Gazete, 29158, 27 Ekim 2014.
 28. Gençel Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.
 29. Gödekmerdan A., Arusan S., Bayar B., Sağlam N. (2011). Tıbbi Sülükler ve Hirudoterapi. *Türkiye Parazitoloj Derg*, 35, 234-239.
 30. Gökdemir G. (2009). Mezoterapinin Etkileri Kanıtlanmış mıdır? *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*, 43(Özel sayı 1), 12-16.
 31. Harris P.E., Cooper K.L., Relton C., Thomas K.J. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *The International Journal of Clinical Practice*, 66(10), 924-939.
 32. Hizmetli S. (2009). Yaşlılara Yönelik Hidroklimatoloji Balneoterapi Uygulamaları. *Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55 (Özel Sayı 2), 100-103.
 33. Horozcu Ü. (2010). Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *Milel ve Nihal*, 7(1), 209-240.
 34. İmseytoğlu D., Yıldız S. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 160-165.
 35. Karagülle Z. (2008). Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(Özel Sayı), 224-229.
 36. Karahancı O.N., Öztoprak Ü.Y., Ersoy M., Zeybek Ünsal Ç., Hayırlıdağ M., Örnek Büken N. (2015). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-126.
 37. Karamızrak N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi*, 17(1), 54-57.
 38. Kavaklı A. (2010). Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 1-4.
 39. Khorshid L., Akın E. (2007). Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 83-88.

40. Korkmaz H., Küçükolbaşı H. (2013). Diş Hekimliğinde Ozon Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, Ek 7, 125-134.
41. Köksoy, S. (2008). Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
42. Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud D., Ozden G., Scott J.A., Panteli V. ve ark. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of oncology*, 16(4), 655-663.
43. Mollahaliloğlu S., Uğurlu F.G., Kalaycı M.Z., Öztaş D. (2015). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem. *Ankara Med J*, 15(2), 102-105.
44. Mumcuoğlu K.Y., Taylan Özkan A. (2009). Süpüratif kronik yaraların maggot debridman Tedavisi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 33(4), 307-315.
45. Murat S., Kaplan Algın A., İçağasıoğlu A. (2016). Acupuncture Treatment in A Case With Lumbar Disk Hernia With Indication For Surgical Treatment. *Medeniyet Medical Journal*, 31(1), 73-76.
46. Nişancı Y., Nazlı N., Özkan M., Özcan M. (2009). Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp İle İlişkilerde Etik (Türk Kardiyoloji Derneği Etik Klavuzu Bölüm 7). *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(Özel sayı 3), 33-35.
47. O'Connor B.B., Calabrese C., Cardeña E., Eisenberg D.M., Fincher J., Hufford D.J. ve ark. (1997). Defining and describing complementary and alternative medicine. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3(2), 49-57.
48. Oğuz N.Y. (1994). Alternatif Tıp, Tıbbın Alternatifi Olabilir mi? *T Klin Tıbbi Etik*, 2(1), 8-11.
49. Okumuş M. (2016). Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Medical Journal*, 16(4), 370-382.
50. Ong C.K., Bodeker G., Grundy C., Burford G., Shein K. (2005). WHO Global Atlas of Traditional, Complementary And Alternative Medicine. Japonya: WHO.
51. Othman C.N., Farooqui M. (2015). Traditional and Complementary Medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 170, 262-271.
52. Özcebe H., Sevensan F. (2009). Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbı

- konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52(4), 183-194.
53. Özçakır A., Oflu Doğan F. (2013). Homeopatiye Genel Bakış ve Akıldaki Sorular. *Turkish Family Physician*, 4(1), 1-5.
 54. Özçelik H., Fadiloğlu Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24(1), 48-52.
 55. Özer ř., Özmen E. (1999). Posttravmatik Stres Bozukluğunda Hipnoterapi: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam Dergisi*, 12(1), 24-27.
 56. Özler M., Öter ř., Korkmaz A. (2009). Ozon Gazının Tıbbi Amaçlı Kullanılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1), 59-64.
 57. Partovi Meran H.E., Rathfisch G. (2016). Doğum Eyleminde Tamamlayıcı ve Alternatif Bir Yöntem Olan Homeopati Kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(3), 191-199.
 58. Polat E., Çakan H., İpek T. (2011). Larva debridman tedavisi (LDT). *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 14(4), 188-191.
 59. Söylev Ö.F. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Manevi Destek Yöntemi Olarak Duanın Kullanılması. Onat H. (Ed.). IV. Uluslararası Din Bilimleri Sempozyumu Tam Metin Kitabı. Elazığ: Asos Yayınevi. S: 139-145.
 60. şarışen Ö., Çalışkan D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat (!). *Sted*, 14(8), 182-187.
 61. şeker N. (2013). Hz. Peygamber'in Hadislerinde Koruyucu Hekimlik: Hacamat Örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 11(21), 156-188.
 62. Tan M., Uzun O., Akçay F. (2004). Trends in complementary and alternative medicine in Eastern Turkey. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10(5), 861-865.
 63. Tanrıku Lu L. (2007). Mezoterapi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27(2), 272-275.
 64. Tanyüksel M., Kuru Ö., Araz R.E., Güçlü Kılbaş H.Z., Yıldız ř., Alaca R. ve ark. (2014). Kronik yaraların tedavisinde steril *Lucilia sericata* larva uygulamaları. *Gulhane Tıp Derg*, 56(4), 218-22.
 65. Taştan K., Çayır Y., Makas Y.N., Set T., Hülakü A., Tekşan T. (2015). Atatürk

- Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Doktorların Hipnoterapi ile İlgili Görüşleri, Eğitim Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 12-17.
66. Tekçi, A. (2017). Araştırma Görevlisi Hekimlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
67. Tükenmez Demirci G., Mertoğlu E., Kıvanç Altunay İ. (2011). Türkiye'de Deri Hastalıklarında Fitoterapi: Geleneksel Kullanılan Bitkilerin Bilinen Etki ve Yan Etkileri. *Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 21(3), 117-129.
68. Ulusoy E. (2012). Bal ve apiterapi. *Uludağ Arıcılık Dergisi*, 12(3), 89-97.
69. WHO. (2000). General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Cenevre: WHO.
70. WHO. (2001). Legal status of traditional medicine and complementary/ Alternative Medicine: A Worldwide Review. Cenevre: WHO.
71. Xue C.C., Zhang A.L., Lin V., Da Costa C., Story D.F. (2007). Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(6), 643-650.
72. Yaman H., Vural R. (2016). Prolotherapy: A New Method for Chronic Pain Management in Family Medicine. *Ankara Medical Journal*, 16(2), 220-224.
73. Yamane T. (2001). Temel Örnekleme Yöntemleri. İstanbul: Mart Matbaacılık.
74. Yıldız S., Ağaoğlu M.H. (2013). Dünya Sağlık Örgütü kılavuzları ışığı altında kayropraktik. *Turkish Journal Of Integrative Medicine*, 1(2), 73-76.
75. Yıldız S., Kaya E., Altınbilek T., Şendil A., Erdoğan E.P. (2013). Dünya Sağlık Örgütü "osteopatide eğitim kriterleri" kılavuzu ışığı altında osteopati: Derleme. *İntegratif Tıp Dergisi*, 1(1), 44-48.

EKLER

Ek 1. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi Anket Formu

Aşağıdaki sorularla ilgili sizin için uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.

A. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

- 25 yaş ve altı 26-40 yaş 41-55 yaş 56-70 yaş
 71 yaş ve üzeri

2. Cinsiyetiniz:

- Kadın Erkek

3. Medeni haliniz:

- Evli Bekar

4. Öğrenim durumunuz:

- Okur yazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite Yüksek lisans-Doktora

5. Mesleğiniz:

- Sağlıkçı Eğitimci Esnaf Çiftçi
 Öğrenci Emekli İşsiz Ev hanımı İşçi

6. Sağlık güvenceniz:

- Var Yok

7. Gelir durumunuz:

- Asgari ücret ve altı Asgari ücret-3000 TL arası
 3000-4500 TL arası 4500 TL ve üzeri

8. Yaşadığınız bölge:

- Mahalle İlçe Merkezi İl Merkezi

B. GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden bilgi sahibi olduklarınızı işaretleyiniz.

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Akupunktur: Çeşitli uyarı yöntemleri ile vücutta bulunmuş özel noktaların uyarılması suretiyle yapılan uygulamayı ifade eder.

Refleksoloji: El, ayak tabanı ve kulaklarda vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleriyle ilgili yönlendirici refleks alanların mevcudiyeti prensibine dayanır.

Osteopati: Eklemler kaslar, bağ dokusu ve omurgayı içeren kas-iskelet sistemini güçlendirmesine yardımcı olan, total vücut sağlığına odaklanan ve hastalıklarda kas-iskelet sisteminin etkinliği üzerinde duran invaziv olmayan bir tamamlayıcı tıp uygulamasıdır.

Homeopati: Bir hastalık ancak hastanın şikayetlerine benzer belirtileri ortaya çıkaran madde ile tedavi edilir.

