T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKADEMİSYEN VE KLİNİSYEN FİZYOTERAPİSTLERİN GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

KERİM ONUR AKSEL

ORCID: 0000-0003-2289-7632

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

ORTOPEDİK FİZYOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

MAYIS 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2020970211

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKADEMİSYEN VE KLİNİSYEN FİZYOTERAPİSTLERİN GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

KERİM ONUR AKSEL

ORCID: 0000-0003-2289-7632

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

ORTOPEDİK FİZYOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Bayram ÜNVER

ORCİD: 0000-0002-9829-5884

İZMİR

MAYIS 2023

ETİK BEYAN

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "Akademisyen ve Klinisyen Fizyoterapistlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları'' başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yaralandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Kerim Onur AKSEL

Tarih: 10.05.2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde tüm sorularımı sabırla yanıtlayan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, deneyimlerini hiç erinmeden aktaran ve kendime rol model aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Bayram ÜNVER'e

Arka planda her zaman dağ gibi destek olan, her zaman içtenlikle yardımını esirgemeyen sevgili annem Uzm. Dr. Nimet AKSEL'e

Bugün aramızda olsa gurur duyacaklarından emin olduğum ve bana yaşadıkları hayatlarıyla en büyük örnek olan dedem ve kuzenime

Süreçte İzmir ilinde yaşayan fizyoterapistleri bulmam konusunda her türlü desteği sağlayan sayın Uzm. Fzt. Nuri ÜÇLER'e

Manevi desteklerini hiç esirgemeyen sevgili büyüklerim Fzt. Fahri Cumhur ELMACI, Prof. Dr. Gül BALTACI, Dr. Fzt. Serkan UZLAŞIR, Prof. Dr. Mehmet PENSE'ye

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan tüm meslektaşlarıma

Akşam saatlerinde ansızın oturup hadi bitir artık tezini diyen arkadaşlarıma ve akrabalarıma tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Kerim Onur AKSEL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VIII**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **X**

ÖZET ..... **XI**

ABSTRACT ..... **XII**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2.GENEL BİLGİLER **3**

2.1 GTAT Yöntemleri **5**

2.1.1 Akupunktur **5**

2.1.2 Apiterapi **9**

2.1.3 Fitoterapi **10**

2.1.4. Hipnoz **11**

2.1.5. Sülük Uygulaması **13**

2.1.6. Homeopati **14**

2.1.7. Kayropraktik **15**

2.1.8. Kupa Uygulaması ve Hacamat **17**

2.1.9. Larva Tedavisi **18**

2.1.10.Mezoterapi **19**

2.1.11. Proloterapi **20**

2.1.12. Osteopati **21**

2.1.13. Ozon Terapisi **24**

2.1.14. Refleksoloji **26**

2.1.15. Müzik Terapisi **27**

3.GEREÇ VE YÖNTEM 29

3.1 Araştırmanın Tipi 29

3.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı 29

3.3 Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi 29

3.4 Çalışma Dizaynı 30

3.5 Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri 30

3.6 Çalışma Materyali 30

3.7 Araştırmanın Değişkenleri 30

3.7.1. Bağımlı Değişkenler 30

3.7.1.1 Fizyoterapistlerin GTAT Yöntemlerini Hastalarına Önerme Durumu: 30

3.7.1.2 Fizyoterapistlerin GTAT ile İlgili Eğitim Almak İsteme Durumları: 31

3.7.1.3. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Kullanılabilirliği ile İlgili Görüşleri: 31

3.7.2. Bağımsız Değişkenler 31

3.7.2.1. Yaş: 31

3.7.2.2. Cinsiyet: 31

3.7.2.3. Mesleki Durum: 32

3.7.2.4. Görev Aldığınız Kurum: 32

3.7.2.5. Meslekte Geçirilen Süre: 32

3.7.2.6. Fizyoterapistlerin Kendi Görüşlerine Göre GTAT Konusunda Bilgi Düzeyleri: 32

3.7.2.7. Fizyoterapistlerin Duydukları GTAT Yöntemleri: 32

3.7.2.8. Fizyoterapistlerin GTAT ile İlgili Bilgi Edindikleri Kaynaklar: 33

3.7.2.9. Fizyoterapistlerin GTAT Kurs/Sertifika Programına Katılma Durumu: 33

3.7.2.10. Fizyoterapistlerin GTAT'ı Hastalarına Uygulama Durumu: 33

3.7.2.11. GTAT Yöntemlerinin Fizyoterapistlere Uygulanma Durumu: 34

3.7.2.12. Fizyoterapistlerin Ailelerinde GTAT Kullanma Durumu: 34

3.7.2.13. Hastalarının GTAT Kullanımına Dair Fizyoterapistlerin Beyanları: 34

3.7.2.14. Fizyoterapistlerin Görüşüne Göre Hastaların GTAT Kullanma Nedenleri: 35

3.7.2.15. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Faydasına Dair Görüşleri: 35

3.7.2.16. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Faydalı Olduğu Düşündükleri Hastalık Grupları: 36

3.7.2.17. GTAT Yöntemlerini Uygulamak İçin Yetkin Meslek Grupları: 36

3.7.2.18. GTAT Yöntemlerini Uygulamak İçin Yetkinlik Belgesi Gerekliliği: 36

3.7.2.19. Fizyoterapistlerin GTAT Kullanımının Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Engelleme/Aksatma Durumuna Dair Görüşleri: 36

3.7.2.20. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Dini Ve Kültürel Konularla İlişkili Olduğuna Dair Görüşü: 36

3.7.2.21. Fizyoterapistlerin Hastalarının GTAT Kullanmasına Dair Görüşleri: 37

3.8. Veri Toplama Araçları 37

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 37

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 37

3.11 Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler 38

4. BULGULAR 39

5. TARTIŞMA 56

6. SONUÇLAR 64

7. KAYNAKLAR 65

8. EKLER 73

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. GTAT uygulamaları ve yapmaya yetkili kişiler listesi 4

Tablo 2. Araştırma planı 29

Tablo 3. Fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri.....39

Tablo 3.1. Akademisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri 40

Tablo 3.2. Klinisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri 40

Tablo 4. Fizyoterapistlerin çalıştıkları kurumlar 41

Tablo 5. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini bilme düzeyi 41

Tablo 6. Fizyoterapistlerin duyduğu GTAT yöntemleri* 42

Tablo 7. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinin faydalı olabileceğini belirttiği hastalık grupları* 43

Tablo 8. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri ile ilgili edindikleri bilgi kaynakları 44

Tablo 9. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığı.....44

Tablo 10.1. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığının ayrıntılı gösterimi* 46

Tablo 10.2. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığının ayrıntılı gösterimi* 47

Tablo 11. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleriyle ilgili kurslara katılma durumları 48

Tablo 12. Fizyoterapistlerin aldıkları kurslar 48

Tablo 13. Fizyoterapistlerin GTAT uygulamalarını faydalı bulma durumu 49

Tablo 14. Hastalarının GTAT yöntemi kullanımına dair fizyoterapistlerin beyanları 49

Tablo 15. Fizyoterapistlerin beyanlarına göre hastaların GTAT yöntemlerini kullanma durumu 50

Tablo 16. Fizyoterapistlerin beyanlarına göre hastaların kullandığı GTAT yöntemleri 50

Tablo 17. Fizyoterapistlerin GTAT uygulamalarının kullanılabilirliği ile ilgili düşünceleri.....51

Tablo 18. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinde yetkin olduğunu düşündükleri meslek grupları*.....51

Tablo 19. GTAT yöntemlerini uygulamak için yetkinlik belgesi gerekliliği 52

Tablo 20. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri kullanımının kanıta dayalı tıp uygulamalarını engelleme/aksatma durumuna dair görüşleri 52

Tablo 21. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinin dini ve kültürel konularla ilişkili olduğuna dair görüşü.....53

Tablo 22. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinden herhangi biri ile ilgili eğitim almak isteme durumları 53

Tablo 23. Fizyoterapistler hastalarının GTAT yöntemleri kullanması ile ilgili görüşleri 54

SİMGELER VE KISALTMASI

AACP: Akupunktur Yetkili Fizyoterapistler Derneği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AKAMÇG: Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu

Ark: Arkadaşları

CCOHTA: The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment

CSP: Chartered Society of Physiotherapy

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: US Food and Drug Administration

FES: Faset Eklem Sendromu

GÇT: Geleneksel Çin Tıbbı

GTAT: Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

%: Yüzde

n: Denek sayısı

NCCAM: The National Center for Complementary and Alternative Medicine

NMT: Nörolojik Müzik Terapisi

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma

TCAM: Traditional, Complementary and Alternative Medicine

TEMP: Terapötik Enstrümantal Müzik Performansı

TENS: Transkutanöz Elektrik Stimülasyonu

WCPT: World Confederation for Physical Therapy

AKADEMİSYEN VE KLİNİSYEN FİZYOTERAPİSTLERİN GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI

Yüksek Lisans Tezi

Fzt. Kerim Onur AKSEL

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ortopedik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

ÖZET

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp (GTAT), sağlık ile bağlantılı birçok uygulamayı kapsayan, ancak konvansiyonel tıbbın parçası sayılmayan uygulamaları temsil eder. Bu uygulamalar çeşitli alt başlıklara ayrılabilir. Bunlar; zihin-beden yaklaşımları, biyolojiye dayalı tedaviler, manipulatif ve vücut bazlı metotlar ve enerji terapileridir.

Bu çalışma fizyoterapistlerin GTAT'ın fizik tedavi modaliteleri konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Ülkemizde yaygınlaşmakta olan GTAT yöntemlerinin fizyoterapistler tarafından kullanımını araştıran bir çalışma daha önce yapılmamıştır. Bu nedenle çalışmanın amacı İzmir bölgesinde çalışan fizyoterapistler arasında GTAT yöntemlerini araştırmaktır.

Çalışmaya İzmir bölgesinde çalışan %17'si (n=35) akademisyen, %83'ü (n=166) klinisyen olan toplam 201 fizyoterapist Türkiye Fizyoterapistler Derneği'nin sosyal medya hesapları üzerinden ulaşılarak dahil edilmiştir. Katılımcılar çalışmaya alınma kriterlerine dahil olan gönüllülerden oluşturulmuştur. Verilerin toplanmasında toplam 24 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır.

Fizyoterapistlerin %51'i GTAT yöntemleri hakkında hiç bilgisi olmadığını söylemiştir. Bilgisi olan fizyoterapistler GTAT yöntemleri ile ilgili hekimler kadar fizyoterapistlerin de yetkin olduğunu bildirmiştir. Fizyoterapistlerin en çok duyduğu GTAT yöntemi %98 ile akupunkturdur. Fizyoterapistlerin %76'sı hastalarının GTAT kullanıp kullanmadığını bilmektedir. Fizyoterapistler GTAT yöntemleri ile ilgili bilgileri en çok mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimlerinde ve sosyal medyadan almışlardır.

Sonuçlarımıza göre; fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyleri düşük olsa da tutumları olumlu yöndedir. Her geçen gün talebin ve ilginin arttığı GTAT uygulamaları, konu hakkında eğitim almış fizyoterapistlerce güvenilir ellerde uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: geleneksel tıp, tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, fizyoterapist

Tezin sayfa adedi: 79

Danışman: Prof. Dr. Bayram Ünver

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF ACADEMICIANS AND CLINICIAN PHYSIOTHERAPISTS TOWARDS TRADITIONAL, COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE METHODS

Master Thesis

Kerim Onur AKSEL, PT

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Department of Physiotherapy and Rehabilitation

ABSTRACT

Traditional, complementary and alternative medicine (TCAM) represents practices, that encompass many health-related practices, but are not considered part of conventional medicine. These applications can be divided into various sub-headings. These are mind-body approaches, biology-based therapies, manipulative and body-based methods and energy therapies.

This study was conducted to determine the knowledge and attitudes of physiotherapists on physical therapy modalities of TCAM. A study investigating the use of TCAM methods, which have been widespread in our country among physiotherapists, has not been conducted before. Therefore, the aim of the study is to investigate TCAM methods among physiotherapists working in Izmir region.

Seventeen percent (n=35) academician, 83% (n=166) clinician total 201 physiotherapists working in the Izmir region were included in the study by reaching out through the social media accounts of the Turkish Physiotherapy Association. Participants were composed of volunteers, who matches the inclusion criteria. A questionnaire consisting of a total of 24 questions was used to collect the data.

Fifty one percent of physiotherapists said that they had no knowledge about TCAM methods. Physiotherapists, who have knowledge, reported that physiotherapists are as competent as physicians in TCAM methods. The TCAM method, that physiotherapists hear most, is acupuncture with 98%. The ratio of physiotherapists, who know whether their patients use TCAM is 76%. Physiotherapists get the information about TCAM methods mostly, from post graduate courses and social media.

According to our results; although the level of knowledge of physiotherapists towards TCAM methods is low, their attitudes are positive. TCAM applications, towards which demand and interest increase day by day, should be applied by reliable hands of physiotherapists, who have been trained on the subject.

Keywords: complementary medicine, traditional medicine, alternative medicine, physiotherapist

Page Number: 79

Advisor: Prof. Dr. Bayram Unver

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlığın var olduğu günden beri hastalıklar da görülmeye başlamıştır. Bu hastalıklara, doğada olan malzemelerden veya halkların geçmiş deneyimlerden faydalanılarak çözümler araştırılmış ve bu sayede çağımızdaki modern tıptan farklı olan, toplumların geçmiş tecrübeleri, inançları ve kültürel yapılarının sonucu geleneksel tedaviler doğmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, geleneksel tıp; spiritüel ve fiziksel hastalıklardan korunma, onları teşhis etme, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın devam ettirilmesinde de kullanılan, çeşitli kültürlere özgü inanç, teori ve deneyimlere dayalı, izahı mümkün veya mümkün olmayan, bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür (1). Ülkemizde kupa terapisi ve sülük gibi kanın çıkmasını sağlayan, dini kabul edilen uygulamalar geleneksel yöntemler arasındadır (2). Alternatif tıp da, konvansiyonel tıp uygulamalarının alternatifi olarak uygulanılan ve etkisi bilimsel olarak henüz kanıtlanmamış terapi metodlarını içeren bir terminoloji olup, bazı ülkelerde tamamlayıcı tıp ya da geleneksel tıp terimi yerine kullanılmaktadır (3, 4). Günümüzde alternatif tıp terimi hekimler tarafından yanlış adlandırıldığı düşünülüp bu yöntemlerin hastane, poliklinik gibi yerlerde uygulanması gerektiği düşünülmektedir (5). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de GTAT kullanım sıklığının %42-70 arasında olduğu, İzmir ilinde kırsal bölgelerde yaşlı kesimin %98,3'ünün GTAT yöntemine başvurulduğu bildirilmektedir (1, 6).

World Confederation for Physical Therapy'ye (WCPT) göre fizyoterapistlerin hizmet alanı bireylerin hareket ve fonksiyonel kabiliyetlerini düzeltmek, sürdürmek ve ilerletmektir. Yaşlanma, sakatlanma, sağlığın bozulması ve çevresel faktörlerden dolayı bireylerin fonksiyonlarının olumsuz anlamda etkilendiği alanlarda fizyoterapistler görev alabilmektedir. Aynı zamanda sağlığın korunması, tedavisi, habilitasyon ve rehabilitasyon gibi alanlarda çalışmaktadırlar. Fizyoterapistler kişilerin fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal anlamda iyili olma halini geliştirerek yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olurlar (7).

GTAT yöntemlerine yoğun olarak başvurulması sebebiyle 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi [The

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)] oluşturulmuştur. Bu merkez, GTAT yöntemlerini; naturel ürünler, zihin - vücut uygulamaları ve diğer bütünleştirici sağlık hizmetleri yaklaşımları olarak 3 bölüme ayırmıştır. Fizik tedavi açısından rehabilitasyon alanında kanıta dayalı olarak kullanılabilecek ve sağlık bakanlığı tarafından kabul edilmiş akupunktur, fitoterapi, hipnoz yöntemler yer almaktadır (8, 9). Pek çok hastanın, semptomlarını azaltmak veya klinik bulgularını iyileştirmek amacıyla GTAT yöntemlerine başvurduğu bildirilmiştir. Kronik hastalıktan muzdarip kişilerin de büyük bir kısmının GTAT uygulamalarına başvurduğu tespit edilmiştir (3). Ülkemizdeki hekimlerin GTAT yöntemlerine karşı tutumlarını ölçen bir çalışmada akademik düzeyi yüksek hekimlerin diğer hekimlere göre GTAT yöntemlerine daha az olumlu baktıkları bulunmuştur (5). Çalışmamızın amacı akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin sağlık bakanlığınca belirlenen GTAT yöntemlerine olan bilgi ve tutumlarını ölçmektir.

2.GENEL BİLGİLER

Fizyoterapi pratiğinde geleneksel yöntemler fizyoterapistler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle ortopedik fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında hastaların farklı durumlarına da katkı sağlayacak yöntemler kullanılabilmektedir. Artrit için beslenme takviyeleri, hareket ve egzersiz uygulaması sağlayabilecek Pilates ve Tai Chi yöntemi, ağrı yönetiminde vücut – beden terapi yöntemleri ve akupunktur kullanılabilecek yöntemlerden bazılarıdır (8).

Ülkemizde Ekim 2014 yılında Sağlık Bakanlığınca "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu sayede GTAT uygulamalarının kullanım nedenleri, endikasyonları ve kontraendikasyonları, yeterlilik kursları ve eğitimler, uygulanabilecek sağlık kurum ve kuruluşları ve hangi uzmanlar tarafından yetkinin verileceği net olarak belirtilmiştir. Yönetmelikteki yöntemler; fitoterapi, larva uygulaması, mezoterapi uygulamarı, proloterapi uygulaması , müzik tedavi, hipnoz, kupa hacamat yönemi, homeopati, ozon uygulaması, sülük terapisi, osteopati, akupunktur, refleksoloji, kayropraktik ve apiterapi olarak belirlenmiştir (10). Ülkemizde GTAT uygulamalarının eğitimleri belirlenen esaslara uygun olarak hastane ve üniversite bünyesinde toplam 53 uygulama merkezinde yapılmaktadır.

GTAT uygulaması konusunda bakanlık tarafından oluşturulmuş ve bu sayede tıp dışı veya tıp mensubu olup da GTAT yöntemleri ile ilgili eğitim almamış kişilerin uygulama yetkileri, eğitim süreleri, sertifikanın geçerlilik süresi düzenlenmiştir. Hekimlere yöntemler konusunda kanıta dayalı bilgiler eşliğinde eğitimler verilmesi, uygulamaların yaygınlaştırılması teşvik edilmiştir. GTAT yöntemleri günümüzde sadece mezuniyet sonrası eğitimler ile verilmektedir. Bu eğitimlere hekimler dışında yalnızca eczacı ve diş hekimlerinin katılabileceği belirtilmiş ve fizyoterapistlere kupa uygulaması, sülük uygulaması, kayropraktik, osteopati, refleksoloji ve müzikterapi uygulamaları uzman hekim gözetiminde uygulayabileceği belirtilmiş, bunların dışındaki herhangi bir GTAT yöntemi uygulama ve eğitim alma yetkisi verilmemiştir (11, 12, 13). GTAT uygulamalarını yapma yetkisi olan meslek grupları Tablo 1.'de gösterilmiştir.

Tablo 1. GTAT yöntemleri ve uygulamaya yetkili olanların listesi

Uygulama Adı	**Uygulamaya Yetkili Kişiler**
Akupunktur	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Apiterapi	Sertifikalı hekim
Fitoterapi	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Hipnoz	Sertifikalı hekim ve diş hekimi, hekimi gözetiminde klinik psikolog ve psikolojinin tıbbi uygulamaları yetki belgesine sahip psikolog
Sülük Uygulaması	Sertifikalı hekim ve hekimi gözetiminde sağlık meslek mensubu
Homeopati	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Kayropraktik	Sertifikalı hekim ve hekimi gözetiminde sağlık meslek mensubu
Kupa Uygulaması	Sertifikalı hekim, diş hekimi ve tabip gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensubu
Larva Uygulaması	Sertifikalı hekim
Mezoterapi	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Proloterapi	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Osteopati	Sertifikalı hekim, diş hekimi ve hekimi gözetiminde sertifikalı sağlık meslek mensubu
Ozon Uygulaması	Sertifikalı hekim ve diş hekimi
Refleksoloji	Sertifikalı hekim ve hekim gözetiminde sağlık meslek mensubu
Müzikterapi	Sertifikalı hekim ve hekim gözetiminde sağlık meslek mensubu ile en az lisans düzeyinde müzik eğitimi aldıktan sonra müzik terapi sertifikasyon programını tamamlamış uygulamaya yardımcı kişi

GTAT'a olan yöneliş ile halkın her kesimine sağlık hizmeti veren, temel hedefi toplumun sağlık seviyesini iyileştirmek olan fizyoterapistlerin ve sağlık hizmeti verenlerin GTAT yöntemlerini kullanıp kullanmadıklarını sorgulaması, yöntemlerin faydaları ve yan etkileri hakkında bilgiler vermesi gerekir. Ayrıca bireylerin GTAT yöntemlerine olan tutum, davranış ve inançları hakkında bilgi sahibi olması, GTAT yöntemlerinin uygulanması ve uygulamalar ile ilgili araştırmaların yapılması sürecinde rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (10, 11). Bu roller araştırıcı, eğitici, tedavi edici ve rehabilite edici şeklinde sıralanabilir.

