

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN DİYABET HASTALARININ GETAT (GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP) KULLANIM DURUMU, GETAT HAKKINDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra BİLİK SEZER

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2024



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN DİYABET HASTALARININ GETAT (GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP) KULLANIM DURUMU, GETAT HAKKINDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra BİLİK SEZER

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Yardımcı Tez Danışmanı: Uzm.Dr. Gizem LİMNİLİ

İZMİR 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
TABLOLAR DİZİNİ ii
KISALTMALAR iii
ÖZET iv
ABSTRACT v
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1.Diyabetes Mellitus 2
2.1.1.Diyabetes Mellitus Tanımı ve Önemi 2
2.1.2.Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi 2
2.1.3.Diyabetes Mellitus Klinik Semptomları 2
2.1.4. Diyabetes mellitus tanı kriterleri ve sınıflaması 3
2.1.5. Diyabetes mellitusun komplikasyonları 3
2.1.6. Diyabetes mellitus tanılı hastalarda getat kullanım durumu 4
2.2. GELENEKSEL ve TAMAMLAYICI TIP (GETAT) 4
2.2.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (getat) tanım ve kavramlar 4
2.2.2.Dünya'da GETAT 4
2.2.3. Türkiye'de GETAT 5
2.2.4. Türkiye'de uygulamaya izin verilen yöntemler 6
2.2.4.1.Akupuntur 6
2.2.4.2.Apiterapi 7
2.2.4.3. Fitoterapi 7
2.2.4.4.Hipnoz 8
2.2.4.5. Hirudoterapi (Sülük Tedavisi) 8
2.2.4.6. Homeopati 9
2.2.4.7. Kayropraktik 9
2.2.4.8. Kupa Uygulaması 9
2.2.4.9. Larva Uygulaması 10
2.2.4.10. Mezoterapi 10
2.2.4.11. Proloterapi 11
2.2.4.12. Osteopati 11

2.2.4.13. Ozon uygulaması 11
2.2.4.14. Refleksoloji 12
2.2.4.15. Müzik terapi 12
GEREÇ VE YÖNTEMLER 13
3.1. Araştırma Modeli 13
3.2. Araştırma Evreni ve Hasta Seçimi 13
3.3. Verilerin Toplanması 13
3.4.Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi 14
4. BULGULAR: 15
4.1.Hastaların özellikleri 15
4.2. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların karşılaştırması 22
4.3. GETAT tutum ölçeği skorlarının değerlendirilmesi 26
5.TARTIŞMA 33
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 41
7.KAYNAKÇA 44
8.EKLER 55
Ek-1:Eğitim Asm'ye Başvuran Diyabetes Mellituslu Hastaların Getat (Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp) Kullanım Durumu, Getat Hakkındaki Tutum Ve Davranışları 55
Ek-2:Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği 59
Ek-3: Etik Kurul Onayı 61

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım sayın Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a ve tez danışman yardımcım Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye; uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince ayırdığı vakit, verdiği destek, gösterdiği sabır ve değerli katkıların yanında ufkumuzu açıp bizleri daha iyisini yapabileceğimize inandırdığı için teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistan eğitimim süresince sahip olduğu bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, iyi bir aile hekiminin nasıl olması gerektiğini bana öğreten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana gösteren, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr.Vildan Mevsim, Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL, Doç. Dr. Tolga GÜNVAR, Doç. Dr. Neslişah Tan, Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu süreçte bana her türlü desteği sunan, sabırla yanımda olan ve moral kaynağım olan eşim Selim Sezer'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Her zaman yanımda olan, bana güç veren ve bu yolculukta hep destek olan eşim, bu başarının en değerli paydaşlarındandır.

Ayrıca, hayatta karşılaştığım her zorluğun üstesinden gelmemde bana rehberlik eden, ilk öğretmenim ve hayatımın en değerli öğreticisi olan babam Ali Bilik'e, vefatından sonra da hep kalbimde yaşatacağım öğretileri ve sevgisiyle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Onun değerli öğretileri ve yaşamıma kattığı anlayış, bana her zaman yol gösterici oldu.

Son olarak, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde ve hayatımın her anında bana destek olan, sevgisiyle bana güç veren canım aileme de teşekkürlerimi iletmek istiyorum. Onların sevgisi, anlayışı ve desteği olmadan bu süreçleri aşmak çok daha zor olurdu.

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Tüm hastaların demografik verileri

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

Tablo 3. Hastaların GETAT konusundaki bilgilerinin dağılımı

Tablo 4. GETAT uygulaması olan hastaların GETAT tür dağılımları

Tablo 5. GETAT kullanım nedenleri

Tablo 6. GETAT uygulayan hastaların özellikleri

Tablo 7. Hastaların GETAT Tutum Ölçeği skorları

Tablo 8. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 9. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların diyabet klinik özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 10. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların GETAT Tutum Ölçeği değerlendirmesi

Tablo 11. GETAT tutum ölçeği skorlarının demografik gruplara göre değerlendirmesi

Tablo12. GETAT tutum ölçeği skorlarının DM klinik özelliklerine göre değerlendirmesi

KISALTMALAR

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

TURDEP-2: Diyabet, Hipertansiyon,Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması -2

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

NIH: National Institutes of Health

NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health

FDA: Food and Drug Administration

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

VKİ:Vücut Kitle İndeksi

HT: Hipertansiyon

OAD: Oral Antidiyabetik

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

ÖZET

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN DİYABET HASTALARININ GETAT (GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP) KULLANIM DURUMU, GETAT HAKKINDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra BİLİK SEZER

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Danışman:Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Yardımcı Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Diyabet Mellitus (DM) hastalarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kullanımını ve GETAT' a karşı tutumları belirlemektir.

Yöntem: Çalışma, Üniversite Sağlık Merkezlerinde kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. 18 yaş ve üzeri diyabetli hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü 307 olarak hesaplanmış ve basit rastgele örnekleme yöntemiyle 363 katılımcı çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır. Sosyo-demografik veriler ve Tamamlayıcı, Alternatif ve Konvansiyonel Tıp Tutum Ölçeği (CACMAS) içeren bir form yüz yüze uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %61,2'si kadın olup, yaş ortalaması 59,8±11,3 (min-max= 25,0-82,0) olarak bulunmuştur. DM süresi ortalaması ise 9,2±6,2 (min-max= 1,0-25,0) yıldır. Hastaların %51,2'si GETAT hakkında bilgi sahibi olmuş, %28,1'i en az bir yöntem kullanmıştır. En popüler GETAT yöntemleri, hacamat, akupunktur ve kuru hacamattır. Toplam CACMAS puanı 99,1±19,1 (min-max= 45,0-176,0) olarak bulunmuştur. Toplam CACMAS puanı, >65 yaş ($p=0,008$), kadınlar ($p<0,001$), retinopati ($p=0,01$), nöropati ($p=0,002$) ve nefropati ($p=0,03$) olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: GETAT kullanımı, diyabetli hastalarda yüksek bulunmuştur. En sık başvurulan sağlık hizmeti sağlayıcıları olan aile hekimlerinin, hastalarının GETAT kullanımı konusunda farkında olmaları, tedavi optimizasyonunu sağlamak, bitkisel ilaç-etkileşimlerini önlemek ve diyabet tedavisine uyumu artırmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet Mellitus, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Complementary and Alternative Medicine Use Among Diabetes Mellitus Patients in University Family Health Care Centers in İzmir, Turkey: A Cross Sectional Analytic Study

Dr. Büşra BİLİK SEZER

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine The Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

Assistant Thesis Advisor: Uzm. Dr. Gizem LİMNİLİ

Aim: This study aims to determine Complementary and alternative medicine (CAM) use and attitudes towards CAM in DM patients.

Method:A cross-sectional study was conducted at University Health Care Centers. Patients aged ≥18 years old with diabetes were recruited. The sample size was calculated as 307 and using simple random sampling 363 participants were volunteered to participate in the study. A form including Socio-demographic data and Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale (CACMAS) was used and applied face-to-face.

Results: Of the participants 61.2% were women and mean age was 59,8±11,3 (min-max= 25,0-82,0). The mean DM duration was 9,2±6,2 (min-max= 1,0-25,0) years. Of the patients 51.2% had heard about CAM and 28.1% had used at least one method. Most popular CAM were wet cupping, acupuncture and dry cupping. Total CACMAS score was found to be 99.1±19.1 (min-max= 45.0-176.0). Total CACMAS score was higher in patients >65 age ($p=0.008$), women ($p<0.001$), those with retinopathy ($p=0.01$), neuropathy ($p=0.002$); and nephropathy ($p=0.03$).

Conclusıon:CAM use was high in patients with diabetes. Family physicians which are the most common visited health care providers, should be aware of their patients' use of CAM to ensure treatment optimization, avoid herb-drug interactions, and promote medication compliance in diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, complementary and alternative medicine, family health care

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Diyabetes mellitus; pankreas insülin sekresyonunun mutlak veya görece yetersizliği veya insülin etkisizliği ya da insülin molekülündeki yapısal bozukluklar sonucu gelişen, hiperglisemi ve glukagon yüksekliği ile karakterize; karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmalarının bozukluğu ile seyreden, akut metabolik ve kronik dejeneratif komplikasyonlara neden olan bir sendromdur (1).

Tüm dünyada ölüm nedenlerinin içinde kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra gelen Diyabetes Mellitus (DM) ömür boyu süren ve eşlik eden komplikasyonları ile yaşam kalitesi ve maliyetleri ciddi derecede etkileyen önemli bir kronik hastalıktır (2).

Günümüzde, sıklığı ve yarattığı sorunlar nedeniyle diyabet, önemi giderek artan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (3). 2017 yılı itibariyle diyabetli birey sayısı dünyada tahmini olarak 425 milyon' dur (4). 2012 yılında Diyabet ve optimalden yüksek kan şekeri 3,7 milyon ölümden sorumlu tutulmaktadır (4).

Diyabet, dünya genelinde giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve etkileri sadece bireyleri değil, aynı zamanda toplumları da etkilemektedir. Diyabetin etkili bir şekilde yönetilmesi ve tedavi edilmesi, hastaların yaşam kalitesini artırabilirken, komplikasyon risklerini de azaltabilir. Bu bağlamda, geleneksel tıbbın yanı sıra tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin de diyabet hastalarının tedavi ve sağlık yönetimi süreçlerinde etkili bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tanımı ve içeriği ülkeden ülkeye, kurumdan kuruma değişmekle birlikte DSÖ göre; "Geleneksel ve tamamlayıcı tıp" 'fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür' şeklinde tanımlamıştır (5,6).

Yaşam süresinin artması nedeniyle, bakım ve tedavisi güç, kronik, dejeneratif ve malign hastalıklardaki artış, yeni teknolojilerin yüksek maliyeti, tedavi olanaklarına ulaşımdaki güçlükler, sağlık ekibi üyelerinin yeterli zaman ayıramayışı, güncel bakım ve tedavi yöntemlerine karşı duyulan kuşku ve olası yan etkilerinden korku nedenleriyle geleneksel ve tamamlayıcı tedavi (GETAT) yöntemlerine olan ilgi artmıştır. İnsanların daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, ilaçların yan etkilerini azaltma, immün sistemi güçlendirme, umutsuzluk duygusundan kurtulma, sağlıklı davranışları güçlendirme, gerginlik ve kontrol kaybından kaçınma gibi çeşitli nedenlerle GETAT uygulaması kullandıkları belirtilmektedir (7).

Sağlık Bakanlığı'nca tescil edilmiş sertifikaya sahip hekimler tarafından uygulanabilen 15 adet GETAT yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; Mezoterapi, Ozon terapi, Kupa terapi, Fitoterapi, Akupunktur, Apiterapi, Hirudoterapi (sülük), Müzik terapi, Proloterapi, Osteopati, Refleksoloji, Homeopati, Karyopraktik, Hipnoz, Larva uygulamalarıdır (8).

Literatür incelendiğinde, diyabetli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma oranları diğer hasta gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (9).

GETAT yöntemlerinin kullanılma sebepleri olarak; diyabet tedavisin yan etkileri, maliyetinin uygun olması, reçete edilmeden kolay erişebilir olması ve ilaç tedavisine uyum sürecini artırması olarak gösterilmiştir (10,11).

Çalışmamızda geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımının yaygınlığını ve etkinliğini değerlendirmek, GETAT yaklaşımlarının diyabet hastaları arasında nasıl bir dengeye sahip olduğunu anlamak, sağlık hizmetlerinin daha iyi uyarlanmasına ve hastaların kendi sağlık yönetimlerini daha iyi şekillendirmelerine yön vermesi amaçlanmıştır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanım durumunu, bu tıp yöntemlerine yönelik tutumlarını ve bu yöntemleri nasıl kullandıklarını incelemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımının diyabet hastaları üzerindeki etkilerini anlamak ve bu bilgilerin diyabet yönetimini ve hastaların yaşam kalitesini nasıl etkileyebileceğini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Diyabetes Mellitus

2.1.1.Diyabetes Mellitus Tanımı ve Önemi

Diyabetes Mellitus (DM), insülin yetersizliği veya insülin kaynaklı defektler nedeni ile organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, makrovasküler ve mikrovasküler komplikasyonlar ile seyredebilen, küresel anlamda prevalansı hızla artan, düzenli tıbbi bakım gerektiren, kronik seyirli, multisistemik bir metabolizma hastalığıdır (12).

2.1.2.Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi

Diyabetes mellitus'un görülme sıklığı ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber, hastalığın görülme prevalansı gittikçe artmaktadır (13,14). 2017 yılında dünyada 425 milyon diyabetli birey mevcutken, 2045 yılında 629 milyon diyabetli olacağı tahmin edilmektedir (15).

Ülkemizde de diyabetes mellitus'u olan birey sayısı gün geçtikçe artmakta ve dünyadaki artış hızına paralellik göstermektedir. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) çalışmasına göre 12 yılda (1998-2010) ülkemizde diyabet görülme sıklığı %90 artmış ve %7,2'den %13,7'ye yükselmiştir (16).

Diyabet prevalansı ülkemizde 20-79 yaş arasında 2011 yılında 3.5 milyon (%8.1) iken 2021 yılında bu sayı 9 milyona (%14.5) yükselmiştir. Bu hızlı artış ülkemizde diyabetin önemli bir sorun olduğunu ve diyabet ile ilişkili hastalıkların sağlık harcamalarında büyük bir paya sahip olduğunu ve engellenmesi için çalışmalar yapılmasının önemini ortaya koymaktadır (17,18).

2.1.3.Diyabetes Mellitus Klinik Semptomları

Diyabetes mellitus hastalığında temel hedef yüksek yaşam kalitesi ve metabolik kontrolü sağlayarak komplikasyonları en aza indirmektir. Günümüzde hasta takibi ve laboratuvar tetkik istemlerinin artması nedeniyle hastalar asemptomatik iken diyabet tanısı alabilmektedir.

Diyabet; halsizlik, yorgunluk, polifaji, poliüri, polidipsi, noktüri, iştahsızlık, ağızda kuruluk gibi belirgin semptomlarla ve görme bozukluğu, nedeni bilinmeyen kilo kaybı, spesifik olmayan kaşıntı, tedaviye yanıtsız enfeksiyonlar daha az görülen semptomlarla ilişkilidir (19).

2.1.4. Diyabetes mellitus tanı kriterleri ve sınıflaması

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin önerdiği tanı kriterleri;

A. Açlık plazma glikozu (8 saatlik açlık) ≥ 126 mg/dl

B. Rastlantısal plazma glikozu ≥ 200 mg/dl + diyabet semptomları

C. Oral glikoz tolerans testi (OGTT) (75gr) 2. Saat plazma glikozu ≥ 200 mg/dl

D. HbA1c ≥ %6,5

Bu dört kriterden sadece birinin varlığı tanı için yeterlidir (20).

Diyabetin klasik semptomları; iştahsızlık, halsizlik, çabuk yorulma, ağız kuruluğu, nokturi, poliüri, polidipsi, polifaji iken daha az görülen semptomlar; bulanık görme, açıklanamayan kilo kaybı, inatçı enfeksiyonlar, tekrarlayan mantar enfeksiyonları ve kaşıntı olarak sıralanabilir (21).

Diyabetin etiyolojik sınıflamasında dört klinik tip yer almaktadır. Bunlardan tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve GDM primer; spesifik diyabet tipleri ise sekonder diyabet formlarıdır (20).

A. Tip1 DM: Genellikle mutlak insülin eksikliğine sebep olan b-hücre yıkımı vardır.

a. İmmün aracılıklı: Olguların %95 ini teşkil eder. >% 90 oto antikor vardır.

b. İdiyopatik: Olguların % 5 ini teşkil eder ve oto antikor yoktur.

B. Tip2 DM: İnsülin direnci, görece insülin yetmezliği ve insülin direnci zemininde ilerleyici insülin salınım defekti vardır.

C. Gestasyonel DM: Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğum sonrası düzelen diyabet formudur.

D.Diğer spesifik DM tipleri (20,21)

2.1.5. Diyabetes mellitusun komplikasyonları

Diyabetin akut komplikasyonları; hipoglisemi, laktik asidoz, ketoasidoz ve non-ketotik hiperosmolar komadır.

Diyabetin kronik komplikasyonlarından makrovasküler komplikasyonlar aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, aritmiler, kalp yetmezliği, ani kardiyak ölüm ve mikrovasküler komplikasyonlar ise retinopati, nefropati, nöropatidir (22).

2.1.6. Diyabetes mellitus tanılı hastalarda getat kullanım durumu

Diyabet hastalığı kronik bir hastalık olduğu için, yaşam tarzı ve alışkanlıklarında değişiklik yapması, tedaviye uyum sağlaması ve hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmesi gerekmektedir. Hastalar bu süreçte diyabet komplikasyonları ve yaşam tarzında değişikliklerin davranışa dönüştürülmesine ilişkin zorlu bir süreç geçmekte olup sıklıkla tıbbi tedavilere ek olarak tamamlayıcı tedavilere yönelebilmektedirler (23).

Diyabetus mellitus'lu hastalar hastalıkla başa çıkma ve hastalığın kontrolü için fitoterapi, akupunktur başta olmak üzere birçok GETAT yöntemini kullanmaktadırlar (24). Diyabetus mellitus'lu hastalarla yapılan çalışmalarda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması kullanım düzeylerinde farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte Bahreyn'de %63,0 (24), İngiltere'de %57,0 (25), Nijerya'da %46,0 (26), Sidney'de %46,3 (27), Türkiye'de %38,3-%77,9 (28-32) olarak bildirilmektedir.

2.2. GELENEKSEL ve TAMAMLAYICI TIP (GETAT)

2.2.1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (getat) tanım ve kavramlar

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tanımı ve içeriği ülkeden ülkeye, kurumdan kuruma değişmekle birlikte DSÖ göre; "Geleneksel ve tamamlayıcı tıp" ı; 'fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür' şeklinde tanımlamıştır (33).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramı yerine literatürde kullanılan diğer isimler: Geleneksel Tıp (Traditional Medicine), Alternatif tıp (Alternative Medicine), Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (Complementary and Alternative Medicine (CAM), Konvansiyonel Dışı Tıp (Nonconventional Medicine), Bütünleyici Tıp (İntegratif Medicine), Bütünsel Tıp (Holistic Medicine)dır.

