



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI HAKKINDA GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammet Emre Esen

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL / 2025





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI HAKKINDA GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Muhammet Emre Esen

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2025

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yol göstericiliği ve kıymetli katkılarıyla sürecime ışık tutan saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e;
Tez sürecimde desteğini ve emeğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle katkı sağlayan Uzm. Dr. İlknur Demir'e;
Eğitimim boyunca bilgi ve destekleriyle yanımda olan tüm değerli hocalarıma, birlikte çalıştığım kıymetli uzman ve asistan arkadaşlarıma, Aile Hekimliği çalışanlarına;
Tez yazım sürecinde bana rehber olan ve hazırladığı bilgilendirici kılavuzdan çok faydalandığım Dr. Ziya Köseoğlu'na;
Çalışmaya katılım göstererek anketi doldurmak suretiyle araştırmama katkı sağlayan hasta ve yakınlarına;
Her zaman yanımda olup sevgileri ve destekleriyle bana güç veren kıymetli anneme, babama ve kardeşime;
Hayatımın en büyük motivasyon kaynağı olan, bana huzur ve mutluluk veren sevgili kızım Gülce Esen'e ve her daim yanımda olan, sabrıyla ve sevgisiyle bana destek olan değerli eşim Büşra Solak Esen'e içtenlikle teşekkür ederim.

Dr. Muhammet Emre Esen

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GETAT : Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
KISALTMALAR ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLO LİSTESİ vi
ŞEKİL LİSTESİ viii
ÖZET ix
ABSTRACT xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP TANIMI 3
2.2. DÜNYADA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP 4
2.3. TÜRKİYE'DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP 5
2.4. AİLE HEKİMLİĞİ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP 6
2.5. TÜRKİYE'DE UYGULANAN BAZI GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ 7
2.5.1. Akupunktur 7
2.5.2. Aromaterapi 8
2.5.3. Yoga ve Meditasyon 9
2.5.4. Refleksoloji 10
2.5.5. Ozon 11
2.5.6. Homeopati 11
2.5.7. Kupa Uygulaması 12
2.5.8. Sülük 13
2.5.9. Hipnoz 14

2.5.10. Mezoterapi 15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 16
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI 16
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM 16
3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ 16
3.4. ARAŞTIRMADA DIŞLANMA KRİTERLERİ 16
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI 17
3.6. ETİK 17
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 17
4. BULGULAR 18
5. TARTIŞMA 49
5.1. GENEL EĞİLİM 49
5.1.1. Ebeveyn Kullanımının Etkisi 50
5.1.2. Kronik Hastalık Varlığı 50
5.1.3 Uluslararası Karşılaştırmalar 51
5.2. YÖNTEM TERCİHLERİ 51
5.2.1. Bilinen Yöntemler 52
5.2.2. Uygulayıcı Tercihi 52
5.3. DEMOGRAFİK VERİLER 53
5.3.1. Yaşın Etkisi 53
5.3.2. Eğitim Düzeyi 54
5.3.3. Meslek ve Gelir 54
5.3.4. Çocuk Sayısı 55
5.4. BİLGİ KAYNAĞI 55
5.4.1. Yöntem Farkındalığı 56
5.5. GENEL DEĞERLENDİRME 57

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59
KAYNAKLAR 62

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri 18
Tablo 2. Katılımcıların GETAT Uygulamalarına İlişkin Görüşleri 19
Tablo 3. Katılımcıların GETAT Yöntemleri Hakkında Çocukluk Çağı Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları 21
Tablo 4. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Kendi Kullanım Durumları 22
Tablo 5. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Çocukları İçin Kullanım Durumları. 24
Tablo 6. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Çocukları İçin Kullanma Eğilimleri. 25
Tablo 7. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Kendi Kullanma Eğilimleri 27
Tablo 8. GETAT Bilgi Düzeyi ve "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre Ebeveyn Yaşlarının Karşılaştırılması 29
Tablo 9. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveyn Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması 30
Tablo 10. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveyn Mesleklerinin Karşılaştırılması 31
Tablo 11. GETAT Bilgi Düzeyi ve "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre Ebeveynlerin Gelir Düzeylerinin Karşılaştırılması 32
Tablo 12. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveynlerin Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması 34
Tablo 13. Tedavi Tercihi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Çocuğa Ait Kronik Hastalık Durumunun Karşılaştırılması 36
Tablo 14. "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre GETAT Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması 37
Tablo 15. Çocukluk Çağı GETAT Uygulamaları Hakkında Bilgi Durumunun GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması 38
Tablo 16. Katılımcıların Çocukları İçin GETAT Yöntemi Kullanım Durumlarının GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması 40
Tablo 17. Katılımcıların Çocukları İçin GETAT Yöntemlerini Kullanma Eğilimlerinin GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması 41
Tablo 18. Katılımcıların Kendi Kullanım Eğilimlerinin GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması 43

Tablo 19. Katılımcıların GETAT Uygulayıcı Tercihlerinin “Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?” Görüşüne Göre Karşılaştırılması 45
Tablo 20. Ebeveyn Yaşlarının Tedavi Tercihlerine Göre Karşılaştırılması..... 46
Tablo 21. Ebeveynin cinsiyetine göre ‘Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?’ Görüşüne Göre Karşılaştırılması..... 47

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Ebeveynlerin gelir düzeylerinin GETAT bilgi düzeyine göre karşılaştırılması. 33
Şekil 2. Katılımcıların çocuk sayısına göre "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı 36
Şekil 3. Çocuğa ait kronik hastalık durumuna göre ebeveynlerin tedavi tercihleri ve "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı..... 37
Şekil 4. Katılımcıların GETAT bilgi düzeyine göre kendileri için GETAT yöntemlerini kullanma eğilimleri 45
Şekil 5. Ebeveyn yaşlarının tedavi tercihlerine göre dağılımı 47

ÖZET

Amaç:

1–6 yaş aralığında çocuğu bulunan ebeveynlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek; çocuklarda GETAT kullanım sıklığını ve bunun ebeveynlerin kendi kullanımı, sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık varlığı ile ilişkisini incelemek.

Gereç ve Yöntem:

Kesitsel-tanımlayıcı bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde Eylül–Ekim 2025'te yürütüldü. Evreni kliniğe başvuran 1–6 yaş çocuğu olan ebeveynler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü G*Power ile en az 172 hesaplandı; çalışmaya 182 ebeveyn dâhil edildi. Yüz yüze uygulanan anket; sosyodemografik özellikler, çocuğun sağlık durumu, GETAT'a yönelik bilgi-tutum ve kullanım sorularını içerdi. Veriler tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare/Fisher testleriyle analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular:

Ebeveynlerin GETAT'ı kendileri için kullanım oranı %65,4, çocukları için kullanım oranı %31,3'tür. Tedavide reçeteli ilaçlarla birlikte GETAT'ı tercih oranı %51,6 ile ilk sırada, yalnız ilaç kullanımı %38,5 ile ikinci sıradadır. Çocuklarda GETAT'a onay %59,3 oranındadır. Karşı çıkanların başlıca gerekçeleri "etkisiz olduğunu düşünme" ve "yan etki endişesi"dir. Uygulayıcı tercihinde %76,9 oran ile sertifikalı hekim öne çıkmaktadır. Daha yüksek eğitim düzeyi ve çocukta kronik hastalık varlığı, çocukta GETAT kullanma eğilimiyle ilişkili bulunmuştur.

Sonuç:

Bulgular, birinci basamakta pediatrik GETAT için kanıta dayalı ve aileye özgü danışmanlığın verilmesi gerektiğini göstermektedir. Her çocuk izlemi ve muayenesinde GETAT kullanımının düzenli olarak sorgulanması; olası ilaç etkileşimleri ile endikasyon/kontrendikasyonlar hakkında bilgilendirme yapılması önemlidir. Yönlendirmeler yalnızca sertifikalı uygulayıcılara yapılmalıdır. Danışmanlık içeriği ebeveynin eğitim düzeyi ve çocuğun klinik özelliklerine göre uyarlanmalıdır. Kronik hastalığı olan çocuklarda ilgili branşlarla iş birliğinin

güçlendirilmesi önem arz etmektedir. Yan etkilerin düzenli kaydı sağlanmalıdır. Gelecekte çok merkezli, prospektif çalışmalarla birinci basamakta verilen GETAT danışmanlığının klinik sonuçlar, hasta-ebeveyn memnuniyeti ve yan etki bildirimi üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Çocuk, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

ABSTRACT

Aim:

To evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of parents of children aged 1–6 years regarding Traditional and Complementary Medicine; to determine the frequency of use in children; and to examine its relationship with parental use, sociodemographic factors and chronic disease.

Materials and Methods:

This cross-sectional, descriptive study was conducted at the University of Sağlık Bilimleri Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Family Medicine Clinic, in September–October 2025. Parents of children aged 1–6 years who presented to the clinic were included. The minimum sample size was 172 (G*Power); 182 parents participated. A face-to-face questionnaire covered sociodemographic data, the child's health status, and knowledge, attitudes and use regarding Traditional and Complementary Medicine. Descriptive statistics and chi-square/Fisher's exact tests were used ($p<0.05$).

Results:

Parents' own use of Traditional and Complementary Medicine was 65.4%, and use for their children was 31.3%. Combining Traditional and Complementary Medicine with prescribed medicines ranked first at 51.6%; using medicines alone ranked second at 38.5%. Approval of its use in children was 59.3%. Opposition mainly reflected beliefs of ineffectiveness and concerns about adverse effects. Certified physicians were preferred as practitioners at 76.9%. Higher parental education and the presence of chronic disease in the child were associated with willingness to use Traditional and Complementary Medicine in children.

Conclusion:

Evidence-based, family-specific counseling on pediatric Traditional and Complementary Medicine should be provided in primary care. At every child visit, clinicians should inquire about use and give structured information on potential drug interactions and indications/contraindications. Referrals should be limited to certified practitioners. Counseling should be tailored to parental education and the child's clinical profile; collaboration with relevant specialties should be strengthened in

chronic conditions, and adverse effects should be systematically recorded. Multicenter, prospective studies should assess the impact of such counseling on clinical outcomes, parent–patient satisfaction and adverse event reporting.

Keywords: Family Medicine, Child, Traditional and Complementary Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalık olgusu insanlık tarihiyle yaşıttır. İnsan toplulukları, yüzyıllar boyunca hastalıkları tanımlamak, tedavi etmek ve önlemek için farklı yollar aramış; bu arayışın ürünü olarak doğadan ve deneyimden beslenen, kuşaktan kuşağa aktarılan ve bugün "geleneksel tıp" olarak adlandırılan geniş bir bilgi ve uygulama birikimi ortaya çıkmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), geleneksel tıbbı "fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisi ile sağlığın korunmasında kullanılan, kültüre özgü uygulamaların bütünü" olarak tanımlar (1). Güncel literatürde bu uygulamalar modern tıpla birlikte kullanıldığında "tamamlayıcı tıp", modern tedavilerin yerine ikame edildiğinde ise "alternatif tıp" olarak anılmaktadır (1). Türkiye'de ve dünyada en yaygın kullanılan ifade ise geleneksel ve tamamlayıcı tıptır.

Son yıllarda GETAT'a ilgi belirgin biçimde artmaktadır; bunda yaşam süresinin uzamasına bağlı kronik hastalıkların çoğalması, modern tedavilerin yan etkilerine ilişkin kaygılar, ilaçlara duyulan güvensizlik, sağlık sistemlerindeki yoğunluk, artan maliyetler ve kültürel-dini etkenler etkili olmaktadır (2,3). DSÖ'nün 2014–2023 Geleneksel Tıp Stratejisi, bu yöntemlerin güvenli, etkili ve nitelikli biçimde sunulabilmesi için ulusal sağlık sistemlerine entegrasyonun önemini vurgular (4). Nitekim pek çok ülkede GETAT uygulamaları sağlık hizmetlerine dâhil edilmiş; bazı yerlerde sigorta kapsamına alınmış, bazılarında ise yalnızca hekimler tarafından uygulanması koşulu getirilmiştir (5).

Türkiye'de geleneksel tıpa ilişkin ilk yasal düzenleme, 1991'de yayımlanan "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği"dir (6). Bunu takiben 2012'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş; 2014'te "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yürürlüğe girerek çerçeveyi bütüncül biçimde tanımlamıştır. Bu yönetmelikle fitoterapi, akupunktur, sülük tedavisi, kupa uygulaması, ozon tedavisi, mezoterapi, proloterapi, homeopati ve refleksoloji başta olmak üzere toplam 15 yöntem resmiyet kazanmıştır. Ayrıca uygulamaların yalnızca bu alanda eğitim almış ve sertifikalandırılmış hekimlerce yapılabileceği açıkça belirtilmiş; böylece merdiven altı uygulamaların önüne geçilmesi amaçlanmıştır (7,8). Bu düzenleyici çerçevenin

sahadaki karşılığını anlamak, özellikle ailelerin sağlıkla ilgili karar süreçleri açısından ayrı bir önem taşımaktadır.

Nitekim Türkiye'de GETAT uygulamalarının tarihsel ve yasal çerçevesi şekillenirken, bu yaklaşımların günlük yaşamda nasıl karşılık bulduğu da dikkat çekmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığına ilişkin kararları kritik öneme sahiptir. Literatür, ebeveynlerin kendi GETAT kullanımının çocuklarına da yansıdığını ve eğitim, gelir, yaş gibi sosyodemografik özelliklerin çocuklarda GETAT kullanımını etkilediğini göstermektedir (9). Öte yandan, çocukta kronik hastalık varlığı ailelerin tamamlayıcı yöntemlere yönelmesinde güçlü bir belirleyicidir (10,11). Orhan ve arkadaşlarının 1–16 yaş arası astımlı çocuklarda yaptığı çalışmada, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranı %49 olarak saptanmış; bir yıl önceki oran ise %38 olarak bildirilmiştir (12). Bu bulgu, çocuklarda GETAT kullanımının zaman içinde artabileceğine işaret etmektedir. Ancak uygulamaların çoğu zaman hekim bilgisi dışında yürütülmesi, güvenlik ve etkinlik açısından kayda değer riskler doğurmaktadır (9,13–15).

Aile hekimliği disiplini, bütüncül yaklaşımı ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki merkezi konumu nedeniyle bu alanda özel bir önem taşır (16). Toplumun ilk başvuru noktası olmaları, aile hekimlerine ebeveynlerin GETAT'a ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirme ve doğru bilgilendirme sorumluluğu yükler. Bu çerçevede, çocuklarda GETAT kullanımının sıklığı ve yöntemlerinin yanı sıra ebeveynlere ait belirleyicilerin ortaya konulması hem klinik uygulamalara hem de sağlık politikalarına yön verecek değerli kanıtlar sağlayacaktır.

Bu çalışmanın temel amacı, 1–6 yaş aralığında çocuğu bulunan ebeveynlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir. Çalışmada ayrıca, çocuklarda GETAT kullanım sıklığının ebeveynlerin kendi GETAT kullanım durumlarıyla olan ilişkisi, ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin çocuklarda GETAT kullanımına etkisi ve çocuklarda kronik hastalık varlığının bu yöntemlerin tercih edilmesinde belirleyici bir unsur olup olmadığı araştırılmaktadır. Böylece ebeveynlerin sağlık kararlarının çocuklara nasıl yansıdığı ve toplumda GETAT uygulamalarına yönelik güncel eğilimlerin görünür kılınması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP TANIMI

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, insanlık tarihiyle yaşıt bir birikime dayanır; farklı kültürlerin bilgi, inanç ve deneyimlerinden ortaya çıkan uygulamaların bütününü kapsar (17). DSÖ, geleneksel tıbbı; fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisi ile sağlığın korunmasında kullanılan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı olarak tanımlamaktadır (18). Bu tanım, geleneksel tıbbın yalnızca tedavi edici uygulamalarla sınırlı olmadığını; koruyucu sağlık yaklaşımını da içerdiğini ortaya koymaktadır (18).

Kavramların pratikteki karşılığı, literatürde kullanılan terminolojiyle daha da berraklaşmaktadır. DSÖ, bir ülkenin modern tıp uygulamalarının parçası olmayan ve ana akım sağlık sistemine tam olarak entegre edilmemiş uygulamaları "tamamlayıcı tıp" ve "alternatif tıp" başlıkları altında ele alır (4). Ulusal Tamamlayıcı ve Entegratif Sağlık Merkezi (NCCIH)'ne göre modern tıpla birlikte kullanılan yöntemler "tamamlayıcı tıp", modern tedavilerin yerine ikame edilenler ise "alternatif tıp"tır. Son yıllarda öne çıkan "integratif tıp" yaklaşımı ise etkinliği kanıtlanmış GETAT yöntemlerinin modern tıpla birlikte, hastayı biyopsikososyal bütünlük içinde ele alacak şekilde uygulanmasını hedefler (19). Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM) da benzer biçimde GETAT'ı; sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi ve tedavisi amacıyla, tek başına ya da modern tıpla birlikte uygulanabilen çeşitli sağlık hizmetlerinin bütünü olarak tanımlar (20).

Tanımlar ortak bir zemin sunsa da, uygulamaların yaygınlığı ve tercihleri coğrafyaya göre belirgin biçimde değişir (21). Ülkeler arasında olduğu gibi aynı ülke içindeki bölgeler arasında da kültürel değerler, dini inanışlar, sosyoekonomik koşullar ve bölgesel sağlık sorunları doğrultusunda önemli farklılıklar gözlenir (21).

Küresel tabloya paralel olarak, Türkiye'de GETAT'a ilişkin ilk yasal düzenleme 1991'de yapılmış; 2014'te yürürlüğe giren yönetmelikle toplam 15 yöntem resmiyet kazanmış ve uygulamaların yalnızca eğitim almış sertifikalı hekimlerce yapılacağı hükme bağlanmıştır (6,8).

Bu bütüncül çerçeve, GETAT'ın modern tıp yanında konumlandığını; temel amacın insan sağlığını korumak, mevcut tedavileri desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (1,20).

2.2. DÜNYADA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, günümüzde dünyanın birçok bölgesinde sağlık sistemlerinin kayda değer bir bileşeni konumundadır (22). Gelişmiş ülkelerde kullanım oranları %40–70 aralığındayken, gelişmekte olan ülkelerde %80–90 düzeylerine çıkmaktadır (23). Uzak Doğu, GETAT uygulamalarının en yaygın görüldüğü coğrafyaların başında gelmektedir (24). Çin'de sağlık kurumlarının %90'ından fazlasında modern ve geleneksel tıp birlikte sunulmakta olup en yaygın uygulama akupunkturdur (24). Ayrıca ülkede 350 binden fazla sağlık çalışanı ile binlerce sağlık kurumu bu alanda hizmet sunmaktadır (24). Benzer biçimde, Japonya'da hekimlerin %70'ten fazlası bitkisel tıp olarak bilinen Kampo'yu uygular; ayrıca akupunktur ve masaj gibi yöntemler de kullanılmaktadır (24). Kore'de ise geleneksel tıp, sağlık sistemi içinde hemşirelik ve diş hekimliğiyle benzer bir mesleki statüye sahiptir; toplumun büyük bölümü (yaklaşık %86) bu hizmetlerden yararlanmaktadır (25). Hindistan'da Ayurveda, Siddha, Yoga, Naturopati ve Homeopati gibi geleneksel sistemler yüzyıllardır bir arada uygulanmaktadır (26). Nüfusun yaklaşık %70'inin kırsal bölgelerde yaşıyor olması, bu yöntemlerin geniş kitlelerce benimsenmesini kolaylaştırmış ve zamanla ulusal sağlık hizmetlerinde kurumsal bir yer edinmesine zemin hazırlamıştır (26). Ayrıca, geleneksel tıp uygulamaları sağlık sigortası kapsamına dâhil edilmiştir (26). Bu doğrultuda Hindistan hükümeti, GETAT'ın düzenlenmesi ve yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla AYUSH adlı özel bir bakanlık kurmuştur (27). Afrika ülkelerinde halkın %60–90 oranında GETAT'a başvurduğu; özellikle kırsal bölgelerde yerel şifacıların temel sağlık hizmeti sağlayıcısı olmayı sürdürdüğü bildirilmektedir (28,29).

Avrupa'da ise GETAT uygulamalarına yönelik yaklaşım, ülkeden ülkeye belirgin farklılıklar göstermektedir (30). Orta ve Güney Avrupa'da uygulamalar çoğunlukla hekimlerce yürütülürken, Kuzey Avrupa'da bağımsız meslek grupları daha etkindir (30). Kıta genelinde yaklaşık 180 bin hekimin GETAT alanında bilgi ve beceri sahibi olduğu tahmin edilmektedir (30). Almanya ve İsviçre gibi ülkelerde kullanım

oranları %40'a ulaşırken, en yaygın tercih edilen yöntem masaj terapisi ve bitkisel tedavilerdir (17).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'lardan itibaren GETAT uygulamalarına ilgi artmış, 1998'de Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi kurulmuş ve daha sonra bu kurum Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH) adını almıştır (31). Ülkede en sık tercih edilen uygulamalar arasında bitkisel ürünler, kayropraktik ve yoga/meditasyon öne çıkmaktadır (32).

Dünya Sağlık Örgütü, GETAT'ın güvenli ve etkili şekilde uygulanabilmesi için küresel ölçekte stratejiler geliştirmiştir (17). Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023" raporunda GETAT'ın ulusal sağlık sistemlerine entegrasyonu, güvenlik standartlarının oluşturulması ve bilimsel araştırmaların desteklenmesi temel hedefler arasında yer almıştır (1). DSÖ'nün 2019 raporuna göre, GETAT kullanım oranları Afrika'da %87, Amerika'da %80, Avrupa'da %89, Güneydoğu Asya'da %91 ve Batı Pasifik'te %93'tür (5).

2.3. TÜRKİYE'DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

Türkiye'de GETAT alanındaki düzenleyici süreç, 1991'de yayımlanan "Akupunktur Tedavi Yönetmeliği" ile başlamıştır (3). Bu ilk düzenleme; uygulama usul ve esaslarını, denetim mekanizmasını, yetkili kişi ve kurumları tanımlamış, ilerleyen yıllarda da akupunktur eğitim programını şekillendirecek bir bilimsel kurulun oluşmasına zemin hazırlamıştır (3).