2.1 GTAT Yöntemleri

2.1.1 Akupunktur

Akupunktur; iğne, lazer ışınları, elektrik uyarımı, kupa, kulak içi tohum, iğne veya manyetik toplar, termik stimülasyon, akupunktur noktalarına basınç veya masaj ve ses, elektrik veya manyetik titreşimler gibi uyarı teknikleri ile bedende bulunan spesifik noktaların stimülasyonu amacıyla uygulanan yöntemlere denir. Latince "acus" ve "punctura" sözcüklerinin birleşiminden oluşmaktadır. Acus iğne, punctura batırma ve delme anlamına gelmektedir (14, 15).

Kuru iğneleme ve akupunktur gibi minimal invaziv tedaviler fizyoterapi eğitiminin temelinde yer almasa da fizyoterapistler son yıllarda muskuloskeletal hastalıklarda bu tedavileri kullanmaktadır. Ancak bazı gelişmiş ülkelerde akupunktur uygulaması meslek kapsamında sayılmaktadır (16).

Geleneksel ve batı akupunkturu arasında net bir ayrım olduğu sıklıkla ima edilir, ancak iki yaklaşım önemli ölçüde örtüşür. Ayrıca, geleneksel akupunktur, tarihsel olarak istikrarlı tek bir terapi değildir ve farklı akupunktur uygulama "okulları" arasında önemli farklılıklar vardır. Aynı hastayı tedavi eden iki akupunktur uzmanı, seçilen belirli noktalarda, iğneleme derinliği ve süresinde, iğne uyarısının yöntemi ve yoğunluğunda ve masaj veya bitkisel ilaçlar gibi yardımcı tekniklerin kullanımında farklılık gösterebilir. Akupunktur ülkemizde 1991 yılında bakanlık tarafından resmi olarak regüle edilen ilk GTAT uygulamasıdır. Akupunkturun ortaya çıkışı, Geleneksel Çin Tıbbı'na (GÇT)

dayanmaktadır. GÇT uygulamaları ile ilgili yapılan bilimsel çalışmalar sayesinde doktor ve fizyoterapist gibi farklı branşlardaki sağlık görevlileri de bu alanda çalışmalar yapmaktadır. Akupunktur uygulaması fizyoterapinin farklı çalışma alanlarında ek tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (17). Batı tıbbındaki GÇT yöntemlerine artan ilgi bu yöntemlerin Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinde yer verilmesini sağlamıştır. Doktorlarla karşılaştırıldığında fizyoterapistlerin akupunktur eğitimlerine daha fazla katıldıkları ve uygulamalarında daha fazla yer verdikleri görülmektedir (18).

1999 yılında DSÖ ile aynı yıl olmakla birlikte WCPT "International Acupuncture Association of Physical Therapists (Fizyoterapistlerin Uluslararası Akupunktur Derneği" alt grubunu kurmuştur ve çeşitli ülkelerde akupunktur fizyoterapi uygulamaları arasında yerini almıştır. Akupunktur uygulamaları ABD, Kanada ve Avusturalya'da kayropraksi ve fizyoterapi mesleklerinde muskuloskeletal ağrının tedavisinde adjuvan tedavi olarak kullanılmaktadır. Kullanılan tedaviler farklı ülkelerde farklı isimlerde yer alabilmektedir. Kanadalı fizyoterapistler "akupunktur" terimini daha fazla kullanırken Amerikalı fizyoterapistler uygulamayı "kuru iğneleme" olarak adlandırmaktadır (17).

Kullanılan diğer terimlerse intramüsküler stimülasyon ve meridyen terapisidir. Akupunktur farklı ülkelerde farklı eğitim sistemleri mevcuttur. GÇT teorisinde meridyenler farklı organları temsil ederek isimlendirilir. Başka bir teori Yin ve Yang kavramıdır. Bu teoride her unsurun karşıtlık ilişkileri içinde yürüdüğü, sağlığı korumak için denge halinin olması gerektiği belirtilir.

Diğer bir teori ise beş elemen teorisidir. Ağaç, ateş, toprak, metal ve sudan oluşan maddelerin evrendeki ve insan vücudunu temsil ettiğine inanılır. Akupunktur bedende farklı bölgelere uygulanmaktadır ve genellikle gövde ve ekstremitelerin proksimalleri kullanılmaktadır. Geleneksel uygulamaya ek olarak mikrosistem uygulamalarından el, kulak, ayak ve baş bölgelerine yapılan uygulamalar da mevcuttur.

Günümüzde elektroakupunktur, lazer, infrared ve moxa uygulamaları en sık uygulanan yöntem olsa da yapılan çalışmalar bu uygulamaların kuru iğneleme tedavisine kıyasla daha etkili olduğu görüşü kanıtlanmamıştır. Vücut bölümlerine yerleştirilen iğneler terapi sahasına bağlı olarak farklı uzunluklarda olup iğneler ortalama 15-30

dakika kullanılır. Tedavi bireyin durumuna ve hastalığına göre farklılık göstemekle birlikte toplamda 10-15 seans uygulama yapılır.

Akupunkturun Avrupa'da uygulanmaya başlamasıyla birlikte yapılan bilimsel çalışmalar etki mekanizmasını anlamaya odaklanmıştır ve bu alanda pek çok farklı deneysel çalışmalar oluşturulmuştur.

Akupunkturun ABD tarafından da araştırılmaya başlanmasıyla birlikte DSÖ bünyesinde akupunktur yöntemi incelenmiş ve 1989 yılında bilimsel temellerini araştırmak amacıyla "Akupunktur İçin Klinik Araştırma Metodolojisi Çalışma Grubu" (AKAMÇG) grubu oluşturulmuş ve beş yıl süren çalışmalar sonucunda, 1994 yılında Japonya'da akupunktur rehberini hazırlamıştır. Son 30 yılda Batı ülkelerde akupunkturun kullanımının artmasıyla birlikte Türkiye'de de bu alana ilgi artmış ve farklı branşlara mensup tabiplerce uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından klinik uygulamaları kontrol etmek için 17 Eylül 2002 tarihli 24879 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan bir yönetmelikle akupunktur eğitimi ve uygulama esasları yeniden düzenlenmiştir. Yönetmelikte branş farkı olmaksızın hekimler Sağlık Bakanlığı'nca organize edilen kurslarda eğitim görmektedir (19). Fizyoterapistler uygulamalarında Batı Medikal Akupunktur uygulamasını kullanmaktadır. Bu yöntemler trigger nokta akupunkturu ve intramusküler stimülasyon tekniği olarak kullanılmaktadır. İki tekniğin de geçerliliği net değildir ve diğer tekniklere göre daha ağrılıdır ve hastalar için potansiyel zararlar verebileceğinden klinik gözetimde uygulanması şarttır.

İsveç'te yapılan bir anket çalışmasında fizyoterapistlerin üçte biri bel ağrısı için, %44'ü subakut boyun ağrısı için akupunktur yöntemini kullanmaktadır (20). İsveç'te yapılan başka bir anket çalışmasında ise %42'si kansere bağlı ağrısı olan hastaları içeren, onkoloji alanında çalışan fizyoterapistlerin %56'sı akupunktur terapisini hastalarının tedavisinde kullanmaktadır (21).

Arabistan'da yapılan bir çalışmada fizyoterapistlerin %14'ünün klinik uygulamalarında akupunkturu kullandığı belirlenmiştir (22). Kronik bel ağrısında

akupunkturun etkinliğine yönelik literatürde birçok çalışma yer almaktadır. Toplam 8270 kronik nonspesifik bel ağrılı hastanın dahil edildiği 2020 yılı Cochrane derlemesinde sham uygulamaları ile karşılaştırıldığında akupunkturun tedaviden hemen sonra veya kısa süre sonrasında klinik olarak anlamlı bir etki göstermediği bulunmuştur. Güncel kanıtların orta – çok düşük kalitede olduğu belirtilmiş ve çalışmaların metodolojik özellikleri yetersiz bulunmuştur. Çalışmalarda deneyimli fizyoterapistlerin de akupunktur uygulama yetkisinin olduğu belirtilmiştir (23, 24, 25).

Akupunkturun kalça osteoartitine olan etkisi de literatürde yer almaktadır. Eric ve ark, tarafından yapılan 2018 yılı Cochrane derlemesinde toplam 6 randomize kontrollü çalışmadan (RKÇ) 413 katılımcı yer almıştır. Çalışmanın sonucunda yazarlar, ağrı ve fonksiyonu iyileştirmede akupunkturun sham uygulamalara göre çok az veya hiç etkisinin bulunmadığı bulunmuştur. Akupunktur uygulayıcıları arasında fizyoterapist, hemşire ve akupunktur uzmanları yer almaktadır (26).

Ekstremitelerdeki muskuloskeletal problemlerde akupunkturun etkinliğini araştıran bir meta analiz çalışmasında 15 makalenin analizi sonucu kanıtların akupunkturun etkisini göstermekte tutarsız olduğu bildirilmiştir. Karpal tünel sendromu ve aşil tendinopatisinde etkili olabileceğini gösteren çalışmalara karşın nonspesifik üst ekstremite ağrısı ve patellofemoral sendromlu kişilerde etkisinin olmadığı bulunmuştur (27).

Chartered Society of Physiotherapy (CSP), akupunkturu 1982'de bir tedavi olarak kabul etmiş 1984'te, CSP'nin alt klinik grubu olan Akupunktur Yetkili Fizyoterapistler Derneği (AACP) kurulmuştur ve günümüzde bu grubun 1000’e yakın üyesi vardır (28). Akupunktur genel olarak risksiz olarak kabul edilse de işin ehli olmayan kişiler tarafından uygulandığında ölümle sonuçlanan yan etkiler görülebilmektedir. Bu riskler hayati bir organın delinmesi, sinir yaralanması, kardiyak tamponattır. uygulama sonrası oluşabilecek diğer riskler çoğunluklu geçicidir. Morarma, ağrı, kızarıklık, enfeksiyon bunların arasında sayılabilir (16).

2.1.2 Apiterapi

Arı ve arı ürünlerinin bazı hastalıkları tedavi etmek için destekleyici ve tamamlayıcı olarak kullanılmasına apiterapi denir. Arı zehiri için;

a) Canlı bal arısı,
b) İçinde arı zehri ekstratları bulunan ampüller,
c) İçinde arı zehri bulunan merhemler kullanılır.

Arı zehiri ve diğer arı ürünleri deri içi veya deri altına uygulanabilirken bazıları oral ve topikal olarak da kullanılabilir. Ağız yoluyla kullanılacak apiterapi ürünlerinin kimyasal tahlilleri yapılır ve bu ürünlerin yasa gereği Türk Gıda Kodeksi Yönetmeliğine uygun olması zorunludur. Bireyin uygulama öncesi arı ürünleri veya zehrine karşı alerjisi olup olmadığının anlaşılması için test yapılır ve uygulama sahasında aciliyet durumunda hastaya müdahale edebilecek sorumlu görevli ve yaşam destek ünitesinin hazır olması şarttır (15).

Arıdan üretilen bu ürünlerin besleyici içerikleri araştırıldıkça bu ürünler takviye olarak çeşitli hastalıkların tedavisine ek olarak kullanılmaya başlamıştır. Apiterapi günümüzde tamamlayıcı ve bütünleştirici tıp adı altında anılmaktadır. Dünyada apiterapi en çok Brezilya'da kullanılmaktadır. Bunu sonrasında ABD, Çin, Japonya ve Türkiye izlemektedir. Türkiye coğrafya olarak arı yetiştiriciliği için uygundur (29). Apiterapi, antik Çin ve Mısırda keşfedilmiştir ve Romalı ve Yunanlar arı ürünlerini medikal ve kozmetik amaçlarla kullanmışlardır.

Apiterapi farklı hastalıklarda kullanılabileceği için pek çok sağlık uzmanı tarafından kullanılabilmektedir (30). Osteoartritte apiterapi uygulamalarının potansiyel etki mekanizmaları tanımlanmıştır ancak etkisinden bahsedilmesi için bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir (31). Artrit, enfeksiyon, MS, astım, bursit, migren, boğaz ağrısı gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde veya semptomlarında, ağrı, yara ve yanıklar gibi farklı durumlarda önerilmektedir. Arı balı, propolis ve arı sütünün antimikrobiyal, antiinflamatuar, antidepresan, antioksidan gibi pek çok özellikleri dolayısıyla çeşitli hastalıkların tedavisinde ve iyileşmenin hızlandırılmasında

kullanılabilmektedir (29). Farklı kişilerin arı ürünlerine farklı reaksiyonlar vereceği unutulmamalı, aktarlar yerine eczanelerde satılan ürünlerin tercih edilmesi gerektiği ve alerji gibi durumlara karşı mutlaka tedbirli olunmalıdır (13, 32, 33, 34).

Arı zehri terapisinin yan etkileri sıklıkla görülmektedir. Uygulayıcı kişilerin eğitimleri ve nitelikleri güvence altına alınarak klinik uygulamalar gerçekleştirilmelidir (35).

2.1.3 Fitoterapi

Fitoterapi, medikal tedavi yöntemi olarak bitkisel ilaçlar ve geleneksel tıbbi ürünlerin kullanmasıdır. Ürünlerin ruhsat aşamasında, bilimsel komisyonun bilimsel olarak uygundur görüşü alınarak belirlenmiş endikasyonları dahilinde sertifikalı hekim önerisi ile birlikte kullanılmaktadır (15). Fitoterapi terimi Yunanca kelime olan *phyton* (bitki) ve terapi kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşur (36). Fitoterapi terimi ilk kez 1993 yılında Fransız doktor Henri Lecrerc tarafından bitki bazlı terapi olarak tanımlanmıştır (37).

Fitoterapi, rasyonel ve geleneksel fitoterapi olarak ikiye ayrılmaktadır. Fitoterapi, çeşitli hastalıkların tedavisinde veya iyileştirilmesinde bitkilerin kullanıldığı (örneğin depresyon tedavisinde sarı kantaron bitkisi), tıbbın bir alanıdır. Rasyonel fitoterapi konvansiyonel farmakoterapiye benzese de sentetik ilaç üretimi yerine bitki ekstratları kullanılmasından dolayı ayrışır (38, 39). DSÖ'ye göre "tıbbi bitkiler, her halükârda, bir canlı organizma ile tanıştırılan ya da temas ettirilen, farmakolojik etkinlik gösteren bitkilerdir." (40).

Fitoterapi ürünlerinin kalitesi pek çok açıdan etkilenmektedir. Ürünlerin yetiştirilmesinden dağıtım aşamasına kadar hasat edildiği ve depolandığı bölgelerin temizliğine önem verilmelidir. Eczacılar ve diyetisyenler fitoterapiye ilgi duymaktadır. Ancak fizyoterapist, diş hekimi gibi diğer sağlık profesyonelleri de bu alanda uygulamalarına destekleyici yöntem olarak katkı sunabilmektedir (41).

Morinda citrafolia bitkisi ile ilgili yapılan 90 kişinin dahil edildiği bir çalışmada servikal spondilolistezis tanısı almış hastaların boyun ağrısını azaltmak amacıyla günde

15 mL takviye olarak kullanılmasının hastaların ağrılarında azalma ve hareket kabiliyetlerinde artmayla sonuçlandığı, fizyoterapi uygulaması ile benzer etkinlik gösterdiği ancak fizyoterapiye ek olarak uygulandığında sonuçların daha anlamlı olduğu bulunmuştur (42). Yapılan gözlemsel çalışmalarda da Morinda Citrafolia'nın halk arasında ağrı kesici olarak adlandırıldığı ve artrit gibi ağrılı inflamatuar durumlarda faydalı etkisinin olabileceği belirtilmektedir (43).

Kronik bel ağrılı bireyler ağrılarının tedavisi için sıklıkla fitoterapi uygulamalarını kullanmakta, fitoterapi uygulayanlara danışmakta veya ikisini birden yapmaktadır. 2014 yılında bel ağrılı bireylerde bitkisel tıbbın etkisini araştıran Cochrane veri tabanında yayınlanmış bir çalışmanın sonucunda *Capsicum frutescens* (Arnavut biberi) bitkisinin plaseboya oranla daha fazla ağrıyı azalttığı bulunmuştur. Ancak çalışmaların en kalitelisi orta seviyede olduğu için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (44). Pek çok hasta sağlık profesyoneline danışmadan veya danışarak fitoterapi yöntemlerini kullanmaktadır. Bitkisel tıbbın güvenli ve etkili olduklarına inanmaktadır (45).

2.1.4. Hipnoz

Hipnoz, diğer bir kişinin zihin ve farkındalık, vücut, hisler, duygular, düşünceler, hafıza veya davranışlarında farklılık yaratmak amacıyla oluşturulmuş ya da bu sonucu telkin yoluyla gerçekleştiren yöntemdir (15). Hipnozun ağrı kesici, anestezi ve psikoterapi gibi konularda kullanıldığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalar hipnoterapinin farklı alışkanlıkların ve davranış bozukluklarının giderilmesinde faydalı olduğunu göstermiştir. Ek olarak hipnoz pedagoji, güzel sanatlar, spor ve tıpta da etkili bir yöntem olarak kullanılmıştır.

"Hypnos" eski Yunanca'da uyku demektir ancak hipnoz uygu hali değil, uyanıklık halidir. Elektroensefalografi kullanılarak yapılan çalışmaların sonucu beyin ritim kalıpları, hipnotize edilen kişinin uyku ile uyanıklık arasında bir yerde olduğunu göstermektedir. Franz Anton Mesmer, hipnozu kitlelere ulaştıran ve onu tedavisinde kullanan kişidir. Mesmer, hipnozu "hayvan manyetizması" olarak adlandırdı ve tüm hastalıkların hayvan manyetizmasındaki dengesizlikten kaynaklandığı fikrini öne sürdü

ve hastalarının çoğunda gözle görülür iyileşmeler gördü. James Braid, Pierre Janet ve Sigmund Freud gibi ünlü kişiler, hastalıkların tedavisi amacıyla hipnozu kullanmışlardır. 1958'de Amerikan Tabipler Birliği, hipnozun tıbbi olarak kullanılabileceğini onaylamış ve hekimlerin bu terapi için uygulama yeteneklerini geliştirmek amacıyla teorik ve pratik olarak hipnoz kursları ve eğitimleri düzenlemiştir. Günümüzde dünyanın pek çok farklı yerinde hipnoz ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır (46, 47, 48, 49, 50).

Hipnoz, hipnoidal trans, hafif trans (laterjik evre), orta trans (kataleptik evre) ve derin transtır (somnambülik evre) olmak üzere 4 evreye ayrılır ve her evrede farklı fizyolojik yanıtlar görülür. Hipnozda ek olarak beyin fonksiyondaki değişimlere bağlı olarak motor, duyusal ve metabolik değişimler meydana gelmektedir. Hipnoza giren kişiler kendilerinde her zaman aynı deneyimi yaşamamaktadır ve kişinin hipnoza yatkınlığı (sujestibilite) da herkeste insanlarda farklılık gösterebilmektedir. Hipnoza giren kişilerin %65'i orta ve hafif seviyede transa girebiliyorken %35'i derin ve çok derin seviyelerde transa girmektedir (51).

Hipnoz terapisinin genel hedefleri şu şekilde sıralanabilir;

- Daha iyi bir hayat kalitesi
- Daha iyi sağlık
- Daha iyi fonksiyon
- Ağrıda azalma

Hipnoz ve fizyoterapinin birlikte kullanılabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Fibromiyalji, fantom ağrısı, temporomandibuler ağrılar, kırık, kronik bel ağrısı, kompleks bölgesel ağrı, spor, yanıklar, tansiyon tipi baş ağrısı ve migren, stres ve anksiyete gibi pek çok fizyoterapinin dahil olduğu alanlarda hipnozun olumlu etkilerinden söz edilmektedir. Bu bağlamda fizyoterapi ve hipnoterapinin farklı branşlarda ortak çalışmalar yapabileceği önerilmektedir (52).

2016 yılında İsviçre'de yapılan bir çalışmada hastaneye yatırılmış yaşlı bireylerde hipnozun ağrıya olan etkisini araştıran bir çalışmada yaş ortalaması 81 olan 53 birey çalışmaya dahil edilmiştir ve ağrılarındaki değişim ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda

hipnozun hastaneye bağlı kalmış yaşlılarda kronik ağrıyı gidermede güvenli ve etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (53).

2.1.5. Sülük Uygulaması

Sülük uygulaması, sterilize edilmiş sülüklerin kullanıldığı bir uygulamadır (15). "Hirudo medicinalis ve Hirudo verbana" olarak adlandırılan " Tıbbi sülükler"in steril sülük temin eden üretim yerleri ve işletmelerden temin edilmesi gereklidir. Sürüklerin bertarafı sırasında 22 Temmuz 2005 tarihli, 25883 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre gerekli işlemler uygulanmaktadır.

Kan emici sülükleri tamamlayan entegre bir tedavi yaklaşımı olan medikal sülük tedavisi, omurgasızların tıbbi amaçlarla kullanımının az sayıdaki örneğinden biridir (54). 18. Yüzyılda Avrupa'da vahşi sülükler tedavi amacıyla yoğun bir şekilde kullanılmaktaydı ancak 19. Yüzyılın sonlarında cerrahi yöntemler ve farmakoterapinin gelişmesiyle tedavilerde hayvanların kullanılması tıbbi uygulayıcılar tarafından azaldı. Bu yöntemler popülerliğini yitirse de son yıllarda farklı sağlık uygulayıcıları tarafından sülük tedavisi tekrar keşfedilmeye başlandı (55, 56).