Ülkemizde ise "tıbbın alternatifi olmaz" stratejisiyle 2014'te yayınlanan 'Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde 'Tamamlayıcı Tıp' ve 'Geleneksel Tıp' kavramları kullanılmış olup "alternatif tıp" kavramı kullanılmamıştır (34).

Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında Birleşik Devletler 'de Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCIH) kurulmuştur. Bu merkezin amacı; tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların geleneksel tedavilere katılımını sağlamaktır (35). NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health) a göre modern tıbba ek olarak yardımcı yöntemler olarak kullanıldığında Tamamlayıcı Tıp, modern tıbbın yerine kullanıldığında Alternatif Tıp denir (36).

2.2.2.Dünya'da GETAT

DSÖ tarafından Geleneksel ve tamamlayıcı tıp küresel sağlık sisteminin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (37). GETAT birçok ülkenin yaygın olarak kullandığı ve kullanımı giderek artan bir uygulamadır. Asya ve Latin Amerika'da popülasyonlar, tarihsel koşullar ve kültürel inançların bir sonucu olarak GETAT

kullanımı artmakla birlikte Afrika'da nüfusun %80'i sağlık ihtiyaçları için GETAT'ı kullanmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede de Geleneksel Tıp popüler hale gelmekle birlikte Çin'de GETAT tüm sağlık sisteminin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır (37).

Dünya genelinde GETAT uygulaması kullanım sıklığı; DSÖ 'nün 2000 yılında yayınladığı verilere göre Afrika'da %80, Kanada'da %70, Avustralya'da %48, Amerika Birleşik Devletleri'nde %42, Belçika'da %38, Fransa'da %49 olarak tespit edilmiştir (38).

DSÖ 2019 da Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Global Raporu'nu yayınlamıştır. 179 ülkenin katkıda bulunduğu bu rapora göre (39); 1999 da sadece 25 üye devletin ulusal GETAT politika ve programı varken 2018 de bu sayı 98'e yükselmiştir ve ulusal veya eyalet düzeyinde kanun ve yönetmeliği olan ülke sayısı 44'ten 109'a yükselmiştir. Ayrıca ulusal uzman kurul oluşturulan üye ülke sayısı 1999 da 32 iken 2018'de 93'e yükselmiştir. Bazılarında kamu sağlık sigortası kapsamında iken bazılarında özel sağlık sigortası kapsamında olmakla birlikte GETAT uygulamalarının sağlık sigortası kapsamına alındığı üye ülke sayısı 2012'de 37 iken 2018'de 45'e yükselmiştir.

Avrupa komisyonu tarafından finanse edilen Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) kullanımını araştırmak üzere Avrupa'da büyük CAMbrella projesi 2010-2012 yılları arasında rapora göre(40); çalışma verileri farklı zamanlarda ve farklı tanımlamalarla toplanmakla birlikte genel olarak, herhangi bir zamanda herhangi bir TAT türünün kullanım yaygınlığı %0,3-%86 arasında olduğu bildirilmiştir (medyan% 29, ortalama %30, mod %10). Rapor edilen çalışmalara göre ülkelerde TAT kullanım oranları Almanya %4,6-62, Türkiye %48-86, İsviçre % 5-57, İsveç % 5-64, Norveç% 9-53, Danimarka % 45-59, İtalya % 16-84, İsrail% 5-43, Finlandiya% 11-43, İspanya% 15-47. En çok kullanıldığı rapor edilen yöntemler ise Bitkisel İlaç %5.9–48.3, Homeopati %2-27, Kayropraktik %0,4-28,8, Akupunktur %0,44-23, Refleksoloji %0,4-21'dir (41).

2.2.3. Türkiye'de GETAT

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamalarına yönelim özellikle sağlığı korumak ve kronik hastalıklarla başa çıkmada eğilimi arttırmıştır.

Türkiye'de GETAT alanındaki ilk düzenlemeler ''Akupunktur Tedavi Yönetmeliği'' ile 1991 yılında yapılmıştır. Yönetmeliğin amacı, akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasını sağlamaktır (42). 2002 yılında ise Özel sağlık kuruluşlarında Akupunktur tedavisinin düzenlenmesi hakkında yönetmelik yayınlanmıştır (43). Bakanlar kurulu kararınca 2011'de çıkartılan kararnamede GETAT hakkında düzenleyici ve denetleyici faaliyetleri yapma yetkisi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir (44).

2014 yılında "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yayınlanmış olup bu yönetmelikle, sağlık profesyonelleri dışında GETAT uygulaması yapılması yasaklanarak bu işlemlerin sadece sertifikalı hekim, uzman hekim ya da diş hekimi tarafından yapılması gerektiği belirtilmiştir. Bir hekimin gözetiminde olacak

şekilde sertifikalı yardımcı sağlık personelleri tarafından da bu işlemlerin yapılabileceği belirtilmiştir (45). Bu yönetmeliğe göre 15 ayrı uygulama için sertifikasyon programı düzenlenmiştir. Bunlar; refleksoloji, karyopraktik, fitoterapi, apiterapi, hirudoterapi (sülük), kupa terapisi (hacamat), hipnoz, mezoterapi, ozon terapisi, akupunktur, proloterapi, larva uygulaması, osteopati , müzik terapi ve homeopati' dir (45).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı istatistiklerine göre Mart 2021 tarihi itibariyle uygulama merkezleri ve ünitelerde en fazla akupunktur, ozon ve kupa tedavisi yöntemlerinin uygulandığı ve diğer uygulamalarda da sıklığın arttığı belirtilmiştir (46).

Ülkemizde farklı hastalıklarda GETAT yöntemlerinin kullanım oranının %25,2- 86,3 aralığında olduğu belirtilmektedir (47). Bazı illerde GETAT kullanım yöntemlerine yönelik çalışmalar yapılmış olup, Eskişehir'de bireylerin %60'ının (48) Kayseri'de %65,8 bu yöntemleri kullandığı (49), İzmir'de 60 yaş üzerinde ise kullanım oranının %98,3'e ulaştığı görülmüştür (50).

GETAT kullanımına dair Türkiye'de yapılan çalışmalar çoğunlukla kanser hastalarıyla yapılmasından dolayı kanser tanısı almış hastalar dışında yetişkinlerin bu tür tedaviler konusundaki bilgi ve kullanım düzeylerine ilişkin çalışmalar ise oldukça sınırlıdır (51).

2.2.4. Türkiye'de uygulamaya izin verilen yöntemler

2.2.4.1.Akupuntur

Akupunktur latince iğne (acus) ve batırma, delme (punctura) kelimelerinden oluşmaktadır. Akupunktur endokrin, limbik ve otonom sinir sistemlerinin bir uyum içinde çalışmasını amaçlamaktadır. Geleneksel Çin tıbbı felsefesine göre; bütün evrende canlı, cansız her yerde ve her şeyde var olan enerji akışları arasındaki birlik, denge ve uyuma dayanır. Bu felsefeye göre, her canlının "Qi" olarak adlandırılan bir içsel enerjisi vardır. Bu enerji canlıların bünyesinde doğal bir akışı izlemektedir. Bu enerji bedende "meridyen" veya "kanal" ismi verilen bir düzen içinde akmaktadır. Bu akış bozulduğunda ise hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Akupunkturun temel aldığı sistem bu enerji akışının devamlılığını sağlamak üzerine kurgulanmıştır. Çin tıbbında; birçok meridyenlerin üstünde bulunan özel bölgelere iğne yerleştirilmesiyle; bedende ki Qi akışı etkilenmektedir (52,53).

Akupunkturda çelik, gümüş ve altın akupunktur iğneleri akupunktur noktalarının anatomik durumuna göre farklı derinliklere batırılır (54). Akupunktur uygulamasında kullanılacak iğne miktarı; hastanın iğne duyarlılığı ve şikayetlerin olduğu lokalize bölge ile ilişkilidir. İğneler tekrar kullanılmamalı, uygulanarak her bölge için steril iğne tercih edilmelidir. Tedavi genellikle 10- 30 dk sürmektedir. İğne ilgili anatomik bölgeye yerleştirilip beklenebildiği gibi iğnelere manuel veya elektriksel stimülasyon da yapılabilmektedir. Akupunktur uygulamasının etkili olduğu hastalarda, genellikle 3-4 haftalık tedavi ile şikayetlerin hafifleyeceği düşünülmektedir. Eğer ki deneme sürecinde hasta rahatlamazsa tedavinin etkili olmayacağı öngörülerek sonlandırılmalıdır (55).

Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıpta resmi olarak kabul gören ilk uygulama akupunkturdur (56).

2000 yılında DSÖ tarafından yayımlanan akupunktur kılavuzunda uygulamanın endikasyonlarını sıralamak yerine akupunkturun yalnızca kontrendikasyonları belirtilmiştir. Bu kontrendikasyonlar; gebelik, acil cerrahi gerektiren durumlar, kanama ve pıhtılaşma bozukluğu olan hastalar ve bu tip hastalıklar akupunktur için kontrendike kabul edilmiştir (57).

2.2.4.2.Apiterapi

Apis arı anlamına gelen latince bir kelimedir. Apiterapi, birçok hastalığının tedavisi için bal arısı ürünlerinin, en önemlisi arı zehrinin kullanımına dayanan bir destekleyici tedavi biçimidir. Tedavi amacıyla kullanılan bal arısı ürünleri ise; bal, propolis, polen, balmumu, arı sütü, arı zehri ve balmumudur (58). Apiterapide kullanılan preparatlar FDA onaylı olarak piyasada bulunmaktadır. Arı zehiri, subkutanöz ya da intradermal olarak kullanılır. Diğer bal arısının ürünleri ise oral veya topikal olarak uygulanabilmektedir (59).

Ülkemizdeki yönetmelikte apiterapi kullanım alanları; hipoglisemi, hipertiroidi, periferik damar hastalığı, hipertansiyon, varis, koroner damar hastalığı, dismenore, diyabetik nöropati, multipl skleroz, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, psoriasis, bağışıklık sistemini desteklemek, eklem ve kas ağrılarının ve hassasiyetinin azaltılması, kronik deri hastalıklarıdır (60).

Apiterapi arı ve arı ürünlerine karşı alerjisi ve aşırı hassasiyeti olanlarda kontrendikedir (61). Ayrıca arı zehiri; organ yetmezliğinde (solunum, böbrek, dekonjestif kalp yetm. vs), sistemik/lokal enfeksiyonlar, karaciğer fonksiyon bozukluğu, betabloker kullanımı, tedavi uyumunu etkileyen şiddetli psikiyatrik rahatsızlıklar, yemekten hemen önce ya da hemen sonra, gebelerde ve süt veren annelerde uygulanamaz (61).

2.2.4.3. Fitoterapi

Fitoterapi; phytos (bitki) ve therapy (tedavi) sözcüklerinin birleşiminden oluşan ve bitkilerle tedavi anlamına gelme bir geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamasıdır (62). Bu tedavide bitkilerin kök, tohum, polen, kabuk ya da meyve ekstrelerinin tedavi amacıyla kullanılmaktadır.

Fitoterapi tarihi insanlık tarihi kadar eskilere dayanmakla birlikte bu terim ilk kez 1870-1955 yılları arasında yaşamış Fransız bir hekim olan Henri Leclerc tarafından; La Presce Medical dergisinde kullanılmıştır (63,64).

DSÖ'nün belirttiğine göre dünya genelinde 35.000-70.000 civarında bitki tedavi amacıyla kullanılmakta olmasına rağmen bunlardan sadece 5.000 kadar bitki tıbbi olarak incelenebilmiştir (65). Yine DSÖ'ne göre hastaların yaklaşık %80'i tedavi amacıyla bu bitkisel ürünleri kullanmaktadır (66).

Çoğunlukla insanlar bitkilerin ve bitkisel ürünlerin doğal, zararsız ve güvenilir olduğunu düşünmektedir. Bitkilere ulaşımın kolay olması ve tedavide kullanımının standardize edilememiş olması ürünlerin hatalı kullanımına zemin hazırlamaktadır (67). Bu ürünlerin yararları, zararları veya etkinliği birçok sebebe bağlı olarak

değişebilir. Bunlar bitkinin türü, bitkinin hangi bölümünün kullanıldığı, üretimi gibi çeşitli etkenlerdir. Birbirine benzeyen bitki türlerinin karıştırılması, ilaç-bitki etkileşiminin tam olarak aydınlatılamaması fitoterapide en önemli sorunlardır (68). Bitkilerin istenmeyen etkiler, ilaç etkileşimleri ve toksikasyon durumları göz önüne alındığında fitoterapi uygulamalarını bilinçli sağlık profesyonellerince takip edilmesi gereklilik arz etmektedir. Bu nedenle 2014 yılında yayınlanan GETAT yönetmeliğinde "fitoterapi uygulamaları sadece fitoterapi sertifikalı hekim, uzman hekim ve diş hekimleri tarafından yapılabilmektedir" ibaresi açıkça belirtilmiştir (69).

2.2.4.4.Hipnoz

Hipnoz (Yunanca) uyku anlamına gelmektedir. Hipnoz; hipnotist tarafından verilen telkinler ile kişinin algılama, hafıza ve istemli hareketlerinde değişiklikleri kapsayan bir etkileşimdir (70). Telkin kabul eden, telkine açık her durum hipnotik durumdur. Kişinin hipnotist desteğiyle uygulanan hipnoz; bilinç açık halde, bireysel fonksiyonların aktif olduğu, kişisel denetimin açık bulunduğu, uyku hali olmadan meydana gelen psişik bir yöntemdir. Hipnozda kişi farkındalığını, bilincini kaybetmez ama çevresel uyarılara tepkisiz kalır, bununla beraber bilinç kaybolmaz veya kapalı olmaz (71). Hipnotik transı suni olarak ortaya çıkarma işlemine hipnoz indüksiyonu, hipnoz ortamında iyileştirici telkinler kullanmaya hipnoterapi denilmektedir (70).

Hipnoterapi başlıca depresyon, anksiyete (kaygı bozuklukları), travma sonrası stres sendromu, panik atak, obezite, sigara bağımlılığı, bazı kas ve eklem hastalıkları (fibromiyalji gibi), fobi tedavileri ve enürezis nokturnada (gece işemesi) kullanılır (72). Hipnoterapi şizofreni ve psikotik hastalıklar, epilepsi, daha önce intihar girişimi olanlar, demans, alkol ve madde bağımlılığında kontrendikedir (73).

2.2.4.5. Hirudoterapi (Sülük Tedavisi)

Hirudoterapi, "Hirudo medicinalis ve Hirudo verbana" isimli tıbbi sülükler kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir (74).

Sülüğün yaklaşık 100 minik dişi vardır. Sülükler kanı deriyi dişleri ile ısırıp delerek hortumları aracılığıyla emer. İlk ısırıkta hafif bir ağrı olmakta birlikte tükürüklerinde bulunan lokal anestezik, vazodilatör, antikoagülan gibi etkileri bulunan biyoaktif maddeler aracılığıyla tutundukları bölgede uygulama süresince ağrı hissedilmez. O bölgeden 5-15 ml arasında kan emer ve tedavi süresi 20-60 dakikadır. Tutunmayı bıraktıktan sonra kanama 4-48 saat sürebilmektedir. Her bir sülük tek bir defa kullanılmalıdır (75,76,77). Sülük tedavisinde sülüğün salgıladığı biyoaktif moleküller sayesinde vazodilatör, bakteriyostatik, miyorelaksan, analjezik, anti-inflamatuar, immün modülatör ve antikoagülan gibi etkiler yaparak farmasötik etki gösterirler. Bu sayede mikro sirkülasyon bozukluklarını giderir ve vasküler permeabiliteyi düzenler. Diyabetes mellitus ve komplikasyonlarında, kalp damar ve kas-iskelet sistemi hastalıklarında, yumuşak doku travmalarında, romatoid artritte gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (75,76).

Kanama diyatezileri, ciddi anemi, cerrahi girişim öncesi, gebelik ve emzirme, malignite, immünsupresif durumlar, siroz, diyaliz hastaları, kalp pili varlığı, menstrüel

dönem, HIV pozitifliği, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alması, 18 yaş altı çocuklar, sülük alerjisi olması kontrendike durumlardır (78).

2.2.4.6. Homeopati

Homeopati terimi, Yunanca homoios (benzer) ve pathos (hastalık, acı) kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur (79).

Homeopati ilk olarak Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından 1800'lü yıllarda uygulanmış olup tedavi yaklaşımı olarak 'benzer benzeri iyileştirir' esas alır. Hastaya belirli bir bitkisel maddeyi çok az miktarda vererek hastanın kendi immün sistemini uyarıp en efektif etkiyi elde ederek iyileşmenin hızlandırılmasını sağlamaktır (80). Tedavi prensibinde esas olarak 2 ana şey vardır. Bunlar tedavide minimum doz ve tek ilaç kullanılarak iyileşme beklenmesidir (81). Tedavinin mekanizması hala tam anlamıyla aydınlatılamamış olsa da etkinliği hakkında kanıtlar bulunmaktadır.

Homeopati migren, bağışıklık sisteminin desteklenmesi, uyku problemleri, fibromiyalji, alerjik astım, alerjik rinit, romatizmal eklem iltihabı,premenstrüel sendrom, depresyon, anksiyete gibi hastalıklarda uygulanması endikedir (82). Fakat kanser gibi ağır, kronik hastalıklarda palyatif kullanım dışında kullanılamaz (83).

2.2.4.7. Kayropraktik

Yunanca cheri (el) ve praktikos (uygulama) kelimelerinden oluşan kayropraktisi ilk olarak Daniel David Palmer tarafından 1895 yılında spinal manipülasyon tekniğinin geliştirilmesi ile uygulanmıştır (84).

Kayropraksi DSÖ Kayropraktik 2005 kılavuzuna göre; kas-iskelet ve sinir sistemi rahatsızlıklarında teşhisi, tedavisi ve engellenmesinde, sublukse olan eklemlerin el ile manipüle edilerek eklem hareket açıklığının arttırılabilineceği ve sinir üzerine olan basının azalması ile ağrıların giderilebileceğine manuel teknikleri içeren bir uzmanlıktır (85,86).

Karyopraksi uygulaması yumuşak doku zedelenmeleri, bel ve boyun ağrısı, burkulma, lomber spinal stenoz, skolyoz, tendinit, radikülopatiler ve eklem disfonksiyonları gibi kas iskelet sistemi rahatsızlıklarında endikasyon göstermektedir (87).

Karyopraksinin kontrendike olduğu durumlar ise ; akut kırık, osteomiyelit, hematom (spinal kord veya intrakanaliküler), fragmanlı disk hernisiyle birlikte olan ilerleyici nörolojik defi sit, üst servikal omurganın Arnold Chiari malformasyonu, vertebral luksasyon, anevrizmalı kemik kisti , kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları siringomiyeli, etyolojisi bilinmeyen hidrosefali, kauda equina sendromu gibi durumlardır (88).