Kayropraktik: Uygun hastalarda normal mekanik hareketliliğini yitirmiş eklemleri elle uygulanan tekniklerle düzeltme üzerine yoğunlaşır.

Larva uygulaması: Lucilia (Phaenicia) sericata steril larvalarının kronik yaralarda biyodebridman amaçlı kullanılması suretiyle yapılan uygulamadır.

Mezoterapi: Mezoderm kaynaklı organ patolojilerinin iyileşmesini amaçlayan bitkisel veya farmakolojik ilaçların bölgesel, küçük dozlarda, özel iğneler ve özel tekniklerle cilt içi enjeksiyonu uygulamasıdır.

Proloterapi: Proliferatif ve iritan solüsyonların zedelenmiş, aşınmış, güçleri azalmış tendon ligamentlere ve eklemlerin içine enjekte edilmesi uygulamasıdır.

Apiterapi (arı ve ürünleri)

Fitoterapi (bitkisel tedavi)

Sülük uygulaması

Kuru kupa- Yaş kupa (hacamat)

Müzikterapi

Kaplıca-Dua

Ozon uygulaması

Hipnoz

2. Aşağıdaki geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden hangisi veya hangilerini daha önce uyguladınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Akupunktur

Fitoterapi (bitkisel tedavi)

Apiterapi (arı ve ürünleri)

Kuru kupa- Yaş kupa (hacamat)

Sülük uygulaması

Hipnoz

Kaplıca-Dua

Müzikterapi

Refleksoloji

Ozon uygulaması

Osteopati

Homeopati

Kayropraktik

Larva uygulaması

Mezoterapi

Proloterapi

3. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin etkili olduğuna inanıyor musunuz?

Evet

Hayır

4. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini ne sıklıkla uygularsınız?

Hiçbir zaman

Arasına

Sıklıkla

5. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri ile ilgili bilgi seviyenizi nasıl tanımlarsınız?

Hiç yok Az Orta İyi Çok iyi

6. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini çevrenize ne sıklıkla önerirsiniz?

Hiçbir zaman Arasına Sıklıkla

7. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kimin tavsiyesi üzerine uyguladınız/uygulanabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Doktor Hemşire ve diğer sağlık çalışanı Akraba

Arkadaş- Komşu TV, gazete, dergi vb.

8. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini hangi grup kronik hastalıklar için uyguladınız/uygulanabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Solunum sistemi hastalıkları(astım, ÜSYE, KOAH...)

Kalp ve damar sistemi ilişkili hastalıklar(hipertansiyon, kalp yetmezliği, varis...)

Onkolojik hastalıklar(mide kanseri, meme kanseri...)

Romatolojik hastalıklar

Nörolojik hastalıklar(migren, serebral palsi, MS...)

Gastrointestinal sistem hastalıkları(spastik kolon, inflamatuvar barsak hastalıkları...)

Endokrinolojik hastalıklar(diyabetes mellitus, hipotroidi, hipertroidi...)

Kas iskelet sistemi hastalıkları

Psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozukluğu, major depresyon, şizofreni...)

9. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini hangi şikayetleriniz için uyguladınız/uygulanabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Kabızlık Gaz sancısı Öksürük Saç dökülmesi

Kilo fazlalığı Ciltte kırısklık Kaşıntı İştahsızlık Ağrı

Diğer(.....)

10. Aynı hastalık veya şikayetler için doktora başvurduunuz mu?

Evet Hayır

11. Uyguladığınız geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden memnuniyet dereceniz nedir?

Zararı oldu Yararı olmadı Az yararlı Çok yararlı

12. Aynı hastalık veya şikayet için verilmiş olan modern tıbbi tedaviden memnuniyet dereceniz nedir?

Zararı oldu Yararı olmadı Az yararlı Çok yararlı

13. Modern tıbbi tedavi ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamasını kıyaslar mısınız?

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması modern tıbbi tedaviden daha az etkili

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması modern tıbbi tedavi kadar etkili

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması modern tıbbi tedaviden daha fazla etkili

14. Neden geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi uygulama ihtiyacını hissettiniz/hissedilebilir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin her yerde satılıp kolay erişilebilir olması

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin doğal oluşu ve zararsız olduğunun düşünülmesi

- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin immün sistemi güçlendirmesi
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin etkin ve güvenilir olması
- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin dinsel ve toplumsal boyutunun olması
- Tedaviye daha aktif katılabilmek daha iyi kontrol edebilmek
- Modern tıbbi tedavinin olmayışı veya yetersizliği
- Modern tıbbi sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik ve hastaya yeterli zaman ayrılmaması
- Modern tıp uygulamalarının yan etkisinin fazlalığı

15. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yönteminin bildiğiniz yan etkileri-zararları nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Allerji
- Enfeksiyon
- Doku yaralanması(pnömotoraks)
- Kanamaya meyil
- Kanserojen etki
- Doğru tıbbi tedavi alımını geciktirmesi
- Organ toksisitesi(karaciğer-böbrek yetmezliği)
- Diğer(.....)

16. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkında bilimsel çalışmalar yapıp etki ve yan etkilerinin kanıta dayalı olmasını ister misiniz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

17. Tıp eğitimi müfredatında geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkında bilimsel eğitim verilmesini ister misiniz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

18. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin SGK tarafından geri ödeme kapsamına dahil edilmesini ister misiniz?

- Evet
- Hayır
- Fikrim yok

Ek 2. Etik Kurulu Kararı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü
21.11.2018 11:40
Sayı: 91120269-000-E.00000299460



00000299460

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
15/11/2018	22	15.30	2018-229

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V. Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2018/ 229

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT'un KAEK 230 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 3. Ordu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni Komisyon Kararı



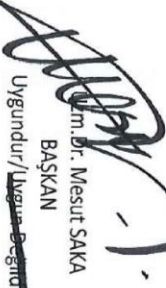
T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ORDU VALİLİĞİ

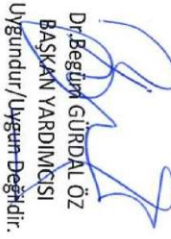
ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ


ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

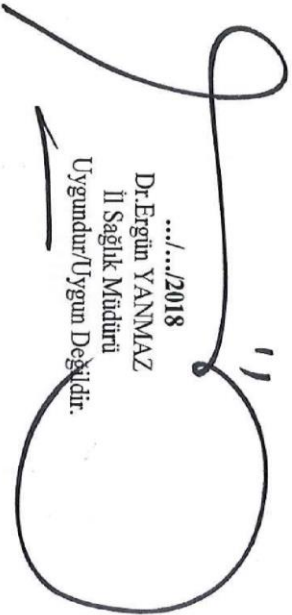
UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Doc.Dr.	Özgür ENGİN YURT	S.B.Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi	S.B.Ordu Eğitim Araştırma Hastanesi	01/11/2018 01/04/2019	Alle Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasını özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla **01/11/2018** tarih 34989324/E.2311 sayılı yazı ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür.**09/11/2018**


Uzm. Dr. Mesut SAKA
BAŞKAN
Uygundur/ Uygun Değildir.


Dr. Begüm GÜRDAL ÖZ
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/ Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Öznur AYDIN
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/ Uygun Değildir.


.../.../2018
Dr. Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/ Uygun Değildir.



T.C. Sağlık Bakanlığı

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Ordu İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:T.C. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

Çalışmanın Adı: Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Doçent Doktor Özgür Enginyurt, Araştırma Görevlisi Altun Günday, Doktor Öğretim Üyesi Yeliz Kaşko Arıcı

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi (d) ve (e) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayım/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç: Kasım 2018** **Bitiş : Nisan 2019**
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Ordu İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Ordu İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Ordu ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Araştırma Yapacak Kişinin Adı Soyadı
Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT
İmza

OLUR
...../...../2018
Dr.Ergün YANMAZ
İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28f6ca9f-6ad5-4dad-8c96-406e53ca2318 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Altun Günday
Doğum Yeri : Ordu
Doğum Tarihi : 07.03.1991
Yabancı Dili : İngilizce
E-mail : altun.gndy@gmail.com
İletişim Bilgileri : 05446498263

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Gazi Üniversitesi	2009-2015
Y. Lisans	Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2016-2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Ulubey İlçe Devlet Hastanesi Ulubey/ORDU	2015-2016
Araştırma Görevlisi	Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2019

Yayınlar:

1. Eritrosit Sedimentasyon Hızı 100 mm/saat ve Üzeri Olan Hastaların Değerlendirilmesi- Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 5, Eylül-Ekim 2017.
2. Sağlık Kurulunda Nörolojik Hastalıkları Nedeniyle Ağır Özürlü Olarak Değerlendirilen Hastaların Bakım Verenlerinin Ruh Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi- Smyrna Tıp Dergisi 2018 Sayı: 1, Kabul Tarihi: 04.03.2018.
3. A Screening Study on Alcohol Consumption Characteristics of Ordu University Students- Smyrna Tıp Dergisi, Kabul Tarihi: 27.08.2018.
4. Aile Hekimliği Polikliniğinde Polikistik Over Sendromu Tanısı Alan Bir Olgu- Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 1, Ocak-Şubat 2019.