Doğada 600'den fazla sülük türü bulunmasına rağmen bunlardan sadece 15 tanesi tıbbi sülük sınıfına girmektedir. Sülük tedavisinde tıbbi sülüklerin çeşitli biyolojik özelliklerinden yararlanılır. Bunlardan en iyi bilineni, sülüklerin konakçılarının kanıyla beslenmeleri (flebotomik özellikleri), bu sırada bir dizi biyolojik olarak aktif made, özellikle antikoagülanlar, antienflamatuar maddeler ve anestezikler ile tükürüklerini salmalarıdır. Buradaki temel amaç, sülüklerle beslenirken salgılanan sülük tükürüğünün olası faydalarından yararlanmaktır.

Sülük salyasında 100'den fazla protein yer almaktadır ancak bunların yalnızca bir kısmı biyolojik aktif rol oynamaktadır. Salyanın bazı fasilitatör ve inhibitör etkileri gösterilmiştir. Uygulamayı kullanan kişilerin hangi mekanizmalarla iyileşme sağladığı henüz net olarak açıklanamamıştır. Sülük salyasında yer alan maddelerin antikoagülan ve antienflamatuar etki gösterebileceği düşünülmektedir. Bu sebeple ileriki çalışmaların

salyada bulunan potansiyel bioaktif moleküllerin insan sağlığında nasıl bir etki yaratacağını açıklaması gerekmektedir (55).

Sülük tedavisinin diz osteoartritli olgulardaki etkisi araştırılmıştır. 2014 yılında yapılan bir sistematik derlemede ağrı ve fonksiyonel bozuklukları ve eklem sertliğini azaltmada orta ve güçlü kanıtların sunulduğu gösterilmiştir. Ancak güvenliğinin ve etkinliğini gösterebilmek için daha ileri yüksek kalitede RKÇ'lerin yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca derlemeye dahil edilen çalışmalarda herhangi bir ciddi yan etkinin görülmediği bildirilmiştir (56).

2.1.6. Homeopati

Homeopati, kişiye özel homeopatik ilaçlarla sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan bir bütüncül uygulama yöntemidir. Homeopatil uygulamada kullanılan ilaçların ruhsatlandırılması ve pazarlaması ile ilgili hususlar, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz kurumunca düzenlenir (15). Homeopati, hastalık belirtisi gösterebilen maddelerin sağlıklı insanlara çok az miktarda verilmesiyle hastalığın iyileştirilebileceği inancına dayanan alternatif tıp yöntemidir. Homoion (benzeri) ve pathos (acı çekmek) kelimelerinden oluşur.

Homopati tarihinde ilk kez hekim, kimyager ve eczacı Dr. Samuel Hahnemann tarafından kurulmuş ve geliştirilmiştir. Uzun yıllar süren çalışmalarından sonra "bir madde bir insanı hasta edebiliyorsa onu iyileştirebilir." Olgusunu öne sürmüştür. Başka bir deyişle, sağlıklı bir insanda hastalık belirtilerine neden olabilecek bir unsur, hasta bir kişiyi o semptomlarından kurtarabilir. Homeopati, alışılmadık iki teoriye dayanmaktadır:

1. "benzeri benzer ile tedavi etmek" (sağlıklı insanlarda aynı semptomları gösteren maddeler hastalıkları iyileştirebilir.)
2. "minimum doz kanunu" ilacın dozu ne kadar azsa o kadar etkilidir.

Birçok homeopatik içerisinde neredeyse orijinal madde kalmayacak kadar dilüe edilmiştir (57, 58). Homeopati felsefesinde hastalıkların oluşumu insan enerjisindeki dengesizliğe bağlı özgürlük kısıtlılığı olarak tanımlanmaktadır. Homeopat, hastanın gizli

duygu ve düşüncelerini açığa çıkarmak için bilinçaltına inerek korkularını, beden dilini çözümleyebilmelidir ve bu sayede hasta daha fazla kendinin farkına varır (59).

Migren ve diğer baş ağrılarının tedavisinde homeopatinin yeri ile ilgili yayınların dahil edildiği meta analiz çalışmasında mevcut literatürün nitel ve nicel olarak güvenilir olmadığı, migren ve diğer baş ağrılarının tedavisinde homeopatinin plaseboya karşı üstünlük göstermesi konusunda net kanıtların olmadığı sonucuna varılmıştır. Homeopatinin demans tedavisinde kullanımına ilişkin yayınların bir Cochrane derlemesi ile gözden geçirilmesi planlandı, ancak gerekli kriterler dahilinde yayın bulunamadığından ve konuyla ilgili kanıt düzeyinin yetersiz olduğu için bu grupta kullanılmasıyla ilgili kesin bir yorum yapılamayacağı bulunmuştur (60).

Homeopatiyi uygulama yetkisi olan kişiler ABD'de eyaletlere göre çeşitlilik göstermektedir. Genellikle tıp veya diğer sağlık profesyonelleri yasal olarak kullanabilirken bazı eyaletlerde lisanssız profesyoneller tarafından uygulanabilmektedir (58).

Romatolojik hastalığı olan bireyler GTAT yöntemlerini kullanmaya daha yatkındır ve bu yöntemlerin arasında en popüler olanlarından biri homeopatidir. Toplumda ve hekimler arasında homeopatinin etkinliğine olan inanç giderek artmaktadır. Yapılan bir anket çalışmasında homeopati pratiğinin en çok romatolojik ve muskuloskeletal hastalıklarda kullanıldığı bildirilmiştir. 2001 yılında İngiltere'de yapılan bir sistematik derlemede osteoartritli hastalarda homeopati uygulamasını kullanan tüm RKÇ'ler araştırılmıştır ve sonucunda homeopatinin osteoartritte ümit vadedici sonuçlarının olduğu ancak o tarihe kadar yapılmış çalışmaların az olmasından kaynaklı olarak kesin etkisinin vurgulanamayacağı söylenemeyeceği bulunmuştur (61).

2.1.7. Kayropraktik

Kayropraktik, kas, omurga ve iskelet sistemlerinin biyomekanik limitasyonları ve bunun sinir sistemi üzerinde oluşturduğu problemleri iyileştirmeyi hedefleyen bir destekleyici yöntemdir. Normal mekanik mobilitesi azalmış hastaların eklemleri manuel tekniklerle düzeltilmesi üzerine yoğunlaşılmaktadır (15).

Kayropraktik Yunanca cheri (el) – praktikos (uygulama) kelimelerinden oluşan, 1896 yılında Kanadalı magnetoterapist Daniel David (D.D.) Palmer tarafından geliştirilen alternatif tıp modalitesidir. Kayroptaktik uzmanları el ile müdahalelerin yanında beslenme tavsiyeleri ve egzersiz gibi yöntemlere de başvurmaktadır (62).

Uygulamanın esası "Subluksasyon teorisi" olarak adlandırılan, tüm hastalıkların %95'inin spinal eklemlerin subluksasyonlarından kaynaklandığı, kalan %5'inin ise periferal eklemlerdeki subluksasyonlar sonucu olduğunu varsaymaktadır. Kayropraktik ile ilgili ilk zamanlarda yazılan kitaplarda çok az sıklıkta bel ve boyun ağrılarına yönelik faydası olduğundan bahsedilirken uygulama sahası insanite, seksüel disfonksiyonlar, grip, kızamık gibi geniş çaplı durumlara iyi geldiği ileri sürülmekteydi (39, 63, 64). 2016 yılı verilerine göre Dünyada 90 farklı ülkede toplam 103 binden fazla kayropraktik uzmanı çalışmaktadır.

Mısır, Arjantin, Kolombiya, Avusturya, Estonya, Kore Cumhuriyeti, Tayvan, Ukrayna, Lübnan ve Türkiye gibi dünyanın farklı ülkelerinde kayropraktik uygulamaları yasal değildir. Spinal manipülasyon uygulamaları kayropraktörler tarafından omurga dışı hastalıklarda da uygulanmaktadır. Aktif spinal manipülasyon veya simüle edilmiş bir teknik uygulanan 80 astım tanılı çocuğun dahil edildiği çalışmada tüm çocuklar standart tıbbi tedavi alıyordu ve hafif ila orta derecede astımı vardı. Sonuç olarak, tedavinin iki ve dördüncü ayın sonunda ve sabah pik havalanma oranları, astım semptomları, beta-agonist kullanımı, yaşam kalitesi ölçümleri, spirometrik ölçümler veya hava yolu yanıtında gruplar arasında anlamlı fark kaydedilmedi (65).

Servikal, torakal ve lumbal bölgelere yapılan uygulamalarda nadir görülmesine rağmen ciddi komplikasyonlar bildirilmiştir. Bunlar arasında vertebrobasiler arter yaralanması, diyafragmatik felç, servikal disk lezyonları, patolojik kırılmalar, kosta kırığı, lomber bölgede disk incinmesine bağlı nörolojik komplikasyonlar, lomber disk fıtıklaşması bildirilmektedir (66).

2018 yılında Spine dergisinde yayınlanan 1176 kronik bel ağrılı hastanın dahil edildiği bir meta analizde mobilizasyon ve manipülasyon uygulamalarının kronik bel

ağrısında etkili olabileceği ve manipülasyonun mobilizasyona göre daha geniş etkilerinin olduğu sonucuna varılmıştır (67). 2019 yılında British Medical Journal dergisinde 47 RKÇ'den elde edilen 9211 bel ağrılı hastanın değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında spinal manipulatif tedavinin kısa dönemde fonksiyonu iyileştirmede önerilmeyen tedavi yaklaşımlarına göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır aynı zamanda klinisyenlerin tedavi öncesinde uygulamaların yan etkisi hakkında bilgi vermesi gerektiği vurgulanmıştır (68).

2.1.8. Kupa Uygulaması ve Hacamat

Kupa uygulaması, kan akımını artmasını sağlamak amacıyla vücudun belirli bir bölgesinde vakum oluşturmaya dayanan bir GTAT yöntemidir. Vakumla birlikte yüzeysel cilt kesikleri ile kanın dışarı akıtıldığı yaş kupa (hacamat) uygulamasıdır (15).

2016 Rio olimpiyatlarında sporcuların vücutlarında görülmesiyle popülaritesi artmıştır. Kupa ve Hacamat yöntemleri Uzakdoğu, Orta Doğu, Arabistan yarımadası ve Orta Avrupa ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır ve en eski geleneksel tıp yöntemleri arasında yer almaktadır (69, 70, 71). Türkiye'de kupa uygulaması ile hacamat aynı anlamda kullanılmaktadır. Geleneksel Anadolu toplumları arasında asırlardır uygulandığı için kupa terapisi Türkiye'deki GTAT uygulamaları arasında halkın en sık başvurduğu uygulamalardan birisidir (71).

Hacamatın bel ağrısı, kronik boyun ağrısı, brakiyalji, paraestezi, karpal tünel sendromu ve diz osteoartriti gibi çeşitli ağrı durumlarını iyileştirmede etkili olabileceğine dair çalışmalar artmaktadır. 2011 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede, ağrı tedavisinde kupa uygulamasının etkinliği araştırıldı. Bel ağrısı, brakiyalji ve kanser ağrısında etkinliğine dair sınırlı sayıda kanıtlar vardır. Derlemenin yazarları daha titiz çalışmaların gerekli olduğunu belirtti (72). 2020 yılında yapılan bir sistematik derlemede kupa terapisinin kronik ağrıdan muzdarip kişilerde tedavi opsiyonu olarak sayılabileceği, ancak derlemeye dahil edilen çalışmalardaki yüksek heterojenlik ve yanlılık riski dolayısıyla diğer tedavilere kıyasla ve sahte kupaya göre etkinliği gösterilememektedir (73). Hacamat uygulaması ağrı ve inflamasyonu azaltmada etki

gösterebileceği için spor hekimleri ve fizyoterapistler tarafından kullanılabilmektedir (74). 2018 yılında yapılan meta analiz çalışmalarında kupa terapisinin ankilozan spondilit ve diz osteoartritinde potansiyel etkileri olabileceği sadece zayıf kanıtlar tarafından desteklendiği sonucuna varılmıştır (75, 76). Ateroskleroz, derin anemi, aktif yaralar, yeni cerrahi yaralar, kardiyak patolojilerde kullanılmaması, varis bölgelerinin üzerine uygulanmamalı ve hamilelerde dikkatlice kullanılmalıdır (77).

2.1.9. Larva Tedavisi

Larva uygulaması, uzun süreli yara durumlarında Lucilia (Phaenicia) sericata steril larvalarının biyodebridman amacı ile uygulanan geleneksel bir yöntemdir (15).

Larva tedavisi tıp ve veterinerlik bilimlerinde modern tedavi yöntemlerinden biridir. Bu yöntemde, insan ve hayvan yaralarını tedavi etmek için steril sinek larvaları kullanılır. Bu tedavi yönteminin metodolojisinde Lucilia sericata (yeşil şişe sineği) larvaları kullanılmaktadır. Diyabetik ve bulaşıcı yaraların tedavisinde modern larva tedavisinin performansı olağanüstüdür. Bazı durumlarda, larva tedavisi yaraları geleneksel yöntemlerden daha hızlı ve daha iyi iyileştirir (78). Larva tedavisi, ‘’maggot tedavisi’’ veya ‘’biocerrahi’’ olarak, halk arasında ise ‘kurtçuk tedavisi’ olarak anılmaktadır (79).

Larva tedavisi iki biçimde uygulanır; doğrudan yaranın üzerine yerleştirilen serbest larvalar veya yara bölgesine yerleştirilmiş bir kese içinde bulunan torbalı larvalar. Torbalı larvalar kompresyon tedavisinin yanında etkin bir şekilde kullanılmıştır. Larva, cansız dokuyu çeneleriyle gevşeterek ve güçlü proteolitik enzimler salgılayarak dokuyu debride eder, bu cansız dokuyu kurtçukların kolayca yutabileceği bir "çorba" kıvamına getirir (80).

Larva uygulamasının fizyoterapide kullanıldığı spesifik bir hastalık bulunmamaktadır. Ancak yatağa bağımlı olgularda dekübir ülserin nekrotik debridmanı için alternatif bir yöntem olarak kullanılabilmektedir (81).

2.1.10. Mezoterapi

Mezoterapi, özel iğneler ve belirli teknikler kullanarak mezodermal kökenli organların patolojilerini tedavi etmeyi amaçlayan küçük dozlarda bitkisel veya farmakolojik ilaçların lokal intradermal enjeksiyonudur. İğnesiz mezoterapide ise preparat iğne kullanılmadan elektroporasyon ile deriye verilir (15). Mezoterapide ilaçlar ve çeşitli bitki özleri, vitaminler, eser elementler vb. kullanılır. Karışımlar intradermal veya subkutan olarak çok sayıda küçük hacimli enjeksiyonlar şeklinde uygulanır.

Yunanca merkez anlamına gelen "mesos" ve derinin sentral kısmının iyileşmesi ve tedavisi anlamına gelen "therapia" kelimelerinin birleşiminden oluşur. İlk olarak Dr. 1952 yılında Michel Pistor tarafından kurulmuştur. Doktor Pistor, astımlı bir hastayı tedavi ederken intravenöz prokainin hastanın işitme kaybını da tedavi ettiğini keşfettikten sonra, bir dizi endikasyonu tedavi etmek için intradermal prokain enjeksiyonları kullanmaya başladı ve 1976'da yönteme Mezoterapi adını verdi. Pistor'un tanımladığı gibi, uygulamalar “daha küçük hacimlerde, doğru yerde ve tekrarlı olarak” mezoterapisinin temelini atmıştır (82). Mezoterapi uygulama tekniği sayesinde embriyonik dönemde mezodermden kaynaklanan cilt, kıkırdak, kas veya yağ dokusu patolojilerinde destekleyici tedavi olarak kullanılabilmektedir. Mezoterapi çeşitli alanlarda kullanılmaktadır, bunların arasında estetik dermatoloji, kas-iskelet sistemi hastalıkları, spor yaralanmaları, nöroloji, sindirim ve ürogenital sistem hastalıkları bulunmaktadır (14, 83).

Kullanılan başlıca ürünler analjezik ve sempatolitik etkileri olan lidokain, prokain, ksilokain; analjezik ve anti enflamatuar etkileri nedeniyle piroksikam; dolaşım düzenleyici olarak pentoksifilin, fonzilan; hyaluronik asit, vitaminler, mineraller, cilt rejenerasyonu ve fibroblastların stimülasyonu için organik silikon, zayıflık ve saç dökülmesi için dutasterid, biotin veya minoksidil; Bölgesel veya adipolitan zayıflama etkisi için aminofilin, kafein, deoksikolat, fosfatidilkolin; Antioksidan desteği için glutatyon ve A, C, E vitaminlerini içeren karışımları tercih edilmektedir (83).

Mezoterapide kullanılan yöntemler, ilaçlar ve dozlar için standart protokoller ve algoritmalar yoktur. Birçok çalışmanın kalitesinin düşük olması ve çalışma sayısının az olması nedeniyle klinik etkinlik ve güvenlilik ile ilgili veriler yetersizdir. Bir çalışmanın sonuçlarına göre ağrı kesici, ucuz ve yan etkisinin az olması nedeniyle mezoterapi kullanımı önerilmektedir. Bu nedenle çift kör, plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır (14, 82).

Mezoterapinin etkinliğini ve yan etkilerini araştıran 2021 yılı meta analiz çalışmasının sonuçlarına göre mezoterapi uygulamaları bulantı, yorgunluk, terleme, baş ağrısı, ekimoz, kanama, ağrı ve enjeksiyon sahasında lokal reaksiyonlar gibi hafif ve geçici yan etkileri olan güvenli bir uygulama olarak bulunmuştur. Lokal ağrı ve fonksiyonel limitasyonların olduğu çeşitli muskuloskeletal durumlarda mezoterapinin daha etkili olduğu bildirilse de çalışmaların heterojen olmasından dolayı daha fazla RKÇ gereksinimi vurgulanmıştır (84).

2.1.11. Proloterapi

Proloterapide eklemin bağ dokusuna proliferatif ve tahriş edici solüsyonlar enjekte edilir. Enjeksiyonlar genellikle yaralı, yıpranmış ve zayıflamış tendon, bağ ve eklemlere yapılır. Bunun için seçilen ilaç karışımları özel iğneler ve özel teknikler kullanılarak topikal olarak uygulanır (15). Proloterapide eklem boşluklarına, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarında kullanılan iyileşmemiş bağ ve tendonların tutunma yerlerine; iyileşme uyarılır ve ağrı giderilir.

ABD'de Dr.George Stuart Hackett 1950'lerde proloterapinin tanımından bahsetmiş ve daha sonra Treating Loose Ligaments and Tendons with Prolotherapy adlı bir kitap yayınlamıştır (14, 85). Proloterapinin ana mekanizması; uygulandığı dokuda uygun yara iyileşme yanıtını uyarır ve vücudun inflamatuar yanıtını aktive ederek remodalizasyonu sağlar. Enjeksiyon üzerine, hipertonik dekstroz çözeltisi tarafından indüklenen iğne kaynaklı mikrotravma ve ozmotik şok ile enjeksiyon bölgesinde enjeksiyon bölgesinde aseptik bir inflamatuar yanıt indüklenir. Eklem içi enjeksiyonlar kondrojenez etkisine neden olur ve rejenerasyon sürecini tetikler. Eklem, ligament ve tendon yaralanmalarına,

osteoartrite, laksiteye bağlı kronik bel ve eklem ağrıları için, ortopedik yaralanmalar ve hastalıklarında, sporcu yaralanmasındada, overuse durumlarda proloterapi uygulanabileceği bildirilmiştir. Proloterapi yönteminde yan etki görülme riski nadirdir. Aktif enfeksiyon, kanser hastaları, muskuloskeletal sistem yansıyan ağrıları, aşırı kanama bozukluğu olanlarda, proloterapi solüsyonlarına alerjisi olanlarda ve gebelerde uygulanması kontrendikedir (85, 86, 87).

Proloterapinin diz osteoartritinde etkinliğini araştıran 11 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik derlemede potansiyel etkilerinin olabileceği ancak araştırmaya dahil edilen çalışmaların yüksek yanlılık riski gösterdiği bildirilmiştir (88). Farklı bir sistematik derlemede benzer bir şekilde hafif orta derecedeki diz osteoartriti durumunda proloterapinin ağrıyı ve fonksiyonları iyileştirebileceği ancak daha fazla katılımcılı çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (89). Rotator manşet yaralanması sonrası proloterapinin etkinliğini araştıran güncel bir sistematik derlemede parsiyel ve kısa tam kat kalınlığında yırtığı olan olgularda fizik tedaviye adjuvan olarak rehabilitasyonda kullanabileceği belirtilmiştir (90). 2021 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında kronik yumuşak doku yaralanmalarında proloterapinin etkinliği incelendiğinde plasebo enjeksiyonlarıyla karşılaştırıldığında ek bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır (91).

2.1.12. Osteopati

Osteopati, eklem, kas, ligamentler ve vertebraları içeren muskuloskeletal sisteminin kuvvetlenmesine yardımcı olan, vücudun tamamının sağlığına odaklanan ve tüm hastalıklarda kas iskelet sisteminin etkilenmesini vurgulayan, non-invaziv bir GTAT yöntemidir (15).

Osteopati, Yunanca "osteo" (kemik) ve "pathos" (hastalık) sözcüklerinden türetilmiştir ve kemik dokusunun yapısını anlamanın bir yolunu bulmaya çalışır. Osteopatinin tarihi, osteopatların öncelikle hastalıkları önlemeye ve insanların sağlıklı kalmasına çalıştıklarını göstermektedir. ABD'de, on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında, tıp eğitimi almadan önce bir mühendis olarak eğitim almış olan Andrew

Taylor Still (1828-1917), omurganın manuel tedavisine ve onu düzeltmek için yeni teknikler geliştirme konusunda çalışmalar yaptı ve osteopatinin kurucusu oldu (92).