2.2.4.8. Kupa Uygulaması

Kupa uygulaması, ısı ya da emme yoluyla negatif basınç oluşturmak için seçilen cilt noktalarına yerleştirilen kapların kullanıldığı bir teknik olarak tanımlanabilir (89,90).Kupa terapisinin sadece vakum etkisi ile yapılan şekli kuru kupa terapisi (dry cupping therapy) olarak adlandırılırken, epidermal insizyonlar eklenerek yapılan uygulama şekli ise yaş (ıslak) kupa terapisi (wet cupping, hacamat) olarak adlandırılmaktadır (91).Etki mekanizması olarak kupa uygulamasında oluşturulan negatif basıncın periferik kan dolaşımını arttırdığı ve bağışıklığı kuvvetlendirildiği bilinmektedir.

Ayrıca cildin biyomekanik özelliklerini değiştirdiği, ağrı eşiğini arttırdığı ve hücresel bağışlık sistemini modüle ettiği de kupa tedavisi sonucunda elde edilen veriler arasındadır (92-95).

Kupa terapinin bel ağrısı, boyun ve omuz ağrısı, baş ağrısı, migren, diz ağrısı, yüz felci, brakialji, karpal tünel sendromu, hipertansiyon, romatoid artrit ve astım hastalıklarında kullanımı endikedir (96).

Tromboflebit, aktif yaralar, dekompanse kalp hastalığı, hemoglobin 9,5mg/dl'nin altı olan anemi durumlarına, hemofili, kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olanlarda, anti agregan ilaç kullanımı durumunda ve varisin doğrudan üzerine kupa uygulaması kontrendikedir (97).

2.2.4.9. Larva Uygulaması

Lucilia Sericata ismindeki yeşil sineğin steril olarak hazırlanan larvalarının kullanılmasıyla oluşan tedavi; larvaların kullanılması nedeniyle "larva terapi", larvalarının ayaksız, kurtçuk şeklinde olması nedeniyle "maggot terapi", cerrahide yaygın kullanılması nedeniyle "biyocerrahi", larvaların yaradaki nekrotik dokuları ortadan kaldırması gibi etkilerine dayanılarak da "maggot debridman terapi" gibi çeşitli isimlerle de ifade edilir (98).

Larvalar konvansiyonel tedaviye cevap vermeyen hastalarda kurtarma tedavisi olarak debridman amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Larvalar nekrotik dokuyu yiyerek beslenirken sağlam dokuya zarar vermezler. Diyabetik ayak ve bası yaralarının tedavilerinde etkilidir (99).

İnsektlere karşı alerji durumunda, kanama/pıhtılaşma bozukluğu öyküsü olanlarda, hemorajik apselerde, baş bölgesi ve iç organ fistüllerinde, alerjik reaksiyonlarda kontrendikedir (100).

2.2.4.10. Mezoterapi

Mezoterapi kelime olarak Yunanca orta anlamına gelen ‘‘mesos’’ ve tedavi anlamına gelen ‘‘therapia’’ birleşmesinden oluşur ve derinin orta tabakasının tedavisi anlamına gelir (101).

Mezoterapi tedavisi tıbbi terapötik olarak ilk kez 1952 yılında Dr. Michel Pistor tarafından geliştirilmiştir. Cildin mezodermden köken alan derm tabakasına bitkisel ve farmakolojik ilaçların enjeksiyon yolu ile verilme yöntemidir. Mezodermi uyararak mezoderm kaynaklı organ patolojilerinin semptom ve şikayetlerini azaltmaktadır (102).

Mezoterapi hem kozmetik hem de medikal amaçlı uygulanmaktadır. Kozmetik olarak; kilo verme, selülit, yüz ve boyun rejuvenasyonu ve alopesi gibi durumlarda uygulanırken; medikal olarak kas-iskelet ağrılarında, kas-eklem yaralanmalarında, romatoid artrit, gut gibi kronik ağrılı hastalıklar ile astım, depresyon, migren gibi diğer tıbbi rahatsızlıklarda kullanılmaktadır (103).

Akut enfeksiyonlar, derin ven trombozu, instabil kan basıncı, kalp krizi, senkop sonrası epizod, açık yaralar, son dönem kalp yetmezliği, kanama/pıhtılaşma bozukluğu

öyküsü olanlarda, ilaçlara karşı aşırı duyarlılığı olan hastalarda ve hamilelikte mezoterapi kontrendikedir (104).

2.2.4.11. Proloterapi

Proloterapi; ‘proliferasyon’ ve ‘terapi’ kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır (105).

Proloterapiyi güçsüz ve yetersiz yapılarda hücre oluşumu ve rejenerasyon olarak tanımlayan Hackett proloterapi kelimesini ilk kez 1950’de kullanmıştır (106).

Proloterapi, proliferatif ve irritan solüsyonların eklem bağ dokusuna enjekte edilmesidir. Kontrollü inflamasyon ile olağan iyileşme aşamasını taklit edip iyileşmeyi tetiklemek proloterapideki esas hedeftir. Enjeksiyonlar, genellikle zedelenmiş, aşınmış, güçleri azalmış tendon ve ligamentlere ve eklemlere yapılır. Yapılan enjeksiyonlar fibroblastik aktivite ve kolajen doku depolamasını artırarak ağrı olan bölgede güçlenme yapar ve bu sayede ağrıyı azaltmayı sağlamaktır (107).Proloterapi eklem ağrıları ve şişlik , tendon yaralanmaları, baş, boyun ve tekrarlayan bel ağrıları, kas ve ligament kaynaklı ağrılar, migren , topuk dikeni , spor yaralanmaları, eklem hastalıklarında endikedir (108).

Mental retardasyon, hemofili, derin ven trombozu, stabil olmayan kan basıncı, epilepsi, son dönem kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, antikoagülan tedavi, böbrek yetmezliği durumlarında ise proloterapi uygulaması kontrendikedir (109).

2.2.4.12. Osteopati

Osteopati, Yunanca’ dan osteo (kemik) ve pathos (hastalık) kelimelerinden gelir. Bir sinirin veya sinirlerin fiziksel veya duygusal etkilenmeden dolayı çeşitli sistemlerde özellikle Kas-iskelet sisteminde, hareket kısıtlılıklarının ve somatik disfonksiyonun teşhis ve tedavisinde noninvaziv manuel bir sağlık yaklaşımıdır. Hastalıklar tarafından değiştirilen homeostazı destekleme fizyolojik işlevi iyileştirme terapötik amacıdır. Bu yöntem tipik olarak yumuşak doku germe, eklem manipülasyonu, dirençli izometrik egzersiz, miyofasyal gevşetme, kraniyosakral tedavi ve viseral manipülasyonlar çeşitli manuel teknikleri içerir ve “Osteopatik Manipülatif Tedavi (OMT)” olarak adlandırılır. Bu modalitelerin her biri tek başına veya kombinasyon halinde uygulanabilir (110).

Ağrı nedeniyle uygulamanın istenmemesi, antikoagülan kullanımı, ileri kanama/pıhtılaşma bozuklukları, internal fiksasyon, total eklem protezi varlığı, kemik ve eklem stabilitesini bozacak; malignite, metastatik hastalık, süpüratif artrit, osteomiyelit, septik artrit, kemik tüberkülozu, kırıklarda erken dönem, akut hematom, Down sendromu, akut psikoz durumlarında osteopati uygulaması kontrendikedir (111).

2.2.4.13. Ozon uygulaması

1800’lü senelerin ortalarında keşfedilen ozon molekülü 3 adet oksijen atomundan meydana gelen kararsız bir moleküldür. tıpta “aktif oksijen “ olarak adlandırılan ve yüksek oksidasyon gücüne sahiptir (112).

Ozonun immünmodülatör, antienflamatuvar, antimikrobiyal ve anti hipoksik yara yeri iyileştirici özellikleri olduğu bilinmektedir (113).

Özel jeneratörlerde saf oksijenin yüksek voltaj farkından geçmesi sonucu Medikal amaçla kullanılmak üzere ‘‘tıbbi ozon’’ elde edilmektedir. Elde edilen bu gazın sadece %3 ile %5’i ozondan oluşurken geriye kalan kısmı ise oksijenden oluşmaktadır (114). Major Otohemoterapi hastanın 50 ila 100 cc kanı, vücut dışında steril koşullarda, uygun oranda medikal ozon gazı ile normobarik koşullarda karıştırılıp hastaya geri verildiği; Minör Otohemoterapi hastanın 2 ila 10 cc kanının vücut dışında steril koşullarda medikal ozon gazı ile karıştırılıp, intramuskuler yoldan hastaya enjekte edildiği; İnsufflasyön yöntemi hastaya rektal veya vajinal yoldan medikal ozon gazı verildiği rektal veya vaginal, Torbalama metodu kol-bacak gibi ekstremitelerin haricen ozon gazı uygulanması amacıyla özel bir torbaya alınarak medikal ozon gazı uygulaması olan, steril koşullarda görüntüleme teknikleri (C kollu skopi, floroskopi) eşliğinde uzman doktorlar tarafından intervertebral diskler içerisine direk ozon uygulanması ve kas, tendon, tendon kılıfı, bağ, eklem içi, eklem çevresi ve omurga sorunlarında; enjeksiyon yöntemi ile deri içi, deri altı, kas içi ve eklem içi medikal ozon gazı uygulamalarıdır (115).

Disk hernisi, venöz yetersizlik, diyabetik ayak, fibromiyalji, eklem romatizması, Crohn hastalığı, depresyon, diş çürüğü, dejeneratif makülopati, Parkinson, üretrit, gıda intoleransı, irritabl bağırsak sendromu, kabızlık, mide ülseri, selülit, akne, egzama ve estetik tıp gibi alanlarda kullanımı endikasyonu mevcuttur (116).

Ozonun gaz formunda damar içine enjeksiyonu hava embolisi sonucu ölümlere yol açabileceğinden yapılmaz. Glikoz 6 Fosfat Dehidrogenaz enzimi eksikliği, Basedow Graves tipi kontrolsüz hipertiroidi vakaları, masif kanamalı hastalar, malign hipertansiyon, ağır trombositopenili hastalarda ozon tedavisi kontrendikedir (117).

2.2.4.14. Refleksoloji

Refleksoloji; elde, ayakta ve kulakta vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleriyle ilgili yönlendirici refleks alanların varlığı prensibine dayanır. Bu refleks alanlara herhangi bir madde kullanılmadan yalnızca basınç uygulanır. Kolay ulaşılabilir olması ve sinirsel sonlanmanın fazla olması nedeniyle bu uygulamada ayaklar daha fazla tercih edilmektedir (118).

Kas iskelet sistem ağrıları, kanser ağrıları, kemoterapi yan etkilerini hafifletme, stres, anksiyete, depresyon, migren, dismenore, doğum sırasında ki ağrıyı azaltma, , egzama, astım, irritabl bağırsak sendromu, bağışıklık sistemini güçlendirme, postpartum dönemde süt miktarını arttırma, bulantı ve kusmayı azaltma gibi rahatsızlıklarda kullanım endikasyonu vardır (119).

Ateşli durumlar, aktif enfeksiyonlar, ayakta aktif gut artriti, derin ven trombozu, kontrol edilemeyen kan basıncı, miyokard infarktüsü, senkop sonrası epizod, kalp pili varlığı, safra kesesi-böbrek taşları, gebeliğin ilk üç ayı, uygulama bölgesinde açık ve kapalı yaralar gibi durumlarda refleksoloji uygulanması kontrendikedir (120).

2.2.4.15. Müzik terapi

Müzik; iletişimin sanatsal bir hali olan düzenlenmiş seslerin zihinde işlenmesi ile bireyde fiziksel ve duygusal tepkiler oluşturmaktadır (121). Müzik terapide müzikler ile hastalıkların tedavi edilmesi olarak tanımlanmaktadır (122).

Müzik terapi tarihi çok eskilere dayanan bir tedavi yöntemi olarak bilinir ve MÖ 2000'lerden beri farklı toplumlarda hastalıkları iyileştirmek için uygulanan bir yöntemdir (123).

Bu terapi yöntemi kanser hastalarının; kaygı, ağrı, kusma, ilaç yan etkileri, otizm, multipl skleroz, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi birçok hastalıkta kullanılmaktadır (124).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran diyabet hastalarının GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) Kullanım Durumu, GETAT hakkındaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesini araştıran tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu 24.05.2023 tarih ve 2023/17-20 sayılı etik kurul onamı (Bkz. EK 2) alınmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Hasta Seçimi

Çalışmanın yapılacağı Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ASM'lerine kayıtlı Diyabetes Mellitus tanılı 1511 kişi olup, daha önce Oral ve ark. (arkadaşları) yaptığı benzer bir çalışmada geleneksel/alternatif tıp uygulaması kullanım oranı %65,8 (49) olduğu göz önüne alınarak, %95 güven aralığında ve ±%5 sapma ile örnekleme alınması gereken kişi sayısı minimum 307 kişi olarak hesaplanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği ABD Bağlı Eğitim ASM'lerine kayıtlı herhangi bir nedenle başvuran dahil edilme kriterlerine uygun 363 hasta çalışmaya alınmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ASM'lerine kayıtlı olmak, Diyabetes Mellitus tanılı olmak, herhangi bir nedenle araştırmanın yapıldığı tarihler arasında aile hekimine başvurmuş olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak katılma kriterleri olarak belirlendi. Gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan anketlere katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya dahil edilmedi. Katılımcıların, çalışmaya katılmayı reddetme ve cevaplandırmaya başladıktan sonra anketi yarıda bırakma hakkı mevcuttu.

3.3. Verilerin Toplanması

Veri formu Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ASM'lerine kayıtlı Diyabetes Mellitus tanılı herhangi bir nedenle aile hekimine başvurmuş, çalışmayı kabul eden hastalara yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmış katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarıyla ilgili 12 soru, literatür taranarak oluşturulan geleneksel ve tamamlayıcı tıp hakkındaki tutumları, kullanım sıklıkları, en sık kullanılan yöntemleri ve kullanmaya yönlendiren nedenleri belirlemeye yönelik 12 soru olmak üzere toplam 24 soru ve 27 soru içeren Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği'nden oluşmaktadır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği

Schneider, Meek ve Bell (125) tarafından 2003 yılında oluşturulmuş olan Bütünleyici Tıp Tutum Ölçeğinin (BTTA) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2018 yılında Elif Köse ve arkadaşları (126) tarafından yapılmıştır. BTTA anketinin toplam güvenilirlik alfa katsayısı 0,786 olarak tespit edilmiştir. Her bir madde 1'den 7'ye kadar (1-kesinlikle katılmıyorum, 7-kesinlikle katılıyorum) puanlanmış olup ölçeğin cut-off değeri bulunmamaktadır. Yüksek puanlar GETAT ile ilgili daha pozitif tutum ve inanış anlamına gelmektedir. Ankette toplam 27 soru bulunmaktadır. Ölçek maddelerinin 22'si pozitif (2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27. maddelerdir), 5'i negatif (1, 4, 8, 9, 26. maddeler) ifadelerden oluşmaktadır. Negatif ifadelerden oluşan maddelerin analiz edilirken ters şekilde (7-6-5-4-3-2-1) puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin 3 alt boyutu bulunmaktadır alt boyutlar aşağıda belirtilmiştir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği Alt Boyutlarının Maddeleri

- Tamamlayıcı tıbba düşünce bakış (18, 19, 21, 22, 24, 5, 7, 9) no'lu sorular
- Modern tıbba karsı memnuniyetsizlik (1, 4, 16, 14, 11,17, 26, 27, 20, 8) no'lu sorular
- Sağlığa bütüncül bakış (3, 10, 12, 13, 15, 23, 25, 2, 6) no'lu sorular bu sorulardan gelen puanlar ayrı ayrı gruplardaki gibi kendi içerisinde negatif olan ifadelerin puanları ters analiz edilip pozitif olan ifadeler ile toplanarak vakaların ve kontrol grubunun bu alt maddelere olan bakış açısını memnuniyetini ve bütünsel bakışının ne ölçüde anlamlı olduğunu anlamamızı sağlamaktadır. Puanlar arttıkça pozitif yönde vakaların düşünce bakış memnuniyet ve bütüncül bakışın daha iyi yönde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmanın verilerinin toplandığı sürede herhangi bir nedenle aile hekimine başvuran 433 sayıdaki DM tanılı hastaya çalışmaya katılmaları teklif edilmiştir.70 hasta araştırmaya katılmayı zamanı olmaması veya ilgisini çekmemesi nedeniyle kabul etmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 363 kişiye (%83.83) anket uygulanmıştır. Uygulama sonunda GETAT ile ilgili bilgilendirme anketi uygulayan hekim tarafından verilmiştir. Veriler Temmuz-Ağustos 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4.Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

İstatistik analizler SPSS 29,0 programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler yapıldıktan sonra sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile kontrol edildi. İkili gruplar arasında normal dağılmayan sürekli-sıralı değişkenlerin karşılaştırılmasında non-parametrik Mann Whitney U testi, Üçlü gruplar arasındaki karşılaştırmalar için KruskalWallis testi kullanıldı. Gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Chi-square ve Exact test kullanıldı. Sonuçlar ortanca (min- maks) ve sayı (yüzde) olarak sunuldu. Tüm testler de istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edildi.

4. BULGULAR:

4.1.Hastaların özellikleri

Çalışmaya alınan 141 erkek 222 kadın toplam 363 diyabet hastasının medyan yaş değeri 61,0 (min-maks:25,0-82,0) ve medyan VKİ değeri 30,1 (min-maks:18,1-50,8) olarak hesaplanmıştır. Hastaların %19,0'unun bekar/dul olduğu ve %81,0'inin evli olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde ilk-orta öğretim düzeyine sahip olan hasta oranı %72,7 ile en yüksek oranda bulunmuştur. Hane gelir düzeyleri değerlendirildiğinde hastaların %56,2' sinde aylık gelir gider düzeyleri denk olarak tespit edilmiştir. Tablo 1'de hastalara ait demografik özellikler sunulmuştur.

