



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences



**BALIKESİR KENT MERKEZİNDE BİR
BÖLGEDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI, BÜTÜNCÜL TAMAMLAYICI
VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM,
SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YL-22.36

TUBA BAYDAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032



T.C.

BALIKESİR
2022

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BALIKESİR KENT MERKEZİNDE BİR BÖLGEDE YAŞAYAN
YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, BÜTÜNCÜL
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM,
SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
YL-22.36

TUBA BAYDAN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. CELALETTİN ÇEVİK

ORTAK TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYSEL ÖZDEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu:1032

BALIKESİR
2022



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde **Tuba BAYDAN** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan

**“Balıkesir Kent Merkezinde Bir Bölgede Yaşayan Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı,
Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler”**

başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/09/2022

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Balıkesir Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Uludağ Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. Hicran YILDIZ
Uludağ Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe GÜMÜŞLER
BAŞARAN
Uludağ Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Cevriye Yüksel KAÇAN
Uludağ Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 23/09/2022 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Osman İrfan İLHAK
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

19/09/2022

İmza

Tuba BAYDAN

TEŞEKKÜR

Akademik eğitim sürecinde ve yüksek lisans tezim boyunca bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen her daim sabırla yol gösteren başta değerli danışman hocam Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK'e, yüksek lisans eğitimim boyunca öğrettikleriyle bana katkı sağlayan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'e ve tüm bölüm hocalarıma, maddi manevi her koşulda yanımda olan beni her zaman destekleyen annem Emine BAYDAN'a, babam Selahattin BAYDAN'a, ablam Merve GÖKDEMİR'e ve eniştem Okan GÖKDEMİR'e, yardımlarını esirgemeyen her zaman teşvik edici davranan canım arkadaşım Halil KABADAYI'ya, en büyük motivasyonum Ali AKCAN'a çalışmama katılan tüm katılımcılara sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	i
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Sağlık.....	3
2.2.Okuryazarlık	3
2.3.Sağlık Okuryazarlığı.....	4
2.3.1.SOY Tanımı ve Sınıflandırılması	4
2.3.2.SOY'un Halk Sağlığı Açısından Önemi	6
2.3.3.SOY Ölçüm Yöntemleri	6
2.3.1.1.Sağlıkta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi	7
2.3.1.2.Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi	7
2.3.1.3.Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	7
2.3.1.4.En Yeni Hayati İşaret Testi.....	8
2.3.1.5.Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	8
2.3.1.6.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	8
2.3.4.Türkiye'de ve Dünya'da SOY	8
2.3.5.SOY ve İlişkili Faktörler.....	10
2.4.Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	11
2.4.1.Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemleri.....	12
2.4.1.1.Akupunktur	12
2.4.1.2.Apiterapi	12
2.4.1.3.Fitoterapi.....	13
2.4.1.4.Hipnoz	13
2.4.1.5.Hirudoterapi (Sülük Tedavisi)	14

2.4.1.6.Homeopati.....	14
2.4.1.7.Kayropratik.....	15
2.4.1.8.Kupa Tedavisi (Hacamat).....	16
2.4.1.9.Larva Uygulaması.....	16
2.4.1.10.Mezoterapi.....	17
2.4.1.11.Proloterapi.....	17
2.4.1.12.Osteopati.....	17
2.4.1.13.Ozon Uygulaması.....	18
2.4.1.14.Refleksoloji.....	18
2.4.1.15.Müzik Terapi.....	19
2.4.2.Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanma Sıklığı.....	19
2.4.3.Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıp ve İlişkili Faktörler.....	21
2.5.Sağlık Algısı.....	21
2.5.1. Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler.....	22
2.6.Sağlık Okuryazarlığı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum ve Sağlık Algısı İlişkisi ve Hemşirenin Rolü.....	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1.Araştırmanın Tipi.....	25
3.2.Araştırma Hipotezleri.....	26
3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.5.Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.6.Verı Toplama Araçları.....	28
3.7.Verilerin Toplanması.....	29
3.8.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	29
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.10.Araştırmada Etik Konular.....	29
4.BULGULAR.....	30
4.1.Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri.....	30
4.2.TSOY-32, TAT ve SAÖ'nün Tanımlayıcı Özellikleri.....	33
4.3.Bağımlı Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması.....	35
4.3.1.Bağımsız Değişkenlerin TSOY-32 Puanı ile Karşılaştırılması.....	35
4.3.2.Bağımsız Değişkenlerin BTATÖ Puanı ile Karşılaştırılması.....	39
4.3.3.Bağımsız Değişkenler ile SAÖ Puanının Karşılaştırılması.....	43

4.4.Bağımlı Değişkenlerin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi	47
4.4.1.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Puanını Etkileyen Faktörler.....	47
4.4.2.Katılımcıların Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Puanını Etkileyen Faktörler	48
4.4.3.Katılımcıların Sağlık Algısı Puanını Etkileyen Faktörler	50
5.TARTIŞMA...	52
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	74
ÖZGEÇMİŞ.....	88
EKLER.....	89
EK-1. Sosyodemografik Özellikler Formu	89
EK-2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	91
EK-3. Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği	93
EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği	94
EK-5. Etik Kurul Karar Formu	95
EK-6. Valilik İzin Formu	97
EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri.....	98

ÖZET

BALIKESİR KENT MERKEZİNDE BİR BÖLGEDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, BÜTÜNCÜL TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM, SAĞLIK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu araştırma sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıba karşı tutum ve sağlık algısı ile ilişkili etkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel tipteki araştırma Şubat-Nisan 2021 tarihleri arasında Balıkesir ilinde bulunan kentsel bir mahallede yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü, Epi Info 7.2. programı ile evreni 10162 kişi, %50 prevalans, %5 sapma, 1.5 desen etkisiyle ve %95 güven düzeyinde 556 kişi hesaplanmış olup 625 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıba karşı tutum ve sağlık algısıdır.

Araştırma grubunda Sağlık Okuryazarlığı puanı 32.70 ± 11.08 , Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıba Karşı Tutum puanı 32.88 ± 3.88 , Sağlık Algısı puanı 45.37 ± 6.30 bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığını yaş, medeni durum, öznel sağlık algısı, tercih edilen sağlık kurumu, sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ve Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıba Karşı Tutum puanı etkilemektedir ($p<0.05$). Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıba Karşı Tutum puanını aile tipi, son bir yılda bütüncül tamamlayıcı alternatif tıp kullanma durumu, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıp hakkında danışmanlık alma isteği, sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı, yaşam boyu bütüncül tamamlayıcı alternatif tıp kullanma sayısı, Sağlık Okuryazarlığı puanı ve Sağlık Algısı puanı etkilemektedir ($p<0.05$). Sağlık Algısı puanını eğitim durumu, öznel sağlık algısı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıp yöntemlerini tercih etme sebebi, Sağlık Okuryazarlığı puanı etkilemektedir ($p<0.05$).

Katılımcıların beşte birinin sağlık okuryazarlığı yetersiz olup tamamlayıcı alternatif tıba karşı pozitif tutumları yüksek, sağlık algıları orta düzeydedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık okuryazarlığı, tamamlayıcı alternatif tıp, sağlık algısı.

ABSTRACT

HEALTH LITERACY, ATTITUDES TO HOLISTIC COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, HEALTH PERCEPTION AND RELATED FACTORS IN THE LIVES OF PEOPLE LIVING IN AN AREA IN THE BALIKESIR CITY CENTRUM

This research was conducted to determine the factors associated with health literacy, attitudes towards holistic complementary alternative medicine and health perception.

The cross-sectional study was conducted in an urban neighborhood in Balıkesir between February-April 2021. The sample size was calculated by Epi Info 7.2. program with 10162 people, 50% prevalence, 5% deviation, 1.5 pattern effect and 95% confidence level, and 625 people were reached by multi-stage sampling method. The dependent variables of the study are health literacy, attitude towards holistic complementary alternative medicine and health perception.

In the study group, the Health Literacy score was 32.70 ± 11.08 , the Attitude towards Integrated Complementary Alternative Medicine score was 32.88 ± 3.88 , and the Health Perception score was 45.37 ± 6.30 . Health literacy is affected by age, marital status, subjective perception of health, preferred healthcare institution, level of satisfaction with health services, Attitude towards Integrative Alternative Medicine score ($p < 0.05$). The Attitude towards Integrative Complementary Medicine score is affected by the type of family, use of holistic complementary alternative medicine in the last year Desire to receive counseling on holistic complementary alternative medicine, the number of applications to the health institution in the last month, Number of lifetime use of holistic complementary alternative medicine the Health Literacy score and the Health Perception score ($p < 0.05$). Health Perception score is affected by education level, subjective perception of health The reason for choosing holistic complementary alternative medicine methods and Health Literacy score ($p < 0.05$).

One-fifth of the participants have insufficient health literacy, have high positive attitudes towards complementary alternative medicine, and moderate health perceptions.

Keywords: *Health literacy, complementary and alternative medicine, health perception.*

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
BTATÖ	: Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıp Ölçeği
SAÖ	: Sağlık Algısı Ölçeği
SA	: Sağlık Algısı
GA	: Güven Aralığı
X	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
t	: Student's t Testi
F	: ANOVA
β	: Regresyon Katsayısı
p	: Anlamlılık Değeri

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. SOY Basamakları	5
Şekil 2.2. SOY’u Etkileyen Faktörler ve SOY’un Çıktıları.....	10
Şekil 2.3. Ayakta Bulunan Refleksoloji Alanları	19

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Araştırmaya Göre Sosyo-demografik Özellikler	31
Tablo 4.2. TSOY-32, BTATÖ ve SAÖ Puanının Tanımlayıcı Özellikleri.	34
Tablo 4.3. TSOY-32'nin Düzeyleri.....	35
Tablo 4.4. Sosyodemografik Özelliklere Göre TSOY-32 Ölçeği Puanının..... Değişimi.....	36
Tablo 4.5. Yaş, Son Bir Ayda Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı, Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı, Yaşam Boyu ve Son Bir Yılda BTAT Kullanma Sayısı, BTAT ve SAÖ Puanları ile TSOY-32 Puanının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.6. Sosyodemografik Özelliklere Göre BTATÖ Puanının Değişimi.....	40
Tablo 4.7. Yaş, Son Bir Ayda Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı, Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı, Yaşam Boyu ve Son Bir Yılda BTAT Kullanma Sayısı, TSOY ve SAÖ Puanları ile BTATÖ Puanının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.8. Sosyodemografik Özelliklere göre SAÖ Puanın Değişimi.....	44
Tablo 4.9. Yaş, Son Bir Ayda Sağlık Kuruluşuna Başvuru Sayısı, Düzenli Kullanılan İlaç Sayısı, Yaşam Boyu ve Son Bir Yılda BTAT Kullanma Sayısı, TSOY ve BTATÖ Puanları ile SAÖ Puanının Karşılaştırılması.	47
Tablo 4.10. Lineer Regresyon Analizine Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanını Etkileyen Faktörler.....	48
Tablo 4.11. Lineer Regresyon Analizine Göre Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Puanını Etkileyen Faktörler.....	49
Tablo 4.12. Lineer Regresyon Analizine Göre Sağlık Algısı Puanını Etkileyen Faktörler	51

1. GİRİŞ

Sağlık; her birey için oldukça değer taşıyan, yaşam kalitesini güçlendiren ve yaşamla doğrudan ilişkili olan önemli bir kavramdır (Ali ve Kunugi, 2020; Cemal ve Amarat, 2018). Sağlık kavramı geçmişte hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanırken (Öztürk ve Kıracı, 2019), günümüzde sağlık kavramına dair pek çok tanım bulunmaktadır. Ancak en yaygın ve bilinen tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yapmaktadır. DSÖ “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir” olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2014).

Okuryazarlık okuryazar olma durumu olarak tanımlanırken sağlık okuryazarlığı bireylerin yaşamları boyunca her alanda etkili ve sağlık kararlarını doğru verebilmeleri için gerekli olan sağlık hizmet ve bilgilerini algılama, analiz etme ve yorumlama süreçlerinin bileşimi şeklinde tanımlanmaktadır (Dursun ve ark., 2019).

Sağlığa yönelik bilgileri araştırmak, anlamak ve kullanmak sağlıkla ilgili karar vermede kritik bir öneme sahiptir. Sağlık sorunlarını, kişisel risk faktörlerini ve bu riskleri önlemeye yönelik stratejilerin anlaşılabilirliğini ve hastalıkları önlemek hakkındaki bilgilerini arttırabilir ve böylece bireylerin sağlık sorunlarını iyileştirmelerine yardımcı olunabilir (Chen ve ark., 2018). Bilgi sağlık okuryazarlığının temel bileşeni olarak ele alınmaktadır ve sağlık okuryazarlığının tanımında bilgiyi kullanma süreci olarak değinilmektedir (Sørensen ve ark., 2012). Yeterli ve sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilerle karşılaştırıldığında; sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin doğru sağlık bilgilerini kullanmalarında daha fazla engele sahip olduğu görülmektedir (Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns, ve McCormack, 2012).

Hastalıklar, insanlığın var oluşundan itibaren bir değişim içindedir. İnsanların, hastalıklarla savaşabilmek için geçmişten günümüze kadar gelen

deneyimlerden yararlanarak çözüm araması geleneksel tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Biçer ve Yalçın Balçık, 2019).

Hasta bireylerin sağlığına tekrar ulaşması için modern tıbbın yanında kullanılan yöntemlere tamamlayıcı tedavi denilmektedir (Samara, Barabra, Quzaih, ve Zyoud, 2019). Bu uygulamalara örnek olarak akupunktur, müzik tedavisi, masaj vs. verilebilmektedir.

Sağlık algısı kısaca bireyin kendi sağlığını değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Çaka, Topal, Suzan, Çınar, ve Altınkaynak, 2017). Farklı bir ifadeyle bireyin kendi sağlığına bağlı düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarının tümü olarak da söz edilmektedir (Alkan Ağaçdiken, Özdelikara, ve Boğa, 2017). Sağlık algısı kişinin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığıyla ilgili bilgi sağlayan çok yönlü bir göstergedir (de-Mateo-Silleras ve ark., 2019). Mortalite (Castañeda-Vázquez, Campos-Mesa, ve Castillo-Andrés, 2016), morbidite, refah, yaşam kalitesi (Schmidt, 2012) ve sağlığın önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (de-Mateo-Silleras ve ark., 2019).

Sağlık algısı, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, yaş, meslek ve çalışma durumu gibi psikososyal, sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Cau, Falcão, ve Arnaldo, 2016). Sigara ve alkol alışkanlığı (Moriconi ve Nadeau, 2015), sebze, meyve tüketimi (Szwarcwald ve ark., 2015) ve fiziksel aktivite (Campos-Matos, Russo, ve Perelman, 2016) gibi yaşam tarzıyla ilişkili faktörler de sağlık algısının diğer önemli belirleyicilerindedir (de-Mateo-Silleras ve ark., 2019).

Bu araştırmada Balıkesir ilindeki kentsel bir mahallede bulunan 18 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutumu, sağlık algısı ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Sağlık, her birey için değer taşıyan, yaşam kalitesini güçlendiren ve yaşamla doğrudan ilişkili olan önemli bir kavramdır (Soykan, 2020). Geçmişte sağlık; “hastalığın ve sakatlığın olmayışı” şeklinde dar bir çerçevede tanımlanırken bu tanım bireyi etkileyen ekonomik, biyolojik, kültürel, fiziksel ve sosyal faktörleri göz ardı etmektedir (Ünsal, 2017). DSÖ’nün bilinen tanımıyla sağlık; “yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1948).

2.2. Okuryazarlık

Okuryazarlık kavramı ilk ortaya çıktığı zamanlarda okuma yazma bilen kişi olarak algılansa da zaman içerisinde birçok farklı tanım yapılmıştır (Demirli, 2019). UNESCO’nun (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü) 2008 yılında yaptığı tanıma göre okuryazarlık; “Değişik türdeki yazılı kaynakları, kayıtları kullanarak tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve hesap yapma yeteneği” olarak tanımlanmaktadır (Tatar, 2020). Başka bir tanıma göre okuryazarlık; “Sadece okuma-yazma becerisi değil, okuduğunu anlama, işleme ve hayata geçirme yeteneğini de kapsayan kompleks bir olgu” olarak tanımlanmaktadır (Balçık, Taşkaya, ve Şahin, 2014). Problem çözmenin yanında yeterli okuma, yazma, bilgiyi değerlendirme ve konuşma becerisi olarak tanımlanan okuryazarlık, yaşamın tüm alanlarında etkili olan bir beceridir (Barton ve Hamilton, 2012).

Okuryazarlık bir etkileşim aracıdır. Sosyal kuralları ve toplumsal bilgi becerileri anlama, bireyler arasında paylaşma ve yorumlayarak sonraki dönemlere aktarma aracı olarak da karşımıza çıkmaktadır (Köse, 2021). Literatürde finansal

okuryazarlık, görsel okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı vb. okuryazarlık türlerinin olduğu görülmektedir (Ekti, 2020).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

2.3.1. SOY Tanımı ve Sınıflandırılması

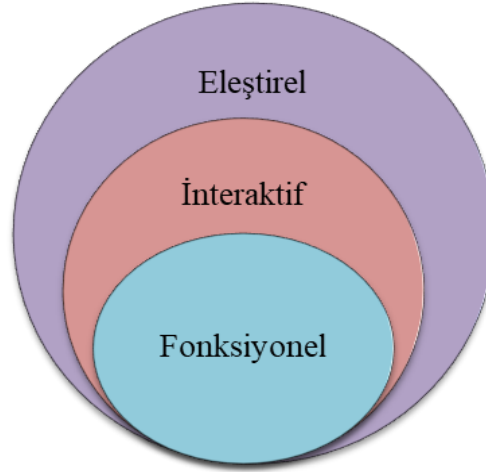
SOY, birincil halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen ve genellikle araştırmalarda göz ardı edilebilen çok boyutlu bir kavramdır (Rababah, Al-Hammouri, Drew, ve Aldalaykeh, 2019). SOY kavramı ilk defa Simonds tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı kitapta kullanılmıştır (Özen Çetinel, 2021).

Sorenson ve arkadaşları 2012 yılında SOY’u, “Okuryazarlıkla ilişkili, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini korumak ve yükseltmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilikler” şeklinde tanımlamışlardır (Sørensen ve ark., 2012).

DSÖ, SOY’u “Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda karar verebilmek, sağlığı korumak, sürdürmek ve geliştirmek, yaşam kalitesini yükseltmek için ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme, anlama ve kullanma düzeyi” olarak tanımlamaktadır (Kamel Boulos, Kickbusch, Pelikan, Apfel, ve Tsouros, 2013).

Sağlık Bakanlığı SOY’u “Bireyleri sağlıklı olmaya ve bu davranışı sürdürmeye teşvik edecek şekilde bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi için gerekli sosyal ve bilişsel becerilerin tamamı” olarak tanımlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Nutbeam’a göre SOY; eleştirel, interaktif, fonksiyonel olmak üzere üç başlıkta sınıflandırılmaktadır (Nutbeam, 2000) (Şekil 2.1.).



Şekil 2.1. SOY basamakları

(Nutbeam, 2000).

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, sağlık bakımı ve sağlık hakkında uygun kararlar alabilmek için, temel bilgi ve hizmetleri alma, anlama ve işleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Chehuen Neto ve ark., 2019). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, reçetelerde, test sonuçlarında ve kılavuz kitapçıklarda bulunan sayıları ve metinleri yorumlama yeteneğini temsil etmektedir (Costa, Costa, Nakano, Apolinário, ve Santana, 2019).

İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: İnteraktif sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlık sunucuları ile iletişiminde bilişsel ve sosyal yatkınlıklara da sahip olmasıdır. Kişiler birbirinden farklı sağlık aktivitelerinden yararlanabilmekte, değişen sağlık koşullarında mevcut bilgilerini de rahatlıkla kullanabilmektedirler (Inoue, Takahashi, ve Kai, 2013).

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel olarak değerlendirmeyi, günlük yaşamda doğru kararlar alabilmeyi ve uygulamayı gerektirmektedir (Miri, Moghadam, Eftekhari, Yousefi, ve Norozi, 2020). Bu sayede bireyler sağlık bilgilerini eleştirel seviyede değerlendirebilmekte, sağlığın ekonomik, politik ve sosyal politikalarını anlayıp yorumlayabilmekte ve kapasitelerini geliştirebilmektedir (Sykes, Wills, Rowlands, ve Popple, 2013).

2.3.2. SOY'un Halk Sağlığı Açısından Önemi

SOY toplumun sağlık düzeyi göstergeleriyle ilişki içinde olabildiği için halk sağlığının önemli konularından biridir (Berberoğlu, Öztürk, İnci, ve Ekerbiçer, 2018). Nitekim Freedman ve arkadaşları 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada SOY'dan "halk sağlık okuryazarlığı" olarak söz etmişlerdir (Freedman ve ark., 2009).

SOY multidisipliner bir kavram olup, risk altındaki gruplarla, sağlığı koruma ve geliştirme gibi kavramlarla yakından ilişkilidir. Bu kavramlar da halk sağlığının önemli çalışma alanlarındandır (Durmaz, Sürücü, ve Ozvurmaz, 2020).

Son yıllarda hasta odaklı, tedavi edici sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, sağlık harcamalarındaki artışlar, koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması SOY'un önemini arttırmaktadır (Ekti, 2020). SOY'un, toplumun üretim gücünün artmasında ve genel sağlık düzeyinin yükselmesinde etkisi oldukça büyüktür (Safety ve Care, 2015).

SOY, sağlık eşitsizliklerinin giderilmesini, sağlıklı geçirilen yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamakta, bireylerin doğru hizmet ve bilgiye ulaşma becerilerini, sağlık hizmetleri talimatlarını doğru okuma ve anlamayı geliştirip desteklemektedir (Naghibi, Chaleshgar, Kazemi, ve Hosseini, 2017). SOY aynı zamanda bireyin kendi sağlığının ve toplum sağlığı üzerinde söz sahibi olmasını güçlendirmektedir (Sadeghi, Brooks, Stagg-Peterson, ve Goldstein, 2013).

2.3.3. SOY Ölçüm Yöntemleri

SOY'un ölçülmesinde çeşitli yöntemler / araçlar kullanılmaktadır. Literatürdeki bu yöntemler/araçlar, SOY'un farklı boyutlarını farklı yöntemler ile değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Köse, 2021).

2.3.1.1. Sağlıkta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların, okuryazarlık düzeylerini ölçmek için geliştirilmiş, en yaygın kullanılan ölüm araçlarındandır (Dumenci, Matsuyama, Kuhn, Perera, ve Siminoff, 2013). lkte artan zorluk derecesine göre sıralanan 66 kelimenin hastalar tarafından tanınması ve telaffuzu değerlendirilmektedir (Gordon, Hampson, Capell, ve Madhok, 2002). 3-6 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilmesi çalışmalarda zaman açısından tasarruf sağlamaktadır. Fakat REALM lği, sayısal beceriyi ve anlamayı ölçmemektedir (Yılmaz ve Tiraki, 2016).

2.3.1.2. Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi

Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (YİSOT), 1995 yılında Parker ve ark. tarafından geliştirilen sözel ve sayısal anlama becerilerini değerlendirerek SOY’u ölçmektedir (de Almeida ve ark., 2019). YİSOT’un sözel ve sayısal becerileri ölçmeyi amaçlaması gcl yönlerinden, bireyin okuma yeteneğine bağlı olması, uygulama aşamasının uzun sürmesi sınırlı yönlerindedir (Galletly, Neaves, Burton, Liu, ve Denson, 2012).

2.3.1.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı lği

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı lği (YSOÖ), Yetişkin bireylerin SOY konusundaki yeterlilik düzeylerini ölçmektedir. İlaç kullanım alışkanlıkları ve sağlık bilgisiyle ilgili 22 soru, organların yerleri ile ilgili bir soru olmak üzere toplamda 23 soru bulunmaktadır (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

2.3.1.4. En Yeni Hayati İşaret Testi

En Yeni Hayati İşaret Testi (New Vital Sign Test), 2005 yılında Weiss ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Weiss, ark. 2005). Hem metni anlamayı hem de okumayı test etmektedir. Okuma, hesap ve kavrama becerilerini ölçmesi güçlü yönüken, iyi ve sınırdaki SOY'u ayırt edememesi zayıf yönüdür (Maniaci, Heckman, ve Dawson, 2008).

2.3.1.5. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR), yalnızca özel bir hasta grubuna, dar bir tıbbi çerçeve ve kliniğe odaklanmamaktadır. Ölçek, geniş bir halk sağlığı bakış açısıyla nüfusun sağlık okuryazarlık düzeyinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Bollweg ve ark., 2020).

2.3.1.6. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) 2016 yılında Okyay ve Abacıgil tarafından geliştirilen 32 sorudan oluşan, kullanımı kolay, üç boyut ve dört süreçten oluşan, 0-50 arasında puan alınabilen bir ölçektir. Ölçekte;

0-25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığını,

26-33 puan: Sınırlı sağlık okuryazarlığını,

34-42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığını,

43-50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

2.3.4. Türkiye’de ve Dünya’da SOY

Türkiye’de 2014 yılında yapılan SOY araştırması, Avrupa Birliği (HLS-EU) anketi kullanılarak Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından gerçekleştirilmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Türkiye’yi temsilen 12 bölgedeki 23 ilde rastgele seçilen 4924 yetişkinin katılımıyla yapılmıştır. Bu çalışmada Türkiye’de

genel SOY indeksi 30.4 bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin Avrupa ve Türkiye'deki durumuna bakılırsa; Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye'de %24.5, Avrupa'da %12.4 olduğu, sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye'de %40.1, Avrupa'da %35.2 olduğu görülmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye'de %27.8, Avrupa'da %36 olduğu, mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye'de %7.6, Avrupa'da %16.5 olduğu görülmektedir (Wu ve ark., 2017; Okyay ve Abacıgil, 2016).Özetle Türkiye'de sağlık okuryazarlığının düşük olduğu ve nüfusun yaklaşık olarak üçte biri yetersiz ya da sınırlı SOY düzeyine sahiptir (Okyay ve Abacıgil, 2016).