Osteopatik manipülatif tedavi, fizyolojik işlevi iyileştirmek ve/veya kemik, artrodiyal ve miyofasyal dokular ve ilişkili vasküler, lenfatik ve nöral yapılar dahil olmak üzere somatik işlev bozukluğu ile değiştirilmiş homeostazı desteklemek için manipülatif teknikleri kullanır (93). Osteopatlar ABD'de doktor ünvanına sahiptiler ancak medikal doktor (MD) ünvanı yerine osteopati doktoru (DO) olarak sayılmaktadırlar. İlaç yazabilme ve ameliyat gerçekleştirebilme yetkileri bulunmaktadır. ABD dışındaki ülkelerde osteopatlara ilaç veya ameliyat yetkisi verilmemekte ve alternatif sağlık uygulayıcıları olarak bilinmektedirler (94).

Osteopati Avrupa Normalizasyon Komitesi tarafından Avrupa'da eğitim, güvenlik etik ve yüksek kalitede klinik pratik standartlarını belirlenmiştir. DSÖ 2010 yılında osteopatinin Avrupa'da eğitim ölçütlerini belirleyen kılavuz yayınlamıştır. Osteopati eğitimi İtalya, Lüksemburg, Norveç ve İngiltere'de ulusal sağlık sisteminde osteopati uygulama yetkisi verilmiştir. Ancak hiçbir Avrupa ülkesinde osteopati konsültasyonu doktor tarafından verilememekte ve uygulamalar hastaların talebi üzerine gerçekleşmektedir.

Fransa'da 13.000 fizyoterapist ve doktorlardan oluşan osteopat vardır. Fizyoterapistlerin osteopat olabilmeleri için farklı eğitim düzeyleri planlanmıştır. Finlandiya, İzlanda, Norveç, Malta, Portekiz, İngiltere, Danimarka'da osteopati lisansı, İsviçre, Lüksemburg ve Kıbrıs'ta Master düzeyinde eğitim, Fransa'da 1894 saatlik eğitim sonrasında osteopat olma yetkileri verilmiştir (95).

Osteopatik manipülatif tıbbın medikal kayıtlarının retrospektif olarak gözden geçirilmesi, bu alandaki en yaygın kullanımların kas-iskelet sistemi bozuklukları, solunum sorunları (destekleyici bakım olarak) ve yenidoğan bakımı olduğunu bulmuştur (96). Birimlerde (akredite osteopatik muayenehane, tıp merkezi, devlet hastanesi vb.): Omurga ve kas-iskelet sisteminin hareket ve fonksiyonel bozuklukları, omurga ve kemik-eklem sisteminde yeni ve eski ağrılar, intervertebral disklerin yer değiştirmesi,

siyatik veya lomber nevralji, nevralji kırıkları, eklem sertliği ve hasarı, migren, gerilim tipi baş ağrıları, postür bozuklukları, postoperatif rehabilitasyon, travma sonrası ağrı sendromları, kas gerginliği (spastisite), serebral palsi gibi nörolojik kas problemleri, çocuklarda koordinasyon ve psikomotor bozukluklar, sinir sisteminin kronik hastalıklarını destekleyen kaygı, üzüntü (Alzheimer hastalığı ve multipl skleroz), uyku bozuklukları ve sindirim, idrar, ürogenital, solunum ve dolaşım sistemlerinin fonksiyonel bozuklukları. Uygulama merkezlerinde (üniversite hastaneleri ve osteopati uygulamasına yetkili eğitim ve araştırma merkezlerinde) iç organ fonksiyon bozukluklarına bağlı rahatsızlıklarda, gebelikte ağrı sendromlarında ve hormonal bozukluklarda yardımcı olarak kullanılabilir (96).

2018 yılında yapılan bir sistematik derlemede visseral osteopatinin tanı koymadaki güvenilirliğini ve klinik etkisi araştırılmıştır. 8 güvenilirlik ve 6 etkinliğinin dahil edildiği çalışmanın sonucunda iyi dizayn edilmiş çalışmaların viseral osteopatinin güvenilirliğini ve etkisini destekleme konusunda yetersiz olduğu bulunmuştur (97).

Başka bir güncel çalışmada osteopati uygulamalarının kronik non-spesifik bel ağrılarında etkinliği ile ilgili çalışmalar analiz edilmiştir. 10 adet çalışmada toplam 1160 kişinin dahil edildiği analizde osteopatik yaklaşımların kısa dönemde ağrıyı azaltmada ve fonksiyonları iyileştirmede olumlu etkilerinin olacağı sonucuna varılmıştır ancak bu alanda daha yüksek kalitedeki çalışmaların gerekliliği vurgulanmıştır (98).

Osteopati tedavisinde yan etkiler az görülse de kauda ekuina sendromu, lumbal disk herniasyonu, fraktür ve kanama veya hemorajik kist gibi komplikasyonlar not edilmiştir. Osteopatinin kontraendikasyonu kanama riskini arttıran durumlar veya kemik, eklem tendon, ligament bütünlüğü bozulmuş durumlar olarak sayılabilir (39, 96). Uluslararası Osteopatik tıp dergisinde yayınlanan güncel bir araştırmada yazarlar osteopatinin zayıf teorik temellere, biyomedikal yaklaşıma, tek bir girişimde bulunan bir yöntem olmasına, tedavilerinde osteopat merkezli yaklaşıma, akla uymayan mekanizmaları benimsemesiyle ilgili problemleri listelemiştir ve osteopati alanındaki teoriler ve çalışmaların osteopatlar tarafından benimsenmesini önermektedir.

Araştırmada belirtilen problemlerin osteopatinin gelişimine, yasallığına ve bütünlüğüne ciddi şekilde tehdit unsuru olduğu vurgusu yapılmaktadır (99).

2.1.13. Ozon Terapisi

Ozon uygulaması, ozon ve oksijen karışımının bölgesel veya sistemik olarak uygulandığı bir uygulama yöntemidir. Uygulama yöntemleri;

• Majör otohemoterapi; Hastanın kanının 50 - 100 cc vücut dışında steril koşullarda uygun miktarda medikal ozonla karıştırıldıktan sonra normobarik koşullarda hastaya geri enjekte edilir.

• Minör otohemoterapi: Hastanın 2-10 ml kanının steril koşullarda vücut dışına, normobarik koşullarda uygun dozda medikal ozonla karıştırılarak kas içine enjekte edilmesidir.

• Rektal ve vajinal insüflasyon: Hastaya rektum veya vajina yoluyla tıbbi ozon verilmesini içerir.

• Torbalama yöntemi: Harici ozon uygulaması için kol, bacak gibi uzuvların özel bir torbaya konularak medikal ozon uygulanması işlemidir.

• İntradisk uygulama: Bu, ozonun tıp uzmanları tarafından steril koşullar altında görüntüleme prosedürleriyle (C-kollu floroskopi) birlikte doğrudan intervertebral diske uygulanmasını içerir.

• Kas-iskelet sistemi uygulamaları: Kas, tendon, tendon kılıfı, bağ, eklem, eklem-yakın ve omurilik problemlerinde; Enjeksiyon yoluyla tıbbi ozonun intradermal, subkutan, intramüsküler ve intraartiküler uygulamasını içermektedir (15).

Ozon, üç oksijen atomundan oluşan, oda sıcaklığında karakteristik kokusu (O3) olan renksiz bir gazdır. Kökeni "Koklamak" anlamına gelen Yunanca bir kelimeden gelir. Atmosferi oluşturan gazlara oranla çok küçük miktarlarda bulunan ozon, iklimin ve canlıların korunmasında önemli rol oynamaktadır.

Uygulama tekniği 1974 yılında Wolff tarafından tanımlanmıştır. Bu yöntemle; kanın bir kısmı (50-270 ml) vücuttan alınır ve ozona dayanıklı bir şişede (ototransfüzyon) oksijen-ozon karışımına 5-10 dakika maruz kaldıktan sonra aynı kişiye geri verilir. Bu uygulama şekline ana otohemoterapi denir. O zamandan beri, çoğu Avrupa'da olmak üzere milyonlarca ozon ototransfüzyon prosedürü uygulanmaktadır (100). Ozon terapisi sıklıkla diş problemleri, kanser tedavisi, AIDS, SARS virüsü, yara iyileşmesini stimüle etmek amacıyla kullanılır. Aksiyon mekanizması oksijen metabolizmasını stimüle etmek, bakteri, mantar ve virüsleri inaktivite etmek ve immün sistemi aktive ederek gerçekleşir (101). Küba'da yapılan bir çalışmada diz osteoartritli olgulara ozon terapisi uygulanmasının etkisi araştırılmıştır. Hastaların tedavinin başında yüksek oksidatif stres sonucu komplikasyonlar gelişebilmektedir ve ozon terapisi vücutta antioksidan özellik yaratarak sempromları hafifletebileceği düşünülmektedir. Hastaların bir yıllık takipte %80 oranda memnuniyetin olduğu ve hiçbir yan etkinin görülmediği, ozon terapisinin hastalığın komplikasyonlarını ve progrozunu yavaşlatabilecek bir yöntem olarak düşünüleceği vurgulanmıştır (102).

İtalya'da yapılan bir başka çalışmada ağrılı diz osteoartritli bireylerde fokal vibrasyon ve intraartiküler oksijen-ozon terapisi uygulanması 3 haftalık sürede ağrıda azalma, günlük yaşam aktivitelerinde otonomiyi arttırma ve kuadriseps femoris kas kuvvetinde artış ile sonuçlanmıştır. Tedavi sonrasında hastalarda herhangi bir yan etkinin görülmediği belirtilmiştir (103). 2020 yılında yayınlanan bir olgu raporunda faset eklem sendromuna (FES) bağlı gelişen bel ağrısında akuatik rehabilitasyon programın eklenen ozon uygulamasının ağrıyı azaltmada etkili olabileceği raporlanmıştır (104). Ozon tedavisinin başlıca kontraendikasyonu hemolizdir ve %0.4 ile 1.2 arasında görülmektedir. Ozon terapisinin tek başına etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmamaktadır. Ozon gazı FDA (US Food and Drug Administration) ve CCOHTA (The Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment) tarafından zehirli bir gaz olarak kabul edilmiş ve herhangi bir hastalığın tedavisinde kabul görmemiştir. Kanada ve Amerika'da ozon terapisinin uygulanması yasaklanmıştır. Avrupa'da ise temkinli olarak hastalara uygulanması gerektiği savunulmuştur (105).

2.1.14. Refleksoloji

Refleksoloji, vücudun tüm bölümleri, el, ayak ve kulakların organ ve bezleri ile ilişkili yönlü reflekslerin varlığı ilkesine dayanır. Herhangi bir ekipman, malzeme, krem veya losyon kullanılmadan sadece bu refleks bölgelerine basınç uygulanır. Refleksoloji, eklemlerin teşhisini, tedavisini veya mobilizasyonunu ve belirli hastalıkların manipülasyonunu içermez. (15).

Refleksoloji aynı zamanda bölge terapisi olarak adlandırılır (106, 107). Belirli bölgelere uygulanan basınçla beraber sentral sinir sistemi aktive olur ve hedef organlara uyarım sağlanır. Ayak tabanı vücutta bir bilgisayar klavyesi gibi görev görerek sinir sistemi ile iletişim sağlanmasına katkıda bulunur. Bu ek olarak vücutta stresin azalması, kan dolaşımının gelişmesi, genel rahatlama hissi, iyilik haline katkıda bulunması etkileri yaratır. Refleksoloji non-invaziv yan etkisiz bir alternatif tıp modalitesi olarak tanımlanmakta ve bazı uygulayıcılar nefes egzersizi, yoga, germe, imgeleme gibi farklı tekniklerle beraber refleksolojiyi uygulamaktadır (108, 109).

Ayak refleksolojisi, hastalıkların belirli bir bölgedeki enerji blokajlarından kaynaklandığı tezine dayanmaktadır. Bu ilaçsız tedavi, vücut fonksiyonlarını normalleştirerek vücudun 13 kendi kendini iyileştirme mekanizmasını harekete geçirir. Refleksolojide genelde bilateral ayak tabanına uygulama yapılır ve her ayağa yaklaşık 2-30 dakika arası ağrılı bölgeye karşılık gelen noktaya basınç veya tüm ayağa masaj şeklinde uygulanır (109).

Japonya'da geleneksel ayak stimülatörü olarak adlandırılan "Ao-dake-humi" sıklıkla sağlıkla alakalı semptomları geliştirmek için kullanılmaktadır. Yarım boru şeklindeki yapısı ayak refleksolojisi temeline dayanmaktadır ve kişinin evinde uygulayabileceği günlük kullanıma uygun şekilde tasarlanmıştır (110).

Nöral sistem üzerinde etkisi vardır ve derinin belirli bir bölgesindeki basınç nöronları stimüle eder ve uyarıları beyne iletir. Ayak refleksolojisi ise nöronun kimyasal sistemini uyarır, enzimleri dengeler ve vücuttaki endokrin bezlerinin fonksiyonunu düzenler (107).

2.1.15. Müzik Terapisi

Müzik terapi, eğitimli bir müzik terapisti tarafından bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak için müzik ve müzik uygulamalarının kullanıldığı kanıta dayalı bir klinik uygulamadır (15).

"Müzikle terapi", sanatsal anlamdaki "müzik" ve hastaların özenli bakım ve tedavisi anlamındaki "terapi" sözcüklerinden oluşur. Müzik ve müzik aletlerinin kullanımı yoluyla insanların psikososyal yönlerini geliştirmeyi amaçlar. Dünya Müzik Terapi Federasyonu'na göre müzik terapi; "İletişimi, ilişkileri, öğrenmeyi, ifadeyi, seferberliği, organizasyonu ve fiziksel sorunları ele almak için bir bireyin veya grubun gereksinimleriyle ilgili diğer ilgili terapötik faktörleri geliştirmek ve geliştirmek için müzik ve/veya müzik öğelerinin (ton, ritim, melodi) kullanılmasıdır. , duygusal, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlar ve uyum) nitelikli bir müzik terapisti tarafından tasarlanmış ve uygulanmıştır (111).

Günümüzde ABD, İngiltere, İtalya ve İsveç'te farklı hastalıkların tedavisinde hastane ve hapishanelerde uygulanmaktadır. Ülkemizde Osmanlı ve Selçuk dönemlerinde Amasya, Edirne, Kayseri, Sivas, İstanbul'da yer alan Medreseler ve Darüşşifalarda müzikle tedavi uygulamaları yapılmıştır. 18'yüzyıla kadar Türkler'de yapılan müzik terapi uygulamaları Avrupa'daki uygulamalardan daha ileride seyretmektedir. Müzik terapisi uygulanan kişinin tedaviye olan inancı ve kendi kültürünün müzikleri yer alması önemlidir. ABD'de müzik terapisi için kullanılan 14 farklı model ve 100'den fazla teknik bildirilmiştir (112).

Müzik tedavisindeki altın ölçek bireyin eğitimi, sosyal yapısı, müzik anlayışına göre değişir ve kişilerin kabul edeceği müzikler birbirinden farklı olabilir. Müzik terapide bazı metodlarda TENS gibi fizik tedavi modaliteleri de eklenerek uygulamalar yapılmıştır. Müzik tedavisi daha çok bağımlılık, ruh hastalıkları, kardiyoloji, cerrahi öncesi ve sonrası dönemde kullanılmaktadır. Ülkemizde bu alanda yeterli akademisyenler yer almaktadır ve akademik çalışmalar yapılarak ülkemizdeki kullanımının artması hedeflenmektedir (113).

İlk kez 1990'ların başında, müzik terapistleri ve fizyoterapistler arasında ortak çalışmalar yürütülmeye başlandı ve Nörolojik Müzik Terapisi'nin (NMT) uygulanmasına katkı sağladı. NMT, nörolojik kökenli bir yaralanması sonrası bozulabilecek duyusal-motor alanı, konuşma ve dili ve bilişsel fonksiyonları yeniden eğitmek için klinik müdahaleler veya tekniklerden oluşan kanıta dayalı bir sistemdir. Terapötik Enstrümantal Müzik Performansı (TEMP) ile motor kontrol öğrenimi yoluyla nöroplastisiteyi destekleyebilir. Bu sayede Serebral palsili bireylerde müzik terapi ile birlikte uygulanan fizyoterapinin motor fonksiyonları genel anlamda geliştirmede etkili olabileceği ve istemli hareketleri daha kolay gerçekleştirmelerini sağladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (114).

Serebellar inme sonrası rehabilitasyonda ritmik egzersizler fizyoterapinin etkinliğini arttırmaktadır. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, uygulama sırasında fizyoterapist hastayla sosyal yönden uyumlu ve pasif katılım sağlamak yerine hastayla birlikte ritimli egzersizle yapacak şekilde tedaviyi gerçekleştirmektedir. Uygulama sonucunda motor zamanlama ve koordinasyonunda gelişmeler görülmüştür ancak terapatik olarak hastanın duygu durumunun ve motivasyonun ön planda olduğu vurgulanmıştır (115).

Müzik terapisinin yaşlılarda depresyon, anksiyete, uyku kalitesi, stres gibi birçok duruma karşı olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda müzik terapisinin ağrı eşiğinde artma sağladığı raporlanmıştır (59).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Kesitsel tipte bir araştırma olarak tasarlandı.

3.2 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırmanın Ocak 2022 – Mart 2022 tarihleri arasında araştırma konusu tasarlanıp gerekli etik kurul başvuru süreci tamamlanmıştır. Mart – Ağustos 2022 tarihleri arasında katılımcılara online platformda anket gönderilerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın planı Tablo 2.'de sunulmaktadır.

Tablo 2. Araştırma planı

Ocak – Mart 2022	Tez önerisi hazırlanması
	Tez önerisi sunumu ve kabulü
	Çalışmanın planlanması
	Etik kurul onayı
Mart – Ağustos 2022	Örnek toplama süreci
	İstatistiksel analiz
Eylül 2022 – Nisan 2023	Tezin yazım aşaması

3.3 Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenin Ocak 2022 – Mart 2022 tarihleri arasında İzmir bölgesinde Türkiye Fizyoterapistler Derneği üyesi olan 600 fizyoterapist, örneklemini bu fizyoterapistler arasından çalışmayı kabul eden 201 fizyoterapist oluşturmuştur.

Örneklem seçme The Survey System (http://www.surveysystem.com/sscalc.htm) tarafından hazırlanmış olan "This Sample Size Calculator Software" ile ölçülüp sayı 200 olarak hesaplandı. Gönüllülere Türkiye Fizyoterapistler Derneği İzmir il Temsilciliğinin sosyal medya hesapları üzerinden mail ve duyuru yaparak ulaşıldı. Gönüllülere bilgilendirilmiş onam formu ankete başlamadan önce sunuldu ve demografik bilgiler kaydedildi.

3.4 Çalışma Dizaynı

Kesitsel ve tanımlayıcı çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu kararınca 16.03.2022 tarih 2022/10-11 sayı ile onay almıştır.

3.5 Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri

Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikleri içeren 5 soru, GTAT yöntemleri ile ilgili fizyoterapistlerin bilgi ve uygulamalarını sorgulayan 19 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek 1). Anket uygulanması online olarak katılımcılara anket ile ilgili bilgilendirme yapılarak katılımları için onamları alınmıştır.

Katılımcılara Türkiye Fizyoterapistler Derneği sosyal medya hesaplarından ve ulaşıldı ve hedeflenen katılımcı sayısına ulaşabilmek için İzmir ilinde yer alan rehabilitasyon merkezlerine mail ve telefon yoluyla ulaşılarak yeterli sayıya ulaşıldı.

3.6 Çalışma Materyali

Anket soruları için kullanılan websitesi (SurveyMonkey, ABD) araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

3.7 Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

3.7.1.1 Fizyoterapistlerin GTAT Yöntemlerini Hastalarına Önerme Durumu:

Fizyoterapislerin GTAT yöntemlerini hastalarına önerme durumu “Evet” ya da “Hayır” seçenekleri ile sorgulandı. “Evet” yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı’nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. “Akupunktur”, “Apiterapi”, “Fitoterapi”, “Hipnoz”, “Sülük uygulaması”, “Homeopati”, “Kayropraktik”, “Kupa uygulaması / Hacamat”, “Mezoterapi”, “Proloterapi”, “Osteopati” , “Ozon uygulaması”, ve “Müzikterapi” seçenekleri

bulunmaktaydı, katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.1.2 Fizyoterapistlerin GTAT ile İlgili Eğitim Almak İsteme Durumları:

Fizyoterapistlere GTAT yöntemleri ile ilgili eğitim almak isteyip istemedikleri "Kesinlikle istiyorum", "Çoğunlukla istiyorum", "Fikrim yok", "Çoğunlukla istemiyorum", "Kesinlikle istemiyorum" seçenekleri ile 5'li likert tipinde soruldu. Tanımlayıcı bulgularda sayı ve yüzde olarak verildi. Analizler üç grup oluşturularak yapıldı. "Kesinlikle istiyorum" ve "Çoğunlukla istiyorum" seçenekleri birleştirilerek "Evet istiyorum", "Kesinlikle istemiyorum" ve "Çoğunlukla istemiyorum" seçenekleri birleştirilerek "hayır istemiyorum" olarak gruplandı. "Fikrim yok" seçeneği olduğu gibi analize dahil edildi.

3.7.1.3. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Kullanılabilirliği ile İlgili Görüşleri:

Fizyoterapistlerin GTAT uygulamalarının kullanılabilirliği ile ilgili görüşleri "Kanıta dayalı tıp uygulamalarının yerine tek başına kullanılabilir", "Kesinlikle kullanılmamalı", "Kanıta dayalı tıp uygulamalarını aksatmayacak şekilde destek olarak kullanılabilir" ifadeleriyle üç grup olarak sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

3.7.2.1. Yaş:

Fizyoterapistlere yaşları soruldu, yıl olarak belirtildi. Ortalama ve ortanca olarak verildi.

3.7.2.2. Cinsiyet:

"Kadın" ve "Erkek" cinsiyetler sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.3. Mesleki Durum:

"Araştırma görevlisi" ya da "Klinisyen" olarak soruldu, sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.4. Görev Aldığınız Kurum:

Anketler toplanırken fizyoterapistlerin branşları anketler üzerine işlendi**.** Branşlar; "Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi" , "Devlet üniversitesi" , "Vakıf üniversitesi" , "Sağlıklı yaşam merkezi" , "Fizik tedavi dal merkezi" , "Yaşlı bakım merkezi" , "Özel hastane" , "Devlet hastanesi" ve "Diğer (freelance, evde fizik tedavi, özel bir şirket, kaplıca kür fizik tedavi merkezi, futbol kulübü)".

3.7.2.5. Meslekte Geçirilen Süre:

Fizyoterapistlik mesleğinde icra edilen süre yıl olarak belirtildi. Ortalama ve ortanca olarak verildi.

3.7.2.6. Fizyoterapistlerin Kendi Görüşlerine Göre GTAT Konusunda Bilgi Düzeyleri:

"Tam olarak biliyorum", "Çoğunlukla biliyorum", "Orta düzeyde biliyorum" "Kısmen biliyorum" "Hiç bilgim yok" seçenekleri ile sorgulandı. Tanımlayıcı bulgulara ve analizlere üç grup olarak alındı. "Tam olarak biliyorum" ve "Çoğunlukla biliyorum" seçenekleri birleştirilerek "Yüksek bilgi düzeyi", "Kısmen biliyorum" ve "Hiç bilgim yok" seçenekleri birleştirilerek "Düşük bilgi düzeyi" olarak kabul edildi. Orta düzeyde biliyorum seçeneği olduğu gibi dahil edildi. Tanımlayıcı bulgularda sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.7. Fizyoterapistlerin Duydukları GTAT Yöntemleri:

Fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı'nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. "Akupunktur", "Apiterapi", "Fitoterapi",

“Hipnoz”, “Sülük uygulaması”, “Homeopati”, “Kayropraktik”, “Kupa uygulaması / Hacamat”, “Mezoterapi”, “Proloterapi”, “Osteopati” , “Ozon uygulaması”, ve “Müzikterapi” seçenekleri bulunmaktaydı, katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.8. Fizyoterapistlerin GTAT ile İlgili Bilgi Edindikleri Kaynaklar:

“Mezuniyet öncesi tıp eğitimi”, “Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi”, “Medya”, “Aktar”, “kitap/dergi/gazete”, “Arkadaş/çevre” ve “Diğer” seçenekleriyle sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi. Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler.

3.7.2.9. Fizyoterapistlerin GTAT Kurs/Sertifika Programına Katılma Durumu:

Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleriyle ilgili kurs/ sertifika programına katılma durumu “Evet” ya da “Hayır” olarak sorgulandı. “Evet” yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı’nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. “Akupunktur”, “Apiterapi”, “Fitoterapi”, “Hipnoz”, “Sülük uygulaması”, “Homeopati”, “Kayropraktik”, “Kupa uygulaması / Hacamat”, “Mezoterapi”, “Proloterapi”, “Osteopati” , “Ozon uygulaması”, ve “Müzikterapi” seçenekleri bulunmaktaydı, birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.10. Fizyoterapistlerin GTAT’ı Hastalarına Uygulama Durumu:

Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini hastalarına uygulama durumu “Evet” ya da “Hayır” seçenekleri ile sorgulandı. “Evet” yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı’nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. “Akupunktur”, “Apiterapi”, “Fitoterapi”, “Hipnoz”, “Sülük uygulaması”, “Homeopati”, “Kayropraktik”, “Kupa uygulaması / Hacamat”, “Mezoterapi”, “Proloterapi”, “Osteopati” , “Ozon uygulaması”, ve “Müzikterapi” seçenekleri

bulunmaktaydı, birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.11. GTAT Yöntemlerinin Fizyoterapistlere Uygulanma Durumu:

GTAT yöntemlerinin fizyoterapistlere uygulanma durumu "Evet" ya da "Hayır" seçenekleri ile sorgulandı. ."Evet" yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı'nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. "Akupunktur", "Apiterapi", "Fitoterapi", "Hipnoz", "Sülük uygulaması", "Homeopati", "Kayropraktik", "Kupa uygulaması / Hacamat", "Mezoterapi", "Proloterapi", "Osteopati" , "Ozon uygulaması", ve "Müzikterapi" seçenekleri bulunmaktaydı, birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.12. Fizyoterapistlerin Ailelerinde GTAT Kullanma Durumu:

Fizyoterapistlerin ailesinde GTAT yöntemleri kullanma durumu "evet" ve "hayır" seçenekleri ile sorgulandı. "Evet" yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı'nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde yer alan yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. "Akupunktur", "Apiterapi", "Fitoterapi", "Hipnoz", "Sülük uygulaması", "Homeopati", "Kayropraktik", "Kupa uygulaması / Hacamat", "Mezoterapi", "Proloterapi", "Osteopati" , "Ozon uygulaması", ve "Müzikterapi" seçenekleri bulunmaktaydı, birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.13. Hastalarının GTAT Kullanımına Dair Fizyoterapistlerin Beyanları:

Fizyoterapistlerden "GTAT yöntemlerinden herhangi birini kullanan hastanız var mı" sorusunu "Evet", "hayır", "bilmiyorum" seçenekleri ile yanıtlamaları istendi. "Evet" yanıtını veren fizyoterapistlerden Sağlık Bakanlığı'nın 27.10.2014 tarihinde yayınlamış olduğu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde yer alan

yöntemlerden oluşan seçenekleri işaretlemeleri istendi. “Akupunktur”, “Apiterapi”, “Fitoterapi”, “Hipnoz”, “Sülük uygulaması”, “Homeopati”, “Kayropraktik”, “Kupa uygulaması / Hacamat”, “Mezoterapi”, “Proloterapi”, “Osteopati” , “Ozon uygulaması”, ve “Müzikterapi” seçenekleri bulunmaktaydı, birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.14. Fizyoterapistlerin Görüşüne Göre Hastaların GTAT Kullanma Nedenleri:

“Tedaviler ile ilgili yeterince bilgi alamadıkları için”, “Doktoru önerdiği için” , “Aldığı tedaviye destek olduğunu düşündükleri için”, “Çevresinden kullanımı ile ilgili yararı olduğunu duyduğu için” seçenekleri ile sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi. Katılımcılar birden çok seçeneği işaretleyebilmekteydi.

3.7.2.15. Fizyoterapistlerin GTAT’ın Faydasına Dair Görüşleri:

Fizyoterapistler “GTAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna “Kesinlikle düşünüyorum”, “Çoğunlukla düşünüyorum”, “Kararsızım” “çoğunlukla düşünmüyorum”, “Kesinlikle düşünmüyorum” seçenekleri ile yanıt vermiştir. Tanımlayıcı bulgularda sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Analize üç grup olarak dahil edilmiştir. “Kesinlikle düşünüyorum” ve “Çoğunlukla düşünüyorum” seçenekleri birleştirilerek “faydalı”, “Çoğunlukla düşünmüyorum” ve “Kesinlikle düşünmüyorum” seçenekleri birleştirilerek “Faydalı değil” olarak gruplanmıştır. Kararsızım seçeneği olduğu gibi dahil edilmiştir. Analizde “Faydalı”, “Kararsızım”, “Faydalı değil” şeklinde üç grup olarak yer almaktadır.

3.7.2.16. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Faydalı Olduğu Düşündükleri Hastalık Grupları:

"Kas iskelet sistemi hastalıkları", "Nörolojik hastalıklar", "Pediatrik hastalıklar", "Sporcu yaralanmaları", "Kalp ve solunum sistemi hastalıkları", " Kadın hastalıkları", "Psikolojik rahatsızlıklar", "Romatolojik hastalıklar", "Kanser", "Üriner sistem hastalıkları", "Yara ve yanık" , "Diğer" seçenekleri ile sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi. Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler.

3.7.2.17. GTAT Yöntemlerini Uygulamak İçin Yetkin Meslek Grupları:

"Hekim", "Fizyoterapist", "Yardımcı sağlık personeli", "Sağlık personeli dışında biri" seçenekleri ile sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi. Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydiler.

3.7.2.18. GTAT Yöntemlerini Uygulamak İçin Yetkinlik Belgesi Gerekliliği:

"Evet" ya da "hayır" olarak soruldu. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.19. Fizyoterapistlerin GTAT Kullanımının Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Engelleme/Aksatma Durumuna Dair Görüşleri:

Fizyoterapistler "GTAT yöntemlerinin kullanımı kanıta dayalı tıp uygulamalarını engelliyor/aksatıyor mu?" sorusunu "Kesinlikle aksatıyor", "Çoğunlukla aksatıyor", "Fikrim yok", "Çoğunlukla aksatmıyor", "Kesinlikle aksatmıyor" seçenekleri ile yanıtladı. Sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

3.7.2.20. Fizyoterapistlerin GTAT'ın Dini Ve Kültürel Konularla İlişkili Olduğuna Dair Görüşü:

Fizyoterapistler "GTAT yöntemlerinin dini, kültürel konularla ile ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusunu "Kesinlikle düşünüyorum", "Çoğunlukla düşünüyorum", "Kararsızım", "Çoğunlukla düşünmüyorum", "Kesinlikle düşünmüyorum" seçenekleri ile yanıtladı. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.7.2.21. Fizyoterapistlerin Hastalarının GTAT Kullanmasına Dair Görüşleri:

"Karşı çıkarım", "İlgilenmem", "Desteklerim", "Aldığı GTAT uygulamasını sorgularım, tedavime olumlu ya da olumsuz etkilerini değerlendirmek isterim", seçenekleri ile sorgulandı. Sayı ve yüzde olarak verildi.

3.8. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında sosyodemografik özellikleri içeren 5 soru, GTAT yöntemleri ile ilgili hekimlerin bilgi ve uygulamalarını sorgulayan 19 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek 1). Anket uygulanması öncesinde katılımcılara online olarak anket ile ilgili bilgilendirme metni hazırlanarak katılımları için onamları alınmıştır. Anketin seçiminde literatürde hekimler ile yapılan benzer bir çalışmadaki anket kullanılmıştır (100). Anketin son hali uzman fizyoterapistler tarafından değerlendirilerek tekrar düzenlenmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler aritmetik ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak verildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması bir kısıtlılıktır. Konu ile ilgili çok-merkezli ve daha çok akademisyen katılımını sağlayan çalışmalar yapılabilir. Çalışmamızdaki sonuçlar ülke genelini temsil edemez. Metadolojik bir hatadan dolayı yönetmelikte belirlenen iki yöntem (refleksoloji ve larva tedavisi) anket içerisindeki sorulara dahil edilememiştir.

GTAT yöntemleri geniş kapsamlı olduğundan çalışmamıza dahil edilen yöntemler sadece 13 yöntemi kapsamaktadır. Masaj, Yoga, Pilates, Tai Chi gibi fizyoterapi pratiği ile bağlantılı olan GTAT yöntemlerine karşı fizyoterapistlerin bilgi düzeyleri ve tutumları farklılık gösterebilir. Katılımcılara ulaşmak için sosyal medya tercih edilse de

sosyal medyada paylaşılan mesajı / maili gözden kaçırmış veya vakti olmadığı için yanıtlanmamış olabilir. Bu yüzden yanıt oranını hesaplamak güçtür. Çalışmamızda klinisyen ve akademisyen sayısı orantısız olduğundan istatistiksel analiz kullanılamamıştır. Buna bağlı olarak karşılaştırma yapılamaması bir sınırlıktır.

3.11 Araştırmanın Etik Kurul Onayı ve İzinler

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik uygunluğu için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmaların Etik Kurulu tarafından gerekli onay alınmış olup ilgili kurulun 16.03.2022 tarihli 2022/10-11 karar numaralı onay belgesi Ek-2'de sunulmuştur. Katılımcılara, araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı bilgisi verilerek anket başlangıcında yazılı onamları alındı.

4. BULGULAR

Çalışmamıza alınma kriterlerine uyan 201 gönüllü fizyoterapist dahil edilmiştir. Fizyoterapistlere sosyal medya hesaplarından gönderilen anket formunun ortalama 4 dakikadan fazla sürmeyeceği belirtilmiştir. Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlere aynı anket uygulanıp verdikleri yanıtlara göre sonuçlar değerlendirilmiştir. Elde edilen analiz sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Yaş ortalamaları 33,1±9,2 olan fizyoterapistler meslekte ortalama 10,2±9,2 yıl çalışmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin %65,7'si kadındır ve %82,3'ü klinisyen olarak görev yapmaktadır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3.'te sunulmuştur.

Tablo 3. Fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		**n**	**Ortalama ± Standart sapma**	**Ortanca (min-maks)**
Yaş		201	33,1±9,2	30 (21-67)
Fizyoterapist olarak çalıştığınız süre (yıl)		201	10,2±9,2	7 (1-42)
		n	**%**	
Cinsiyet	Kadın	132	65,7	
	Erkek	69	34,3	
Çalışma durumu	Akademisyen	35	17,4	
	Klinisyen	166	82,3	

Akademisyen fizyoterapistlerin yaş ortalaması 31,0±8,0 ve meslekte çalıştıkları süre 8,8±8,4 yıldır ve %71,4'ü kadındır. Akademisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Akademisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		**n**	**Ortalama ±Standart sapma**	**Ortanca (min-maks)**
Yaş		35	31,0±8,0	29 (25-52)
Fizyoterapist olarak çalıştığınız süre (yıl)		35	8,8±8,4	6 (1-30)
		n	**%**	
Cinsiyet	Kadın	25	71,4	
	Erkek	10	28,6	

Klinisyen fizyoterapistlerin yaş ortalaması 33,4±9,4 ve meslekte geçirdikleri süre ortalama 10,5±9,4 yıldır ve %64,5'i kadındır. Klinisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3.2.'te sunulmuştur.

Tablo 3.2. Klinisyen fizyoterapistlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		**n**	**Ortalama ± Standart sapma**	**Ortanca (min-maks)**
Yaş		166	33,4±9,4	30 (21-67)
Fizyoterapist olarak çalıştığınız süre (yıl)		166	10,5±9,4	7 (1-42)
		n	**%**	
Cinsiyet	Kadın	107	64,5	
	Erkek	59	35,5	

Klinisyen fizyoterapistlerin çoğunlukla çalıştıkları alanlar sağlıklı yaşam merkezi ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkeziyken akademisyen fizyoterapistler daha çok devlet ve vakıf üniversitelerinde çalışmaktadırlar. Fizyoterapistlerin görev aldıkları kurumlar Tablo 4.'te sunulmuştur.

Tablo 4. Fizyoterapistlerin çalıştıkları kurumlar

Çalıştığı kurum	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	1 (2,9)	35 (21,1)
Sağlıklı Yaşam Merkezi	0 (0)	40 (24,1)
Devlet Üniversitesi	27 (77,1)	6 (3,6)
Fizik Tedavi Dal Merkezi	1 (2,9)	29 (17,5)
Devlet Hastanesi	0 (0)	25 (15,1)
Özel hastane	0 (0)	15 (9,0)
Vakıf Üniversitesi	5 (14,3)	1 (0,6)
Yaşlı Bakım Merkezi	0 (0)	4 (2,4)
Diğer*	1 (2,9)	11 (6,6)

*Klinik dışı özel hasta (n=5), özel şirket (n=1), bireysel (n=3), spor kulübü (n=1), evde fizyoterapi (n=1), kaplıca kür fizik tedavi merkezi (n=1).

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin yarısından çoğunun GTAT yöntemlerini bilme düzeyleri düşüktür**.** Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini bilme düzeyi Tablo 5.'te sunulmuştur.

Tablo 5. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini bilme düzeyi

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Düşük	29 (54,3)	84 (50,6)
Orta	12 (34,3)	51 (30,7)
Yüksek	4 (11,4)	31 (18,7)

Fizyoterapistlerin 173'ü (%81,1) apiterapi'yi, 150'si (%74,6) proloterapiyi, 109'u (%54,2) homeopati'yi duymamıştır. En çok duydukları yöntemlere bakıldığında fizyoterapistlerin 198'i (%98,5) akupunkturu, 194'ü (%96,5) kayropraktiği, 193'ü (%96)

osteopati uygulamasını duyduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan akademisyenlerin tamamı akupunktur ve osteopati uygulamalarını duyduklarını belirtmiştir.. Klinisyenlerin en çok duydukları uygulamalar akupunktur ve kayropraktik uygulamalarıdır. Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin en az duydukları uygulama apiterapi olmuştur. Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Fizyoterapistlerin duyduğu GTAT yöntemleri*

GTAT yöntemleri	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Akupunktur	35 (100)	163 (98,2)
Kayropraktik	33 (94,2)	161 (97,0)
Osteopati	35 (100)	158 (95,2)
Sülük Uygulaması	32 (91,4)	158 (95,2)
Kupa Uygulaması/Hacamat	34 (97,1)	153 (92,2)
Ozon Uygulaması	32 (91,4)	142 (85,5)
Fitoterapi	32 (91,4)	138 (83,1)
Hipnoz	25 (71,4)	114 (68,7)
Müzik Terapisi	27 (77,1)	103 (62,0)
Mezoterapi	18 (51,4)	105 (63,3)
Homeopati	15 (42,9)	77 (46,4)
Proloterapi	8 (22,9)	43 (25,9)
Apiterapi	6 (17,1)	32 (19,3)

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmekteydi.

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler GTAT yöntemlerinden en çok fayda gören hastalık gruplarını %93 ile kas – iskelet sistemi hastalıkları ve %47 ile sporcu yaralanmaları olarak bildirmişlerdir. Sonuçlar Tablo 7.'de verilmiştir.

Tablo 7. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinin faydalı olabileceğini belirttiği hastalık grupları*

Hastalık Grupları	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Kas – iskelet sistemi	31 (88,6)	156 (94,0)
Sporcu yaralanmaları	11 (31,4)	84 (50,6)
Nörolojik	3 (8,6)	53 (31,9)
Romatolojik	3 (8,6)	51 (30,7)
Kadın hastalıkları	3 (8,6)	35 (21,1)
Pediatrik	2 (5,7)	35 (21,1)
Kalp ve solonum sistemi	1 (2,9)	25 (15,1)
Kanser	3 (8,6)	22 (13,3)
Üriner sistem	1 (2,9)	23 (13,9)
Yara ve yanık	3 (8,6)	21 (12,7)
Diğer**	2 (5,7)	6 (3,6)

*Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmektedir

*Hiçbiri (n=3), psikolojik kökenli (n=4), otoimmün hastalıklar (n=1)

Fizyoterapistler GTAT yöntemleri ile ilgili bilgileri en çok mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimlerinde ve sosyal medyadan almışlardır. Tablo 8.'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri ile ilgili edindikleri bilgi kaynakları

Bilgi Kaynağı	Akademisyen		Klinisyen	
	n	(%)	n	(%)
Mezuniyet öncesi fizyoterapi eğitimi	4	11,4	32	19,3
Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi	32	19,3	47	28,3
Sosyal medya	12	34,3	44	26,5
Aktar	0	0	0	0
Kitap / Dergi / Gazete	5	14,3	5	3,0
Arkadaş / Çevre	3	8,6	26	15,7
Diğer*	4	11,4	12	7,2

*Birden çok seçenek (n=2), internet kaynakları (n=2), uygun cevap değil (n=1), ilgili alanlarda çalışan kişiler (n=2), kurslar (n=5), bilimsel çalışmalar (n=3), kongre (n=1)

Fizyoterapistlerin çoğunluğu hastalarına GTAT yöntemlerini önermiştir ve %39,3'ü hastasına en az bir GTAT yöntemini uygulamıştır. Fizyoterapistlerin yarısından fazlası en az GTAT yöntemini kendi üzerinde deneyimlemiştir. Fizyoterapistlerin ailelerinde %38,3 oranında en az bir GTAT yöntemi kullanılmaktadır. Tablo 9.'da gösterilmiştir.

Tablo 9. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığı

İfadeler	n	%
Hastaya GTAT öneren fizyoterapistler	137	68,2
Hastaya GTAT uygulayan fizyoterapistler	79	39,3
Kendisine GTAT uygulanan fizyoterapistler	114	56,7
Ailesinde GTAT kullanımı olan fizyoterapistler	77	38,3

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin hastalarına en çok önerdikleri 3 yöntem osteopati, akupunktur ve kayropraktiktir. Akademisyen fizyoterapistler

hastalarına en çok akupunkturu uygularken klinisyen fizyoterapistler akupunktur ve kupa/hacamat uygulamalarını kullanmaktadır. Akademisyen fizyoterapistlerin kendisine en çok uygulanan yöntemler kupa/hacamat uygulaması ve osteopatiyken klinisyenlerin osteopati ve akupunkturdur. Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin ailelerinde en çok kullanılan yöntem kupa/hacamat uygulamasıdır. Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini önerme durumu Tablo 10.1 ve 10.2'de gösterilmiştir.

Tablo 10.1. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığının ayrıntılı gösterimi*

GTAT yöntemleri	**Hastaya GTAT öneren fizyoterapistler**				**Hastaya GTAT uygulayan fizyoterapistler**			
	Akademisyen (n=18)		**Klinisyen (n=119)**		**Akademisyen (n=8)**		**Klinisyen (n=71)**	
	n	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**	**n**	**(%)**
Akupunktur	8	44,4	62	52,1	5	62,6	36	50,7
Apiterapi	0	0	3	2,5	-	-	1	1,4
Fitoterapi	1	5,6	19	16,0	1	12,6	4	5,6
Hipnoz	-	-	6	5,0	-	-	1	1,4
Homeopati	2	11,1	22	18,5	-	-	4	5,6
Kayropraktik	6	33,3	65	54,6	3	37,5	30	42,6
Kupa Uygulaması/ Hacamat	3	16,7	41	34,5	3	37,5	36	50,7
Mezoterapi	-	-	9	7,6	-	-	-	-
Müzik Terapisi	3	16,7	16	13,5	-	-	6	8,5
Osteopati	17	94,4	89	74,8	3	37,5	27	38,0
Ozon Uygulaması	2	11,1	24	20,2	-	-	2	2,8
Proloterapi	-	-	8	6,7	-	-	1	1,4
Sülük Uygulaması	-	-	16	13,5	-	-	11	15,5

*Fizyoterapistlerin birden fazla yöntemi işaretleme hakkı vardı.

Tablo 10.2. GTAT yöntemlerini önerme ve yöntemlerin kullanım sıklığının ayrıntılı gösterimi*

GTAT Yöntemleri	Kendisine GTAT Uygulanan Fizyoterapistler				Ailesinde GTAT Kullanımı Olan Fizyoterapistler			
	Akademisyen (n=16)		Klinisyen (n=98)		Akademisyen (n=13)		Klinisyen (n=64)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Akupunktur	6	37,5	45	45,9	5	38,5	21	32,8
Apiterapi	-	-	1	1,0	-	-	3	4,7
Fitoterapi	1	6,3	5	5,1	2	15,4	5	7,8
Hipnoz	-	-	2	2,0	-	-	2	3,1
Homeopati	-	-	5	5,1	1	7,7	4	6,3
Kayropraktik	3	18,8	44	44,9	-	-	19	29,7
Kupa Uygulaması/ Hacamat	7	43,8	37	37,8	8	61,5	27	42,2
Mezoterapi	-	-	3	3,0	-	-	1	1,6
Müzik Terapisi	1	6,3	6	6,1	-	-	4	6,3
Osteopati	7	43,8	67	68,4	3	23,1	25	39,1
Ozon Uygulaması	-	-	4	4,1	2	15,4	9	14,1
Proloterapi	-	-	1	1,0	-	-	1	1,6
Sülük Uygulaması	-	-	8	8,2	2	15,4	9	14,1

Akademisyen (%82,9) ve klinisyen (%60,2) fizyoterapistler çoğunlukla GTAT yöntemleri ile ilgili kursa katılmamışlardır. Tablo 11.'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleriyle ilgili kurslara katılma durumları

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Evet	6 (17,1)	66 (39,8)
Hayır	29 (82,9)	100 (60,2)

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin en çok aldıkları kurslar osteopati ve kupa/hacamat uygulamasıdır. Tablo 12.'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Fizyoterapistlerin aldıkları kurslar

GTAT yöntemleri	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Akupunktur	2 (33,3)	36 (54,6)
Apiterapi	0 (0)	1 (0,2)
Fitoterapi	1 (16,7)	1 (0,2)
Hipnoz	0 (0)	1 (0,2)
Homeopati	0 (0)	3 (0,5)
Kayropraktik	2 (33,3)	23 (13,4)
Kupa Uygulaması/Hacamat	4 (66,7)	42 (25,3)
Mezoterapi	0 (0)	1 (0,6)
Müzik Terapisi	0 (0)	5 (3,0)
Osteopati	2 (66,7)	42 (25,3)
Ozon Uygulaması	0 (0)	0 (0)
Proloterapi	0 (0)	1 (0,6)
Sülük Uygulaması	2 (66,7)	28 (16,9)

Klinisyen fizyoterapistlerin %54,8'i GTAT uygulamalarını faydalı bulurken akademisyen klinisyenlerin %45,7'si kararsız olduklarını beyan etmiştir. Tablo 13.'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Fizyoterapistlerin GTAT uygulamalarını faydalı bulma durumu

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Kesinlikle düşünüyorum	6 (17,1)	91 (54,8)
Kararsızım	16 (45,7)	46 (27,7)
Kesinlikle düşünmüyorum	13 (37,1)	29 (17,5)

Akademisyen fizyoterapistlerin %65,7'si hastalarının GTAT yöntemi kullanımında çevresinin etkisinin olduğunu düşünürken klinisyen fizyoterapistler %47,6 oranında hastalarının aldığı tedaviye destek olduklarını düşündüklerini bildirmiştir. Tablo 14.'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Hastalarının GTAT yöntemi kullanımına dair fizyoterapistlerin beyanları

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Tedavi ilgili yeterince bilgi alamadıkları için	0 (0)	8 (4,8)
Doktoru önerdiği için	1 (2,9)	10 (6,0)
Aldığı tedaviye destek olduğunu düşündükleri için	10 (28,6)	79 (47,6)
Çevresinden kullanımı ile ilgili yararı olduğunu duyduğu için	23 (65,7)	67 (40,4)
Diğer *	1 (2,9)	2 (1,2)

*Aldığı tedaviden fayda görmediği için (n=2), birden çok sebebi olabilir (n=1)

Fizyoterapistlerin büyük çoğunluğu hastalarının GTAT yöntemlerini kullanma durumuna 'Evet' olarak yanıt vermiştir. Tablo 15.'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Fizyoterapistlerin beyanlarına göre hastaların GTAT yöntemlerini kullanma durumu

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Evet	17 (48,6)	116 (69,9)
Hayır	8 (22,9)	13 (7,8)
Bilmiyorum	10 (28,6)	37 (22,3)

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler hastalarının en çok kullandıkları yöntemi akupunktur (%28,6) ve osteopati (%48,2) olarak bildirmiştir. Tablo 16.'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Fizyoterapistlerin beyanlarına göre hastaların kullandığı GTAT yöntemleri

GTAT yöntemleri	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Akupunktur	10 (28,6)	70 (42,2)
Apiterapi	0 (0)	4 (2,4)
Fitoterapi	2 (5,7)	18 (10,8)
Hipnoz	0 (0)	8 (4,8)
Homeopati	1 (2,9)	24 (14,5)
Kayropraktik	8 (22,9)	62 (37,4)
Kupa Uygulaması/Hacamat	9 (25,7)	70 (42,2)
Mezoterapi	1 (2,9)	14 (8,4)
Müzik Terapisi	1 (2,9)	8 (4,8)
Osteopati	8 (22,9)	80 (48,2)
Ozon Uygulaması	6 (17,1)	50 (30,1)
Proloterapi	0 (0)	8 (4,8)
Sülük uygulaması	7 (20,0)	37 (22,3)

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler GTAT uygulamalarının kullanımıyla ilgili en çok kanıta dayalı tıp uygulamalarını aksatmayacak şekilde destek olarak kullanılabileceğini bildirmiştir. Tablo 17.'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Fizyoterapistlerin GTAT uygulamalarının kullanılabilirliği ile ilgili düşünceleri

İfadeler	**Akademisyen n (%)**	**Klinisyen n (%)**
Herhangi bir hastalığın tedavisinde kanıta dayalı tıp uygulamalarının yerine tek başına kullanılabilir	1 (2,9)	3 (1,8)
Kanıta dayalı tıp uygulamalarını aksatmayacak şekilde destek olarak kullanılabilir	31 (88,6)	155 (93,4)
Kesinlikle kullanılmamalı	3 (8,6)	8 (4,8)

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler GTAT yöntemlerinde en çok fizyoterapistlerin yetkin olduğunu, en az yetkin olan meslek grubunun sağlık personeli dışındaki kişiler olduğunu bildirmiştir. Tablo 18.'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinde yetkin olduğunu düşündükleri meslek grupları*

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
Hekim	28 (80,0)	134 (80,7)
Fizyoterapist	32 (91,4)	142 (85,5)
Diğer yardımcı sağlık personeli	9 (25,7)	23 (13,9)
Sağlık personeli dışındaki kişiler	2 (5,7)	5 (3,0)

*Fizyoterapistler birden fazla seçeneği işaretleyebilmektedir.

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistlerin çoğunluğu GTAT yöntemlerini uygulamak için yetkinlik belgesi gerektiğini bildirmişlerdir. Tablo 19.'da gösterilmiştir.

Tablo 19. GTAT yöntemlerini uygulamak için yetkinlik belgesi gerekliliği

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
Evet	33 (94,3)	150 (90,4)
Hayır	2 (5,7)	16 (9,6)

Akademisyen fizyoterapistlere en çok GTAT yöntemlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını çoğunlukla aksattığını düşünürken klinisyen fizyoterapistler en çok çoğunlukla aksatmadığı görüşündedir. Tablo 20.'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri kullanımının kanıta dayalı tıp uygulamalarını engelleme/aksatma durumuna dair görüşleri

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
Kesinlikle aksatıyor	4 (11,4)	4 (2,4)
Çoğunlukla aksatıyor	13 (37,1)	33 (19,9)
Fikrim yok	5 (14,3)	38 (22,9)
Çoğunlukla aksatmıyor	11 (31,4)	70 (42,2)
Kesinlikle aksatmıyor	2 (5,7)	21 (12,7)

Akademisyen fizyoterapistler "GTAT yöntemlerinin dini ve kültürel konularla ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz" sorusuna en sık %40,0 ile (n=11) "çoğunlukla düşünüyorum" cevabını vermişlerdir. Klinisyen fizyoterapistler %27,1 (n=45) oranla "çoğunlukla düşünüyorum" ve "çoğunlukla düşünmüyorum yanıtını vermişlerdir. Tablo 21.'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinin dini ve kültürel konularla ilişkili olduğuna dair görüşü

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
Kesinlikle düşünüyorum	11 (31,4)	28 (16,9)
Çoğunlukla düşünüyorum	14 (40,0)	45 (27,1)
Fikrim yok	5 (14,3)	31 (18,7)
Çoğunlukla düşünmüyorum	3 (8,6)	45 (27,1)
Kesinlikle düşünmüyorum	2 (5,7)	17 (10,2)

Akademisyen fizyoterapistler "GTAT yöntemlerinin herhangi biri ile ilgili eğitim almak istiyor musunuz" sorusuna en sık "çoğunlukla istemiyorum" cevabını verirken klinisyen fizyoterapistler en sık "çoğunlukla istiyorum" yanıtını vermiştir. Tablo 22.'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinden herhangi biri ile ilgili eğitim almak isteme durumları

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
Kesinlikle istiyorum	3 (8,6)	35 (21,1)
Çoğunlukla istiyorum	6 (17,1)	49 (29,5)
Fikrim yok	6 (17,1)	31 (18,7)
Çoğunlukla istemiyorum	16 (45,7)	39 (23,5)
Kesinlikle istemiyorum	4 (11,4)	12 (7,2)

Akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler "Hastalarınızın GTAT yöntemlerini kullanmasını nasıl karşılarsınız" sorusuna büyük çoğunluk "Aldığı GTAT uygulamasını sorgularım, tedavime olumlu ya da olumsuz etkilerini değerlendirmek isterim" yanıtını vermişlerdir. Tablo 23.'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Fizyoterapistler hastalarının GTAT yöntemleri kullanması ile ilgili görüşleri

	Akademisyen n (%)	**Klinisyen n (%)**
İlgilenmem	3 (8,6)	12 (7,2)
Desteklerim	1 (2,9)	36 (21,7)
Karşı çıkarım	1 (2,9)	6 (3,6)
Aldığı GTAT uygulamasını sorgularım, tedavime olumlu ya da olumsuz etkilerini değerlendirmek isterim	30 (80,7)	112 (62,5)

5. TARTIŞMA

İzmir ilinde yaşayan 201 Akademisyen ve Klinisyen fizyoterapistler ile yapılan çalışmamızda fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerin değerlendirilmiştir.

Katılımcılar GTAT yöntemleri konusunda %50,3'ü hiç bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Yapalı ve ark. (116) tarafından fizyoterapi öğrencilerinin GTAT yöntemlerine karşı bilgi ve tutumlarını inceleyen bir çalışmada öğrencilerin %22.8 oranında hiç bilgisinin olmadıkları bildirilmiştir.

Son yıllarda konvansiyonel tıp dışındaki tedavi metodlarına olan ilgi giderek artış göstermektedir ve fizyoterapi yöntemleri bu yöntemlerle sıklıkla karşılaştırılmaktadır. Fizyoterapi mesleği konvansiyonel tıp alanında yer almakta ve sağlık bakanlığı tarafından onaylanmış köklü bir meslektir. Devlet kurumlarında ve özel sektördeki fizyoterapi uygulamaları hastalarla istenilenden az vakit geçirme, hastaların fizyoterapi hizmeti alabilmeleri için uzun süre beklemeleri, mesleki anlamda bilgi düzeyi ve yeteneklerin çalışanlar arasında farklı olması gibi durumlardan farklı GTAT yöntemleriyle karşılaştırmalar yapılmaktadır (117). Ülkemizde genel hasta popülasyonunda GTAT kullanım oranı %42-70 aralığındadır (6). Bu durum hekimlerin olduğu kadar yardımcı sağlık çalışanları olarak fizyoterapistlerin kendilerini bu alanlarda geliştirmelerini zorunlu hale getirmektedir. Hastalar fizyoterapistlerinden güvenilir bilgiler beklemekte ve doğru yönlendirmelerde bulunmaları istenmektedir (21). Fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri hakkında bilgi seviyelerinin genel olarak düşük olduğu söylenebilir. Toplumda kullanım düzeylerinin yüksek olduğu GTAT yöntemlerinde fizyoterapistlerin yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bu alanda eğitim alan fizyoterapistlerin oldukça az olduğu görülmektedir.

GTAT yöntemlerine karşı sağlık çalışanlarının tutumu üç kategoride; destekleyenler, kararsızlar ve karşı çıkanlar olarak görülmektedir. Karşı çıkanlar bu yöntemlerin yeterli kanıtlara sahip olmadığı, hastalıkların maskelenerek temelde yatan problemi ihmal etme durumu yaratıp hastanın sağlığını hiçe saydığı, işin ehli kişiler tarafından yapılmadığı, hastanın tedaviye olan inancından kaynaklanan etkiler gözlendiği ve plasebodan ibaret olduğu, uygulanan yöntemlerin kanıta dayalı tıp

uygulamalarını aksatacağını düşünürken savunucuları GTAT yöntemlerinin alternatif olarak anılması yerine tamamlayıcı tıp olarak tanımlanması gerektiğini vurgulamaktadır. Yöntemlerin kronik hastalıkların tedavisinde konvansiyonel tedaviye ulaşımın güç olduğu durumlarda ucuz bir opsiyon olarak sunulabileceği ancak yöntemlerin yan etkisiz olarak bilinmesine rağmen pek çok yan etkilerinin bulunması sağlık profesyonellerinin bu yöntemleri önermesini kısıtlamaktadır (45). GTAT yöntemlerinin pratiğini reddetmek kültürel değerler açısından doğru olmadığı gibi kanıta dayalı olmayan yöntemleri savunmak da etik değildir. Sağlık çalışanlarının bu konuda klinik araştırmaları incelemeli ve danışanlarını doğru yönlendirmeleri toplum sağlığı açısından önemlidir (118, 119, 120).

1996 yılında Huber ve Schreff (121) tarafından ABD'nin Michigan eyaletinde yaşayan 300 fizyoterapist ile yapılan bir çalışmada yaş ortalamaları 34,7 olarak bulunmuştur. Mesleki deneyimi 3-5 yıl arası olan fizyoterapistlerin alternatif tıp yöntemleri kullanma ihtimallerini daha yüksek olduğunu ve bunun 6 yıldan sonra azalma eğilimine girdiğini bulmuştur. Yapalı ve ark. (122) GTAT yöntemlerinin Türkiye genelindeki fizyoterapistler tarafından kullanım oranları, bilgi düzeyi, inanç ve davranışlarının araştırıldığı çalışmada katılımcıların %47'si 30-39 yaş, yaklaşık yarısının ise 10 yıldan fazla mesleki deneyimleri bulunmaktaydı. Literatür ile benzer olarak çalışmamızda fizyoterapistlerin yaşlarının ortalama 33,1±9,2 yıl, mesleki deneyimlerinin ortalama 10,2±9,2 yıl olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda fizyoterapistlerin çoğunluğunun özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve sağlıklı yaşam merkezlerinde çalıştığı tespit edilmiştir. Yapalı ve ark. (122) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların büyük bölümü üniversite ve özel eğitim merkezlerinde çalışmaktadır.

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %65,7'si kadındı. Huber ve Scherff'in çalışmasında kadın fizyoterapistlerin oranı %69 bulunmuştur (121). Dünya genelinde GTAT yöntemlerini kadın sağlık profesyonellerinin erkeklere göre daha sık önerebileceği ancak cinsiyetin bir faktör olmadığını da gösteren çalışmalar bulunmaktadır (120). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere oranla GTAT uygulamalarına karşı daha olumlu tutumu olduğu gözlenmektedir (5, 123).

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun kadın olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %51,2'si GTAT konusunda hiç bilgisinin olmadığını bildirmiştir. Malezya'da 10 adet sağlık profesyoneli ile yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların hepsi GTAT yöntemlerine kişisel deneyimler ve okudukları makaleler sayesinde bilgi sahibi olduklarını belirtmiştir. Katılımcılar kendi yaşadıkları veya hastalarının yaşadıkları deneyimi sonrası araştırmalar neticesinde GTAT yöntemleriyle ilgili bilgi sahibi olup inanç geliştirmiştir (45). Avusturalya'da sağlık çalışanlarının GTAT yöntemlerini kanser hastalarında kullanımı ile ilgili yapılan çalışmada katılımcılar konvansiyonel tıp ile ilgili bilgileri almaya vakitlerinin olmadığını, tüm zamanlarını görevleri gereği konvansiyonel tıp araştırmalarıyla geçirdiklerini belirtmiştir. Katılımcılar bilgilerinin ve farkındalıklarının çok az olmasının sebebini çok az kanıtlanmış yöntem olmasına dayandırmaktadır. Az bilgi sahibi olmalarının yanında riskleri konusunda da az bilgilerinin olması kanser gibi hastalıkların tedavisinde kullanımı konusunda tereddütler yaratmaktadır (124). Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri ile daha önce karşılaşmadıkları veya deneyimlemedikleri için bilgi sahibi olmadığı görüşündeyiz.

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin en çok duyduğu GTAT yöntemi akupunktur olarak bulunmuştur. Akupunkturun Avrupa ve Kanada'da fizyoterapistler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Kanada'da akupunktur ve kuru iğneleme uygulamaları fizyoterapistlerin çekirdek eğitim sistemlerinde yer almasa da kas iskelet sistemi ağrılarını tedavi etmek için sıklıkla tercih ettiği GTAT yöntemi olarak anılmaktadır (17).

Türkiye'de doktorlar üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde osteopati, kayropraksi en az bilinen yöntemlerken fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması ve akupunktur yöntemleri en çok bilenen yöntemler arasındadır (100, 125). Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda hemşirelerin hipnoz, akupunktur, masaj başta olmak üzere tüm GTAT yöntemlerine karşı bilgi sahibi oldukları bulunmuştur (125). Yapalı ve ark. (116) tarafından fizyoterapi öğrencileri ile yapılan bir anket çalışmasında öğrencilerin en çok duyduğu GTAT yöntemi masaj olarak saptanmıştır. Masaj, fizyoterapi lisans eğitiminde de yer alan, kanıta dayalı bir GTAT yöntemidir ancak 2014 yılında Resmi

Gazete'de yayınlanan, Sağlık Bakanlığınca belirlenen yöntemler arasında yer almamaktadır (15). Yaptığımız çalışmada kayropraktik ve osteopati yöntemleri fizyoterapistler arasında doktorların aksine en çok bilinen yöntemler arasında yer almaktadır. Fizyoterapistlerin osteopati ve kayroprakside ortak olan teknikleri müfredatlarında görmeleri nedeniyle bu yöntemlerle hekimlerden daha fazla karşılaşmaktadır.

Türkiye'de akupunktur uygulanabilmesi için belirlenen eğitim süresi 480 saat olarak belirlenmiştir ancak bu eğitime sadece hekimler katılım sağlayabilmektedir (19). Fizyoterapistlerin akupunktur pratiği yapabilmeleri konusunda çeşitli ülkelerde akupunktur eğitim süreleri belirlenmiştir. İngiltere'de 300, Yeni Zenlanda'da 150 ve İrlanda'da minimum 21 saatlik eğitimler sonucunda fizyoterapistler kuru iğneleme yapma hakkına sahip olabilmektedir. Hekimler ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda akupunktur, hipnoz ve fitoterapinin en çok bilgi sahibi olunan yöntemler olarak bulunmuştur. Akupunkturun pek çok farklı hastalık grubuyla ilgili kullanımının olması, en çok bilinen GTAT yöntemlerinden biri olmasını düşündürmektedir (125). Doğanay ve ark.'ın tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada GTAT yöntemleri ile ilgili öğrencilerin bilgilerinin çok düşük olduğu ve bu yöntemlerin tıp fakültesi ve sağlık bölümleri müfredatında yer alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu alanlarda eğitim görmüş kişiler yetiştirilmeli, yöntemlerin etkinliğini, uygulanan pratiklerin kontrolünü ve olası komplikasyonlardan korunması sağlanmalıdır (126).