Tablo 1. Tüm hastaların demografik verileri

	n (%)	**Ort±SS**	**Medyan (min-maks)**
Yaş		59,8±11,3	61,0 (25,0-82,0)
VKI		31,1±6,1	30,1 (18,1-50,8)
Cinsiyet			
Erkek	141 (38,8)		
Kadın	222 (61,2)		
Medeni durum			
Bekar/dul	69 (19,0)		
Evli	294 (81,0)		
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	30 (8,3)		
İlk-orta öğretim	264 (72,7)		
Üniversite yüksek	69 (19,0)		

Hane gelir durumu			
Aylık gelir giderden düşük	102 (28,1)		
Aylık gelir gider denk	204 (56,2)		
Aylık gelir giderden yüksek	57 (15,7)		

Hastalara ait medyan diyabet süresi 8,0 (min-maks: 1,0-25,0) yıl olarak tespit edilmiştir. Hastaların %62,0' sinde HT, %29,8' inde dislipidemi, %9,1' inde hipotiroidi ek hastalık olarak saptanmıştır (Tablo 2). Diyabete bağlı komplikasyon gelişen hasta oranı %57,9 iken, diyabete bağlı nöropati oranı %19,0, retinopati oranı %13,2, serebrovasküler hastalık oranı %6,6, kalp damar hastalığı oranı %5,8, nefropati oranı %5,0 ve bacak damar hastalığı oranı %4,1 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Hastalara ait günlük OAD ve insulin kullanım şekilleri Tablo 2'de sunulmuştur. OAD kullanmayan hasta oranı %11,6 iken günde 1-2 kez OAD kullanan hasta oranı %79,3 ve günde 3-4 kez OAD kullanan hasta oranı %9,1 olarak bulunmuştur. İnsülin kullanmayan hasta oranı %83,5, günde 1-2 kez insülin kullanan hasta oranı %9,9 ve günde 3-4 kez insülin kullanan hasta oranı %6,6 olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Hastaların klinik özellikleri

	n (%)	**Ort±SS**	**Medyan (min-maks)**
DM süresi		9,2±6,2	8,0 (1,0-25,0)
Diğer hastalık varlığı			
Var	90 (24,8)		
Yok	273 (75,2)		
Diğer hastalıklar			
HT	225 (62,0)		
Dislipidemi	108 (29,8)		
Hipotiroidi	33 (9,1)		
DM komplikasyon			

Var	210 (57,9)		
Yok	153 (42,1)		
DM komplikasyonları			
Nöropati	69 (19,0)		
Retinopati	48 (13,2)		
Serebrovasküler hastalık	24 (6,6)		
Kalp damar hastalığı	21 (5,8)		
Nefropati	18 (5,0)		
Bacak damar hastalığı	15 (4,1)		
Günde kaç kez OAD kullanıyor			
Yok	42 (11,6)		
1-2 kez	288 (79,3)		
3-4 kez	33 (9,1)		
Günde kaç kez İnsulin kullanıyor			
Yok	303 (83,5)		
1-2 kez	36 (9,9)		
3-4 kez	24 (6,6)		

Hastaların GETAT konusundaki bilgilerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Hastaların %51,2'si GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu bildiğini, %15,7'si kısmen bilgi sahibi olduğunu ve %33,1 hastanın ise bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Hakkında en fazla bilgiye sahip olunan GETAT uygulamaları sırasıyla kupa terapi (%59,5), hirudoterapi (%44,6) ve akupunktur (%40,5) uygulaması olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Hastaların GETAT konusundaki bilgilerinin dağılımı

	n (%)
GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma	
Var	186 (51,2)
Kısmen	57 (15,7)
Yok	120 (33,1)
GETAT uygulamaları	
Kupaterapi hakkında bilgi	216 (59,5)
Hirudoterapi hakkında bilgi	162 (44,6)
Akupunktur hakkında bilgi	147 (40,5)
Ozon hakkında bilgi	111 (30,6)
Mezoterapi hakkında bilgi	78 (21,5)
Fitoterapi hakkında bilgi	72 (19,8)
Hipnoz hakkında bilgi	60 (16,5)
Müzik terapi hakkında bilgi	30 (8,3)
Kayropraksi hakkında bilgi	21 (5,8)
Apiterapi hakkında bilgi	18 (5,0)
Osteopati hakkında bilgi	12 (3,3)
Homeopati hakkında bilgi	9 (2,5)
Larva terapi hakkında bilgi	9 (2,5)
Refleksoloji hakkında bilgi	9 (2,5)
Proloterapi hakkında bilgi	3 (0,8)

GETAT uygulaması yaptıran 102 hastanın (%28,1); en yüksek oranda Hacamat (%26,5), Akupunktur (%20,6) ve Kupa (%20,6) uygulamasını tercih ettiği görülmüştür

(Tablo.4). GETAT uygulamalarına yönelme nedenleri değerlendirildiğinde en yüksek oranda İyilik hali ve genel sağlığımı artırmak istemek (%18,2) olarak saptanmıştır. İkinci en sık nedenin Çevremdekilerin tavsiye etmesi (%11,6) olduğu belirtilmiştir (Tablo 4). Medya organlarında görüp denemek isteme seçeneğinin %1,7 ile son sırada olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. GETAT uygulaması olan hastaların GETAT tür dağılımları

	n (%)
GETAT uygulaması yaptırma durumu	
Var	102 (28,1)
Yok	261 (71,9)
GETAT uygulama kullanım* (n=102)	
Hacamat	27 (26,5)
Kupa	21 (20,6)
Akupunktur	21 (20,6)
Ozon	18 (17,6)
Sülük	12 (11,8)
Mezoterapi	9 (8,8)
Fitoterapi	6 (5,9)
Larva terapi	3 (2,9)
Kayropraksi	3 (2,9)
GETAT uygulamalarına yönelme nedenleri*	
İyilik hali ve genel sağlığımı artırmak istemem	66 (18,2)
Çevremdekilerin tavsiye etmesi nedeniyle	42 (11,6)
Daha doğal yöntemler olduğunu düşünmem	36 (9,9)
Modern tıbbın şikayetime çare olmaması	21 (5,8)
Uzun süre ilaç kullanmak istememe	18 (5,0)
Medya organlarında görüp denemek isteme	6 (1,7)

Hastalar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

GETAT kullanım nedenleri değerlendirildiğinde en sık sebebin kas ağrısı (%41,2) ikinci en sık sebebin diyabet tedavisine destek (%15,7) ve üçüncü en sık sebebin zayıflama amacı olduğu (%14,7) saptanmıştır. Diğer sebepler ve oranları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. GETAT kullanım nedenleri

***GETAT kullanma nedenleri** **	**n (%)**
Kas ağrısı	42 (41,2)
Diyabet tedavisi destek	16 (15,7)
Zayıflama	15 (14,7)
Nöropatik ağrı	9 (8,8)
Ayak yarası	9 (8,8)
Cilt şikayetleri	6 (5,9)
Migren	3 (2,9)
Varis	3 (2,9)
Hipertansiyon tedavisi destek	3 (2,9)
Genel sağlık	9 (8,8)
Prostat hastalıkları	3 (2,9)
Kabızlık	3 (2,9)

Hastalar birden fazla seçenek işaretleyebilmiştir.

GETAT uygulayan hastaların %79,4'ü uygulama öncesi modern tıp polikliniğine başvurduğu, %52,9'unun Eş-dost akraba tarafından yönlendirildiği ve %52,9'unun GETAT uygulamasından fayda gördüğü tespit edilmiştir. GETAT uygulaması yaptıran hastaların %26,5'i durumu hekimine bildirdiği, hekimine bilgi veren hastaların %33,3'ünün olumlu %33,3'ünün olumsuz tepki aldığı, %33,3 hastanın hekimin fikir beyan etmediğini belirttiği saptanmıştır (Tablo 6).

GETAT uygulaması yaptıran hastaların %61,8'i GETAT uygulamalarını başkasına önerebileceğini belirmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. GETAT uygulayan hastaların özellikleri

Uygulama öncesi modern tıp polikliniğine başvuru*	**n (%)**
Evet	81 (79,4)
Hayır	21 (20,6)
Kim tarafından yönlendirildiniz*	
Eş-dost-akraba	54 (52,9)
Sağlık personeli	30 (29,4)
Kendim araştırdım	18 (17,6)
Uygulamadan fayda görme *	
Var	54 (52,9)
Yok	48 (47,1)
Uygulamayı diğer hekimler bildirme oranı*	
Bildirdim	27 (26,5)
Bildirmedim	75 (74,5)
***Hekim yaklaşımı** (27 hasta)*	
Onayladı-izin verdi	9 (33,3)
Fikir beyan etmedi	9 (33,3)
Onaylamadı	9 (33,3)
Hekime bildirmeme sebebi ***(75 hasta)	
Olumsuz tepki almaktan çekinme	12 (16,0)
Gerek duymama	15 (20,0)
Aklıma gelmedi	48 (64,0)
GETAT uygulamalarını başkasına önerme *	
Evet	63 (61,8)
Hayır	39 (38,2)

102 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir**27 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir. ***75 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir.

Hastaların GETAT tutum ölçeği toplam skorunun medyan değeri 97,0 (min-maks:45,0- 176,0) bulunmuştur. GETAT tutum ölçeğinin Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru için medyan değeri 26,0 (min-maks: 8,0-58,0), Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru için medyan değeri 23,0 (min-maks: 10,0-69,0) ve Sağlığa bütüncül bakış alan skoru için medyan değer 48,0 (min-maks: 21,0-60,0) olarak bulunmuştur. (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların GETAT Tutum Ölçeği skorları

	Ort ±SS	**Medyan (min-maks)**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	99,1±19,1	97,0 (45,0-176,0)
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	27,5±12,2	26,0 (8,0-58,0)
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	23,5±8,9	23,0 (10,0-69,0)
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	48,1±5,7	48,0 (21,0-60,0)

4.2. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların karşılaştırması

GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırıldığında gruplar arasında medyan yaş değerleri arasında fark saptanmaz iken, VKI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmıştır (p=0,001). Gruplar arasında cinsiyet dağılımı için istatistiksel olarak anlamlı fark yokken bekar/dul hasta oranı GETAT uygulaması yaptıran hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Aylık gelir düzeyi giderinden fazla olan hasta oranı GETAT uygulaması yaptıran hasta grubunda GETAT uygulaması yaptırmayan hasta grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (%26,5 vs %11,5 ve p=0,002) (Tablo 8).

Tablo 8. GETAT uygulaması *yaptıran ve yaptırmayan* hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	GETAT uygulaması var n=102	**GETAT uygulaması yok n=261**	**P değeri**
Yaş	59,5 (35,0-78,0)	61,0 (25,0-82,0)	0,070
Yaş grup			0,095
<65 yaş	75 (73,5)	168 (64,4)	
≥65 yaş	27 (26,5)	93 (35,6)	
VKI	28,4 (18,1-50,8)	31,2 (22,9-48,1)	0,001
VKI grup			0,002
<30	63 (61,8)	114 (43,7)	
≥30	39 (38,2)	147 (56,3)	
Cinsiyet			0,197
Erkek	45 (44,1)	96 (36,8)	
Kadın	57 (55,9)	165 (63,2)	
Medeni durum			0,023
Bekar/Dul	27 (26,5)	42 (16,1)	
Evli	75 (73,5)	219 (83,9)	
Eğitim durumu			0,353
Okur-yazar değil	9 (8,8)	21 (8,0)	
İlkorta öğretim	69 (67,6)	195 (74,7)	
Üniversite yüksek	24 (17,2)	45 (17,2)	
Hane gelir durumu			0,002
Aylık gelir	24 (23,5)	78 (29,9)	
	51 (50,0)	153 (58,6)	

giderden düşük Aylık gelir gider denk Aylık gelir giderden yüksek	27 (26,5)	30 (11,5)	

GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan gruplarda DM süreleri, ek hastalık görülme oranları arasında fark bulunmamıştır. Diyabete bağlı toplam komplikasyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde GETAT uygulaması yapmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (p=0,001) (Tablo 9). Diyabete bağlı kalp damar hastalığı, bacak damar hastalığı, retinopati, nöropati ve nefropati görülme oranları GETAT uygulaması yaptıran grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). Gruplar arasında OAD ve İnsulin kullanma şekilleri de istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. OAD ve İnsulin kullanmayan hasta oranları GETAT uygulayan grupta daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,026 ve p=0,001) (Tablo 9).

Tablo 9. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların diyabet klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	GETAT uygulaması var n=102	**GETAT uygulaması yok n=261**	**P değeri**
DM süresi	7,0 (2,0-20,0)	8,0 (1,0-25,0)	0,783
DM süre gruplar <8 yıl ≥8 yıl	 54 (52,9) 48 (47,1)	 126 (48,3) 135 (51,7)	0,424
Ek hastalık			
Var	75 (73,5)	198 (75,9)	0,644
Yok	27 (26,5)	63 (24,1)	
HT			
Var	57 (55,9)	168 (64,4)	“0,134

Yok	45 (44,1)	93 (35,6)	
Dislipidemi			
Var	39 (38,2)	69 (26,4)	0,027
Yok	63 (61,8)	192 (73,6)	
Hipotiroidi	0 (0,0)	33 (12,6)	<0,001
DM komplikasyon			
Var	45 (44,1)	165 (63,2)	0,001
Yok	57 (55,9)	96 (36,8)	
Kalp damar hastalığı			
Var	12 (11,8)	9 (3,4)	0,002
Yok	90(88,2)	252 (96,6)	
Bacak damar hastalığı			
Var	9 (8,8)	6 (2,3)	0,005
Yok	93 (91,2)	255 (97,7)	
Serebrovasküler hastalık			
Var	6 (5,9)	18 (6,9)	0,727
Yok	96 (94,1)	243 (93,1)	
Retinopati			
Var	21 (20,6)	27 (10,3)	0,010
Yok	81 (79,4)	234 (89,7)	
Nöropati			
Var	30 (29,4)	39 (14,9)	0,002
Yok	72 (70,6)	222 (85,1)	

Nefropati			
Var	9 (8,8)	9 (3,4)	0,034
Yok	93 (91,2)	252 (96,6)	
Günde kaç kez OAD kullanıyor			
Yok	15 (14,7)	27 (10,3)	0,026
1-2 kez	84 (82,4)	204 (78,2)	
3-4 kez	3 (2,9)	30 (11,5)	
Günde kaç kez İnsulin kullanıyor			
Yok	78 (76,5)	225 (86,2)	0,001
1-2 kez	9 (8,8)	27 (10,3)	
3-4 kez	15 (14,7)	9 (3,4)	

4.3. GETAT tutum ölçeği skorlarının değerlendirilmesi

GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan gruplarda GETAT Tutum Ölçeği değerlendirildiğinde ölçek toplam skor medyan değeri, Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru medyan değeri ve Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru değeri GETAT uygulaması yaptıran grupta yaptırmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p<0,001, p<0,001 ve p<0,001) (Tablo 10). Sağlığa bütüncül bakış alan skoru medyan değeri için istatistiksel anlamlı fark yoktur (p=0488).

Tablo 10. GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların GETAT Tutum Ölçeği değerlendirmesi

	GETAT uygulaması var (n=102)	**GETAT uygulaması yok (n=261)**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	112,0 (93,0-176,0)	92 (45,0-136,0)	<0,001

Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	40,0 (26,0-56,0)	21,0 (8,0-50,0)	<0,001
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	25,0 (15,0-69,0)	21,0 (10,0-40,0)	<0,001
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	48,5 (38,0-60,0)	48,0 (21,0-58,0)	0,488

Yaş gruplarında GETAT Tutum ölçeği toplam skoru karşılaştırıldığında 65 yaş ve üstü hastaların medyan skoru 117 (102,0-176,0) ve 65 yaş altı hastaların medyan 112,0 (93,0-145,0) olduğu bulunmuş ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,008). 65 yaş ve üstü hastalarda Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru ve Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru medyan değerleri daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,012 ve p=0,002) (Tablo 11). Kadın hastalarda erkek hastalara göre GETAT Tutum ölçeği toplam skoru ve Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru medyan değeri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,001 ve p=0,001) (Tablo 11).

Medeni hal gruplarında bekar/dul hastalarda Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru evli hastalara göre daha yüksekken (30,0 (11,0-56,0) vs 25,5,0 (8,0-56,0) ve p=0,003), evli hastalarda Sağlığa bütüncül bakış alan skoru daha yüksek bulunmuştur (50,0 (21,0-60,0) vs 46,0 (38,0-58,0) ve p<0,001) (Tablo 11).

GETAT Tutum ölçeği toplam skoru eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı bulunmuştur (p=0,033) ve post hoc analizde bu farkın üniversite ve yüksek öğretim grubundaki hastaların ilk-orta öğretim grubundaki hastalara göre istatistiksel anlamlı bir şekilde daha yüksek değere sahip olmasından kaynaklandığı gösterilmiştir (p=0,046). Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru okur-yazar olmayan grupta hem ilk-orta öğretim hem de üniversite ve yükseköğretim grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (p<0,001) (Tablo 11). Sağlığa bütüncül bakış alan skoru medyan değeri eğitim grupları arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p=0,007). Post hoc analizde okur-yazar olmayan grupta Sağlığa bütüncül bakış alan skoru diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (p=0,020 ve p=0,006) (Tablo 11).

Hane gelir gruplarında GETAT tutum ölçeği toplam skoru değerlendirildiğinde gruplar arasında var olan fark (p=0,034) aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan gruptaki hastaların aylık gideri gelirinden olan gruba göre daha yüksek saptanmasından kaynaklandığı gösterilmiştir (p=0,048). Sağlığa bütüncül bakış alan skoru medyan değeri hane grupları arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p=0,007). Post hoc analizde Aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan grupta Sağlığa bütüncül bakış alan skoru diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0,011 ve p=0,0012) (Tablo 11).

Tablo 11. GETAT tutum ölçeği skorlarının demografik gruplara göre değerlendirmesi

	Yaş grupları		
GETAT Tutum Ölçeği	**<65 yaş**	**≥65 yaş**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	112,0 (93,0-145,0)	117 (102,0-176,0)	0,008
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	40,0 (26,0-56,0)	51,0 (28,0-56,0)	0,012
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	25,0 (15,0-44,0)	28,0 (17,0-69,0)	0,002
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	48,5 (38,0-60,0)	50,0 (39,0-57,0)	0,973
	Cinsiyet		
	Erkek	**Kadın**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	109,0 (93,0-171,0)	117 (102,0-176,0)	<0,001
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	35,0 (26,0-56,0)	41,0 (28,0-56,0)	0,001
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	25,0 (15,0-58,0)	27,0 (17,0-69,0)	0,055
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	50,0 (38,0-60,0)	48,0 (39,0-59,0)	1,000
	Medeni hal		

	Bekar/dul	**Evli**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	99,0 (73,0-176,0)	96 (45,0-171,0)	0,056
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	30,0 (11,0-56,0)	25,5,0 (8,0-56,0)	0,003
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	22,0 (16,0-69,0)	23,0 (10,0-58,0)	0,240
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	46,0 (38,0-58,0)	50,0 (21,0-60,0)	<0,001
	Eğitim düzeyi		
	Okur- yazar değil (1)	**ilk-orta öğretim (2)**	**Üniversite-yüksek öğretim (3)**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	98,0 (73,0-145,0)	94,5 (45,0-176,0)	99,0 (71,0-125,0)	0,033 *0,559 **1,000 ***0,046
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	24,0 (11,0-56,0)	25,5 (8,0-56,0)	28,0 (16,0-45,0)	0,058
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	29,5 (17,0-44,0)	22,0 (11,0-69,0)	22,0 (10,0-32,0)	<0,001 *<0,001 **<0,001 ***1,000
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	45,5 (38,0-56,0)	48,0 (21,0-60,0)	50,0 (34,0-59,0)	0,007 *0,020 **0,006 ***0,717
	Hane gelir durumu			

	Aylık gelirim giderimden düşük (1)	**Aylık gelirim giderime eşit (2)**	**Aylık gelirim giderimden yüksek (3)**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	96,5 (71,0-145,0)	94,0 (45,0-171,0)	101,0 (76,0-176,0)	0,034 *1,000 **0,051 ***0,048
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	26,0 (8,0-56,0)	22,0 (8,0-56,0)	29,0 (9,0-56,0)	0,054
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	23,0 (12,0-40,0)	23,0 (10,0-58,0)	23,0 (13,0-69,0)	0,985
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	48,0 (32,0-60,0)	47,5 (21,0-59,0)	52,0 (41,0-55,0)	0,007 *1,000 **0,011 ***0,012

Post hoc analiz: *Grup (1) vs Grup (2), ** Grup (1) vs Grup (3), *** Grup (2) vs Grup (3)

GETAT tutum ölçeği toplam skoru ve alan skorları için diyabet süre grupları arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır (Tablo 12). Diyabete bağlı komplikasyon oranları olan grupta Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (24,5 (10,0-69,0) vs 21,0 (10,0-58,0) ve p<0,001) (Tablo 12). Komplikasyon olmayan grupta Sağlığa bütüncül bakış alan skoru komplikasyon olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,008).