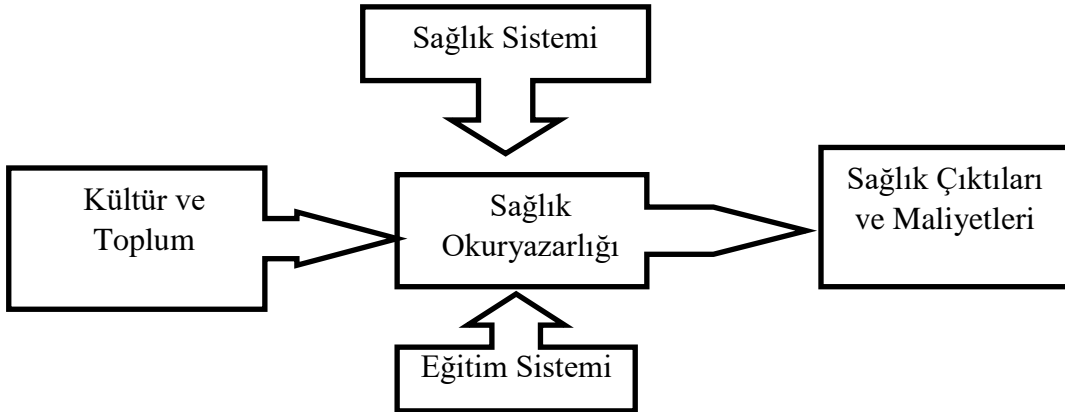
Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde yerel düzeyde yürütülen çalışmalara bakıldığında Balıkesir ilinde kırsal ve kentsel bölgede yürütülen bir çalışmada katılımcıların (n=595), %23.5'inin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu, ancak %36.5'inin sağlık okuryazarlığının yeterli olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada yarı kentsel bölgede yaşayan bireylerin %29.4'ünün, kentsel bölgede yaşayanların %18.1'inin yetersiz SOY sahip olduğu bulunmuştur (Cevik ve Kayabek, 2022).

Dünya'da SOY düzeyine bakıldığında, Avrupa Birliği'ne üye sekiz ülkede (Avusturya, İrlanda, İspanya, Yunanistan, Almanya, Bulgaristan, Polonya, Hollanda) yapılan SOY araştırmasında alınan puanlara göre ülkeler dört grup olarak değerlendirilmiştir (yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi). İlgili çalışmada her 10 katılımcıdan en az 1 birinin (%12.4) yetersiz SOY'a sahip olduğu görülmüştür. Öte yandan katılımcıların Bulgaristan'da %26.9'u, Hollanda'daki %1.8'i yetersiz SOY'a sahip bulunmuştur (Sørensen ve ark., 2015). Çin'de 2008 ve 2012 yıllarında olmak üzere toplam iki kez SOY araştırması gerçekleştirilmiş olup 2008 yılında Çin nüfusunun %93.52'sinin SOY'u sorunlu olduğu görülmektedir (Wu ve ark., 2017). Japonya'da ise katılımcıların SOY'u %49.9'unda yetersiz, %35.5'inde sorunlu, %10.4'ünde yeterli ve %4.2'sinde mükemmel bulunmuştur (Nakayama ve ark., 2015). İsviçre'de halkın SOY düzeyini tespit etmek için 2015 yılında yapılan çalışmada ise katılımcıların SOY'u %45'inin sorunlu, %9'unun yetersiz, %36'sının yeterli ve %10'unun mükemmel olduğu görülmüştür (Kalaycı, 2018). Amerika'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %48.2'sinin yeterli SOY'a sahip olduğu belirlenmiştir (Davis ve ark., 2020). Güney Kore'de yapılan bir araştırmada

insanların %61'inin SOY'unun düşük olduğu (Jeong ve Kim, 2016), Sırbistan'da yapılan araştırmada da insanların %46'sının düşük SOY seviyesine sahip olduğu (Jovic-Vranes ve Bjegovic-Mikanovic, 2012), 2017 yılında Naghibi ve ark. İran'ın Shahriar kentinde yürüttükleri çalışmada araştırmaya katılanların %60'ının yetersiz SOY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Naghibi, Chaleshgar, Kazemi, ve Hosseini, 2017).

2.3.5. SOY ve İlişkili Faktörler

SOY'ü etkileyen faktörler bireysel ve sistemsel faktörler olarak iki kategoriye ayrılmaktadır (Bükecik, 2019) (Şekil 2). Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik statü, sağlık bakım deneyimi, bilişsel beceriler, özel sağlık koşulları, motivasyon, sağlık hakkındaki inançlar, okuryazarlık becerileri, duygusal ve fiziksel sağlık olarak sıralanmaktadır (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen, ve Elhayany, 2016). Sistemsel faktörler ise, sağlık bilgisinin karmaşıklığı, sağlık sisteminin hastalardan beklenti ve talepleri, sağlık bakım ortamının özellikleri, sağlık bakım profesyonelleri üzerindeki zaman baskısı ve sağlık hizmeti sunanların iletişim becerileri olarak sıralanmaktadır (Tanrıöver, Yıldırım, Ready, Çakır, ve Akalın, 2014). Bireylerin içinde bulunduğu, sağlık sistemi, toplumsal ve kültürel faktörler ve eğitim sistemi sağlık okuryazarlığını etkileyip şekillendirmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı; kişilerin bireysel becerilerinin, sağlık ortamları, eğitim sistemi, aile, toplum ve işteki kültürel ve sosyal faktörler, eğitim sistemi ve sağlık sistemi ile etkileşimi sonucu şekillenmektedir (Özdemir, 2018) (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. SOY'ü etkileyen faktörler ve SOY'un çıktıları, (Özdemir, 2018).

Levin-Zamir ve ark. 2016 yılında İsrail’de yapmış oldukları araştırmada, katılımcıların dini inançlarının da SOY düzeyini etkilediği görülmüştür. Eğitim düzeyi ile SOY arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve üniversite mezunlarında yetersiz SOY oranının daha düşük çıktığı görülmektedir. Aynı biçimde sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarda, ileri yaşta olanlarda ve siyahi bireylerde düşük SOY oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen, ve Elhayany, 2016).

2.4. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM)’na göre; “Tamamlayıcı ve alternatif tıp, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve önlenmesinde kullanılan bir dizi farklı sağlık uygulamalarıdır” ve bunlar ayrı olarak ya da konvansiyonel tıp yaklaşımları ile kullanılabilir (EFCAM, 2020). Alternatif tıp, modern tıbbın yerine kullanılan, kanıtlanmamış tedavi yöntemleridir. Tamamlayıcı tıp ise, bilimsel tıpa yardımcı olan tedavi hizmetlerini ifade etmektedir (Samara, Barabra, Quzaih, ve Zyoud, 2019).

Kronik hastalığı bulunan bireyler dünyanın her yerinde sağlık hizmetlerinden yüksek oranda yararlanma eğilimindedirler. Bu bireyler aynı zamanda sağlık hizmeti içerisinde ve dışında bulunan Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (BTAT) hizmetlerinin de sık kullanıcılarıdır (Alraek, Lee, Choi, Cao, ve Liu, 2011).

Türkiye’de 2012 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı “Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuş, 2014 yılında ismi “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” şeklinde değiştirilmiştir (Şahin, 2017). 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayılı Resmi Gazete’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Yönetmelikte 15 Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulaması tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014) Bunlar; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, hirudoterapi, homeopati, kayropratik, kupa tedavisi, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapisi.

2.4.1. Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıp Yöntemleri

2.4.1.1. Akupunktur

Akupunktur, acus (iğne) ve punctura (delmek) sözcüklerinin birleştirilmesiyle oluşan Latince kökenli bir kelimedir (Zhao, 2017). Çin tıbbında kullanılan önemli bir yöntem olan akupunktur, dünyada kullanılan en yaygın bütüncül ve tamamlayıcı yöntemlerden biridir (Li ve ark., 2020). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavi yöntemlerinden birisi olan akupunktur, vücut üzerinde belirlenen noktaların iğnelenme işlemidir (Zhao, 2017). Bu noktalar ses dalgaları, ışık, basınç, iğne veya elektrik akımı kullanılarak uyarılabilmektedir (Batur, 2021). Akupunktur, terapötik bir etki elde etmek amacıyla vücutta akupunktur noktaları olarak belirlenen bölgelere ince iğnelerin sokulması işlemini içermektedir. İğnelerin elle yerleştirilmesi “manuel akupunktur” olarak adlandırılırken küçük bir elektrik akımıyla iğnelerin uyarılması ise “elektro-akupunktur” olarak adlandırılmaktadır. Modern bir alternatif, akupunktur noktalarını uyarmak amacıyla nüfuz etmeyen, düşük güçlü lazer ışığı kullanan bir akupunktur şekli olan lazer akupunkturdur (Armour ve ark., 2019). Akupunktur, çeşitli hastalıkların önlenmesi, rehabilitasyonu ve tedavisi amacıyla binlerce yıldır uygulanmaktadır (Wang ve ark., 2019). Günümüzde dünya genelinde 140’tan fazla ülkede kullanılmaktadır (Kung ve ark., 2017).

Akupunktura dair kuşkucu görüşler olmasına ve akupunkturun etkinliğini destekleyen klinik çalışmalar olmamasına rağmen, yine de dünya genelince birçok hasta tarafından yararlı olarak kabul edilmektedir (Lim, Ma, Berger, ve Litscher, 2018). Akupunktur, Amerika, Avrupa, Avustralya, Asya, Latin Amerika ve Kanada gibi ülkeler tarafından yasal olarak tanınmaktadır (Lim ve ark., 2018).

2.4.1.2. Apiterapi

Apiterapi, arıdan toplanan propolis, polen, bal, arı sütü ve apitoksin olarak bilinen arı zehri başta olmak üzere arı ürünleri kullanılarak yapılan tedavilere verilen isimdir (Münstedt ve Männle, 2020; Wehbe ve ark., 2019). Başka bir ifadeyle

apiterapi terimi, hastalıkları tedavi etmek ve önlemek için çeşitli arı ürünlerinin terapötik kullanımını içeren tamamlayıcı alternatif tıp yöntemidir (Nitecka-Buchta, Buchta, Tabeńska-Bosakowska, Walczyńska-Dragoń, ve Baron, 2014). Latince arı anlamına gelen 'Apis' kelimesinden türetilmiş bir terim olan Apiterapi, kelime olarak modern zamana ait olsa da içerik olarak yüzlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Günümüzden 5000 yıl önce Sümerler, 6000 yıl önce Hintliler kullanmıştır. Bir takım arkeolojik bulgulara göre Anadolu'daki uygarlıkların bir kısmı bazı arı ürünlerini kullanmışlardır. Çin ve Antik Mısırlı hekimlerin de 4000 yıl önce bazı arı ürünlerini reçetelediklerine dair belgeler bulunmaktadır (Atayoğlu, 2019).

2.4.1.3. Fitoterapi

Phytos (bitki), therapy (tedavi) kelimelerinden türetilen Fitoterapi bitkisel tedavi anlamına gelmektedir. Hastalıkları iyileştirmek, sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla bitkisel tıbbi ürün ve ilaçlarla yapılan tedavi yöntemidir ve tarihi çok eskilere dayanmaktadır. İlk olarak Henri Leclerc adında Fransız bir hekim tarafından kullanıldığı ileri sürülmektedir (Yıldırım ve Baykal, 2020).

Çeşitli hastalıkların tedavisinde bitkiler uzun zamandan beri kullanılmaktadır (Sançar, Canbulat, ve İlhan, 2017). Bitkilerin tedavi yöntemi olarak dünya genelinde kullanılma oranı %60 olup, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %60-90 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Sürme ve Çürük, 2020).

2.4.1.4. Hipnoz

Hipnoz, bireyin odağının ve dikkatinin yakın çevresinden ayrıştığı; imgelem, biliş ve duygular gibi iç deneyimlere çevrildiği uyanık farkındalık durumudur (Williamson, 2019). Örneğin, televizyonda heyecanlı bir film izlerken başkalarının sesini duymamak veya araba kullanırken yolun nasıl bittiğini fark etmemek gibi kısa süreliğine de olsa hipnotize ve konsantre olması demektir (Erel ve Erel, 2017).

Amerikan Psikoloji Birliği Hipnoz Bölümü ise 2014 yılında hipnozu; “odaklanmış dikkat ve azaltılmış çevresel farkındalık içerisindeki bir bilinçlilik hali ve telkinlere yanıt verebilirlik kapasitesinde bir artışla karakterize durum şeklinde” tanımlamıştır (Elkins, Barabasz, Council, ve Spiegel, 2015).

Bilimsel hipnozun kullanımı 1765’te Franz Antoine Mesmer ile başlamıştır (Flynn, 2019). Türkiye’de ise hipnozun kullanımı 1935 yılında Cemil Sena Ongun tarafından Janet’in kitabının çevrilmesiyle başlanmıştır (Telli, 2020).

2.4.1.5. Hirudoterapi (Sülük Tedavisi)

Sülük tedavisi, diğer adıyla Hirudoterapi, kan emici sülükler kullanılarak uygulanan bir tür bütünleştirici ve tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (Öner Küçük ve Yaman, 2019). Sülükler kan emerken aynı esnada bu dokuya, içerisinde birçok biyoaktif maddenin bulunduğu bir salgıyı da enjekte etmektedir. Bu biyoaktif maddeler; anti-inflamatuar, analjezik, antikoagölan gibi insan vücudunda adeta bir ilaç benzeri farklı etkiler oluşturmaktadırlar (Ayhan ve Mollahaliloğlu, 2018).

Hirudoterapi tedavisi esnasında, ilk ısırıkta ağrı hissedilmektedir. Daha sonra sülük salgısı anestezi özelliği içerdiğinden dolayı tedavi süresince ağrı hissedilmemektedir. Sülük tutunduğu bölgeden 5-15 ml arası kan emmektedir. Tedavi ise ortalama olarak 20-60 dakika sürmektedir (Rai, Singh, Singh, Rai, ve Dwivedi, 2011).

Hirudoterapi, günümüzde Rusya, Kanada, Almanya, Hollanda, Fransa, Avustralya gibi birçok ülkede kullanılan ve kullanımı giderek artan bir tamamlayıcı alternatif tıp yöntemidir (Öner Küçük ve Yaman, 2019).

2.4.1.6. Homeopati

Homeopati, Yunanca homoios “benzer” ve pathos “hastalık” anlamlarına gelen sözcüklerden türetilmiş, “benzer hastalık” anlamına gelmektedir. Homeopati “benzer, benzeri iyileştirir” temel ilkesine sahiptir. İyileşme sürecine ve hastalığa

bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Homeopatinin kendine özgü yöntemleri, uygulamaları, ürünleri, tanı tedavi ilkeleri bulunmaktadır (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

Homeopati, bireyi bir bütün olarak ele alan psikolojik, fiziksel semptomların yanında, alışkanlıklar, karakter gibi birçok bulguyu ele alarak, rahatsızlık veren sorunun kaynağına ulaşmaya ve onu gidermeye çalışan bir yöntemdir (Haresnape, 2013).

Homeopati, sağlıklı bir bireye yüksek dozda uygulandığında, hastalık belirtilerine yol açan bir maddenin benzer semptomları gösteren bir hastaya daha düşük dozda uygulanmasıyla iyileşme sağlanmasıdır. İlkelerine uygun şekilde kullanıldığında homeopati, bütüncül yaklaşıma sahip, yan etkisiz ve doğal bir iyileştirme yöntemidir (Kutlu ve Gülşen, 2021).

Türkiye için homeopati, 18. yüzyılın sonlarından beri yaygın olarak kullanılmaktadır. Homeopatinin kurucusu Alman hekim Samuel Hahneman'dır. Yaptığı araştırmalar sonucunda homeopatiyi geliştirmiş ve 1807 yılında yapmış olduğu yayınında ilk kez homeopatiden bahsetmektedir (Sezer, 2015).

2.4.1.7. Kayropratik

Kayropratik; sinir sistemini düzenlemek amacıyla kas, omurga ve kemiklere müdahale etmeyi içeren el uygulamalarını kapsayan bir geleneksel ve tamamlayıcı bir tıp yöntemidir (Ateş ve Güngör, 2021).

Kayropratik, elle tedavi yöntemleri arasında çok sık kullanılan çeşitlerinden birisidir. Kayropraktiğin tedavi şekli olarak yasal düzenlemesi 10 ülkede bulunmaktadır, ancak mesleki düzenlemesi bulunmamaktadır. Kayropratik, Avrupa Birliği ve komşu ülkelerin 16'sında yasal düzenlemesi olan bir meslektir. Ancak iki konuda da yasal düzenlemenin bulunmadığı 13 ülke mevcuttur. Türkiye'de ise Kayropratik Omurga Sağlığı Derneği 2008 yılında kurulmuştur (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

2.4.1.8. Kupa Tedavisi (Hacamat)

Geleneksel tıp uygulamaları arasında en eski geçmişe sahip yöntemlerden birisi olan kupa tedavisinin geçmişi 5000 yıl öncesine dayanmaktadır (Bamfarahnak, Azizi, Noorafshan, ve Mohagheghzadeh, 2014; Okumuş, 2016). Kupa uygulaması insizyon uygulanma durumuna yaş ve kuru olmak üzere sınıflara ayrılmaktadır (Çiftci, 2019).

Kuru kupa uygulamasında insizyon uygulanmamakta, vücuttan kan alınmamaktadır. Kupa uygulaması sırasında içerisindeki hava boşaltılmakta ve negatif basıncın etkisiyle cildin kabarması sağlanmaktadır (Kim ve ark., 2012). Yaş kupa uygulaması da kuru kupa uygulaması gibi başlamaktadır. Bir süre bekledikten sonra deriden kan boşaltabilmek için cilde bistüri ile yüzeysel insizyonlar yapılmaktadır. Sonra aynı bölgeye tekrar kupa kapatılmaktadır. Kan gelme işlemi sona erdikten sonra uygulama alanı temizlenmektedir ve kupa tekrar kapatılmaktadır. Uygulama bir miktar intersisyel sıvının gelmesiyle tamamlanmaktadır (El Sayed, 2013).

2.4.1.9. Larva Uygulaması

Larva uygulaması “*Lucilia Sericata*” isimli, halk arasında yeşil sinek olarak adlandırılan sineğin steril larvalarının cilt yaralarının tedavisinde iltihaplı bölge ve ölü dokunun canlı bölgeye zarar vermeden uzaklaştırılması amacıyla kullanılmaktadır (Gül, Nurullazade, ve Kaya, 2020).

Larva uygulaması ilk olarak 16. yüzyılda Ambroise Pare tarafından bulunmuştur. 1989 yılında Amerika’da, 1990’lı yılların ortalarında ise İsveç, İsrail ve İngiltere’de yara tedavisinde tekrar uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise ilk defa Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 2002 yılında uygulanmıştır. 2008 yılından beri ise İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalında uygulanmaya başlanmıştır (Yücel, 2021).

2.4.1.10. Mezoterapi

Mezoterapi, mikro enjeksiyon yoluyla cildin mezoderm tabakasına ilaç enjekte edilmesi işlemidir. Enzimlerin, ilaçların, mineral, vitamin ve bitki özlerinin intradermal şekilde enjekte edilmesiyle gerçekleştirilmektedir (Bengin, 2020).

1952 yılında Fransız hekim Michel Pistor tarafından tanımlanan mezoterapi, Yunanca “meso” (orta) ve “terapi” (tedavi) sözcüklerinden oluşmaktadır. Meso mezodermi ifade etmektedir. Dermis, bağ dokusu ve deri altı yağı olarak tanımlanmaktadır (Örnek ve Kocatürk, 2021; Yücel, 2021).

2.4.1.11. Proloterapi

Proloterapi, iritan solüsyon ve proliferatiflerin kas iskelet sisteminde hasarlı alana (tendon, ligament, entezis, eklem) enjekte edilmesi işlemidir (Batur Çağlayan, Erkoç Ataoğlu, ve Kibaroglu, 2018).

Proloterapide en önemli amaç, kontrollü inflamasyon sağlayarak normal iyileşmeyi taklit etmek ve başlatmak, kollajen doku ve fibroblastik aktiviteyi arttırmak, böylelikle ağrıya neden olan bölgeyi kuvvetlendirmek ve ağrının azalmasını sağlamaktır (Ünal, ve Dağdeviren, 2019).

2.4.1.12. Osteopati

Osteopati, osteopatlar tarafından uygulanan, ellerin kullanıldığı birçok farklı tekniği kapsayan, hastaların somatik disfonksiyonlarının iyileştirilmesinde rol oynayan bir yöntemdir (Santiago, Esteves, Baptista, Magalhães, ve Costa, 2022).

19.yüzyılda Andrew Taylor Still tarafından ortaya atılan osteopati yöntemini uygulayanlara osteopat denmektedir (Yücel, 2021). Still, hastalıkların nedenlerini ve nasıl tedavi edilebileceklerini bulmak için, hekimin, bedenin fonksiyonel ve yapısal

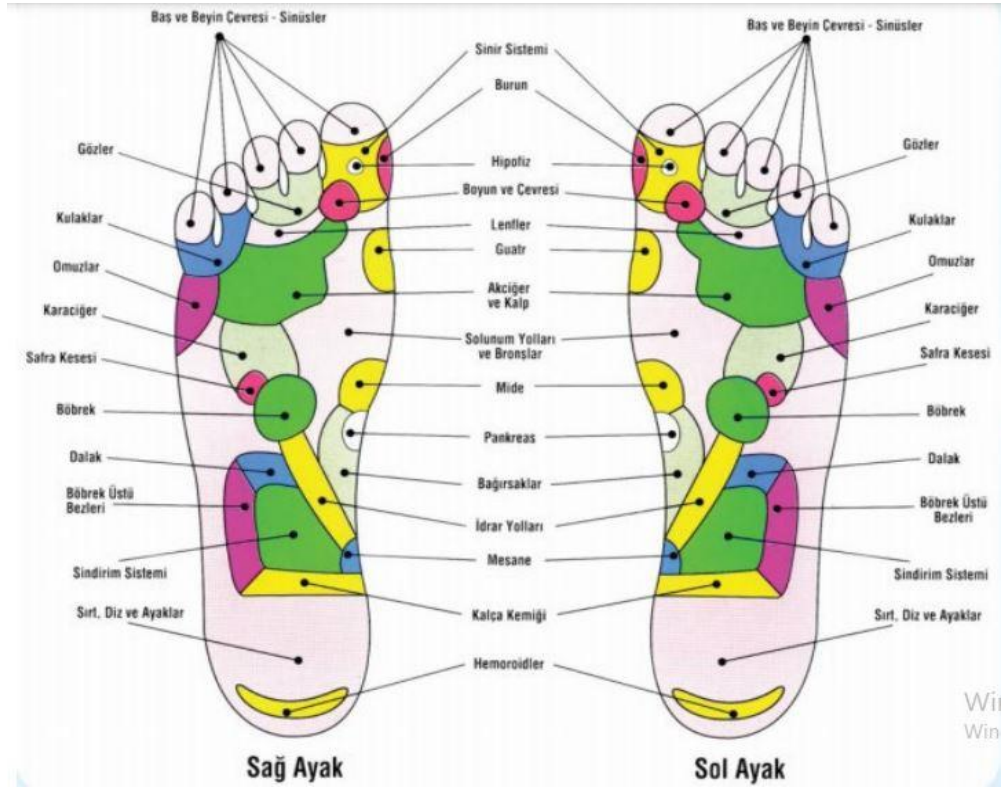
bütünlüğünü göz önünde bulundurarak tedavi etmesi gerektiğini savunmuştur (Parker, Heinking, ve Kappler, 2012).

2.4.1.13. Ozon Uygulaması

Ozon uygulaması, sistemik veya bölgesel olarak ozon-oksijen karışımının kullanıldığı bir yöntemdir. Üç oksijen atomunun bir araya gelmesiyle oluşan bu gaz ozon tabakasında bulunmaktadır. Kendine has bir kokusu vardır ve renksizdir (Dıraçoğlu, 2016). Bu gazın tıbbi amaçlarla kullanılması için saf halinin saf oksijen ile karışım olarak bulunması gerekmektedir. Antioksidan, antimikrobiyal ve immüneyi kuvvetlendirici etkilere sahiptir. Eritrositler ozon gazı ile karşılaştıkları zaman birbirlerinden ayrılmakta ve şekillerinde değişiklik ortaya çıkmaktadır. Bu durumda eritrositlerin yüzey alanı artmakta ve daha çok oksijen taşıyabilecek duruma gelmektedirler. Daha çok oksijen taşınması sonucunda hasarlı dokulara daha çok oksijen gitmekte ve böylelikle o dokunun iyileşmesi daha kısa sürmektedir (Remondino, Valdenassi, ve Franzini, 2018).

2.4.1.14. Refleksoloji

Refleksoloji, el, ayak ve kulaklardaki refleks noktalarının organlara ait sinir uçlarına basınç uygulayarak yapılan, masaj yoluyla vücuttaki kan dolaşımını iyileştirmeyi hedefleyen, sağlığın sırrının kan dolaşımında olduğunu vurgulayan bir tamamlayıcı alternatif tıp yöntemidir (Bolsoy ve Okuyan, 2019). Uluslararası Refleksoloji Enstitüsünce refleksoloji “tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” şeklinde tanımlanmaktadır (Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü, 2010). Refleksoloji tekniğinin amacı, vücudun kendini iyileştirme potansiyelini açığa çıkararak vücudu canlandırmaktır (Metin ve Ozdemir, 2016). Refleksoloji uygulamalarında en çok tercih edilen bölge ayak bölgesidir (Yıldız, ve Yaşa Öztürk, 2014) (Şekil 2.3.).



Şekil 2.3. Ayakta bulunan refleksoloji alanları,

(Yüksel, 2021).

2.4.1.15. Müzik Terapi

Dünya Müzik Terapisi Federasyonu müzik terapiyi; “Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gereksinim duyduğu iletişim, ilişki, öğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve diğer ilgili terapötik etkenleri geliştirmek ve artırmak için müziğin ve/veya müzikal elemanların (ses, ritim, melodi ve harmoni) eğitim almış bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması” şeklinde tanımlamaktadır (Öcebe, Kolcu, ve Kadriye, 2019).

2.4.2. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanma Sıklığı

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin 1990’lı yıllardan bu yana etkinliğiyle alakalı sınırlı sayıda kanıt olmasına karşın kullanımı gün geçtikçe artmaktadır (Park ve ark., 2016). Amerika Birleşik Devletleri, Fransa, Almanya ve

Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde nüfusun %40'tan fazlası yılda bir kez Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerini kullanmaktadır (Park ve ark., 2016). Japonya ve Çin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemlerinin en sık kullanıldığı ülkeler arasındadır. Çin'deki hastanelerin %95'inde konvansiyonel ve geleneksel tıbbın bir arada kullanıldığı görülmektedir ve bu yöntemler arasında en yaygın akupunktur kullanılmaktadır (Karahancı ve ark., 2015). Japonya, Çin, İsveç, Finlandiya, Kuzey Kore gibi ülkelerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp uygulamaları kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından karşılanırken, Endonezya, Slovakya, Portekiz, İsviçre ve Polonya gibi ülkelerde karşılanmamaktadır (Biçer ve Yalçın Balçık, 2019). Kore geleneksel tıbbı, Kore halk sağlığı alanında etkin bir rol oynamaktadır. Halkın %86'sı Kore geleneksel tıbbını kullanmaktadır. Kore geleneksel tıbbı, hemşirelik ve diş hekimliğiyle eşdeğer bir mesleki statü ve eğitim sistemine sahiptir (Han ve ark., 2016). Gelişmiş ülkelerde Tamamlayıcı Alternatif Tıp kullanımı; Amerika'da %42.1, Kanada'da %70.4, Kolombiya'da %40, Avustralya'da %48.2 iken, Fransa'da %49.3, Çin'de %70, Şili'de %71 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (Altın ve Avcı, 2016). Malezya'da yapılan ulusal bir çalışmada kadınların (%23.9), erkeklere oranla (%19.3) daha çok tamamlayıcı alternatif tıp kullandıkları belirlenmiştir. (Kaur ve ark., 2019).