Fizyoterapistler GTAT yöntemleri ile ilgili bilgi almak için en çok sosyal medyayı kullanmaktadır. Literatür incelendiğinde sağlık profesyonellerinin ve öğrencilerin GTAT yöntemlerini en çok duyduğu kaynak olarak internet, gazete, dergi ve televizyon olduğu bulunmuştur (116, 125, 126). Bu durum sosyal medyanın sağlık profesyonellerinin pratiğinde önemli bir noktada olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %64,2'si herhangi bir kurs veya sertifika programına katılmadığını belirtmiştir. Fizyoterapistlerin en çok katıldığı sertifikasyon programı %22,9 ile kupa ve hacamat uygulaması olarak saptanmıştır. Kupa uygulamasının risksiz olması, uygulanabilirliğinin kolay olması nedeniyle kurslarının yaygın olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde hemşirelerde yapılan çalışmada

hemşirelerin bir kısmının kupa uygulaması ve sülük tedavisini hastalar üzerinde uygulayabilecek düzeyde iyi bildikleri bulunmuştur (125).

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %68,2'si GTAT yöntemini hastalarına önermiştir. Malezya'da yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının GTAT yöntemlerini konvansiyonel tıptan uzun süre fayda göremeyen hastalara önerdikleri, bel boyun ağrılarında rahatlatmak ve semptomları azaltmak amacıyla kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık profesyonelleri yöntemi uygulayan uzmanlara ulaşmak konusunda güçlük çektiklerini belirtmişlerdir (45). Ülkemizde hekimler üzerinde yapılan çalışmada hekimlerin %56'sının etkinliği ve güvenilirliği konusunda yeterli bilimsel kanıt bulunmaması, yöntemler hakkında yeterli bilgisinin bulunmamasından dolayı hastalarına GTAT yöntemini önermediği bulunmuştur. GTAT öneren hekimlerin en çok önerdikleri yöntemler sırasıyla masaj, fitoterapi, hidroterapi, akupunktur ve megavitamin tedavisi olarak saptanmıştır. Bu uygulamaların güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış ve minimal yan etkiye sahip uygulamalar olması görülmektedir (125).

Klinisyen fizyoterapistler GTAT yöntemlerini çoğunlukla faydalı bulduklarını düşünüyorken akademisyen klinisyenler bu konuda çoğunlukla kararsız olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde hekimler üzerinde yapılan çalışmada akupunkturun migren, bel ve sırt ağrılarının azaltılmasında ve kilo kontrolünde etkili olduğu, fitoterapi yönteminin diyabet, kireçlenme, soğuk algınlığı, ve diz kapağındaki sıvı kaybı durumlarında kullanıldığı, ozon terapisinin diz kapağında ağrısının giderilmesinde kullandıkları sonucu bulunmuştur (125).

Çalışmamızda klinisyen fizyoterapistlerin büyük bir kısmı GTAT yöntemlerini faydalı bulduklarını görüşündeyken akademisyen fizyoterapistler çoğunlukla kararsız oldukları görüşündedir. Kanada örneğinde fizyoterapistler akupunktur yöntemini pratiklerinde deneyimlemektedir ve tedavilerinde adjuvan olarak etkili ve güvenli bir metod olarak katkı sağlayacaklarına inanmaktadır (17). Ancak akademisyen fizyoterapistler GTAT yöntemleri ile ilgili literatürdeki çelişkili sonuçlarla karşılaştıklarından yeni bir yöntemle karşılaştıklarında etkisi konusunda şüpheyle bakabilmektedir.

Fizyoterapistlerin %76,6'sı hastalarının GTAT yöntemi kullanıp kullanmadığı hakkında bilgi sahibidir. Hastaların en çok kullandıkları yöntemler akupunktur ve osteopatidir. İsveç'te yapılan bir araştırmada çalışmamıza benzer bir şekilde akupunktur yönteminin fizyoterapistler tarafından çoğunlukla ağrı tedavisinde kullanılan bir yöntem olduğu bulunmuştur (20). Hastalar genel olarak hangi GTAT yöntemini kullandıklarını hekimlerine danışmamaktadırlar ve buna karşın çevrelerine önermektedirler (1). Fizyoterapistler hastalarla geçirdiği vakit daha fazla olduğundan kullandığı diğer alternatif tedavi yöntemleri konusunda hekimlerden daha fazla bilgi sahibi oldukları düşünülebilir. Fizyoterapistler hastalarının hatalı tedaviler kullanımının önüne geçebilir ve hekim hasta arasında gerekli tedbirleri alarak tedavinin daha güvenli ve etkili devam etmesini sağlayabilir (127).

Çalışmamızda klinisyen fizyoterapistlerin görüşlerine göre hastalarının en çok kullandıkları yöntemin osteopati olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumun bir nedeni Avrupa'nın osteopati yöntemine fizyoterapistler arasında kullanılan bir yöntem olması ve osteopatlar ile fizyoterapistlerin benzer hasta gruplarıyla çalışmaları olabilir (128). Fransa'da hastalar fizyoterapiden farklı olarak doktoru tarafından reçete edilmeden osteopati hizmeti alabilmektedir. Fizyoterapistler özel kliniklerde ve hastanelerde hastalarına osteopati yöntemi uygulayabilmektedir (95). Hekimler GTAT yöntemleri hakkında kanıtlanmış etkilerinin ve yan etkileri hakkında bilgileri arttıkça hastalarına da daha çok önerme eğilimindedir. Hemşireler ise hekimlere göre GTAT tedavilerinin daha fazla tıp müfredatında yer alması gerektiği, daha az plasebo etkisine sahip olduğu, rahatlıkla kullanılabileceği, kanser gibi ölümcül hastalık durumlarında kullanılabileceği görüşünde olduklarını bildirmişlerdir (124, 125).

Çalışmamızda da fizyoterapistlerin bu kendi üzerinde deneyimledikleri ve bilgi sahibi olduğu yöntemleri hastalarına daha çok önerdikleri literatürle desteklenmektedir (119).

GTAT yöntemleri işin ehli olmayan kişiler tarafından yapıldığında ciddi yan etkiler yaratabilmektedir (5, 100, 125). Fizyoterapistler sağlık çalışanı olarak kanıta dayalı tıp uygulamalarının yanında ek olarak yöntemlerin uygulanabileceğini belirtmiştir. Fizyoterapistlerin %2'si herhangi bir hastalığın tedavisinde kanıta dayalı tıp

uygulamalarının yerine tek başına kullanılacağını belirtmiştir. Literatürde hekimlerin %70,6'sının, hemşirelerin ise %34,3'ünün GTAT yöntemlerinin bazen modern tedavinin yerine geçebileceği fikrine katılmadığı belirtilmiştir (125).

Hekimler hastalarına tavsiye ettikleri GÇT gibi klinik olarak etkisi tam olarak kanıtlanmamış yöntemleri önerirken daha az kendinden eminken, multi-vitamin takviyesi, akupunktur, Tai-Chi gibi yan etkileri az olan ve belirli bir kanıt düzeyi olan yöntemleri hastalarına daha fazla önerme eğilimindedir. Rehabilitasyon alanında çalışan hekimlerde de kendi aralarında GTAT yöntemlerini kullanım farkı gözlenmektedir. Genel rehabilitasyon alanında çalışan hekimler diğer alanlarda çalışan hekimlere göre GTAT yöntemlerine daha olumlu bakabilmektedir. Fizyoterapistlerin verdikleri yanıtlara göre hastalarının tedavisine katkı sağlayacak ve yan etkilerin minimal olduğu GTAT yöntemlerini pratiklerinde kullanmaya daha yatkın oldukları düşünülmektedir (119).

Çalışmamızda fizyoterapistlerin görüşlerine göre 13 GTAT yöntemine hekimler kadar hakim olduğu bulunmuştur. Akupunktur, kayropraksi, osteopati, fizyoterapistler arasında en çok bilinen yöntemler arasındayken apiterapi, proloterapi ve homeopati en az bilinen yöntemler olarak bulunmuştur. Bu da lisans ve lisansüstü eğitimlerde bu yöntemlerin bizzat kendisinden bahsedilerek veya yöntemlerle alakalı uygulamaların fizyoterapi lisans eğitimin içinde yer almasından dolayı, bilinmeyen yöntemlerinse fizyoterapi eğitiminde yer almamasından kaynaklanmaktadır. Literatür incelendiğinde kayropraksi yönteminin hemşireler, sağlık bilimleri ve tıp fakültesi öğrencileri arasında en az bilinen yöntem olduğu görülmektedir (126).

İsveç'te sağlık profesyonelleri ve hekimlerle yapılan bir çalışmada fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerini hekimler ve hemşirelerden daha sık klinik uygulamalarında kullandıkları bulunmuştur (129). Ülkemizde yapılmış başka bir araştırmada sağlık bilimleri ve tıp fakültesi öğrencilerinin %24'ü GTAT yöntemlerinin basit hastalık tedavisinde kullanılabileceği ve %19,9'unun bu yöntemlerin hekime danışmadan kullanılabileceği görüşünde oldukları bulunmuştur (126).

Sağlık bakanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanan bildirgede (15) fizyoterapistlerin GTAT uygulamaları hekim gözetimi dışında yapması yasal olarak

sınırlandırılmış ve diğer GTAT yöntemleri ile ilgili (fitoterapi, mezoterapi, proloterapi gibi) uygulama hakkı tanınmamıştır (13). Sonuçlarımıza göre fizik tedavi ile ilişkili olan modalitelerin akademisyen ve klinisyen fizyoterapistler tarafından yaygın olarak biliniyor olması ve GTAT yöntemlerinin çeşitli ülkelerde fizyoterapistler tarafından klinik pratiklerinde uygulanıyor olması ülkemizde de fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerine bakış açılarını anlamayı, kullanımlarını tespit etmeyi zorunlu kılmaktadır. İleriki çalışmalarda fizyoterapistlerin hangi yöntemlere daha fazla ilgi duyulduğunu araştırılıp kanıt düzeyi ve mesleki gelişime katkı sağlayacak yöntemlerin tespit edilip bu alanlarda uygulama yetkisinin genişletilmesi görüşündeyiz.

Çalışmamıza katılan fizyoterapistlerin %91,2'si GTAT yöntemleri uygulamaları için belge sahibi olma gerektiğini belirtmiştir. Literatürde farklı branşlardan sağlık profesyonellerinin GTAT yöntemlerinin müfredatlarında yer almasını isteyeceği, bu alanda eğitim veren kuruluşların artmasının teşvik edilebileceği söylenmektedir (45, 100, 116, 125, 126). Çalışmamıza katılan fizyoterapistler benzer bir şekilde belgelerin uzman kişiler tarafından verilmesi görüşündedir.

Sağlık bakanlığının bir ibaresinde " Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları" yönetmeliğinde, "Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz." şeklinde ifade kullanılmıştır (15). Bu yöntemlerin sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması güvenilirliğini arttırmaktadır (100, 130, 131, 132).

Dünyada ve ülkemizde GTAT uygulamalarının kullanımı giderek artmaktadır. Çalışmamızda fizyoterapistlerin GTAT yöntemlerinin etkilerini öğrenmek ve bu alanda uygulamalar yapma isteğinde oldukları bulunmuştur. Farklı ülkelerde sağlık fizyoterapistlerin GTAT yöntemleriyle ilgili uygulamalarda bulundukları, bu alanda diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok eğitim alıp daha çok uygulama yaptıkları gözlenmektedir (95, 129).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda fizyoterapistlerin GTAT yöntemleriyle ilgili olumlu tutumda olduğu, fizyoterapistlerin de bu alanlarda yetkin olabilecekleri görüşüne sahip oldukları bulunmuştur. Ülkemizde ve dünyada GTAT yöntemlerinin giderek yaygınlaşması ve fizyoterapiye başvuran hastaların çeşitli yöntemlere başvurması bu konunun ele alınmasını gerektirmektedir. Fizyoterapistlerin bilgilerini arttırarak hastalarını GTAT yöntemleri konusunda doğru yönlendirecek seviyede olmaları gerekmektedir.

Fizyoterapistlerin, GTAT yöntemleri, bu yöntemlerin danışanlarına getireceği riskleri, faydaları ve güncel konvansiyonel tedaviyle etkileşimleri konusunda hasta ve çevrelerini bilgilendirme ve onlardan gelecek soruları yanıtlayabilme yeterliliğine sahip olmalarının sağlanması gerekmektedir.

Çalışmamızda ve fizyoterapist dışındaki sağlık profesyonelleriyle yapılmış çalışmalarda GTAT yöntemleri üzerine en önemli bilgi kaynaklarının sosyal medya, televizyon, internet gibi basın yayın organları olduğu saptanmıştır. Bu mecralarda hastaların çaresizliğinden faydalanılıp paylaşılan kanıta dayalı olmayan, geçerliliği ve güvenilirliği konusunda tartışmalar olan yöntemler konusunda gerekli önlemler alınmalıdır.

Hastaların büyük bir kısmı fizyoterapiste kullandığı GTAT konusunda bilgi vermediğinden uygulanan yöntemlerin büyük bir kısmı kontrol edilemez durumdadır. Fizyoterapistler bu konuda bilgilendirilse dahi bilgiyi yorumlayacak yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları için fizyoterapistlerin GTAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması ve fizyoterapistlerin en çok ilgi duyduğu ve kanıt düzeyi en yüksek yöntemlerin müfredatlarda yer alması sağlanmalıdır. Ayrıca farklı yöntemlerin de dahil olduğu GTAT yöntemlerine dair fizyoterapistlerin bilgi ve görüşlerini tespit etmeye yönelik daha fazla araştırma yapılmalıdır.

ABD, Kanada ve Avrupa Birliği'ndeki düzenlemeler ve fizyoterapist uygulamalarının sektörel paylaşımı, bilimsel kongrelerle tartışma ortamlarının yaratılarak araştırma yapmayı teşvik edici adımlar atılmalı, ayrıca ülkemizde bu alanlarda yapılacak akademik çalışmalar etik prensipler doğrultusunda desteklenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Ünal M, Dağdeviren H. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Euras J Fam Med. 2019;8(1):1-9.
2. Okka B, Durduran Y, Duman I, Eryilmaz A. Trends in traditional and complementary medicine practices in Turkey: Results of two consecutive surveys 2012-2018. J Pak Med Assoc. 2022;72(4):691-5.
3. Şahan D, İlhan M. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları ve Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;4(3):12-9.
4. Öztürk Y, Dömbekci H, Ünal S. Geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi. 2020;1(3):23-35.
5. Özcan N, İyisoy M. Öğretim Üyelerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi. 2020;3(2):160-5.
6. Ferahman D, Öneş K, Şirin B, Aydın T, Yıldırım M, Bardak A, et al. Evaluation of Traditional and Complementary Medicine Methods in Patients Undergoing Physical Therapy for Chronic Musculoskeletal Pain. International Journal of Traditional and Complementary Medicine. 2020;1(3): 107-11.
7. Gürses HN, Alemdaroğlu İ, Tanriverdi M. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. Turk J Physiother Rehabil. 2014;25(1):16-27.
8. Kearney G, Cioppa-Mosca J, Peterson M, MacKenzie C. Physical therapy and complementary and alternative medicine: an educational tool for enhancing integration. HSS Journal®. 2007;3(2):198-201.
9. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği. 2014. Contract No.: 29158.
10. Özer Z, Bahçecioğlu Turan G, Bakır E. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi. 2020;2(3):102-12.
11. Müslümanoğlu A, Tayfun K. Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2019;3:1-12.
12. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı M, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. Ankara Medical Journal. 2015;15(2).
13. S S. Apiterapi Uygulaması Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2021.
14. Ay S, Tur BS, Evcik D. Kas iskelet sistemi hastalıklarında sık uygulanan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. Kocatepe Tıp Dergisi. 2019;20(3):147-56.
15. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği [İnternet]: Resmi Gazete; 2014 [cited 2022 20-10]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm.
16. Ijaz N, Boon H. Evaluating the international standards gap for the use of acupuncture needles by physiotherapists and chiropractors: A policy analysis. PLoS One. 2019;14(12):e0226601.
17. Ijaz N, Welsh S, Boon H. A mixed-methods survey of physiotherapists who practice acupuncture and dry needling in Ontario, Canada: practice characteristics, motivations, and professional outcomes. BMC Complementary Medicine and Therapies. 2021;21(1):1-10.
18. Hehir L, Williams SA. A survey of health professionals' views about integration of Traditional Chinese Medicine (TCM) Acupuncture into NHS Scotland. European Journal of Integrative Medicine. 2012;4(1):e55-e61.

19. Kalyon T. Akupunktur Tedavisi. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007;53.
20. Bernhardsson S, Öberg B, Johansson K, Nilsen P, Larsson M. Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. J Eval Clin Pract. 2015;21(6):1169-77.
21. Enblom A. Patients' and physiotherapists' belief in and use of acupuncture for cancer-related symptoms. Acupunct Med. 2017;35(4):251-8.
22. Alshehri M, Alzahrani H, Alotaibi M, Alhowimel A, Khoja O. Physiotherapists' pain attitudes and beliefs towards chronic low back pain and their association with treatment selection: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(6):e037159.
23. Kerr DP, Walsh DM, Baxter D. Acupuncture in the management of chronic low back pain: a blinded randomized controlled trial. Clin J Pain. 2003;19(6):364-70.
24. Leibing E, Leonhardt U, Köster G, Goerlitz A, Rosenfeldt J, Hilgers R, et al. Acupuncture treatment of chronic low-back pain -- a randomized, blinded, placebo-controlled trial with 9-month follow-up. Pain. 2002;96(1-2):189-96.
25. Mu J, Furlan A, Lam W, Hsu M, Ning Z, Lao L. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(12).
26. Manheimer E, Cheng K, Wieland L, Shen X, Lao L, Guo M, et al. Acupuncture for hip osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018(5).
27. Cox J, Varatharajan S, Côté P. Effectiveness of Acupuncture Therapies to Manage Musculoskeletal Disorders of the Extremities: A Systematic Review. J Orthop Sports Phys Ther. 2016;46(6):409-29.
28. Lovesey M. Acupuncture and physiotherapy: a global perspective. Physical Therapy Reviews. 1998;3(3):169-75.
29. İnanç B. The Quality Specialities in Turkiye's Honies for Apitherapy. J Pharmacopuncture. 2020;23(4):194-200.
30. Szabat P, Poleszak J, Szabat M, Boreński G, Wójcik M, Milanowska J. Apitherapy–the medical use of bee products. Journal of Education, Health and Sport. 2019;9(8):384-96.
31. Jagua Gualdrón A, Peña Latorre J, Fernadez Bernal R. Apitherapy for osteoarthritis: perspectives from basic research. Complementary Medicine Research. 2020;27(3):184-92.
32. Weis W, Ripari N, Conte F, Honorio M, Sartori A, Matucci R, et al. An overview about apitherapy and its clinical applications. Phytomedicine Plus. 2022;2(2):100239.
33. Šuligoj M. Origins and development of apitherapy and apitourism. Journal of Apicultural Research. 2021;60(3):369-74.
34. Çelik K, Aşgun H. Apitherapy: Health and Healing from the Bees: Tudás Alapítvány; 2020.
35. Park J, Yim B, Lee J, Lee S, Kim T. Risk associated with bee venom therapy: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(5):e0126971.
36. Süzgeç Selçuk S, Eyisan S. Türkiye'deki eczanelerde bulunan bitkisel ilaçlar. Marmara Pharmaceutical Journal. 2012;16(3):164-80.
37. Sarker S, Nahar L. Evidence-based phytotherapy: what, why and how? Trends in phytochemical research. 2018;2(3):125-6.
38. Falzon C, Balabanova A. Phytotherapy: An Introduction to Herbal Medicine. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2017;44(2):217-27.
39. Ernst E, Dixon A. Alternative Medicine: Springer; 2019.
40. Miraldi E, Baini G. Medicinal plants and health in human history: From empirical use to modern phytotherapy. Journal of the Siena Academy of Sciences. 2018;10(1).

41. Lopes C, Lazzarini J, Soares Júnior J, Baracat E. Phytotherapy: yesterday, today, and forever? Rev Assoc Med Bras (1992). 2018;64:765-8.
42. West BJ, Deng S, Isami F, Uwaya A, Jensen CJ. The Potential Health Benefits of Noni Juice: A Review of Human Intervention Studies. Foods. 2018;7(4).
43. Basar S, Uhlenhut K, Högger P, Schöne F, Westendorf J. Analgesic and antiinflammatory activity of Morinda citrifolia L.(Noni) fruit. Phytotherapy Research: An International Journal Devoted to Pharmacological and Toxicological Evaluation of Natural Product Derivatives. 2010;24(1):38-42.
44. Oltean H, Robbins C, Tulder M, Berman B, Bombardier C, Gagnier J. Herbal medicine for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(12):Cd004504.
45. Abuduli M, Isa Z, Eker H, Aljunid S. A qualitative study about view of traditional and complementary medicine among health professionals in Malaysia. SM J Community Med. 2016;2(2):1020.
46. Anbar RD, Zoughbi GG. Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: A retrospective chart review. American Journal of Clinical Hypnosis. 2008;50(4):335-41.
47. Walsh B. Hypnotic alteration of body image in the eating disordered. American Journal of Clinical Hypnosis. 2008;50(4):301-10.
48. Norelli LJ, Harju SK. Behavioral approaches to pain management in the elderly. Clinics in Geriatric Medicine. 2008;24(2):335-44.
49. Carmody T, Duncan C, Simon J, Solkowitz S, Huggins J, Lee S, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine & Tobacco Research. 2008;10(5):811-8.
50. Ceyhan D, Yiğit T. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(3):178-89.
51. Ceyhan D, Yiğit T. Tıbbi tedavilerde hipnoz uygulamalarının kullanımı ve etkinliği. ADO Klinik Bilimler Dergisi. 2013;7(2):1507-16.
52. Wehbe J, Safar Y. Hypnosis and physiotherapy. Kinésithérapie, la Revue. 2015;15(168):e1-e10.
53. Ardigo S, Herrmann F, Moret V, Déramé L, Giannelli S, Gold G, et al. Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: a randomized controlled study. BMC Geriatr. 2016;16:14.
54. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Tıbbi sülük tedavisi: Hirudoterapi. Ankara Medical Journal. 2018;18(1):141-8.
55. Hildebrandt JP, Lemke S. Small bite, large impact-saliva and salivary molecules in the medicinal leech, Hirudo medicinalis. Naturwissenschaften. 2011;98(12):995-1008.
56. Lauche R, Cramer H, Langhorst J, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of medical leech therapy for osteoarthritis of the knee. The Clinical journal of pain. 2014;30(1):63-72.
57. Milgrom L. Homeopathy and the new fundamentalism: a critique of the critics. J Altern Complement Med. 2008;14(5):589-94.
58. Ratini M. Homeopathy: What You Need To Know [İnternet] 2021 [cited 2022 29 Aug]. Available from: https://www.nccih.nih.gov/health/homeopathy.
59. Köse E. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutum ölçeği: Geçerlilik güvenirlik çalışması= Traditional and complementary medical attitude scale: Study of validity reliability [Uzmanlık tezi]2016.
60. Çağlayan H, Ataoğlu E, Kibaroğlu S. Nörolojide geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi. Turk Noroloji Dergisi. 2018;24(2):111.

61. Long L, Ernst E. Homeopathic remedies for the treatment of osteoarthritis: a systematic review. Br Homeopath J. 2001;90(1):37-43.
62. Talhaoğlu D. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tedavi Uygulamaları. Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi. 2021;3(1):16-29.
63. Ağaoğlu M, Salık E, Mangan G, Donat A. Dd Palmer'in ınnate ıntelligence'felsefesiyle başlayan kayropraktik biliminin Dünyada ve Türkiye'de yeri ve önemi. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2018;1(2):93-8.
64. Ernst E. The History of Chiropractic. Chiropractic: Not All That It's Cracked Up to Be. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 5-17.
65. Balon J, Aker P, Crowther E, Danielson C, Cox P, O'Shaughnessy D, et al. A comparison of active and simulated chiropractic manipulation as adjunctive treatment for childhood asthma. N Engl J Med. 1998;339(15):1013-20.
66. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. World Health Organization; 2005. Report No.: 9241593717.
67. Coulter I, Crawford C, Hurwitz E, Vernon H, Khorsan R, Suttorp Booth M, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2018;18(5):866-79.
68. Rubinstein S, Zoete A, Middelkoop M, Assendelft W, Boer M, Tulder M. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Br Med J. 2019;364:l689.
69. Okumuş M. Cupping therapy and hijamah. Ankara Medical Journal. 2016;16(4).
70. Bridgett R, Klose P, Duffield R, Mydock S, Lauche R. Effects of Cupping Therapy in Amateur and Professional Athletes: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Altern Complement Med. 2018;24(3):208-19.
71. Çiftci M. Kupa tedavisi ve klinik uygulamalar. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2019;3:22-8.
72. Kim JI, Lee MS, Lee DH, Boddy K, Ernst E. Cupping for treating pain: a systematic review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011;2011.
73. Cramer H, Klose P, Teut M, Rotter G, Ortiz M, Anheyer D, et al. Cupping for patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. The Journal of Pain. 2020;21(9-10):943-56.
74. Karip B. Sporcularda Ayak Bölgesinde Yapılan Kupa Uygulamalarındaki Önemli Anatomik Noktalara Dair Bir İnceleme. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2021;23(3):32-9.
75. Ma SY, Wang Y, Xu JQ, Zheng L. Cupping therapy for treating ankylosing spondylitis: The evidence from systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2018;32:187-94.
76. Wang Y, An C, Song S, Lei F, Wang Y. Cupping Therapy for Knee Osteoarthritis: A Synthesis of Evidence. Complement Med Res. 2018;25(4):249-55.
77. Kupa Uygulaması Hakkında Bilgilendirme [İnternet] 2017 [cited 2022 22-10]. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR,24670/kupa-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html#.
78. Ahmadnejad M, Kaboudari A. Maggot therapy-related zoonotic diseases and modern larval therapy solutions to ensure safety. Journal of Zoonotic Diseases. 2020;4(4):1-8.
79. Atay B, Akın Ö, Baktıroğlu S, Kantarcı G, Meriç G, Taycan O. 2020. [cited 2].
80. Greene E, Avsar P, Moore Z, Nugent L, O'Connor T, Patton D. What is the effect of larval therapy on the debridement of venous leg ulcers? A systematic review. Journal of Tissue Viability. 2021;30(3):301-9.

81. Gethin G, Cowman S, Kolbach D. Debridement for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(9):Cd008599.
82. Bulam H, Ayhan S, Sezgin B, Özmen S, Çenetoğlu S. Mezoterapi: iğnenin ucundaki mucize mi, yoksa şişirilmiş balon mu? Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi. 2013;21(2):16-9.
83. Atalık A. Mezoterapi ve Klinik Uygulamalar. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2019;3:115-8.
84. Faetani L, Ghizzoni D, Ammendolia A, Costantino C. Safety and efficacy of mesotherapy in musculoskeletal disorders: A systematic review of randomized controlled trials with meta-analysis. J Rehabil Med. 2021;53(4):jrm00182.
85. Apaydın A, Örsçelik A, Yıldız Y. The effects of prolotherapy in recreational athletes with plantar fasciitis. Spor Hekimliği Dergisi. 2018;53(1):37-46.
86. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in primary care practice. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2010;37(1):65-80.
87. Şen Eİ, Zure İM, Malekifard E, Özcan E. Kronik Nonspesifik Bel Ağrısında Dekstroz Proloterapi. Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences. 2022;25(1).
88. Wee T, Neo E, Tan Y. Dextrose prolotherapy in knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. 2021;19:108-17.
89. Hassan F, Trebinjac S, Murrell WD, Maffulli N. The effectiveness of prolotherapy in treating knee osteoarthritis in adults: a systematic review. British Medical Bulletin. 2017;122(1):91-108.
90. Catapano M, Zhang K, Mittal N, Sangha H, Onishi K, Sa D. Effectiveness of dextrose prolotherapy for rotator cuff tendinopathy: a systematic review. PM&R. 2020;12(3):288-300.
91. Goh S, Jaafar Z, Gan Y, Choong A, Kaur J, Kundakci B, et al. Efficacy of prolotherapy in comparison to other therapies for chronic soft tissue injuries: A systematic review and network meta-analysis. PLoS One. 2021;16(5):e0252204.
92. Didur M, Egorova I, Novoseltsev S, Zinkevich E. Towards a history of the development of osteopathy. History of Medicine. 2021;7(2):161-9.
93. Gesslbauer C, Vavti N, Keilani M, Mickel M, Crevenna R. Effectiveness of osteopathic manipulative treatment versus osteopathy in the cranial field in temporomandibular disorders–a pilot study. Disability and Rehabilitation. 2018;40(6):631-6.
94. Kay L. What is known about experiences, perceptions, and impacts on practitioners and patients due to sex and gender in the chiropractic, osteopathy and physiotherapy professions: a scoping review [Master]: Unitec Institute of Technology; 2018.
95. Regulation of the Osteopathic Profession in Europe [İnternet] 2021 [cited 2023 2 Feb]. 1:[Available from: https://www.osteopatas.org/ficheros/Regulation_of_Osteopaths_Europe_EFFO_ROE.pdf.
96. Osteopati Uygulaması Hakkında Bilgilendirme [İnternet] 2017 [cited 2022 21-10]. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR,24678/osteopati-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html#.
97. Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N. Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. BMC complementary and alternative medicine. 2018;18(1):1-12.
98. Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine. 2021;56:102616.

99. Thomson O, MacMillan A. What's wrong with osteopathy? International Journal of Osteopathic Medicine. 2023;48:100659.
100. Tekçi A. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır. 2017.
101. Jani P, Patel G, Yadav P, Sant L, Jain H. Ozone therapy: the alternative medicine of future. Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2012;2(4):196-203.
102. Calunga JL, Menéndez S, León R, Chang S, Guanche D, Balbín A, et al. Application of ozone therapy in patients with knee osteoarthritis. Ozone: Science & Engineering. 2012;34(6):469-75.
103. Paolucci T, Agostini F, Bernetti A, Paoloni M, Mangone M, Santilli V, et al. Integration of focal vibration and intra-articular oxygen–ozone therapy in rehabilitation of painful knee osteoarthritis. Journal of International Medical Research. 2021;49(2):0300060520986705.
104. Bellomo R, Paolucci T, Giannandrea N, Pezzi L, Saggini R. Ozone therapy and aquatic rehabilitation exercises to overcome the lumbar pain caused by facet joint syndrome–case report. International medical case reports journal. 2020;13:171.
105. Babucçu O. Ozon Terapi: Mit ve Gerçek. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. 2012;19(3):105-12.
106. Ho L, Ke F, Wong C, Wu I, Cheung A, Mao C, et al. Low methodological quality of systematic reviews on acupuncture: a cross-sectional study. BMC Med Res Methodol. 2021;21(1):237.
107. Ghanbari A, Shahrbabaki PM, Dehghan M, Mardanparvar H, Abadi EKD, Emami A, et al. Comparison of the Effect of Reflexology and Swedish Massage on Restless Legs Syndrome and Sleep Quality in Patients Undergoing Hemodialysis: a Randomized Clinical Trial. International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork. 2022;15(2):1.
108. Kern C, McCoart A, Beltranm T, Martoszek M. The Benefits of Reflexology for the Chronic Pain Patient in a Military Pain Clinic. Journal of Special Operations Medicine: a Peer Reviewed Journal for SOF Medical Professionals. 2018;18(4):103-5.
109. Artioli D, Tavares A, Bertolini G. Foot reflexology in painful conditions: systematic review. BrJP. 2021;4:145-51.
110. Yaqi H, Nan J, Ying C, Xiaojun Z, Lijuan Z, Yulu W, et al. Foot reflexology in the management of functional constipation: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2020;40:101198.
111. Öcebe DK, Kolcu M, Kadriye U. Müzik terapi ve yaşlı sağlığı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2019;1(2):112-5.
112. Kızılkaya M, Aksoy E. Otizm Spektrum Bozukluğunda Müzik Terapinin Etkisi ve Hemşirenin Rolü. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;3(2):71-9.
113. Yıldırım M. Müzikle Tedavi: Tarihi, Gelişimi, Bağımlılıklarda Uygulanışı Ve Türkiye'deki Müzik Terapi Uygulamaları. Turkish Academic Research Review. 2021;6(2):477-97.
114. Vinolo Gil M, Casado Fernández E, Perez Cabezas V, Gonzalez Medina G, Martín Vega F, Martín Valero R. Effects of the Combination of Music Therapy and Physiotherapy in the Improvement of Motor Function in Cerebral Palsy: A Challenge for Research. Children. 2021;8(10):868.
115. Ruotsalainen J, Carlson E, Erkkilä J. Rhythmic exercises as tools for rehabilitation following cerebellar stroke: A case study integrating music therapy and physiotherapy techniques. Nordic Journal of Music Therapy. 2022:1-23.

116. Yapalı G, Arslan S, Aksoy CC, Yılmaz NA. Physiotherapy and rehabilitation students' knowledge, attitudes, and behaviors related to complementary and alternative medicine practices. Izmir Democracy University Health Sciences Journal. 2022.
117. Bradbury K, Bishop F, Yardley L, Lewith G. Patients' appraisals of public and private healthcare: a qualitative study of physiotherapy and osteopathy. Journal of health psychology. 2013;18(10):1307-18.
118. Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp ile İlişkilerde Etik. 2009.
119. Mak J, Mak L, Shen Q, Faux S. Perceptions and attitudes of rehabilitation medicine physicians on complementary and alternative medicine in Australia. Intern Med J. 2009;39(3):164-9.
120. Wahner Roedler D, Vincent A, Elkin P, Loehrer L, Cha S, Bauer B. Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: a survey at an academic medical center. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2006;3(4):495-501.
121. Huber K, Scherff B. Use of alternative approaches by physical therapists in Michigan: Grand Valley State University; 1995.
122. Yapalı G, Arslan S, Aksoy CC. Knowledge, Practice, and Attitudes About Complementary and Alternative Medicine Among Physiotherapists in Turkey. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;4(3):269-77.
123. Featherstone C, Godden D, Gault C, Emslie M, Took-Zozaya M. Prevalence study of concurrent use of complementary and alternative medicine in patients attending primary care services in Scotland. American Journal of Public Health. 2003;93(7):1080-2.
124. Gall A, Anderson K, Adams J, Matthews V, Garvey G. An exploration of healthcare providers' experiences and perspectives of Traditional and complementary medicine usage and disclosure by Indigenous cancer patients. BMC complementary and alternative medicine. 2019;19:1-9.
125. Koçdaş M. Hekim, Hemşire ve Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları [Yüksek Lisans Tezi]: Marmara Universitesi; 2013.
126. Doğanay S, Güzel D, Öztürk D, Tanyeli A. Tamamlayıcı ve alternatif tıp: Türk Sağlık Bilimleri ve Tıp öğrencileri arasında bilgi, tutum ve kullanma durumları. J Contemp Med. 2018;8:48-54.
127. Rittig Rasmussen B. Physiotherapy and acupuncture practice in Denmark. Physical Therapy Reviews. 2011;16(2):113-7.
128. Cerritelli F, Lunghi C, Esteves J, Vaucher P, Dun P, Alvarez G, et al. Osteopathy: Italian professional profile. A professional commentary by a group of experts of the European community of practice. International Journal of Osteopathic Medicine. 2021;40:22-8.
129. Bjerså K, Stener Victorin E, Fagevik Olsén M. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. BMC complementary and alternative medicine. 2012;12(1):1-10.
130. Lafçı D, Kaşıkçı MK. Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1114-31.
131. Demir E. Sağlık çalışanlarının geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerine yönelik bilgi, tutum ve davranışları: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
132. Aldora B. Öğretim üyelerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

8. EKLER

EK-1: Anket Formu

İzmir ilinde yaşayan fizyoterapistler tarafından yapılan Akademisyen ve Klinisyen Fizyoterapistlerin Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına yönelik online anket çalışması
Aşağıdaki sorular 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamında bulunan yöntemlere (Akupunktur, Apiterapi, Fitoterapi, Hipnoz, Sülük Uygulaması, Homeopati, Kayropraktik, Kupa Uygulaması, Larva Uygulaması, Mezoterapi, Proloterapi, Osteopati, Ozon Uygulaması, Refleksoloji ve Müzikterapi) yönelik sorulmuştur.

Anket formu

1. **Cinsiyetiniz:**

( ) Kadın ( ) Erkek

2. **Yaşınız……**
3. **Mesleki durum:**

( ) Akademisyen ( ) Klinisyen

4. **Görev aldığınız kurum:**

( ) Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ( ) Fizik tedavi dal merkezi ( ) Yaşlı bakım merkezi ( ) Özel Hastane ( ) Devlet hastanesi ( ) Sağlıklı yaşam merkezi ( ) Devlet üniversitesi akademisyen ( ) Vakıf üniversitesi akademisyen ( ) Diğer

5. **Mesleğinizde kaçıncı yılınız …….**
6. **GTAT yöntemleri hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?**

( ) Hiç bilgim yok ( ) Kısmen bilgim var ( ) Orta düzeyde biliyorum ( ) Çoğunlukla biliyorum ( ) Tam olarak biliyorum

7. **Aşağıdaki GTAT yöntemlerinden hangilerini duydunuz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi ( )

8. **GTAT yöntemleri ile ilgili bilgilerinizi nerelerden edindiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

( ) Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ( ) Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi ( ) Medya ( ) Aktar ( ) Kitap/Dergi/Gazete ( ) Arkadaş/Çevre ( ) Diğer……..

9. **GTAT yöntemleri ile ilgili kurs/sertifika programına katıldınız mı? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

Evet ( ) Hayır ( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması ( ) Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi ( )

10. **GTAT yöntemlerinden herhangi birini hastalarınıza önerdiniz mi? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

Evet ( ) Hayır ( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi ( )

11. **GTAT yöntemlerinden herhangi birini hastalarınıza uyguladınız mı? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

Evet ( ) Hayır ( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi ( )

12. GTAT yöntemlerinden herhangi biri size uygulandı mı? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Evet ( ) Hayır( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi

13. Ailenizde GTAT yöntemlerinden herhangi birini kullanan var mı? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Evet ( ) Hayır ( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi

14. GTAT uygulamalarının faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

( ) Kesinlikle düşünüyorum ( ) Çoğunlukla düşünüyorum ( ) Kararsızım ( ) Çoğunlukla düşünmüyorum

15. Sizce hangi hastalık gruplarında GTAT uygulamaları faydalıdır?

( ) Kas-iskelet sistemi hastalıkları ( ) Pediatrik hastalıklar ( ) Nörolojik hastalıklar ( ) Sporcu yaralanmaları ( ) Kalp ve solunum hastalıkları ( ) Kadın hastalıkları ( ) Kanser ( ) Romatolojik hastalıklar ( ) Üriner sistem hastalıkları ( ) Yara ve yanık ( ) Diğer

16. GTAT yöntemlerinden herhangi birini kullanan hastanız var mı? (Evet seçeneğini işaretlediyseniz hangisi/hangileri olduğunu belirtiniz, birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Evet ( ) Hayır ( ) Bilmiyorum ( )

Akupunktur ( ) Homeopati ( ) Proloterapi ( ) Apiterapi ( ) Kayropraktik ( ) Osteopati ( ) Fitoterapi ( ) Kupa uygulaması/Hacamat ( ) Ozon uygulaması ( ) Hipnoz ( ) Sülük uygulaması ( ) Mezoterapi ( ) Müzikterapi ( )

17. Hastaların GTAT yöntemlerini kullanma nedeni sizce nedir?

( ) Tedavilerle ilgili yeterince bilgi alamadıkları için ( ) Doktoru önerdiği için ( ) Aldığı tedaviye destek olduğunu düşündükleri için ( ) Çevresinden kullanımı ile ilgili yararı olduğunu duyduğu için ( )Diğer……

18. GTAT uygulamalarının kullanılabilirliği ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

( ) Herhangi bir hastalığın tedavisinde kanıta dayalı tıp uygulamalarının yerine tek başına kullanılabilir ( ) Kanıta dayalı tıp uygulamalarını aksatmayacak şekilde destek olarak kullanılabilir ( ) Kesinlikle kullanılmamalı

19. GTAT yöntemleri ile ilgili kimler yetkindir?

( ) Hekim ( ) Fizyoterapist ( ) Diğer yardımcı sağlık personeli ( ) Sağlık personeli dışındaki kişiler

20. GTAT yöntemleri uygulamaları için herhangi bir belge gerekir mi?

( ) Evet ( ) Hayır

21. GTAT yöntemlerinin kullanımı kanıta dayalı tıp uygulamasını engelliyor/aksatıyor mu?

( ) Kesinlikle aksatıyor ( ) Çoğunlukla aksatıyor ( ) Fikrim yok ( ) Çoğunlukla aksatmıyor

( ) Kesinlikle aksatmıyor

22. GTAT yöntemlerinin dini ve kültürel konularla ilişkisi olduğunu düşünüyor musunuz?

( ) Kesinlikle düşünüyorum ( ) Çoğunlukla düşünüyorum ( ) Fikrim yok ( ) Çoğunlukla düşünmüyorum ( ) Kesinlikle düşünmüyorum

23. GTAT yöntemlerinden herhangi biri ile ilgili eğitim almak ister miydiniz?

( ) Kesinlikle istiyorum ( ) Çoğunlukla istiyorum ( ) Fikrim yok ( ) Çoğunlukla istemiyorum ( ) Kesinlikle istemiyorum

24. Herhangi bir hastanızın tedaviniz dışında GTAT tedavisi almasını nasıl değerlendirirsiniz?

( ) İlgilenmem ( ) Desteklerim ( ) Karşı çıkarım ( ) Aldığı GTAT uygulamasını sorgularım, tedavime olumlu ya da olumsuz etkilerini değerlendirmek isterim

EK-2: ETİK ONAY FORMU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Bayram Ünver

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7066-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Akademisyen ve Klinisyen Fizyoterapistlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Bayram Ünver FTR Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2022/10-11**	**Tarih:16.03.2022**
	Prof.Dr. Bayram Ünver'in sorumlusu olduğu **"Akademisyen ve Klinisyen Fizyoterapistlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ile İlgili Bilgi ve Tutumları"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-3 ÖZGEÇMIŞ



KERİM ONUR AKSEL

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi
Telefon
E-posta
İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

04 Mart 2021 - Şu Anda (2 yıl 1 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ORTOPEDİK FİZYOTERAPİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.86 / 4.0

26 Eylül 2016 - 06 Temmuz 2020 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON FAKÜLTESİ, FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON PR.
Diploma Numarası: 20-762-113
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.99 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Eylül 2022 - 01 Kasım 2022 (3 ay) (Yarı Zamanlı)
FİZYOTERAPİST, MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI

01 Ağustos 2020 - 01 Haziran 2021 (11 ay) (Tam Zamanlı)
FİZYOTERAPİST, MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

ALMANCA (Okuma: Başlangıç, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Başlangıç)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0