OAD kullanım gruplarında GETAT tutum ölçeği toplam skoru istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,030). Post hoc analizde OAD kullanmayan hastaların günde 3-4 kez OAD kullanan hastalara göre daha yüksek medyan değer sahip olduğu gözlenmiştir (p=0,029). Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skorunun medyan değeri OAD grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p=0,018). Bu farkın OAD kullanmayan hastalar ile günde 3-4 kez OAD kullanan hastalar arasındaki farktan meydana geldiği gözlenmiştir (p=0,017) (Tablo 12). Diğer alan skorları için gruplar arasında fark bulunmamıştır.

İnsulin gruplarında hem toplam skor hem de Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skor için istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008 ve p=0,004). Günde 3-4 kez insülin kullanan hastaların insülin kullanmayan hastalara göre daha yüksek toplam

skor ve Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru medyan değerine sahip olduğu gözlenmiştir (p=0,015 ve p=0,009) (Tablo 12). Gruplar arasında diğer alan skorları için istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır.

Tablo12. GETAT tutum ölçeği skorlarının DM klinik özelliklerine göre değerlendirmesi

	Diyabet Süre		
	<8 yıl	**≥8 yıl**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	99,0 (45,0-176,0)	95 (66,0-171,0)	0,352
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	25,5 (8,0-56,0)	26,0 (8,0-56,0)	0,885
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	22,0 (10,0-69,0)	24,0 (10,0-58,0)	0,625
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	49,0 (21,0-60,0)	48,0 (38,0-57,0)	0,337
	Diyabet komplikasyon		
	Komplikasyon var	**Komplikasyon yok**	**p değeri**
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	96,0 (71,0-176,0)	99 (45,0-171,0)	0,849
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	26 (9,0-56,0)	26,0 (8,0-56,0)	0,774
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	24,5 (10,0-69,0)	21,0 (10,0-58,0)	<0,001
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	47,0 (32,0-59,0)	50,0 (21,0-60,0)	0,008
	OAD kullanım grupları		

	Yok	**1-2 kez**	**3-4 kez**	
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	102,5 (45,0-171,0)	96,0 (66,0-176,0)	97,0 (71,0-125,0)	0,030 *0,122 **0,029 ***0,457
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	30,0 (8,0-56,0)	23,0 (9,0-54,0)	26,0 (8,0-45,0)	0,018 *0,084 **0,017 ***0,389
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	23,5 (12,0-58,0)	23,0 (10,0-69,0)	22,0 (11,0-33,0)	0,871
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	49,5 (21,0-60,0)	48,0 (32,0-59,0)	50,0 (34,0-58,0)	0,564
	İnsulin kullanım grupları			
	Yok	**1-2 kez**	**3-4 kez**	
GETAT Tutum ölçeği toplam skor	96,0 (66,0-176,0)	100,0 (79,0-125,0)	111,5 (45,0-171,0)	0,008 *0,388 **0,015 ***0,633
Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru	23,0 (8,0-56,0)	28,0 (17,0-45,0)	33,0 (8,0-56,0)	0,004 *0,238 **0,009 ***0,687
Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru	22,0 (10,0-69,0)	25,0 (12,0-32,0)	25,0 (16,0-58,0)	0,059
Sağlığa bütüncül bakış alan skoru	48,0 (32,0-59,0)	47,0 (38,0-56,0)	47,5 (21,0-60,0)	0,309

Post hoc analiz: *Yok vs 1-2 kez, **Yok vs 3-4 kez, ***1-2 kez vs 3-4 kez

5.TARTIŞMA

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yapılan çalışmamızda katılımcıların GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) kullanım durumlarını, GETAT hakkındaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Elde edilen veriler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken sonuçların olası nedenleri, eksiklikleri, özgün taraflarına bakılarak çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Diyabetes mellitus 'un kronik bir hastalık olması ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle DM hastaları, hastalıkla başa çıkma ve hastalığın kontrolü için GETAT uygulamalarını kullanmaktadırlar (12). Literatürde bu hastalarla yapılan çalışmalarda GETAT uygulaması kullanım düzeylerinde farklı sonuçlar bildirilmektedir. Diyabetes mellitus hastalarının GETAT uygulaması kullanımını İngiltere' de %57 (26), Bahrain' de %63 (25), Hindistan' da %36 (127), Nijerya' da %46 (27), Sidney' de %46,3 (28), İran' da %75,3 (128), Türkiye' de %38,3-%77,9 (12,29-32) olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalar, GETAT kullanım oranının Türkiye'nin doğu kesiminde % 85, Türkiye'nin orta kesiminde % 41 olduğunu göstermiştir (129,130). Çalışmamızda DM olan hastaların %28,1'nin GETAT uygulaması kullandıkları saptanmıştır. Türkiye'nin batısında yapılan çalışmamızda GETAT kullanım oranı, Türkiye'deki diğer çalışmalarda bildirilen oranlardan daha düşük bulunmuştur. Bu oran, diğer ülkelerde ve Türkiye'de yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça düşük bir seviyeyi göstermektedir. Bu farklılıklar, kültürel, sosyoekonomik ve sağlık sistemi faktörlerinin GETAT kullanımını etkileyebileceğini düşündürmektedir. Özellikle ülkemizde farklı çalışmalarda geniş bir aralıkta rapor edilen kullanım oranları, GETAT' a yönelik farkındalık, erişim ve kabul düzeylerinin bölgesel ve demografik değişkenlere göre önemli ölçüde değişebileceğini işaret etmektedir. Bu bağlamda, DM hastalarının GETAT uygulamalarını kullanma eğilimlerini daha iyi anlamak ve bu alandaki boşlukları doldurmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Jaiswal ve ark. (2015) Hindistan'da yaptığı çalışmada katılımcıların %79' unun GETAT farkındalığı var iken kullanmamakta, %46'sı ise GETAT kullanmaktaydı (131). Bıyıklı Sarı ve ark. 2019' da yaptığı çalışmada, GETAT uygulamaları hakkında hastaların %47,8' inin bilgi sahibi oldukları, en sık duydukları GETAT uygulamalarının hirudoterapi, hipnoz, müzik terapi, akupunktur, kupa olduğu bildirilmiştir (132). Çalışmamızda ise hastaların %51,2' si GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi oldukları, %15,7'si kısmen bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. En fazla bilgi sahibi olunan GETAT uygulamaları sırasıyla %59,5 kupa terapi, %44,6 hirudoterapi ve %40,5 akupunktur olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %36,7'si GETAT yöntemlerinden birisini veya daha fazlasını kullanmakta olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, GETAT yöntemlerine yönelik farkındalık ve kullanım oranlarının, farklı coğrafi ve kültürel bağlamlarda değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Hindistan'da yapılan çalışmada yüksek farkındalık oranlarına rağmen kullanımın nispeten düşük olması, GETAT uygulamalarına erişim, güvenilirlik ve kişisel tercihler gibi faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, çalışmamızda hastaların önemli bir kısmının GETAT hakkında bilgi sahibi olması, ancak kullanım

oranlarının daha düşük olması, benzer dinamiklerin ülkemizde de geçerli olabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde GETAT yöntemlerine yönelik farkındalığın artırılması ve bu yöntemlerin güvenilirliği konusunda daha fazla bilgilendirme yapılması, hastaların alternatif tedavi seçeneklerine yönelmesini kolaylaştırabilir. Ayrıca, en çok bilgi sahibi olunan kupa terapi, hirudoterapi ve akupunktur gibi uygulamalara yönelik eğitim ve tanıtım faaliyetlerinin artırılması, bu alanlardaki kullanım oranlarını da olumlu yönde etkileyebilir.

Diyabetes mellitus hastalarıyla yapılan çalışmalarda, hastaların kullandıkları GETAT uygulaması yöntemleri arasında en çok kullanılanları bitkisel ve vitamin tedavileridir (27,32,129,133). Küçükgüçlü ve ark.(2012) yaptığı bir çalışmada diyabet hastalarının %94'ünün GETAT yöntemi olarak bitkisel ürün kullandığı görülmüştür (134). Çalışmamızda ise sırasıyla hastaların GETAT uygulama yöntemlerinden Hacamat (%26,5), Akupunktur (%20,6) ve Kupa (%20,6) uygulamasını tercih ettiği görülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların fitoterapi uygulamalarını tedavi modalitesi olarak görmemiş olma ihtimalleri bu sonucu etkilemiş olabilir.

Wazaify ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada hastaların diyabet semptomlarını hafifletmek amacıyla GETAT yöntemlerine başvurdukları belirtilmiştir (133). Küçükgüçlü ve ark. (2012) çalışmasında, hastaların %71,5'inin kan-glukoz seviyelerini düşürmek amacıyla GETAT yöntemlerini kullandığını saptamıştır (134). Çalışmamızda GETAT kullanım nedenleri değerlendirildiğinde ise hastalar arasında en yaygın kullanım sebebinin kas ağrısı (%41,2), ikinci en sık sebebin diyabet tedavisine destek (%15,7) ve üçüncü en sık sebebin zayıflama amacı olduğu (%14,7) saptanmıştır. Bu sonuçlar, DM'li hastaların hastalığın neden olduğu olumsuzlukları azaltmak için GETAT uygulaması yöntemi kullandıklarını göstermektedir.

Chang ve ark. (2011) araştırmasında ise, diyabet hastalarının GETAT yöntemlerini öğrendikleri ana kaynakların %49,2 ile aileler ve %33,5 ile arkadaşlar olduğu bulunmuştur (135). Küçükgüçlü ve ark. (2012) çalışmasında, diyabet hastalarının %54'ünün GETAT yöntemlerini arkadaşlarından, %19'unun aile bireylerinden, %17'sinin ise medyadan öğrendiği belirlenmiştir (134). Benzer şekilde, Badreldin ve ark. (2014) çalışmasında, diyabet hastalarının GETAT yöntemlerini %47'sinin ailesinden, %31'inin arkadaşlarından ve %20'sinin aktarlardan öğrendiği tespit edilmiştir (136). Benzer şekilde çalışmamızda da %52,9'unun eş-dost akraba tarafından yönlendirildiği, %29,4 sağlık personeli tarafından ve %17,6'sının kendi araştırdığı bulunmuştur. Bu bulgular, diyabet hastalarının GETAT yöntemlerine ilişkin bilgilerini en çok sosyal çevrelerinden edindiklerini ve aile ile arkadaşların bu süreçte önemli rol oynadığını göstermektedir.

Pehlivan ve ark.(2007) çalışmasında ise diyabet hastalarının %88'inin kullandıkları GETAT yöntemlerini sağlık çalışanlarına bildirmedikleri tespit edilmiştir (32). Oksel ve ark.(2009) araştırmasında, diyabet hastalarının %79'unun hekim ve hemşirelerine kullandıkları GETAT yöntemlerini belirtmedikleri görülmüştür (31). Mohammed ve ark. 2012'de yaptığı çalışmada Filistin'de 1883 diyabet hastasıyla yapılan bir

araştırmada ise katılımcıların %68'inin GETAT yöntemi kullandığı ve bu bilgiyi doktorları veya eczacılarıyla paylaşmadıkları belirlenmiştir (137). Dunning ve ark.(2012) Avustralya'da yaptıkları bir çalışmada, 10 katılımcıdan sadece biri GETAT kullandığını hekimiyle paylaşmıştır (138).Türkiye'de Düzen ve ark. (2015) yaptığı çalışmada 153 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunun medikal tedavilerine ek olarak GETAT yöntemlerini tercih ettikleri, ancak %63,6'sının bu bilgiyi doktorlarıyla ve %81,8'inin hemşireleriyle paylaşmadığı tespit edilmiştir (139). GETAT kullanan diyabet hastalarının bu bilgiyi hekimleriyle paylaşmama oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %43 (140), Meksika'da %64 (141) ve Tayland'da %64 (142) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise hastaların %74,5'inin tedavileri ile birlikte kullandıkları GETAT yöntemlerini doktorlarıyla paylaşmadıkları saptanmıştır. Hekimine bilgi veren hastaların ise %33,3'ünün olumlu %33,3'ünün olumsuz tepki aldığı, %33,3 hastanın hekimin fikir beyan etmediğini belirttiği saptanmıştır. Bu bulgular, diyabet hastalarının büyük bir çoğunluğunun GETAT kullanımı konusunda sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmadığını ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde, farklı hasta gruplarında GETAT yöntemlerini kullanan hastaların çoğunun bu bilgiyi doktor ve hemşireleriyle paylaşmadığı görülmektedir. Doktorların GETAT kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları ve bu konuda gerekli eğitimi almalarının, hasta-doktor iletişimini olumlu yönde etkileyebileceği, hasta-doktor iletişimini arttırıp hastaların doktorlarına daha rahat danışmalarını ve kullandıkları ek yöntemleri paylaşmalarını sağlayabileceği düşünülmektedir.

Dursun ve ark (2019) yetişkinlerde yaptığı çalışmada GETAT tutumlarının puan ortalaması 103,99±22,03 olduğu belirtilmiştir (143). Özer ve ark (2020) dahiliye polikliniklerine başvuran hastaların GETAT tutumları puan ortalaması 115,78±18,81 olduğu belirtilmiştir (144). Acar ve ark (2021) yaptığı çalışmada GETAT tutumları puan ortalaması 109,05±15,44 olarak belirlenmiştir (145). Öztürk ve ark (2022) gebe kadınlarda GETAT tutumları üzerine yaptığı çalışmada GETAT tutumlarının ortalama puanı 108,37 ± 7,71 belirlemiştir (146). Özkan ve ark. (2023) Tip 2 diyabetli hastaların insülin tedavisine yönelik tutumları ile tamamlayıcı alternatif tıp arasındaki ilişkisini araştırdığı çalışmada GETAT tutumları ortalama puanı 106.8 ± 19.7 belirlenmiştir (147).Çalışmamızda hastaların CACMAS puan ortalaması 99,1±19,1 olduğu hastaların tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, çeşitli demografik ve sosyoekonomik faktörlerin GETAT tutumları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Ele alınan çalışmalarda çoğunda aynı ölçekler kullanılmış olup araştırma sonuçlarında GETAT'a yönelik tutumların pozitif yönde olması literatürle benzerlik göstermektedir.

Ediger ve ark. (2008) çalışması, yaşın GETAT kullanımını etkileyen başlıca faktörlerden biri olduğunu göstermiştir (148). Kutlu ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, genç bireylerin GETAT uygulamalarına daha sık başvurduğunu ortaya koymuştur (149). Bunun aksine Gönül ve ark. (2009) çalışmasında literatürden farklı olarak yaşın GETAT uygulamalarına başvurma oranları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (150). Çalışmamızda ise GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan

hastaların demografik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında medyan yaş değerleri arasında fark bulunmamıştır. Bu çelişki yaşın tek başına belirleyici olmaması, diğer demografik ve psikososyal değişkenlerin de dikkate alınması gerektiğini gösterir.

Yıldırım ve ark.(2017) yaptığı çalışmada GETAT kullanımında VKİ değerleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (151).Çalışmamızda ise VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olup GETAT uygulaması yaptıran bireylerin daha düşük VKI değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, GETAT uygulamalarının bireylerin vücut kitle indeksleri üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Noisen ve ark. (2007) 485 hasta üzerinde yaptıkları çalışmasında kadınların erkeklere kıyasla GETAT uygulamalarına daha sık başvurduğu bulunmuştur (152). Gönül ve ark. (2009) çalışmasında cinsiyetin hastaların GETAT uygulamalarına başvurma oranları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (150). Benzer şekilde, Durusoy ve ark. (2010) çalışmasında kadınların bu uygulamalara daha sık başvurduğunu tespit edilmiştir (153). Çalışmamızda da gruplar arasında cinsiyet dağılımı için istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen kadınlarda uygulamaya başvurmanın daha sık olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, GETAT uygulamalarının kadınlar arasında daha yaygın olduğunu ve kronik hastalıklarda alternatif tedavi yöntemlerine olan eğilimin arttığını göstermektedir.

Kutlu ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada bekâr bireylerin GETAT uygulamalarına daha sık başvurduğunu ortaya koymuştur (149). Çalışmamızda, gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, bekar/dul hasta oranı GETAT uygulaması yaptıran hasta grubunda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, GETAT uygulaması tercih eden bireylerin medeni durumlarıyla ilişkili olabilecek sosyal veya psikolojik faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Gönül ve ark. (2009) çalışmasında eğitim durumu hastaların GETAT uygulamalarına başvurma oranları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (150). Kutlu ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yüksek bireylerin GETAT uygulamalarına daha sık başvurduğunu ortaya koymuştur (149). Çalışmamızda, hastaların çoğunluğunun ilk ve ortaokul mezunu olduğu gözlemlenmektedir. Lise, lisans ve lisansüstü mezunu hasta oranlarının düşük olması dikkat çekicidir. Ancak, bu gruptaki hasta sayısının az olması sebebiyle, bu parametreyi daha fazla kapsayan GETAT yöntemlerinin kullanım durumunu araştırmaya yönelik çalışmaların yapılması, bu konuda daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabilir. Zira literatürde yapılan birçok çalışma, eğitim seviyesi yükseldikçe GETAT kullanım oranlarının arttığı yönünde bulgular sunmaktadır. Ancak, kendi çalışmamızda bu konuda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Çalışmamızda eğitim seviyesinin GETAT kullanımına etkisi konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememesi, örneklem büyüklüğü ve eğitim düzeyi dağılımındaki dengesizlikten kaynaklanabilir. Bu bağlamda, gelecekteki araştırmalarda eğitim düzeyi dağılımını daha homojen tutarak

daha geniş örneklemlerle çalışmak, eğitim seviyesi ve GETAT kullanımı arasındaki ilişkiyi daha net bir şekilde ortaya koyacaktır.