Türkiye'de tamamlayıcı alternatif tıp kullanım oranları; dermatoloji hastalarında %22, onkoloji hastalarında %22-61, diabetes mellitusta %35- 41, kronik obstruktif akciğer hastalığında (KOA) %72, kronik böbrek yetmezliğinde %25, psikiyatri hastalarında, %13-52, astımda %63, romatoid artritte %47, infertilitede %82, alerjik hastalıklarda %31'dir (Tütüncü ve ark., 2017). Şimşek ve ark. yaptığı bir çalışmada Türkiye'de yaşamının bir döneminde en az bir defa tamamlayıcı alternatif tıp uygulamasından bir tanesini yaptırmış olan bireylerin oranını %60.5 olarak belirlemişlerdir. Bölge olarak ele alındığında ise en fazla tamamlayıcı alternatif tıp uygulaması kullanımının Marmara bölgesi olduğu sonucuna varmışlardır. İller bazında ise ilk sırada İstanbul gelirken, ikinci sırada Antalya bulunmaktadır (Şimşek ve ark., 2017).

Balıkesir ilinde kırsal bölgede yaşayan bireylerde (n=410) yapılan BTAT çalışmasında son 1 yılda her 10 katılımcıdan 9'unun BTAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir (Cevik, ve Tari Selcuk, 2019).

2.4.3. Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıp ve İlişkili Faktörler

Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının kadınlar, daha yaşlı nüfus, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlar ve Asyalılar arasında daha yaygın olduğu görülmektedir (Calcagni, Gana, ve Quintard, 2019). Etnik köken, dini roller, aile ve arkadaş çevresinin de tamamlayıcı alternatif tıp kullanımını etkilediği görülmektedir (Salah ve ark., 2020). Tamamlayıcı alternatif tıp kullanımı yaşam şekli, kültürel ve coğrafi konum farklılıklarına göre değişiklik göstermektedir (Çakmak ve Nural, 2017). Doğu ülkelerinde en yaygın kullanılan tamamlayıcı alternatif tıp yöntemi bitkisel karışımlardır. Batı ülkelerinde aromaterapi, hipnoterapi, multivitamin, gevşeme egzersizleri ve meditasyondur (Gülgün ve Kaya, 2015). İngiltere’de yapılan bir sistematik derlemede en yaygın kullanılan tamamlayıcı alternatif tıp yöntemlerinin aromaterapi, homeopati, refleksoloji ve bitkisel ilaçlar olduğu belirtilmektedir (Posadzki, Watson, Alotaibi, ve Ernst, 2013). Japonya’da yapılan bir araştırmada ise bireylerin en sık kullandıkları beş tamamlayıcı alternatif tıp uygulaması; akupresur, besin takviyesi ve vitaminler olarak saptanmıştır (Hori, Mihaylov, Vasconcelos, ve McCoubrie, 2008).

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, kronik hastalık bulunma durumu gibi değişkenler BTAT yöntemlerinin belirleyicilerinden sayılabilmektedir. Yaşlı bireylerde gençlere göre, kadınlarda erkeklere göre, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerde, kronik hastalığı bulunan bireylerde BTAT kullanım prevalansı yüksektir (Cevik ve Tari Selcuk, 2019).

2.5. Sağlık Algısı

Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığına dair bireysel değerlendirmesini içermektedir. Bu durumda, birey kronik bir hastalığa sahip olsa dahi kendisini sağlıklı olarak algılayabilmekte ya da tam aksine herhangi bir hastalığı olmadan da kendisini hasta olarak algılayabilmektedir (Leite, Ramires, Moura, Souto, ve Maroco, 2019).

Bireylerin sağlık algısı objektif ve sübjektif sağlık algısı olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Sübjektif sağlık algısı, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan kendi

sağlık durumunu algılaması halidir (Araújo, Teixeira, Ribeiro, ve Paúl, 2018). Objektif sağlık algısı ise kişinin sağlıklı olup olmadığının uzman muayene ve tanısıyla belirlenmesidir (Ulutürk, 2015). Diğer bir tanımla sağlık algısı, bireyin sağlık durumuyla alakalı bireysel inançlarını ve açıklamalarını ifade etmektedir. Sağlık algısı bireyin sosyal, zihinsel ve fiziksel iyilik durumunu yansıtan güçlü bir göstergedir (Shaw, Armin, Torres, Orzech, ve Vivian, 2012).

2.5.1. Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler

Yapılan çalışmalar, sağlık algısının cinsiyet, meslek, yaş, sosyoekonomik durum, etnik köken ve yaşam tarzı gibi kavramlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Noguchi ve ark., 2015). Kadınlar erkeklere göre, evli bireyler bekar bireylere göre daha olumsuz sağlık algısına sahiptirler ve düşük algılanan sağlık durumuna sahip bireyler, sağlık hizmetini daha sık kullanmaktadırlar (Kraja, Kelliçi, ve Çakërri, 2013). Çimen (2015) ve Filiz (2015) çalışmalarında, yüksek algılanan sağlık durumuna sahip olan bireyin sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (Temel ve Çimen, 2015; Filiz, 2015). Yapılan araştırmalarda yaş arttıkça sağlık algısının azaldığı (Şen ve Öztürk, 2020), eğitim düzeyi arttıkça sağlık algısının da arttığı görülmektedir (Özdemir, 2018). Ayrıca kronik hastalığı bulunmayan bireylerin kronik hastalığı olanlara göre sağlık algı düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Cho, Martin, Margrett, Macdonald, ve Poon, 2011). Gür ve Sunal (2017) ile Aydın Dinçer (2019) çalışmalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça algılanan sağlık düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Gözde ve Sunal, 2017; Aydın Dinçer ve Başkurt, 2019). Beden kütle indeksi yüksek olan kişilerin düşük olanlara göre, sigara kullanan kişilerin kullanmayanlara göre sağlık algı düzeyi düşüktür (Deniz, Özer ve Songur, 2018).

2.6. Sağlık Okuryazarlığı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı İlişkisi ve Hemşirenin Rolü

Tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı yaklaşımların tıbbi tedaviyle potansiyel etkileşimi, yan etkileri veya yararları tam olarak kanıtlanmış olmamasına rağmen kişiler tarafından çoğunlukla kullanılmaktadır (Onofri, Necozone, ve Tozzi, 2020).

Bu yöntemleri uygularken karar vermek ve sonuçlarını değerlendirmek zor olabilmektedir (İlgaz ve Gözüm, 2016). Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanıcılarının tedaviler ve ürünler hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğu, bilgi kaynaklarının ne olduğu ve elde ettiği bilgiyi nasıl kullandığı ve değerlendirdiği hakkında sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır (Onofri, Necozone, ve Tozzi, 2020). Tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımıyla ilgili karar vermek kapsamlı bir sağlık okuryazarlığı gerektirmektedir (Misawa ve ark., 2018).

Bireyler artan ve farklılaşan bilgi çokluğu arasında doğru bilgiye ulaşmada zorluk çekmektedir (Dursun ve ark., 2019). Bu süreçte bireylerin sağlık okuryazarı olması, karar verme sürecinde seçenekleri eleştirel değerlendirebilmesi çok önemlidir. Nitekim eleştirel değerlendirme arttıkça, sağlıkla ilgili verilen doğru kararların oranı da artacaktır.

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylerde sağlığının kötü olduğunu algılayamama, reçete edilen tedaviye uymama, düşük tedaviye uyum düzeyi, sağlık kurumuna başvuruda gecikme, öz bakımda yetersizlik, tarama programlarından ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma, sağlık harcamalarında artışa neden olan durumlarla karşılaşmaktadır (León-González ve ark., 2018). Keza tekrarlayan başvurular, geç başvurular morbidite ve mortalite oranlarındaki artış ile de ilişkilidir (Uemura, Yamada, ve Okamoto, 2021). Tüm bu koşullar bireylerde olumsuz sağlık algısının oluşmasına neden olmaktadır (Dursun ve ark., 2019).

SOY, BTAT ve sağlık algısı kavramlarında en büyük rollerden biri halk sağlığı hemşirelerine düşmektedir. Halk sağlığı hemşiresi, üstlenmiş olduğu hemşirelik rolleriyle toplumun sağlık hizmetlerine katılım sürecinde öncülük ederek sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık ekibinin anahtar üyelerinden biridir. Toplumda öz sorumluluğun oluşturulması, sağlık eğitimi gibi araçlar ile sağlık okuryazarlığının artırılması, modern tıbbı yönelim anlamında hayati bir önemi vardır. Nitekim geçmişten günümüze her ne kadar tedavi odaklı bir sağlık hizmeti olsa da tüm topluma, risk gruplarına öncelik vererek halk sağlığı hemşireleri bu misyonu yerine getirmeye çalışmaktadır.

Bütüncül tamamlayıcı alternatif tıp tedavilerinde halka doğru bilgiler aktarması, halk sağlık eğitimi verilmesi, ancak epidemiyoloji, biyoistatistik bilgisiyle donanmış, sağlığı koruma ve geliştirmenin öneminin farkında olan bir halk sağlığı hemşiresi ile gerçekleştirilebilir. Bu bakımdan kanıta dayalı uygulamalar temelli bir sağlık hizmetinin sunumunda halk sağlığı hemşirelerine de büyük roller düşmektedir (Tözün ve Sözmen, 2015).

Halk sağlığı hemşiresinin BTAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması bireylere bu yöntemlere dair danışmanlık yapabilmeleri açısından oldukça önem taşımaktadır. Toplumu tanıma, toplumun özelliklerini bilmek önemlidir. Nitekim eğitim durumunu, inançlarını, ekonomik, sosyal ve sağlık durumlarını bilmesi, halk sağlığı hemşiresinin topluma yeterli, etkin ve gerekli hizmet verebilmesinin ön koşuludur. Bu nedenle halk sağlığı hemşiresinin hizmet vereceği grubun sağlık-hastalık durumlarını ve özelliklerini bilmesi, sunacağı hizmetin etkinliğini artırması açısından önem kazanmaktadır (Belita, Yost, Squires, Ganann, ve Dobbins, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutum, sağlık algısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir.

H₀: Sosyodemografik özelliklerle TSOY-32 ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sosyodemografik özelliklerle TSOY-32 ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Sosyodemografik özelliklerle BTAT ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sosyodemografik özelliklerle BTAT ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: Sosyodemografik özelliklerle SA ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Sosyodemografik özelliklerle SA ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: TSOY-32 ölçeği ile BTATÖ ve SA ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: TSOY-32 ölçeği ile BTATÖ ve SA ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: BTAT ölçeği ile TSOY-32 ve SA ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: BTAT ölçeği ile TSOY-32 ve SA ölçeği arasında anlamlı ilişki vardır.

H₀: SAÖ ile TSOY-32 ve BTATÖ arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: SAÖ ile TSOY-32 ve BTATÖ arasında anlamlı ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Balıkesir ilinde kentsel bir bölgede (2.Sakarya Mahallesi) Şubat - Nisan 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Balıkesir ilinde bulunan kentsel bir mahallede yaşayan 18 yaş ve üzeri N=10162 kişiden oluşmaktadır (TÜİK, 2020). Örnek büyüklüğü, Epi Info 7.2. programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplanırken 10162 kişilik evrende, %50 prevalans, %5 sapma, %5 tip I hata, 1.5 desen etkisi kabul edilerek ulaşılmaması gereken minimum örnek büyüklüğü 556 kişi hesaplanmış, 625 kişiye çok aşamalı küme örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik sorular ve sağlık okuryazarlığı, BTAT kullanımına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca çalışmada analizlerde her bağımlı değişken diğer bağımlı değişkenin bağımsız değişkeni olarak ele alınmıştır.

Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ve sağlık algısıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler sosyodemografik özelliklerden ve BTAT kullanımı sorularından oluşan kişisel bilgi formu, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)”, “Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ)” ve “Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)” ile toplanmıştır.

Sosyodemografik Özellikler Formu: Sosyodemografik özellikler formu literatüre dayalı oluşturulmuş olup; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gibi sosyodemografik, bilgi edinilen kaynak, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma durumu, BTAT hakkında bilgi edinilen kaynaklar, BTAT yöntemlerini güvenli bulma, BTAT hakkında danışmanlık alma isteği, BTAT yöntemlerini tercih etme nedeni ve ailede BTAT kullanıma durumu gibi durumları değerlendiren toplam 29 sorudan oluşmaktadır (Öztürk, Şatır, ve Sevil, 2016; Şensoy ve ark., 2020; Cevik, ve Tari Selcuk, 2019).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32): Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen ölçek 32 sorudan oluşmaktadır (HLS-EU Consortium, 2012). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 15 yaşın üzerindeki okuryazarların sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geliştirilmiş 32 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Okyay ve ark. tarafından yapılan güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında (Okyay ve Abacıgil, 2016). Katılımcılar her bir soruda geçen konu için zorluk derecesine göre 5’li Likert tipte (çok kolay=1, kolay=2, zor=3, çok zor=4, fikrim yok=5) olup 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. 0-25 puan yetersiz sağlık okuryazarlığını; >25-33 puan sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığını; >33-42 puan yeterli sağlık okuryazarlığını; >42-50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Uyarlama çalışmasında Cronbach’s alfa iç tutarlılık katsayısı 0.927 (Okyay ve Abacıgil, 2016), bu çalışmada 0.970 bulunmuştur.

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ): BTATÖ, Hyland ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen ve Türkiye’de güvenilirliği ve geçerliliği Erci tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Hyland, Lewith, ve Westoby, 2003; Erci, 2007). Ölçek toplam 11 maddeden oluşan 6’lı Likert tipte bir ölçek olup, ölçekten en az 11, en fazla 66 puan alınabilmektedir. Ölçeğin puanı düştükçe tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutum artmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach’s alfa iç tutarlılık katsayısı 0.720 olup, bu çalışmada 0.809 bulunmuştur.

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): SAÖ 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilen Kadıoğlu ve Yıldız tarafından Türkçe'ye uyarlanan SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli Likert tipli bir ölçektir (Kadıoğlu, Yıldız, 2012; Diamond, Becker, Arenson, Chambers, ve Rosenthal, 2007). Ölçekte 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “katılmıyorum=2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklinde puanlanmaktadır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'tir. Uyarlama çalışmasında Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı, 0.700, bu çalışmada 0.904 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Örnek seçiminde mahallede bulunan 125 sokak küme olarak kabul edilmiş ve araştırma her birinde 5 kişi bulunan 125 kümede yürütülmüştür. Toplamda 625 kişiye yüz yüze görüşülerek bir yönerge çerçevesinde ulaşılmıştır.

Yönergede sokağın sağ tarafından başlanarak, küme başı olan ev apartman ise ilk daireden başlayıp veya küme başı olan ev müstakil ise ondan başlanıp iki ev / apartman atlanarak devam edilmiştir. Çalışmaya katılım reddedilince ya da evde bulunamayanlar olunca bir sonraki eve geçilip yine iki ev atlanarak devam edilmiştir. 18 yaş ve üzeri birey bulunmayan evlerde hemen bir sonraki evden devam edilmiştir. Çıkmaz sokağa gelindiğinde veya sağ tarafta yeterli sayıda ev bulunmaması durumunda ise sokağın diğer tarafından devam edilmiştir. Kişi sayısı beşe tamamlandığında diğer kümeye geçilmiştir.

3.8. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya 18 yaş ve üzerinde olan, 2. Sakarya mahallesinde ikamet eden, araştırmaya katılmaya gönüllü ve araştırma sorularına yanıt verecek bilişsel yeterliliğe sahip olan kişiler dahil edilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan anket verileri Statistical Package for the Social Sciences 26.0 programına girilerek analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testinin $p>0.05$ olması ve basıklık çarpıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiştir. Normallik varsayımı karşılandığında iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Student's t testi, üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında ANOVA (post hoc: Tukey HSD) testi kullanılmıştır. Normallik varsayımının sağlanmadığı durumlarda üç veya daha fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli veriler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler lineer regresyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Anlamlılık değeri $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmada Etik Konular

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (23.09.2020 tarih, 2020/159 sayılı), Karesi İlçe Kaymakamlığı'ndan (20.10.2020 tarih, E-96450617-492-18287 sayılı), ölçek sahiplerinden izin alınmış, ayrıca katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 36.86 ± 11.06 olup, %66.5'i 18-39 yaş grubunda, %57.9'u kadın, %51.5'i üniversite mezunu, %48.1'i evli, %81.1'i çekirdek aile yapısına sahip, %81.4'ünün annesi, %74.9'unun babası ilköğretim mezunudur. Ayrıca %74.7'si çalışmakta, %53.8'nin geliri gidere denk, %60.3'ü sağlığının iyi olduğunu belirtmektedir.

Katılımcıların son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru ortalaması 0.99 ± 1.22 olup, %56.3'ü sağlık sorunu olduğunda genellikle devlet hastanesine başvurduğunu, %41.0'ı sağlık kurumunu daha iyi hizmet / laboratuvar olanağı gerekçesiyle tercih ettiğini ve %65.8'i sunulan sağlık hizmetinden memnun olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %24.2'sinde kronik hastalık olup, %6.4'ünde diğer (epilepsi, kanser, böbrek kemik hastalıkları, vb.) kronik hastalık türü bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan kişilerin %63.6'sı düzenli ilaç kullanmaktadır. Kullanılan düzenli ilaç sayısı ortalama 0.31 ± 0.71 'dir.

Katılımcıların %73'ü en güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını belirtmiş olup, %87'si sağlık personelinin bilgilerini faydalı bulmuştur. %53'ü ara sıra kitap okuduğunu, %35.5'i de yaşam boyu BTAT kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların yaşam boyu BTAT kullanma durumu ortalamaları 2.02 ± 3.91 'dir. Katılımcıların %26.2'si son bir yılda BTAT yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların son bir yılda BTAT kullanma ortalamaları 0.59 ± 1.20 olup %38.1'i BTAT hakkında bilgi kaynağı olarak çevreyi (aile, arkadaş) seçtiklerini belirtmişlerdir. Araştırma grubunun %67.5'i BTAT yöntemlerini kısmen güvenli bulduklarını, %58.1'i BTAT hakkında danışmanlık almak istemediğini, %25.1'i BTAT'ı tavsiye edilmesi nedeniyle tercih ettiğini, %51.5'i ailesinde BTAT kullanılmadığını belirtmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Sosyo-demografik özellikler (n=625).

Sosyo demografik özellikler		
	n	%
Yaş		
X±SS		36.86±11.06
Min;Maks.		18;80
Yaş grupları		
18-39	416	66.5
40-64	198	31.7
65+	11	1.8
Cinsiyet		
Kadın	362	57.9
Erkek	263	42.1
Eğitim durumu		
İlköğretim	106	17.0
Lise	197	31.5
Üniversite ve üzeri	322	51.5
Medeni durum		
Evli	301	48.1
Bekar	295	47.2
Ayrı yaşıyor	3	0.5
Boşanmış	26	4.2
Aile tipi		
Çekirdek aile	507	81.1
Geniş aile	107	17.1
Parçalanmış aile	11	1.8
Anne eğitim durumu		
İlköğretim	509	81.4
Lise	100	16.0
Üniversite ve üzeri	16	2.6
Baba eğitim durumu		
İlköğretim	468	74.9
Lise	128	20.5
Üniversite	29	4.6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	467	74.7
Çalışmıyor	158	25.3
Ailenin maddi durumu		
Gelir giderden fazla	105	16.8
Gelir gidere denk	336	53.8
Gelir giderden az	184	29.4
Öznel sağlık algısı		
İyi	377	60.3
Orta	226	36.2
Kötü	22	3.5
Son bir ayda sağlık kuruluşuna başvurma		
X±SS		0.99±1.22
Min;Maks.		0;10

n:Sayı, %:Yüzde X:Ortalama, SS:Standart sapma.

Tablo 4.1. (devam) Sosyo-demografik özellikler (n=625).

Sosyo demografik özellikler	n	%
Genellikle tercih edilen sağlık kurumu		
Aile sağlığı merkezi	129	20.6
Devlet hastanesi	352	56.3
Üniversite hastanesi	93	14.9
Özel muayenehane	51	8.2
Tercih edilen sağlık kurumunun sebebi		
Evimize yakın	195	31.2
Daha iyi hizmet/Laboratuvar olanağı	256	41.0
Diğer*	174	27.8
Sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi		
Memnunum	411	65.8
Fikrim yok	100	16.0
Memnun değilim	114	18.2
Kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	151	24.2
Hayır	474	75.8
Kronik hastalık türü (n=151)		
Akciğer hastalığı	21	3.4
Kalp hastalığı	20	3.2
Kansızlık	28	4.5
Diyabet	19	3.0
Tiroit bezi hastalıkları	23	3.7
Diğer*	40	6.4
Düzenli kullanılan ilaç kullanımı (n=151)		
Var	96	63.6
Yok	55	36.4
Düzenli kullanılan ilaç sayısı		
X±SS		0.31±0.71
Min;Maks.		0;4
Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı		
Sağlık çalışanları	456	73.0
Yazılı basın	32	5.1
Radyo/TV	13	2.1
İnternet	57	9.1
Aile üyeleri	7	1.1
Arkadaş	3	0.5
Kitap/dergi/broşür	57	9.1
Sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu		
Evet	544	87.0
Hayır	81	13.0
Kitap okuma sıklığı		
Hiç okumam	54	8.6
Ara sıra	331	53.0
Sık sık	187	29.9
Her zaman	53	8.5

n: Sayı, %:Yüzde X:Ortalama, SS: Standart sapma.

*Göz tansiyonu, kanser, kemik hastalıkları, ruhsal hastalıklar, hipertansiyon, epilepsi, böbrek hastalığı, hepatit B.

* Acil başvuru, personel iyi davranıyor, sağlık güvencesi.

Tablo 4.1. (devam) Sosyo-demografik özellikler (n=625).

Sosyo demografik özellikler	n	%
Yaşam Boyu BTAT kullanma durumu		
Evet	222	35.5
Hayır	403	64.5
Yaşam boyu BTAT kullanma sayısı		
X±SS		2.02±3.91
Min;Maks.		0;35
Son bir yılda BTAT kullanma durumu		
Evet	164	26.2
Hayır	461	73.8
Son bir yılda BTAT kullanma sayısı		
X±SS		0.59±1.20
Min;Maks.		0;10
BTAT hakkında bilgi kaynağı		
Çevre (aile, arkadaş)	238	38.1
TV/internet	176	28.2
Kitap/gazete	54	8.6
Sağlık personeli	157	25.1
BTAT güvenli bulma		
Güvenli buluyorum	146	23.4
Kısmen güvenli buluyorum	422	67.5
Güvenli bulmuyorum	57	9.1
BTAT hakkında danışmanlık alma isteği		
Evet	262	41.9
Hayır	363	58.1
BTAT tercih etme nedeni		
Tavsiye edilmesi	157	25.1
Vücut direncini arttırmak	99	15.8
İyileşme sürecini hızlandırmak için	113	18.1
Çaresiz kalma	30	4.8
İlaçların faydasız olduğunu düşünme	127	20.3
Hastalıkla baş etmede ilk seçenek olarak düşünme	28	4.5
Hastalığın ilerlemesini önlemek için	17	2.7
Fazla ilaç içme durumunda	19	3.0
İlaçların yan etki göstermesi	24	3.8
Hastalık tekrar ettiği zaman	11	1.8
Ailede BTAT kullanılma durumu		
Evet	303	48.5
Hayır	322	51.5

n:Sayı, %:Yüzde X:Ortalama, SS: Standart sapma.

4.2. TSOY-32, BTATÖ ve SAÖ'nün tanımlayıcı özellikleri

Katılımcıların TSOY-32 toplam puanı 32.70±11.08 bulunurken bu ölçeğin alt boyutlarından olan Tedavi ve Hizmet alt boyutu puanı 32.69±11.08, Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu puanı 31.95±11.75, Sağlıkla İlgili

Bilgiye Ulaşma alt boyutu toplam puanı 33.85 ± 11.39 , Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyutu puanı 33.65 ± 11.29 , Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutu puanı 31.01 ± 11.78 ve Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma / Uygulama alt boyutu puanı ise 32.26 ± 11.74 'tür (Tablo 4.2).

Araştırma grubunun BTATÖ toplam puanı 32.88 ± 3.88 bulunurken bu ölçeğin alt boyutlarından olan Bütüncül Sağlık alt boyut puanı 9.36 ± 3.21 , Tamamlayıcı Alternatif Tıp alt boyut puanı ise 23.52 ± 3.05 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Araştırma grubunun SAÖ toplam puanı 45.37 ± 6.30 bulunurken bu ölçeğin alt boyutlarından olan Kontrol Merkezi alt boyut puanı 14.72 ± 5.18 , Kesinlik alt boyut puanı 10.64 ± 3.71 , Öz Farkındalık alt boyutunun toplam puanı 11.29 ± 2.20 ve Sağlığın Önemi alt boyut puanı 11.53 ± 2.27 'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 TSOY-32, BTATÖ ve SAÖ puanının tanımlayıcı özellikleri (n=625).

Ölçekler ve Alt Boyutları	X±SS
TSOY-32	32.70±11.08
Tedavi ve Hizmet	32.69±11.08
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	31.95±11.75
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	33.85±11.39
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	33.65±11.29
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	31.01±11.78
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma / Uygulama	32.26±11.74
BTATÖ	32.88±3.88
Bütüncül Sağlık	9.36±3.21
Tamamlayıcı Alternatif Tıp	23.52±3.05
SAÖ	45.37±6.30
Kontrol Merkezi	14.72±5.18
Kesinlik	10.64±3.71
Öz Farkındalık	11.29±2.20
Sağlığın Önemi	11.53±2.27

X: Ortalama, SS: Standart sapma.

Katılımcıların %31.8'inin sağlık okuryazarlığının yeterli, %25.9'unun sorunlu-sınırlı, %21.4'ünün yetersiz, %20.8'inin de mükemmel olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. TSOY-32'nin düzeyleri (n=625).

SOY	n (%)
Yetersiz SOY	134 (21.4)
Sorunlu-sınırlı SOY	162 (25.9)
Yeterli SOY	199 (31.8)
Mükemmel SOY	130 (20.8)

n: Sayı, %: Yüzde.

4.3. Bağımlı Değişkenlerin Tek Değişkenli Analizlerle Karşılaştırılması

4.3.1. Bağımsız Değişkenlere Göre TSOY-32 Puanının Karşılaştırılması

Katılımcıların bağımsız değişkenlere göre TSOY-32 puanını karşılaştırdığımızda 18-39 yaş grubu katılımcılarda ($F=33.673$; $p=0.001$), bekarlarda ($t=-2.176$; $p=0.030$), üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlarda ($F=20.831$; $p=0.001$), sağlığını iyi algılayanlarda ($F=41.508$; $p=0.001$), sağlık sorunu olduğunda genellikle özel muayenehaneleri tercih edenlerde ($F=3.310$; $p=0.020$), daha iyi hizmet/laboratuvar olanağı sebebiyle sağlık kurumunu tercih edenlerde ($F=3.823$; $p=0.022$), aldığı sağlık hizmetinden memnun olanlarda ($t=2.987$; $p=0.003$), kronik hastalığı bulunmayanlarda ($t=-5.119$; $p=0.001$), sağlık personelinin bilgilendirmesini faydalı bulanlarda ($t=2.598$; $p=0.010$) ve sık sık kitap okuyanlarda ($F=3.267$; $p=0.021$) sağlık okuryazarlığı puanı istatistiksel anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$).

Araştırma grubunda cinsiyete, aile tipine, anne ve baba eğitim durumuna, çalışma durumuna, ailenin maddi durumuna, kronik hastalık türüne, düzenli ilaç kullanımına, sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağına, yaşam boyu BTAT kullanma durumuna, son bir yılda BTAT kullanma durumuna, BTAT hakkında bilgi kaynağına, BTAT güvenli bulma, BTAT hakkında danışmanlık alma isteğine, BTAT tercih etme nedenine ve ailede BTAT kullanma durumuna göre Sağlık Okuryazarlığı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Sosyodemografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği puanının değişimi
(n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Yaş grupları				
18-39 ^a	416	34.30±9.87	KW: 33.673	0.001 a>b>c
40-64 ^b	198	30.64±11.48		
65+ ^c	11	8.85±14.15		
Cinsiyet				
Kadın	362	31.96±10.55	t: -1.943	0.052
Erkek	263	33.71±11.70		
Medeni durum				
Evli	304	31.71±11.73	t: -2.176	0.030
Bekar	321	33.63±10.36		
Eğitim durumu				
İlköğretim ^a	106	26.88±13.37	F: 20.831	0.001 c>b>a
Lise ^b	197	32.65±10.50		
Üniversite ve üzeri ^c	322	34.64±9.89		
Aile tipi				
Çekirdek aile	507	32.84±11.15	KW: 0.713	0.700
Geniş aile	107	32.03±11.20		
Parçalanmış aile	11	32.53±5.67		
Anne eğitim durumu				
İlköğretim	509	32.25±11.14	KW: 4.821	0.090
Lise	100	34.96±9.81		
Üniversite	16	32.91±15.08		
Baba eğitim durumu				
İlköğretim	468	32.31±11.10	F: 1.169	0.311
Lise	128	33.79±11.18		
Üniversite	29	34.16±10.03		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	467	33.18±10.84	t: 1.877	0.061
Çalışmıyor	158	31.27±11.68		
Ailenin maddi durumu				
Gelir giderden fazla	105	33.84±9.85	F: 0.751	0.472
Gelir gidere denk	336	32.32±10.71		
Gelir giderden az	184	32.73±12.35		
Öznel sağlık algısı				
İyi ^a	377	34.85±10.05	F: 41.508	0.001 a>b>c
Orta ^b	226	30.78±10.25		
Kötü ^c	22	15.58±16.79		
Genellikle tercih edilen sağlık kurumu				
Aile sağlığı merkezi ^a	129	32.19±10.30	F: 3.310	0.020 d>c>a=b
Devlet hastanesi ^b	352	31.90±11.46		
Üniversite hastanesi ^c	93	34.45±9.76		
Özel muayenehane ^d	51	36.31±11.77		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD),

KW: Kruskal Wallis H testi.

Tablo 4.4. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Tercih edilen sağlık kurumunun sebebi				
Evimize yakın ^a	195	31.99±10.68	F: 3.823	0.022
Daha iyi hizmet/Laboratuvar olanağı ^b	256	34.13±10.28		b>a=c
Diğer* ^c	174	31.38±12.39		
Sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi				
Memnunum	411	33.67±10.28	t: 2.987	0.003
Memnun değilim	114	30.35±11.24		
Kronik hastalık bulunma durumu				
Evet	151	28.76±11.92	t: -5.119	0.001
Hayır	474	33.95±10.50		
Kronik hastalık türü (n=151)				
Akciğer hastalığı	21	32.51±13.66	KW:10.315	0.067
Kalp hastalığı	20	25.57±15.58		
Kansızlık	28	33.13±7.12		
Diyabet	19	26.54±8.46		
Tiroit bezi hastalıkları	23	29.69±8.55		
Diğer**	40	25.83±13.60		
Düzenli kullanılan ilaç kullanımı (n=151)				
Var	96	28.34±12.27	t: -1.849	0.066
Yok	55	33.67±10.58		
Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı				
Sağlık çalışanları	456	32.72±11.44	KW: 2.953	0.399
Kitle iletişim araçları	102	31.55±9.96		
Çevre (aile/arkadaş)	10	28.28±15.44		
Kitap/dergi/broşür	57	35.34±8.52		
Sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu				
Evet	544	33.14±10.94	t: 2.598	0.010
Hayır	81	29.73±11.61		
Kitap okuma sıklığı				
Hiç okumam ^a	54	28.90±14.88	F: 3.267	0.021
Ara sıra ^b	331	32.49±11.08		c>b=d>a
Sık sık ^c	187	34.15±9.21		
Her zaman ^d	53	32.69±11.91		
Yaşam boyu BTAT kullanma durumu				
Evet	222	33.53±11.08	t: 1.391	0.165
Hayır	403	32.24±11.06		
Son bir yılda BTAT kullanma durumu				
Evet	164	34.09±10.12	t: 1.872	0.062
Hayır	461	32.20±11.37		
BTAT hakkında bilgi kaynağı				
Çevre (aile, arkadaş)	238	31.80±12.04	F: 2.429	0.064
TV / İnternet	176	32.01±9.81		
Kitap / gazete	54	33.20±10.97		
Sağlık personeli	157	34.65±10.78		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD),

KW: Kruskal Wallis H testi.

*Acil başvuru, personel iyi davranıyor.

**Göz tansiyonu, kanser, kemik hastalıkları, ruhsal hastalıklar, hipertansiyon, epilepsi, böbrek hastalığı, hepatit b.

Tablo 4.4. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre TSOY-32 ölçeği puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
BTAT güvenli bulma(n=203)				
Güvenli buluyorum	146	33.04±10.85	t: 0.519	0.604
Güvenli bulmuyorum	57	32.09±13.58		
BTAT hakkında danışmanlık alma isteği				
Evet	262	32.32±11.00	t: -0.729	0.466
Hayır	363	32.97±11.14		
BTAT tercih etme nedeni				
Tavsiye edilmesi	157	32.74±11.79	KW: 3.729	0.292
İyileşmeyi hızlandırmak için/hastalığın ilerlemesini önlemek	137	33.94±10.05		
İlaçların yan etki göstermesi	17	35.75±9.16		
Diğer*	314	31.97±11.20		
Ailede BTAT kullanılma durumu				
Evet	303	32.58±11.17	t: -0.267	0.790
Hayır	322	32.81±11.01		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD),

KW: Kruskal Wallis H testi.

*Çaresiz kalma, ilaçların faydasız olduğunu düşünme, fazla ilaç kullanma, hastalık tekrar ettiğinde.

TSOY puanı ile yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, BTATÖ ve SAÖ puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; TSOY puanının yaş ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0.148$, $p=0.001$), son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0.079$, $p=0.048$), düzenli kullanılan ilaç sayısı ile negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-0.180$, $p=0.001$), Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum puanı ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.295$, $p=0.001$), Sağlık Algısı puanı ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.154$, $p=0.001$) istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır. TSOY puanı ile yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı ile istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, BTATÖ ve SAÖ puanları ile TSOY-32 puanının karşılaştırılması (n=625).

Değişkenler	r	p
Yaş	-0.148	0.001
Son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	-0.079	0.048
Düzenli kullanılan ilaç sayısı	-0.180	0.001
Yaşam boyu BTAT kullanma sayısı	0.059	0.140
Son bir yılda BTAT kullanma sayısı	0.076	0.059
BTATÖ	-0.295	0.001
SAÖ	0.154	0.001

4.3.2. Bağımsız Değişkenlerin BTATÖ Puanı ile Karşılaştırılması

Araştırmada kullanılan BTAT ölçeği tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutumu değerlendiren bir ölçek olup ölçekten alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutumu, yüksek olması ise tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı negatif tutumu ifade etmektedir.

Araştırma grubunda BTATÖ puanı 65 yaş ve üzeri bireylerde (KW=5.264; p:0.044), ilköğretim/lise mezunu olanlarda (F=6.008; p=0.003), geniş aile yapısına sahip olanlarda (KW=9.566; p=0.008), sağlığını kötü algılayanlarda (F=5.098; p=0.006), sağlık sorunu olduğunda genellikle üniversite hastanesini tercih edenlerde (F=7.935; p=0.001), kronik hastalığı bulunanlarda (t=3.844; p=0.001), yaşam boyu BTAT yöntemini kullanmayanlarda (t=-5.652; p=0.001), son bir yılda BTAT yöntemini kullanmayanlarda (t=-4.807; p=0.001), BTAT yöntemlerini güvenli bulmayanlarda (t=-4.499; p=0.001), BTAT hakkında danışmanlık almak istemeyenlerde (t=-4.380; p=0.001), ailede BTAT kullanımını olmayanlarda (t=-2.570; p=0.010) BTATÖ puanı istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuş (p<0.05), diğer bir deyişle bu gruplarda BTAT'a yönelik olumsuz tutum yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubunda cinsiyet, medeni durum, anne ve baba eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin maddi durumu, sağlık kurumunu tercih etme sebebi, sağlık

hizmeti memnuniyet düzeyi, kronik hastalığın türü, düzenli kullanılan ilaç kullanımı, sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı, sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu, kitap okuma sıklığı, BTAT hakkında bilgi edinilen kaynak ve BTAT yöntemlerini tercih etme nedeni değişkenleri ile BTATÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sosyodemografik özelliklere göre BTATÖ puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Yaş grupları				
18-39	416	32.69±3.79	KW: 5.264	0.044 c>b>a
40-64	198	33.17±3.96		
65+	11	35.27±4.75		
Cinsiyet				
Kadın	362	32.73±4.03	t: -1.200	0.231
Erkek	263	33.11±3.65		
Medeni durum				
Evli	304	33.04±3.79	t: 0.950	0.343
Bekar	321	32.74±3.95		
Eğitim durumu				
İlköğretim ^a	106	33.83±4.14	F: 6.008	0.003 a=b>c
Lise ^b	197	33.15±3.52		
Üniversite ve üzeri ^c	322	32.42±3.93		
Aile tipi				
Çekirdek aile ^a	507	32.68±3.83	KW: 9.566	0.008 a=b>c
Geniş aile ^b	107	33.82±3.84		
Parçalanmış aile ^c	11	33.45±5.14		
Anne eğitim durumu				
İlköğretim	509	33.03±3.70	KW: 2.085	0.353
Lise	100	32.22±4.45		
Üniversite	16	32.50±5.20		
Baba eğitim durumu				
İlköğretim	468	33.07±3.81	F: 2.757	0.064
Lise	128	32.17±3.88		
Üniversite	29	33.10±4.63		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	467	32.76±3.73	t: -1.417	0.157
Çalışmıyor	158	33.27±4.28		
Ailenin maddi durumu				
Gelir giderden fazla	105	33.27±3.81	F:1.810	0.164
Gelir gidere denk	336	32.62±4.00		
Gelir giderden az	184	33.17±3.65		

n: Sayı, X:Ortalama, SS:Standart sapma, t:Student's t testi, F:ANOVA (posthoc:Tukey HSD).

KW:Kruskal Wallis H testi.

Tablo 4.6. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre BTATÖ puanının değişimi
(n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Öznel sağlık algısı				
İyi ^a	377	32.60±3.99	F: 5.098	0.006 c>b>a
Orta ^b	226	33.16±3.50		
Kötü ^c	22	35.05±4.72		
Genellikle tercih edilen sağlık kurumu				
Aile sağlığı merkezi ^a	129	33.22±3.86	F: 7.935	0.001 a=b=c>d
Devlet hastanesi ^b	352	33.00±3.64		
Üniversite hastanesi ^c	93	33.35±3.61		
Özel muayenehane ^d	51	30.43±5.05		
Tercih edilen sağlık kurumunun sebebi				
Evimize yakın	195	33.42±3.70	F: 2.713	0.067
Daha iyi hizmet/Laboratuvar olanağı	256	32.61±3.85		
Diğer*	174	32.70±4.06		
Sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi (n=525)				
Memnunum	411	32.91±3.83	t: 1.145	0.253
Memnun değilim	114	32.44±4.09		
Kronik hastalık bulunma durumu				
Evet	151	33.93±3.70	t: 3.844	0.001
Hayır	474	32.55±3.88		
Kronik hastalık (n:151)				
Akciğer hastalığı	21	33.05±2.83	KW: 4.484	0.482
Kalp hastalığı	20	34.30±5.18		
Kansızlık	28	33.86±3.15		
Diyabet	19	34.95±2.99		
Tiroit bezi hastalıkları	23	33.09±3.98		
Diğer*	40	34.27±3.74		
Düzenli kullanılan ilaç kullanımı (n=151)				
Var	96	33.93±3.95	t: -0.029	0.977
Yok	55	33.95±3.24		
Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı				
Sağlık çalışanları	456	32.82±3.87	KW: 2.773	0.428
Kitle iletişim araçları	102	32.73±3.96		
Çevre (aile/arkadaş)	10	34.00±3.55		
Kitap/dergi/broşür	57	33.53±3.85		
Sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu				
Evet	544	32.94±3.87	t: 0.796	0.427
Hayır	81	32.57±3.94		
Kitap okuma sıklığı				
Hiç okumam	54	33.81±3.71	F: 1.302	0.273
Ara sıra	331	32.89±3.88		
Sık sık	187	32.72±3.80		
Her zaman	53	32.53±4.25		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD), KW: Kruskal Wallis H testi.

*Acil başvuru, personel iyi davranıyor.

*Göz tansiyonu, kanser, kemik, ruhsal hastalıklar, hipertansiyon, epilepsi, böbrek hastalığı, hepatit b.

Tablo 4.6. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre BTATÖ puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Yaşam boyu BTAT kullanma durumu				
Evet	222	31.73±4.49	t: -5.652	0.001
Hayır	403	33.52±3.22		
Son bir yılda BTAT kullanma durumu				
Evet	164	31.66±4.33	t: -4.807	0.001
Hayır	461	33.33±3.61		
BTAT hakkında bilgi kaynağı				
Çevre (aile, arkadaş)	238	33.11±3.86	F: 1.811	0.144
TV/İnternet	176	32.46±4.15		
Kitap/gazete	54	32.30±3.55		
Sağlık personeli	157	33.23±3.65		
BTAT güvenli bulma (n=203)				
Güvenli buluyorum	146	31.29±4.85	t: -4.499	0.001
Güvenli bulmuyorum	57	34.44±3.32		
BTAT hakkında danışmanlık alma isteği				
Evet	262	32.10±4.30	t: -4.380	0.001
Hayır	363	33.46±3.43		
BTAT tercih etme nedeni				
Tavsiye edilmesi	157	33.11±2.93	KW: 5.798	0.122
İyileşmeyi hızlandırmak için/hastalığın ilerlemesini önlemek	137	32.39±3.76		
İlaçların yan etki göstermesi	17	31.12±5.04		
Diğer *	314	33.09±4.21		
Ailede BTAT kullanılma durumu				
Evet	303	32.48±4.11	t: -2.570	0.010
Hayır	322	33.27±3.60		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD), KW: Kruskal Wallis H testi.

*Çaresiz kalma, ilaçların faydasız olduğunu düşünme, fazla ilaç kullanma, hastalık tekrar ettiğinde.

¥ BTAT ölçeğinden alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutumu, yüksek olması ise tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı negatif tutumu ifade etmektedir.

BTATÖ puanı ile yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, TSOY ve SA ölçek puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0.105$, $p=0.009$), yaşam boyu BTAT kullanma sayısı ile negatif yönde, orta düzeyde ($r=-0.269$, $p=0.001$), son bir yılda BTAT kullanma sayısı ile negatif yönde, zayıf düzeyde ($r=-0.244$, $p=0.001$), TSOY-32 puanı ile negatif yönde, orta düzeyde ($r=-0.295$, $p=0.001$) sağlık algısı puanı ile negatif yönde, zayıf düzeyde ($r=-0.228$, $p=0.001$) istatistiksel anlamlı bir ilişki vardır.

BTATÖ puanı yaş ve düzenli kullanılan ilaç sayısı ile istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, TSOY ve SAÖ puanları ile BTATÖ puanının karşılaştırılması (n=625).

Değişkenler	r	p
Yaş	0.073	0.069
Son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	0.105	0.009
Düzenli kullanılan ilaç sayısı	0.062	0.122
Yaşam boyu BTAT kullanma sayısı	-0.269	0.001
Son bir yılda BTAT kullanma sayısı	-0.244	0.001
TSOY	-0.295	0.001
SAÖ	-0.228	0.001

¥ BTAT ölçeğinden alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutumu, yüksek olması ise tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı negatif tutumu ifade etmektedir.

4.3.3. Bağımsız Değişkenler ile SAÖ Puanının Karşılaştırılması

Katılımcıların bağımsız değişkenler ile SAÖ puanı karşılaştırıldığında 18-39 yaş grubunda (F=10.118; p=0.006), bekarlarda (t=-3.774; p=0.001), üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlarda (F=21.993; p=0.001), annesi üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlarda (KW=12.488; p=0.002), babası üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlarda (F=8.148; p=0.001), sağlığını iyi olarak algılayanlarda (F=6.420; p=0.002), kronik hastalığı bulunmayanlarda (t=-2.010; p=0.045), kansızlık tanısı almış olanlarda (KW=13.228; p=0.021), sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı olarak kitap/dergi/broşürü düşünenlerde (KW=17.430; p=0.001), her zaman kitap okuyanlarda (F=5.219; p=0.001), yaşam boyu BTAT yöntemi kullananlarda (t=2.977; 0.003), son bir yılda BTAT yöntemi kullananlarda (t=2.752; p=0.006), BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık almak isteyenlerde (t=3.665; p=0.001) ve BTAT tercih etme nedeni ilaçların yan etki göstermesi olanlarda (KW=17.745; p=0.001) SAÖ puanı istatistiksel anlamlı olarak yüksektir (p<0.05).

SAÖ puanı cinsiyet, aile tipi, çalışma durumu, ailenin maddi durumu, tercih edilen sağlık kurumu, tercih edilen sağlık kurumunun sebebi, sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi, düzenli ilaç kullanımı, sağlık personelinin bilgilendirmesinin

faydalı olma durumuna, BTAT hakkında bilgi kaynağına, BTAT yöntemlerini güvenli bulma durumuna, ailede BTAT kullanılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ puanın değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Yaş grupları				
18-39 ^a	416	45.78±6.30	KW:10.118	0.006 a>b>c
40-64 ^b	198	44.77±6.28		
65+ ^c	11	41.00±4.05		
Cinsiyet				
Kadın	362	45.74±6.26	t: 1.725	0.085
Erkek	263	44.86±6.33		
Medeni durum				
Evli	304	44.40±6.18	t: -3.774	0.001
Bekar	321	46.28±6.29		
Eğitim durumu				
İlköğretim ^a	106	42.31±5.11	F: 21.993	0.001 c>b>a
Lise ^b	197	44.81±5.84		
Üniversite ve üzeri ^c	322	46.72±6.54		
Aile tipi				
Çekirdek aile	507	45.49±6.24	KW: 2.194	0.334
Geniş aile	107	44.66±6.55		
Parçalanmış aile	11	46.81±6.43		
Anne eğitim durumu				
İlköğretim ^a	509	45.05±6.20	KW: 12.488	0.002 c>a=b
Lise ^b	100	46.25±6.62		
Üniversite ^c	16	50.06±5.23		
Baba eğitim durumu				
İlköğretim ^a	468	44.79±6.19	F: 8.148	0.001 c>b>a
Lise ^b	128	46.93±6.34		
Üniversite ^c	29	47.75±6.36		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	467	45.45±6.29	t: 0.553	0.581
Çalışmıyor	158	45.13±6.34		
Ailenin maddi durumu				
Gelir giderden fazla	105	44.79±45.74	F: 1.307	0.271
Gelir gidere denk	336	45.74±6.34		
Gelir giderden az	184	45.03±6.04		
Öznel sağlık algısı				
Kötü ^a	22	41.63±5.37	F: 6.420	0.002 a<b=c
Orta ^b	226	44.79±5.80		
İyi ^c	377	45.93±6.54		
Genellikle tercih edilen sağlık kurumu				
Aile sağlığı merkezi	129	45.24±6.11	F: 1.130	0.336
Devlet hastanesi	352	45.08±6.10		
Üniversite hastanesi	93	46.13±6.38		
Özel muayenehane	51	46.35±7.80		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD).

KW: Kruskal Wallis H testi.

Tablo 4.8. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
Tercih edilen sağlık kurumunun sebebi				
Evimize yakın	195	45.61±6.73	F: 0.295	0.745
Daha iyi hizmet/Laboratuvar olanağı	256	45.16±6.37		
Diğer*	174	45.43±5.71		
Sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi (n=525)				
Memnunum	411	45.40±6.39	F: -0.037	0.971
Memnun değilim	114	45.42±6.02		
Kronik hastalık bulunma durumu				
Evet	151	44.47±6.47	t: -2.010	0.045
Hayır	474	45.65±6.23		
Kronik hastalık (n:151)				
Akciğer hastalığı ^a	21	45.57±6.40	KW: 13.228	0.021 c>b>a=d=e=f
Kalp hastalığı ^b	20	41.75±5.72		
Kansızlık ^c	28	46.50±5.02		
Diyabet ^d	19	43.00±4.89		
Tiroit bezi hastalıkları ^e	23	46.43±8.30		
Diğer** ^f	40	43.43±6.69		
Düzenli kullanılan ilaç kullanımı (n=151)				
Var	96	43.95±6.37	t: -1.329	0.186
Yok	55	45.40±6.61		
Sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı				
Sağlık çalışanları ^a	456	45.57±6.40	KW=17.430	0.001 d>a>b>c
Kitle iletişim araçları ^b	102	44.23±6.04		
Çevre (aile/arkadaş) ^c	10	39.60±1.77		
Kitap/dergi/broşür ^d	57	46.89±5.67		
Sağlık personelinin bilgilendirmesi faydalı mı				
Evet	544	45.53±6.33	t: 1.630	0.104
Hayır	81	44.30±6.03		
Kitap okuma sıklığı				
Hiç okumam ^a	54	43.57±4.09	F: 5.219	0.001 d>c>a=b
Ara sıra ^b	331	44.97±6.37		
Sık sık ^c	187	45.88±6.16		
Her zaman ^d	53	47.88±7.39		
Yaşam boyu BTAT kullanma durumu				
Evet	222	46.37±6.39	t: 2.977	0.003
Hayır	403	44.81±6.19		
Son bir yılda BTAT kullanma durumu				
Evet	164	46.53±6.46	t: 2.752	0.006
Hayır	461	44.96±6.20		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD),

KW: Kruskal Wallis H testi.

*Acil başvuru, personel iyi davranıyor.

**Göz tansiyonu, kanser, kemik hastalıkları, ruhsal hastalıklar, hipertansiyon, epilepsi, böbrek hastalığı, hepatit b.

Tablo 4.8. (devam) Sosyodemografik özelliklere göre SAÖ puanının değişimi (n=625).

Değişkenler	n	X±SS	Test değeri	p
BTAT hakkında bilgi kaynağı				
Çevre (aile, arkadaş)	238	33.11±3.86	F: 1.107	0.346
TV/İnternet	176	32.46±4.15		
Kitap/gazete	54	32.30±3.55		
Sağlık personeli	157	33.23±3.65		
BTAT güvenli bulma (n=203)				
Güvenli buluyorum	146	45.64±6.79	t: 0.911	0.363
Güvenli bulmuyorum	57	44.68±6.59		
BTAT hakkında danışmanlık alma isteği				
Evet	262	46.45±6.36	t: 3.665	0.001
Hayır	363	44.60±6.15		
BTAT tercih etme nedeni				
Tavsiye edilmesi ^a	157	44.19±5.28	KW: 17.745	0.001
İyileşmeyi hızlandırmak için/hastalığın ilerlemesini önlemek ^b	137	45.20±6.47		c>d>b>a
İlaçların yan etki göstermesi ^c	17	50.47±4.50		
Diğer ^{*d}	314	45.76±6.62		
Ailede BTAT kullanılma durumu				
Evet	303	45.70±6.15	t: 1.258	0.209
Hayır	322	45.07±6.44		

n: Sayı, X: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student's t testi, F: ANOVA (posthoc: Tukey HSD),

KW: Kruskal Wallis H testi.

*Çaresiz kalma, ilaçların faydasız olduğunu düşünme, fazla ilaç kullanma, hastalık tekrar ettiğinde.

Sağlık Algısı ölçeği puanı ile yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, SOY ve BTATÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaş ile negatif yönde, zayıf düzeyde ($r=-0.148$, $p=0.001$), yaşam boyu BTAT kullanma sayısı ile pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0.191$, $p=0.001$), son bir yılda BTAT kullanma sayısı ile pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0.171$, $p=0.001$), SOY puanı ile pozitif yönde, zayıf düzeyde ($r=0.154$, $p=0.001$), BTATÖ puanı ile negatif yönde, zayıf düzeyde ($r=-0.228$, $p=0.001$) anlamlı bir ilişki vardır. Sağlık Algısı ölçeği puanı ile son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ve düzenli kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yaş, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, düzenli kullanılan ilaç sayısı, yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma sayısı, TSOY ve BTATÖ puanları ile SAÖ puanının karşılaştırılması (n=625).

Değişkenler	r	p
Yaş	-0.148	0.001
Son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı	-0.042	0.297
Düzenli kullanılan ilaç sayısı	-0.044	0.267
Yaşam boyu BTAT kullanma sayısı	0.191	0.001
Son bir yılda BTAT kullanma sayısı	0.171	0.001
TSOY	0.154	0.001
BTATÖ	-0.228	0.001

4.4. Bağımlı Değişkenlerin İleri Analizlerle Değerlendirilmesi

4.4.1. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlık Puanını Etkileyen Faktörler

Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, öznel sağlık algısı, tercih edilen sağlık kurumu, tercih edilen sağlık kurumunun tercih sebebi, sağlık hizmeti memnuniyeti düzeyi, kronik hastalık varlığı, sağlık personeli bilgilendirmesinin faydalı olma durumu, düzenli kullanılan ilaç sayısı, kitap okuma sıklığı, son bir ayda sağlık kurumuna başvuru sayısı, BTATÖ ve SAÖ değişkenleri alınmış olup bu değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %24'ünü açıkladığı görülmüştür (R^2 : 0.236, $F=24.173$ $p=0.001$).

TSOY-32 puanı, yaşlılarda (%95 GA -0.38;-0.20), evli bireylerde (%95 GA -4.21;-0.27), sağlık hizmetlerinden memnun olmayanlarda (%95 GA -5.11;-1.10) BTAT'a karşı pozitif tutumu olanlarda (%95 GA -0.83;-0.42) öznel sağlık algısını kötü olarak değerlendirenlerde (%95 GA 2.47; 5.49), özel muayenehane dışındaki sağlık kurumlarını tercih edenlerde (%95 GA 0.06; 2.04) düşük bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Lineer regresyon analizine göre TSOY-32 puanını etkileyen faktörler (n=625).

Değişkenler	β	SE	Stand. β	p	%95 GA	
					Alt değer	Üst değer
Yaş	-0.295	0.046	-0.306	0.001	-0.386	-0.204
Medeni durum	-2.241	1.003	-0.106	0.026	-4.210	-0.271
Öznel sağlık algısı	3.987	0.769	0.207	0.001	2.476	5.498
Tercih edilen sağlık kurumu	1.056	0.505	0.082	0.037	0.065	2.048
Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi	-3.112	1.022	-0.121	0.002	-5.119	-1.106
Sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu	-2.267	1.286	-0.070	0.079	-4.795	0.260
BTATÖ	-0.630	0.105	-0.232	0.001	-0.837	-0.423

β: Regresyon katsayısı, GA:Güven aralığı Adj. R²: 0.236, F=24.173 p=0.001

Durbin-Watson=0.935.

Modele dahil edilen değişkenler: Medeni durum (evli:0, bekar:1), eğitim durumu (üniversite ve üzeri:0, ilköğretim:1, lise:2, öznel sağlık algısı (iyi:2, orta:1 kötü:0) tercih edilen sağlık kurumu (özel muayenehane:3, üniversite hastanesi:2 devlet hastanesi:1 aile sağlığı merkezi:0), tercih edilen kurum sebebi: (evimize yakın:1, daha iyi hizmet/laboratuvar olanağı:0, diğer: 2), sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi (memnunum:1, memnun değilim:0), kronik hastalık bulunma durumu (evet:0, hayır:1), sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu (evet:1 hayır:0), kitap okuma sıklığı (hiç okumama:0, ara sıra:1, sık sık:2, her zaman:3), son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı: (sürekli), düzeli kullanılan ilaç sayısı: (sürekli), yaş: (sürekli), BTATÖ (sürekli), SAÖ (sürekli).

4.4.2. Katılımcıların Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Puanını Etkileyen Faktörler

Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Yaş, eğitim durumu, aile tipi, öznel sağlık algısı, tercih edilen sağlık kurumu, kronik hastalık varlığı, son bir ayda sağlık kuruluşuna başvuru sayısı, yaşam boyu BTAT kullanma durumu, yaşam boyu BTAT kullanma sayısı, son bir yılda BTAT kullanma durumu, son bir yılda BTAT kullanma sayısı, Sağlık Okuryazarlığı ölçeği puanı ve Sağlık Algısı ölçeği puanı alınmış olup bu değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %45'ini açıkladığı bulunmuştur (Adj. R²: 0.453, F=17.735, p=0.001 Durbin-Watson=1.711).

Çekirdek aile tipine sahip olan bireylerde (%95 GA 0.92;3.03), BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık almak isteyenlerde (%95 GA 0.32;2.57), sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı arttıkça (%95 GA 0.34;1.28), son bir yılda BTAT yöntemi kullananlarda (%95 GA -3.63;-0.01), yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı arttıkça (%95 GA -0.55;-0.20), TSOY-32 puanı yüksek olanlarda (%95 GA -0.12;-0.03) ve SAÖ puanı yüksek olanlarda (%95 GA -0.18;-0.02) BTATÖ puanı istatistiksel anlamlı olarak düşük diğer bir deyişle BTAT yöntemlerine karşı olumlu tutum yüksektir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Lineer regresyon analizine göre BTATÖ karşı tutum puanını etkileyen faktörler (n=625).

Değişkenler	β	SE	Stand. β	p	%95 GA	
					Alt değer	Üst değer
Yaş	0.038	0.023	0.097	0.094	-0.007	0.083
Aile tipi	1.981	0.533	0.197	0.001	0.928	3.033
Yaşam boyu BTAT kullanma durumu	1.509	0.839	0.158	0.074	-0.147	3.164
Son bir yılda BTAT kullanma durumu	-1.823	0.919	-0.175	0.049	-3.635	-0.011
BTAT güvenli bulma	1.207	0.649	0.116	0.064	-0.073	2.487
BTAT danışmanlık	1.447	0.571	0.154	0.012	0.322	2.573
Sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı	0.819	0.238	0.185	0.001	0.349	1.289
Yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı	-0.379	0.090	-0.339	0.001	-0.556	-0.202
TSOY	-0.078	0.024	-0.193	0.001	-0.125	-0.031
SAÖ	-0.107	0.040	-0.153	0.009	-0.186	-0.027

β: Regresyon katsayısı, GA: Güven aralığı Adj. R²: 0.453, F=17.735, p=0.001

Durbin-Watson=1.711.

Modele dahil edilen değişkenler: Eğitim durumu (üniversite ve üzeri:0, lise:1 ilköğretim:2), Aile tipi: (çekirdek aile:0, geniş aile:1 parçalanmış aile:2), öznel sağlık algısı (kötü:0, orta:1, iyi:2), genellikle tercih edilen sağlık kurumu (özel muaayenehane:0, üniversite hastanesi:1, devlet hastanesi:2, aile sağlığı merkezi:3), kronik hastalık varlığı (evet:0, hayır:1), yaşam boyu BTAT kullanma durumu (evet:0, hayır:1), son bir yılda BTAT kullanma durumu (evet:0, hayır:1), BTAT yöntemini güvenli bulma (evet:0, hayır:1), BTAT yöntemi hakkında danışmanlık alma isteği: (evet:1, hayır:0), ailede BTAT kullanma durumu (evet:0, hayır:1), yaş (sürekli), sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı (sürekli), yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı: (sürekli), son bir yılda BTAT kullanma sayısı (sürekli), TSOY: (sürekli), SAÖ: (sürekli).

4.4.3. Katılımcıların Sağlık Algısı Puanını Etkileyen Faktörler

Tek değişkenli analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler Backward yöntemiyle lineer regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, anne ve baba eğitim durumu, öznel sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve kronik hastalık türü, sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı, kitap okuma sıklığı, yaşam boyu BTAT kullanma durumu, BTAT hakkında danışmanlık alma isteği, son bir yılda BTAT kullanma durumu, TSOY-32 ve BTATÖ değişkenleri alınmış olup bu değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimin %27'sini açıkladığı bulunmuştur (Adj. R²: 0.265, F=14.487, p=0.001, Durbin-Watson=1.486).

SAÖ puanı, eğitim durumu azaldıkça (%95 GA 0.32;2.61), öznel sağlık algısını kötü olanlarda (%95 GA 1.12;4.20), BTAT yöntemlerini tercih etme sebebi çaresiz kalma/ilaçların faydasız olması/fazla ilaç kullanma/hastalık tekrar ettiğinde olanlarda (%95 GA 0.16;1.65) ve TSOY-32 puanı düşük olanlarda (%95 GA 0.05;0.22) istatistiksel anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Lineer regresyon analizine göre SAÖ puanını etkileyen faktörler (n=625).

Değişkenler	β	SE	Stand. β	p	%95 GA	
					Alt değer	Üst değer
Eğitim durumu	1.469	0.578	0.204	0.012	0.326	2.611
Öznel sağlık algısı	2.663	0.778	0.245	0.001	1.125	4.202
BTAT yöntemlerini tercih etme sebebi	0.908	0.376	0.169	0.017	0.165	1.651
TSOY	0.139	0.044	-0.256	0.002	0.053	0.225

β: Regresyon katsayısı, GA:Güven aralığı **Adj. R²: 0.265, F=14.487 p=0.001 Durbin-Watson=1.486**
Modele dahil edilen değişkenler: Medeni durum (evli:0, bekar:1), **eğitim durumu:** (üniversite ve üzeri:2, lise:1; ilköğretim:0), **anne eğitim durumu** (üniversite ve üzeri:2, lise:1; ilköğretim:0), **baba eğitim durumu** (üniversite ve üzeri:2, lise:1; ilköğretim:0), **öznel sağlık algısı** (kötü:0, orta:1 iyi:2), **kronik hastalık bulunma durumu** (evet:0, hayır:1), **kronik hastalık** (kansızlık:0, tiroit bezi hastalıkları:1, akciğer hastalığı:2, diğer:3, diyabet:4, kalp hastalığı:5), **en güvenilir bilgi kaynağı** (kitap/dergi/broşür:0, , kitle iletişim araçları:1, çevre(arkadaş/aile):2 sağlık çalışanları:3), **kitap okuma sıklığı:** (hiçbir zaman:0, ara sıra:1, sık sık:2, her zaman:3), **yaşam boyu BTAT kullanma durumu** (evet:0, hayır:1), **son bir yılda BTAT kullanma durumu** (evet:0, hayır:1), **BTAT yöntemi hakkında danışmanlık alma isteği:** (evet:1, hayır:0), **BTAT tercih etme nedeni:** (tavsiye edilmesi:0, iyileşmeyi hızlandırmak için/hastalığın ilerlemesini önlemek:1, ilaçların yan etki göstermesi:2, diğer:3), **yaş:** (sürekli), **yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı:** (sürekli), **son bir yılda BTAT kullanma sayısı** (sürekli), **TSOY** (sürekli), **BTATÖ** (sürekli).

5. TARTIŞMA

Balıkesir il merkezindeki kentsel bir bölgede yaşayan yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ve sağlık algısının değerlendirildiği bu çalışma toplum tabanlı bu üç değişkeni bir arada değerlendiren ender çalışmalardan biridir. Tartışmada sırasıyla sosyodemografik özellikler, sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ve sağlık algısının durumu ve etkileyen faktörler ele alınmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 36.86 ± 11.06 (min:18, Maks.:80) olup %66.6'sı 18-39 yaş grubunda, %31.7'si 40-64 yaş grubunda, %1.7'si de 65 yaş ve üzeri kişilerdir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda (n=225) yürütülen SOY puanını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 34.4 ± 14.7 'dir (Yakar, Gömleksiz, ve Pirinççi, 2019). San Francisco'da yürütülen kronik böbrek hastalığı bulunan düşük gelir düzeyine sahip bireylerde (n=137) yapılan SOY çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 55.32 ± 12.2 'dir (Wong, Velasquez, Powe, ve Tuot, 2018). ABD'de SOY'u değerlendiren bir araştırmada, katılımcıların (n=150) yaş ortalaması 53.3 ± 16.8 'dir (Baskaradoss, 2018). İran'da yapılan bir SOY araştırmasında katılımcıların (n=20572) yaş ortalaması 34.92 ± 11.80 'dir (Tavousi ve ark., 2016). İtalya'da SOY üzerine yapılan bir araştırmada katılımcıların (n=1000) %27.4'ü 40-54 yaş arasındadır (Palumbo, Annarumma, Adinolfi, Musella, ve Piscopo, 2016). ABD'de yaşlı yetişkinlerle yapılan SOY ve koruyucu sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada yaşlıların yaş ortalaması 65.80 ± 9.05 'tir (Fernandez, Larson, ve Zikmund-Fisher, 2016). Japonya'da yapılan SOY çalışmasında katılımcıların (n=1217) yaş ortalaması 50.4 ± 14.1 'dir (Furuya, Kondo, Yamagata, ve Hashimoto, 2013). Almanya'da 15 yaş üstü bireylerde yapılan SOY çalışmasında katılımcıların (n=2000) %35.4'ü 46-64 yaş arasındadır (Schaeffer, Berens, ve Vogt, 2017).

Tayvan’da 15 yaş üzeri bireylerde yapılan SOY çalışmasında katılımcıların (n=2989) yaş ortalaması 33.8 ± 16.2 ’dir (Duong ve ark., 2015).

Üniversite hastanesine başvuran hastaların (n=700) BTAT yöntemlerine karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 43.10 ± 13.64 ’tür (Şensoy ve ark., 2020). Üniversitede intörn hemşirelerle yürütülen BTAT’ı değerlendiren bir çalışmada katılımcıların (n=156) yaş ortalaması 22.29 ± 1.73 ’tür (Baltacı ve Koç, 2018). Öğrencilerin BTAT yöntemlerine karşı tutumlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen çalışmada katılımcıların (n=147) yaş ortalaması 21.52 ± 2.07 ’dir (Yıldırım ve Akman, 2019). Jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen bir çalışmada katılımcıların (n=110) yaş ortalaması 54.08 ± 12.48 ’dir (Öztürk ve ark., 2016). Bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümdeki bireylerle (n=214) yapılan BTAT çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması 50.6 ± 15.3 ’tür (Toygar ve ark. 2020).

Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinin incelendiği çalışmada katılımcıların (n=305) yaş ortalaması 58.63 ± 11.08 ’dir (Gür ve Sunal, 2019). Tarım işçilerinde sağlık algısını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=269) yaş ortalaması 50.89 ± 13.88 ’dir (Koç, 2020). Aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerle yapılan sağlık algısı çalışmasında katılımcıların (n=214) yaş ortalaması 32.9 ± 11.7 ’dir (Dursun ve ark., 2019).

Bu araştırmada katılımcıların %57.9’u kadın, %42.1’i erkektir. Avrupa sağlık okuryazarlığı anketinin Fransızca versiyonu çalışmasında katılımcıların (n=343) %65’i kadındır (Rouquette ve ark., 2018). Avrupa sağlık okuryazarlığı anketinin İzlanda versiyonu çalışmasında katılımcıların (n=251) %52’si kadındır (Gustafsdottir, Sigurdardottir, Arnadottir, Heimisson, ve Mårtensson, 2020). Ağrı’da bulunan bir aile sağlığı merkezinde yürütülen SOY’u değerlendiren çalışmada katılımcıların (n=691) %46.7’si kadındır (Bakan ve Yıldız, 2019). Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %56’sı kadındır (Şensoy ve ark., 2020). Bütüncül tamamlayıcı alternatif tıbbı yönelik yürütülen metodolojik çalışmada katılımcıların (n=221) %58’i kadındır (Kersten, White, ve Tennant, 2011). Tarım

işçileri ile yapılan sağlık algısıyla ilgili bir çalışmada katılımcıların (n= 269) %57.6'sı erkektir (Koç, 2020). Sağlık algısının değerlendirildiği aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=214) %77.1'i kadındır (Dursun ve ark., 2019).

Bu araştırmada katılımcıların %51.5'i üniversite ve üzeri mezunu, %31.5'i lise mezunu, %17.0'ı ilköğretim mezunudur. İnmeli hastalarda Avrupa sağlık okuryazarlığı anketinin değerlendirilmesi çalışmasında katılımcıların (n=311) %22.8'i üniversite ve üzeri mezunudur (Huang ve ark., 2018). Jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen BTAT çalışmasında katılımcıların (n=110) %19.0'ı üniversite ve üzeri mezunudur (Öztürk ve ark., 2016). Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %23.7'si üniversite mezunudur (Şensoy ve ark., 2020). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmada katılımcıların (n=305) %18'i üniversite mezunudur (Gür ve Sunal, 2019). Tarım işçileri ile yapılan sağlık algısı ile ilgili bir çalışmada katılımcıların (n=269) %3'ü üniversite mezunudur (Koç, 2020). ABD'de hemşirelik öğrencileri (n=218) ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %85.2'si kadındır (Brewer, Turrise, K,m-Godwin, Pond, 2019).

Bu araştırmada katılımcıların %48.1'i evli, %47.2'si bekar, %4.2'si boşanmış, %0.5'i ayrı yaşamaktadır. Balıkesir'de kentsel ve yarı-kentsel bölgede yaşayan kişilerde (n=595) yürütülen toplum tabanlı bir SOY çalışmasında kentsel bölgedeki bireylerin %51.1'i, yarı-kentsel bölgedeki bireylerin %62.9'u evlidir (Cevik ve Kayabek, 2022). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalarda yapılan SOY çalışmasında katılımcıların (n=225) %69.7'si evlidir (Yakar ve ark., 2019). Ağrı'da bir aile sağlığı merkezinde yürütülen SOY çalışmasında katılımcıların (n=691) %68.6'sı evlidir (Bakan ve Yıldız, 2019). Üniversite hastanesine başvuran hastaların BTAT yöntemlerine karşı tutumlarını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların (n=700) %71.4'ü evlidir (Şensoy ve ark., 2020). Jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen bir çalışmada katılımcıların (n=110) %81.8'i evlidir (Öztürk ve ark., 2016). Aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerle yapılan sağlık algısı ile ilgili bir çalışmada katılımcıların (n=214) %50'si evlidir (Dursun ve ark., 2019). Koroner arter hastalarında sağlık

algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinin incelendiği çalışmada katılımcıların (n=305) %84.6'sı evlidir (Gür ve Sunal, 2019).

Bu araştırmada katılımcıların %81.1'i çekirdek aile, %17.1'i geniş aile, %1.8'i de parçalanmış aile yapısına sahiptir. Jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen SOY çalışmasında katılımcıların (n=110) %83.6'sı çekirdek ailedir (Öztürk ve ark., 2016). Tarım işçileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=269) %86.6'sı çekirdek ailedir (Koç, 2020).

Bu araştırmada katılımcıların %81.4'ünün annesi ilköğretim mezunudur. Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı alternatif tıba karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların (n=280) %48.6'sının annesinin eğitim durumu ilkokul mezunudur (Şahin, Aydın, ve Berna, 2019). Sivas'ta bir üniversitede yürütülen çalışmada katılımcıların (n=1003) %22.2'sinin annesi ortaokul mezunudur (Biçer ve Malatyalı, 2018).

Bu araştırmada katılımcıların %74.9'unun babası ilköğretim mezunudur. Hemşirelik öğrencilerinin BTAT yöntemlerine karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların (n=280) %31.8'inin babasının eğitim durumu ilkokul mezunudur (N. Şahin ve ark., 2019). Sivas'ta bir üniversitede yürütülen çalışmada katılımcıların (n=1003) %25.8'i lise mezunudur (Biçer ve Malatyalı, 2018).

Bu araştırmada katılımcıların %74.7'si çalışan kişilerdir. Ağrı'da bulunan bir aile sağlığı merkezinde yürütülen SOY çalışmasında katılımcıların (n=691) %59.8'i çalışmaktadır (Bakan ve Yıldız, 2019). Üniversite hastanesine başvuran hastaların BTAT yöntemlerine karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %54.1'i çalışmaktadır (Şensoy ve ark., 2020). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinin incelendiği çalışmada katılımcıların (n=305) %42.3'ü aktif olarak çalışmaktadır (Gür ve Sunal, 2019).

Bu çalışmada katılımcıların %53.8'inin ailesinin geliri gidere denk, %29.4'ünün geliri giderden az, %16.8'inin geliri giderinden fazladır. Ağrı'da bulunan bir aile sağlığı merkezinde yürütülen SOY çalışmasında (n=691) katılımcıların %53.3'ünün geliri gidere eşittir (Bakan ve Yıldız, 2019). Bir aile

sağlığı merkezine kayıtlı bireylerde (n=320) yapılan SOY çalışmasında %58.1'inin geliri giderinden azdır (Ilgaz, 2021). Hemşirelik öğrencilerinin BTAT yöntemlerine karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmada katılımcıların (n=280) %70'inin geliri giderine eşittir (Şahin ve ark., 2019).

Bu çalışmada katılımcıların %60.3'ü öznel sağlık algısını iyi, %36.2'si orta ve %3.5'i de kötü değerlendirmektedir. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarını ölçen bir çalışmada katılımcıların (n=700) %57.3'ü sağlığını iyi değerlendirmektedir (Şensoy ve ark., 2020). Malatya ilinde yürütülen SOY çalışmasında bireylerin (n=875) %57.37' sağlığını iyi değerlendirmektedir (Bentli ve ark. 2020).

Bu çalışmada katılımcıların genellikle başvurduğu sağlık kurumu sırasıyla devlet hastanesi, aile sağlığı merkezi, üniversite hastanesi ve özel muayene hanedir (Sırasıyla %56.3, %20.6, %14.9, %8.2). Acil servise başvuran 15 yaş üstü bireylerde yürütülen SOY çalışmasında katılımcıların (n=309) %41.7'si genellikle üniversite hastanesini tercih ettiğini belirtmiştir (Yılmaz, Gur, ve Daharlı, 2021).

Bu çalışmada katılımcıların %41.0'ı daha iyi hizmet/laboratuvar olanağı, %31.2'si evine yakın olduğu, %27.8' i diğer nedenlerle sağlık kurumlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %65.8'i sağlık hizmetlerinden memnun oldukları görülmektedir. Bu veriler Türkiye'de sağlık hizmet kullanımı verileri ile de büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı).

Bu çalışmada katılımcıların %24.2'sinde kronik hastalık bulunmaktadır. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda yürütülen bir çalışmada katılımcıların (n=225) %37.2'sinde kronik hastalığı bulunmaktadır (Yakar ve ark., 2019). Ağrı'da bulunan bir aile sağlığı merkezinde yürütülen çalışmada katılımcıların (n=691) %15.8'sinde kronik hastalık bulunmamaktadır (Bakan ve Yıldız, 2019). Aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=214) %20.1'inde kronik hastalığı bulunmaktadır (Dursun ve ark., 2019). Acil servise başvuran 15 yaş üstü bireylerde yürütülen çalışmada katılımcıların (n=309) %60.8'inde kronik hastalık bulunmaktadır (S. Yılmaz ve ark., 2021). Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada

katılımcıların (n=572) %90.6'sında kronik hastalık bulunmaktadır (Ünver, Işık, ve Ünver, 2022).

Bu çalışmada katılımcıların %81.8'inin düzenli kullandığı ilaç yoktur. Ağrı'da bulunan bir aile sağlığı merkezinde yürütülen çalışmada katılımcıların (n=691) %78.6'sında düzenli ilaç kullanımı yoktur (Bakan ve Yıldız, 2019).

Bu çalışmada katılımcıların %73'ü en güvenilir bilgi kaynağı sağlık çalışanları, %9.1'i internet ve kitap/dergi/broşür, %5.1'i yazılı basın, %2.1'i Radyo/TV, %1.1'i aile üyeleri, %0.5'i de arkadaş olarak belirtmiştir. Yine çalışmamızda, katılımcıların %87.0'ı sağlık personelinin sağlıkla ilişkili konularda bilgilendirmesinin faydalı olduğunu düşünmektedir. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada katılımcıların (n=225) %34'ün güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarını görmektedir (Yakar ve ark., 2019).

Bu çalışmada kitap okuma sıklığına katılımcıların %53.0'ı ara sıra, %29.9'u sık sık %8.6'sı hiç %8.5' her zaman cevabını vermiştir. Çevik ve Kayabek (2022) SOY çalışmasında kentsel bölgedeki bireylerin %44.3'ü yarı-kentsel bölgedeki bireylerin %31.5'i ara sıra kitap okuduklarını ifade etmişlerdir (Cevik ve Kayabek, 2022).

Bu çalışmada katılımcıların %64.5'i BTAT kullanmadıklarını ifade etmiştir. Çevik ve Tari (2019) BTAT çalışmasında katılımcıların %12.7'si BTAT yöntemlerini kullanmadıklarını ifade etmiştir (Cevik ve Tari, 2019). Jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen bir çalışmada (n=110) katılımcıların %68.2'si BTAT yöntemlerini kullanmadıklarını belirtmiştir (Öztürk ve ark., 2016). Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların (n=572) %63.8'i kullanmadıklarını belirtmiştir (Ünver ve ark., 2022). Aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerle yapılan bir çalışmada (n=214) katılımcıların %60.7'si kullanmadıklarını ifade etmiştir (Dursun ve ark., 2019). Meksika'da yapılan BTAT kesitsel çalışmasında katılımcıların (n=500) %59.2'si BTAT yöntemlerini kullandığını ifade etmiştir (Caballero-Hernandez ve ark. 2021).

Bu çalışmada katılımcıların %38.1'i BTAT yöntemleri hakkında bilgi kaynağı olarak çevre (aile, arkadaş), %28.2'si TV/internet, %25.1'i sağlık personeli, %8.6'sı kitap/gazete olarak belirtmiştir. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %76.9'u BTAT yöntemleri hakkında bilgi kaynağının çevre (aile, arkadaş) olduğunu (Şensoy ve ark., 2020), jinekolojik kanserli hastalarda yürütülen bir çalışmada de katılımcıların (n=110) %32.9'u BTAT yöntemleri hakkında bilgi kaynağının çevre (aile, arkadaş) olduğunu belirtmiştir (Öztürk ve ark., 2016).

Bu çalışmada katılımcıların %67.5'i BTAT yöntemlerini kısmen güvenli bulduklarını, %23.4'ü güvenli bulduklarını, %9.1'i güvenli bulmadıklarını ifade etmiştir. Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların (n=572) %59.3'ü kısmen güvenli bulduklarını ifade etmiştir (Ünver ve ark., 2022). Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %28.6'sı kısmen güvenli bulduklarını belirtmiştir (Şensoy ve ark., 2020).

Bu çalışmada katılımcıların %41.9'u BTAT hakkında danışmanlık almak istemektedir. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %60.7'si danışmanlık almak istediğini belirtmiştir (Şensoy ve ark., 2020).

Bu çalışmada katılımcıların %25.1'i BTAT tercih etme nedenine tavsiye edilmesi, %20.3'ü vücut direncini arttırmak, %18.1'i iyileşme sürecini hızlandırmak, %15.8'i çaresiz kalındığında, %4.8'i ilaçların faydasız olduğunu düşünme, %4.5'i ilk rahatsızlanma durumunda, %3.8'i hastalığın ilerlemesini önlemek için, %3'ü fazla ilaç içme durumunda, %2.7'si ilaçların yan etki göstermesi, %1.8'i hastalık tekrar ettiği zaman olarak belirtmiştir. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını ölçen çalışmada katılımcıların (n=700) %49.2'si tavsiye edilmesi üzerine BTAT yöntemlerini tercih ettiğini belirtmiştir (Şensoy ve ark., 2020).

Bu çalışmada katılımcıların %48.5'i ailede BTAT kullanıldığını ifade etmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Türkiye'deki BTAT puanının kronik

hastalığı bulunanlarda, farklı bölgede yaşayanlarda ve farklı yaş gruplarındaki yetişkinlerle yapılan çalışmalarda %12.6-%90 arasında değiştiği görülmektedir (Cevik ve Tari, 2019). Gelişmiş ülkelerde BTAT kullanımı; Kanada'da %70.4, Amerika'da %42.1, Çin'de %70, Avustralya'da %48.2 iken, Fransa'da %49.3, Şili'de %71, ve Kolombiya'da %80 oranındadır (Altın ve Avcı, 2016). Dünyada BTAT kullanımı sıklığı %23.0 ile %82.0 arasında değişmektedir (Cevik ve Tari, 2019).

Bu araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 32.70 ± 11.08 bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı düzeyine bakıldığında sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı (>25-33) olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %31.8'nin yeterli sağlık okuryazarlığına, %25.9'unun sınırlı sağlık okuryazarlığına, %21.4'ünün yetersiz sağlık okuryazarlığına, %20.8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. En yüksek puana sahip Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutunun puanı 33.85 ± 11.39 , en düşük puana sahip Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutunun puanı 31.01 ± 11.78 olarak bulunmuştur. Okyay ve Abacıgil TSOY-32 ölçek çalışmasında en yüksek puana sahip Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutu, en düşük puana sahip ise Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutudur (Okyay ve Abacıgil, 2016). Çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Türkiye'deki yetersiz veya sorunlu SOY puanını %24.5-69.4 arasında değişmektedir (Cevik ve Kayabek, 2022; Okyay ve Abacıgil, 2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışmasında, toplumumuzun %39.6'sının sınırlı-sorunlu, %32.8'inin yeterli, %14.5'inin mükemmel, %13.1'inin yetersiz düzeyde SOY'a sahip olduğu belirlenmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Rize'de yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında katılımcıların %20.31'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Köse, 2021). Ağrı'da yürütülen SOY çalışmasında sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 24.59 ± 10.33 olarak bulunmuştur (Bakan ve Yıldız, 2019). Bakan ve Yıldız'ın SOY çalışmasında katılımcıların kategorik puan dağılımına bakıldığında %16.4'ünün yeterli, %22.4'ünün sorunlu-sınırlı, %55.4'ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz ve %5.8'inin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Rize'de yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmasında katılımcıların %20.31'inin sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir (Köse, 2021).

Dünya geneli SOY verilerine bakıldığında; Amerika'da %48.2'sinin, İsviçre'de %36'sının yeterli SOY'a sahip olduğu görülmektedir (Davis ve ark., 2020; Kalaycı, 2018). Bulgaristan'da %26.9'unun, Japonya'da %49.9'unun yetersiz SOY'a sahip olduğu görülmektedir (Sørensen ve ark., 2015; Nakayama ve ark., 2015). Görüldüğü üzere çalışmamızda sağlık okuryazarlığının düşük olduğu görülmektedir. Öte yandan Türkiye'de yürütülen diğer çalışmalara bakıldığında SOY puanının ve yeterli SOY'a sahip olma durumun görece yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum araştırmamızın Türkiye'nin Batısında olan sosyoekonomik gelişmişliği diğer çalışmalara göre daha yüksek bir bölgede yürütülmüş olmasına bağlı olabilir.

Bu araştırmada katılımcıların BTATÖ puan ortalaması 32.88 ± 3.88 bulunmuştur. Tamamlayıcı Alternatif Tıp alt boyut ortalaması 23.52 ± 3.05 , Bütüncül Sağlık alt boyut ortalaması 9.36 ± 3.21 olarak bulunmuştur. Bu veri ışığında araştırma grubunun BTAT'a karşı pozitif eğilimi olduğu söylenebilir. Literatürde BTATÖ kullanılarak farklı popülasyonlar üzerinde yürütülen çalışmalarla bizim bulgularımızın benzer olduğu görülmektedir. Nitekim Şensoy ve ark. (2020) üniversite hastanesine başvuran hastalarda yapmış oldukları çalışmada BTAT puan ortalaması 29.51 ± 5.70 olarak bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastalarla yürütülen çalışmada BTAT puan ortalaması 29.61 ± 4.85 olarak bulunmuştur (Öztürk ve ark., 2016).

Türkiye'de farklı bölgelerde yaşayan, kronik hastalığı bulunan ve farklı yaş gruplarındaki bireylerle yapılan çalışmalarda BTAT kullanım sıklığının %12.6-90 arasında değiştiği görülmektedir (Cevik ve Tari, 2019).

ABD, Japonya, Avustralya, Güney Kore, Birleşik Krallık gibi farklı ülkelerde yapılan BTAT çalışmalarında kullanım sıklığı %9.0 ile %86.0 arasında değişmektedir (Harris, Cooper, Relton ve Thomas 2012). Dünya geneli BTAT verilerine baktığımızda Amerika'da %42.1, Kanada'da %70.4, Kolombiya'da %40, Avustralya'da %48.2 iken, Fransa'da %49.3, Çin'de %70, Şili'de %71 ve Afrika ülkelerinde %80 oranındadır (Altın ve Avcı, 2016). Veriler doğrultusunda bazı çalışmalarda yüksek bazı çalışmalarda düşük BTAT kullanımını görülmektedir. Tüm bu farklılıklar araştırma tasarımı arasındaki farklılıklardan ve katılımcıların özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada SAÖ puan ortalaması 45.37 ± 6.30 olarak bulunmuştur. Literaüre baktığımızda sağlık algısı puan ortalamasının 40 ile 55 arasında değiştiği görölmektedir (Dursun ve ark., 2019; Ko ve ark., 2018; Okuyan, Çağlar, 2019). Dursun ve ark. (2019) İstanbul’da dört farklı aile sağlığı merkezinde yürüttükleri çalışmada sağlık algısı puan ortalaması 40.50 ± 7.73 olarak bulunmuştur. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinin incelendiği çalışmada sağlık algısı puan ortalaması 47.37 ± 5.77 bulunmuştur (Gür ve Sunal, 2019).

Bu araştırmanın lineer regresyon sonuçlarına göre yaş, medeni durum, öznel sağlık algısı, tercih edilen sağlık kurumu, sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi, BTATÖ puanı TSOY-32 ölçek puanını etkilemektedir.

Bu araştırmada katılımcıların yaşı sağlık okuryazarlığını negatif yönde etkilemektedir. Yaşlı bireylerde genç bireylere göre TSOY-32 puanı daha düşüktür. Bu durum yaşlı olan kişilerin eğitim durumun daha düşük olması ile ilişkili olabilir. Üniversite hastanesine başvuran hastaların SOY düzeylerinin belirlendiği bir çalışmada yaş grupları ile SOY arasında fark yoktur (Yakar ve ark., 2019). Elazığ’da üç ayrı aile sağlığı merkezinde yapılan bir araştırmada (n=626) yaş grupları ile SOY arasında ilişki yoktur (Soylar ve Kadioğlu, 2020). Bu farklılık, çalışma gruplarının yaş ortalamasından ve bizim çalışmamızın ASM ve hastane gibi özel bir gruba bağlı kalmamasından kaynaklanıyor olabilir. Fransa’da yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının azaldığı görölmektedir (Rouquette ve ark., 2018). Almanya’da 15 yaş üstü bireylerde yapılan SOY çalışmada (n=2000) 65 yaş üstü bireylerin gençlere göre bizim çalışmamıza benzer şekilde daha sınırlı SOY’a sahip olduğu görölmektedir (Schaeffer, Berens, ve Vogt, 2017).

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumları TSOY-32 ölçek puanını negatif yönde etkilemektedir. Bekar bireylerin SOY ortalaması evli bireylere göre daha yüksektir. İran’da yaşlı bireylerle (n=200) yapılan SOY çalışmasında medeni durum ile SOY arasında fark vardır. Evli bireylerin SOY ortalaması bekar bireylere göre daha yüksektir (Ansari ve ark., 2016). Bu farklılık iki araştırma arasındaki sosyokültürel farklılıklardan kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların öznel sağlık algıları TSOY-32 ölçek puanını pozitif yönde etkilemektedir. Öznel sağlık algısı iyi olan bireylerin SOY puanı yüksektir. Literatüre bakıldığında Isparta'da bir mermer fabrikasındaki işçilerle (n=315) yapılan çalışmada, öznel sağlık algısı iyi olan bireylerin SOY puanı yüksektir (Durmaz, Sürücü, ve Ozvurmaz, 2020). Bu benzerlik çalışmaların kesitsel tipte olmalarından ve yaş ortalamasının benzerliğinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların tercih ettikleri sağlık kurumu TSOY-32 ölçek puanını pozitif yönde etkilemektedir. Özel muayenehaneyi tercih eden bireylerin SOY puanı daha yüksek bulunmuştur. Acil servise başvuran bireylerle (n=309) yapılan SOY çalışmasında, tercih edilen sağlık kurumu ile SOY puanı arasında fark yoktur (Yılmaz, Gur, ve Daharlı, 2021). Bu farklılığın sebebi diğer çalışma hastaneye başvuran bireyler gibi özel gruplarda yapılırken bizim çalışmamızın toplum temelli olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi TSOY-32 ölçek puanını etkilemektedir. Sağlık hizmetinden memnun olan bireylerin SOY puanı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi bireylerin sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmesi, sorulan sorulara kanıta dayalı cevaplar verilmesinden kaynaklı olabilir. Bu durum bireylerin bilinçlenmelerini, sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerini arttırarak SOY puanının artmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda BTATÖ puanı SOY puanını negatif yönde etkilemektedir. Diğer bir deyişle BTAT'a yönelik pozitif eğilim arttıkça SOY azalmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan kesitsel bir çalışmada BTAT puanı ile SOY arasında anlamlı fark vardır. BTAT puanı arttıkça SOY puanının da arttığı belirlenmiştir (Köse, Oturak, ve Ekerbiçer, 2021). Güneydoğu ABD'de bulunan bir hastanedeki HIV/AIDS'li bireylerle (n=182) yürütülen çalışmada BTAT puanının SOY puanını etkilediği ancak, GTAT puanının arttıkça SOY puanının da arttığı bulunmuştur (Owen-Smith, McCarty, Hankerson-Dyson, ve Diclemente, 2012). Bu farklılığın sebebi bizim çalışmamızın toplum tabanlı olması ve katılımcılar arasındaki kültürel farklılıklar olabilir.

Çalışmamızda SA ile SOY arasında fark yoktur. Afyonkarahisar’da aile sağlığı merkezinde yapılan kesitsel bir çalışmada (n=263) SA ve SOY arasında fark vardır (Ekti, 2020). Bu iki çalışma arasındaki farklılığın sebebi sosyodemografik özelliklerden kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada cinsiyet ile SOY arasında ilişki yoktur. Almanya’da 65 yaş üstü bireylerle (n=475) yapılan SOY çalışmasında, cinsiyet ile SOY arasında bizim çalışmamıza benzer şekilde ilişki yoktur (Vogt, Schaeffer, Messer, Berens, ve Hurrelmann, 2018). Bu benzerlik her iki çalışmanın da toplum tabanlı ve kesitsel olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda SOY puan ortalaması ile eğitim durumu arasında fark yoktur. Tayvan’da sağlık okuryazarlığını ölçmek için yapılan toplum tabanlı çalışmada (n=2989), çalışmamızda olduğu gibi SOY puan ortalaması ile eğitim durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Duong ve ark., 2015). Altı Asya ülkesinde (Kazakistan, Endonezya, Malezya, Vietnam, Tayvan ve Myanmar) yapılan toplum temelli kesitsel SOY çalışmasında katılımcıların (n=10024) eğitim durumu ile SOY puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve düşük öğrenim düzeyinin yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu saptanmıştır (Duong ve ark., 2017). Çalışmamızın Duong ve ark. tarafından 2017 yılında yapılan çalışma sonuçlarından farklılık göstermesinin nedeni, bizim çalışmamızın Duong ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada olduğu gibi toplum tabanlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda aile tipi ile TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Trabzon’da üniversite öğrencileri (n=119) ile yapılan SOY çalışmasında aile tipi ile SOY puanı arasında ilişki yoktur. Bu benzerliğin sebebi iki çalışmanın kesitsel tipte olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların anne ve baba eğitim durumlarıyla SOY arasında ilişki yoktur. Tıp fakültesi öğrencileriyle (n=746) yapılan çalışmada bizim çalışmamızla anne ve baba eğitim durumuyla SOY arasında ilişki yoktur (Tatar, 2020). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda çalışma durumu ile SOY arasında ilişki yoktur. Literatüre baktığımızda Samsun'da üniversite hastanesine başvuran 18-64 yaşları arasındaki bireylerde yapılan çalışmada (n=211) çalışma durumu ile SOY arasında ilişki yoktur (Şanal, 2021). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda gelir durumu ile TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Acil servise başvuran bireylerle (n=309) yapılan SOY çalışmasında, da bizim çalışmamıza benzer biçimde gelir durumu ile SOY puanı arasında fark yoktur (Yılmaz, Gur, ve Daharlı, 2021). Bu benzerliğin sebebi iki çalışmanın kesitsel tipte olmasından ve yaş ortalamasının benzerlik göstermesinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık bulunma durumuyla SOY arasında ilişki yoktur. Tatar (2020) çalışmasında da bizim çalışmamız benzer biçimde kronik hastalık bulunma durumuyla SOY arasında ilişki yoktur. Bu benzerlik çalışmaların sosyodemografik özelliklerinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda düzenli kullanılan ilaç kullanımı ile SOY arasında ilişki yoktur. 21-64 yaş arası bireylerde yapılan SOY çalışmasında, da bizim çalışmamıza benzer biçimde düzenli ilaç kullanımı ile SOY arasında ilişki yoktur (Bakan ve Yıldız, 2019). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda kitap okuma sıklığı ile SOY arasında ilişki yoktur. Kırıkkale Üniversitesi öğrencilerinin SOY düzeylerinin incelendiği bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde kitap okuma sıklığı ile SOY arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Tatar, 2020). Ankara'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş bireyler (n=373) arasında yapılan çalışmada, kitap okuma sıklığı ile SOY arasında anlamlı fark vardır (Çelik ve Kuçlu, 2022). Çalışma sonuçlarımız, Ankara'da yapılan çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasından ve Çelik ve Kuçlu'nun çalışmasının 18-65 yaş bireylerde yürütülmüş olmasında ötürü olabilir.

Çalışmamızda tercih edilen sağlık kurumunun sebebi ile TSOY-32 puanı arasında ilişki bulunmamaktadır. Çalışmamızda sağlıkla ilgili en güvenilir bilgi kaynağı ile TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Çimento fabrikasındaki işçilerle

(n=202) yapılan SOY çalışmasında bilgi kaynağı ile SOY puanı arasında ilişki yoktur (Gezer, 2020).

Çalışmamızda kronik hastalık türü ile TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Gezer (2020) çimento fabrikasındaki işçilerle yapmış olduğu çalışmasında anlamlı fark vardır. Bunun sebebi bizim çalışmamızın fabrika işçileri gibi özel bir gruba odaklanmamasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda sağlık personelinin bilgilendirme durumuyla TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum katılımcılarda bilginin tutum ve davranışa dönüşmemiş olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma durumu, BTAT yöntemleri hakkında bilgi kaynağı, BTAT yöntemlerini güvenli bulma, BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık alma, BTAT yöntemlerini tercih etme nedeni ve ailede BTAT kullanılma durumu ile TSOY-32 puanı arasında ilişki yoktur. Bireylerin yaşamış oldukları sağlık probleminde, genel bir sorunda kendilerine çözüm aramalarından, eleştirel yaklaşamamalarından kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada aile tipi, son bir yılda BTAT kullanma durumu, BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık alma isteği, sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı, yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı, TSOY-32 puanı ve SAÖ puanı BTATÖ puanını etkilemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların aile tipi BTATÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin BTATÖ puanı düşük BTAT'a karşı tutumları pozitiftir. Bu durum aile bireylerinin BTAT yöntemleri hakkındaki bilgisi, tutumu, kullanım durumu, sosyal, ekonomik durumu ve aile içerisindeki ilişkilerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda BTAT danışmanlık alma isteği BTATÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. BTAT hakkında danışmanlık almak isteyenlerin BTATÖ puanı daha düşük tutumları daha yüksektir. Bilgi gereksinimi olan kişilerin, aynı zamanda farkındalıklarının, sağlık okuryazarlıklarının yüksek olmasına bağlı olabilir.

Araştırmada sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı BTATÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Başvuru sayısı arttıkça bireylerin BTATÖ'ye yönelik negatif tutumları söz konusu olmaktadır. Bu durum bireylerin kanıt ve güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık kurumlarını, sağlık çalışanlarını incelemelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda yaşam boyu BTAT yöntemini kullanma sayısı ve son bir yılda BTAT yöntemi kullanma durumu arttıkça BTAT'a yönelik olumlu tutum da artmaktadır. Bu durum bireylerin tercih ettikleri BTAT yöntemiyle ilgili yarar görme algılarının yüksek olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda SOY puanı BTATÖ puanını negatif yönde etkilemektedir. SOY puanı arttıkça BTATÖ puanı azalmakta, BTAT'a yönelik pozitif tutum artmaktadır. Bu durum SOY puanı yüksek bireylerin popülarite kazanan BTAT yöntemlerine karşı merak ve ilgisinin artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda SAÖ puanı BTATÖ puanını negatif yönde etkilemektedir. SAÖ puanı arttıkça BTATÖ puanı azalmakta, BTAT'a yönelik pozitif tutum artmaktadır. Bu durum kötü öznel sağlık algısına sahip bireylerin sosyal ve çevre faktörleriyle BTAT'a karşı ilgi ve merakının artmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaş grupları ile BTATÖ arasında ilişki yoktur. Kronik hastalığı bulunan bireylerin (n=400) BTAT'a karşı bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmada, yaş ile BTATÖ arasında anlamlı fark bulunmuştur (Seyyedrassoli, Ghahramanian, ve Rahimlou, 2017). Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasından kaynaklı olabilir.

Bu araştırmada cinsiyet ile BTATÖ arasında fark yoktur. Seyyedrassoli ve ark. (2017) çalışmasında cinsiyet ile BTATÖ arasında fark yoktur. Bu benzerlik sosyodemografik özelliklerin benzerliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile BTATÖ arasında ilişki yoktur. Seyyedrassoli ve ark. (2017) çalışmasında medeni durum ile BTATÖ arasında

anlamli fark vardir. Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. İsveç'te bir üniversite hastanesindeki kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada (n=755) eğitim durumu ile BTATÖ arasında ilişki yoktur (Wode, Henriksson, Sharp, Stoltenberg, ve Hök Nordberg, 2019). Kore'de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada (2.661) eğitim düzeyi ile BTAT yöntemleri arasında ilişki saptanmıştır (Shin ve ark., 2012). Malezya'da kırsal kesimde yapılan toplum tabanlı BTAT çalışmasında (n=288) eğitim düzeyi ile BTAT arasında ilişki vardır (Ganasegaran, Rajendran, Al-Dubai, 2014). Bu farklılıklar bireylerin inanç, gelenek ve göreneklerinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda anne ve baba eğitim durumuyla BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Hemşirelik öğrencileriyle (n=297) yapılan BTAT çalışmasında bizim çalışmamıza benzer anne ve baba eğitim durumuyla SOY puanı arasında ilişki yoktur (Aktaş, 2017). Bu benzerliğin sebebi her iki çalışmanın çoğunluğunun genç nüfustan oluşması kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada çalışma durumu ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Hipertansiyon hastalarıyla yapılan BTAT çalışmasında çalışma durumuyla BTAT puanı arasında ilişki yoktur (Gökçe, 2019). Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada ailenin maddi durumuyla BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Gökçe (2019) BTAT çalışmasında gelir durumu ile BTAT puanı arasında ilişki vardır (Gökçe, 2019). Bu farklılık bizim çalışmamızın hastalık gibi özel bir gruba odaklanmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada öznel sağlık algısı ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Avustralya'da 18 yaş üstü bireylerle (n=2.019) yapılan BTAT çalışmasında öznel sağlık algısı ile BTAT arasında ilişki yoktur (Steel ve ark. 2018). Moğolistan'da kanserli bireylerle (n=482) yapılan BTAT çalışmasında öznel sağlık algısı ile BTAT

arasında ilişki yoktur (Oyunchimeng ve ark. 2017). Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada genellikle tercih edilen sağlık kurumu, sebebi ve sağlık hizmeti memnuniyet düzeyi ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum sağlık çalışanlarının bilgilendirmesinden kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada kronik hastalık bulunma durumu ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Kadınlarla (n=572) yapılan BTAT çalışmasında kronik hastalık bulunma durumu ile BTAT puanı arasında fark vardır (Ünver, Işık, ve Ünver, 2022). Bu farklılık bizim çalışmamızın kadınlar gibi özel bir gruba odaklanmamasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık türü ile BTATÖ arasında ilişki yoktur. Seyyedrassoli ve ark. (2017) çalışmasında kronik hastalık türü ile BTATÖ arasında fark vardır. Bu farklılık Seyyedrassoli ve ark. (2017) çalışmasının kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada düzenli kullanılan ilaç kullanımı ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum bireylerin sağlık personeline ve reçete edilen ilaca yönelik güveninden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda sağlıkla ilgili bilgi kaynağı ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık personeline danışılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum sağlık personelinin bilgilendirmesinin bireyler tarafından yanlış uygulanmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda kitap okuma sıklığı ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bireylerin BTAT yöntemleri hakkında bilgi aldıkları kaynakların çoğunluğunu çevre (aile, arkadaş) faktörünün oluşturmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda BTAT hakkında bilgi kaynağı ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Gana'da 18 yaş üstü bireylerle (n=1195) yapılan BTAT çalışmasında BTAT hakkında bilgi kaynağı ile ilişki yoktur (Krethy ve ark. 2021).

Bu çalışmada ailede BTAT kullanılma durumu ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun ailesinde BTAT kullanılmamasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda BTAT yöntemlerini güvenli bulma ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Dokuz ülkede (Rusya, ABD, Japonya, Malezya, Çin, Vietnam, Almanya, Birleşik Arap Emirlikleri ve Kazakistan) yapılan (n=1071) BTAT çalışmasında BTAT yöntemlerini güvenli bulma ile BTAT puanı arasında ilişki yoktur (Youn ve ark. 2022).

Çalışmamızda yaşam boyu BTAT kullanma durumu, BTAT yöntemlerini güvenli bulma ve BTAT yöntemlerini tercih etme ile BTATÖ puanı arasında ilişki yoktur. Ünver ve ark. (2022) BTAT çalışmasında BTAT kullanma durumu ve BTAT yöntemlerini tercih etme ile BTAT puanı arasında ilişki yoktur. Çalışma sonuçlarımız literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda eğitim durumu, öznel sağlık algısı, BTAT yöntemlerini tercih etme sebebi ve TSOY-32 ölçek puanı SAÖ puanını etkilemektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu SAÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Üniversite ve üzeri öğrenim durumuna sahip bireylerin SAÖ puanı daha yüksektir. Literatüre baktığımızda palyatif hastalarına evde bakım verenlerle (n=236) yapılan bir çalışmada, eğitim durumu ile SAÖ puanı arasında fark vardır (G. Şahin, 2021). Gür ve Sunal'ın çalışmasında eğitim durumu ile sağlık algısı arasında fark yoktur. Çalışma sonuçlarımız Gür ve Sunal'ın çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Çalışmalar arasındaki farklılığın sebebi bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda öznel sağlık algısı SAÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Öznel sağlık algısı iyi olan bireylerin SAÖ puanı daha yüksektir. Bir üniversitenin

öğrencileriyle (n=400) yapılan bir çalışmada sağlığı değerlendirme ile SAÖ puanı arasında fark vardır (Çilingir ve Aydın, 2017). Çalışmalar arasındaki benzerliğin sebebi sosyodemografik özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda BTAT yöntemlerini tercih etme sebebi SAÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Çaresiz kalma, ilaçların faydasız olduğunu düşünme, fazla ilaç kullanma, hastalık tekrar ettiğinde sebebiyle BTAT yöntemini tercih eden bireylerin SAÖ puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi bireylerin kullandıkları BTAT yönteminden yarar görmelerinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların SOY puanı SAÖ puanını pozitif yönde etkilemektedir. Afyonkarahisar'da aile sağlığı merkezinde yapılan kesitsel bir çalışmada (n=263) SOY puanının SAÖ puanını etkilediği görülmüştür (Ekti, 2020). Çalışmalar arasındaki benzerliğin sebebi sosyodemografik özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda BTATÖ puanı ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Dursun ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada tamamlayıcı alternatif tıp puanı ile SAÖ arasında ilişki yoktur (Dursun ve ark., 2019). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet ve medeni durum ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Şahin (2021) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer yaş, cinsiyet ve medeni durum ile SAÖ arasında ilişki yoktur. Bu benzerlik, çalışmanın sosyo-kültürel açıdan benzer bir örnekleme yapılmış olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda aile tipi ve çalışma durumu ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Üniversite öğrencileriyle (n=510) yapılan sağlık algısı çalışmasında aile yapısı ve çalışma durumu ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur (Dülger ve Seven, 2020). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda ailenin maddi durumu ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Dülger ve Seven (2020), çalışmasında ailenin maddi durumu ile sağlık algısı puanı

arasında ilişki vardır. Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasından ve yaş ortalamasının farkından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda anne ve baba eğitim durumu ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bir üniversitede hemşirelik öğrencileriyle (n=131) yapılan bir çalışmada anne ve baba eğitim durumu ile SAÖ arasında ilişki yoktur (Doğu ve Atasoy, 2017). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda tercih edilen sağlık kurumu, sebebi ve sağlık hizmeti memnuniyet düzeyinin SAÖ puanı ile ilişkisi yoktur. Bu durum çalışmanın çoğunluğunun öğrenim düzeyinin üniversite ve üzeri olmasından, nitel değerlendirme yapabilmelerinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık bulunma durumu ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Şahin (2021). Çalışmasında kronik hastalık durumunun SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu benzerlik sosyodemografik özelliklerden kaynaklanıyor olabilir (Şahin, 2021).

Çalışmamızda kronik hastalık türü ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Şahin (2021) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalık türü ile SAÖ arasında ilişki yoktur. Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda düzenli kullanılan ilaç kullanımı, sağlıkla ilgili konularda en güvenilir bilgi kaynağı, sağlık personelinin bilgilendirmesinin faydalı olma durumu ve kitap okuma sıklığı ile SAÖ puanı arasında ilişki yoktur. Bu durum çalışmamızın çoğunluğunun üniversite ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olmasıyla, sağlık personeli bilgilendirmeleriyle eleştirel yaklaşım kazanması durumundan kaynaklı olabilir.

Bu çalışmada yaşam boyu ve son bir yılda BTAT kullanma durumu, BTAT yöntemleri hakkında bilgi kaynağı, BTAT yöntemlerini güvenli bulma, BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık alma isteği ve ailede BTAT kullanılma durumu ile SAÖ arasında ilişki yoktur. Bu durum bireylerin BTAT yöntemlerine karşı fayda-zarar çıktılarını ele alabilmelerinden, çevre ve aile faktörlerinden etkilenmeden eleştirel yaklaşabilmelerinden kaynaklı olabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışmanın veri toplama araçlarından olan TSOY-32, BTATÖ ve SAÖ'nün birlikte dahil edildiği araştırma olmaması sebebiyle tartışmada genellikle yatay tartışma yapılmak durumunda kalınmıştır. Öte yandan çalışmanın veri toplama araçlarından olan TSOY-32, BTATÖ ve SAÖ'nün ele alındığı araştırma olmaması, ayrıca bu çalışmanın toplum tabanlı bir çalışma olması, genellenebilirliğinin yüksek olması çalışmamızın güçlü yönlerindedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- ✓ Sağlık okuryazarlığı, bütüncül tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutum ve sağlık algısı ile ilişkili etkenleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;
- ✓ Araştırma grubunun SOY puanı 32.70 ± 11.08 'dir. Her beş katılımcıdan bir tanesinin sağlık okuryazarlığı yetersiz, katılımcıların neredeyse yarısının ise SOY düzeyi sorunlu-sınırlı/yetersizdir.
- ✓ BTATÖ puan ortalaması 32.88 ± 3.88 bulunmuş olup katılımcıların bu sonuçlara göre BTAT'a yönelik pozitif tutumlarının olduğu görülmektedir.
- ✓ SAÖ puan ortalaması 45.37 ± 6.30 olup araştırma grubunun sağlık algısının orta düzeyde olduğu söylenebilir.
- ✓ Bu çalışmanın sonucuna göre yaş, tercih edilen sağlık kurumu sebebi, son bir yılda BTAT kullanma durumu ve BTATÖ, SOY puanını etkilemektedir. Bireylere başvurdukları sağlık kuruluşlarında eğitimler verilerek iyileştirme gerçekleştirilmelidir.
- ✓ Bu çalışmanın sonucuna göre aile tipi, BTAT yöntemleri hakkında danışmanlık alma isteği, sağlık kuruluşuna son bir ayda başvuru sayısı, BTAT yöntemini kullanma sayısı, SOY ve SAÖ puanları BTATÖ puanını etkilemektedir.
- ✓ Eğitim durumu, öznel sağlık algısı, yaşam boyu BTAT kullanma durumu, SOY ve BTAT puanları SAÖ puanını etkilemektedir.
- ✓ Bireylerin SOY düzeylerinin artırılması için öncelikli olarak genel SOY düzeyi artırılmalıdır.
- ✓ SOY'ü arttırmak için öncelikle toplumun SOY düzeyi belirlenmeli, kültürel yapı, eğitim sistemi ve sağlık sistemi değerlendirilerek bu alanlarda çok boyutlu değişiklikler yapılması oldukça önem taşımaktadır.
- ✓ SOY'ü etkileyen faktörlerden yaşın değiştirilemez bir değişken olduğunu göz önünde bulundurursak, ekonomik durumların ve eğitim düzeyinin iyileştirilmesi öncelikli olarak göz önüne alınmalıdır.

- ✓ Bireylere okuma alışkanlığı kazandıracak uygulamalar yapılmalı, toplumun SOY seviyesinin arttırılması için görsel, işitsel araçlar üzerinden ve sağlık kurumlarında sağlık eğitimi yoluyla çalışmalar yürütülmelidir.
- ✓ BTAT yöntemlerine karşı pozitif tutumun saptanmış olması önemli olmakla birlikte modern tıbbın ilk seçenek olarak değerlendirilmesi, diğer yöntemlerin tercih edilmesi söz konusu ise de doğru kaynaklardan faydalanılması yönünde farkındalık çalışmaları yürütülmesi önerilmektedir.
- ✓ BTAT yöntemlerinin etki ve yan etkisini açıklayan daha fazla bilimsel araştırmaya yer verilmelidir.
- ✓ Toplum ve bireyin BTAT kullanımı ile ilgili doğru bilgiye ulaşmasında kitle iletişim araçları ve sosyal medya kullanımı önemlidir.
- ✓ BTAT yöntemlerinin doğru kullanılmasıyla ilgili uzman bireylerin bilimsel kanıtlara dayalı bilgiler vermesi oldukça önemlidir.
- ✓ Bu konuda hemşireler özellikle halk sağlığı hemşireleri büyük rol oynamaktadır. Bireylerin, toplumun ve ailelerinin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Bireylerin bağımsız rollerini yerine getirebilmesinde etkin bir rolü vardır.
- ✓ Sağlık algısının yüksek olmama nedenlerine ilişkin kapsamlı çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.
- ✓ DSÖ'nün sağlık tanımı çerçevesinde toplum sağlık durumun düzenli olarak takip edilmesi, koruyucu, sağlığı geliştirici halk sağlığı uygulamaları ile topluma yönelik girişimler planlanması önerilmektedir.
- ✓ SAÖ puan ortalamasını eğitim durumu etkilemektedir. İncelenen eğitim sistemiyle beraber değişiklik yapılması öncelikli hedef olmalıdır.
- ✓ Halk sağlığının çalışma alanlarına SOY dahil edilerek her yaş grubun aktarılmalıdır. Eğitimler sırasında bireylerin sağlık algıları ve BTAT yöntemlerine karşı tutumları değerlendirilerek bireysel çalışmalara yön verilmeli ve bireylerin sağlıklı seçimler yapabilmesi sağlanmalıdır. Bu faaliyetler sonucunda bireylerin SOY düzeyinde artma, sağlık algısı düzeyinde iyileşme ve BTAT tutumlarına karşı doğru yaklaşım sağlanacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Aktaş, B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları. sanko üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü.
- Ali, A. M., ve Kunugi, H. (2020). Apitherapy for age-related skeletal muscle dysfunction (sarcopenia): a review on the effects of royal jelly, propolis, and bee pollen. *Foods*, 9(10). doi:10.3390/foods9101362.
- Alkan Ağaçdiken, S., Özdelikara, A., ve Boğa, N. M. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 11-21.
- Alraek, T., Lee, M. S., Choi, T. Y., Cao, H., ve Liu, J. (2011). Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *BMC Complement Altern Med*, 11, 87. doi:10.1186/1472-6882-11-87.
- Altın, A., ve Avcı, İ. A. (2016). Evde alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 525-531.
- Ansari, H., Almasi, Z., Ansari-Moghaddam, A., Mohammadi, M., Peyvand, M., Hajmohammadi, M., & Bagheri, F. (2016). Health literacy in older adults and its related factors: a cross-sectional study in Southeast Iran. 5(4), e37453. doi:10.17795/jhealthscope-37453.
- Araújo, L., Teixeira, L., Ribeiro, O., ve Paúl, C. (2018). Objective vs. subjective health in very advanced ages: looking for discordance in centenarians. *Front Med (Lausanne)*, 5, 189. doi:10.3389/fmed.2018.00189.
- Armour, M., Smith, C. A., Wang, L. Q., Naidoo, D., Yang, G. Y., MacPherson, H., . . . Hay, P. (2019). Acupuncture for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*, 8(8). doi:10.3390/jcm8081140.
- Atayoğlu, A. T. (2019). Apiterapiye genel bakış. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 61-66.
- Ateş, S., ve Güngör, A. (2021). Çocuk hekimlerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp tedavisi uygulamaları ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 7-18.
- Aydın Dinçer, G., ve Başkurt, F. (2019). Fizyoterapi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Isparta: TC Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ayhan, H., ve Mollahaliloğlu, S. (2018). Tıbbi sülük tedavisi: Hirudoterapi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 141-148.
- Bakan, A. B., ve Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
- Bakanlığı, T. S., ve Müdürlüğü, T. S. H. G. (2011). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. *Bakanlık Yayın*, 814(1).
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., ve Şahin, B. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.
- Baltacı, N., ve Koç, E. (2018). İntörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıba yönelik bilgili, kullanımı ve tutumları. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):10-16.

- Bamfarahnak, H., Azizi, A., Noorafshan, A., ve Mohagheghzadeh, A. (2014). A tale of Persian cupping therapy: 1001 potential applications and avenues for research. *Forsch Komplementmed*, 21(1), 42-47. doi:10.1159/000358571.
- Barton, D., ve Hamilton, M. (2012). *Local literacies: Reading and writing in one community*: routledge,336.
- Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18(1), 1-6.
- Batur Çağlayan, H. Z., Erkoç Ataoğlu, E., & Kibaroglu, S. (2018). Nörolojide geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 24(2).
- Batur, T. (2021). Obez kadın hastalarda akupunktur terapisiyle kilo kaybının fekal mikrobiyota kompozisyonu üzerine etkisi.
- Belita, E., Yost, J., Squires, J. E., Ganann, R., & Dobbins, M. (2021). Development and content validation of a measure to assess evidence-informed decision-making competence in public health nursing. *PLoS One*, 16(3), e0248330. doi:10.1371/journal.pone.0248330.
- Bengin, Z. (2020). Investigation of knowledge and attitudes of individuals over 18 years old who applied to family medicine out patient clinics of ankara education and research hospital about traditional and complementary medicine applications.
- Berberoglu, U., Öztürk, O., İnci, M. B., & Ekerbiçer, H. Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- Biçer, E. B., ve Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 1-15.
- Biçer, İ., & Yalçın Balçık, P. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257.
- Bollweg, T. M., Okan, O., Freñan, A. M., Bröder, J., Domanska, O. M., Jordan, S., . . . Bauer, U. (2020). Adapting the european health literacy survey questionnaire for fourth-grade students in Germany: validation and psychometric analysis. *Health Lit Res Pract*, 4(3), e144-e159. doi:10.3928/24748307-20200428-01.
- Bolsoy, N., ve Okuyan, Y. Ç. (2019). Türkiye’de refleksoloji ile ilgili yapılmış deneysel araştırmaların incelenmesi: Sistematik Derleme. *Life Sciences*, 14(2), 48-63.
- Brewer, NJ, Turrise, SL, Kim-Godwin, YS ve Pond Jr, RS (2019). Hemşirelerin bilgi ve tedavi inançları: Ağrı yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Bütünsel Hemşirelik Dergisi*, 37 (3), 248-259.
- Bükecik, N. (2019). Bir eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü.
- Caballero-Hernández, CI, González-Chávez, SA, Urenda-Quezada, A., Reyes-Cordero, GC, Peláez-Ballestas, I., Álvarez-Hernández, E., & Pacheco-Tena, C. (2021). Meksika’da romatizmal hastalıkları olan hastalarda sınırlı algılanan etkinliğe rağmen tamamlayıcı ve alternatif tıbbın yaygınlığı: Kesitsel çalışma. *PLoS bir*, 16 (9), e0257319
- Calcagni, N., Gana, K., & Quintard, B. (2019). A systematic review of complementary and alternative medicine in oncology: Psychological and physical effects of manipulative and body-based practices. *PLoS One*, 14(10), e0223564. doi:10.1371/journal.pone.0223564.

- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities—a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International journal for equity in health, 15*(1), 1-10.
- Castañeda-Vázquez, C., Campos-Mesa, M. d. C., & Castillo-Andrés, Ó. D. (2016). Physical activity and self-rated health in university students. *Revista de la Facultad de Medicina, 64*(2), 277-284.
- Cau, B. M., Falcão, J., & Arnaldo, C. (2016). Determinants of poor self-rated health among adults in urban Mozambique. *BMC Public Health, 16*(1), 1-10.
- Cemal, S., & Amarat, M. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi üzerine bir çalışma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1811-1812.
- Cevik, C., & Kayabek, İ. (2022). Health literacy and quality of life among people in semi-urban and urban areas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56*, e20210495. doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0495.
- Cevik, C., & Tari Selcuk, K. (2019). Prevalence and correlates of the use of complementary and alternative medicine in adults living in a rural area. *Holistic Nursing Practice, 33*(1), 36-44. doi:10.1097/hnp.0000000000000305.
- Chehuen Neto, J. A., Costa, L. A., Estevanin, G. M., Bignoto, T. C., Vieira, C. I. R., Pinto, F. A. R., & Ferreira, R. E. (2019). Functional health literacy in chronic cardiovascular patients. *Cien Saude Colet, 24*(3), 1121-1132. doi:10.1590/1413-81232018243.02212017.
- Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., . . . Orom, H. (2018). Health literacy and use and trust in health information. *J Health Commun, 23*(8), 724-734. doi:10.1080/10810730.2018.1511658.
- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., Macdonald, M., & Poon, L. W. (2011). The Relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *J Aging Res, 2011*, 605041. doi:10.4061/2011/605041.
- Costa, V. R. S., Costa, P. D. R., Nakano, E. Y., Apolinário, D., & Santana, A. N. C. (2019). Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Rev Bras Enferm, 72*(suppl 2), 266-273. doi:10.1590/0034-7167-2018-0897.
- Çaka, S. Y., Topal, S., Suzan, Ö. K., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm, 3*(4), 198-203.
- Çakmak, S., & Nural, N. (2017). Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics, 3*(2), 57-64.
- Çelik, N. M., & Kuçlu, T. (2022). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı üzerine yazılan tıpta uzmanlık tezlerinin bibliyometrik analizi. *Turkey Health Literacy Journal, 3*(2), 38-95.
- Çiftçi, M. M. (2019). Kupa tedavisi ve klinik uygulamalar. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, 3*, 22-28.
- Çiftçi, F. (2017). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş bireylerin sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa*.
- Çilingir, D., & Aydın, A. (2017). Hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin sağlık algısı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25*(3), 167-176.
- Davis, S. N., Wischhusen, J. W., Sutton, S. K., Christy, S. M., Chavarria, E. A., Sutter, M. E., . . . Gwede, C. K. (2020). Demographic and psychosocial factors associated with limited health literacy in a community-based sample of older Black Americans. *Patient Educ Couns, 103*(2), 385-391. doi:10.1016/j.pec.2019.08.026.

de-Mateo-Silleras, B., Camina-Martín, M., Cartujo-Redondo, A., Carreño-Enciso, L., de-la-Cruz-Marcos, S., & Redondo-del-Río, P. (2019). Health perception according to the lifestyle of university students. *Journal of community health, 44*(1), 74-80.

de Almeida, K. M. V., Toye, C., Silveira, L. V. A., Slatyer, S., Hill, K., & Jacinto, A. F. (2019). Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people. *Dement Neuropsychol, 13*(2), 180-186. doi:10.1590/1980-57642018dn13-020006.

Demirli, P. (2019). Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: *Edirne ili örneği*. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Deniz, S., Bentli, R., Kalkanlı, M. T., Firinci, B., Yaliniz, F., Demir, E., ... & Akbaba, M. (2020). Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi, 10*(1), 28-36.

Deniz, S., Özer, Ö., & Songur, C. (2018). Effect of health literacy on health perception: an application in individuals at age 65 and older. *Soc Work Public Health, 33*(2), 85-95. doi:10.1080/19371918.2017.1409680.

Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., & Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology, 35*(5), 557-561.

Dıraçoğlu, D. (2016). Kas iskelet hastalıklarında ozon-oksijen tedavileri. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 62*(2).

Doğu, Ö., & Atasoy, I. (2017). Hemşirelik lisans öğrencilerinde sağlık algısına cinsiyet ve diğer faktörlerin etkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 9*(2).

Dumenci, L., Matsuyama, R. K., Kuhn, L., Perera, R. A., & Siminoff, L. A. (2013). On the validity of the rapid estimate of adult literacy in medicine (realm) scale as a measure of health literacy. *Commun Methods Meas, 7*(2), 134-143. doi:10.1080/19312458.2013.789839.

Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Nurjanah, Pham, T. V., Pham, K. M., . . . Chang, P. W. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol, 27*(2), 80-86. doi:10.1016/j.je.2016.09.005.

Duong, V. T., Lin, I.-F., Sorensen, K., Pelikan, J. M., Van Den Broucke, S., Lin, Y.-C., & Chang, P. W. (2015). Health Literacy in Taiwan:A Population-Based Study. *Asia Pacific Journal of Public Health, 27*(8), 871-880. doi:10.1177/1010539515607962.

Durmaz, S., Sürücü, E., & Ozvurmaz, S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Medical Sciences, 15*(3), 81-91.

Dursun, S. İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H. K., Beyhan, A., & Kadioğlu, H. (2019). Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1*(1), 1-10.

Dülger, H., & Seven, A. (2020). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık algı düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Kesitsel bir çalışma (Determination of Health Perception Levels and Effecting Factors. *Ejons International Journal, 4*(14), 254-265.

Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing, 16*(4), 761- 768.

EFCAM. (2020). CAM Definition. 2022 from <http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/>.

Ekti, Z. A. (2020). Aile sağlığı merkezine kayıtlı kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin genel sağlık taramaları ve sağlık algısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi.

- El Sayed, S. (2013). Medical and Scientific Bases of Wet Cupping Therapy (Al-hijamah): in Light of Modern Medicine and Prophetic Medicine. *Alternative & Integrative Medicine*, 02. doi:10.4172/2327-5162.1000122.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. *Am J Clin Hypn*, 57(4), 378-385. doi:10.1080/00029157.2015.1011465.
- Erci, B. (2007). Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs*, 16(4), 761-768. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01655.x
- Erel, Ö., & Erel, K. V. (2017). Hypnosis. *Meandros Medical and Dental Journal*, 18(2), 76.
- Fernandez, D. M., Larson, J. L., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16(1), 596. doi:10.1186/s12889-016-3267-7.
- Filiz, E. (2015). Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Flynn, N. (2019). Hypnosis and medicine: An historical examination. *CTCFMI*, 3, 1-7.
- Frass, M., Strassl, R. P., Friehs, H., Müllner, M., Kundi, M., & Kaye, A. D. (2012). Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner J*, 12(1), 45-56.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *Am J Prev Med*, 36(5), 446-451. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.001.
- Furuya, Y., Kondo, N., Yamagata, Z., & Hashimoto, H. (2013). Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promotion International*, 30(3), 505-513. doi:10.1093/heapro/dat071.
- Galletly, C., Neaves, A., Burton, C., Liu, D., & Denson, L. A. (2012). Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nurs Outlook*, 60(5), 316-321. doi:10.1016/j.outlook.2012.01.003.
- Ganasegeran, K., Rajendran, AK ve Al-Dubai, SAR (2014). Malezya'daki seçilmiş kırsal topluluklar arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımını etkileyen psiko-sosyoekonomik faktörler: kesitsel bir çalışma. *PloS bir*, 9 (11), e112124.
- Gezer, M. Y. (2020). Bir fabrikada çalışan işçilerin sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gordon, M. M., Hampson, R., Capell, H. A., & Madhok, R. (2002). Illiteracy in rheumatoid arthritis patients as determined by the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) score. *Rheumatology (Oxford)*, 41(7), 750-754. doi:10.1093/rheumatology/41.7.750.
- Gökçe, H. (2019). Hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavi kullanma durumları ve tamamlayıcı alternatif tedaviye ilişkin tutumları (Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gözde, G., & Sunal, N. (2017). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
- Gustafsdottir, S. S., Sigurdardottir, A. K., Arnadottir, S. A., Heimisson, G. T., & Mårtensson, L. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. *BMC Public Health*, 20(1), 1-11.

- Gül, E., Nurullazade, Y., & Kaya, E. (2020). Larva treatment from past to present in chronic wounds. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 1(3), 154-161.
- Gülgün, C. P. D., & Kaya, H. (2015). Akciğer kanseri hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesi üstüne etkileri. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*(2), 41-47.
- Gür, G., & Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
- Han, S. Y., Kim, H. Y., Lim, J. H., Cheon, J., Kwon, Y. K., Kim, H., . . . Chae, H. (2016). The past, present, and future of traditional medicine education in Korea. *Integr Med Res*, 5(2), 73-82. doi:10.1016/j.imr.2016.03.003.
- Haresnape, C. (2013). An exploration of the relationship between placebo and homeopathy and the implications for clinical trial design. *JRSM Short Rep*, 4(9), 2042533313490927. doi:10.1177/2042533313490927.
- Harris, P. E., Cooper, K. L., Relton, C., & Thomas, K. J. (2012). Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International journal of clinical practice*, 66(10), 924–939. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x
- Hls-Eu Consortium. (2012). Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU.
- Hori, S., Mihaylov, I., Vasconcelos, J. C., & McCoubrie, M. (2008). Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan. *BMC Complement Altern Med*, 8, 14. doi:10.1186/1472-6882-8-14.
- Huang, Y.-J., Chen, C.-T., Lin, G.-H., Wu, T.-Y., Chen, S.-S., Lin, L.-F., . . . Hsieh, C.-L. (2018). Evaluating the European health literacy survey questionnaire in patients with stroke: a latent trait analysis using Rasch modeling. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 11(1), 83-96.
- Hyland, M. E., Lewith, G. T., & Westoby, C. (2003). Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complement Ther Med*, 11(1), 33-38. doi:10.1016/s0965-2299(02)00113-9.
- İlgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- İlgaz, A., & Gözüm, S. (2016). Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(2), 67-77.
- İnkaya, B., & Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 7(3), 124-129.
- Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*, 14, 40. doi:10.1186/1471-2296-14-40.
- Jeong, S. H., & Kim, H. K. (2016). Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Educ Couns*, 99(11), 1880-1887. doi:10.1016/j.pec.2016.06.015.
- Jovic-Vranes, A., & Bjegovic-Mikanovic, V. (2012). Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns*, 89(1), 209-212. doi:10.1016/j.pec.2012.06.001.
- Kadıoğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32:47– 53.

Kalaycı, N. (2018). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamalarına etkisi.

Kamel Boulos, M., Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., ve Tsouros, A. (2013). Social media and mobile health (Chapter 13, under Part B: Taking action to create and strengthen health literacy-friendly settings). *Health Literacy: The Solid Facts. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe*, 63-67.

Karahancı, O. N., Öztoprak, Ü. Y., Ersoy, M., Ünsal, Ç. Z., Hayırlıdağ, M., ve Büken, N. Ö. (2015). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağı’nın karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2(2), 117-126.

Kaur, J., Hamajima, N., Yamamoto, E., Saw, Y. M., Kariya, T., Soon, G. C., . . . Sharon, S. H. (2019). Patient satisfaction on the utilization of traditional and complementary medicine services at public hospitals in Malaysia. *Complement Ther Med*, 42, 422-428. doi:10.1016/j.ctim.2018.12.013

Kersten, P., White, P. J., ve Tennant, A. (2011). Construct Validity of the Holistic Complementary and Alternative Medicines Questionnaire (HCAMQ)-An investigation using modern psychometric approaches. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2011, 396327. doi:10.1093/ecam/nep141.

Kim, T. H., Kang, J. W., Kim, K. H., Lee, M. H., Kim, J. E., Kim, J. H., . . . Hong, K. E. (2012). Cupping for treating neck pain in video display terminal (VDT) users: a randomized controlled pilot trial. *J Occup Health*, 54(6), 416-426. doi:10.1539/joh.12-0133-0a.

Ko, J. M., White, K. S., Kovacs, A. H., Tecson, K. M., Apers, S., Luyckx, K., ... & Cedars, A. M. (2018). Physical activity-related drivers of perceived health status in adults with congenital heart disease. *The American journal of cardiology*, 122(8), 1437-1442.

Koç, N. (2020). Tarım işçilerinin yaşam koşulları, sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve ilişkili faktörler. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Köse, B. (2021). Bireylerin sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: rize ilinde bir uygulama.

Köse, E., Oturak, G., & Ekerbiçer, H. (2021). Bir grup tıp fakültesi öğrencisinde geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutumu ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(2), 373-380.

Kraja, F., Këlliçi, I., & Çakërri, L. (2013). Determinants of self-perceived health status in population-based studies. *Albanian Medical Journal*, 2, 106-108.

Kretchy, I. A., Boadu, J. A., Kretchy, J. P., Agyabeng, K., Passah, A. A., Koduah, A., ve Opuni, K. F. (2021). Utilization of complementary and alternative medicine for the prevention of COVID-19 infection in Ghana: A national cross-sectional online survey. *Preventive Medicine Reports*, 24, 101633.

Kung, Y. Y., Hwang, S. J., Li, T. F., Ko, S. G., Huang, C. W., & Chen, F. P. (2017). Trends in global acupuncture publications: An analysis of the Web of Science database from 1988 to 2015. *J Chin Med Assoc*, 80(8), 521-525. doi:10.1016/j.jcma.2017.01.010.

Kutlu, A., & Gülşen, M. (2021). Homeopati kullanan kişilerin yaşam kaliteleri ve homeopatiye ilişkin görüşleri. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 4(1), 17-26.

Leite, A., Ramires, A., Moura, A. d., Souto, T., & Maroco, J. (2019). Psychological well-being and health perception: predictors for past, present and future. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46, 53-60.

León-González, R., García-Esquinas, E., Paredes-Galán, E., Ferrero-Martínez, A. I., González-Guerrero, J. L., Hornillos-Calvo, M., . . . Rodríguez-Artalejo, F. (2018). Health literacy and health outcomes in very old patients with heart failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 71(3), 178-184. doi:10.1016/j.rec.2017.06.010.

- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., ve Elhayany, A. (2016). The association of health literacy with health behavior, socioeconomic indicators, and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *J Health Commun, 21*(sup2), 61-68. doi:10.1080/10810730.2016.1207115.
- Li, Y. X., Xiao, X. L., Zhong, D. L., Luo, L. J., Yang, H., Zhou, J., . . . Jin, R. J. (2020). Effectiveness and safety of acupuncture for migraine: An overview of systematic reviews. *Pain Res Manag, 2020*, 3825617. doi:10.1155/2020/3825617.
- Lim, T.-K., Ma, Y., Berger, F., ve Litscher, G. (2018). Acupuncture and neural mechanism in the management of low back pain—an update. *Medicines, 5*(3), 63.
- Maniaci, M. J., Heckman, M. G., ve Dawson, N. L. (2008). Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clin Proc, 83*(5), 554-558. doi:10.4065/83.5.554
- Metin, Z. G., ve Ozdemir, L. (2016). The effects of aromatherapy massage and reflexology on pain and fatigue in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Pain Management Nursing, 17*(2), 140-149.
- Miri, M. R., Moghadam, H. M., Eftekhari, H., Yousefi, A., ve Norozi, E. (2020). Developing and validating the functional, communicative, and critical health literacy questionnaire among the iranian general population. *Oman Med J, 35*(2), e106. doi:10.5001/omj.2020.24.
- Misawa, J., Ichikawa, R., Shibuya, A., Maeda, Y., Hishiki, T., ve Kondo, Y. (2018). Social determinants affecting the use of complementary and alternative medicine in Japan: An analysis using the conceptual framework of social determinants of health. *PLoS One, 13*(7), e0200578. doi:10.1371/journal.pone.0200578.
- Moriconi, P. A., ve Nadeau, L. (2015). A cross-sectional study of self-rated health among older adults: association with drinking profiles and other determinants of health. *Current gerontology and geriatrics research, 2015*.
- Münstedt, K., & Männle, H. (2020). Apitherapy for menopausal problems. *Arch Gynecol Obstet, 302*(6), 1495-1502. doi:10.1007/s00404-020-05692-2
- Naghbi, A., Chalesghar, M., Kazemi, A., & Hosseini, M. (2017). Evaluation of health literacy level among 18-65 year-old adults in shahriar, Iran. *Journal of health research in community, 3*(2), 17-25.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., ve Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health, 15*, 505. doi:10.1186/s12889-015-1835-x
- Nitecka-Buchta, A., Buchta, P., Tabeńska-Bosakowska, E., Walczyńska-Dragoń, K., ve Baron, S. (2014). Myorelaxant effect of bee venom topical skin application in patients with RDC/TMD Ia and RDC/TMD Ib: a randomized, double blinded study. *Biomed Res Int, 2014*, 296053. doi:10.1155/2014/296053
- Noguchi, Y., Ueda, K., Fukumoto, K., Harada, K., Ueda, A., ve Wei, C.-N. (2015). Relationship between perceived health status and health practices in the general adult population in Japan. *Open Journal of Preventive Medicine, 5*(06), 280.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int, 15*(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Okumuş, M. (2016). Kupa Tedavisi ve Hacamat. *Ankara Medical Journal, 16*(4).
- Okuyan, C. B., & Caglar, S. (2019). Investigation of health literacy levels and health perceptions of nursing students: a cross-sectional study. *International Journal of Caring Sciences, 12*(1), 270.

Okyay, P., & Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOYTR). 24-41.

Onofri, A., Necozone, S., & Tozzi, E. (2020). Complementary and alternative medicine (CAM) in headache of children and adolescents: open-label Italian study. *Clin Ter*, 171(5), e393-e398. doi:10.7417/ct.2020.2246.

World Health Organization, (2014). Basic Documents. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>.

Owen-Smith, A., McCarty, F., Hankerson-Dyson, D., ve Diclemente, R. (2012). Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in African-Americans with acquired immune deficiency syndrome. *Focus Altern Complement Ther*, 17(1), 33-42. doi:10.1111/j.2042-7166.2011.01140.x.

Oyunchimeg, B., Hwang, J. H., Ahmed, M., Choi, S., ve Han, D. (2017). Complementary and alternative medicine use among patients with cancer in Mongolia: a National hospital survey. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 1-8.

Öcebe, D. K., Kolcu, M., ve Kadriye, U. (2019). Müzik terapi ve yaşlı sağlığı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 112-115.

Öner Küçük, M., ve Yaman, O. (2019). Tıbbi sülük terapisi (Hirudoterapi). *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 29-46.

Örnek, S. A., ve Kocatürk, E. (2021). Saç dökülmelerinde mezoterapi ve mikroigneleme. *Türkiye Klinikleri*, 63-68.

Özdemir, B. (2018). *Sağlık Algısı Ve Sağlık Kullanımı İlişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özdemir, Y. (2018). Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Kahramanmaraş ili örneği.

Özen Çetinel, Ö. (2021). *Sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Bir özel hastane zinciri örneği*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk, R., Şatır, D., ve Sevil, Ü. (2016). Jinekolojik kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları ve tutumlarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 22(3), 141-147.

Öztürk, Y. E., ve Kırış, R. (2019). Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382.

Palumbo, R., Annarumma, C., Adinolfi, P., Musella, M., ve Piscopo, G. (2016). The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*, 120(9), 1087-1094. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.007>.

Park, Y. L., Huang, C. W., Sasaki, Y., Ko, Y., Park, S., ve Ko, S.-G. (2016). Comparative study on the education system of traditional medicine in China, Japan, Korea, and Taiwan. *EXPLORE*, 12(5), 375-383. doi:<https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.004>.

Parker, J., Heinking, K. P., ve Kappler, R. E. (2012). Efficacy of osteopathic manipulative treatment for low back pain in euhydrated and hypohydrated conditions: a randomized crossover trial. *J Am Osteopath Assoc*, 112(5), 276-284.

Posadzki, P., Watson, L. K., Alotaibi, A., ve Ernst, E. (2013). Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med (Lond)*, 13(2), 126-131. doi:10.7861/clinmedicine.13-2-126.

- Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., Drew, B. L., ve Aldalaykeh, M. (2019). Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*, *19*(1), 1401. doi:10.1186/s12889-019-7781-2.
- Rai, P. K., Singh, A. K., Singh, O. P., Rai, N. P., ve Dwivedi, A. K. (2011). Efficacy of leech therapy in the management of osteoarthritis (Sandhivata). *Ayu*, *32*(2), 213-217. doi:10.4103/0974-8520.92589.
- Remondino, M., Valdenassi, L., ve Franzini, M. (2018). Pharmacoeconomic analysis of ozone therapy supported by agent based process simulation and data mining. *Ozone Therapy*, *3*(1).
- Rouquette, A., Nadot, T., Labitrie, P., Van den Broucke, S., Mancini, J., Rigal, L., ve Ringa, V. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLoS One*, *13*(12), e0208091.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S., & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *Copd*, *10*(1), 72-78. doi:10.3109/15412555.2012.727919.
- Safety, A. C. o., & Care, Q. i. H. (2015). *Health literacy: taking action to improve safety and quality*: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- Salah, A. O., Salameh, A. D., Bitar, M. A., Zyoud, S. H., Alkaiyat, A. S., & Al-Jabi, S. W. (2020). Complementary and alternative medicine use in coronary heart disease patients: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Complement Med Ther*, *20*(1), 231. doi:10.1186/s12906-020-03028-w.
- Samara, A. M., Barabra, E. R., Quzaih, H. N., ve Zyoud, S. H. (2019). Use and acceptance of complementary and alternative medicine among medical students: a cross sectional study from Palestine. *BMC Complement Altern Med*, *19*(1), 78. doi:10.1186/s12906-019-2492-x.
- Sançar, B., Canbulat, Ş., ve İlhan, S. (2017). Yara Bakımında kullanılan bitkisel yöntemler ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, *3*(2), 116-124.
- Santiago, R. J., Esteves, J. E., Baptista, J. S., Magalhães, A., ve Costa, J. T. (2022). Results of a Feasibility Randomised Controlled Trial of Osteopathy on Neck-Shoulder Pain in Computer Users. *Complement Ther Clin Pract*, *46*, 101507. doi:10.1016/j.ctcp.2021.101507.
- Schaeffer, D., Berens, E. M., ve Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population. *Dtsch Arztebl Int*, *114*(4), 53-60. doi:10.3238/arztebl.2017.0053.
- Schmidt, M. (2012). Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Global journal of health science*, *4*(4), 1.
- Seyyedrassoli, A., Ghahramanian, A., ve Rahimlou, Z. (2017). The Relationship between knowledge and attitude of patients with chronic diseases regarding complementary medicine. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *19*(5).
- Sezer, A., ve Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *17*(3).
- Sezer, Ö. (2015). Türkiye'de yeni parlayan bir integratif tıp yöntemi: homeopati. *Euras J Fam Med*, *4*(1), 1-6.
- Shaw, S. J., Armin, J., Torres, C. H., Orzech, K. M., ve Vivian, J. (2012). Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *J Health Commun*, *17 Suppl 3*(0 3), 67-81. doi:10.1080/10810730.2012.712623
- Shin, J. Y., Kim, S. Y., Park, B., Park, J. H., Choi, J. Y., Seo, H. G., ve Park, J. H. (2012). Predictors of complementary and alternative medicine use in cancer care: results of a nationwide multicenter survey in Korea. *Evid Based Complement Alternat Med*, *2012*, 212386. doi:10.1155/2012/212386.

- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Soykan, H. (2020). *Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık . . .
- Soylar, P., ve Kadioğlu, B. U. (2020). Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı ve obeziteyle ilişkili bazı davranışlarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(2), 270-276.
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., ve McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *J Health Commun*, 17 Suppl 3, 30-54. doi:10.1080/10810730.2012.713442.
- Steel, A., McIntyre, E., Harnett, J., Foley, H., Adams, J., Sibbritt, D., ... ve Frawley, J. (2018). Complementary medicine use in the Australian population: results of a nationally-representative cross-sectional survey. *Scientific reports*, 8(1), 1-7.
- Sürme, Y., ve Çürük, G. N. (2020). Yara bakımında fitoterapi: çay ağacı yağı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 35-41.
- Sykes, S., Wills, J., Rowlands, G., ve Popple, K. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, 13, 150. doi:10.1186/1471-2458-13-150.
- Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., Souza Júnior, P. R. B. d., Almeida, W. d. S. d., Lima, L. T. M. d., Malta, D. C., . . . Pereira, C. A. (2015). Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18, 33-44.
- Şahin, G. (2021). *Palyatif bakım hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün sağlık algısına etkisi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahin, N., Aydın, D., ve Berna, A. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Bütüncül Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 21-26.
- Şahin, S. (2017). Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(4).
- Şanal, N. (2021). Erişkinlerde sağlık okuryazarlığının geleneksel ve alternatif tıp yöntemleri tercihlerine etkisi. (*Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi*). YÖKTEZ, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Şen, S. K., ve Öztürk, Y. K. (2020). Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 175-183.
- Şensoy, N., Özdiñç, Ş., Yılmaz, O., Çetin, M., Dilara, T., Dođantekin, P., . . . Erden, B. (2020). Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına yönelik tutum ve davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 21(3), 258-263.
- Şimşek, B., Aksoy, D. Y., Basaran, N. C., Taş, D., Albasan, D., ve Kalaycı, M. Z. (2017). Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*, 15, 68-72.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 13.10.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Resmi Gazete. (2014, 27, Ekim). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 29158,3.

- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., ve Akalın, H. E. (2014). Sağlık okuryazarlığı araştırması.
- Tatar, M. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi.
- Tavousi, M., Haeri, M. A., Rafiefar, S., Solimanian, A., Sarbandi, F., Ardestani, M., . . . Montazeri, A. (2016). Health literacy in Iran: findings from a national study. *15*.
- Telli, A. (2020). Hipnoz ve bilimde kullanım alanları. *Journal of Medicine and Palliative Care*, *1*(4), 109-112.
- Temel, A. B., & Çimen, Z. (2015). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve ilişkili faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *33*(3), 105-125.
- Toygur, İ., Yeşilbalkan, Ö. U., Kürkütü, M., ve Aslan, A. (2020). Kanser hastalarının kemoterapiye bağlı kabızlıkla baş etmek için kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif ilaçlar. *Klinik uygulamada tamamlayıcı tedaviler*, *39*, 101108.
- Tözün, M., ve Sözen, M. K. (2015). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı health Literacy with Perspective of Public Health. *Smyrna Tıp Dergisi*, *2*, 48-54.
- Tütüncü, S., Taneri, P., Akış, N., Belek, İ., Yarış, E., Kalkan, Ş., . . . Özyemişçi Taşkıran, Ö. (2017). Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri.
- Uemura, K., Yamada, M., ve Okamoto, H. (2021). The effectiveness of an active learning program in promoting a healthy lifestyle among older adults with low health literacy: a randomized controlled trial. *Gerontology*, *67*(1), 25-35. doi:10.1159/000511357.
- Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü. (2010). Refleksoloji. <https://www.refleksoloji.com.tr/refleksoloji-nedir> adresinden 07.09.2020 tarihinde alınmıştır.
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*(603), 47-63.
- Ünal, M., & Dağdeviren, H. N. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Euras J Fam Med*, *8*(1), 1-9.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, çevre, sağlık ve hastalık, hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(1), 11-28.
- Ünver, H., Işık, K., ve Ünver, Z. (2022). Kadınların Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye Yönelik Tutumlarının Covid-19 Korkusuyla İlişkisi *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 183-192.
- Vogt, D., Schaeffer, D., Messer, M., Berens, E. M., ve Hurrelmann, K. (2018). Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int*, *33*(5), 739-747. doi:10.1093/heapro/dax012.
- Wang, X., Chen, Y., Liu, Y., Yao, L., Estill, J., Bian, Z., . . . Yang, K. (2019). Reporting items for systematic reviews and meta-analyses of acupuncture: the PRISMA for acupuncture checklist. *BMC Complement Altern Med*, *19*(1), 208. doi:10.1186/s12906-019-2624-3
- Wehbe, R., Frangieh, J., Rima, M., El Obeid, D., Sabatier, J. M., ve Fajloun, Z. (2019). Bee Venom: overview of main compounds and bioactivities for therapeutic interests. *Molecules*, *24*(16). doi:10.3390/molecules24162997
- Weiss, B., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A. Pignone, M.P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annual Family Medicine*, *3*, 514-22.

- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Williamson, A. (2019). What is hypnosis and how might it work? *Palliat Care*, 12, 1178224219826581. doi:10.1177/1178224219826581
- Wode, K., Henriksson, R., Sharp, L., Stoltenberg, A., ve Hök Nordberg, J. (2019). Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med*, 19(1), 62. doi:10.1186/s12906-019-2452-5
- Wong, K. K., Velasquez, A., Powe, N. R., ve Tuot, D. S. (2018). Association between health literacy and self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *BMC Nephrol*, 19(1), 196. doi:10.1186/s12882-018-0988-0
- Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., ve Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health*, 14(6). doi:10.3390/ijerph14060628.
- Yakar, B., Gömleksiz, M., ve Pirinççi, E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*, 8(1), 27-35.
- Yıldırım, D., ve Akman, Ö. (2019). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler dersinin hemşirelik öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*.
- Yıldırım, D., ve Baykal, D. (2020). Kanıt Temelli Fitoterapi Uygulamalarının İncelenmesi. *JAREN*, 6(3), 571-576.
- Yıldız, S., ve Yaşa Öztürk, G. (2014). Refleksoloji: temel ve klinik bilgiler. *Integr Tıp Dergisi*, 2(1), 26-42.
- Yılmaz, M., ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4).
- Yılmaz, S., Gur, A., Sultan Tuna, ve Daharlı, E. (2021). Acil poliklinik kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ilişkisinin incelenmesi: Kesitsel bir çalışma. *Journal of Anatolian Medical Research*, 6(3), 66-71.
- Youn, B. Y., Moon, S., Mok, K., Cheon, C., Ko, Y., Park, S., ... ve Ko, S. G. (2022). Use of traditional, complementary and alternative medicine in nine countries: A cross-sectional multinational survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 102889.
- Yücel, İ. (2021). *Meme kanseri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Kırklareli Üniversitesi.
- Yüksel, H. (2021). Tamamlayıcı tıp uygulamaları: Refleksoloji. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2(3), 56-66.
- Zhao, J. (2017). [Interpretation of acupuncture theory from acupuncture application]. *Zhongguo Zhen Jiu*, 37(10), 1115-1118. doi:10.13703/j.0255-2930.2017.10.024.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Tuba BAYDAN
Eğitim	
Lise	İstanbuluoğlu Anadolu Öğretmen Lisesi (2014)
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (2014-2018)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2019- Halen)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
-	

EKLER

EK-1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Anket No _____

1. Yaşınız _____

2. Cinsiyetiniz:

- (1) Kadın
- (2) Erkek

3. Eğitim düzeyiniz:

- (1) İlköğretim
- (2) Lise
- (3) Üniversite ve üzeri

4. Medeni durumunuz:

- (1) Evli
- (2) Bekâr
- (3) Ayrı yaşıyor
- (4) Boşanmış

5. Aile tipiniz:

- (1) Çekirdek aile
- (2) Geniş aile
- (3) Parçalanmış aile

6. Annenizin eğitim durumu nedir?

- (1) İlköğretim
- (2) Lise
- (3) Üniversite ve üzeri

7. Babanızın eğitim durumu nedir?

- (1) İlköğretim
- (2) Lise
- (3) Üniversite ve üzeri

8. Çalışma durumu

- (1) Çalışıyor
- (2) Çalışmıyor

9. Ailenizin maddi durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- (1) Gelir giderden fazla
- (2) Gelir gidere denk
- (3) Gelir giderden az

10. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- (1) İyi
- (2) Orta
- (3) Kötü

11. Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile (hastalık, aşı, reçete yazdırma, kontrol vb.) bir sağlık kuruluşuna son 1 ayda kaç defa başvurduunuz?

.....defa

12. Yaşadığınız sağlık sorunlarında genellikle hangi sağlık kurumuna gitmeyi tercih ediyorsunuz?

- (1) Aile sağlığı merkezi
- (2) Devlet hastanesi
- (3) Üniversite hastanesi
- (4) Özel muayenehane

13. Sağlık sorunlarınızda genellikle bu yeri tercih etme nedeniniz nedir?

- (1) Evimize yakın
- (2) Daha iyi hizmet/Laboratuvar olanağı
- (3) Diğer* (Acil başvuru, personel iyi davranıyor, sağlık güvencesi)

14. Genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinizi belirtir misiniz?

- (1) Memnunum
- (2) Fikrim yok
- (3) Memnun değilim

15. Hekim tanısı almış, düzenli ilaç kullanmanızı ya da kontrol altında olmanızı gerektiren/kronik hastalığınız var mı?

- (1) Evet (Lütfen aşağıda belirtin.)
- (2) Hayır

16. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- (1) Akciğer hastalığı (Astım, Bronşit vb.)
- (2) Kalp hastalığı
- (3) Kansızlık
- (4) Diyabet
- (5) Tiroit bezi hastalığı
- (6) Diğer.....

17. Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- (1) Var tane ilaç kullanıyorum
(2) Yok

18. Sağlıkla ilgili sizce en güvenilir bilgi kaynakları nelerdir?

- (1) Sağlık çalışanları
(2) Yazılı basın
(3) Radyo/TV
(4) İnternet
(5) Aile üyeleri
(6) Arkadaş
(7) Kitap/ Dergi/ Broşür
(8) Diğer.....

19. Başvurduğunuz herhangi bir sağlık kuruluşunda size eğitim/bilgi veren sağlık personellerinin size verdikleri bilgiler faydalı ve anlayabileceğiniz bir dilde oluyor mu?

- (1) Evet
(2) Hayır

20. Ne sıklıkla kitap okursunuz?

- (1) Hiç okumam
(2) Ara sıra
(3) Sık sık
(4) Her zaman

21. Yaşamınız boyunca herhangi bir nedenle Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemi (BTAT) kullandınız mı?

- (1) Evet
(2) Hayır

22. Yaşam boyu kullanılan BTAT sayısı

..... defa

23. Son 1 yıl içinde herhangi bir nedenle Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemi kullandınız mı?

- (1) Evet
(2) Hayır

24. Son 1 yılda kullanılan BTAT sayısı

.....defa

25. Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemleri hakkında bilgi edinilen kaynaklar?

- (1) Çevre (aile, arkadaş)
(2) Televizyon, internet
(3) Kitap, gazete
(4) Sağlık personeli (hemşire, hekim)

26. Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemlerini güvenli buluyor musunuz?

- (1) Güvenli buluyorum
(2) Kısmen güvenli buluyorum
(3) Güvenli bulmuyorum

27. Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemleri hakkında danışmanlık alma istiyor musunuz?

- (1) Evet
(2) Hayır

28. Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemlerini tercih etme nedenleriniz nedir?

- (1) Tavsiye edilmesi
(2) Çaresiz kaldıklarında
(3) İyileşme sürecini hızlandırmak için
(4) İlacın faydasız olduğunu düşünme
(5) Vücut direncini artırmak
(6) İlk rahatsızlandıkları zaman
(7) İlaçların yan etkisi
(8) Fazla ilaç içme durumunda
(9) Hastalığın ilerlemesini önlemek için
(10) Hastalık tekrar ettiği zaman
(11)Diğer.....

29. Ailenizin kültürel yapısında Bütüncül/Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yöntemleri kullanılmakta mı?

- (1) Evet
(2) Hayır

EK-2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (T-SOY32)

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY-32)	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
1. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3. Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6. Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8. Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9. Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10. Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11. İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12. Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13. Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14. Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15. Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16. Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili					

sağlık uyarılarını anlamak					
22. Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24. İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25. Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27. Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28. Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29. Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30. Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31. Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32. Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK-3. Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ)

İfadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Pozitif düşünmek küçük hastalıkları yenmenize yardımcı olabilir.						
2. Tamamlayıcı tıp klasik doktorlarca kabul edilmeden önce daha bilimsel testlere tabi tutulmalı.						
3. İnsanlar stresli olduklarında vücutları hâlihazırda bununla yeteri kadar uğraştığı için kendi hayat tarzları ile ilgili diğer konulara daha fazla dikkat etmeleri önemli hale gelir (yani sağlıklı beslenme)						
4. Tamamlayıcı tıp insanların tam bir tedavi almasını önleyerek tehlikeli olabilir.						
5. Bir hastalığın bulguları depresyon nedeniyle daha da artabilir.						
6. Tamamlayıcı tıp yalnızca geleneksel tıp hiçbir çözüm sunamadığı zaman son çare olarak kullanılabilir.						
7. Eğer insanlar bir dizi stresli olay yaşarsa muhtemelen hasta olurlar.						
8. Doktora gitmeden önce tamamlayıcı tıp denemeye değer.						
9. Tamamlayıcı tıp yalnızca küçük rahatsızlıklarda kullanılmalı daha ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılmamalı.						
10. Sağlıklı olmak için çalışma ve dinlenme arasında denge kurmak önemlidir.						
11. Tamamlayıcı tıp vücudun kendi savunmasını güçlendirerek kalıcı tedaviye yardım eder.						

EK-4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

İfadeler	Çok Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.					
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur					
4. Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur					
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum					
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım					
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12. Sağlıklı olmak şans işidir.					
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim					
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

EK-5. Etik Kurul Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Balıkesir Kent Merkezinde Bir Bölgede Yaşayan Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler"			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ	Çiğir Yolu/İskele Üstü Yolu Üzeri, 10145 BALIKESİR			
	TELEFON	266 612 34 61-6797			
	FAKS				
	E-POSTA	hukuk.etik@balikesir.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Celalettin ÇEVİK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	BALIKESİR			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek almıştır işi)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	-ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Genelinsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tarama cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>				
Diger ise belirtiniz:					
-ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı/Prof.Dr.Fuat EREL İmza:					
Not: Etik kurul belgesi, imzaların her birinin her sayfasına özenle atılmalıdır.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Balıkesir Kent Merkezinde Bir Bölgede Yaşayan Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler"
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yerleşim Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SECURITA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GOVVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	Diğer	<input type="checkbox"/>				
KARAR BELGELERİ	Karar No:2020/159	Tarih: 23.09.2020	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dayalı ile ilgili belgeler değerlendirilmiştir. Sağlık, ahlak, yalıtım ve yöntemler dâhilinde bilimsel metodoloji ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/pilaymanın bapvarı doayında belirlenen merkezlerden alın alınması partyle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel olarak bulunmuşlarına saptanmış karın etik kurul üye üm serivene yetkililiği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmaları yapıyorlar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyileştirici Klinik Uygulamaları Kanunu.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gülten ERKEN	Fizyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Eren ALTUN	Patoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Elif AKSÖZ	Tabii Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı B01H00	Balıkesir KEAS Organize Sarayı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av.Erman ARDA	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Araştırma	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Serhat ALDEMİR	Emekli		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasız yer almasıyla her sayfaya imza atmalıdır.

EK-6. Valilik İzin Formu



T.C.
KARESİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

DAĞITIMLI
27/11/2020

Sayı : E-29459337-492-4929
Konu : Tez Çalışma İzni (Tuba Baydan)

Sayın Tuba BAYDAN
2. Sakarya Mahallesi Gülen Sokak No: 23
Karesi/BALIKESİR

- İlgi : a) Balıkesir Valiliği İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün 20.10.2020 tarihli ve 96450617-492/18288 sayılı yazısı.
b) Kaymakamlık Makamının 23.10.2020 tarihli ve 29459337-020-4625 sayılı olur.
c) Kaymakamlık Makamının 27.11.2020 tarihli ve 29459337-020-4924 sayılı olur.

Valiliğimiz İl Yazı İşleri Müdürlüğü'nün ilgi (a) yazısı ekinde alınan dilekçenizde; "Balıkesir Kent Merkezinde Bir Bölgede Yaşayan yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışmasına esas anket çalışması yapma talebiniz incelenmiş olup İlçemiz Hükümet Konağına gelen vatandaşlar ile polis noktasında Covit 19 tedbirleri kapsamında sosyal mesafeye, maske ve hijyen kurallarına dikkat edilerek anket çalışması yapabileceğinize ilgi (b) olur ile izin verilmiş, bahse konu tez çalışmasının gerek görülmesi halinde ilçemiz genelinde yapılması hususunda Kaymakamlık Makamının ilgi (c) Olur'u ile izin verilerek yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

Abdulkadir DEMİR
Kaymakam

Ek: İlgi (c) olur.

DAĞITIM :
Gereği:
Sayın Tuba BAYDAN
2. Sakarya Mahallesi Gülen Sokak No: 23
Karesi/BALIKESİR

Bilgi:
BALIKESİR VALİLİĞİNE
(İl Yazı İşleri Müdürlüğü)

Evrakın 5070 Sayılı Kanun gereğince
E-İmza ile imzalandığı tasdik olunur
27.11.2020

İmza ve Soyadı:
İmzası :
İmzası :

*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (B9asQT-aCqQHg-1OX6rr-KJ++ho-dZ5x9PCD) kodunu yazınız.

Eskikuyumcular Mahallesi Yeşilyol Sokak No:14
Telefon No: (266)246 57 21 Faks No: (266)246 26 54
e-Posta: karesi@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.karesi.gov.tr>

Bilgi için: Akın Gökhan DEMİR
Veri Hazırlama Ve Kont.İşletmeni
Telefon No:

EK-7. Ölçek Kullanım İzinleri

1. TSOY-32 Ölçeği



PINAR OKYAY
pinarokyay@adu.edu.tr

Kime: Siz tubabaydan@outlook.com
9 Şubat Çarşamba, 21:45



TSOY32
DOCX - 20 KB

Merhaba Sevgili Tuba,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.
SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.

Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

filizabaci@yahoo.com

Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.

Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.

Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.

Umarım yeterli olur.

Selamlar.

Pınar

2. BTATÖ



BEHİCE ERCİ
behice.erci@inonu.edu.tr

Kime: Siz tubabaydan@outlook.com
20 Aralık 2021 Pazartesi, 16:01



HCAM Scale
DOC - 38 KB

Sayın Tuba Aydın

Bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ölçeği ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ektedir.

İyi çalışmalar.

Prof. Dr. Behice Erci

3. Sağlık Algısı Ölçeği



Hasibe Kadioğlu
Siz kişisine

19 Ara



sağlık algisi ölçeği
DOC - 46 KB

2021-12-19 18:17, Tuba BAYDAN yazmış:

- > Değerli hocam, ben Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri
- > Enstitüsü Halk Sağlığı alanı yüksek lisans öğrencisi Tuba
- > Baydan. Yüksek lisans tezimde güvenilirlik ve geçerlilik
- > çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlık Algısı Ölçeği"
- > isimli ölçeği izninizle kullanmak istiyorum. Ölçeği ve
- > puanlandırılmasını gönderirseniz çok sevinirim. Teşekkür eder
- > iyi çalışmalar dile

Merhaba,

Elbette ki ölçeği kullanabilirsiniz çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Hasibe Kadioğlu



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

Balıkesir Üniversitesi
(0 266) 612 14 62
Tıp Fakültesi Dekanlık Binası
sagbilen@balikesir.edu.tr
Çağış Yerleşkesi/BALIKESİR
<http://www.balikesir.edu.tr>