2012'de Sağlık Bakanlığı bünyesinde GETAT'tan sorumlu daire başkanlığı kurulmuş, 2014'te isim güncellemesi yapılmış ve Ekim 2014'te GETAT Yönetmeliği yayımlanarak kuruluşun amaç, yetkilendirme ve uygulama yerleri ayrıntılandırılmıştır (33). 2014 Yönetmeliği, akupunkturdan apiterapiye, fitoterapiden proloterapiye uzanan toplam 15 yöntemi resmen tanımlamış ve bu uygulamaların hangi koşullarda yapılabileceğini belirlemiştir (7,17) . Buna göre uygulama yetkisi öncelikle hekimlere verilmiştir. Belirli koşullarda diş hekimleri ve eczacılar da yetkilendirilmektedir. "Uygulama Ünitesi" ve "Uygulama Merkezi" tanımları yapılmıştır. Eğitimlerin standartlaştırılması için bir bilimsel komisyon oluşturulmuştur (8). Aynı yıl, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı çatısı altında Türkiye GETAT Enstitüsü kurulmuş;

enstitü, kanıta dayalı bir yaklaşımla GETAT'ın modern tıpla uyumlu biçimde entegre edilmesini ve halk sağlığına katkı sağlamasını hedeflemiştir (3).

2018'de İstanbul'da, DSÖ'nün de katılımıyla ilk uluslararası GETAT kongresi düzenlenmiş ve yaklaşık 50 ülkeden katılım gerçekleşmiştir (34). Mart 2019'da yayımlanan "GETAT Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik", insanlar üzerinde yürütülecek çalışmaların usul ve esaslarını belirlemiş ve gönüllü haklarının korunmasına ilişkin hükümleri tanımlamıştır (35). 2019–2023 Stratejik Plan'da, GETAT alanında sunulan ürün ve hizmetlerin güvenliğini artırmak ve uygulama standartlarını tutarlı hâle getirmek hedeflenmiştir. Bu amaçla merkez ve ünite sayısının artırılması ile kapsamlı ve işlevsel denetim mekanizmalarının oluşturulması önceliklendirilmiştir (36).

Sağlık Bakanlığı'nın 2 Temmuz 2025'te güncellediği resmî verilere göre, Türkiye genelinde 83 sağlık kuruluşunda GETAT uygulamaları yürütülmektedir (37). Kullanım sıklığına ilişkin çalışmalar geniş bir aralık bildirmektedir. 2014'te yürütülen nüfus temelli bir çalışmada katılımcıların %60,5'inin en az bir GETAT yöntemini kullandığı bildirilmiştir (38). 2015'te Kayseri'de yapılan bir araştırmada ise bu oran %65,8 olarak saptanmıştır (39).

Uygulamada geri ödeme ve kayıt süreçlerinde çeşitli sorunlar öne çıkmaktadır. 6552 sayılı Kanun ile 5510 sayılı Kanun'da yapılan düzenlemeler nedeniyle pek çok işlemin bedeli bireylerce karşılanmaktadır. Ayrıca sağlık uygulama tebliğinde tanımlı olmayan işlemler ve hastane bilgi yönetim sisteminde branş kodu tanımlamalarındaki güçlükler sahada sık karşılaşılan diğer sorunlardır (30,40). Öte yandan, tıp müfredatında GETAT'a yönelik standart bir temel eğitimin bulunmaması, mezuniyet sonrası sertifikasyon programlarına duyulan ihtiyacı artırmaktadır. İlgili yönetmelik, uygulamaların yalnızca yetkilendirilmiş merkezlerde ve sertifikalı personel tarafından yürütülmesini zorunlu kılmaktadır (41).

2.4. AİLE HEKİMLİĞİ GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilgi, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artmaktadır. Kronik hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık hizmetlerinde giderek daha çok kişi modern tıbba ek yöntemlere başvurmaktadır. Bu eğilim, aile hekimlerinin rolünü daha da öne çıkarmıştır. Türkiye'nin farklı illerinde yapılan

çalışmalar, aile hekimlerinin GETAT'a genel olarak olumlu baktığını; ancak bilgi düzeylerinin sınırlı kaldığını göstermektedir (39).

Araştırmalar, hekimlerin bilgiyi çoğunlukla ikincil kaynaklardan edindiklerini ve resmî sertifika sahibi oranının düşük olduğunu bildirmektedir (42,43). Bu durum, eğitim ihtiyacının sürdüğüne işaret etmektedir (42,43). Asistan hekimler GETAT'ı faydalı bulmakta ve müfredata eklenmesini desteklemektedir; öte yandan uygulamaların eğitimli ve sertifikalı hekimlerce yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır (44). Bilgi düzeyi arttıkça hastalara GETAT önermenin olasılığının da yükseldiği gösterilmiştir (45).

Genel olarak aile hekimleri GETAT'a olumlu yaklaşsa da bilgi ve uygulama alanlarında boşluklar vardır. Özellikle koruyucu hekimlikte olası katkı öne çıkarken, yasal düzenlemelerin, eğitim standartlarının ve sertifikasyon süreçlerinin güçlendirilmesine ihtiyaç devam etmektedir (12,30).

2.5. TÜRKİYE'DE UYGULANAN BAZI GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP YÖNTEMLERİ

2.5.1. Akupunktur

Akupunktur, Latince "acus" (iğne) ve "punctura" (delmek, batırmak) sözcüklerinden türemiştir ve yaklaşık beş bin yıldır özellikle Çin'de uygulanan en eski tedavi yöntemlerinden biridir (46). Geleneksel Çin Tıbbı'na göre "Qi" adı verilen yaşam enerjisi meridyenler boyunca akar. Travma, enfeksiyon, beslenme bozukluğu veya stres gibi etkenlerle bu akış bozulduğunda hastalıklar ortaya çıkar (8,47). Uygulamada belirli noktalara ince iğneler ve diğer uyarı yöntemleriyle müdahale edilerek enerji dengesinin yeniden kurulması amaçlanır (8,47).

Çocuklarda akupunkturun kullanım alanları giderek artmaktadır (48). Klinik araştırmalar, infantil kolik, enürezis nokturna, baş ağrısı ve migren, astım ve alerjik rinit, gastrointestinal bozukluklar, uyku problemleri ve anksiyete gibi durumlarda umut verici sonuçlar bildirmiştir (8,49). Çin'de gece ağlaması üzerine yapılan sistematik derlemelerde, akupunkturun %86–100 oranında etkinlik sağladığı ve çoğu çocuğun birkaç seansta iyileştiği rapor edilmiştir (50). Migren tedavisinde baş ağrısı sıklığı ve şiddetinde azalma gösterilmiştir. National Institute for Health and Care

Excellence (NICE) kılavuzları çocuk ve ergenlerde kronik baş ağrısı yönetiminde akupunkturu önermektedir (51).

Bulantı ve kusma yönetiminde bilekteki P6 noktasının uyarılması antiemetik etkinliği artırabilir (52). Kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmada akupunkturun ilaç tedavisine ek yarar sağlayabildiği rapor edilmiştir (53). Genel anestezi sonrası çocuklarda görülen ajitasyonun azaltılmasına ilişkin bulgular da bildirilmiştir. Ancak kanıt kalitesi düşüktür (54).

Pediatrik popülasyonda kronik ağrı sık görülür ve baş ağrısı en yaygın nedenler arasındadır (49,55). Bazı çocuk ağrı kliniklerinde akupunktur tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (48). Uygulama sonrasında ağrı skorlarında anlamlı düşüş ve yaşam kalitesinde artış bildirilmektedir (51). Gözlemsel araştırmalarda memnuniyet oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir (56–58).

Mevcut kanıtlar, akupunkturun eğitimli hekimler tarafından uygun teknikle uygulandığında genellikle güvenli olduğunu göstermektedir (59). En sık görülen yan etkiler iğne yerinde ağrı, hafif kanama veya morarmadır. Ciddi komplikasyonlar son derece nadirdir (59,60).

Türkiye'de akupunktur, 1991'de yayımlanan yönetmelikle yasal bir uygulama olarak kabul edilmiş ve 2014'te Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği kapsamına alınmıştır (6,8). Günümüzde sertifikalı hekimler tarafından uygulanan akupunktur; kas-iskelet sistemi ağrıları, migren, dismenore, bulantı-kusma, alerjik rinit, infertilite, uyku bozuklukları, obezite, anksiyete ve sigara bırakma gibi çok sayıda endikasyonda Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış bir yöntemdir (8).

Sonuç olarak, çocuklarda akupunktur kolik, gece ağlaması, enürezis, baş ağrısı ve migren ile bulantı ve kusma gibi alanlarda giderek daha fazla ilgi görmektedir. Mevcut literatür genel olarak güvenliğe ve semptomatik yarara işaret etmektedir. Bununla birlikte etkinliği daha güçlü biçimde ortaya koymak için daha geniş ve nitelikli çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.5.2. Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerden elde edilen uçucu yağların en sık inhalasyonla ya da deriye seyreltilerek uygulanmasıyla kullanılan bir tamamlayıcı yöntemdir (61). Türkiye Sağlık Bakanlığı Fitoterapi Kılavuzu, aromaterapiyi distilasyonla elde edilen

uçucu yağların inhalasyon, masaj, kompres ve banyo yoluyla kullanımı olarak tanımlar ve klinik-etik açıdan "hastalığı ortadan kaldırır" ya da "tek başına tedavi eder" gibi yanıltıcı iddialardan kaçınılmasını özellikle vurgular (62).

Etki mekanizmasının, koku moleküllerinin limbik sistem üzerinden emosyonlar ve stres yanıtı üzerindeki etkilerine dayandığı kabul edilmektedir (63). Klinik pratikte inhalasyon aromaterapisi; stres, ağrı, bulantı ve anksiyetenin azaltılmasına destek amaçlı uygulanmaktadır (64).

Güvenlik açısından dikkat gerektiren noktalar vardır. Psoralen (furakumarin) içeren bitkilerle temas sonrası UV maruziyeti fitofotodermatite yol açabilir (65). Eucalyptus yağı maruziyeti çocuklarda nöbetlere, çay ağacı yağının yutulması nörotoksisiteye neden olabilir (66,67). Lavanta ve çay ağacı yağlarıyla ilişkili prepubertal jinekomasti olguları rapor edilmiştir; laboratuvar çalışmalarında bu yağların östrojenik ve antiandrojenik aktivite gösterebildiği bildirilmiştir (68).

Çocuklarda yürütülen çalışmalar, aromaterapinin belirli durumlarda yarar sağlayabileceğini düşündürmektedir. Endoskopi öncesi inhalasyon uygulaması anksiyeteyi anlamlı biçimde azaltmıştır (69). Küçük girişimlerde (kan alma, topuk ponksiyonu, aşılama, frenotomi) lavanta temelli yaklaşımlar analjezik etki bildirmiştir (70). Tonsillektomi sonrası kullanım parasetamol gereksinimini azaltabilir, ancak ağrı skorlarında tutarlı bir üstünlük her zaman gösterilememiştir (71). Bebeklerde masajla birlikte kullanım motor becerilerde istatistiksel iyileşme ile ilişkilendirilmiş ve lavanta ile gül yağlarını içeren çalışmalar uyku kalitesinde artış rapor etmiştir (72,73). Buna karşılık, kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmada belirgin bir iyileşme gösterilememiş, daha çok semptomların stabil kaldığı bildirilmiştir (74).

Özetle aromaterapi, uygun seçildiğinde ve doğru şekilde uygulandığında destekleyici yararlar sunabilir. Bununla birlikte yağ seçimi, doz ve uygulama formu güvenlik açısından dikkatle değerlendirilmelidir.

2.5.3. Yoga ve Meditasyon

Yoga, Sanskritçe "yug" kökünden türeyen "birleştirmek" anlamına gelir ve zihinsel, bedensel, duygusal ve ruhsal olgunlaşmayı destekleyen bir öğreti olarak tanımlanır (75–78). Modern uygulama üç temel bölümden oluşur: asana (bedensel duruşlar), pranayama (nefes teknikleri) ve dhyana (meditasyon) (78).

Çocuk yogası, yetişkin ilke ve tekniklerini korur ancak çocukların gelişim özelliklerine uyarlanır ve oyun, hikâye, müzik ile sanat etkinlikleriyle zenginleştirilir (78). Bulgular, yoga ve meditasyonun çocuklarda stresi ve kaygıyı azaltabildiğini, öz düzenlemeyi güçlendirebildiğini ve dikkat süresini artırabildiğini göstermektedir (78).

Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda yürütülen çalışmalar, yoga temelli programların motor becerilerde, göz temasında, taklit becerilerinde ve sosyal iletişimde iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmalar, yinelenen davranışların azalabildiğini ve uyku sorunlarının hafifleyebildiğini de bildirmektedir (79).

Okul öncesi dönemde uygulanan yoga ve farkındalık programları, çocukların sosyal-duygusal gelişimini ve psikolojik dayanıklılığını desteklemektedir. Farklı ülkelerden randomize kontrollü çalışmalar, bu programlara katılan çocuklarda özdenetim ve sosyal ilişkiler gibi koruyucu faktörlerin arttığını ve davranışsal sorunların azaldığını göstermektedir. Sistematik derlemeler, bu etkilerin özellikle düşük sosyoekonomik gruplardan gelen çocuklarda daha belirgin olabildiğine işaret etmektedir (80).

Sonuç olarak, yoga ve meditasyon çocukların fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimini destekleyen, stresle baş etme ve öz düzenleme becerilerini güçlendiren tamamlayıcı yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır.

2.5.4. Refleksoloji

Refleksoloji, el ve ayaktaki belirli noktalara uygulanan sistematik basınçla bedenin denge ve iyileşme süreçlerini desteklemeyi amaçlayan bir tamamlayıcı yöntemdir (81). Çocuk sağlığında yapılan çalışmalar, yöntemin non-invaziv ve görece güvenli olduğunu ve hemşirelik bakımına entegre edilebildiğini bildirmektedir (82).

Yenidoğan ve bebeklerde refleksoloji; ağrı kontrolü, kalp atım hızının düzenlenmesi ve oksijen satürasyonunun artırılması gibi alanlarda olumlu sonuçlar vermiştir (81). Infantil kolikte ayak refleksolojisi, bebeklerin ağlama süresini anlamlı düzeyde azaltmış ve ebeveynlerdeki stresi hafifletmiştir (82). Prematürelerde masajla birlikte uygulandığında, uyku süresi ve etkinliği artmış, uyanıklık süresi azalmıştır (83).

Çocukluk çağında yürütülen bazı randomize kontrollü çalışmalarda, serebral palsili çocuklarda spastisitenin azaldığı ve motor fonksiyonların iyileştiği rapor edilmiştir(84). Tedaviye eklenen refleksoloji aynı grupta konstipasyon yakınmalarının azalmasıyla da ilişkilendirilmiştir (85).

Adölesanlarda refleksoloji, akademik stres ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olmuş ve zihinsel rahatlama sağladığı bildirilmiştir (86). Ayrıca pediatrik diyareye eşlik eden bulantı ve kusmada destekleyici bir seçenek olarak değerlendirilmektedir (87).

2.5.5. Ozon

Ozon tedavisi, medikal oksijenden elde edilen ozon–oksijen karışımının farklı yollarla hastaya uygulanmasına dayanan bir GETAT yöntemidir (88). Etki mekanizmasının, kontrollü bir oksidatif stres oluşturarak antioksidan savunmayı etkinleştirmesi ve immün yanıtı düzenlemesiyle ilişkili olduğu belirtilir (88).

Türkiye'de yayımlanan 2025 Ozon Uygulama Kılavuzu; minör/majör otohemoterapi, rektal ve vajinal insuflasyon, torbalama ve topikal uygulamaları kapsar. Kılavuza göre 18 yaş altındaki çocuklarda tedavi, ilgili uzman hekimin görüşüyle yapılmalıdır (88).

Pediatrik alanda, cerrahi yara bakımı ve dermatoloji başta olmak üzere farklı örnekler bildirilmiştir. Distal hipospadias onarımı sonrası 86 çocukla yapılan randomize bir çalışmada, ozonize zeytinyağı spreyinin yara iyileşmesini hızlandırdığı ve enfeksiyon ile yeniden cerrahi gereksinimini azalttığı gösterilmiştir (89). Atopik dermatitte ozon hidroterapisi ve ozonlanmış yağ, lezyonlarda Staphylococcus aureus yoğunluğunu azaltmış ve mikrobiyom çeşitliliği ile klinik iyileşmeyi desteklemiştir (90).

Güvenlik açısından, sistematik incelemeler topikal ozonlu yağ ve suyun ciddi dermatolojik yan etki oluşturmadığını; bazı olgularda hafif yanma ya da eritem görülebileceğini bildirmiştir (91).

Özetle, ozon tedavisi çocuklarda seçilmiş durumlarda, özellikle cerrahi yara iyileşmesi ve atopik dermatitte, umut verici bulgular sunmaktadır. Uygulama, yalnızca uzman hekim onayıyla, kılavuzlara uygun ve güvenlik protokollerine dikkat edilerek yapılmalıdır.

2.5.6. Homeopati

Homeopati, kişiye özgü seçilen ve homeopatik prensiplere göre hazırlanmış ilaçların (remediler) kullanımıyla sağlığın desteklenmesini amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır (92). Kökeni "benzer benzeri tedavi eder" ilkesine dayanır ve bu yaklaşım 18. yüzyıl sonunda Samuel Hahnemann tarafından sistematikleştirilmiştir (96). Uygulamada benzerlik ilkesi, en küçük doz ve tek remedi kullanımı temel prensiplerdir. Homeopati yalnızca fiziksel bulguları değil, bireyin ruhsal ve zihinsel özelliklerini de dikkate alır (92).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, 2025'te yayımladığı Homeopati Uygulama Kılavuzu ile yöntemin yalnızca destekleyici ve tamamlayıcı amaçla kullanılabileceğini vurgulamıştır. Uygulama, yetkili hekimlerce ve mevcut tıbbi tedavilere ek olarak yapılabilir (92).

Çocuk sağlığında çalışmalar özellikle solunum yolu enfeksiyonları, otitis media, ishal ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) üzerinde yoğunlaşmıştır (93). Akut solunum yolu enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisinde homeopatik ürünlerin plaseboya üstünlüğünü gösteren ikna edici kanıt bulunmamaktadır; mevcut kanıtların güvenilirliği genellikle düşüktür (94).

Bazı gözlemsel ve küçük ölçekli randomize kontrollü çalışmalar, özellikle ishal ve otitis mediada semptom süresi ve şiddetinde azalma olabileceğini öne sürmüştür. Ancak metodolojik sınırlılıklar nedeniyle bu sonuçlar ihtiyatla yorumlanmalıdır (93).

Sonuç olarak, homeopati çocuklarda genellikle güvenli kabul edilmekte ve ciddi yan etkilere nadiren rastlanmaktadır. Bununla birlikte, etkinlik konusunda mevcut bilimsel kanıtlar kesin değildir. Bu nedenle homeopati, çocuk sağlığında tek başına tedavi yerine, hekim gözetiminde ve ailelerin bilinçli tercihiyle tamamlayıcı bir yaklaşım olarak değerlendirilmelidir.

2.5.7. Kupa Uygulaması

Kupa terapisi, deriye vakum uygulanmasına dayanan ve tarih boyunca farklı kültürlerde kullanılan bir yöntemdir (95). Kesi yapılmadan uygulanan biçim "kuru kupa", ciltte yüzeysel kesiler açılarak yapılan biçim ise "ıslak kupa" ya da hacamat olarak adlandırılır (95). Etki mekanizmaları arasında kan dolaşımının artması, bağışıklık yanıtının uyarılması ve toksinlerin uzaklaştırılmasına katkı yer alır. "Ağrı

kapısı" ve "refleks bölge" teorileri, nitrik oksit salınımı ve immün sistem aktivasyonu bu açıklamaları destekler (96).

Hacamat işlemi steril koşullarda ve tek kullanımlık malzemelerle yapılmalıdır (95). Uygulama bölgesi dezenfekte edilir, kupalar yerleştirilerek vakum oluşturulur ve yüzeysel insizyonların ardından tekrar vakumla kan–serum karışımı dışarı alınır. Gerekirse bu döngü birkaç kez tekrarlanır ve işlem sonunda alan temizlenip steril pansuman yapılır (95). Kuru kupada kesi yapılmaz. Deri negatif basınçla vakumlanır ve işlem sabit kupa ya da kupa masajı şeklinde uygulanabilir (95).

Kupa tedavisi; kas-iskelet sistemi yakınmaları, baş ağrısı ve migren, sindirim sistemi sorunları, hipertansiyon, obezite, fibromiyalji ve psikososyal stres bozukluklarında tamamlayıcı bir yaklaşım olarak kullanılabilir. Ancak gebelik, ileri organ yetmezliği, kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, aktif enfeksiyon, açık yara veya ülser alanları, ciddi kardiyovasküler hastalıklar ve kemoterapi süreci kontrendikasyondur (95).

Çocuklarda farklı klinik sonuçlar bildirilmiştir. Fonksiyonel konstipasyonu olan 120 çocukta yapılan randomize kontrollü çalışmada, abdominal bölgeye uygulanan kuru kupa laksatif tedaviyle karşılaştırıldığında dört hafta sonunda belirgin düzelme bildirilmiştir (97). Talasemili çocuklarda ıslak kupa (al-hijamah) uygulaması, serum ferritin düzeyleri ve oksidatif stres göstergelerinde azalma ile ilişkili bulunmuştur (98). Öte yandan atopik dermatiti olan 11 yaşındaki bir çocukta uygulama sonrası derin ülserler gelişmiş ve yoğun tedavi gerekmiştir. Bu bulgu, cilt lezyonu bulunan çocuklarda uygulamanın kontrendike olabileceğini düşündürür (99).

2.5.8. Sülük

Sülük uygulaması (hirudoterapi), Hirudo medicinalis, Hirudo verbana ve Hirudo sulukii gibi türlerden elde edilen tıbbi sülüklerin belirlenmiş endikasyonlarda ve steril koşullarda kullanılmasını ifade eder (100). Tarihsel olarak Mısır, Yunan ve Çin uygarlıklarında kullanıldığı bilinen bu yöntem, günümüzde de rekonstrüktif cerrahi, kronik hastalık yönetimi ve dolaşım bozukluklarında destekleyici bir seçenek olmayı sürdürmektedir (100).

Sülük tükürüğünde yer alan yüzün üzerinde biyoaktif madde antikoagülan, antiinflamatuvar, analjezik ve antimikrobiyal özellik gösterebilir. Bunlar arasında

hirudin trombini güçlü biçimde inhibe ederek pıhtılaşmayı engeller. Eglinler ve bdellinler inflamasyonu azaltır. Histamin benzeri bileşikler ise lokal kan akımını artırır (100).

Sağlık Bakanlığı kılavuzuna göre varis, tromboflebit, osteoartrit, romatoid artrit, migren, infertilite, kronik bel ağrısı, zona, psoriasis ve rekonstrüktif cerrahi sonrası venöz konjesyonda hirudoterapi destekleyici seçenek olarak değerlendirilebilir (100). Hemofili, aktif kanama, anemi, gebelik, emzirme, malignite, ciddi immünsüpresyon ve sepsis durumlarında uygulanmamalıdır. Çocuklarda ise ilgili uzman görüşü olmadan uygulanmamalıdır (100).

Pediatrik kanıtlar sınırlıdır. Pediyatrik yoğun bakımda kritik ekstremite iskemisi olan olgularda, konvansiyonel tedaviye ek uygulandığında dolaşımın korunmasına katkı sağlayabildiği bildirilmiştir (101). Sinir sistemi hastalıklarında nörotrofik ve nöromodülatör etkilerin çocuklarda da gözlenebildiğine ilişkin yayınlar mevcuttur (102). Çocuk hastalarda uygulama kararı mutlaka ilgili uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir (100).

2.5.9. Hipnoz

Hipnoz, duygu, düşünce, algı, dikkat, hafıza ve davranış üzerinde etkili olabilen; kontrollü uygulandığında bazı hastalıklarda iyileşmeye katkı sağlayabilen en eski terapi yöntemlerinden biridir. Güncel çalışmalar, fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) ile telkin ve imgelemenin ağrı algısı ile duygusal yanıtlar üzerindeki etkilerini desteklemektedir (103).

Etki mekanizması biyopsikososyal bir yaklaşımla açıklanır. Telkin yoluyla algı ve davranışta değişim hedeflenir (103). Kuramsal olarak, Ernest Hilgard'ın "Neodisosiyasyon" modeli hipnozu "bölünmüş bilinç" olarak yorumlar. Sosyo-bilişsel yaklaşımlar ise hipnotik deneyimin kişinin becerileri, beklentileri, inançları ve sosyal bağlamından etkilendiğini vurgular (103).

Klinik kullanım alanı geniştir. Anksiyete bozuklukları, fobiler, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, uyku sorunları, kronik ağrı, tik bozuklukları, obezite ve yeme bozuklukları, infertilite, enürezis ve enkoprezis, bağımlılık, psikosomatik tablolar, palyatif bakım ve doğum süreci bu alanlara örnektir (103). Buna karşılık şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, demans ve deliryum, alkol/ilaç intoksikasyonu

ile intihar eğilimi eşlik eden ağır depresyon durumlarında hipnoz kontrendikedir (103).

Çocuklar telkinlere erişkinlere kıyasla daha duyarlıdır ve hipnoza genellikle daha kolay yanıt verir (104). Bu metinde işleme bağlı ağrı (prosedürel ağrı), invaziv ya da yarı invaziv tıbbi işlemler sırasında ortaya çıkan akut ağrı için kullanılmaktadır. Çocukluk çağında hipnoz; işleme bağlı ağrı, baş ağrısı, astım, kanser tedavisine bağlı yan etkiler, enürezis, tik bozuklukları ve kaygı durumlarında uygulanmıştır (104,105). Randomize kontrollü çalışmalar, kemik iliği aspirasyonu, lomber ponksiyon ve voiding sistoüretrografi (VCUG) gibi invaziv işlemler sırasında hipnozun işleme bağlı ağrı ve sıkıntıyı anlamlı ölçüde azalttığını, işlem süresini kısalttığını ve sağlık ekibinin iş akışını kolaylaştırdığını göstermektedir (106,107).

2.5.10. Mezoterapi

Mezoterapi, farmakolojik ya da bitkisel içeriklerin küçük dozlarda ve özel iğne teknikleriyle cilt katmanlarına uygulanmasına dayanan, destekleyici amaçla kullanılan bir yöntemdir (108). Klinik uygulamada akut ve kronik ağrı, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve spor yaralanmaları; akne, leke, skar/keloid, selülit gibi dermatolojik sorunlar; dolaşım bozuklukları ve saç dökülmesi; migren ve diğer baş ağrıları; kulak-burun-boğaz ve göz hastalıkları ile kadın hastalıkları ve doğum alanında tamamlayıcı bir seçenek olarak yer almaktadır. Ayrıca hemipleji, serebral palsi, romatoid artrit ve ankilozan spondilit gibi durumlarda, uzman görüşüyle tedaviye destek amacıyla uygulanabilmektedir (108).

Kontrendikasyonlar “dikkatle değerlendirilmelidir. Enfeksiyon varlığı, açık yara, inflamatuar cilt hastalıkları, kontrolsüz hipertansiyon veya diyabet, ileri düzey kalp-karaciğer-böbrek yetmezliği, varfarin kullanımı, ürüne karşı alerji öyküsü, aktif epilepsi, obezite, Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (AIDS), gebelik ve emzirme dönemlerinde mezoterapi uygulanmaz. Kılavuza göre 18 yaş altındaki çocuklarda mezoterapi yasaktır (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

1–6 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve kullanım alışkanlıklarının belirlenmesini amaçlayan araştırmanın bu bölümünde; araştırmanın türü ve kapsamı, evren ve örneklem, araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri, verilerin toplanması, etik onam süreci ve istatistiksel analiz yöntemlerine yer verilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yürütülmüştür. Veri toplama süreci Eylül 2025 – Ekim 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini, kliniğe başvuran 1–6 yaş arası çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 yazılımı ile Ki-kare kontenjans analizi temel alınarak etki büyüklüğü 0,30, α=0,05 ve %95 güç ile minimum 172 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya fiilen 182 ebeveyn katılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

1–6 yaş arası çocuğu bulunan ebeveyn olmak

18 yaş ve üzerinde olmak

İletişim engeli bulunmamak

Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

3.4. ARAŞTIRMADA DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çocuğu olmayan bireyler

1–6 yaş arası çocuğu bulunmayan ebeveynler

18 yaş altı bireyler

İletişim engeli bulunanlar

Çalışmaya katılmayı reddedenler

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taraması ile hazırlanmış ve uzman görüşü ile düzenlenmiş anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, çocuklarının sağlık durumunu ve GETAT yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve kullanım durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmış, kimlik bilgileri kaydedilmemiş, veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır.

3.6. ETİK

Çalışma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 05/08/2025, Karar No: 3101). Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü aydınlatılmış onam alınmıştır.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile; sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma (Ort±SS), ortanca (medyan), minimum ve maksimum değerler ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi kullanılmış; beklenen hücre sayısının %20'den fazlasında $n<5$ olması durumunda ise Fisher's Exact testi tercih edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında dağılımın normal olmadığı varsayıldığından Mann-Whitney U testi (iki grup) ve Kruskal-Wallis testi (ikiden fazla grup) uygulanmıştır. Anlamlı bulunan Kruskal-Wallis analizleri sonrasında farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli post-hoc testleri yapılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan ebeveynlerden elde edilen veriler analiz edilerek sunulmuştur. Öncelikle katılımcıların demografik ve sosyoekonomik özellikleri tanımlayıcı istatistiklerle özetlenmiş, ardından ebeveynlerin GETAT uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve kullanım durumları değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin kendi ve çocukları için GETAT yöntemlerini kullanma deneyimleri ile gelecekteki kullanım eğilimleri ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Bunun yanı sıra, ebeveynlerin tedavi tercihlerine, GETAT uygulamalarının çocuklarda kullanılabilirliğine ve uygulayıcı tercihine ilişkin görüşleri sosyodemografik değişkenler ile karşılaştırılmıştır. İlaveten, ebeveynlerin yaş, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeylerinin GETAT'a yönelik bilgi ve tutumları üzerindeki etkileri değerlendirilmiş; ayrıca çocuklarda kronik hastalık varlığına göre farklılıklar araştırılmıştır. Analiz sonuçları tablolar eşliğinde, istatistiksel anlamlılık düzeyleri belirtilerek sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n=182)

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
Ebeveyn		
Anne	125	68,7
Baba	57	31,3
Yaş (yıl)	35,0 (22,0-50,0)	34,95±5,57
Ebeveynin Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	43	23,6
Lisans ve Üstü	139	76,4
Meslek		
Beyaz Yakalı	120	65,9
Mavi Yakalı	18	9,9
Çalışmıyor	44	24,2
Gelir Durumu	65000,0 (20000,0-230000,0)	81420,32±46565,11
Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	78	42,9
2 Çocuk	71	39,0
3 ve Üstü Çocuk	33	18,1
Çocuğun Kronik Hastalığı		

Evet	21	11,5
Hayır	161	88,5

n=Sayı, =Frekans, Medyan=Ortanca, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma,

Tablo 1'de görüldüğü gibi çalışmaya toplam 182 ebeveyn katılmıştır. Katılımcıların %68,7'si anne (n=125), %31,3'ü baba (n=57) olarak belirlenmiştir. Ebeveynlerin yaşlarının ortancası 35,0 yıl (22,0–50,0) olup, ortalama yaş 34,95±5,57 yıl olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumuna göre katılımcıların %23,6'sı lise ve altı (n=43), %76,4'ü lisans ve üstü (n=139) eğitim düzeyine sahiptir.

Meslek grupları incelendiğinde, katılımcıların %65,9'unun beyaz yakalı (n=120), %9,9'unun mavi yakalı (n=18) ve %24,2'sinin çalışmıyor (n=44) olduğu görülmüştür. Hane aylık gelirine ilişkin olarak ortanca değer 65.000 TL (20.000–230.000 TL), ortalama ise 81.420,32±46.565,11 TL olarak bulunmuştur.

Çocuk sayısı bakımından katılımcıların %42,9'u tek çocuklu (n=78), %39,0'ı iki çocuklu (n=71) ve %18,1'i üç ve üzeri çocuk sahibidir (n=33). Çocuğunda kronik hastalık bulunan ebeveynlerin oranı %11,5 (n=21) iken, %88,5'inde (n=161) kronik hastalık bulunmamaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların GETAT Uygulamalarına İlişkin Görüşleri (n=182)

Değişkenler	n	%
Çocuklarınız İçin Tedavi Yöntemlerinden Hangisini Daha Etkili ve Güvenli Buluyorsunuz?		
Reçeteli İlaçlar	70	38,5
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri	15	8,2
Her İkisi	94	51,6
Hiçbiri	3	1,6
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi misiniz?		
Evet	60	33,0
Hayır	19	10,4
Kısmen	103	56,6
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?		
Evet	108	59,3
Hayır	74	40,7
Hayır İse GETAT Uygulamaları Neden Kullanılamaz? (n=74)*		
Etkili Olmadığını Düşünüyorum	38	31,7

Güvenli Olmadığını Düşünüyorum	22	18,3
Yan Etkiler Konusunda Endişeliyim	30	25,0
Yeterince Bilgi Sahibi Değilim	28	23,3
Diğer	2	1,7
Toplam	**120**	**100,0**
Sizce GETAT uygulamaları kimler tarafından uygulanmalıdır?		
GETAT Sertifikalı Hekimler	140	76,9
GETAT Sertifikalı Sağlık Çalışanları	27	14,8
Geleneksel Tıp Alanında Eğitim Almış Herkes	14	7,7
Eğitim veya Sertifikaya Gerek Olmadan Herkes	1	0,5

n=Sayı, =Frekans, Cevaplar çoklu yanıt olduğundan, toplam n sayısı örneklem hacmini aşmaktadır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi katılımcıların çocukları için tedavi yöntemlerine ilişkin tercihleri incelendiğinde, %38,5'i (n=70) reçeteli ilaçları, %8,2'si (n=15) GETAT yöntemlerini, %51,6'sı (n=94) her ikisini ve %1,6'sı (n=3) hiçbirini daha etkili ve güvenli bulduğunu belirtmiştir.

GETAT uygulamaları hakkında bilgi düzeyi değerlendirildiğinde, %33,0'ının (n=60) bilgi sahibi olduğu, %10,4'ünün (n=19) bilgi sahibi olmadığı ve %56,6'sının (n=103) kısmen bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %59,3'ü (n=108) GETAT uygulamalarının çocuklar için kullanılabileceğini, %40,7'si (n=74) ise kullanılmaması gerektiğini ifade etmiştir.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanılmaması gerektiğini belirten 120 katılımcının gerekçeleri arasında en sık bildirilen neden %31,7 (n=38) ile etkili olmadığını düşünme olmuştur. Bunu %25,0 (n=30) oranında yan etki endişesi, %23,3 (n=28) oranında yeterli bilgiye sahip olmama ve %18,3 (n=22) oranında güvenli olmadığını düşünme izlemiştir. Katılımcıların %1,7'si (n=2) ise farklı nedenler belirtmiştir.

GETAT uygulamalarının kimler tarafından uygulanması gerektiği sorulduğunda, katılımcıların %76,9'u (n=140) GETAT sertifikalı hekimleri, %14,8'i (n=27) GETAT sertifikalı sağlık çalışanlarını, %7,7'si (n=14) geleneksel tıp alanında eğitim almış kişileri belirtirken, yalnızca %0,5'i (n=1) herkesin uygulayabileceğini ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların GETAT Yöntemleri Hakkında Çocukluk Çağı Uygulamalarına Yönelik Bilgi Durumları (n=182)

Değişkenler	n	%
Aromaterapi		
Evet	27	14,8
Hayır	92	50,5
Kısmen	63	34,6
Meditasyon/Yoga		
Evet	29	15,9
Hayır	91	50,0
Kısmen	62	34,1
Refleksoloji		
Evet	16	8,8
Hayır	118	64,8
Kısmen	48	26,4
Ozon		
Evet	30	16,5
Hayır	112	61,5
Kısmen	40	22,0
Homeopati		
Evet	17	9,3
Hayır	123	67,6
Kısmen	42	23,1
Akapunktur		
Evet	46	25,3
Hayır	89	48,9
Kısmen	47	25,8
Hacamat		
Evet	76	41,8
Hayır	63	34,6
Kısmen	43	23,6
Sülük		
Evet	63	34,6
Hayır	81	44,5
Kısmen	38	20,9
Hipnoz		
Evet	29	15,9
Hayır	115	63,2
Kısmen	38	20,9
Mezoterapi		
Evet	25	13,7
Hayır	121	66,5
Kısmen	36	19,8

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 3'te görüldüğü gibi katılımcıların çocukluk çağı GETAT uygulamalarına ilişkin bilgi durumları değerlendirildiğinde, aromaterapi hakkında %14,8'inin (n=27) bilgi sahibi olduğu, %50,5'inin (n=92) bilgi sahibi olmadığı ve %34,6'sının (n=63) kısmen bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Meditasyon/yoga yöntemlerinde bu oranlar sırasıyla %15,9 (n=29), %50,0 (n=91) ve %34,1 (n=62) olarak belirlenmiştir.

Refleksolojiye ilişkin bilgi sahibi olanların oranı %8,8 (n=16) iken, %64,8'i (n=118) bilgi sahibi olmadığını ve %26,4'ü (n=48) kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Ozon uygulamaları konusunda %16,5 (n=30) bilgi sahibi, %61,5 (n=112) bilgi sahibi değil ve %22,0 (n=40) kısmen bilgi sahibidir. Homeopati yönteminde katılımcıların %9,3'ü (n=17) bilgi sahibi, %67,6'sı (n=123) bilgi sahibi değil, %23,1'i (n=42) ise kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Akupunktur uygulamalarında bilgi sahibi olanların oranı %25,3 (n=46), olmayanların %48,9 (n=89) ve kısmen bilgi sahibi olanların %25,8 (n=47) olduğu görülmüştür. Hacamat yöntemi hakkında katılımcıların %41,8'i (n=76) bilgi sahibi iken, %34,6'sı (n=63) bilgi sahibi olmadığını, %23,6'sı (n=43) ise kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Sülük uygulamaları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların oranı %34,6 (n=63), bilgi sahibi olmayanların %44,5 (n=81) ve kısmen bilgi sahibi olanların %20,9 (n=38) olarak bulunmuştur. Hipnoz yönteminde bilgi sahibi olanların oranı %15,9 (n=29), olmayanların %63,2 (n=115) ve kısmen bilgi sahibi olanların %20,9 (n=38) olduğu belirlenmiştir. Mezoterapi için katılımcıların %13,7'si (n=25) bilgi sahibi iken, %66,5'i (n=121) bilgi sahibi değil, %19,8'i (n=36) kısmen bilgi sahibidir.

Tablo 4. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Kendi Kullanım Durumları (n=182)

Değişkenler	n	%
Ebeveynlerin kaçı en az bir GETAT yöntemi kullanmış		
Evet	119	65,4
Hayır	63	34,6
Aromaterapi		
Evet	44	24,2
Hayır	138	75,8
Meditasyon/Yoga		
Evet	38	20,9

Hayır	144	79,1
Refleksoloji		
Evet	15	8,2
Hayır	167	91,8
Ozon		
Evet	11	6,0
Hayır	171	94,0
Homeopati		
Evet	11	6,0
Hayır	171	94,0
Akapunktur		
Evet	31	17,0
Hayır	151	83,0
Hacamat		
Evet	72	39,6
Hayır	110	60,4
Sülük		
Evet	40	22,0
Hayır	142	78,0
Hipnoz		
Evet	5	2,7
Hayır	177	97,3
Mezoterapi		
Evet	25	13,7
Hayır	157	86,3

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 4'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan ebeveynlerin en az bir GETAT yöntemini kullanma durumları incelendiğinde, katılımcıların %65,4'ünün (n=119) en az bir yöntemi kullandığı, %34,6'sının (n=63) ise herhangi bir GETAT yöntemi kullanmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların GETAT yöntemlerini kendi kullanımlarına ilişkin veriler incelendiğinde, aromaterapiyi kullananların oranı %24,2 (n=44) iken, %75,8'i (n=138) bu yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Meditasyon/yoga için katılımcıların %20,9'u (n=38) kullanmış, %79,1'i (n=144) ise kullanmamıştır. Refleksoloji yöntemini kullananların oranı %8,2 (n=15), kullanmayanların oranı %91,8 (n=167) olarak belirlenmiştir.

Ozon uygulamalarını kullananların oranı %6,0 (n=11) olup, %94,0'ı (n=171) kullanmamıştır. Homeopatiyi deneyen katılımcıların oranı da %6,0 (n=11) olarak saptanırken, %94,0'ı (n=171) kullanmadığını bildirmiştir. Akupunktur için katılımcıların %17,0'ı (n=31) kullanım bildirmiş, %83,0'ı (n=151) ise kullanmamıştır.

Hacamat uygulamalarını kullanan katılımcıların oranı %39,6 (n=72), kullanmayanların oranı %60,4 (n=110) olarak bulunmuştur. Sülük tedavisi %22,0 (n=40) oranında kullanılmış olup, %78,0 (n=142) oranında kullanılmamıştır. Hipnoz uygulamasını kullananların oranı %2,7 (n=5), kullanmayanların oranı ise %97,3 (n=177) olarak belirlenmiştir. Mezoterapiyi deneyen katılımcıların oranı %13,7 (n=25), kullanmayanların oranı %86,3 (n=157) olmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Çocukları İçin Kullanım Durumları (n=182)

Değişkenler	n	%
Çocukların kaçı en az bir GETAT yöntemi kullanmış		
Evet	57	31,3
Hayır	125	68,7
Aromaterapi		
Evet	32	17,6
Hayır	150	82,4
Meditasyon/Yoga		
Evet	3	1,6
Hayır	179	98,4
Refleksoloji		
Evet	9	4,9
Hayır	173	95,1
Ozon		
Evet	2	1,1
Hayır	180	98,9
Homeopati		
Evet	3	1,6
Hayır	179	98,4
Akapunktur		
Evet	6	3,3
Hayır	176	96,7
Hacamat		
Evet	21	11,5
Hayır	161	88,5
Sülük		
Evet	6	3,3
Hayır	176	96,7
Hipnoz		
Evet	1	,5
Hayır	181	99,5
Mezoterapi		
Evet	2	1,1

Hayır	180	98,9

n=Sayı, %=Frekans,

Tablo 5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan ebeveynlerin çocukları için en az bir GETAT yöntemi kullanma durumları incelendiğinde, katılımcıların %31,3'ünün (n=57) çocuklarında en az bir yöntemi kullandığı, %68,7'sinin (n=125) ise çocuklarında herhangi bir GETAT yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların çocukları için GETAT yöntemlerini kullanım durumları incelendiğinde, aromaterapi %17,6 (n=32) oranında kullanılmış olup, %82,4'ü (n=150) kullanılmamıştır. Meditasyon/yoga uygulamalarını çocukları için kullananların oranı %1,6 (n=3) iken, %98,4'ü (n=179) bu yöntemi kullanmamıştır. Refleksoloji yöntemi %4,9 (n=9) oranında kullanılırken, %95,1'i (n=173) kullanılmamıştır.

Ozon uygulamalarını çocukları için kullanan katılımcıların oranı %1,1 (n=2), kullanmayanların oranı %98,9 (n=180) olarak belirlenmiştir. Homeopatiyi deneyenlerin oranı %1,6 (n=3), kullanmayanların oranı %98,4 (n=179) olmuştur. Akupunktur uygulaması %3,3 (n=6) oranında kullanılmış, %96,7'sinde (n=176) kullanılmamıştır.

Hacamat yöntemini çocukları için kullananların oranı %11,5 (n=21), kullanmayanların oranı %88,5 (n=161) olarak bulunmuştur. Sülük tedavisi %3,3 (n=6) oranında uygulanmış olup, %96,7'sinde (n=176) kullanılmamıştır. Hipnoz yöntemi çocuklarda yalnızca %0,5 (n=1) oranında kullanılmıştır; %99,5'inde (n=181) ise kullanılmamıştır. Mezoterapi %1,1 (n=2) oranında kullanılırken, %98,9'u (n=180) bu yöntemi kullanmamıştır.

Tablo 6. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Çocukları İçin Kullanma Eğilimleri (n=182)

Değişkenler	n	%
Aromaterapi		
Evet	83	45,6
Hayır	48	26,4
Kararsızım	51	28,0
Meditasyon/Yoga		
Evet	67	36,8
Hayır	61	33,5

Kararsızım	54	29,7
Refleksoloji		
Evet	53	29,1
Hayır	59	32,4
Kararsızım	70	38,5
Ozon		
Evet	40	22,0
Hayır	70	38,5
Kararsızım	72	39,6
Homeopati		
Evet	27	14,8
Hayır	82	45,1
Kararsızım	73	40,1
Akapunktur		
Evet	45	24,7
Hayır	70	38,5
Kararsızım	67	36,8
Hacamat		
Evet	61	33,5
Hayır	77	42,3
Kararsızım	44	24,2
Sülük		
Evet	42	23,1
Hayır	91	50,0
Kararsızım	49	26,9
Hipnoz		
Evet	14	7,7
Hayır	108	59,3
Kararsızım	60	33,0
Mezoterapi		
Evet	29	15,9
Hayır	80	44,0
Kararsızım	73	40,1
Evet İse Çocuklar İçin Hangi GETAT Uygulamalarının Uygulanabileceğini Düşünüyorsunuz?		
Aromaterapi	69	19,7
Meditasyon/Yoga	46	13,1
Refleksoloji	36	10,3
Ozon	31	8,8
Homeopati	25	7,1
Akapunktur	38	10,8
Hacamat	50	14,2
Sülük	30	8,5
Hipnoz	8	2,3
Mezoterapi	18	5,1

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 6'da görüldüğü gibi katılımcıların çocukları için GETAT yöntemlerini kullanma eğilimleri incelendiğinde, aromaterapiyi kullanabileceğini belirtenlerin oranı %45,6 (n=83), kullanmayacağını belirtenlerin %26,4 (n=48) ve kararsızların %28,0 (n=51) olduğu saptanmıştır. Meditasyon/yoga için %36,8'i (n=67) evet yanıtı verirken, %33,5'i (n=61) hayır, %29,7'si (n=54) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Refleksoloji yöntemi %29,1 (n=53) oranında tercih edilirken, %32,4'ü (n=59) hayır, %38,5'i (n=70) kararsız yanıt vermiştir. Ozon uygulamaları için katılımcıların %22,0'si (n=40) evet, %38,5'i (n=70) hayır, %39,6'sı (n=72) kararsız olduğunu ifade etmiştir. Homeopati konusunda %14,8'i (n=27) evet, %45,1'i (n=82) hayır ve %40,1'i (n=73) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Akupunktur yöntemi için %24,7'si (n=45) evet, %38,5'i (n=70) hayır, %36,8'i (n=67) kararsız olduğunu bildirmiştir. Hacamat uygulamasında %33,5 (n=61) evet, %42,3 (n=77) hayır ve %24,2 (n=44) kararsız oranı bulunmuştur. Sülük tedavisi için %23,1 (n=42) evet, %50,0 (n=91) hayır ve %26,9 (n=49) kararsız yanıt alınmıştır.

Hipnoz uygulamaları %7,7 (n=14) oranında kabul görürken, %59,3 (n=108) oranında reddedilmiş, %33,0 (n=60) oranında kararsızlık bildirilmiştir. Mezoterapi için %15,9 (n=29) evet, %44,0 (n=80) hayır ve %40,1 (n=73) kararsız yanıt verilmiştir.

Çocukları için uygulanabileceği düşünülen GETAT yöntemleri ayrıca sorgulanmış olup, en sık belirtilen yöntem %19,7 (n=69) ile aromaterapi olmuştur. Bunu %14,2 (n=50) hacamat, %13,1 (n=46) meditasyon/yoga, %10,8 (n=38) akupunktur, %10,3 (n=36) refleksoloji ve %8,8 (n=31) ozon uygulamaları izlemiştir. Daha düşük oranlarda homeopati (%7,1, n=25), sülük (%8,5, n=30), mezoterapi (%5,1, n=18) ve hipnoz (%2,3, n=8) belirtilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların GETAT Yöntemlerini Kendi Kullanma Eğilimleri (n=182)

Değişkenler	n	%
Aromaterapi		
Evet	114	62,6
Hayır	33	18,1
Kararsızım	35	19,2
Meditasyon/Yoga		
Evet	102	56,0
Hayır	45	24,7
Kararsızım	35	19,2

Refleksoloji		
Evet	90	49,5
Hayır	42	23,1
Kararsızım	50	27,5
Ozon		
Evet	90	49,5
Hayır	42	23,1
Kararsızım	50	27,5
Homeopati		
Evet	68	37,4
Hayır	69	37,9
Kararsızım	45	24,7
Akupunktur		
Evet	115	63,2
Hayır	38	20,9
Kararsızım	29	15,9
Hacamat		
Evet	101	55,5
Hayır	50	27,5
Kararsızım	31	17,0
Sülük		
Evet	68	37,4
Hayır	70	38,5
Kararsızım	44	24,2
Hipnoz		
Evet	39	21,4
Hayır	87	47,8
Kararsızım	56	30,8
Mezoterapi		
Evet	86	47,3
Hayır	42	23,1
Kararsızım	54	29,7

n=Sayı, %=Frekans

Tablo 7'de görüldüğü gibi katılımcıların kendileri için GETAT yöntemlerini kullanma eğilimleri incelendiğinde, aromaterapiyi kullanabileceğini belirtenlerin oranı %62,6 (n=114) iken, %18,1'i (n=33) kullanmayacağını, %19,2'si (n=35) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Meditasyon/yoga uygulamaları için katılımcıların %56,0'sı (n=102) evet, %24,7'si (n=45) hayır ve %19,2'si (n=35) kararsız yanıt vermiştir.

Refleksoloji için %49,5'i (n=90) evet, %23,1'i (n=42) hayır ve %27,5'i (n=50) kararsız olduğunu belirtmiştir. Ozon uygulamaları aynı şekilde %49,5 (n=90) evet, %23,1 (n=42) hayır ve %27,5 (n=50) kararsız oranı ile bildirilmiştir. Homeopati

kullanım eğilimi %37,4 (n=68) evet, %37,9 (n=69) hayır ve %24,7 (n=45) kararsız şeklinde dağılmıştır.

Akupunktur yöntemini kullanabileceğini ifade eden katılımcıların oranı %63,2 (n=115), kullanmayacağını belirtenlerin %20,9 (n=38), kararsızların %15,9 (n=29) olduğu saptanmıştır. Hacamat için %55,5 (n=101) evet, %27,5 (n=50) hayır ve %17,0 (n=31) kararsız yanıt verilmiştir.

Sülük tedavisini kendisi için kullanabileceğini belirtenlerin oranı %37,4 (n=68), kullanmayacağını belirtenlerin oranı %38,5 (n=70), kararsızların oranı %24,2 (n=44) olmuştur. Hipnoz uygulamaları için katılımcıların %21,4'ü (n=39) evet, %47,8'i (n=87) hayır ve %30,8'i (n=56) kararsız olduğunu ifade etmiştir. Mezoterapiye yönelik eğilim ise %47,3 (n=86) evet, %23,1 (n=42) hayır ve %29,7 (n=54) kararsız olarak bulunmuştur.

Tablo 8. GETAT Bilgi Düzeyi ve "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre Ebeveyn Yaşlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Ort±SS	p	Post-hoc
GETAT Bilgi Düzeyi	Evet	60	35,35±5,22	0.866[a]	-
	Hayır	19	34,42±5,99		
	Kısmen	103	34,81±5,73		
Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?	Evet	108	35,66±5,59	**0.041[b]**	-
	Hayır	74	33,90±5,42		

a: Kruskall Wallis Test; b: Mann Whitney U Test; Posthoc: Bonferroni Test, p<0.05

Tablo 8'de görüldüğü gibi ebeveynlerin yaş ortalamaları, GETAT bilgi düzeyine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,866). GETAT bilgi düzeyi "evet" olan grubun yaş ortalaması 35,35±5,22 yıl, "hayır" olan grubun 34,42±5,99 yıl ve "kısmen" olan grubun 34,81±5,73 yıl olarak bulunmuştur.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar açısından değerlendirildiğinde, yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,041). GETAT'ın çocuklarda kullanılabileceğini belirten grubun yaş

ortalaması 35,66±5,59 yıl iken, kullanılmaması gerektiğini belirten grubun yaş ortalaması 33,90±5,42 yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 9. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveyn Eğitim Durumlarının Karşılaştırılması

	Ebeveyn Eğitim Durumu		
Değişkenler	**Lise ve Altı (n=43)**	**Lisans ve Üstü (n=139)**	**p**
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi misiniz?			
Evet	7 (16,3)	53 (38,1)	
Hayır	9 (20,9)	10 (7,2)	**0.004[b]**
Kısmen	27 (62,8)	76 (54,7)	
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?			
Evet	17 (39,5)	91 (65,5)	**0.002[a]**
Hayır	26 (60,5)	48 (34,5)	
Sizce GETAT uygulamaları kimler tarafından uygulanmalıdır?			
GETAT Sertifikalı Hekimler	34 (79,1)	106 (76,3)	
GETAT Sertifikalı Sağlık Çalışanları	9 (20,9)	18 (12,9)	
Geleneksel Tıp Alanında Eğitim Almış Herkes	0 (0)	14 (10,1)	0.054[b]
Eğitim veya Sertifikaya Gerek Olmadan Herkes	0 (0)	1 (0,7)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 9'da görüldüğü gibi ebeveynlerin eğitim durumu ile GETAT bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,004). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların %16,3'ü (n=7) bilgi sahibi olduğunu, %20,9'u (n=9) bilgi sahibi olmadığını ve %62,8'i (n=27) kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların ise %38,1'i (n=53) bilgi sahibi, %7,2'si (n=10) bilgi sahibi değil ve %54,7'si (n=76) kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,002). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin %39,5'i (n=17) çocuklarda GETAT kullanımını uygun görürken, %60,5'i (n=26) uygun bulmamıştır. Lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip

katılımcıların %65,5'i (n=91) çocuklarda GETAT kullanımını desteklemiş, %34,5'i (n=48) ise uygun bulmamıştır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kimler tarafından yapılması gerektiğine ilişkin tercihlerde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,054). Lise ve altı eğitim grubunda katılımcıların %79,1'i (n=34) GETAT sertifikalı hekimleri, %20,9'u (n=9) GETAT sertifikalı sağlık çalışanlarını tercih etmiştir. Lisans ve üstü eğitim düzeyinde ise %76,3'ü (n=106) GETAT sertifikalı hekimleri, %12,9'u (n=18) GETAT sertifikalı sağlık çalışanlarını, %10,1'i (n=14) geleneksel tıp alanında eğitim almış kişileri ve %0,7'si (n=1) eğitim veya sertifika gerekmeksizin herkesin uygulayabileceğini belirtmiştir.

Tablo 10. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveyn Mesleklerinin Karşılaştırılması

	Ebeveyn Meslekleri			
Değişkenler	**Beyaz Yakalı (n=120)**	**Mavi Yakalı (n=18)**	**Çalışmıyor (n=44)**	**p**
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi misiniz?				
Evet	45 (37,5)	3 (16,7)	12 (27,3)	
Hayır	7 (5,8)	4 (22,2)	8 (18,2)	**0.033[b]**
Kısmen	68 (56,7)	11 (61,1)	24 (54,5)	
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?				
Evet	78 (65)	9 (50)	21 (47,7)	0.095[a]
Hayır	42 (35)	9 (50)	23 (52,3)	
Sizce GETAT uygulamaları kimler tarafından uygulanmalıdır?				
GETAT Sertifikalı Hekimler	91 (75,8)	11 (61,1)	38 (86,4)	
GETAT Sertifikalı Sağlık Çalışanları	18 (15)	4 (22,2)	5 (11,4)	
Geleneksel Tıp Alanında Eğitim Almış Herkes	10 (8,3)	3 (16,7)	1 (2,3)	0.289[b]
Eğitim veya Sertifikaya Gerek Olmadan Herkes	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 10'da görüldüğü gibi ebeveynlerin meslek gruplarına göre GETAT bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,033). Beyaz yakalıların %37,5'i (n=45) GETAT hakkında bilgi sahibi olduğunu, %5,8'i (n=7) bilgi sahibi olmadığını, %56,7'si (n=68) ise kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Mavi yakalıların %16,7'si (n=3) bilgi sahibi, %22,2'si (n=4) bilgi sahibi değil ve %61,1'i (n=11) kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmayan grubun ise %27,3'ü (n=12) bilgi sahibi, %18,2'si (n=8) bilgi sahibi değil ve %54,5'i (n=24) kısmen bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,095). Beyaz yakalıların %65,0'i (n=78), mavi yakalıların %50,0'si (n=9) ve çalışmayanların %47,7'si (n=21) çocuklarda GETAT kullanımını uygun bulmuştur. Kullanılmaması gerektiğini belirtenlerin oranı beyaz yakalılarda %35,0 (n=42), mavi yakalılarda %50,0 (n=9) ve çalışmayanlarda %52,3 (n=23) olarak saptanmıştır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kimler tarafından yapılması gerektiğine ilişkin tercihlerde meslek grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,289). Beyaz yakalıların %75,8'i (n=91), mavi yakalıların %61,1'i (n=11) ve çalışmayanların %86,4'ü (n=38) GETAT sertifikalı hekimleri tercih etmiştir. GETAT sertifikalı sağlık çalışanlarını tercih edenlerin oranı beyaz yakalılarda %15,0 (n=18), mavi yakalılarda %22,2 (n=4) ve çalışmayanlarda %11,4 (n=5) olmuştur. Geleneksel tıp alanında eğitim almış kişileri tercih edenler beyaz yakalıların %8,3'ünü (n=10), mavi yakalıların %16,7'sini (n=3) ve çalışmayanların %2,3'ünü (n=1) oluşturmuştur. Eğitim veya sertifika gerekmeksizin herkesin uygulayabileceğini düşünen yalnızca %0,8 (n=1) oranında beyaz yakalı katılımcı olmuştur.

Tablo 11. GETAT Bilgi Düzeyi ve "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre Ebeveynlerin Gelir Düzeylerinin Karşılaştırılması

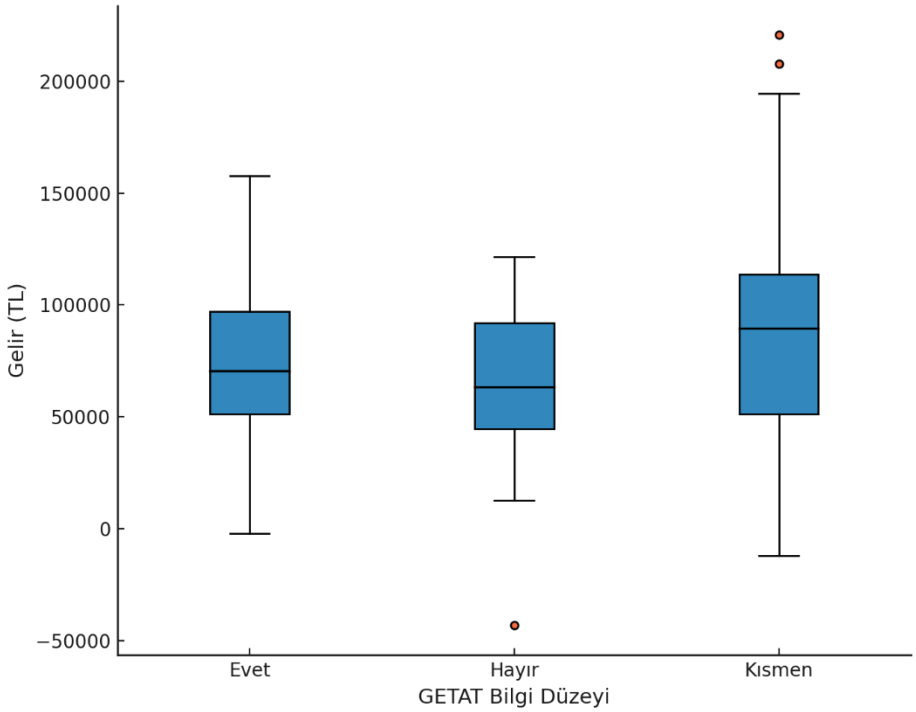
Değişkenler	Grup	n	Ort±SS	p	Post-hoc
GETAT Bilgi Düzeyi	Evet	60	80100,00±41950,21	**0.034[a]**	-
	Hayır	19	59842,10±39381,69		
	Kısmen	103	86169,90±49452,22		

Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?	Evet	108	83092,59±42774,24	0.112[b]	-
	Hayır	74	78979,72±51809,74		

a: Kruskall Wallis Test; b: Mann Whitney U Test; Posthoc: Bonferroni Test p<0.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi katılımcıların gelir düzeyi, GETAT bilgi düzeyine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,034). GETAT hakkında bilgi sahibi olan grubun ortalama gelir düzeyi 80.100,00±41.950,21 TL, bilgi sahibi olmayan grubun 59.842,10±39.381,69 TL ve kısmen bilgi sahibi olan grubun 86.169,90±49.452,22 TL olarak saptanmıştır.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar açısından gelir düzeyleri karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,112). GETAT'ın çocuklarda kullanılabileceğini belirtenlerin ortalama gelir düzeyi 83.092,59±42.774,24 TL iken, kullanılmaması gerektiğini belirtenlerin ortalama gelir düzeyi 78.979,72±51.809,74 TL olarak hesaplanmıştır.



Şekil 1. Ebeveynlerin gelir düzeylerinin GETAT bilgi düzeyine göre karşılaştırılması (n=182). Grafik, bilgi düzeyi grupları arasındaki gelir farklarını göstermektedir.

Tablo 12. GETAT Bilgi Düzeyi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Ebeveynlerin Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı			
Değişkenler	**1 Çocuk (n=78)**	**2 Çocuk (n=71)**	**3 ve Üstü Çocuk (n=33)**	**p**
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları hakkında bilgi sahibi misiniz?				
Evet	23 (29,5)	27 (38)	10 (30,3)	
Hayır	6 (7,7)	11 (15,5)	2 (6,1)	0.205[a]
Kısmen	49 (62,8)	33 (46,5)	21 (63,6)	
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?				
Evet	39 (50)	44 (62)	25 (75,8)	**0.035[a]**
Hayır	39 (50)	27 (38)	8 (24,2)	
Sizce GETAT uygulamaları kimler tarafından uygulanmalıdır?				
GETAT Sertifikalı Hekimler	66 (84,6)	51 (71,8)	23 (69,7)	
GETAT Sertifikalı Sağlık Çalışanları	9 (11,5)	12 (16,9)	6 (18,2)	
Geleneksel Tıp Alanında Eğitim Almış Herkes	2 (2,6)	8 (11,3)	4 (12,1)	0.130[b]
Eğitim veya Sertifikaya Gerek Olmadan Herkes	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	

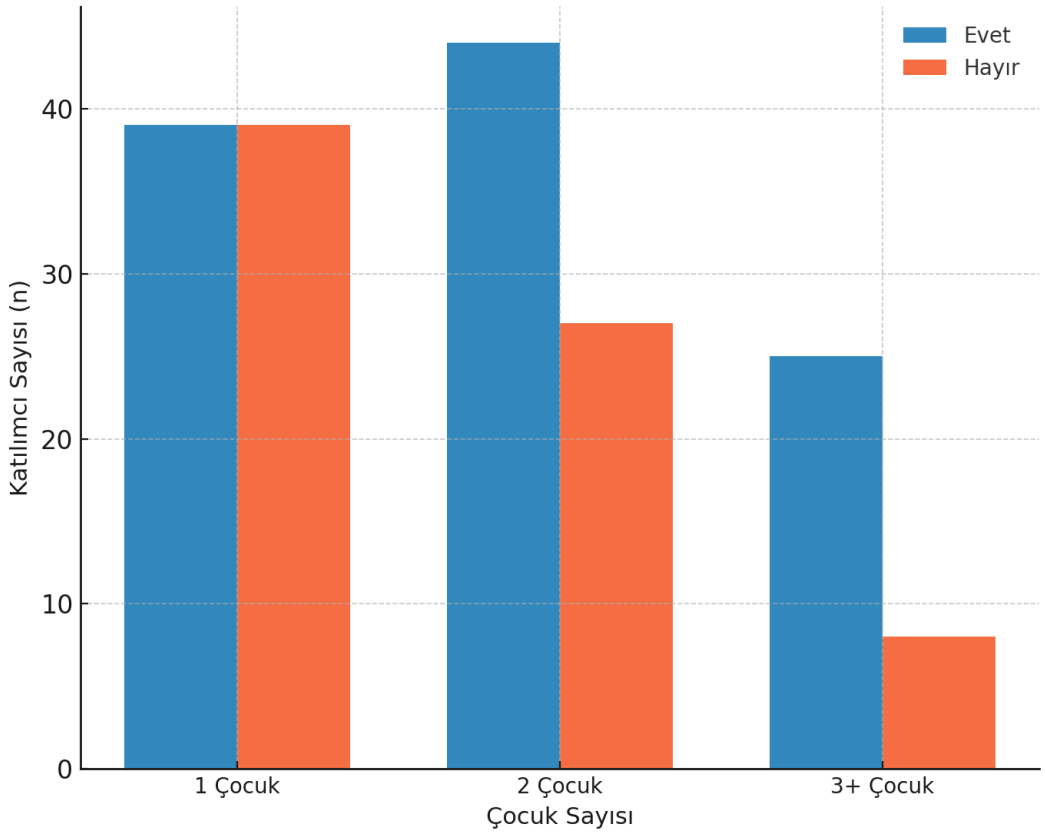
a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 12'de görüldüğü gibi ebeveynlerin GETAT bilgi düzeyleri çocuk sayısına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,205). Tek çocuk sahibi ebeveynlerin %29,5'i (n=23) bilgi sahibi, %7,7'si (n=6) bilgi sahibi değil, %62,8'i (n=49) kısmen bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. İki çocuk sahibi olanların %38,0'i (n=27) bilgi sahibi, %15,5'i (n=11) bilgi sahibi değil ve %46,5'i (n=33) kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Üç ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerde bu oranlar sırasıyla %30,3 (n=10), %6,1 (n=2) ve %63,6 (n=21) olarak bulunmuştur.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,035). Tek çocuk sahibi ebeveynlerin %50,0'si (n=39), iki çocuk sahibi olanların %62,0'si (n=44) ve üç

ve üzeri çocuğu olanların %75,8'i (n=25) çocuklarda GETAT kullanımını uygun bulmuştur. Uygun bulmayanların oranı sırasıyla %50,0 (n=39), %38,0 (n=27) ve %24,2 (n=8) olmuştur.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kimler tarafından yapılması gerektiği sorulduğunda, çocuk sayısına göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,130). Tek çocuk sahibi ebeveynlerin %84,6'sı (n=66), iki çocuk sahibi olanların %71,8'i (n=51) ve üç ve üzeri çocuğu olanların %69,7'si (n=23) GETAT sertifikalı hekimleri tercih etmiştir. GETAT sertifikalı sağlık çalışanlarını tercih edenlerin oranı sırasıyla %11,5 (n=9), %16,9 (n=12) ve %18,2 (n=6) olmuştur. Geleneksel tıp alanında eğitim almış kişileri tercih edenler tek çocuk sahiplerinde %2,6 (n=2), iki çocuk sahiplerinde %11,3 (n=8) ve üç ve üzeri çocuk sahiplerinde %12,1 (n=4) olarak belirlenmiştir. Eğitim veya sertifika gerekmeksizin herkesin uygulayabileceğini düşünen yalnızca tek çocuk sahibi grubunda %1,3 (n=1) oranında katılımcı bulunmuştur.



Şekil 2. Katılımcıların çocuk sayısına göre "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı. Grafik, 1, 2 ve 3+ çocuk sahibi ebeveynlerde "Evet" ve "Hayır" yanıtlarının sayısal dağılımını göstermektedir.

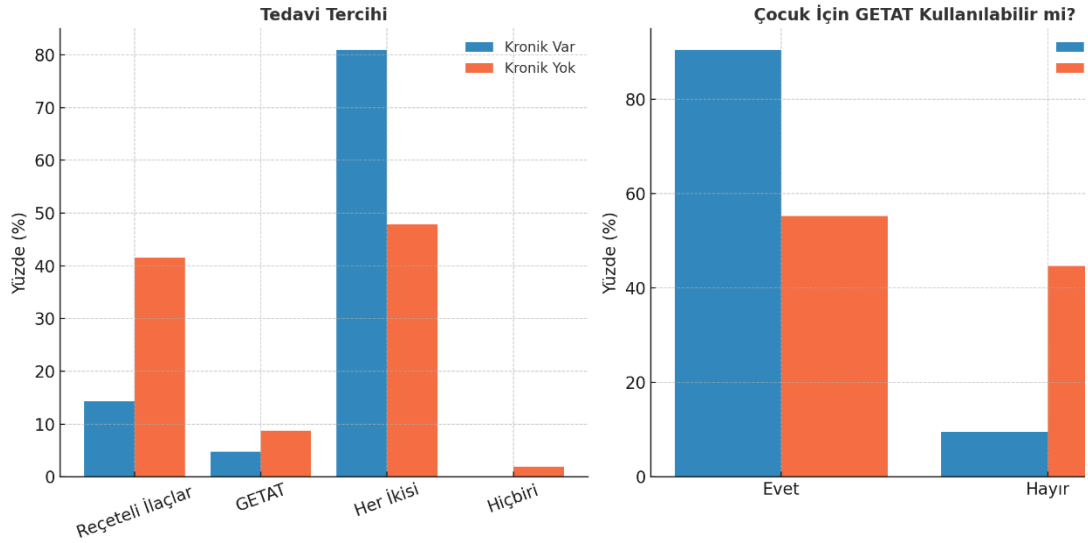
Tablo 13. Tedavi Tercihi, Çocuklarda Kullanılabilirlik Görüşü ve Uygulayıcı Tercihine Göre Çocuğa Ait Kronik Hastalık Durumunun Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık Durumu		
Değişkenler	**Evet (n=21)**	**Hayır (n=161)**	**p**
Çocuklarınız İçin Tedavi Yöntemlerinden Hangisini Daha Etkili ve Güvenli Buluyorsunuz?			
Reçeteli İlaçlar	3 (14,3)	67 (41,6)	
Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri	1 (4,8)	14 (8,7)	**0.038[b]**
Her İkisi	17 (81)	77 (47,8)	
Hiçbiri	0 (0)	3 (1,9)	
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?			
Evet	19 (90,5)	89 (55,3)	**0.002[a]**
Hayır	2 (9,5)	72 (44,7)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 13'te görüldüğü gibi çocuklarda kronik hastalık durumu ile ebeveynlerin tedavi tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,038). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin %14,3'ü (n=3) reçeteli ilaçları, %4,8'i (n=1) GETAT yöntemlerini ve %81,0'i (n=17) her iki yöntemi birlikte daha etkili ve güvenli bulurken, kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinde bu oranlar sırasıyla %41,6 (n=67), %8,7 (n=14) ve %47,8 (n=77) olarak saptanmıştır. "Hiçbiri" seçeneğini tercih eden yalnızca kronik hastalığı olmayan çocuk grubunda %1,9 (n=3) oranında katılımcı bulunmuştur.

"Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar da kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,002). Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin %90,5'i (n=19) GETAT'ın kullanılabileceğini belirtirken, %9,5'i (n=2) kullanılmaması gerektiğini ifade etmiştir. Kronik hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinde ise bu oranlar sırasıyla %55,3 (n=89) ve %44,7 (n=72) olarak bulunmuştur.



Şekil 3. Çocuğa ait kronik hastalık durumuna göre ebeveynlerin tedavi tercihleri ve "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı. Grafikler, kronik hastalık varlığına göre farklılıkları göstermektedir.

Tablo 14. "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Sorusuna Göre GETAT Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi			
Değişkenler	**Evet (n=60)**	**Hayır (n=19)**	**Kısmen (n=103)**	**p**
Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?				
Evet	41 (68,3)	8 (42,1)	59 (57,3)	0.104[a]
Hayır	19 (31,7)	11 (57,9)	44 (42,7)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 14'te görüldüğü gibi "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna verilen yanıtlar ile ebeveynlerin GETAT bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,104). GETAT hakkında bilgi sahibi olan katılımcıların %68,3'ü (n=41) çocuklarda GETAT kullanımını uygun bulurken, %31,7'si (n=19) uygun bulmamıştır. Bilgi sahibi olmayan grubun %42,1'i (n=8) evet, %57,9'u (n=11) hayır yanıtı vermiştir. Kısmen bilgi sahibi olduğunu belirten katılımcıların %57,3'ü (n=59) çocuklarda kullanımını uygun görürken, %42,7'si (n=44) uygun bulmamıştır.

Tablo 15. Çocukluk Çağı GETAT Uygulamaları Hakkında Bilgi Durumunun GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi			
Değişkenler	**Evet (n=60)**	**Hayır (n=19)**	**Kısmen (n=103)**	**p**
Aromaterapi				
Evet	16 (26,7)	0 (0)	11 (10,7)	
Hayır	22 (36,7)	16 (84,2)	54 (52,4)	**0.001[a]**
Kısmen	22 (36,7)	3 (15,8)	38 (36,9)	
Meditasyon/Yoga				
Evet	16 (26,7)	1 (5,3)	12 (11,7)	
Hayır	24 (40)	15 (78,9)	52 (50,5)	**0.009[a]**
Kısmen	20 (33,3)	3 (15,8)	39 (37,9)	
Refleksoloji				
Evet	9 (15)	0 (0)	7 (6,8)	
Hayır	28 (46,7)	18 (94,7)	72 (69,9)	**0.001[a]**
Kısmen	23 (38,3)	1 (5,3)	24 (23,3)	
Ozon				
Evet	16 (26,7)	1 (5,3)	13 (12,6)	
Hayır	27 (45)	15 (78,9)	70 (68)	**0.018[b]**
Kısmen	17 (28,3)	3 (15,8)	20 (19,4)	
Homeopati				
Evet	12 (20)	0 (0)	5 (4,9)	
Hayır	30 (50)	18 (94,7)	75 (72,8)	**0.001[b]**
Kısmen	18 (30)	1 (5,3)	23 (22,3)	
Akapunktur				
Evet	22 (36,7)	4 (21,1)	20 (19,4)	
Hayır	20 (33,3)	11 (57,9)	58 (56,3)	**0.045[b]**
Kısmen	18 (30)	4 (21,1)	25 (24,3)	
Hacamat				
Evet	34 (56,7)	10 (52,6)	32 (31,1)	
Hayır	16 (26,7)	5 (26,3)	42 (40,8)	**0.023[a]**
Kısmen	10 (16,7)	4 (21,1)	29 (28,2)	
Sülük				
Evet	29 (48,3)	10 (52,6)	24 (23,3)	
Hayır	21 (35)	6 (31,6)	54 (52,4)	**0.009[a]**
Kısmen	10 (16,7)	3 (15,8)	25 (24,3)	
Hipnoz				
Evet	12 (20)	5 (26,3)	12 (11,7)	
Hayır	32 (53,3)	11 (57,9)	72 (69,9)	0.164[b]
Kısmen	16 (26,7)	3 (15,8)	19 (18,4)	
Mezoterapi				
Evet	13 (21,7)	1 (5,3)	11 (10,7)	
Hayır	31 (51,7)	18 (94,7)	72 (69,9)	**0.005[b]**
Kısmen	16 (26,7)	0 (0)	20 (19,4)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 15'te görüldüğü gibi ebeveynlerin GETAT bilgi düzeyi ile çocukluk çağı GETAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumları karşılaştırıldığında bazı yöntemlerde anlamlı farklılık saptanmıştır.

Aromaterapi hakkında bilgi sahibi olma, GETAT bilgi düzeyine göre farklılık göstermiştir (p=0,001). GETAT bilgi sahibi olanların %26,7'si (n=16), bilgi sahibi olmayanların %0'ı ve kısmen bilgi sahibi olanların %10,7'si (n=11) aromaterapi hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

Meditasyon/yoga için bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,009). GETAT bilgi sahibi olanların %26,7'si (n=16), bilgi sahibi olmayanların %5,3'ü (n=1) ve kısmen bilgi sahibi olanların %11,7'si (n=12) bu yöntem hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Refleksolojiye ilişkin bilgi durumu anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,001). GETAT bilgi sahibi olanların %15,0'i (n=9), bilgi sahibi olmayanların %0'ı ve kısmen bilgi sahibi olanların %6,8'i (n=7) bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Ozon uygulamaları için gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,018). GETAT bilgi sahibi olanların %26,7'si (n=16), bilgi sahibi olmayanların %5,3'ü (n=1) ve kısmen bilgi sahibi olanların %12,6'sı (n=13) bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Homeopati için anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). GETAT bilgi sahibi olanların %20,0'si (n=12), bilgi sahibi olmayanların %0'ı ve kısmen bilgi sahibi olanların %4,9'u (n=5) bu yöntem hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

Akupunktur için bilgi düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,045). GETAT bilgi sahibi olanların %36,7'si (n=22), bilgi sahibi olmayanların %21,1'i (n=4) ve kısmen bilgi sahibi olanların %19,4'ü (n=20) bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Hacamat uygulamaları için bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark vardır (p=0,023). GETAT bilgi sahibi olanların %56,7'si (n=34), bilgi sahibi olmayanların %52,6'sı (n=10) ve kısmen bilgi sahibi olanların %31,1'i (n=32) hacamat hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

Sülük uygulamaları için de anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,009). GETAT bilgi sahibi olanların %48,3'ü (n=29), bilgi sahibi olmayanların %52,6'sı (n=10) ve kısmen bilgi sahibi olanların %23,3'ü (n=24) bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Hipnoz uygulamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,164). GETAT bilgi sahibi olanların %20,0'si (n=12), bilgi sahibi olmayanların %26,3'ü (n=5) ve kısmen bilgi sahibi olanların %11,7'si (n=12) bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir.

Mezoterapi için gruplar arasında anlamlı fark gözlenmiştir (p=0,005). GETAT bilgi sahibi olanların %21,7'si (n=13), bilgi sahibi olmayanların %5,3'ü (n=1) ve kısmen bilgi sahibi olanların %10,7'si (n=11) mezoterapi hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Çocukları İçin GETAT Yöntemi Kullanım Durumlarının GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi			
Değişkenler	**Evet (n=60)**	**Hayır (n=19)**	**Kısmen (n=103)**	**p**
Aromaterapi				
Evet	12 (20)	2 (10,5)	18 (17,5)	0.639[a]
Hayır	48 (80)	17 (89,5)	85 (82,5)	
Meditasyon/Yoga				
Evet	0 (0)	0 (0)	3 (2,9)	0.497[b]
Hayır	60 (100)	19 (100)	100 (97,1)	
Refleksoloji				
Evet	4 (6,7)	0 (0)	5 (4,9)	0.688[b]
Hayır	56 (93,3)	19 (100)	98 (95,1)	
Ozon				
Evet	1 (1,7)	0 (0)	1 (1)	1.000[b]
Hayır	59 (98,3)	19 (100)	102 (99)	
Homeopati				
Evet	2 (3,3)	0 (0)	1 (1)	0.681[b]
Hayır	58 (96,7)	19 (100)	102 (99)	
Akapunktur				
Evet	5 (8,3)	0 (0)	1 (1)	**0.033[b]**
Hayır	55 (91,7)	19 (100)	102 (99)	
Hacamat				
Evet	10 (16,7)	2 (10,5)	9 (8,7)	0.308[a]
Hayır	50 (83,3)	17 (89,5)	94 (91,3)	
Sülük				
Evet	5 (8,3)	0 (0)	1 (1)	**0.033[b]**
Hayır	55 (91,7)	19 (100)	102 (99)	
Hipnoz				
Evet	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	0.434[b]
Hayır	59 (98,3)	19 (100)	103 (100)	
Mezoterapi				

Evet	1 (1,7)	0 (0)	1 (1)	1.000[b]
Hayır	59 (98,3)	19 (100)	102 (99)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 16'da görüldüğü gibi ebeveynlerin GETAT bilgi düzeyine göre çocuklarına uyguladıkları yöntemler karşılaştırıldığında, yalnızca akupunktur ve sülük tedavisi kullanımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Aromaterapi kullanımı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (p=0,639). GETAT bilgi sahibi olanların %20,0'si (n=12), bilgi sahibi olmayanların %10,5'i (n=2) ve kısmen bilgi sahibi olanların %17,5'i (n=18) çocuklarına aromaterapi uygulamıştır.

Meditasyon/yoga, refleksoloji, ozon, homeopati, hacamat, hipnoz ve mezoterapi kullanımları açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (tüm p>0,05). Örneğin, meditasyon/yoga yalnızca kısmen bilgi sahibi olanlarda %2,9 (n=3) oranında kullanılmış, diğer gruplarda hiç kullanılmamıştır (p=0,497).

Akupunktur uygulaması bilgi düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,033). GETAT bilgi sahibi olanların %8,3'ü (n=5), bilgi sahibi olmayanların %0'ı ve kısmen bilgi sahibi olanların %1,0'i (n=1) çocuklarına akupunktur uyguladığını bildirmiştir.

Benzer şekilde sülük tedavisi açısından da anlamlı fark bulunmuştur (p=0,033). GETAT bilgi sahibi olanların %8,3'ü (n=5), bilgi sahibi olmayanların %0'ı ve kısmen bilgi sahibi olanların %1,0'i (n=1) çocuklarına sülük tedavisi uygulamıştır.

Diğer yöntemlerde (ozon, homeopati, hacamat, hipnoz, mezoterapi) anlamlı farklılık gözlenmemiştir (tüm p>0,05).

Tablo 17. Katılımcıların Çocukları İçin GETAT Yöntemlerini Kullanma Eğilimlerinin GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi			
Değişkenler	**Evet (n=60)**	**Hayır (n=19)**	**Kısmen (n=103)**	**p**
Aromaterapi				
Evet	33 (55)	6 (31,6)	44 (42,7)	
Hayır	18 (30)	8 (42,1)	22 (21,4)	**0.025[a]**
Kararsızım	9 (15)	5 (26,3)	37 (35,9)	
Meditasyon/Yoga				
Evet	26 (43,3)	3 (15,8)	38 (36,9)	0.076[a]

Hayır	20 (33,3)	11 (57,9)	30 (29,1)	
Kararsızım	14 (23,3)	5 (26,3)	35 (34)	
Refleksoloji				
Evet	25 (41,7)	4 (21,1)	24 (23,3)	
Hayır	17 (28,3)	8 (42,1)	34 (33)	0.107[a]
Kararsızım	18 (30)	7 (36,8)	45 (43,7)	
Ozon				
Evet	22 (36,7)	4 (21,1)	14 (13,6)	
Hayır	18 (30)	10 (52,6)	42 (40,8)	**0.008[a]**
Kararsızım	20 (33,3)	5 (26,3)	47 (45,6)	
Homeopati				
Evet	12 (20)	2 (10,5)	13 (12,6)	
Hayır	23 (38,3)	11 (57,9)	48 (46,6)	0.493[a]
Kararsızım	25 (41,7)	6 (31,6)	42 (40,8)	
Akapunktur				
Evet	25 (41,7)	3 (15,8)	17 (16,5)	
Hayır	17 (28,3)	11 (57,9)	42 (40,8)	**0.003[a]**
Kararsızım	18 (30)	5 (26,3)	44 (42,7)	
Hacamat				
Evet	28 (46,7)	4 (21,1)	29 (28,2)	
Hayır	22 (36,7)	8 (42,1)	47 (45,6)	0.077[a]
Kararsızım	10 (16,7)	7 (36,8)	27 (26,2)	
Sülük				
Evet	21 (35)	2 (10,5)	19 (18,4)	
Hayır	27 (45)	12 (63,2)	52 (50,5)	0.071[a]
Kararsızım	12 (20)	5 (26,3)	32 (31,1)	
Hipnoz				
Evet	9 (15)	1 (5,3)	4 (3,9)	
Hayır	31 (51,7)	13 (68,4)	64 (62,1)	0.126[b]
Kararsızım	20 (33,3)	5 (26,3)	35 (34)	
Mezoterapi				
Evet	16 (26,7)	3 (15,8)	10 (9,7)	
Hayır	23 (38,3)	10 (52,6)	47 (45,6)	**0.063[a]**
Kararsızım	21 (35)	6 (31,6)	46 (44,7)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 17'de görüldüğü gibi katılımcıların çocukları için GETAT yöntemlerini kullanma eğilimleri, bilgi düzeyine göre karşılaştırıldığında bazı yöntemlerde anlamlı farklılık saptanmıştır.

Aromaterapi kullanım eğilimi bilgi düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,025). GETAT bilgi sahibi olanların %55,0'i (n=33), bilgi sahibi olmayanların %31,6'sı (n=6) ve kısmen bilgi sahibi olanların %42,7'si (n=44) aromaterapiyi çocukları için kullanabileceğini belirtmiştir.

Ozon uygulamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,008). GETAT bilgi sahibi olanların %36,7'si (n=22), bilgi sahibi olmayanların %21,1'i (n=4) ve kısmen bilgi sahibi olanların %13,6'sı (n=14) ozon uygulamalarını çocukları için kullanabileceğini ifade etmiştir.

Akupunktur tercihi de bilgi düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,003). GETAT bilgi sahibi olanların %41,7'si (n=25), bilgi sahibi olmayanların %15,8'i (n=3) ve kısmen bilgi sahibi olanların %16,5'i (n=17) akupunkturu çocukları için kullanabileceğini belirtmiştir.

Meditasyon/yoga (p=0,076), refleksoloji (p=0,107), homeopati (p=0,493), hacamat (p=0,077), sülük (p=0,071), hipnoz (p=0,126) ve mezoterapi (p=0,063) yöntemlerinde ise bilgi düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Katılımcıların Kendi Kullanım Eğilimlerinin GETAT Bilgi Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Bilgi Düzeyi			
Değişkenler	**Evet (n=60)**	**Hayır (n=19)**	**Kısmen (n=103)**	**p**
Aromaterapi				
Evet	41 (68,3)	8 (42,1)	65 (63,1)	
Hayır	10 (16,7)	7 (36,8)	16 (15,5)	0.184[b]
Kararsızım	9 (15)	4 (21,1)	22 (21,4)	
Meditasyon/Yoga				
Evet	36 (60)	6 (31,6)	60 (58,3)	
Hayır	15 (25)	10 (52,6)	20 (19,4)	**0.044[b]**
Kararsızım	9 (15)	3 (15,8)	23 (22,3)	
Refleksoloji				
Evet	37 (61,7)	7 (36,8)	46 (44,7)	
Hayır	10 (16,7)	9 (47,4)	23 (22,3)	**0.020[a]**
Kararsızım	13 (21,7)	3 (15,8)	34 (33)	
Ozon				
Evet	40 (66,7)	4 (21,1)	46 (44,7)	
Hayır	10 (16,7)	10 (52,6)	22 (21,4)	**0.001[a]**
Kararsızım	10 (16,7)	5 (26,3)	35 (34)	
Homeopati				
Evet	28 (46,7)	3 (15,8)	37 (35,9)	
Hayır	21 (35)	13 (68,4)	35 (34)	**0.019[a]**
Kararsızım	11 (18,3)	3 (15,8)	31 (30,1)	
Akapunktur				
Evet	47 (78,3)	5 (26,3)	63 (61,2)	
Hayır	8 (13,3)	10 (52,6)	20 (19,4)	**<0.001[b]**
Kararsızım	5 (8,3)	4 (21,1)	20 (19,4)	

Hacamat				
Evet	38 (63,3)	8 (42,1)	55 (53,4)	
Hayır	13 (21,7)	6 (31,6)	31 (30,1)	0.464[a]
Kararsızım	9 (15)	5 (26,3)	17 (16,5)	
Sülük				
Evet	30 (50)	4 (21,1)	34 (33)	
Hayır	19 (31,7)	9 (47,4)	42 (40,8)	0.128[a]
Kararsızım	11 (18,3)	6 (31,6)	27 (26,2)	
Hipnoz				
Evet	19 (31,7)	2 (10,5)	18 (17,5)	
Hayır	25 (41,7)	13 (68,4)	49 (47,6)	0.078[a]
Kararsızım	16 (26,7)	4 (21,1)	36 (35)	
Mezoterapi				
Evet	30 (50)	5 (26,3)	51 (49,5)	
Hayır	15 (25)	8 (42,1)	19 (18,4)	0.155[a]
Kararsızım	15 (25)	6 (31,6)	33 (32)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 18'de görüldüğü gibi katılımcıların kendi kullanım eğilimleri GETAT bilgi düzeyine göre karşılaştırıldığında bazı yöntemlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Aromaterapi açısından bilgi düzeyine göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,184). GETAT bilgi sahibi olanların %68,3'ü (n=41), bilgi sahibi olmayanların %42,1'i (n=8) ve kısmen bilgi sahibi olanların %63,1'i (n=65) aromaterapiyi kendi kullanabileceğini ifade etmiştir.

Meditasyon/yoga kullanım eğilimi bilgi düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,044). GETAT bilgi sahibi olanların %60,0'ı (n=36), bilgi sahibi olmayanların %31,6'sı (n=6) ve kısmen bilgi sahibi olanların %58,3'ü (n=60) meditasyon/yoga kullanımına olumlu yanıt vermiştir.

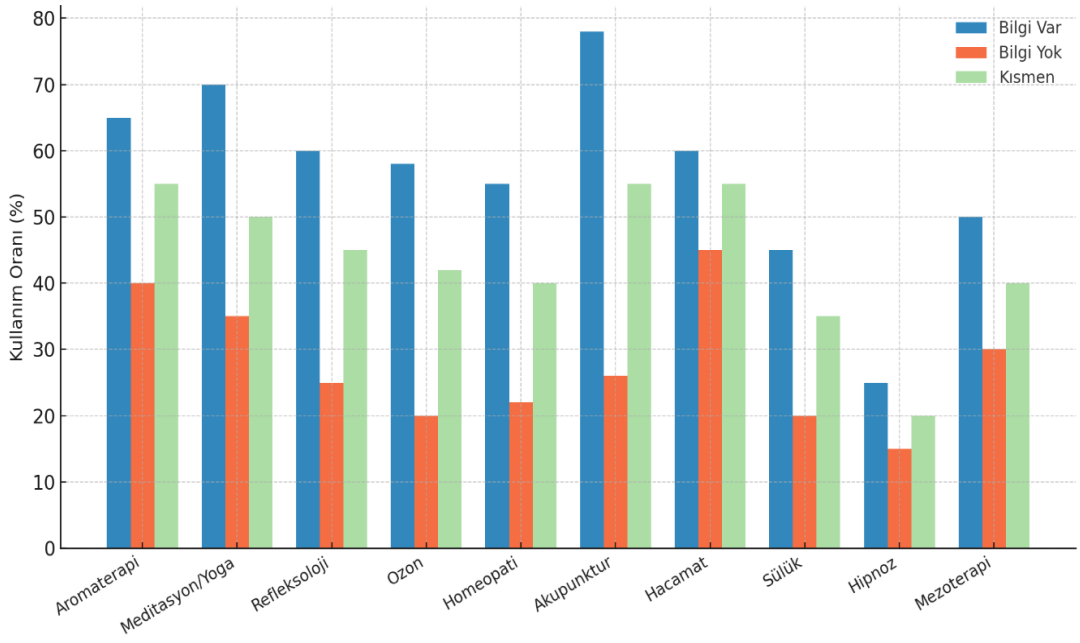
Refleksoloji kullanımı da bilgi düzeyine göre anlamlı bulunmuştur (p=0,020). GETAT bilgi sahibi olanların %61,7'si (n=37), bilgi sahibi olmayanların %36,8'i (n=7) ve kısmen bilgi sahibi olanların %44,7'si (n=46) refleksolojiyi kendi kullanabileceğini belirtmiştir.

Ozon uygulamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). GETAT bilgi sahibi olanların %66,7'si (n=40), bilgi sahibi olmayanların %21,1'i (n=4) ve kısmen bilgi sahibi olanların %44,7'si (n=46) ozon kullanımına olumlu yaklaşmıştır.

Homeopati kullanımı bilgi düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0,019). GETAT bilgi sahibi olanların %46,7'si (n=28), bilgi sahibi olmayanların %15,8'i (n=3) ve kısmen bilgi sahibi olanların %35,9'u (n=37) bu yöntemi kendi kullanabileceğini ifade etmiştir.

Akupunktur tercihi gruplar arasında en belirgin farkı göstermiştir (p<0,001). GETAT bilgi sahibi olanların %78,3'ü (n=47), bilgi sahibi olmayanların %26,3'ü (n=5) ve kısmen bilgi sahibi olanların %61,2'si (n=63) akupunkturu kendi kullanımına uygun bulmuştur.

Hacamat (p=0,464), sülük (p=0,128), hipnoz (p=0,078) ve mezoterapi (p=0,155) kullanım eğilimlerinde bilgi düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.



Şekil 4. Katılımcıların GETAT bilgi düzeyine göre kendileri için GETAT yöntemlerini kullanma eğilimleri. Grafik, bilgi düzeyi grupları arasında kullanım oranlarının karşılaştırmasını göstermektedir.

Tablo 19. Katılımcıların GETAT Uygulayıcı Tercihlerinin "Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?" Görüşüne Göre Karşılaştırılması

	Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?		
Değişkenler	**Evet (n=108)**	**Hayır (n=74)**	**p**

Sizce GETAT uygulamaları kimler tarafından uygulanmalıdır?			
GETAT Sertifikalı Hekimler	83 (76,9)	57 (77)	
GETAT Sertifikalı Sağlık Çalışanları	13 (12)	14 (18,9)	
Geleneksel Tıp Alanında Eğitim Almış Herkes	12 (11,1)	2 (2,7)	0.051[b]
Eğitim veya Sertifikaya Gerek Olmadan Herkes	0 (0)	1 (1,4)	

a: Pearson Chi-Square Test; b: Fisher's Exact Test; p<0.05

Tablo 19'da görüldüğü gibi katılımcıların "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" görüşleri ile GETAT uygulamalarının kimler tarafından yapılması gerektiğine ilişkin tercihleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,051).

Geleneksel ve tamalayıcı tıpın çocuklarda kullanılabileceğini düşünen katılımcıların %76,9'u (n=83) uygulamaların GETAT sertifikalı hekimler tarafından yapılması gerektiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, çocuklarda GETAT kullanımını uygun bulmayanların %77,0'si (n=57) de aynı görüşü paylaşmıştır.

Geleneksel ve tamalayıcı tıp sertifikalı sağlık çalışanlarını tercih edenlerin oranı, kullanımını uygun bulanlarda %12,0 (n=13), uygun bulmayanlarda %18,9 (n=14) olarak bulunmuştur. Geleneksel tıp alanında eğitim almış kişilerin uygulayıcı olması gerektiğini ifade edenlerin oranı, uygun bulanlarda %11,1 (n=12), uygun bulmayanlarda ise %2,7 (n=2) olarak saptanmıştır. Eğitim veya sertifikaya gerek olmadan herkesin uygulayabileceğini belirten yalnızca %1,4 (n=1) oranında katılımcı yer almış olup, bu görüş çocuklarda GETAT kullanımını uygun bulmayan grup içinde bildirilmiştir.

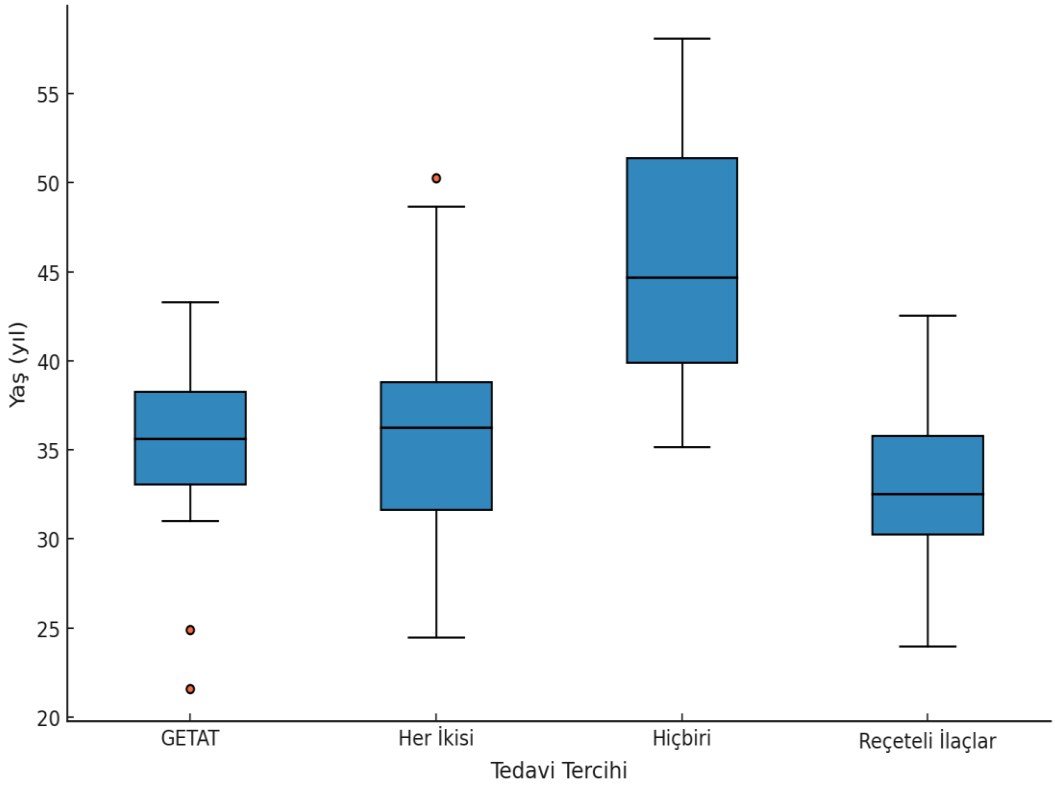
Tablo 20. Ebeveyn Yaşlarının Tedavi Tercihlerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	n	Ort±SS	p	Posthoc
Tedavi Tercihi	Reçeteli İlaçlar	70	33,54±4,87	**0.037**	-
	GETAT	15	35,20±5,19		
	Her İkisi	94	35,77±5,89		
	Hiçbiri	3	40,66±6,42		

Kruskall Wallis Test; Posthoc: Bonferroni Test p<0.05

Tablo 20'de görüldüğü gibi ebeveynlerin yaş ortalamaları tedavi tercihlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,037).

Reçeteli ilaçları tercih eden grubun yaş ortalaması 33,54±4,87 yıl, yalnızca GETAT yöntemlerini tercih eden grubun 35,20±5,19 yıl, her iki yöntemi birlikte tercih edenlerin 35,77±5,89 yıl ve hiçbirini tercih etmeyen grubun 40,66±6,42 yıl olarak hesaplanmıştır.



Şekil 5. Ebeveyn yaşlarının tedavi tercihlerine göre dağılımı (n=182). Grafik, reçeteli ilaç, GETAT, her ikisi ve hiçbirini tercih etmeyen gruplar arasındaki yaş farklılıklarını göstermektedir.

Tablo 21. Ebeveynin cinsiyetine göre 'Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?' Görüşüne Göre Karşılaştırılması

	Çocuk İçin GETAT Kullanılabilir mi?		
Değişkenler	**Evet (n=108)**	**Hayır (n=74)**	**p**
Ebeveyn			
Anne	70 (64,8)	55 (74,3)	0.174[a]
Baba	38 (35,2)	19 (25,7)	

a: Pearson Chi-Square Test; p<0.05

Tablo 21'te görüldüğü gibi ebeveynin cinsiyetine göre "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" görüşleri karşılaştırıldığında annelerin %64,8'inin (n=70) ve babaların %35,2'sinin (n=38) GETAT kullanımını uygun gördüğü; annelerin %74,3'ünün (n=55) ve babaların %25,7'sinin (n=19) ise uygun bulmadığı belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,174).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 1–6 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına (GETAT) ilişkin bilgi, tutum ve tercihlerinin çocuklarda kullanım bağlamında nasıl şekillendiğini göstermektedir.

5.1. GENEL EĞİLİM

Ebeveynlerin çocukları için en güvenli ve etkili tedavi yaklaşımı tercihinde, modern tıp ile GETAT'ın birlikte kullanımı %51,6 ile ilk sırada yer almıştır; bunu yalnızca reçeteli ilaçlar (%38,5), yalnız GETAT (%8,2) ve hiçbirini tercih etmeyenler (%1,6) izlemiştir. Örneklemimizde ebeveynlerin kendileri için en az bir GETAT yöntemi kullanma oranı %65,4 iken, çocukları için kullanım %31,3'tür. Ebeveynlerin çocukları için "modern tıp ve GETAT'ı birlikte kullanma" tercihini ilk sırada belirtmesi, literatürde tanımlanan entegratif eğilimle uyumludur (109).

Ebeveynlerin %59,3'ü (n=108) GETAT'ın çocuklarda kullanılabileceğini düşünürken, %40,7'si (n=74) uygun olmadığını belirtmiştir; bu oranlar, uluslararası bildirilen pediatrik kullanım verileriyle benzerlik göstermektedir (110). Karşı çıkanlar arasında başlıca gerekçeler "etkisiz olduğunu düşünme" (%31,7), "yan etki endişesi" (%25,0) ve "yeterli bilgiye sahip olmama" (%23,3) olurken, "güvenli olmadığını düşünme" oranı %18,3'tür. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, örneklemimizdeki olumsuz tutumun esasen etkinlik konusundaki kuşkular, güvenlik endişeleri ve bilgi eksikliği tarafından şekillendirildiği anlaşılmaktadır.

Uluslararası veriler, ebeveynlerin yan etki farkındalığında belirgin farklılıklara işaret etmektedir. İran'da annelerin yalnızca %1,3'ü yan etki olabileceğini belirtirken (111), Suudi Arabistan'da ebeveynler çocuklarında %18,1 oranında yan etki deneyimi bildirmiştir (112). Çalışmamızda ise "yan etki endişesi", GETAT kullanımına karşı çıkma gerekçeleri arasında %25 ile öne çıkmaktadır. Lucas ve ark.'nın bulguları, ebeveyn karar süreçlerinde güvenilirlik ve olası yan etkilerin belirleyici olduğunu desteklemektedir (113). Bu bulgular, Türkiye'de ebeveynlerin çocuklarda GETAT kullanımına temkinli yaklaştığını ve güvenilirlik algısının karar sürecinde belirleyici olabildiğini düşündürmektedir.

5.1.1. Ebeveyn Kullanımının Etkisi

ABD NHIS 2007–2012 ulusal raporu, çocuklarda Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kullanımının en güçlü destekleyicisinin ebeveynin kendi kullanımı olduğunu bildirmektedir (114). Türkiye'den Gaziantep örnekleminde yapılan çalışmada da ebeveynin GETAT kullanımı, çocukta kullanım olasılığını anlamlı biçimde artırmıştır (115). Yapmış olduğumuz çalışmada ebeveynlerin GETAT yöntemlerini çocukları için kullanma eğilimleri, kendi kullanma eğilimleriyle paralel seyretmektedir. Kabul düzeyi yöntemlere göre farklılaşmakta; aromaterapi, meditasyon/yoga ve hacamat daha yüksek kabul görürken, hipnoz, homeopati, mezoterapi ve ozon daha düşük kabul edilmektedir. Bu örüntü hem ulusal hem de uluslararası literatürle uyumlu olup, pediatrik GETAT kararlarında ebeveyn davranışının belirleyici rolünü desteklemektedir.

5.1.2. Kronik Hastalık Varlığı

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde hem "reçeteli ilaçlar ve GETAT'ın birlikte kullanımı" tercihinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğu hem de "çocuklarda GETAT kullanılabilir" görüşünün belirgin biçimde arttığı saptanmıştır. Bu bulgu, ABD NHIS 2007–2012 verileriyle uyumludur; söz konusu rapor, kronik sağlık sorunu olan çocuklarda tamamlayıcı yaklaşımların konvansiyonel tedaviye ek olarak daha sık benimsendiğini belirtmektedir (114). Literatürde, belirli kronik hastalık gruplarında ailelerin GETAT'ı ilaçlara ek tedavi olarak kullanmalarının; kontrolsüz semptomlar ve ilaç yan etkileri gibi gerekçelere dayandığı belirtilmektedir (116). Bu bulgular ışığında, çalışmamızın sonuçları arasında bulunan kronik hastalık varlığında hem entegratif tercihlerin artması hem de GETAT uygulamalarına yönelik "kullanılabilirlik" onayının yükselmesi, beklenen bir örüntü olarak değerlendirilebilir (116). Öte yandan, ebeveynlerin GETAT kullanımını hekimle paylaşma oranlarının kronik hastalığı olan çocuklarda dahi düşük kalabildiği bildirilmektedir (117). Olası ürün–ilaç etkileşimleri ve güvenlik sorunlarının gözden kaçmaması için, hekimlerin özellikle kronik hastalığı bulunan çocuklarda GETAT kullanımını rutin muayene ve danışmanlığın ayrılmaz bir parçası olarak sistematik biçimde sorgulaması gerekmektedir.

5.1.3 Uluslararası Karşılaştırmalar

Avrupa verileri, pediatrik GETAT kullanımının görece yüksek seyrettiğini göstermektedir: Avrupa geneli nüfus ağırlıklı tahmini prevalans %52 olup, bölgeler arasında oranlar %5–%90 arasında değişmektedir (110). Ülke örnekleri bu geniş değişkenliği destekler niteliktedir: Suudi Arabistan'ın Taif şehrinde annelerin %73,4'ü çocuklarda GETAT kullanımına olumlu bakarken fiilî kullanım %41,7 olarak saptanmıştır (109); daha güncel bir Suudi Arabistan çalışmasında katılımcıların tamamı çocukları için en az bir kez GETAT yöntemlerinden yararlanmış en yaygın uygulamalar bal (%68,2), anason (%65,2) ve zeytinyağı (%56,8) olmuştur (112). Kore'de ulusal telefon anketinde son 12 ay içinde kullanım %65,3 bulunurken (118), İran'ın doğusunda annelerin %35,6'sının son bir yılda en az bir kez GETAT kullandığı; yöntem dağılımında fitoterapik ürünlerin (%93,3) ve aromaterapinin (%26,6) öne çıktığı bildirilmiştir (111).

Bu karşılaştırmalar, Türkiye'de çocuklarda GETAT kullanım sıklığının Kore, İran ve Suudi Arabistan gibi ülkelere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (110). Ülkeler arası farklılıkların; kültürel ve dinî değerler, geleneksel tedavilere atfedilen anlamlar, sağlık sistemi dinamikleri ve hekim–hasta iletişiminin niteliği ile ebeveynlerin eğitim düzeyi gibi etkenlerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (119). Ayrıca, bazı çalışmaların son 12 aylık kullanımı sorgulaması veya belirli bir yaş grubuna odaklanmaması gibi yöntemsel farklılıklar da oranların karşılaştırılabilirliğini sınırlayabilir. Yöntem dağılımında kültürel/dinî belirleyicilerin etkisi, eğitim düzeyine bağlı tutum farklılıkları ve yan etki farkındalığındaki ülke bazlı değişkenlik dikkate alındığında; ulusal düzeyde ebeveynlerin bilinçlendirilmesi, uygulamaların hekim gözetiminde yürütülmesi ve çocuk sağlığında GETAT kullanımına ilişkin daha kapsamlı, karşılaştırmalı araştırmaların planlanması gerekmektedir.

5.2. YÖNTEM TERCİHLERİ

Avrupa verilerinde çocuklarda GETAT kullanımında en popüler üç yöntem homeopati, fitoterapi ve akupunktur olarak bildirilmiştir (110). Buna karşılık, çalışmamızda aromaterapi (%17,6) ve hacamat/kupa (%11,5) ilk iki sırayı almakta; refleksoloji (%4,9) üçüncü, akupunktur (%3,3) ise dördüncü sırada yer almaktadır

(110). Bu farklılaşma, yöntem tercih sıralamasının coğrafya, kültürel alışkanlıklar, mevzuat, erişilebilirlik ve sağlık sistemi entegrasyonuna göre belirgin biçimde değiştiğini göstermektedir. Ayrıca Avrupa'daki uzman görüşleri, sağlık kurumlarında GETAT'a ilişkin farkındalık ve kullanımın son yıllarda arttığını, ortak tanımlar ile etkinlik ve olası advers etkilere yönelik araştırma gereksiniminin sürdüğünü vurgulamaktadır (110).

5.2.1. Bilinen Yöntemler

Katılımcıların çocukluk çağı uygulamalarına yönelik GETAT bilgi durumları incelendiğinde, en çok bilinen üç yöntem hacamat (%41,8), sülük (%34,6) ve akupunktur (%25,3) olarak saptanmıştır. Bu dağılım, 1991 tarihli düzenleme ile akupunkturun resmiyet kazanması ve 2014 tarihli GETAT Yönetmeliği ile hacamat/kupa tedavisi ile hirudoterapinin resmileşmesine; ayrıca coğrafi kültür ve dinî inanışların sağlık uygulamalarına yansımasına bağlı olabilir (6,8).

5.2.2. Uygulayıcı Tercihi

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu GETAT uygulamalarının sertifikalı hekimler tarafından yapılması gerektiğini belirtmiştir (%76,9); bunu sertifikalı sağlık çalışanları (%14,8) ve geleneksel tıp alanında eğitim almış kişiler (%7,7) izlemiştir. Buna karşılık Pediatri hemşireleri çalışmasında görüşler "eğitimli uygulayıcı" ekseninde toplanmış olup çalışmaya katılanlar arasında çoğunluk %66,1 (n=74) ile "eğitim alan herkes" seçeneğini tercih ederken, %20,5 "doktor", %13,4 ise "hemşire" yanıtını vermiştir (120). Yeni Zelanda'da 2014'te yayımlanan bir araştırmada ebeveynlerin büyük çoğunluğu, GETAT terapistlerinin sertifikalı olması gerektiği görüşüne katılmış; hekimlerin GETAT hakkında bilgi sahibi olması, danışmanlık verebilmesi ve hastalara GETAT uygulamalarını kullanıp kullanmadıklarını sorması gerektiğini belirtmiştir (121). Bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada ise çocuklarda GETAT kullanımını en güçlü biçimde etkileyen ifadenin "yalnızca doktor önerirse kullanırım" olduğu; ayrıca uygulayıcıların sertifikalı olması beklentisinin yaygın bulunduğu bildirilmiştir (117).

Bu elde edilen bulgular hem ebeveynlerin hem de mevcut mevzuatın ortak noktasının uygulayıcı niteliği olduğunu göstermektedir (8). Sonuç olarak, hem

ebeveynlerin tercihlerinde hem de ulusal düzenlemelerde ortak nokta, uygulayıcının eğitimli ve yetkin olması gerekliliğidir. Bulgular, toplumun GETAT uygulamalarında "hekim temelli güvenlik" anlayışını benimsediğini ortaya koymaktadır. Bu durum, GETAT hizmetlerinin sürdürülebilir biçimde güvenli ve etkin olabilmesi için hekim gözetiminde, bilimsel ve etik standartlara dayalı bir sistemin güçlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

5.3. DEMOGRAFİK VERİLER

Demografik değişkenlerin bilgi düzeyi ve tutum üzerindeki etkileri incelendiğinde farklı örüntüler gözlenmiştir.

5.3.1. Yaşın Etkisi

Örneklemimizde ebeveyn yaşı ile "GETAT bilgi düzeyi" arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna karşın "çocuk için GETAT kullanılabilir" diyenlerin yaş ortalaması daha yüksektir ($p=0,041$; fark $\approx 1,8$ yıl). Tedavi seçeneğine göre yaş dağılımı da anlamlıdır ($p=0,037$): yalnızca reçeteli ilaç tercih edenler 33,54±4,87; yalnızca GETAT tercih edenler 35,20±5,19; her ikisini birlikte kullananlar 35,77±5,89; hiçbirini tercih etmeyenler 40,66±6,42 yıldır (son grubun $n=3$ olması dikkate alınmalıdır). Bu örüntü, yaş ilerledikçe entegratif yaklaşımın (konvansiyonel tedavi + GETAT) nispeten daha çok benimsendiğini, daha genç ebeveynlerde ise konvansiyonel tedaviye yönelimin öne çıktığını düşündürmektedir.

Literatür bulguları heterojendir; Filistin'de 30 yaş ve üzerindeki ebeveynlerde çocuklarda GETAT kullanımı daha yüksektir (122). Suudi Arabistan'da bilgi düzeyi yaşla artarken, olumlu tutum ve kullanımın daha çok genç yaş gruplarında yüksek olduğu; Bişa'da ise daha genç ve daha düşük eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde olumlu tutum ve uygulamanın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (123). Türkiye'den Araz ve Bülbül, ebeveyn yaşından ziyade ebeveynin kendi GETAT kullanımı ve eğitim düzeyinin çocukta kullanımın daha güçlü belirleyicileri olduğunu göstermiştir (115). Üst solunum yolu enfeksiyonu olan 7–14 yaş grubunda yapılan başka bir Türkiye çalışmasında ise kullanım oranlarının ebeveyn yaşından bağımsız olarak çocuğun yaşı ve hane halkı ekonomik durumu ile arttığı saptanmıştır (124). Bu farklılıklar, ölçüm yöntemleri ile sağlık sistemi ve kültürel bağlamdaki değişkenliklerden kaynaklanabilir. Sonuç olarak, pediatrik GETAT'a ilişkin

danışmanlık ve eğitim programlarının ebeveynlerin yaş ve deneyim profiline göre uyarlanması gereklidir.

5.3.2. Eğitim Düzeyi

Örneklemimizde lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki ebeveynlerde "GETAT hakkında bilgi sahibiyim" yanıtı anlamlı ölçüde daha yüksektir. Benzer biçimde "Çocuklarda GETAT kullanılabilir mi?" sorusuna "evet" yanıtının oranı da bu grupta daha yüksektir. Bu bulgular, eğitim düzeyinin yalnızca GETAT'a ilişkin bilgiyle değil, çocuklarda kullanımına yönelik olumlu tutumla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Türkiye'de Araz ve Bülbül'ün çalışmasında, ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda GETAT'a onayın ve fiilî kullanımın anlamlı biçimde yükseldiği bildirilmiştir (115).

5.3.3. Meslek ve Gelir

Gelir düzeyi açısından bakıldığında, GETAT'a ilişkin bilgi düzeyi anlamlı biçimde farklılaşmaktadır: "bilgi sahibiyim" ya da "kısmen bilgi sahibiyim" diyenlerin ortalama geliri, "bilgim yok" diyenlere kıyasla daha yüksektir. Buna karşın "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" yanıtları gelir düzeyine göre değişmemiştir. Meslek dağılımında beyaz yakalı ebeveynler, mavi yakalı ve çalışmayanlara göre "GETAT hakkında bilgi sahibiyim" yanıtını daha sık vermektedir; bu örüntü, meslek/sosyoekonomik statü ile ebeveyn sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif ilişkiyi bildiren literatürle uyumludur. Nitekim Almanya'da 4.217 ebeveynle yapılan çalışmada ebeveyn sağlık okuryazarlığının en güçlü belirleyicisi yüksek sosyoekonomik statü olarak saptanmıştır (125). Benzer şekilde, Yeni Zelanda verileri sağlık okuryazarlığı arttıkça çocuklarda GETAT kullanım olasılığının yükseldiğini ve sağlık okuryazarlığının hane geliriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (121).

Türkiye'den bildirilen bulgular ise heterojendir. Gaziantep örnekleminde çocuklarda GETAT kullanımını daha çok ebeveynin kendi GETAT kullanımı ve eğitim düzeyi belirlerken gelirle ilişki saptanmamıştır (115); Sakarya'da ise ailenin gelir düzeyinin artması çocuklarda GETAT kullanım olasılığını yükseltmiştir (124). Öte yandan, örneklemimizde "GETAT çocuklarda kullanılabilir mi?" görüşü ile "uygulayıcı tercihi" değişkenlerinde meslek grupları arasında anlamlı fark

saptanmamış olması, meslekten bağımsız ortak ve temkinli bir ortak karara işaret etmektedir.

Sonuç olarak, bilgi düzeyinin gelirle birlikte artıyor görünmesine karşın çocuklarda kullanıma onayın gelirden bağımsız kalabildiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle bilgilendirme ve danışmanlık programları, düşük–orta gelirli gruplara erişimi artıracak biçimde hedeflenmeli; aynı zamanda tüm gelir gruplarında kanıta dayalı etkinlik ve güvenlik vurgusu sistematik olarak sürdürülmelidir.

5.3.4. Çocuk Sayısı

Örneklemimizde "Sizce GETAT uygulamaları çocuklar için kullanılabilir mi?" değişkeni, çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup üç ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerde "evet" yanıtı daha yüksektir. Buna karşın GETAT'a ilişkin bilgi düzeyi çocuk sayısına göre değişmemiştir. Dolayısıyla kabul düzeyindeki artışın her zaman bilgiyle paralel gitmediği, çok çocuklu hanelerde olumlu tutumun belirginleştiği anlaşılmaktadır. Literatür bu yönelimi desteklemektedir: Filistin'de ≥5 çocuğu olan ebeveynlerde pediatrik GETAT kullanımı daha yüksektir ve bu durumun artan ebeveynlik deneyimi ile maliyet-etkinlik algısıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (122). Benzer biçimde Etiyopya'da ≥4 çocuk, İran'da ise >2 çocuk sahibi olmanın geleneksel/GETAT kullanımıyla anlamlı ilişkisi saptanmıştır (111,126). Sonuç olarak, çok çocuklu ailelerde gözlenen yüksek kabul düzeyi, artan ebeveynlik deneyimi, ekonomik gerekçeler ve pratik çözüm arayışı gibi etkenlerle ilişkili görünmektedir. Bu durum, söz konusu gruplara yönelik doğru bilgi temelli danışmanlık ve yönlendirme ihtiyacını güçlendirmektedir. Bu bulgular, çok çocuklu ailelere yönelik danışmanlığın güçlendirilmesi gereğine işaret etmektedir.

5.4. BİLGİ KAYNAĞI

Örneklemimizde "çocuklarda GETAT kullanımı hakkında bilgi sahibiyim" yanıtı ile "çocuklarda GETAT kullanılabilir" görüşü arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır (p=0,104). Katılımcıların GETAT hakkında "bilgi sahibi olduklarını" belirtmeleri, bu bilginin yüzeysel, deneyimsel ya da yanlış kaynaklara dayalı olabileceğini düşündürmektedir. Yani bilgi düzeyi nicel olarak mevcut olsa da nitelik olarak güvenilir veya bilimsel olmayabilir. Bu durum, bilginin niteliği/kaynağı ile

tutum arasındaki kopukluğa işaret etmektedir. Nitekim Lucas ve ark. (113) bilgi kaynaklarının çoğunlukla arkadaş, aile ve internet gibi profesyonel olmayan kanallardan sağlandığını; Hızel Bülbül ve ark. (127) ise bilgi ve önerilerin büyük ölçüde hekim dışı kaynaklardan alındığını ve hekimle paylaşım oranlarının düşük kaldığını bildirmektedir. Bağcılar örnekleminde çocuklarda en az bir GETAT yöntemi kullanım öyküsü %95,5 iken, ebeveynlerin %56'sı uygulamaları aile büyüklerinden, %14'ü medyadan, yalnızca %3,5'i sağlık personelinden öğrenmiş; kullanımların %82'si hekime başvurmadan önce gerçekleşmiştir (128). Bu veriler, ebeveynlerin "bilgi sahibiyim" beyanının çoğu kez kanıta dayalı içerikten ziyade gayri resmî kaynaklara dayandığını ve uygulamanın çoğunlukla klinik rehberlikten önce geldiğini düşündürmektedir. Toplumda GETAT'a ilişkin bilginin hekim dışı kaynaklardan (sosyal medya, yakın çevre, geleneksel inanışlar) edinilmesi bilgi ve tutum arasındaki ilişkiyi zayıflatabilir. Dolayısıyla bilgi düzeyi ile "kullanılabilirlik" görüşünün ayrışması beklenen bir sonuçtur. Uygulamada, bilgi kaynaklarının standardizasyonu ve çocuklarda GETAT'ın etkinlik–güvenlik boyutlarının sağlık profesyonellerince yapılandırılmış danışmanlıklarla ele alınması, yanlış uygulamaların azaltılması ve ebeveyn tutumlarının kanıta dayalı bilgiye yaklaştırılması açısından önem taşımaktadır.

5.4.1. Yöntem Farkındalığı

Çocukluk çağı GETAT uygulamalarına ilişkin yönteme özgü farkındalık, genel GETAT bilgi düzeyiyle karşılaştırıldığında çoğu yöntem için anlamlı düzeyde daha yüksektir: aromaterapi, meditasyon/yoga, refleksoloji, ozon, homeopati, akupunktur, hacamat, sülük ve mezoterapi için fark anlamlı bulunurken; yalnızca hipnozda ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, ebeveynlerin genel GETAT bilgisine oranla belirli yöntemlere ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olduğunu ve bilgi edinim süreçlerinin genellikle deneyim, gözlem veya çevresel etkileşimlerle şekillendiğini göstermektedir. Hipnozun dışındaki yöntemlerde farkın anlamlı bulunması, bu uygulamaların toplumda daha görünür, sık kullanılan veya medya aracılığıyla daha fazla tanıtılan yöntemler olmasına bağlanabilir. Öte yandan, "GETAT hakkında bilgim yok" diyenlerde tüm yöntemlere yönelik reddin belirginleşmesi, bilgi eksikliğinin tutum üzerinde doğrudan olumsuz etki yarattığını düşündürmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarında GETAT yöntemlerini kullanma eğiliminin, bilgi düzeyiyle karşılaştırılmasında yalnızca aromaterapi, refleksoloji ve akupunktur için anlamlı sonuç elde edilmiştir; diğer yöntemlerde ilişki saptanmamıştır. Dolayısıyla, yalnızca belirli yöntemlerde gözlenen anlamlı ilişki, ebeveynlerin bu uygulamalara daha fazla maruz kalması, toplumda daha yaygın biçimde tanınmaları veya göreceli olarak daha fazla güven duymalarıyla açıklanabilir. Diğer yöntemlerde ilişkinin saptanmamış olması ise, bilgi düzeyinin öznel beyana dayanması ve bazı alt gruplarda örneklem sayısının düşük olması nedeniyle, istatistiksel gücün sınırlanmasından kaynaklanmış olabilir. Bu sonuçlar, bilgi-tutum ilişkisinin yönteme özgü ve çok boyutlu olduğunu göstermektedir.

Ebeveynlerin yöntemleri kendileri için kullanma eğilimleri açısından ise bilgi düzeyiyle belirgin ilişkiler mevcuttur: meditasyon/yoga, refleksoloji, ozon, akupunktur ve homeopatide kullanım eğilimi bilgi sahibi olduğunu bildiren grupta daha yüksektir. Buna karşılık aromaterapi, hacamat, sülük, hipnoz ve mezoterapi için bilgi düzeyine göre anlamlı fark görülmemiştir. "Kısmen bilgisi olan" grupta birçok yöntemde kararsızlık oranlarının yüksek seyretmesi, kararın salt "bilgi varlığı"ndan ziyade bilginin niteliğiyle şekillendiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, ebeveynlerin GETAT yöntemlerini kendileri için kullanma eğilimlerinde bilginin yalnızca varlığının değil, doğruluğu ve güvenilirliğinin de belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Bilgi düzeyine göre farklılık saptanmayan yöntemlerde, kültürel kabul, dini inanışlar veya çevresel etkiler gibi bilişsel olmayan faktörlerin etkili olabileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, GETAT'a yönelik tutumun oluşumunda bilgi niteliği, kişisel deneyim ve sosyokültürel etkenlerin birlikte rol oynadığı anlaşılmaktadır.

5.5. GENEL DEĞERLENDİRME

Özetle, bilgi düzeyi çocuklarda yöntem seçimini tek başına belirlememekte; kişisel deneyimler, kültürel eğilimler ve sağlık profesyonellerinden alınan öneriler gibi ek etkenler de karar süreçlerini etkilemektedir. Çalışmamızda bazı alt gruplarda düşük hücre sayıları bulunması sonuçların güvenirliğini sınırlayabilir. Belirsizliği azaltmak ve yönteme özgü tutum–bilgi–kullanım ilişkisini daha sağlıklı değerlendirebilmek için daha büyük örneklemlerle ek analizlerin planlanması uygun olacaktır.

Çocuklarda GETAT kullanımını etkileyen başlıca faktörler arasında ebeveynin kendi kullanım alışkanlıkları, çocuğun sağlık durumu, ebeveynin bilgi düzeyi ve bilginin niteliği, yaş, eğitim, gelir ve meslek, çocuk sayısı, güvenilirlik algısı ile kültürel ve sosyokültürel etkenler yer almaktadır. Ebeveynlerin kendileri için GETAT yöntemlerini kullanması, çocuklarda benzer yöntemlerin tercih edilme olasılığını artırmaktadır. Kronik hastalığı bulunan çocuklarda ise hem modern tıp ile GETAT'ın birlikte kullanımı hem de GETAT'ın kullanılabilirliğine ilişkin onay daha yüksek gözlenmiştir. Bilgi düzeyi tek başına kullanım kararını belirlememekte; bilginin güvenilir ve nitelikli olması, özellikle aromaterapi, refleksoloji ve akupunktur gibi yöntemlerin tercih edilmesinde etkili olmaktadır. Bununla birlikte bilgi kaynaklarının çoğunlukla hekim dışı kanallardan sağlanması, bilgi ve tutum arasında kopukluğa yol açabilmektedir. Ebeveyn yaşı ilerledikçe entegratif tedavi yaklaşımı tercih edilirken, daha genç ebeveynler yalnızca konvansiyonel tedaviye yönelmektedir. Lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip ebeveynlerde hem bilgi düzeyi hem de çocuklarda kullanım onayı daha yüksek iken, gelir düzeyi yalnızca bilgi düzeyini artırmakta, çocuklarda kullanım kararını doğrudan etkilememektedir. Üç ve üzeri çocuğu olan ebeveynlerde GETAT kullanımına onay daha yüksek olup, bu durum artan ebeveynlik deneyimi ve pratik çözüm arayışıyla açıklanabilir. Ayrıca yan etki endişesi ve hekim önerisi, güvenlik algısı üzerinden kullanım kararını şekillendirmektedir. Son olarak, yöntem tercihleri coğrafi, kültürel ve dini değerlerden etkilenmekte olup, sosyokültürel bağlam, bilginin yokluğunda dahi kullanım veya reddi yönlendirebilmektedir. Bu bulgular, çocuklarda GETAT kullanımında çok boyutlu ve birbirini etkileyen faktörlerin rol oynadığını ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği polikliniğine başvuran, 1–6 yaş aralığında çocuğu bulunan 182 ebeveynle yürütülen bu kesitsel-tanımlayıcı araştırma, ebeveynlerin GETAT'a ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını ve çocuklarda GETAT kullanımına yönelik eğilimleri ortaya koymuştur.

Çalışmanın temel bulguları, ebeveynlerin kendi sağlıklarında GETAT yöntemlerini kullanma oranı %65,4 iken ebeveynlerin çocukları için bildirdikleri kullanım oranı %31,3 olarak sonuçlanmıştır. Çocuklarının tedavisinde seçilen tercihler incelendiğinde, ebeveynlerin yarıdan fazlası (%51,6) "reçeteli ilaçlar ve GETAT birlikte" seçeneğini, %38,5'i yalnızca reçeteli ilaçları, %8,2'si yalnızca GETAT'I daha etkili ve güvenli bulduğunu bildirmiştir. Çocuklarda GETAT'ın "kullanılabilir" olduğunu düşünenlerin oranı %59,3'tür; karşı görüş bildirenlerde başlıca gerekçeler "etkisizlik" (%31,7), "yan etki endişesi" (%25,0) ve "yeterli bilgiye sahip olmama" (%23,3) olarak öne çıkmıştır. Katılımcıların %76,9'u GETAT sertifikalı hekimleri, %14,8'i sertifikalı sağlık çalışanlarını tercih etmektedir; sertifikasız uygulamaya onay neredeyse yoktur (%0,5). Bu sonuçlar talebin, sertifikalı uygulayıcılar yönünde yoğunlaştığını göstermektedir.

Bilgi ve tutum boyutunda katılımcıların üçte biri kendisini bilgili (%33,0), yarısı "kısmen bilgili" (%56,6), yalnızca %10,4'ü bilgim yok olarak bildirmiştir. "Çocuk için GETAT kullanılabilir mi?" görüşü, bazı sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyinde lisans ve üzeri olanlarda "kullanılabilir" yanıtı belirgin biçimde daha yüksektir ($p=0,002$). Çocuk sayısı arttıkça onay oranı yükselmektedir. Tek çocukluların %50,0'ına karşılık, iki çocuklularda %62,0 ve üç ve üzeri çocuklularda %75,8 "kullanılabilir" demiştir ($p=0,035$). Çocuğunda kronik hastalık bulunan ebeveynlerde hem "kullanılabilirlik" görüşü (evet %90,5; $p=0,002$) hem de "her iki tedavi birlikte" tercihi (kronik hastalığı olanlarda %81,0; olmayanlarda %47,8) anlamlı olarak daha yüksektir. Bu örüntü, güçlendirilmiş klinik gereksinim ve risk algısının, entegratif yaklaşım yönünde tercihleri artırdığını düşündürmektedir.

Bu bulgular aile hekimliği pratiği açısından üç düzeyde somut sonuç doğurmaktadır.

Birincisi, ebeveynlerin önemli bir bölümünün çocuklarda GETAT yöntemlerinin uygulanmasını uygun gördüğü (%59,3) ve pratikte yarıdan fazlasının modern tıp tedavileri ile birlikte düşünme eğiliminde olduğu (%51,6) göz önüne alınırsa, birinci basamakta sistematik ve kanıta dayalı danışmanlık gereksinimi açıktır. Hekimlerin öykü alırken GETAT kullanımını rutin biçimde sorgulaması; güvenlik, ilaç etkileşimleri ve uygulanacak yöntemin endikasyon, kontrendikasyonları konusunda standardize bilgilendirme yapması oldukça önem göstermektedir.

İkincisi, ebeveynlerin sertifikalı uygulayıcıları yüksek oranda tercih etmesi (%76,9), hizmet sunumunda kalite güvencesini teyit etmektedir. Aile hekimlerinin yönlendirmelerinde bu tercihi dikkate almaları, uygunsuz sağlayıcılara yönelişi azaltabilir.

Üçüncüsü, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı gibi sosyal özellikler ile kronik hastalık varlığının GETAT uygulamaları hakkındaki tutumu şekillendirdiği görülmüştür. Bu nedenle aileye verilecek olan danışmanlığın içeriği, ailenin eğitim, deneyim geçmişi ve klinik özelliklerine göre sağlanmalıdır.

Araştırmanın güçlü yönleri; örneklemin aile hekimliği popülasyonundan seçilmiş olması, tek anketle bilgi, tutum ve tercihlerin yakalanması ve özel alt gruplar (eğitim, çocuk sayısı, kronik hastalık) için anlamlı karşılaştırmalar sunabilmesidir. Ancak kesitsel tasarım, tek merkezli ve kısa süreli veri toplama genellenebilirliği ve nedensel yorumları kısıtlamış; öz bildirime dayalı veri toplama ise yanlılık riski taşımıştır. Ayrıca bazı karşılaştırmalarda alt gruplardaki örneklem sayısının düşük kalması, istatistiksel gücü sınırlamış olabilir. Bulguların, daha geniş ve sosyoekonomik açıdan farklı kesimleri kapsayan, çok merkezli ve tercihen prospektif tasarımlarla doğrulanması yararlı olacaktır.

Sağlık politikası ve uygulamalara yönelik olarak, birinci basamakta GETAT'a dair danışmanlık uygulamalarının iyileştirilmesi, kurum içi eğitimlerin düzenlenmesi, çocuklarda kullanılabilecek kabul görmüş yöntemler için endikasyon-kontrendikasyon, uygulama rehberlerinin güncellenmesi önemlidir. Ebeveynlerin GETAT yöntemlerinin çocuklarda kullanılabilirlik kararında etkili olan kronik hastalıkların varlığı durumu göz önünde bulundurulduğunda, ilgili branşlarla konsultasyonların güçlendirilmesi gerekmektedir.

Gelecek araştırmalar için üç başlık öne çıkmaktadır. Bu başlıklar;

I- Ebeveyn bilgi düzeyinin geçerliği gösterilmiş ölçeklerle ölçüldüğü çalışmalar

II- Çocuklarda belirli GETAT yöntemlerinin (ör. akupunktur, aromaterapi gibi) belirli endikasyonlarda etkinlik ve güvenlik sonuçlarını değerlendiren çalışmalar

III- Birinci basamakta entegratif danışmanlık hizmetlerinin klinik sonuç, hizmet memnuniyeti ve yan etki bildirim oranları üzerindeki etkisini değerlendiren uygulama araştırmalarıdır

Sonuç olarak, 1–6 yaş grubu çocuğu olan ebeveynler arasında GETAT'a ilgi yüksektir; ancak yaklaşım çoğunlukla modern tıp tedavileriyle birlikte kullanma yönündedir. Eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve özellikle kronik hastalık varlığı tutumları belirleyen temel faktörlerdir. Ebeveynlerin sertifikalı uygulayıcı tercihleri ve yan etki kaygıları dikkate alındığında, birinci basamakta kanıta dayalı, standardize ve aileye özgü danışmanlık süreçlerinin güçlendirilmesi gereklidir. Bu yaklaşım, çocuk sağlığında güvenli entegratif kararların desteklenmesine ve sağlık sisteminde istenmeyen risklerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Solimene U, Anderson L, Briggs D, Cardini F, Chan MFC, Chandra S, et al. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. 2000;
2. Fakih M, Perbawati C, Monalisa. Relevance of WHO traditional medicine strategy (2014-2023) with traditional health care policy in the perspective of national law and international law. Asian Journal of Legal Studies. 2022;1(1):25–34.
3. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı M, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. Ankara Medical Journal. 2015;15(2).
4. WHO traditional medicine strategy, 2014-2023 [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2025 Aug 23]. 76 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096
5. Organization WH. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. World Health Organization; 2019.
6. Akupunktur Tedavi Yönetmeliği [Internet]. 1991 [cited 2025 Aug 23]. T.C. Resmî Gazete. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf
7. Kaya RR, Yılmaz N. Türkiye ve Hindistan'da Geleneksel Tıp Uygulamaları: Sağlık Turizmi Perspektifinden Bir Karşılaştırma. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2020;3(3).
8. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Internet]. 2014 [cited 2025 Aug 25]. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm
9. Lim A, Cranswick N, Skull S, South M. Survey of complementary and alternative medicine use at a tertiary children's hospital. J Paediatr Child Health. 2005;41(8):424–7.

10. Oshikoya KA, Senbanjo IO, Njokanma OF, Soipe A. Use of complementary and alternative medicines for children with chronic health conditions in Lagos, Nigeria. BMC Complement Altern Med. 2008;8(1):66.

11. Sinha D, Efron D. Complementary and alternative medicine use in children with attention deficit hyperactivity disorder. J Paediatr Child Health. 2005;41(1-2):23–6.

12. Orhan F, Sekerel BE, Kocabas CN, Sackesen C, Adalioglu G, Tuncer A. Complementary and alternative medicine in children with asthma. Annals of Allergy, Asthma & Immunology [Internet]. 2003;90(6):611–5. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1081120610618649

13. Sawni-Sikand A, Schubiner H, Thomas RL. Use of complementary/alternative therapies among children in primary care pediatrics. Ambulatory pediatrics. 2002;2(2):99–103.