Barnes ve ark. (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, ABD'de gelir düzeyi yüksek olan bireylerin GETAT kullanımının daha yaygın olduğu belirlenmiştir (154).Şimşek ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada, gelir düzeyinin GETAT kullanımına herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (155). Göktaş ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada, aylık gelir düzeyi giderinden fazla olan hasta oranının, GETAT uygulaması yaptıran hasta grubunda, GETAT uygulaması yaptırmayan hasta grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (156).Alasırt ve ark. (2022) ise gelir düzeyi ile GETAT kullanımı arasında anlamlı bir fark bulamamıştır (157). Çalışmamızda da aylık gelir düzeyi giderinden fazla olan hastaların oranının, GETAT uygulaması yaptıran hasta grubunda, GETAT uygulaması yaptırmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, Göktaş ve ark. (2020) tarafından elde edilen sonuçlarla uyumlu olup, gelir düzeyinin GETAT uygulamalarına yönelik tercihleri etkileyebileceğini göstermektedir. Ekonomik durum ve sağlık sigortası durumu gibi mali kaynaklar, bireylerin geleneksel bakıma göreceli erişimini ve GETAT tedavilerine başvuruyu etkiler. Birçok GETAT yöntemi mevcut sağlık sigortası kapsamında değildir; bu da daha yüksek gelire sahip kişilerin kendilerini sağlık öz yönetimlerine daha iyi dahil edebileceklerini gelir düzeyine sahip bireylerin, alternatif tedavi yöntemlerine erişim ve bu yöntemleri kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Ancak, diğer çalışmalarda elde edilen çelişkili bulgular, bu ilişkinin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu işaret etmektedir. Dolayısıyla, gelir düzeyinin GETAT kullanımı üzerindeki etkilerini daha derinlemesine anlamak için daha kapsamlı ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bulgularına göre, diyabete bağlı toplam komplikasyon görülme oranı, GETAT uygulaması yapmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (p:0,001). Bu, GETAT yöntemlerinin diyabet komplikasyonları üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Yani, GETAT uygulamaları, genel komplikasyon riskini azaltmada etkili olabilir. Ancak, daha ayrıntılı bakıldığında, diyabete bağlı spesifik komplikasyonlar, yani kalp damar hastalığı, bacak damar hastalığı, retinopati, nöropati ve nefropati, GETAT uygulaması yaptıran grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Bu durum, GETAT uygulamalarının bazı spesifik komplikasyonlar üzerinde beklenen pozitif etkiyi göstermediğini veya bu uygulamaların bu komplikasyonların yönetiminde yetersiz kaldığını gösterebilir. Bu çelişkili bulguların birkaç olası açıklaması olabilir. Bunlar; GETAT yöntemlerini tercih eden hastaların, genel sağlık durumu veya hastalığın ciddiyeti açısından farklılık gösterebileceği düşünülebilir. Daha ciddi komplikasyonları olan hastalar, alternatif tedavi yöntemlerine daha fazla yönelebilir. GETAT uygulamalarının etkisi, tedavi süresi ve uygulama sıklığına bağlı olarak değişebilir. Belirli komplikasyonlar üzerinde etkili olabilmesi için daha uzun süreli ve düzenli uygulamalar gerekebilir. GETAT uygulamalarının kendine özgü yan etkileri veya bu uygulamaların bazı komplikasyonların yönetiminde uygun olmaması, bu sonuçların ortaya çıkmasına

neden olabilir. Sonuç olarak, GETAT uygulamalarının diyabet yönetimindeki yeri ve etkisi üzerine daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu araştırmalar, GETAT yöntemlerinin hangi koşullar altında etkili olduğunu, hangi hasta gruplarında daha faydalı olabileceğini ve bu uygulamaların optimal kullanım şekillerini belirlemeye yardımcı olacaktır. Bu tür çalışmalar, daha güvenilir ve geçerli sonuçlar elde edilmesi açısından önem arz etmektedir.

GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan gruplarda GETAT Tutum Ölçeği değerlendirildiğinde ölçek toplam skor medyan değeri, Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru medyan değeri ve Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru değeri GETAT uygulaması yaptıran grupta yaptırmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).Sağlığa bütüncül bakış alan skoru medyan değeri için istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0488$).Bu bulgular GETAT uygulaması yaptıran kişilerin tamamlayıcı tıbba daha olumlu baktığını, modern tıbbın eksik kaldığı noktalar olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle GETAT uygulamalarına yöneldiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, sağlıkta bütüncül bakış açısının her iki grup için de benzer olduğunu ve GETAT uygulamalarının bu spesifik tutum üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

GETAT tutum ölçeği toplam skoru; 65 yaş ve üstü hastalar, kadınlar, üniversite ve yüksek öğretim seviyesindeki bireyler ve aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan gruplarda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p:0,008$, $p<0,001$, $p:0,033$ ve $p:0,034$). Bu bulgular yaş, cinsiyet, okuryazarlık durumu ve ekonomik durumun, bireylerin GETAT yaklaşımlarına yönelik tutumlarını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış alt boyutu incelendiğinde kadın, bekar/dul, 65 yaş ve üstü hastalarda skorların anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p: 0,001$, $p:0,003$ ve $p:0,012$). Kadınların tamamlayıcı tıbba yönelik olumlu bakış açıları, genel sağlık yaklaşımlarında daha bütüncül ve alternatif yöntemlere açık olmalarından kaynaklanabilir. Bekar/dul bireyler ise sosyal destek eksikliği nedeniyle tamamlayıcı tıbbı daha fazla tercih edebilirler. 65 yaş ve üzeri hastaların yüksek skorları, kronik hastalıklar ve yaşam kalitesini artırma çabalarıyla ilişkilendirilebilir. Gelecekteki çalışmalar, bu grupların tutumlarını ve kullanım oranlarını daha ayrıntılı inceleyerek, sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

Modern Tıbba Karşı Memnuniyetsizlik alt boyutu açısından, 65 yaş ve üstü hastalar ile okur-yazar olmayanlarda anlamlı derecede yüksek skorlar bulunmuştur($p:0,002$, $p<0,001$). Bu sonuçlar, yaşlı ve okur-yazar olmayan bireylerin modern tıbba daha eleştirel yaklaştığını göstermektedir. Yaşlı bireylerdeki yüksek memnuniyetsizlik, kronik hastalık yükü nedeniyle sağlık hizmetleriyle sık ve uzun süreli etkileşimden kaynaklanabilir. Modern tıbbın karmaşık ve teknoloji odaklı yapısı, bu bireyler için daha az anlaşılır ve kişisel olabilir, bu da memnuniyetsizliği artırabilir. Okur-yazar olmayan bireylerde yüksek memnuniyetsizlik, sağlık okuryazarlığı eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlık bilgilerini anlama ve kullanma konusundaki zorluklar, bu

bireylerde tıbbi hizmetlere karşı güvensizlik ve memnuniyetsizlik yaratabilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, yaşlı ve okur-yazar olmayan bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmak için kritik öneme sahiptir. Bu hizmetler, bireylere sağlık bilgilerini daha anlaşılır ve erişilebilir bir şekilde sunarak, onların sağlık kararlarında daha etkin olmalarını sağlayabilir. Yaşlı bireyler için daha anlaşılır ve kişiselleştirilmiş hizmetlerin sunulması, okur-yazar olmayan bireyler için ise sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu tür stratejiler, modern tıbba karşı memnuniyetsizlik düzeylerini azaltabilir ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırabilir.

Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyutunda ise evli olanlar ve aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan gruplarda skorların anlamlı derecede yüksek ve okur-yazar olmayanlarda anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir($p<0,001$, $p=0,007$, $p=0,007$). Bu bulgular, bu grupların sağlığa daha bütüncül bir yaklaşım benimsediğini göstermektedir. Eşler arasında sağlık bilincinin artması ve karşılıklı destek ve aile üyelerine karşı sorumluluk, daha sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik ettiği için evli bireylerde daha yüksek çıkmış olabilir. Daha iyi sağlık hizmetlerine ve önleyici bakım imkanlarına erişimin kolaylığından dolayı geliri giderinden yüksek olan bireylerde daha yüksek çıkmış olabilir. Okur-yazar olmayan bireyler ise, modern tıbbın karmaşıklığından kaçınarak daha bütüncül ve geleneksel yöntemlere yönelebilirler. Sağlık bilgilerine ulaşmada ve anlamada güçlük, sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmama, eğitim eksikliği, sosyal destek ağlarının zayıf olması nedeniyle okur-yazar olmayan bireylerde daha düşük çıkmış olabilir. Bu bulgular, birinci basamak sağlıkta kapsamlı sağlık hizmeti, sürekli ve koordineli bakım, eğitim ve bilgilendirme, erken müdahale ve önleme ve sosyal destek ve danışmanlık gibi etkileşimlerle aile hekimliğinin önemini vurgulamaktadır. Aile hekimliği, bireylerin sağlık geçmişini ve sosyal durumlarını yakından takip ederek, sağlık hizmetlerini kişiselleştirme ve bütüncül sağlık yaklaşımlarını destekleme potansiyeline sahiptir. Hastayı bağlamında değerlendiren biyopsikososyal yaklaşım ile birinci basamak sağlık hizmetleri daha etkili ve kapsamlı sağlık hizmetleri sunabilir.

Genel olarak bu alt ölçek sonuçları demografik ve sosyoekonomik faktörlerin GETAT tutumları üzerindeki etkilerini vurgulamakta ve sağlık hizmeti sunumunda bu farklılıkların göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık politikalarının ve eğitim programlarının, özellikle dezavantajlı gruplara yönelik olarak, bu tutumları dikkate alarak şekillendirilmesi hasta memnuniyetini ve tedavi uyumunu arttırma ihtimalini göstermektedir.

Garrow ve ark. (2006) yaptığı çalışmada uzun DM süresi ve ek hastalığı olanlarda GETAT uygulaması yaptırma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (158). See ve ark.(2010) çalışmasında hastalık süresi uzun olan hastaların bu uygulamalara daha sık başvurdukları belirlenmiştir (159). Yıldırım D. (2017) yaptığı çalışmaya göre GETAT kullanımında diyabet süresi gruplarına göre herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir (151). Çalışmamızda ise dm süresi, ek hastalık görülme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen diyabete bağlı toplam komplikasyon görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde GETAT uygulaması yapmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, diyabet yönetiminde GETAT uygulamalarının komplikasyon riskini azaltmada potansiyel bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ancak, daha uzun süreli ve geniş kapsamlı çalışmalarla bu ilişkinin daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

GETAT tutum ölçeği toplam skoru ve tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış skorları OAD kullanmayan hastalarda anlamlı yüksek bulunmuştur (p:0,030, p:0,018). Bu bulgular, OAD kullanım sıklığının GETAT yaklaşımlarına yönelik tutumları etkilediğini ve daha az OAD kullananların tamamlayıcı tıbba daha olumlu baktığını göstermektedir. Eğitim ve tedavi süreçlerinde bu farklılıkların dikkate alınması, hasta memnuniyetini ve tedavi uyumunu artırabilir.

GETAT tutum ölçeği toplam skoru ve tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış skorları günde 3-4 kez insülin kullanan hastalarda anlamlı yüksek bulunmuştur (p:0,008, p:0,004). Günde 3-4 kez insülin kullanan hastalar, insülin kullanmayanlara göre daha yüksek skorlara sahiptir. Bu, insülin kullanım sıklığının tamamlayıcı tıp yaklaşımlarına yönelik tutumları etkilediğini göstermektedir. Diğer alan skorlarında anlamlı fark bulunmamıştır, bu da insülin kullanımının sadece belirli tutum ve düşünsel yaklaşımlar üzerinde etkili olduğunu ortaya koyar. Bu bulgular, diyabet tedavisinde kişiselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesi gerektiğini vurgular.

Diyabete bağlı komplikasyonları olan hastalarda, modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skorunun istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunması, bu hastaların modern tıp yaklaşımlarından bekledikleri sonuçları alamamış olabileceklerini düşündürmektedir ($p<0,001$). Buna karşılık, komplikasyon olmayan grupta sağlığa bütüncül bakış alan skorunun komplikasyon olan gruba göre daha yüksek bulunması, bu hastaların sağlıklarını daha geniş bir perspektiften değerlendirdiklerini ve belki de hastalık yönetiminde daha bütüncül yaklaşımları benimsediklerini göstermektedir (p:0,008). Bu bulgular, diyabet yönetiminde bireylerin memnuniyet düzeylerini ve sağlık algılarını etkileyen önemli faktörleri ortaya koymakta ve tedavi süreçlerinde hasta memnuniyetini arttırmak için daha kişiselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; Temmuz 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ASM' lerine kayıtlı Diyabetes Mellitus tanılı herhangi bir nedenle aile hekimine başvurmuş araştırmaya katılmayı kabul eden 363 kişiye toplamda 53 soru içeren veri formu yüz yüze anket yöntemiyle uygulandı ve aşağıdaki sonuçlar çıkarıldı:

1. GETAT Bilgi Durumu:

- Hastaların %51,2'si GETAT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu, %15,7'si kısmen bilgi sahibi olduğunu ve %33,1'i bilgisiz olduğunu belirtmiştir.

- En fazla bilgiye sahip olunan GETAT uygulamaları sırasıyla kupa terapi (%59,5), hirudoterapi (%44,6) ve akupunktur (%40,5) olmuştur.

2. GETAT Uygulama Tercihleri:

- GETAT uygulaması yaptıran 102 hastanın (%28,1); en yüksek oranda hacamat (%26,5), akupunktur (%20,6) ve kupa (%20,6) uygulamalarını tercih ettiği görülmüştür.

- GETAT uygulamalarına yönelme nedenleri arasında en yüksek oranda iyilik hali ve genel sağlığı artırmak (%18,2) yer alırken, bunu çevre tavsiyeleri (%11,6) takip etmiştir. Medya organlarında görüp denemek isteme oranı %1,7 ile son sırada kalmıştır.

3. GETAT Kullanım Nedenleri:

- En sık kullanım nedeni kas ağrısı (%41,2), bunu diyabet tedavisine destek (%15,7) ve zayıflama amacı (%14,7) izlemektedir.

4. GETAT Öncesi Modern Tıp Başvurusu ve Yönlendirme:

- GETAT uygulayan hastaların %79,4'ü uygulama öncesi modern tıp polikliniğine başvurmuştur.

- Hastaların %52,9'u eş-dost akraba tarafından yönlendirilmiş ve aynı oranda (%52,9) fayda gördüğünü belirtmiştir.

- Hastaların %26,5'i GETAT uygulamasını hekimine bildirmiş, bu hastaların %33,3'ü olumlu, %33,3'ü olumsuz tepki almış ve %33,3'ü hekimin fikir beyan etmediğini ifade etmiştir.

- GETAT uygulaması yaptıran hastaların %61,8'i GETAT uygulamalarını başkalarına önerebileceğini belirtmiştir.

5. GETAT Tutum Ölçeği Sonuçları:

- GETAT tutum ölçeği toplam skorunun medyan değeri 97,0 (min-maks: 45,0-176,0) bulunmuştur.

- Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış skoru medyan değeri 26,0 (min-maks: 8,0-58,0), modern tıbba karşı memnuniyetsizlik skoru medyan değeri 23,0 (min-maks: 10,0-69,0), sağlığa bütüncül bakış skoru medyan değeri 48,0 (min-maks: 21,0-60,0) olarak bulunmuştur.

6. Demografik Özellikler ve GETAT Uygulaması:

- GETAT uygulaması yaptıran ve yaptırmayan hastaların medyan yaş değerleri arasında fark saptanmamışken, VKI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,001).

- Cinsiyet dağılımı için istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, bekar/dul hasta oranı GETAT uygulaması yaptıran grupta daha yüksek bulunmuştur.

- Aylık gelir düzeyi giderinden fazla olan hasta oranı GETAT uygulaması yaptıran grupta daha yüksek bulunmuştur (p:0,002).

7. Diyabet ve GETAT Uygulaması:

- Diyabete bağlı toplam komplikasyon görülme oranı GETAT uygulaması yapmayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (p:0,001).

- Diyabete bağlı kalp damar hastalığı, bacak damar hastalığı, retinopati, nöropati ve nefropati görülme oranları GETAT uygulaması yaptıran grupta daha yüksek bulunmuştur.

- OAD ve insülin kullanmayan hasta oranları GETAT uygulayan grupta daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p:0,026 ve p:0,001).

8. GETAT Tutum Ölçeği ve Demografik Faktörler:

- GETAT tutum ölçeği toplam skoru; 65 yaş ve üstü hastalar, kadınlar, üniversite ve yüksek öğretim seviyesindeki bireyler ve aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan gruplarda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p:0,008, p<0,001, p:0,033 ve p:0,034).

- Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış alt boyutu incelendiğinde kadın, bekar/dul, 65 yaş ve üstü hastalarda skorların anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p: 0,001, p:0,003 ve p:0,012).

-Modern Tıbba Karşı Memnuniyetsizlik alt boyutu açısından, 65 yaş ve üstü hastalar ile okur-yazar olmayanlarda anlamlı derecede yüksek skorlar bulunmuştur (p:0,002, p<0,001).

-Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyutunda ise evli olanlar ve aylık gelir düzeyi gider düzeyinden yüksek olan gruplarda skorların anlamlı derecede yüksek ve okur-yazar

olmayanlarda anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,001, p:0,007, p:0,007).

9. GETAT Tutum Ölçeği ve DM Özellikleri

- GETAT tutum ölçeği toplam skoru ve Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış alan skoru; OAD kullanmayanlarda ve günde 3-4 kez insülin kullananlarda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p:0,030,p:0,008 ve p:0,018, p:0,004).

- Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik alan skoru DM bağlı komplikasyonu olan bireylerde anlamlı yüksek saptanmıştır (p<0,001).

- Sağlığa bütüncül bakış alan skoru DM bağlı komplikasyonu olmayan bireylerde anlamlı yüksek saptanmıştır (p:0,008).

DM hastası olan bireylerin modern tıbba karşı memnuniyetsizliği gidermek, sağlığa bütüncül ve tamamlayıcı tıbba bakışını yönetmek için kişi merkezli, bütüncül ve kapsamlı sağlık hizmetlerinde birinci basamak aile hekimliğinin önemi vurgulanmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hastaların GETAT konusunda bilgilendirilmesi, tedavi planlanması için hekimlere, hastalık yönetiminde hastalara bireysel bakım verebilmeleri için sağlık profesyonellerine GETAT yöntemleri konusunda eğitimler verilmesi, tıp fakültelerinin müfredatına GETAT uygulamaları ile ilgili temel bilgiler eklenmesi önerilebilir. Bunun sonucunda hastaların hekimleri ile bu konudaki paylaşımları ve bilgi düzeyleri artacaktır. GETAT yöntemlerinin ödeme kapsamına alınması sağlığa bütüncül bakışı arttırabilir.

7.KAYNAKÇA

1.Bakanlığı, T. S. (2014). Türkiye Diyabet programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın, (816), 9, 13, 20

2. Yılmaz, M., & Özonuk, E. (2019). Relationship Between Health Literacy And Compliance with the Treatment Among Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Education and Research in Nursing. https://doi.org/10.5222/head.2019.096

3. Bakanlığı, T. S. (2014). Türkiye Diyabet programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın, (816), 9, 13, 20

4. Roglic, G. (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. International Journal of Noncommunicable Diseases, 1(1), 21-25

5. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı M, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. Ankara Medical Journal. 2015;15(2).

6. Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Zeybek Ünsal Ç, Hayırlıdağ M, Örnek Büken N. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2015;2(2):117- 26.

7.Khorshid L., Yapucu Ü., "Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 124-130, 2005

8. Şimşek Yurt N, Türe E, Çubukçu M. Nivic grass poisoning: Arum Maculatum - A Case Report. Ankara Medical Journal. 2019;19(4):796-799

9. (AHRQ) AfHRaQ. People who have diabetes are twice as likely to use complementary and alternative medicine as other patients, Research Activities Online Newsletter. Agency for Healthcare Research and Quality. 2002;262:2-28.

10. Huri HZ, Lian GTP, Hussain S, Pendek R, Widodo RT. A survey amongst complementary alternative medicine (CAM) users with type 2 diabetes. Int J Diabetes & Metabolism. 2009;17:9-15.

11. Naja F, Mousa D, Alameddine M, Shoaib H, Itani L, Mourad Y. Prevalence and correlates of complementary and alternative medicine use among diabetic patients in Beirut, Lebanon: a cross-sectional study. BMC complementary and alternative medicine. 2014;14(1)2-11.

12. Yousefinezhadi B, … MRJ of M, 2018 undefined. The Impact of Type 2 Diabetes Mellitus on Respiratory System. jmr.tums.ac.ir [Internet]. [cited 2023 Jun 3]; Available from: http://jmr.tums.ac.ir/index.php/jmr/article/view/180

13.Amerian Diabetes Association. "Standarts of medical care in diabetes-2009" Diabetes Care, 32 (supplement 1), 13-61, 2009

14.Kartal A., Çağırgan G., Tığlı H., Güngör Y., Karakuş N., Gelen M. "Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler" TAF Prev Med Bull, 7(3), 223-230, 2008

15. Cho N.H., Shaw J.E., Karuranga S., Huang Y., da Rocha Fernandes J.D., Ohlrogge A.W., Malanda B. "IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045" Diabetes research and clinical practice, 138, 271-281, 2018

16. Satman I., Ömer B., Tutuncu Y., Kalaca S., Gedik S., Dinccag N., et al. TURDEP-II Study Group. Twelveyear trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults" Eur J Epidemiol, 28, 169-80, 2013

17. Aysun T, DEMİRSOY N, Journal ÖGEM. Tip 2 Diyabet Mellitus Hastalarının Yaşadığı Kendini İzleme ve İlaç Engellerinin HbA1c Düzeylerine Etkisi. dergipark.org.tr [Internet]. [cited 2023 Jun 3]; Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/eskisehirmedj/article/991604

18. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, http://www.diabetesatlas.org. International Diabetes Federation. 2015.

19. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). Diabetes Mellitus Çalışma ve Takip Kılavuzu. https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf

20. Çalışma, T. D. M. & Grubu, E. (2015). Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti, 149-56.

21. Grubu, U. D. K. K. (2011). Diyabet: tanı ve tedavi rehberi. Türk Diyabet Vakfı. 16

22. Cole J, nephrology JFN reviews, 2020 undefined. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. nature.com [Internet]. [cited 2023 Jun 5]; Available from: https://www.nature.com/ articles/s41581-020-0278-5

23. (AHRQ) AfHRaQ. People who have diabetes are twice as likely to use complementary and alternative medicine as other patients, Research Activities Online Newsletter. Agency for Healthcare Research and Quality. 2002;262:2-28.

24. Egede, 2004; Ernst, 2001; Yeh, Kaptchuk, Eisenberg, & Phillips, 2003

25. Khalaf A.J., Whitford D.L. "The use of complementary and alternative medicine by patients with diabetes mellitus in Bahrain: a cross-sectional study" BMC Complementary and Alternative Medicine, 10(1), 35-39, 2010

26. Yeh G.Y., Eisenberg D.M., Davis R.B., Phillips R.S. "Use of complementary and alternative medicine among persons with diabetes mellitus: results of a national survey" American Journal of Public Health, 92(10), 1648- 1652, 2002

27. Ogbera A.O., Dada O., Adeleye F., Jewo PI. “Complementary and alternative medicine use in diabetes mellitus” West African Journal of Medicine, 29(3), 158-161, 2010

28. Manya K., Champion B., Dunning T. “The use of complementary and alternative medicine among people living with diabetes in Sydney” BMC Complementary and Alternative Medicine, 12(1), 2-5, 2012

29.Selçuk Tosun A., Zincir H., Eliş E. “Complementary and alternative medicine and self-efficacy level in Turkish adults with type 2 diabetes mellitus” Cukurova Medical Journal, 44(2), 309-318, 2019

30.Kaynak İ., Polat Ü. “Diabetes mellitus' lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi” Genel Tip Dergisi, 27(2), 56-64, 2017

31.Oksel E., Şisman F.N. “Diyabetus mellituslu hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri” Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25(3), 27-36, 2009

32.Pehlivan S., Ovayolu N., Uçan Ö. “Diabetes Mellitus’lu hastaların kullandıkları alternatif tedavi yöntemleri” 9. İç Hastalıkları Kongresi 5-9 Eylül, Kongre Özet Kitabı, s: 356, Antalya, 2007

33.General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine World Health Organization. World Heal Organ. 2000

34. Ve TME. T.C. Resmî Gazete. 2014;(Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği.): Sayı:29158. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf

35.Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51(1):62-7.

36. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name? https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-aname

37. World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. World Health Organization 2002. https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163 Son erişim tarihi: 07.12.2022

38. Update on NTP Studies of Dietary Supplements / Herbal Medicines. National Toxicology Program, National Institute of environmental Health Sciences December 2009. https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/about_ntp/bsc/2009/december/minutes20091210.pdf

39. World Health Organization (WHO). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. 2019https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Weidenhammer W. The Roadmap for European CAM Research, An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings. https://cam-europe.eu/wpcontent/uploads/2018/09/cambrella-roadmap.pdf

41. George Lewith. CAM use in Europe – The patients' perspective. Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU. 2012https://cam-europe.eu/wpcontent/uploads/2018/09/CAMbrella-WP4-part_1final.pdf

42. Biçer İ, Balçık PY. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye Ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 22(1):245-57.

43. Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik 2002 yılı. Resmi gazete. Sayı:24879. 16 Eylül 2002.

44. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 2011 yılı. Resmi Gazete; Sayı: 28103. 02.11.2011.

45. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği 2014. Resmi gazete, Sayı: 29158 (Ekim, 27,2014).

46. Sağlık Bakanlığı 'Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Nedir?' 2017. https://shgmGETATdb.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayicitip-nedir.html#. (Erişim tarihi:11.06.2022).

47. Doğan B, Karabudak Abuaf Ö, Karabacak E. Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 2012;46(2).

48. ÇETİN O. Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Sosyoekonomi. 2007;6(6).

49. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel /alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. TAF Prev Med Bull. 2016;15(2):75–82.

50. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. FÜ Sağ Bil Tıp Derg. 2013;27(1):19-26

51. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(2):112-22.

52. Karasimav Ö, Yildiz Y. Spor hek i ml iği nde akupunktur uygulamalari. Spor Hekim Derg. 2015;50:49–56.

53. Da Silva AN. Acupuncture for migraine prevention. Headache. 2015 Mar 1;55(3):470–3.

54. Cabıoğlu MT, Ergene N. Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. Genel Tıp Dergisi. 2003;13(1):35-40.

55. Karasimav Ö, Yildiz Y. Spor hek i ml iği nde akupunktur uygulamalari. Spor Hekim Derg. 2015;50:49–56.

56. Bakanlar kurulu. Akupunktur Tedavi Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı No:20885 (29.05.1991). 1991;

57. Kalyon TA. Akupunktur Tedavisi. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi. 2007;53.

58. Aydın Y, Tekeoğlu İ. Tamamlayıcı tıp ve güncel apiterapı uygulamaları. Journal of Bıotechnology and Strategıc Health Research. 2(2):64-73.

59. Unal M, Dagdeviren HN. Traditional and Complementary Medicine Methods. Eurasian J Fam Med. 2019;8(1):1–9.

60. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal. 2014;9(2):401-444.

61. Apiterapi Uygulaması Hakkında Bilgilendirme [Internet]. [a.yer 02 Temmuz 2019]. Erişim adresi: https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24674/apiterapi-uygulamasihakkinda-bilgilendirme.html

62. Bitkisel Ürünler ve Sağlık Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım Türk Tabipleri Birliği. 2012.

63. Faydaoğlu E, Saip Sürücüoğlu M. Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. Vol. 11, Journal of Forestry Faculty. 2011.

64. Fitoterapi [Internet]. [cited 2020 Mar 3]. Available from: https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8509/fitoterapi.html

65. Barlas Uzun M, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel Ürünlerin Yanlış Kullanımı ve Zararları Improper Use and Harms of Herbal Products ,Mersin Üni Tıp Fak Lokman Hekim Tıp Tarihi Folklorik Tıp Derg. 2014.

66. Kamboj VP, "Herbal medicine", Current Science, 200;78(1):180-186 http://www.sciepub.com/reference/189774 Son erişim tarihi:07.12.2022

67. Peregoy JA, Clarke TC, Jones LI, Stussman BJ, Nahin RL. Regional Variation in Use of Complementary Health Approaches by U.S. Adults. NCHS Data Brief. 2014;(146):1.

68. Fitofarmas O, Yakla G, Durum Y, Droglar B, Monograflar F. "Tıbbî Bitkisel Ürünler." 2012;

69. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği 2014. Resmi gazete, Sayı: 29158 (Ekim, 27,2014).

70. ÖZGÖK A. Hipnoz ve Anestezi. Anestezi Dergisi. 2013;21(1).

71. Taştan K, Çayır Y, Makas YN, Set T, Hülakü A, Tekşan T. Smyrna Tıp Dergisi-12-Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Doktorların Hipnoterapi ile İlgili Görüşleri, Eğitim Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları. 2015.

72. Hipnoz Uygulaması Hakkında Bilgilendirme [Internet]. [a.yer 04 Temmuz 2019]. Erişim adresi: https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24671/hipnoz-uygulamasihakkinda-bilgilendirme.html

73. Resmi Gazete. Geleneksel Ve Tamamlayici Tip UygulamalarYönetmeliği. 2014.

74. Tamam C, Tamam B, Tamam Y. Hirudoterapi komplikasyonu olarak enfeksiyon olgusu. Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi. 13(1):14-6.

75. Gödekmerdan A, Arusan S, Bayar B, Sağlam N, Üniversitesi F, Fakültesi T, et al. Tıbbi Sülükler ve Hirudoterapi. Turkiye Parazitol Derg,. 2011;

76. Ayhan H, Mollahaliloğlu S, Yıldırım A, Üniversitesi B, Hizmetleri S, Yüksekokulu M. Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi. Ankara Med J. 2018;18(1):141–9.

77. Arusan S, Bayar B, Gödekmerdan A, Sağlam N, Polikliniği DH, Ankara T, et al. Mikro Cerrahiye Yardımcı Bir Metot, Hirudoterapi. 2013;

78. Resmi Gazete. Geleneksel Ve Tamamlayici Tip UygulamalarYönetmeliği. 2014.

79. Arslan M, Şahne BS, ŞAR S. Alternatif Bir Tedavi Sistemi: Homeopati. Journal of Literature Pharmacy Sciences. 2013;2(2):47-54.

80. Ceyhan D, Yiğit TT. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(3):178-89

81. Unlu A, Kirca O, Ozdogan M. Homeopathy and cancer. J Oncol Sci. 2017 Jul;3(2):77–80.

82. Dossett M. Homeopathy Uptodate 2022. https://www.uptodate.com/contents/homeopathy. (Erişim tarihi:30.08.2022).

83. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

84. Ağaoğlu MH, Salık E, Mangan GM, Donat A. DD Palmer'in''Innate Intelligence''Felsefesiyle Başlayan Kayropraktik Biliminin Dünyada ve Türkiye'de Yeri ve Önemi. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2018;1(2):93-8.

85. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. Fam Med. 2019;8(1):1-9.

86. Hadler NM. "Chiropractic." Rheumatic diseases clinics of North America. 2000;26(1):97-5

87. Yıldız S, Ağaoğlu MH. Kayropraktik uygulama endikasyonlari-Turkısh Journal of Integratıve Medicine Review / Derleme. İntegratif Tıp Dergisi. 2013;1(2):73–6.

88. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

89. Arslan M, Yeşilçam N, Aydın D, Dane S,. Wet cupping therapy restores sympathovagal imbalances in cardiac rhythm. J Altern Complement Med. 2014;20(4):318-21.

90. Mehta P, Dhapte V. Cupping therapy: a prudent remedy for a plethora of medical ailments. J Tradit Complement Med 2015;5(3):127-34.

91. Yıldız S, Eriş S, Polat NY, Yıldız ÜG, Kurt BB, Kurt Y, vd. Geleneksel Çin Tıbbında Bir Şifa Yöntemi Kupa Terapisi Uygulama Alanları: Derleme.

92. Cao H, Li X, Liu J. An updated review of the efficacy of cupping therapy. PLoS One 2012;7(2):e31793. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289625/

93. Zeng K, Wang JW. Clinical application and research progress of cupping. J Acupunct Tuina Sci.2016;14(4):300-4.

94. Wei LI, Piao SA, Meng XW, Wei LH. Effects of cupping on blood flow under skin of back in healthy human. World J Acupunct Moxibustion. 2013;23(3):50-2.

95. Saha FJ, Schumann S, Cramer H, Hohmann C, Choi KE, Rolke R et al. The effects of cupping massage in patients with chronic neck pain-a randomised controlled trial. Complement Med Res 2017;24(1):26-32.

96. Tamer SA, AlSanad S. "Cupping Therapy: An Overview from a Modern Medicine Perspective." Journal of acupuncture and meridian studies. 2018;11(3):83-4.

97. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

98. Yaman M, zerek A. Miyaz sinekleri larvalarının yara tedavisinde kullanılması. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 8(32):20-8.

99. Sherman RA. Maggot versus conservative debridement therapy for the treatment of pressure ulcers. Wound Repair Regen. 2002 Jul 19;10(4):208–14.

100. Ve TME. T.C. Resmî Gazete. 2014;(Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği.): Sayı:29158. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf

101. 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 (Turk J Plast Surg). 2013;21(2):16-9.

102-Mammucari, M., Maggiori, E., Russo, D., Giorgio, C., Ronconi, G., Ferrara, P. E., … Natoli, S. (2020). *Mesotherapy: From Historical Notes to Scientific Evidence and Future Prospects. The Scientific World Journal, 2020, 1–9.* doi:10.1155/2020/3542848

103. Tanrıkulu L. Mezoterapi. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(2):272-5.

104. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

105. Unal M, Dagdeviren HN. Traditional and Complementary Medicine Methods. Eurasian J Fam Med. 2019;8(1):1–9.

106. Kazancı A, Sorar M, Bavbek M. Subakut ve Kronik Bel Ağrılarında Perkütan Girişimler.

107. Solmaz İ, Yıldız S, Taylan Çifçi Ö, Yaşa Öztürk G. İntegratif Tıp Dergisi Turkısh Journal of Integratıve Medicine Revıew / Derleme Tarihin Tozlu Raflarında Bekleyen Bir Tedavi Yöntemi: Proloterapi. 2013.

108. Rabago D, Slattengren A, Zgierska A. Prolotherapy in primary care practice. 2010, Prim Care. 2010;37(1):65-80. doi: 10.1016/j.pop.2009.09.013.

109. Resmi Gazete. Geleneksel Ve Tamamlayici Tip UygulamalarYönetmeliği. 2014.

110.Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, Bergna A. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: A systematic review and metaanalysis. Complementary therapies in medicine. 2021;56:102616.

111. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

112. Babacan A. Ozon, Ozonterapi ve Klinik Kullanımı. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2008;28(6):245-7.

113. Unal M, Dagdeviren HN. Traditional and Complementary Medicine Methods. Eurasian J Fam Med. 2019;8(1):1–9.

114. Yiğitarslan K, Özcan C, Özcan ÜA, Ercan Ş. Veteriner Nörolojide Ozonun Kullanım Alanları. Turkiye Klinikleri Journal of Veterinary Sciences. 2018;9(1):26-32.

115. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

116. Barone P. Oxygen-ozone therapy in a multidisciplinary day surgery: Design and applications. Ozone Ther. 2017;2(2):19–25.

117. Bakanlığı TCS. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği sayı:29158. Published Online First: 2014.https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm

118. Akın Korkan E, Uyar M. Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. Acıbadem Üni Sağlık Bil Derg. 2014;5(1):9–14. 66

119. Embong NH, Soh YC, Ming LC, Wong TW. Perspectives on reflexology: A qualitative approach. J Tradit Complement Med. 2017 Jul 1;7(3):327–31.

120. Resmi Gazete. Geleneksel Ve Tamamlayici Tip UygulamalarYönetmeliği. 2014.

121. McCaffrey R. Music listening: Its effects in creating a healing environment. Vol. 46, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. Slack Incorporated; 2008. p. 39–44.

122. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016. p. CD006911.

123. Uyar M, Akın Korhan E. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Ağrı. 2011;23(4):139–46

124. Ve TME. T.C. Resmî Gazete. 2014;(Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği.): Sayı:29158. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf

125. Schneider CD, Meek PM, Bell IR. Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. BMC Medical Education. 2003;3(1). https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472- 6920-3-5. (Erişim tarihi:02.09.2022).

126.Köse E, Ekerbiçer HÇ, Erkorkmaz Ü. Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale: Turkish validity reliability study. Sakarya Medical Journal. 2018;8(4):726-736.

127.Vishnu N., Mini G., Thankappan K. "Complementary and alternative medicine use by diabetes patients in Kerala, India" Global Health, Epidemiology and Genomics, 2, 1-7, 2017

128. Hashempur M.H., Heydari M., Mosavat S.H., Heydari S.T., Shams M. "Complementary and alternative medicine use in Iranian patients with diabetes mellitus" Journal of integrative medicine, 13(5), 319-325, 2015

129. Ceylan S, Azal Ö, Taşlipinar A, Türker T, Açikel CH, Gulec M. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. Complementary therapies in medicine. 2009;17(2):78-83

130.Tan, Mehtap, Özge Uzun, and Fatih Akçay. "Trends in Complementary and Alternative Medicine in Eastern Turkey." *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 10, no. 5 (October 2004): 861–865.

131. Jaiswal K, Bajait C, Pimpalkhute S, Sontakke S, Dakhale G, Magdum A. Knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicine: A patient's perspective. Int J Med Public Health 2015;5:19-23.