14. Spigelblatt L, Laîné-Ammara G, Pless IB, Guyver A. The use of alternative medicine by children. Pediatrics. 1994;94(6):811–4.

15. Pitetti R, Singh S, Hornyak D, Garcia SE, Herr S. Complementary and alternative medicine use in children. Pediatr Emerg Care. 2001;17(3):165–9.

16. UNGAN M, ÖZDEMİR K. Aile hekimliği ağacı. Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2016;7(6):8–14.

17. Biçer İ, Balçık PY. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2019;22(1):245–57.

18. Traditional medicine [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine

19. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? | NCCIH [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 24]. Available from: https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name

20. CAM Definition - EFCAM [Internet]. [cited 2025 Aug 24]. Available from: https://www.efcam.eu/cam/cam-definition/

21. IBC/CIB IBCCIBCIBMKБ, Committee IB, bioéthique C international de, Bioética CI de, биоэтике M комитет по, البيولوجيا ال, et al. Report of the IBC on traditional medicine systems and their ethical implications [Internet]. Available from: https://unesdoc.unesco.org/notice?id=p::usmarcdef_0000217457

22. Ciulla MM. Predictability in Contemporary Medicine. Front Med (Lausanne). 2021;8:510421.

23. Park YL, Huang CW, Sasaki Y, Ko Y, Park S, Ko SG. Comparative study on the education system of traditional medicine in China, Japan, Korea, and Taiwan. Explore. 2016;12(5):375–83.

24. Ernst E. Prevalence of complementary/alternative medicine for children: a systematic review. Eur J Pediatr. 1999;158(1):7–11.

25. Han SY, Kim HY, Lim JH, Cheon J, Kwon YK, Kim H, et al. The past, present, and future of traditional medicine education in Korea. Integr Med Res [Internet]. 2016;5(2):73–82. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221342201630018X

26. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. 2001.

27. Kaya RR, Yılmaz N. Türkiye ve Hindistan'da Geleneksel Tıp Uygulamaları: Sağlık Turizmi Perspektifinden Bir Karşılaştırma. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2020;3(3).

28. Ong CK., Bodeker Gerard. WHO global atlas of traditional, complementary, and alternative medicine. World Health Organization, Centre for Health Development; 2005.

29. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Eurasian Journal of Family Medicine. 2019;8(1):1–9.

30. Doğru F, Şahbaz RP. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2020;3(1):107–18.

31. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı İçin Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(2):67–77.

32. Peregoy JA, Clarke TC, Jones LI, Stussman BJ, Nahin RL. Regional Variation in Use of Complementary Health Approaches by U.S. Adults. NCHS Data Brief [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2025 Aug 26];(146):1. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4562209/

33. Şahan D, İlhan MN. Geleneksel ve tamamlayici tip uygulamalari ve halk sağliği açisindan değerlendirilmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;4(3):12–9.

34. Taştan K. Ülkemizde geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kilometre taşları. Ankara Medical Journal. 2018;18(3):458–9.

35. Sayı : 30709 [Internet]. 2019 [cited 2025 Aug 26]. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. Available from: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-2.htm

36. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2019-2023 Stratejik Planı [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/35748/0/tc-saglik-bakanligi-2019-2023-stratejik-plani-guncellenmis-versiyonupdf.pdf

37. Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı [Internet]. [cited 2025 Aug 26]. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR,21264/uygulama-merkezleri.html?utm_source=chatgpt.com&Sayfa=1

38. Şimşek B, Aksoy DY, Basaran NC, Taş D, Albasan D, Kalaycı MZ. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. Eur J Integr Med. 2017;15:68–72.

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

40. Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Ünsal ÇZ, Hayırlıdağ M, Büken NÖ. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağı'nın karşılaştırılması. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2015;2(2):117–26.

41. Müslümanoğlu AY, Tayfun K. Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. Journal of Biotechnology and Strategic Health Research. 2019;3:1–12.

42. Dağcı M, Öztürk O. Knowledge levels and attitudes of family physicians in city of Samsun about traditional and complementary medicine. Ankara Medical Journal. 2021;21(3):398–409.

43. Çırak M, Uskun E. Isparta İl Merkezinde Aile Hekimlerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Yaklaşımı: Kesitsel Bir Çalışma. Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi. 2023 Apr 29;4(2):20–42.

44. Bulca Acar A, Nur Eke R, Balaban B, Köksal Yasin Y. An Analysis of the Attitudes of Family Medicine Assistants Towards Traditional and Complementary Medical Practices: A Cross-Sectional Research. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2022;5(2):143–50.

45. İkiışık H, Kutay Yılmaz F, Baltalı O, Direk Ş, Yaycı S, Tahmazoğlu E, et al. Thoughts, Attitudes and Behaviors of Research Assistant Doctors Regarding Traditional and Complementary Medicine Practices: A Cross-sectional Research. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies. 2021;4(2):246–55.

46. Kavaklı A. Akupunktur. Fırat Tıp Dergisi. 2010;15(1):1–4.

47. Kartal Ö, Çalışkaner Z, Şener O. Astım ve allerjik hastalıklarda akupunktur tedavisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(1):107–14.

48. Gold JI, Nicolaou CD, Belmont KA, Katz AR, Benaron DM, Yu W. Pediatric Acupuncture: A Review of Clinical Research. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2009 Jan 28;6(4):429–39.

49. Jindal V, Ge A, Mansky PJ. Safety and Efficacy of Acupuncture in Children. J Pediatr Hematol Oncol. 2008 Jun;30(6):431–42.

50. Ang L, Song E, Lee HW, Kim JT, Kim E, Lee MS. Acupuncture Treatment for Nocturnal Crying in Pediatric Patients: A Systematic Review of Clinical Studies. Front Pediatr [Internet]. 2021 Jul 14 [cited 2025 Aug 27];9:647098. Available from: www.frontiersin.org

51. Brittner M, Le Pertel N, Gold MA. Acupuncture in Pediatrics. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2025 Aug 27];46(6):179–83. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538544215002096?via%3Dihub

52. Zhang Y, Zhang C, Yan M, Wang N, Liu J, Wu A. The effectiveness of PC6 acupuncture in the prevention of postoperative nausea and vomiting in children: A systematic review and meta-analysis. Paediatr Anaesth [Internet]. 2020 May 1 [cited 2025 Aug 27];30(5):552–63. Available from: /doi/pdf/10.1111/pan.13860

53. Martínez García E, Nishishinya Aquino MB, Cruz Martínez O, Ren Y, Xia R, Fei Y, et al. Efficacy and Safety of Acupuncture and Related Techniques in the Management of Oncological Children and Adolescent Patients: A Systematic Review. Cancers (Basel) [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Aug 27];16(18):3197. Available from: https://www.mdpi.com/2072-6694/16/18/3197/htm

54. Mihara T, Nakajima D, Hijikata T, Tomita M, Goto T. Effectiveness of acupuncture therapy for the prevention of emergence agitation in children: A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. PLoS One

[Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Aug 27];18(6):e0286790. Available from: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0286790

55. Raffagnato A, Rossaro MP, Piretti E, Galdiolo L, Pelizza MF, Sartori S, et al. Acupuncture for Prevention of Primary Headaches in Children and Adolescents: A Literature Overview for the Pediatric Neurologist. Pediatr Neurol [Internet]. 2025 Apr 1 [cited 2025 Aug 27];165:22–30. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887899424004223?via%3Dihub

56. Zeltzer LK, Tsao JCI, Stelling C, Powers M, Levy S, Waterhouse M. A phase I study on the feasibility and acceptability of an acupuncture/hypnosis intervention for chronic pediatric pain. J Pain Symptom Manage. 2002;24(4):437–46.

57. Kemper KJ, Sarah R, Silver-Highfield E, Xiarhos L§ ; E, Barnes L, Berde C. On pins and needles? Pediatric pain patients' experience with acupuncture. Pediatrics. 2000;105(Supplement_3):941–7.

58. Tsao JCI, Meldrum M, Bursch B, Jacob MC, Kim SC, Zeltzer LK. Treatment expectations for CAM interventions in pediatric chronic pain patients and their parents. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2005;2(4):521–7.

59. Adams D, Cheng F, Jou H, Aung S, Yasui Y, Vohra S. The Safety of Pediatric Acupuncture: A Systematic Review. Pediatrics [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2025 Aug 28];128(6):e1575–87. Available from: /pediatrics/article/128/6/e1575/31125/The-Safety-of-Pediatric-Acupuncture-A-Systematic

60. White A. A cumulative review of the range and incidence of significant adverse events associated with acupuncture. Acupuncture in Medicine. 2004;22(3):122–33.

61. Aromatherapy | NCCIH [Internet]. [cited 2025 Aug 30]. Available from: https://www.nccih.nih.gov/health/aromatherapy?utm_source=chatgpt.com

62. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Fitoterapi Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

63. Hedigan F, Sheridan H, Sasse A. Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting – A systematic review. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Aug 30];52:101750. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388123000312?via%3Dihub

64. Sánchez FA, Rosales JR, Godoy PR, Barría RM. Effects of inhalation aromatherapy as a complementary therapy in pediatric patients in the clinical practice: A systematic review. Complement Ther Clin Pract [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Aug 30];46:101516. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388121002152?via%3Dihub

65. Abugroun A, Gaznabi S, Natarajan A, Daoud H. Lime-induced phytophotodermatitis. Oxf Med Case Reports. 2019 Nov 1;2019(11):470–2.

66. Dudipala SC, Mandapuram P, Ch LK. Eucalyptus Oil-Induced Seizures in Children: Case Reports and Review of the Literature. J Neurosci Rural Pract. 2021 Jan 29;12:112.

67. Morris MC, Donoghue A, Markowitz JA, Osterhoudt KC. Ingestion of tea tree oil (Melaleucaoil) by a 4-year-old boy. Pediatr Emerg Care. 2003;19(3):169–71.

68. Chemicals in lavender and tea tree oil appear to be hormone disruptors | Endocrine Society [Internet]. [cited 2025 Aug 30]. Available from: https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2018/chemicals-in-lavender-and-tea-tree-oil-appear-to-be-hormone-disruptors?utm_source=chatgpt.com

69. Aydın Aİ, Reis D, Arsoy HA, Demirtaş Z. The effect of lavender oil on anxiety before endoscopy in children: A randomized controlled trial. J Pediatr Nurs [Internet]. 2025 Jul 1 [cited 2025 Aug 30];83:63–8. Available from:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596325001290?via%3Dihub

70. Maya-Enero S, Candel-Pau J, Barrio BVD, Fàbregas-Mitjans M, Prieto-Paja S, López-Vílchez MÁ. Is Inhaled Colostrum as Effective as Inhaled Lavender Essential Oil for Pain Control in Neonatal Frenotomies? A Prospective, Randomized Clinical Trial. Children 2025, Vol 12, Page 982 [Internet]. 2025 Jul 26 [cited 2025 Aug 30];12(8):982. Available from: https://www.mdpi.com/2227-9067/12/8/982/htm

71. Soltani R, Soheilipour S, Hajhashemi V, Asghari G, Bagheri M, Molavi M. Evaluation of the effect of aromatherapy with lavender essential oil on post-tonsillectomy pain in pediatric patients: A randomized controlled trial. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2013 Sep 1 [cited 2025 Aug 30];77(9):1579–81. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587613003479?via%3Dihub

72. Safitri R, Ammari F, Alfitri R. The Effect of Combined Stimulation of Baby Massage and Lavender Essential Oil on Gross and Fine Motor Skills in Infants Aged 3–12. In: Proceeding of The International Conference of Inovation, Science, Technology, Education, Children, and Health. 2025. p. 577–83.

73. Karataş N. Aromaterapi Uygulamaları Ve Uçucu Yağlar Aromatherapy Applications And Essential Oils [Internet]. [cited 2025 Aug 30]. Available from: https://www.academia.edu/93435209/aromaterap%c4%b0_uygulamaları_ve_u%c3%87ucu_ya%c4%9elar_aromatherapy_applıcatıons_and_essentıal_oıls

74. Metaxa MA, Koutelekos I, Moshovi M, Perdikaris P. Complementary and alternative treatments for managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer patients: A scoping review. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2025 Jul 30;27(1):180–93.

75. Aydın D, Özgen ZE. Cocuklarda yoganin etkileri: Sistematik derleme. In: International Conference on Empiricial Economics&Social Science. 2018. p. 96–103.

76. Taneja DK. Yoga and health. Indian Journal of Community Medicine. 2014;39(2):68–72.

77. Lidell L, Rabinovitch G, Rabinovitch N. The sivananda companion to yoga. Simon and Schuster; 1983.

78. Yasar EY, Akduman GG. Çocuk Yogasına Yönelik Çok Yönlü Değerlendirme: Çocuk, Yoga Eğitmeni ve Ebeveyn.

79. Uzunçayır D, Yılmaz SH. Otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklardayoga temelli müdahale programının etkilerinin incelenmesi. Journal of Human Sciences. 2023;20(4):682–93.

80. Bazzano AN, Sun Y, Zu Y, Fleckman JM, Blackson EA, Patel T, et al. Yoga and mindfulness for social-emotional development and resilience in 3–5 year-old children: non-randomized, controlled intervention. Psychol Res Behav Manag. 2023;109–18.

81. Karatas N, Dalgic AI. Effects of reflexology on child health: A systematic review. Complement Ther Med. 2020;50:102364.

82. Karatas N, Dalgic AI. Is foot reflexology effective in reducing colic symptoms in infants: A randomized placebo-controlled trial. Complement Ther Med. 2021;59:102732.

83. Belpınar A, Yayan EH, Özdemir A. The Effect of Massage and Foot Reflexology on Sleep in Newborns. Biol Res Nurs. 2025;10998004251332912.

84. Özkan F, Zincir H. The effect of reflexology upon spasticity and function among children with cerebral palsy who received physiotherapy: three group randomised trial. Applied Nursing Research. 2017;36:128–34.

85. Elbasan B, Bezgin S. The effects of reflexology on constipation and motor functions in children with cerebral palsy. Pediatr Neonatol. 2018;59(1):42–7.

86. Devkar RD, Potdar NJ. Evaluate the Efficacy of Foot Reflexology on Academic Stress among the Senior Secondary School Students in a Selected College at Karad. Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University. 2025;20(1):127–31.

87. Zulva S, Dioso RIII, Said MSM. Reflexology as a Complementary Therapy for Reducıng Nausea and Vomıtıng In Pedıatrıc Dıarrhea: Lıterature Revıew. Journal of Nursing Culture and Technology. 2025;2(2):35–41.

88. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Ozon Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

89. Coppola V, Escolino M, Del Conte F, Di Mento C, Carraturo F, Esposito G, et al. Ozonated Olive Oil Dressing for Pediatric Hypospadias Repair: A Prospective Randomized Clinical Trial. Children. 2025;12(5):549.

90. Zeng J, Dou J, Gao L, Xiang Y, Huang J, Ding S, et al. Topical ozone therapy restores microbiome diversity in atopic dermatitis. Int Immunopharmacol. 2020;80:106191.

91. Leon BR, Romary DJ, Landsberger SA, Bradner KN, Ramirez M, Lubitz RM. Risks of ozonated oil and ozonated water on human skin: A systematic review. Int Wound J. 2022;19(7):1901–10.

92. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Homeopati Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

93. Altunç U, Pittler MH, Ernst E. Homeopathy for childhood and adolescence ailments: systematic review of randomized clinical trials. In: Mayo Clinic Proceedings. Elsevier; 2007. p. 69–75.

94. Hawke K, King D, van Driel ML, McGuire TM. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2022 Dec 13 [cited 2025 Aug 31];2022(12). Available from:

https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005974.pub6/full

95. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Kupa Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

96. Al-Bedah AMN, Elsubai IS, Qureshi NA, Aboushanab TS, Ali GIM, El-Olemy AT, et al. The medical perspective of cupping therapy: Effects and mechanisms of action. J Tradit Complement Med. 2019;9(2):90–7.

97. Shahamat M, Daneshfard B, Najib KS, Dehghani SM, Tafazoli V, Kasalaei A. Dry cupping in children with functional constipation: a randomized OPEN label clinical trial. African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines. 2016;13(4):22–8.

98. El-Shanshory M, Hablas NM, Shebl Y, Fakhreldin AR, Attia M, Almaramhy HH, et al. Al-hijamah (wet cupping therapy of prophetic medicine) significantly and safely reduces iron overload and oxidative stress in thalassemic children: a novel pilot study. J Blood Med. 2018;241–51.

99. Hon KLE, Luk DCK, Leong KF, Leung AKC. Cupping therapy may be harmful for eczema: a PubMed search. Case Rep Pediatr. 2013;2013(1):605829.

100. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Sülük Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

101. Resch JC, Hedstrom R, Steiner ME, Said SM, Somani A. Hirudotherapy for limb ischemia in the pediatric intensive care unit: A retrospective observational cohort. Front Pediatr. 2023;10:1011171.

102. Krashenyuk AI. Neurotrophic (neural stimulating) and neuromediator effects of Hirudo medicinalis. Pathogenetic mechanism of treatment of diseases of the nervous system of the human. Brain. 2020;10:0.

103. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Hipnoz Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

104. Kohen DP, Kaiser P. Clinical hypnosis with children and adolescents—What? Why? How?: Origins, applications, and efficacy. Children. 2014;1(2):74–98.

105. Wood C, Bioy A. Hypnosis and pain in children. J Pain Symptom Manage. 2008;35(4):437–46.

106. Accardi MC, Milling LS. The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. J Behav Med. 2009;32(4):328–39.

107. Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. Pediatrics. 2005;115(1):e77–85.

108. T.C. Sağlık Bakanlığı SHGM. Mezoterapi Uygulama Kılavuzu 2025 [Internet]. 2025. Available from: https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/

109. Alsolami K, Niyazi MG, Al-Thomali NA, Al-Salmi AK, Al-Orabi HK, Al-Ghamdi MM. Community Attitudes toward the Use of Complementary and Alternative Medicine in Children with Simple and Dangerous disease. 2022;

110. Zuzak TJ, Boňková J, Careddu D, Garami M, Hadjipanayis A, Jazbec J, et al. Use of complementary and alternative medicine by children in Europe: Published data and expert perspectives. Complement Ther Med [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2025 Sep 11];21(SUPPL.1):S34–47. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229912000064?via%3Dihub

111. Fesharakinia A, Abedini M. Prevalence of using complementary and alternative medicine in children and its related factors in east Iran. Iran J Pediatr. 2013;24(1):111.

112. Attar M, Jastania EI, Mgarry R, Alshaikh H, Alsinnari YM, Bukhari ZM, et al. Public use of complementary medicine for children in Saudi Arabia: A questionnaire-based cross-sectional study. Cureus. 2023;15(10).

113. Lucas S, Kumar S, Leach MJ, Phillips A. Parent use of complementary medicine remedies and services for the management of respiratory tract infection in children: a qualitative study. J Multidiscip Healthc. 2019;749–66.

114. Black LI, Clarke TC, Barnes PM, Stussman BJ, Nahin RL. Use of complementary health approaches among children aged 4–17 years in the United States: National Health Interview Survey, 2007–2012. pmc.ncbi.nlm.nih.govLI Black, TC Clarke, PM Barnes, BJ Stussman, RL NahinNational health statistics reports, 2015•pmc.ncbi.nlm.nih.gov [Internet]. [cited 2025 Sep 12];2007–12. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4562218/

115. Araz N, Bulbul S. Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern Turkey. Clinical and Investigative Medicine. 2011;34(1):E21–9.

116. Zhu Z, Dluzynski D, Hammad N, Children DP, 2023 undefined. Use of integrative, complementary, and alternative medicine in children with epilepsy: a global scoping review. mdpi.comZ Zhu, D Dluzynski, N Hammad, D Pugalenthi, SA Walser, R Mittal, D Samanta, ML BrownChildren, 2023•mdpi.com [Internet]. [cited 2025 Sep 12]; Available from: https://www.mdpi.com/2227-9067/10/4/713

117. Vernon-Roberts A, Denny A, Children AD, 2023 undefined. Point prevalence of complementary or alternative medicine use among children attending a tertiary care hospital. mdpi.comA Vernon-Roberts, A Denny, AS DayChildren, 2023•mdpi.com [Internet]. [cited 2025 Sep 12]; Available from: https://www.mdpi.com/2227-9067/10/1/132

118. Kim JH, Nam CM, Kim MY, Lee DC. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in children: a telephone-based survey in Korea. BMC Complement Altern Med. 2012;12(1):46.

119. Varvani Farahani P, Ozturk C. Complementary and Alternative Medicine in Treating Children's Diseases in Iran: A Systematic Review. J Pediatr Rev. 2024;12(4):329–42.

120. Yayan EH, Dağ YS. Pediatri Hemşirelerinin Alternatif/Tamamlayıcı Tedavi Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2019;7(2):147–56.

121. Denny A, Day AS, Vernon-Roberts A. Association between Paediatric Complementary and Alternative Medicine Use and Parental Health Literacy, Child Health, and Socio-Economic Variables: A Prospective Study. Pediatr Rep [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Sep 12];16(2):368. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11130825/

122. Al-Jabi SW, Khader M, Hamarsha I, Atallh D, Bani-Odeh S, Daraghmeh A, et al. Complementary and alternative medicine use among pediatrics in Palestine: a cross-sectional study. BMC Pediatr. 2021;21(1):503.

123. Alfaifi JA, Alqarni SAM, Alqarni A, Alqahtani MM, Alshomrani RA, Alshomrani Jr RA. Parents' knowledge, attitude, and practice regarding Traditional Medicine on their children: A Community-based cross-sectional study in Bisha City, Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(8).

124. Kösem DD, Demir Ş, Bektaş M. Determination of the Traditional and Complementary Medicine Methods Used by Parents for Their 7-14-Year-Old Children with Upper Respiratory Tract Infection and Their Attitudes. Sakarya Tıp Dergisi. 2024;14(4).

125. De Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. BMC Public Health [Internet]. 2020 Jul 13 [cited 2025 Sep 12];20(1):1–9. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08881-5

126. Alemu A, Meseret F, Keneni M, Wondimneh F, Legesse H, Mossie Y, et al. Parental traditional medicine use for children and associated factors in Harar City, Harari Regional State, Eastern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. Front Pediatr. 2025;13:1546455.

127. Bulbul SH, Turgut M, Koyluoglu S. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi. 2009;52:195–202.

128. Özdemir M, Erol M, Gayret ÖB, Mete F, Özel A, Yiğit Ö, et al. The Evaluation of the Use of Traditional and Complementary Medicine in Children and the Level of Knowledge of Families in Bağcılar Region of Istanbul. Bagcilar Medical Bulletin. 2020 Jun 25;5(2):32–9.