132.Eda Bıyıklı Sarı. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 1 ve dönem 6 öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Kocaeli 2019.

133. Wazaify M., Afifi F.U., El-Khateeb M., Ajlouni K. "Complementary and alternative medicine use among Jordanian patients with diabetes" Complementary therapies in clinical practice, 17(2), 71-75, 2011

134.Küçükgüçlü,Ö., Kızılcı,S., Mert, H., Uğur,Ö., Büyükkaya,D., ve Ünsal, E. Complementary and Alternative Medicine Use Among People With Diabetes in Turkey. Western Journal of Nursing Research. 2012; 34 (7): 902-16.

135. Chang, H., Wallis, M. and Tiralongo, E. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Type-2 Diabetes in Taiwan: A Cross Sectional Survey. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011; 1-8.

136. Badreldin AMA, Mahfouz MS. Herbal Medicine Use among Patients with Type 2 Diabetes in North Sudan. Annual Research & Review in Biology. 2014; 4(11): 1827-38.

137. Mohammed S. Ali-Shtayeh, Rana M., Rania M. Complementary and alternative medicine use amongst Palestinian diabetic patients. Compl.Therapies in Clinical Practice, Volume 18, Issue 1, February 2012, Pages 16-21.

138. Dunning T. Complementary therapies and diabetes. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery. 2003; 9(2): 74–80.

139. Öğüt Düzen K, Korkmaz M. Kanser hastalarında semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. DEUHFED 2015, 8(2),67-76.

140. Egede L., Ye X., Zheng D. & Silverstein M. The prevalence and pattern of complementary and alternative medicine use in individuals with diabetes. Diabetes Care. 2002; 25(2): 324–29

141. Argaez-Lopez N., Wacher N.H., Kumate-Rodriguez J., Cruz M., Talavera J., Rivera-Arce E. et al. The use of complementary and alternative medicine therapies in type 2 diabetic patients in Mexico. Diabetes Care. 2003; 26(8): 2470.

142. Moolasarn S, Sripa S, Kuessirikiet V, Sutawee K, Huasary J,Chaisila C. et al. Usage of and cost of complementary/alternative medicine in diabetic patients. Journal of the Medical Association of Thailand. 2005; 88(11): 1630–37

143. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadıoğlu H. Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişk. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2019; 1(1):1-10

144.Özer, Z., Bahçecioğlu Turan, G., & Bakır, E. (2020). Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Karşı Tutumları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi, 2(3), 102-112.

145. Aydemir Acar, G., Kılıç, B. B., & Meydan Acımış, N. (2021). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışların Belirlenmesi. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Araştırmaları Dergisi, 2(3), 153-161. https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1008027

146. Öztürk R, Emi Nov A, Ertem G. Hamilelikte ve doğum ağrısında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: türkiye'den kesitsel bir çalışma. BMC Tamamlayıcı Med Ther. 2022 Aralık 14;22(1):332. doi: 10.1186/s12906-022-03804-w. PMID: 36517809; PMCID: PMC9749170.

147. Özkan İ, İlaslan E. Tip 2 diyabetli hastaların insülin tedavisine yönelik tutumları ile tamamlayıcı alternatif tıp arasındaki ilişkinin araştırılması. Prim Care Diyabet. 2023 Ekim;17(5):479-485. doi: 10.1016/j.pcd.2023.06.08. Epub 2023 6 Temmuz. PMID: 37407297.

148. Ediger, D., Burgazlıoğlu, Ö. B., Ege, E. (2008). Astım Ve Rinit Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı. Asthma Allergy Immunol, 6, 61-5.

149. Kutlu, S., Ekmekçi, T. R., Köşlü, A., & Purisa, S. (2009). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Olgularda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. Turkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences, 29(6), 1496-1502.

150.Gönül, M., Gül, Ü., Çakmak, S.K., Kılıç, S. (2009). Unconventional Medicine İn Dermatology Out Patients İn Turkey. Int J Dermatol, 48:639-44.

151. Yıldırım,D.İ. (2017. Tip 2 diyabet hastalarının alternatif tedavi tercihlerinin; olumlu ve/veya olumsuz etkilerinin araştırılması (TEZ NO:460194) (Tıpta Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi).YÖK Tez Merkezi

152.Noiesen, E., Munk, M. D., Larsen, K., Høyen, M., & Agner, T. (2007). Use Of Complementary And Alternative Treatment For Allergic Contact Dermatitis. British Journal of Dermatology, 157(2), 301-305.

153. Durusoy, Ç., Güleç, A. T., Durukan, E., & Bakar, C. (2010). Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akne Vulgaris Ve Melasma Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı: Anket Çalışması. Turk J Dermatol, 4, 14-7.

154.Barnes PM, Blom B, Nahin RL.Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. Natl Health Stat Report. 2008;10(12):1-23. [Crossref] [PubMed]

155.Şimşek B., Yazgan-Aksoy D., Calik-Basaran N., Taş D., Albasan D. ve Kalaycı M. Z. (2017) Mapping Traditional and Complementary Medicine in Turkey.European Journal of Integrative Medicine 15: 68-72.

156.Mücahit Göktaş. T. C. Sağlık bakanlığı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu şehir hastanesi aile hekimliği kliniği eğitim asm'ye başvuran hastaların GETAT ve alternatif tıp (geleneksel ve tamamlayıcı tıp) kullanım durumu, GETAT ve alternatif tıp hakkındaki tutum ve davranışları. Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2020.

157.Yükselir Alasırt, F., & Yalçın Balçık, P. (2022). Geleneksel ve tamamlayıcı tıbba yönelik görüşlerin değerlendirilmesi: Aile sağlığı merkezi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(2): 409-428

158. Garrow D., Egede L. E. (2006). Diyabetli yetişkinler arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı, koruyucu bakım uygulaması ve geleneksel tıbbi hizmetlerin kullanımı arasındaki ilişki. Diyabet Bakımı, 29, 15-19

159. See, A., Teo, B., Kwan, R., Lim, R., Lee, J., Tang, M. B., Verkooijen, H. M. (2011). Use Of Complementary And Alternative Medicine Among Dermatology Outpatients in Singapore. Australasian Journal of Dermatology, 52(1), 7-13.

8.EKLER

Ek-1:Eğitim Asm'ye Başvuran Diyabetes Mellituslu Hastaların Getat (Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp) Kullanım Durumu, Getat Hakkındaki Tutum Ve Davranışları

1) Yaşınız: …….

2) Boyunuz (cm): ……

3) Kilonuz (kg): …….

4) Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

5) Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış/Dul

6) Eğitim durumunuz: ☐ Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

☐Yüksek Lisans/Doktora

7) Hane gelir durumunuzu değerlendiriniz:

☐ Aylık gelirim giderimden düşük

☐ Aylık gelirim giderime eşit

☐ Aylık gelirim giderimden fazla

8) Diyabet tanısını aldığınız yılı yazınız:.....

9) Diyabet dışında ek bir hastalığınız varsa işaretleyiniz:

☐ Ek hastalığım yok

☐ Hipertansiyon

☐ Obezite

☐ Dislipidemi

☐ Diğer……

10) Diyabet komplikasyonunuz varsa işaretleyiniz:

☐ Diyabete bağlı komplikasyonum yok

☐ Kalp damar hastalığı (Kalp krizi geçirme, göğüs ağrısı)

☐ Bacak damar hastalığı (Ayak yarası, amputasyon)

☐ Serebrovasküler hastalık (Felç, inme)

☐ Retinopati (Diyabete bağlı göz dibinde hasar)

☐ Nöropati (El ve ayaklarda yanma, uyuşma, karıncalanma)

☐ Böbrek yetmezliği (Protein kaçağı)

11) Günde kaç tane oral antidiyabetik ilaç (şeker hastalığı hapı) kullanıyorsunuz: …….

12) İnsülin iğnenizi günde kaç defa yapıyorsunuz:…….

13)Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları hakkında duyumunuz/bilginiz var mı?

☐ Evet ☐Hayır

14)Aşağıdaki uygulamalardan hangisi hakkında duyumunuz/fikriniz/bilginiz mevcuttur?

☐Kupaterapi(hacamat) ☐Hirudoterapi(sülük) ☐Fitoterapi(Bitki ve bitkisel ürünler)
☐ Mezoterapi ☐ Akupunktur ☐ Ozon uygulaması
☐Hipnoz ☐ Apiterapi(arı ve ürünleri) ☐Homeopati
☐ Kayropraktik ☐Larva(Maggot) terapi (sinek larvası) ☐Osteopati
☐Müzik terapi ☐ Proloterapi
☐Refleksoloji ☐Hiçbiri

15)Bu uygulamalardan herhangi birini kullandınız mı? Evet ise belirtiniz.

☐ Evet:…….. ☐Hayır

16)Kim tarafından yönlendirildiniz?

☐Eş- dost- akraba ☐Aile hekimi ☐Diğer hekim ve diş hekimi ☐Sağlık personeli ☐Kendim araştırdım(internet vb) ☐Diğer

17)Getat uygulamalarına yönelme nedeniniz nedir?

☐İyilik hali ve genel sağlığımı artırmak istemem
☐Daha doğal yöntemler olduğunu düşünmem
☐Modern tıbbın şikayetime çare olmaması
☐Uzun süre ilaç kullanmak istememe
☐Çevremdekilerin tavsiye etmesi nedeniyle
☐Medya organlarında görüp denemek isteme
☐Diğer……

18)Hangi şikayetiniz/şikayetleriniz/hastalıklarınız için kullandınız?

……..
……
……

19)Bu şikayetleriniz için uygulama öncesi modern/klasik tıp polikliniklerine başvurdunuz mu?

☐ Evet ☐Hayır

20)Uygulamadan fayda gördünüz mü:

☐ Evet ☐Hayır ☐Kısmen

21)Uygulamayı takipli olduğunuz Aile hekimi ve/veya ilgili branş hekiminize bildirdiniz mi?

☐ Evet ☐Hayır

22)Evet ise hekiminizin yaklaşımı nasıl oldu?

☐Onayladı-izin verdi ☐Fikir beyan etmedi ☐ Onaylamadı, uzak durmamı istedi ☐diğer…….

23)Hayır ise bildirmeme sebebiniz nedir?

☐Olumsuz tepki alma ihtimali ☐Gerek duymadım ☐Aklıma gelmedi ☐ diğer…….

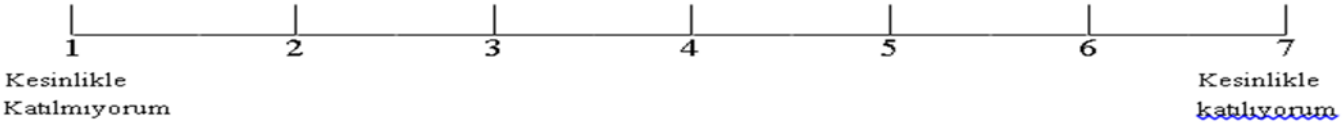
24)GETAT uygulamalarını başkasına da önerir misiniz?

☐ Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

Ek-2:Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği

GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçeği kullanarak katılma ya da katılmama derecenizi belirtmek için her bir ifadenin yanındaki boşluğa bir sayı yerleştirin.



_____ 1. En son doktora gidişimde aldığım sağlık hizmetinden çok memnun kaldım.

_____ 2. İnsan bedeni esasen kendi kendini iyileştirebilir, sağlık hizmeti sunan kişilerin görevi de bu iyileşme sürecine yardımcı olmaktır.

_____ 3. Sağlık, ruhen, bedenen, zihnen bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlığımla ilgilenecek kişi de bu durumu dikkate almalıdır.

_____ 4. En son doktora gidişimde, sağlığımla ilgili sorduğum önemli sorulara doktorumun verdiği cevapları anladım.

_____ 5. Doktorların öneri ve uygulamalarına kıyasla tamamlayıcı tıbba dair öneri ve uygulamaları kendime daha yakın buluyorum.

_____ 6. Tamamlayıcı tıbbın sağlığa olumlu etkisi insanların tamamlayıcı tıbba olan inancından(öğrenilmiş beklenti) kaynaklanmaktadır.

_____ 7. Tamamlayıcı tıpta kullanılan iyileştirme yöntemlerinin doktorların (modern tıbbın) uyguladığı tedavilerden daha doğal olduğunu düşünüyorum.

_____ 8. Sağlık hizmeti almak için sıklıkla başvurduğum doktora çok güvenirim.

_____ 9. Tamamlayıcı tıbbın halkın sağlığı için bir tehdit olduğunu düşünüyorum.

_____ 10. Beden ve ruh sağlığımız, içimizdeki bir enerji veya yaşama gücü tarafından korunup sürdürülmektedir.

_____ 11. Doktorlara ve hastanelere güvenmiyorum, bu nedenle mümkün olduğu kadar az gitmeye çalışıyorum.

_____ 12. Hastanın hissettiği rahatsızlıklar, vücudunun dengesinin bozulması veya bir organdaki bozukluğun tüm vücudu etkilemesi şeklinde değerlendirilebilir.

_____ 13. Sağlık ve hastalık pozitif iyileştirici enerji ile negatif yıkıcı enerji arasındaki dengenin bir yansımasıdır.

_____ 14. En son doktora başvurduğumda, doktor sorunumun ne olduğunu anlamadı.

_____ 15. Hastanın beklentileri, sağlık ile ilgili inançları ve manevi değerleri sağlık hizmeti ile bütünleştirilmelidir.

_____ 16. Doktoruma son gittiğimde onunla konuşmakta zorlandım.

_____ 17. Çoğu zaman, doktorumun uyguladığı tedavilerin olumsuz yan etkileri olacağından endişeleniyorum.

_____ 18. Tamamlayıcı tıp uygulamalarından sonra veya tamamlayıcı tıp ürünlerini kullandıktan sonra kendimi oldukça rahatlamış hissediyorum.

_____ 19. Tamamlayıcı tıp uygulamalarının, kendi sağlığımın kontrolünü ele almamı sağladığına inanıyorum.

_____ 20. Sağlık problemlerimle kendi kendime başa çıkmayı tercih ederim.

_____ 21. Tamamlayıcı tıp tedavi yöntemlerinin çoğu vücudumuzun sahip olduğu kendini iyileştirme gücünü aktif hale getirmektedir

_____ 22. Tamamlayıcı tıp, içerisinde doktorların da faydalanacağı fikir ve yöntemleri barındırmaktadır.

_____ 23. Bilimsel yöntemlerle denenmemiş tedavi yöntemleri teşvik edilmemelidir.

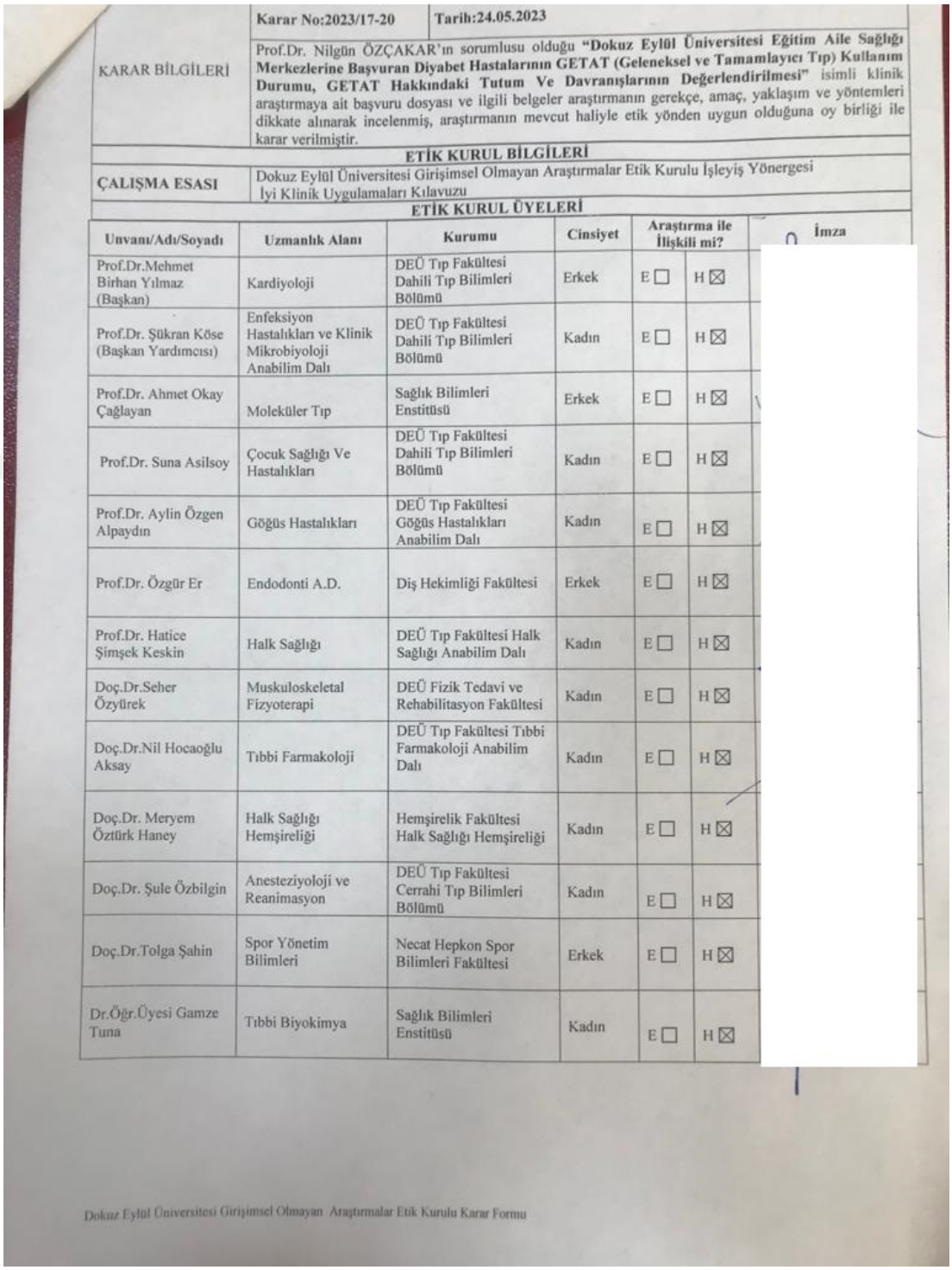
_____ 24. Sağlık sorunum için tamamlayıcı tıbbın, doktorların uyguladığı tedavilerden daha etkili olacağına inanıyorum.

_____ 25. Tedavi uygulanırken, insanın bir bütün olarak ele alınması benim için önemlidir.

_____ 26. En son doktora başvurduğumda, aldığım tedavi iyileşmemde etkili oldu.

_____ 27. En son doktora başvurduğumda, doktor bana yeterli zaman ayırmadı.

Ek-3: Etik Kurul Onayı



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/17-20	Tarih:24.05.2023
	Prof.Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu **"Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Diyabet Hastalarının GETAT (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp) Kullanım Durumu, GETAT Hakkındaki Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi"** 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. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	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 ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	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. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu