

## ARAŞTIRMA

Melihat Akdeniz<sup>1</sup>  
 Davut Baltacı<sup>2</sup>  
 Hakan İşildar<sup>3</sup>  
 İsmail Hamdi Kara<sup>2</sup>  
 Hakan Yaman<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Akdeniz Üniversitesi Tıp  
 Fakültesi Aile Hekimliği AD,  
 Antalya

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp  
 Fakültesi Aile Hekimliği AD,  
 Düzce

<sup>3</sup> Yukarıkocayatak Aile  
 Sağlığı Merkezi, Serik, Antalya

**İletişim Adresi:**

Prof. Dr. Hakan Yaman  
 Department of Family Medicine  
 Akdeniz University, Faculty of  
 Medicine, 07059 Antalya, Turkey  
 Tel: 0090 242 249 68 63  
 E-mail: hakanyaman@akdeniz.edu.tr

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878  
 konuralptipdergi@duzce.edu.tr  
 konuralpgeneltip@gmail.com  
 www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

## Geleneksel Halk Tedavilerinin Birincil Sağlık Bakımı Üzerine Etkisi: Ön Çalışma

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmada kişilerin, herhangi bir yakınmaları olduğunda kime başvurdukları, hekime ne zaman ve hangi sorunları için başvurdukları, hekime gitmiyorlarsa ne yaptıkları ve aile tedavisi kullanıyorlarsa, bunların neler olduğu ve niçin kullandıklarının araştırılması amaçlandı.

**Metod:** Çalışmaya birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran 20 kadın, 9 erkek toplam 29 hasta alındı. Anket soruları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Analizler 29 hasta üzerinden yapıldı. Bu çalışmada kişilere, yakınmaları olduğunda ilk önce kime başvurdukları, hekime ne zaman ve hangi sorunlarında başvurdukları, hekime gitmiyorlarsa ne yaptıkları ve aile tedavisi kullanıyorlarsa bunların neler olduğu ve niçin bunları kullandıklarını, sorgulayan bir anket uygulandı.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımında %10.3'ü (üç erkek) 18-25 yaş arası grupta, %13.7'si (iki kadın iki erkek) 26-35 yaş arası grupta, %24.1'i (yedi erkek) 36-45 yaş arası grupta, %27.5'i (üç erkek, beş kadın) 46-55 yaş arası grupta, %20.6'sı (dört erkek, iki kadın) 56-65 yaş arası grupta ve %3.4'ü (bir erkek) 66 yaş üzeri gruptaydı. Eğitim düzeylerine bakıldığında katılımcıların %13.7'si (n=4) ilkokulu bitirmemişti. %51.7'si (n=15) ilkokul, %13.7'si (n=4) ortaokul, %17.2'si (n=5) lise ve %3.4'ü (n=1) üniversite mezunuydu. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86.3) sadece hekimlerinin önerilerini uygulamadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin önerilerini uygulayıp uygulamamada kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0.636). Sadece hekimlerinin önerilerini uygulamayan katılımcıların %34.4'ü aile tedavisi uyguladıklarını belirtmişlerdir. Aile tedavisi uygulamada kadın ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur (p=0.661).

**Sonuç:** Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) kullanan hastaların %52'sinin bunu AH'ine bildirmediklerini ve geleneksel tedavi kullananların %50'sinin aynı zamanda TAT'da kullandığını göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci Basamak, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Aile Hekimliği

## Effect of Traditional Therapies on Primary Healthcare: Preliminary Study

**ABSTRACT**

**Objective:** This study aims to investigate the health behavior of patients, their time and reason of encounter.

**Methods:** 20 women and 9 males participated in this study. The survey questions with face-to-face interview technique were applied. Analysis was performed on 29 patients. In this study, individuals' complaints when first admitted to whom, when and what problems they applied to physician. If they applied physician and they are using family therapy; what is happening and why they use them, a questionnaire was applied.

**Results:** The distribution of participants by age group 10.3% [three Male (M)] from 18 to 25 year age group, 13.7% percent [two M and two Female (F)] 26 to 35 year age group, 24.1% (seven M) 36-45 year age group, 27.5% (three M, five F) from 46 to 55 year age group, 20.6% (four M, two F) 56-65 year age group and 3.4% (one M) 66 years and older band. Looking at the level of education of participants, of 13.7% percent (n=4) didn't finish elementary; of 51.7% percent (n=15) were elementary, of 13.7% percent (n=4), were middle's, of 17.2% percent (n=5) were maturation's and of 3.4% graduation's. The majority of respondents (86.3%) stated that they didn't use only physician's recommended treatment. There is no statistically significant difference between men and women (p=0.636) to comply or not comply their physician's recommendations. 34.4% of respondents do not only apply their physicians' recommendations stated that they have used family therapy. Using family therapy in terms of, there is no significant difference between women and men (p=0.661).

**Conclusion:** 52% of patients receiving conventional treatment stated that they have not declared it to their family physicians. 50% of the patients who have used traditional therapy were also used of CAM.

**Key words:** Primary Care, Complementary Therapies, Family Medicine

## GİRİŞ

Geleneksel olarak sağlık ve hastalık birbirleri ile ilişki içinde tanımlanmıştır. Kısa tanımı ile sağlık, hastalık yokluğudur. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlığı sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlar (1). Ancak kişilerin ve toplumlarında kendilerince sağlık tanımları vardır (2).

Hastalık ise bir rahatsızlığın bulunması hali olarak tanımlanır. Çağdaş tıp, hastalık ve rahatsızlık tanımlarını birbirinden ayırmıştır. Rahatsızlık öznel bir algıdır ve biyomedikal bir neden olup olmamasına bakılmaksızın kişinin kendisini hasta hissetme durumudur. Hastalık ise biyomedikal bir nedeni olan nesnel bir kavramdır (3). Ancak bu iki kavramın sınırlarını çizmek kolay değildir ve gerekli de değildir. Hasta merkezli yaklaşımda hekimin görevi hastalık ve rahatsızlık kavramlarını birlikte ele almak ve bütünleştirmektir. Kendilerini rahatsız hisseden ya da bir sağlık sorunu olduğunu düşünen kişilerin sağlık bakımı arama davranışları pek çok etmen tarafından etkilenir. Sağlık bakımından yararlanmayı belirleyen etmenler genellikle 4 grupta değerlendirilir (4).

- Predispozan etmenler: yaş, cinsiyet, din, global sağlık değerlendirilmesi, önceki hastalık deneyimleri, formal eğitim, sağlık hizmetlerinin yapısı ve kişilerin bu hizmetlere karşı tutumu, hastalık konusunda bilgi
- Yapılabilirlik etmenleri: hizmetlerin varlığı, hizmetin maliyeti ve hizmeti satın almak için finansal kaynaklar, sağlık güvencesi, sosyal destek ağları
- Gereksinim etmenleri: semptomun şiddeti, bildirilen hastalık için hasta olunan günlerinin toplam sayısı, yatakta kalınan gün miktarı, iş ya da okula gidememe, sorunla başa çıkabilmek için dış yardım gereksinimi
- Tedavi eylemleri: ev ilaçları (herbal ya da tıbbi), medikal ilaçlar, OTC (over-the-counter) ilaçlar, geleneksel iyileştiriciler, özel tıp kurumları, devlet sağlık hizmetleri

Formal sağlık kurumlarının yetersizliği yanında yaşadıkları toplumun, ailenin ve kendilerinin sağlık inançları ile hastalık ve sağlık kavramlarına yükledikleri anlam en önemli etmenlerdir (5). Kişinin kendisini yardıma gereksinimi olan biri olarak görmesi de bu süreçte etkilidir. Yardıma gereksinimi olduğunu düşünen kişi öncelikle kendini iyileştirme için eskiden kullandığı yöntemleri dener. Kendini iyileştirme çabaları başarısız kalırsa, içinde yaşadığı kültürün “çare arama davranış”ına başvurur. Geleneksel, folklorik iyileştirme yöntemleri, dinsel, spritüel iyileştirme yöntemleri ve bilimsel tıp toplumun kültürüne bağlı olarak sıralama da önceliği alır (6).

Yardım arama biçimi sosyokültürel altyapı, geçmiş deneyimler ya da o andaki durum, tanıma ve kabule bağlı

olarak da değişebilir. Cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik durum (SED) ve yakınmanın tipi hekime başvurma oranı etkilemektedir. Kadınlar erkeklerden, yaşlılar gençlerden, SED düşük olanlar SED yüksek olanlardan, kentte yaşayanlar kırsal bölgede yaşayanlardan daha fazla sağlık bakımı aramaktadır (7). “İngiltere Ulusal Morbidite Çalışması” ve “Yeni Zelanda Ulusal Sağlık Araştırması” 16 – 64 yaş arasında genelde kadınların erkeklerden daha fazla sağlık bakımına başvurduğunu göstermiştir. Sosyoekonomik olarak daha dezavantajlı olan kişiler daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadır. Bu nedenle de sağlık hizmeti aramaya daha eğilimlidirler. Tıbbi bakım arama davranışını en çok etkileyen etmen ise bakımın ulaşılabilirliğidir. Bu nedenle sağlık hizmetinin erişilebilirliği ve maliyeti bu grupların sağlık hizmetinden yararlanmasını etkilemekte ve sağlık hizmetlerinin ücretli olduğu durumda geleneksel tedavilere başvurma oranı artmaktadır (8). Kadınlar, tek ebeveynli aileleri olan ve sağlıklarını düşük olarak algılayan ergenler, daha düşük sağlık durumu olanlar, engelliliği olanlar ve sıkıntıları olan kişiler sağlık bakımını daha fazla arama eğilimindedirler. Bu kişiler hekime, hekim dışı sağlık bakımı sunanlara ve tamamlayıcı tıp kaynaklarına başvururlar (7,8).

Profesyonel bakım arama yönteminin seçimi sorunun ciddiliğinin algılanması, sağlık bakım sistemine erişim kolaylığı, sağlık inançları ve hastalık epizotuna davranışsal yanıtları biçimlendiren her şeyle ilişkilidir. Günümüzde bile sağlık bakımı formal sağlık bakım sisteminin dışında çalışan “iyileştiriciler” de aranabilmektedir. Kleinman “açıklayıcı model kavramında” sağlık bakımının üç sektör tarafından verildiğini ifade eder: Sağlık profesyonelleri, aile ve halk (9). Halk tıbbi, toplum içinde var olan alternatif bakım kaynaklarını tanımlar. Tıbbi tedavi dışındaki tedavi yöntemleri geleneksel halk hekimliği yanında alternatif tıp ve tamamlayıcı tıp olarak adlandırılan yöntemleri içerir.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) için ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi’nin yapmış olduğu tanım en çok kabul edilen tanımdır (10). Bu tanıma göre “Tamamlayıcı ve alternatif tıp; genellikle geleneksel tıbbın bir parçası olarak düşünülmeyen farklı tıbbi ve sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünlerinin bir grubu olarak tanımlanır. TAT, belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır.” TAT ve geleneksel tıp arasındaki sınırlar her zaman kesin değildir ve özgül TAT uygulamaları geniş oranda kabul görebilir (11). Ulusal Sağlık Girişimi yüzey araştırması [National Health Interview Survey (NHIS)] erişkinlerin yaklaşık %38’inin TAT kullandığını bulmuştur (11).

Geleneksel tedavi yöntemleri her toplumda vardır ve pek çok kişi için ilk başvuru olan tedavi yöntemidir. Bu yöntemlerin bazıları yararlı olmakla birlikte kişinin bir başka hastalık nedeniyle kullandığı ilaçlarla etkileşime girerek yaşamını tehlikeye atabilir.

Bu çalışmada kişilerin, herhangi bir yakınmaları olduğunda ilk önce kime başvurdukları, hekime ne zaman ve hangi sorunları için başvurdukları, hekime gitmiyorlarsa ne yaptıkları ve aile tedavisi kullanıyorlarsa bunların neler olduğu ve niçin bunları kullandıklarının araştırılması amaçlandı.

#### YÖNTEM

Çalışmaya birinci basamak bağılık kurumlarına başvuran 20 kadın, 9 erkek toplam 29 hasta alındı. Anket soruları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Analizler 29 hasta üzerinden yapıldı.

Bu çalışmada kişilere “herhangi bir yakınmaları olduğunda ilk önce kime başvurdukları, hekime ne zaman ve hangi sorunlarında başvurdukları, sorunları olduğunda hekime gitmiyorlarsa ne yaptıkları ve aile tedavisi kullanıyorlarsa bunların neler olduğu ve niçin bunları kullandıklarını” sorgulayan bir anket uygulandı. Parametreler, cinsiyet, yaş ve eğitim durumuna göre karşılaştırıldı. Elde edilen veriler, sıklık, ortalama değer ve kategorik değişkenleri içeren tablo ve grafiklerle gösterildi.

Veriler 11,5 “Statistical Package for Social Sciences (SPSS)” paket programı kullanılarak analiz edildi. Ki-kare test ve frekans tablolarından yararlanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı 0.05 olarak kabul edildi.

#### BULGULAR

Çalışmaya 18-66 yaş arası 20’si erkek, 9’u kadın 29 kişi katıldı. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımında %10,3’ü (üç erkek) 18-25 yaş arası grupta, %13,7’si (iki kadın iki erkek) 26-35 yaş arası grupta, %24,1’i (yedi erkek) 36-45 yaş arası grupta, %27,5’i (üç erkek, beş kadın) 46-55 yaş arası grupta, %20,6’sı (dört erkek, iki kadın) 56-65 yaş arası grupta ve %3,4’ü (bir erkek) 66 yaş üzeri gruptaydı. Eğitim düzeylerine bakıldığında katılımcıların %13,7’si (dört kişi) ilkökulu bitirmemişti. %51,7’si (15 kişi) ilkökul, %13,7’si (dört kişi) ortaokul, %17,2’si (beş kişi) lise ve %3,4’ü (bir kişi) üniversite mezunuydu. Bildirilen kronik hastalıklara bakıldığında katılımcıların %48’inin (14 kişi) herhangi bir kronik hastalığı yoktu. Bir kişinin spastik kolonu, sekiz kişinin hipertansiyonu, bir kişinin ankilozan spondiliti, iki kişinin hipertansiyon ve diyabeti, iki kişinin hipertansiyon ve hiperlipidemisi, bir kişinin hipertansiyon ve depresyonu vardı. Katılımcıların demografik verileri tablo 1’de verilmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86,3) sadece hekimlerinin önerilerini uygulamadıklarını ev ilaçları ya da alternatif tedavileri de denediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin önerilerini uygulayıp uygulamama da kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0.636$ ).

**Tablo 1. Çalışmaya katılanların demografik verileri**

Parametre	Hastaların cinsiyeti			p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	
<b>YAŞ</b>				
18-25	3 (15)	0	3 (10.3)	=0.096
26-35	2 (10)	2 (22)	4 (13.7)	
36-45	7 (35)	0	7 (24.1)	
46-55	3 (15)	5 (56)	8 (27.5)	
56-65	4 (20)	2 (22)	6 (20.6)	
66 +	1 (5)	0	1 (3.4)	
<b>EĞİTİM</b>				
İlkokulu bitirmemiş	1 (5)	3 (33)	4 (13.7)	=0.001
İlkokul	10 (50)	5 (55)	15 (51.7)	
Ortaokul	4 (20)	0	4 (13.7)	
Lise	5 (25)	0	5 (17.2)	
Üniversite	0	1 (11)	1 (3.4)	
<b>KRONİK HASTALIKLAR</b>				
Hastalık yok	11 (55)	3 (33)	14 (48.3)	<0.0001
Spastik kolon	1 (5)	0	1 (3.4)	
HT	4 (20)	4 (44)	8 (27.5)	
Ankilozan spondilit	1 (5)	0	1 (3.4)	
HT+ DM	0	2 (23)	2 (6.8)	
HT+ Hiperlipidemi	2 (10)	0	2 (6.8)	
HT+ A&D	1 (5)	0	1 (3.4)	
<b>TOPLAM</b>	<b>20(100)</b>	<b>9(100)</b>	<b>29(100)</b>	

DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, A&D: Anksiyete&Depresyon

Sadece hekimlerinin önerilerini uygulamayan katılımcıların %34,4’ü aile tedavisi uyguladıklarını belirtmişlerdir. Aile tedavisi uygulamada kadın ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur ( $p=0.661$ ).

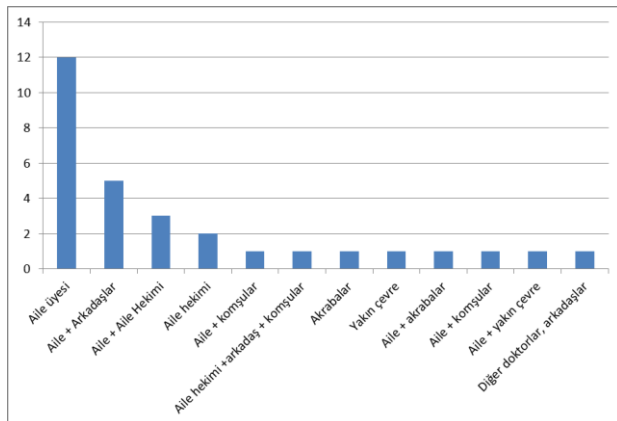
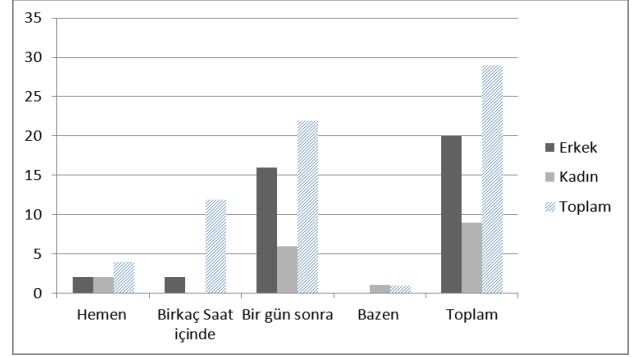
Aile tedavisine dair bilgilerin alındığı kaynaklara bakıldığında, sadece aile üyelerinin (%44,8) en çok başvuru olan kaynak olduğu görülmektedir. Erkeklerin %35’i ve kadınların %44’ü aile tedavisi konusunda bilgiyi sadece aile üyelerinden almaktadır. Aile tedavisine dair bilgilerin tedavi konusunda deneyimi olan birinden alınma oranı %10,3’dür ve kadın ve erkeklerde eşit orandadır. Aile üyesi ile birlikte tedavi konusunda deneyimi olan tanıdıkların birinden bilgi alma oranı ise %48,3 oranı ile en çok başvuru olan kaynaklardır (Tablo 2).

Aile tedavisi kullanma nedenlerine baktığımızda katılımcıların yarıdan fazlası (%58,6) daha ucuz olduğunu, daha kolay erişilebildiği ve iyi deneyimleri olduğu için aile tedavisi kullandıklarını bildirmişlerdir. Aile tedavisi kullanma nedenleri olarak kullanışlılık, daha fazla güvenme ve yan etkilerinin az olması bu tedavilerin kullanımında ikinci derece önem taşıyor görünmektedir (Tablo 2).

Herhangi bir yakınmada katılımcıların %41,3’ü (12 kişi) ilk önce bir aile üyesine başvurduklarını bildirdiler ( $p=0.127$ ). Katılımcılar daha sonra sırasıyla; %17,2’si (beş kişi) başka doktor ve arkadaşlarına, %10,3’ü (3 kişi) aile, yakın çevre ve komşulara, %6,8’i (iki kişi) aile ve komşularına başvurduğunu bildirdi (Şekil 1).

**Tablo 2.** Hekim önerileri dinleme oranı ile Aile tedavisi uygulanma oranı, nedenleri ile kaynakları

Parametre	Hastaların cinsiyeti			p	
	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)		
<b>Sadece hekimlerin önerilerini dinleme oranı</b>					
Evet	3 (15)	1 (11)	4 (13.7)	=0.636	
Hayır	17 (85)	8 (89)	25 (86.3)		
<b>Aile Tedavisi uygulama oranı</b>					
Evet	7 (35)	3 (33)	10 (34.4)	=0.661	
Hayır	13 (65)	6 (67)	19 (65.7)		
<b>Katılımcıların aile tedavisi kullanma nedenleri</b>					
Daha ucuz	1 (5)	0	1 (3.4)	=0.297	
Kolay erişilebiliyor	1 (5)	0	1 (3.4)		
Kullanışlı	0	1 (11)	1 (3.4)		
Onlara daha fazla güveniyorum	0	1 (11)	1 (3.4)		
Yan etkileri az ve kolay erişilebiliyor	0	1 (11)	1 (3.4)		
Daha ucuz, iyi deneyimlerim var ve kolay erişilebiliyor	12 (60)	5 (56)	17 (58.6)		
Onlara daha fazla güveniyorum, daha ucuz, iyi deneyimlerim var ve kolay erişilebiliyor	1 (5)	0	1 (3.4)		
Yan etkileri az, daha ucuz, iyi deneyimlerim var ve kolay erişilebiliyor	5 (25)	1 (11)	6 (20.7)		
<b>Aile tedavisine dair bilgilerin alındığı kaynaklar</b>					
Yaşlı Aile üyelerinden	7 (35)	4 (44)	13 (44.8)		=0.887
Deneyimli tanıdıklardan	2 (10)	1 (12)	3 (10.3)		
Yaşlı Aile üyeleri ve Deneyimli tanıdıkları	10 (50)	4 (44)	14 (48.3)		
Deneyimli tanıdıklar ve diğer akrabalarından	1 (5)	0	1 (3.4)		
Toplam	20 (100)	9 (100)	29 (100)		

**Şekil 1.** Bir yakınmanız olduğunda ilk gidilen kişilerin oranı (p<0.0001)**Şekil 2.** Herhangi bir yakınma durumunda aile hekimine gitme süresi (p<0.0001)

Ne zaman hekime başvurulduğuna dair soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (%75,8) bir gün sonra yanıtını vermiştir (Şekil 2). Tüm katılımcıların %13,7'si yakınma sonrası hemen hekime başvurduklarını bildirmişlerdir. Yakınma sonrası hemen hekime başvurma oranı genel eğilime uygun olarak kadınlarda daha fazladır. Yakınmadan birkaç saat sonra hekime başvurma oranı %3,4 olup, erkeklerde daha fazladır (%10'a karşın %0).

Aile tedavisi dışında dikkate alınan öneriler değerlendirildiğinde toplamda katılımcıların %33'ü bir aile üyesinin sözel önerilerini uyguladığını belirtmiştir. Aile üyesinin önerilerini dinlemede erkekler ve kadınlar arasında erkekler lehine anlamlı farklılık vardır (erkeklerde oran %38,8, kadınlarda %22,2). Kadınlar farklı kişilerden önerileri uygularken erkeklerin daha çok aile ve arkadaşlarının önerilerini (eşit oranda %38,8) uyguladıkları görüldü. Erkeklerin aksine kadınların hiçbiri sadece arkadaşlarının önerilerini uygulamamaktadırlar. Uygulanan önerilerin yazılı ve görsel kaynaklara göre dağılımına bakıldığında altı katılımcının (dört erkek, iki kadın) soruyu yanıtlamamıştır. Erkeklerin beşi (%25) sadece televizyondan önerileri izlediğini bildirirken sekiz erkek (%40) de diğer kaynaklar yanında televizyondan da önerileri dikkate aldıklarını bildirmiştir. Böylece televizyon sağlık davranışını en çok etkileyen araç konumunda görünmektedir. Kadın katılımcıdan ikisi (%22) sadece televizyondan önerileri izlediğini, beş kadın (%56) diğer kaynaklarla birlikte televizyondan da önerileri dikkate aldıklarını bildirmiştir. Toplamda bakıldığında sadece televizyonun önerilerini uygulayan katılımcı oranı %24,1 ve televizyon yanında diğer önerileri de uygulayanların oranı %44,8'dir. Böylece televizyon sağlık davranışını en çok etkileyen araç konumunda görünmektedir (%68,9) (Tablo 3).

**Tablo 3.** Aile tedavisi dışında sözel ve yazılı önerilerin uygulanma oranı

Parametre	Hastaların cinsiyeti			p
	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	
<b>Aile tedavisi dışında sözel önerilerin uygulanma oranı</b>				
<i>Aile üyeleri</i>	7 (35)	2 (22.2)	9 (33.3)	<0.0001
<i>Arkadaşlar</i>	1 (5)	0	1 (3.7)	
<i>Akraba</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>AH</i>	1 (5)	0	1 (3.7)	
<i>Aile üyeleri ve arkadaşlar</i>	7 (35)	0	7 (25.9)	
<i>Aile üyeleri ve Hemşire</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>Aile üyeleri, arkadaşlar ve Hemşire</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>Başka bir hekim ve AH</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>Aile üyeleri, hemşire ve AH</i>	1 (5)	0	1 (3.7)	
<i>Aile üyeleri, akraba ve AH</i>	1 (5)	1 (11.1)	2 (7.4)	
<i>Aile üyeleri, komşular ve AH</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>Aile üyeleri, akraba, hemşire ve AH</i>	0	1 (11.1)	1 (3.7)	
<i>Yanıt yok</i>	2 (10)	0	27 (100)	
<b>Aile tedavisi dışında yazılı önerilerin uygulanma oranı</b>				
<i>TV</i>	5 (25)	2 (22.2)	7 (24.1)	=0.039
<i>Başka bir hekim</i>	2 (10)	0	2 (6.9)	
<i>TV ve radyo</i>	1 (5)	1 (11.1)	2 (6.9)	
<i>TV ve hasta eğitim broşürleri</i>	0	2 (22.2)	2 (6.9)	
<i>TV ve başka bir hekim</i>	0	1 (11.1)	1 (3.4)	
<i>Hasta eğitim broşürleri ve başka bir hekim</i>	1 (5)	1 (11.1)	2 (6.9)	
<i>Gazete, TV ve radyo</i>	1 (5)	0	1 (3.4)	
<i>Gazete, TV ve başka bir hekim</i>	1 (5)	0	1 (3.4)	
<i>TV ve radyo ve başka bir hekim</i>	3 (15)	0	3 (10.3)	
<i>Gazete, TV, radyo ve başka bir hekim</i>	1 (5)	0	1 (3.4)	
<i>TV, radyo, kitap ve başka bir hekim</i>	1 (5)	0	1 (3.4)	
<i>Yanıt yok</i>	4 (20)	2 (22.2)	6 (20.7)	
<b>Toplam</b>	20 (100)	9 (100)	29 (100)	

## TARTIŞMA

Yardım arama davranışı semptomun ya da hastalığın tipine göre de değişir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda üst gastrointestinal yakınmaları olan hastaların birincil bakım hekimlerini diğer yakınmalara göre daha fazla ziyaret ettiklerini göstermiştir (12). Williams ve arkadaşlarının irritabl bağırsak sendromu olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada son bir yıl içinde karın ağrısı olan hastaların %49'u sağlık bakımı aramışlardır. Sağlık bakımı arama oranı kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Elli beş yaşın üzerindeki hastalar da ciddi hastalık

korkusu nedeni ile sağlık bakımı arama davranışı daha fazla görülmüştür. Semptomun niteliği de sağlık bakımını etkilemektedir. Kadınlar daha çok pelvik ağrı ve dispepsi yakınmasında sağlık bakımı ararken; erkekler engellilik, abdominal kramplarda sağlık bakımı aramışlardır (13). Beji ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada üriner inkontinansı olan kadınların tıbbi bakım arama davranışının kültürlere göre değiştiği ifade edilmektedir (14). Kişi bir hastalıkla karşılaştığında farklı eylemler ortaya koyar. Ya hemen yardım arar ya da bekler. Yardım arayışında gecikmenin değişik evreleri vardır. Safer ve arkadaşları yardım aramada gecikmenin üç evresi olduğunu bildirmiştir (15).

1. Değerlendirmede gecikme: Hastanın semptomu bir hastalık belirtisi olarak değerlendirmesine kadar geçen zaman.
2. Hastalık gecikmesi: profesyonel yardım aramaya karar verinceye dek geçen zaman.
3. Kullanma gecikmesi: Hastanın yardım aramaya karar vermesinden hekime gitmesine ve onun hizmetini kullanmasına dek geçen zaman.

Bazı hastalar potansiyel hasta semptomunu yatıştırma, bilgilenme ve öneri ve ailesi ve arkadaşları tarafından durumunun geçici olduğunun kabulünü aramaya başlarken bazı hastalarda durumunu saklama eğilimi olabilir. Mevcut semptomun ağırlığı gecikme zamanını kısaltırken bulaşıcı hastalıklarda, özellikle tüberküloz ve HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar da sağlık bakımı arama genellikle damgalanma korkusu nedeni ile gecikmektedir (16). Bu hastalar durumları ile ilgili bilgiyi öncelikle diğer insanlardan ya da yazılı ya da görsel kaynaklardan arar. Elliot-Binns (17) yazılı ya da görsel kaynakların kişisel kaynaklardan daha fazla zarar verici olabildiğini ve %18 hastada yoğun anksiyete, doğru olmayan tedavilerle sonuçlandığını ve doktora başvuruyu geciktirdiğini göstermişlerdir. Sağlık hizmetlerinin ekolojisi çalışmasında, White ve arkadaşları (18) belirli bir popülasyonda kendini rahatsız ya da hasta hissedenerin sağlık bakımı arama davranışlarını araştırmıştır. 1961 yılında yapılan bu ilk ekoloji çalışmasına göre ortalama bir ay içinde 1000 erişkin kişiden 750 kişi bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Bu 750 kişiden sadece 250 kişi tıbbi bakım almak için bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Bu konuda daha sonra yapılan pek çok çalışma da çoğu rahatsızlığın bir profesyonel sağlık çalışanına gitmeden çözümlendiğini vurgulamıştır (19).

Pek çok kişi yakınmalar ve sorunları için ya hiçbir şey yapmaz ya da kendi kendine sorunu çözümler. Yakınmaların yaklaşık %20'sinde bir doktorla görüşülür. Yakınmanın başlamasından doktorla görüşmeye kadar geçen süre ortalama 3-4 gündür (20-22). Bildirilen yakınma günlerinin yaklaşık %5'inde doktorla görüşme davranışı görülür. Çocuklarda bu oran daha fazladır (yaklaşık %11) (23). Bu çalışmada küçük bir toplumda

sağlık arama davranışları ve geleneksel aile tedavilerinin kullanılması araştırılmıştır. Kendilerini rahatsız hisseden ya da bir sağlık sorunu olduğunu düşünen kişilerin sağlık bakımı arama davranışları pek çok etmen tarafından etkilenir. Formal sağlık kurumlarının yetersizliği yanında yaşadıkları toplumun, ailenin ve kendilerinin sağlık inançları ve hastalık ve sağlık kavramlarına yükledikleri anlam en önemli etmenlerdir (5).

Kişinin sağlık kendisini rahatsız eden durumu ciddi bir sorun olarak algılaması ve kendisini yardıma gereksinimi olan biri olarak görmesi bu süreçte etkilidir. Yardıma gereksinimi olduğunu düşünen kişi bir sağlık profesyoneline, meslekten olmayan bir kişiye ya da alternatif tedavilere yönelebilir. Aynı zamanda sağlık sorununun çözümü için geleneksel tedavileri, tıbbi tedavileri ya da alternatif tedavileri seçebilir. Freer yaptığı çalışmada, hemen hemen tüm medikal sorunlarda en az bir tıbbi olmayan bakım yönteminin denendiğini ve bu eylemlerin yarısında sağlık personeli dışında bir kişiden yardım istendiğini bulmuştur (20). Bireyin sağlık bakımı arama davranışını en çok etkileyen etmenlerden biri ise ailedir. Suchman'a göre her dört kişiden üçü tıbbi yardım aramadan önce semptomlarını biri ile (genellikle eş, akraba ya da arkadaş) tartışmaktadır (24). Van de Lisdonk yakınmalarını geçirmek için ilaç kullandığını söyleyen kişilerin yaklaşık üçte ikisinin reçetesiz ilaç kullandığını bulmuştur (4). Dahlquist semptomlu günlerin %32'sinde reçetesiz ilaç kullanıldığını bildirmiştir (25). Wilkinson OTC ilaç kullanma oranının %28 olduğunu bulmuştur (26). Bireyin sağlık bakımı arama davranışını en çok etkileyen etmenlerden biri ise ailedir. Bireyin sağlığını nasıl kazanacağı ve hastalıkla nasıl başa çıkacağı büyük oranda ailesi tarafından etkilenir. Aile sosyalleşme, bakım, şefkat, üreme ve durumun danışılmasının temel sorumluluklarını sağlar (27). Suchman'a göre her dört kişiden üçü tıbbi yardım aramadan önce semptomlarını biri ile (genellikle eş, akraba ya da arkadaş) tartışır. Bu sağlık bakımı sunmada ailenin önemini vurgular (28). Semptomun niteliği bakım arama davranışını etkilemektedir. Semptom ne kadar ciddi ise tıbbi bakım arama davranışı o oranda artmaktadır; ancak yinede ciddi semptomlarda dahi tıbbi bakıma başvurmayan kişiler vardır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada Huygen doktorlara göre potansiyel olarak ciddi semptomlar yaşayan kişilerin %12'sinin bir hekimle görüşmediklerini bulmuştur (29). Bazen hastalar semptomlarının ciddiyetini fark etmeyebilir ve hekime başvurma gecikir (30).

Damgalanma korkusu sağlık bakımını aramayı olumsuz etkileyen bir etmenddir. Cinsel ve ruhsal sorunlar ve hastalıklar en çok ertelenen ve çözümü geleneksel tedavilerde aranan sorunlardandır (13,31,32). Genellikle geleneksel aile tedavileriyle çözüm bulunamadığında sağlık kurumlarına başvuru olur.

Yaşlılar ve aileleri ağrı, işlevsel yetersizlik, düşme,

inkontinans gibi yaşlılarda sık görülen semptomları yaşlanmanın bir sonucu olarak gördükleri için sağlık bakımı aramayabilirler (33,34). Depresyon ve demansı olan kişiler ise sorunlarının farkında olmayabilirler ya da bir bakımevine yatırılma korkusu nedeni ile sorunlarını dile getiremeyebilirler (33-35). Bu sorunların çözümü için geleneksel aile tedavilerine başvurulur. Yaşlının kronik hastalığı nedeni ile kullandığı ilaçlar bu ev ilaçları ile olumsuz etkileşime girerek yaşlının yaşamını tehlikeye atabilir. Bu nedenle özellikle ev ziyareti yapan birincil bakım hekimlerinin evde kullanılan reçete ile kullanılan ilaçlar yanında reçetesiz olarak kullanılan ilaçlara ve ilaç olarak kullanılan bitkilere bakması gerekir (36).

Sağlık sisteminin yapısı, hastanın ve hekimin demografik etmenleri, kültürel, bilişsel ve duyu durumu da tıbbi bakıma arama davranışını etkilemektedir (37). Tıbbi bakıma sık başvuran ve başvurmayanları karşılaştıran çalışmalarda bilişsel, duygusal ve kültürel etmenlerin doktora başvurma eğilimini etkilediği bulunmuştur (4). Sağlık inançları da önemli bir etmenddir. Sağlık İnanç Modeli kişinin sağlığının bozuk olduğunu algılama davranışına dayanır (38). Sağlık İnanç Modeli kişinin sağlığının bozuk olduğunu algılama davranışına dayanır. Tedavi rejimlerine, sağlık tarama önerilerine, koruyucu bakıma ve sağlığı artırmaya uyum varsayılan sağlık inanç modeli ile anlaşılmıştır (4). Kişilerin sağlık inançlarını açıklamak için birçok model vardır. Becker sağlık inanç modelini belgelemiştir (38). Zola'nın çalışmasına göre hastanın tıbbi yardım arama kararını tetikleyen pek çok farklı fizyolojik olmayan model vardır (39). Kişiler şu durumlarda yardım aramaktadır.

- Kişilerarası kriz ortaya çıkması
- Sosyal ya da kişisel ilişkilerde algılanan engellenme
- Onaylama (bir başkası için yardım arama kararının sorumluluğunu alan bir birey)
- Mesleki ya da fiziksel etkinlikte algılanan engellenme
- Semptomlarda süre ve değişiklikler

Bu çalışmada herhangi bir yakınmada katılımcıların %41,3'ü (12 kişi) ilk önce bir aile üyesine başvurduklarını bildirdiler. Katılımcıların %17,2'si (beş kişi) başka doktor ve arkadaşlarına, %10,3'ü (üç kişi) aile, yakın çevre ve komşulara, %6,8'i (iki kişi) aile ve komşulara, %3,4'ü (bir kişi) aile ve komşulara, %3,4'ü (bir kişi) %3,4'ü (bir kişi) yakın çevre (tanıdığı), %3,4'ü (bir kişi) aile üyesi ya da komşularına, %3,4'ü (bir kişi) aile üyesi, aile hekimi, arkadaş ve komşularına, %3,4'ü (bir kişi) aile, komşular ve yakın çevreye, %3,4'ü (bir kişi) aile hekimi ve aile ve akrabalara, %3,4'ü (bir kişi) de başka doktorlar, arkadaşlar, aile ve komşulara başvurduğunu bildirdi. Küçük bir grupta yapılmakla birlikte bu dağılım genel kanılara uygunluk göstermektedir.

Yakınmaların yaklaşık %20'sinde bir doktorla görüşülür

(16). Yakınmanın başlamasından doktorla görüşmeye kadar geçen süre ortalama 3-4 gündür (16-18). Bizim çalışmamızda, ne zaman hekime başvurulduğuna dair soruya katılımcıların büyük çoğunluğu (%75,8) bir gün sonra yanıtını vermiştir. Tüm katılımcıların %13,7'si yakınma sonrası hemen hekime başvurduklarını bildirmişlerdir. Yakınma sonrası hemen hekime başvurma oranı genel eğilime uygun olarak kadınlarda daha fazladır. Yakınmadan birkaç saat sonra hekime başvurma oranı %3,4 olup erkeklerde daha fazladır (%10'a karşı %0). Bu oranlar literatürde belirtilen ortalama 3-4 günden çok azdır. Bunda araştırma yapılan grubun hekimleri ile güven ilişkisinin etken olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86,3) sadece hekimlerinin önerilerini uygulamadıklarını başka tedavileri de denediklerini bildirmişlerdir. Sadece hekimlerinin önerilerini uygulamayan katılımcıların %34,4'ü aile tedavisi uyguladıklarını belirtmişlerdir. Aile tedavisi uygulamada kadın ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur. Aile tedavisi dışında dikkate alınan öneriler değerlendirildiğinde toplamda katılımcıların %33,3'ü bir aile üyesinin sözel önerilerini uyguladığını belirtmiştir. Bu veriler Freer ve Suchman'ın çalışmaları ile uyumludur. Aile üyesinin önerilerini dinlemede erkekler ve kadınlar arasında erkekler lehine anlamlı farklılık vardır (erkeklerde oran %38,8, kadınlarda %22,2). Kadınlar farklı kişilerden önerileri uygularken erkeklerin daha çok aile ve arkadaşlarının önerilerini (eşit oranda %38,8) uyguladıkları görülmüştür. Erkeklerin aksine kadınların hiçbiri sadece arkadaşlarının önerilerini uygulamamaktadırlar. Bu davranış paterni daha önce yapılan çalışmalarla uyumludur (37).

Uygulanan önerilerin yazılı ve görsel kaynaklara göre dağılımına bakıldığında televizyon sağlık davranışını en çok etkileyen araç konumunda görünmektedir (%68,9). Sağlık bilgisi arama sağlık davranışının temel bileşenidir. Sağlık bilgisi diğer insanlardan, yazılı ve görsel medyadan aranabilir. Elliot-Binns yazılı ve görsel medyadan alınan önerilerin kişilerden alınan önerilerden daha çok zarar verici olabileceğini, önerilerin %18'inin kişide yoğun anksiyete, hatalı tedavi ve doktora başvurmada gecikmeye neden olduğunu bulmuştur (17). Sağlık çoğu kişi için birincil öneme sahiptir. Bu nedenle medya da bu konu ile ilgilenir. Ayrıca sağlık konusunda pek çok kitap ya da broşürler yayınlanmakta ve bazen ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. Bu kaynaklardan bilgi edinme ucuz ya da ücretsiz olduğu için pek çok kişi tarafından kullanılmaktadır. Pek çok kişi için internet sağlık konusunda başvuru kaynağıdır. Bizim araştırmamızda katılımcılar küçük bir köyde yaşadıkları için sağlık bilgi kaynağı olarak daha çok televizyonu kullanmaktadırlar. Televizyonda yayınlanan sağlık programları her zaman kanıtı dayalı bilgi vermemekte, daha çok izlenirliği artırmaya yönelik sansasyonel

konular işlenmektedir (40). Bu nedenle birincil bakım hekimlerinin hastalarının sağlık bilgisi edinme kaynaklarının farkında olması gerekir. Kitlesele medyanın sağlık davranışları üzerine olumlu etkileri de vardır. İyi tasarlanmış toplum sağlık sorunlarını işleyen programlar kişilerin sağlık davranışlarını olumlu olarak etkiler. Sağlık hizmetinin kullanımı üzerine kitlesele medya girişimlerinin araştırıldığı bir sistematik derlemede 17 çalışma tanımlanmıştır. Bu çalışmaların 14'ü formal kampanyaları değerlendirmekte, üçü sağlıkla ilişkili konulardaki medya programlarını değerlendirmektedir. Derlemede medya programlarının aşılama ve kanser tarama oranlarını artırdığı saptanmıştır (41).

Avustralya Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi de ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi'nin yapmış olduğu TAT tanımını kabul etmektedir (34). Avustralya'da TAT kullanımına dair yapılan çalışmalarda Avustralya nüfusunun yaklaşık olarak %52'sinin tamamlayıcı tıp (TT) kullandığı ve %26'sinin tamamlayıcı tıp uygulayıcıları ile görüştüğü ileri sürülmüştür (41). Zolman ve Vickers (42) İngiltere'de en çok kullanılan TAT yöntemlerinin akupunktur, şiropraktis, bitkisel ilaçlar, homoeopati ve osteopati olduğunu belirtir. İngiltere'de TAT kullananların %55-65'inin kadın olduğunu, kullanıcıların büyük çoğunluğunun 35-60 yaşlarında olduğunu, çocukların oransal olarak az olduğunu bildirmektedir. TT kullanan kişiler genellikle akılcı ilaçları yadsımamakta ama esenliklerini artırıcı bir bakışla başka seçenekler araştırmaktadırlar (41).

Pieroni ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada Almanya'da yaşayan Türklerde sağlık alışkanlıklarını birlikte getirdiğini ve bu ülkede sağlık bakımına erişimin sorun olmamasına rağmen geleneksel tedavi yöntemlerini kullandıklarını saptamışlardır (43). Yöney ve arkadaşları Londra'da yaşayan Kıbrıs Türklerinin 13 kronik hastalıkta 85 farklı bitki türünü kullandıklarını bulmuşlardır. Bu ilaçların kullanımı yaşlılar arasında daha yaygındır. Gençler ise batı tıbbını daha fazla tercih etmektedirler (44). Oğur ve arkadaşlarının (45) yaptığı 19,022 kişinin katıldığı internet üzerinden yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %75,9'u en az 1 kez TAT denediklerini bildirmişlerdir. Katılımcılar en çok bitkisel tedavileri kullandıklarını bildirmişlerdir (45). Öztürk ve arkadaşlarının Türk çocukları arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) kullanımına dair yapılan bir araştırmada (46) ebeveynlerin %57'si çocuklarının rahatsızlıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullandıklarını; %77'si ise bitkisel ilaçlar kullandıklarını belirtmişlerdir. Solunum sistemi sorunlarında TAT kullanımı %49, beslenme sorunlarında ise %25'tir. Ebeveynlerin %59'u çocuklarını rahatlatmak için reçete edilen tıbbi tedaviye ek olarak TAT kullandıklarını bildirmiştir. TAT kullanımı eğitim düzeyi

yüksek olan kişilerde daha fazladır.

Bitkisel tedavilerin kullanılmasında temel nedenler tıbbi tedavilerden memnuniyetsizlik, ilaçların ve diğer tedavilerin yan etkileri, ilaç tedavisinin ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması, sağlık durumları ve tedavilerine dair yeterli açıklama olmaması, tedavinin teknolojik olması, kişiye özgün olmaması olarak belirtilir (47). Bu nedenler bizim çalışmamızda da vurgulanmakta ve katılımcıların yarısından fazlası aile tedavilerini daha ucuz, daha kolay erişilebilir ve iyi deneyimleri olduğu için kullandıklarını belirtmişlerdir. Aile tedavisi kullanma nedenleri olarak kullanışlılık, daha fazla güvenme ve yan etkilerinin az olması bu tedavilerin kullanımında ikinci derece önem taşıyor görünmektedir.

Sonuç olarak, yardım arama biçimi sosyokültürel altyapı, geçmiş deneyimler ya da o andaki durum, tanıma ve kabule bağlı olarak değişebilir. Geçmişte işe yarayan yöntemler öncelikle denenirken olumsuz sonuçlanan bir tıbbi bakım arama davranışı aynı sorunda ya da başka sorunlarda geleneksel tedaviler ya da alternatif tedaviler gibi diğer seçeneklere yönelmeye neden olabilmektedir.

AH genellikle hastalarının TAT kullanım boyutunu düşük tahmin ederler. İstatistikler TAT kullanan hastaların %52'sinin bunu AH'ine bildirmediklerini ve geleneksel tedavi kullananların %50'sinin aynı zamanda TAT' da kullandığını göstermektedir. Bu hastanın kullandığı geleneksel ilaçlarla etkileşime girme potansiyelleri nedeni ile bazen sorunlara neden olmaktadır.

Birincil bakımda çalışan aile hekimlerinin temel görevi hastanın sorunlarla başa çıkma yeterliliğini güçlendirerek sağlıklılıklarını en üst düzeye çıkarmak, sağlık risklerini azaltmaktır. Ancak kişilerin sağlık inançları ve sağlık arama davranışlarındaki farklılıklar nedeni ile bu her zaman kolay olmayabilir. Aile hekimlerinin sağlık bakımı sundukları toplumun sağlık inançlarını ve sağlık bakımı arama davranışlarını bilmeleri, o toplumda var olan geleneksel tedavi yöntemlerinin farkında olmaları sunacakları en etkili sağlık hizmetini planlamaları için gereklidir.

**Bilgi notu: Anketin hazırlanmasında katkısı olan Simek Agnes'e teşekkür ederiz.**

#### KAYNAKLAR

1. WHO. WHO definition of health. 2003. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. (Erişim tarihi: 12.2.2011).
2. Larson JS. The Conceptualization of Health Med Care Res Rev 1999;56(2):123-36.
3. Emson HE. Health, disease and illness: matters for definition. CMAJ 1987; 136(8):811-3.
4. Jones R, van de Lisdonk EH. Illness behavior. In: Oxford textbook of primary medical care. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University Press, 2005
5. Leigh H, Reiser MF. The patient: biological, psychological, and social dimensions of medical practice. New York: Plenum Press, 1980.
6. O'Dea N, Saltman DC. Health beliefs. In: Oxford textbook of primary medical care. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University Press, 2005: 103-106.
7. Loue S. Gender, Ethnicity and Health Research. New York: Kluwer Academic/Plenum, 1993
8. Wyke S. Use of health services. In: Oxford textbook of primary medical care. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University Press, 2005: 95-97.
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
10. National Institute of Health. Panel on definition and description. Defining and describing complementary and alternative medicine. CAM Research Methodology Conference, 1995. Altern Ther Health Med 1997;3(2):49-57.
11. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. CAM basics. D347 Updated November 2010.
12. Bröker LE, Hurenkamp GJB, ter Riet G, Schellevis FG, Grundmeijer HG, van Weert HC. Upper gastrointestinal symptoms, psychosocial co-morbidity and health care seeking in general practice: population based case control study. BMC Family Practice, 2009;10(63):1-8.
13. Williams RE, Black CL, Kim HY, et al. Determinants of Healthcare-Seeking Behavior Among Subjects With Irritable Bowel Syndrome. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2006;23(11):1667-1675.
14. Beji NK, Özbaş A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan HA. Overview of the Social Impact of Urinary Incontinence with a Focus on Turkish Women. Urol Nurs 2010;30(6):327-333.
15. Safer MA, Tharps QJ, Jackson TC, Leventhal H. Determinants of Three Stages of Delay in Seeking Care at a Medical Clinic. Medical Care 1979;17(1):1-10.
16. Cameron L, Leventhal EA, Leventhal H. Seeking medical care in response to symptoms and life stress. Psychosom Med 1995; 57(1):37-47.



17. Elliot-Binns CP. An analysis of lay medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1973; 23(129):255-64.
18. Akdeniz M, Urgan M, Yaman A. Family Medicine: a Contemporary Health Care Provision System. *GeroFam*. 2010;1(1): 15-27.
19. Fryer GE, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the Ecology of Medical Care. *Ann Fam Med* 2003; 1(2):81-9.
20. Harding G, Taylor K. Health, Illness and seeking health care. *Pharmaceutical Journal* 2002;269(7219):526-28.
21. Bentsen N, Christiansen T, Pederson KM. The Danish Health Study. Occasional Paper No: 3. Department of Economics. Odense: Odense University. 1988.
22. Ladwig K-H, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European Journal of Epidemiology* 2000;16(6):511-8.
23. Weller WE, Minkovitz, CS, Anderson GF. Utilization of Medical and Health-Related Services Among School-Age Children and Adolescents with Special Health Care Needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). *Pediatrics* 2003;112(3):593-603.
24. Freer CB. Self-care: a health diary study. *Med Care*. 1980; 18(8):853-61.
25. Dahlquist G, Sterky G, Ivarsson JJ, Tengvald K, Wall S. Health problems and care of young families – Load illness and patterns of illness behavior. *Scandinavian Journal of Primary care* 1987; 5(2):79-86.
26. Wilkinson JF, Darby DN, Mant A. Self care and self medication: *Med Care* 1987; 25(10):965-78.
27. McDaniel S, Camphel TL, Hepworth J, Lorenz A. Aile Yönelimli Birincil Bakım, Yaman H. Çeviri Ed. İstanbul: Yüce yayınevi II. Baskı, 2008.
28. Suchman EA. Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior* 1965; 6(1): 2–16.
29. Huygen FJA. Longitudinal studies of family units. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988;38(309):168-70.
30. Tanrıverdi MH, Turan E. Birinci Basamakta Epidermal Prekanseroz Lezyonlara Yaklaşım. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010;2(1):53–56.
31. Yöntem Fidan T. Bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011;3(1):1-8.
32. Orhan FÖ. Psychiatric Disorders in Elderly. *GeroFam*. 2010; 1(2):55-76.
33. Akdeniz M, Yaman A, Howe J, Kavukçu E, Yaman H. The Management of Cognitive Problems in Primary Care. *GeroFam*. 2010; 1(2): 18-54.
34. Akdeniz M, Yaman A, Howe J, Kavukçu E, Yaman H The Management of Depression with Primary Care Guidelines in Elderly Patients. *GeroFam*. 2010; 1(3):25-45.
35. Akdeniz M, Yaman A, Kılınç S, Yaman H. A Preventable Problem in Family Practice: Falls in the Elderly. *GeroFam*. 2010; 1(1):117-132.
36. Kılınç S. Home Visits to Elderly and Its Features. *GeroFam*. 2010; 1(1): 41-47.
37. Kirscht JP. The Health Belief Model and predictions of Health Actions. In: Gochman DS. *Health behavior: emerging research perspectives*. New York: Plenum Press, 1988: 27-38.
38. Becker MH (ed). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs 2. 1974.
39. Zola IK. Pathways to the doctor: From person to patient. *Soc Sci Med* 1973; 7(9):677-89.
40. Coulter A. Medicine and the media. In: *Oxford textbook of primary medical care*. Jones R et al. (eds). New York: Oxford University press, 2005:107-110.
41. Kotsirilos V. GPs' attitudes toward complementary medicine. *Australian Family Physician*. 2007; 36(3):270-271
42. Zolman C, Vickers A. ABC of complementary medicine: Users and practitioners of complementary medicine: *BMJ* 1999; 319(7213):836-8.
43. Pieroni A, Muenz H, Akbulut M, Başer KHC, Durmuşkahya C. Phytotherapy and trans-cultural pharmacy among Turkish migrants living in Cologne, Germany. *Journal of Ethnopharmacology* 2005; 102(1):69-88.
44. Yöney A, Prieto JM, Lardos A, Heinrich M. Ethnopharmacy of Turkish-speaking Cypriots in Greater London. *Phyther. Res*. 2010; 24(5):731-40.
45. Oğur R, Korkmaz A, Bakır B. Herbal Treatment Usage Frequency, Types and Preferences in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2006;14(3):1-8.
46. Öztürk C, Karayağız G. Exploration of the use of complementary and alternative medicine among Turkish children. *Journal of Clinical Nursing* 2007;17(19):2558-64.
47. Tapsell LC, Hemphill I, Cobiac L, et al. Health benefits of herbs and spices: the past, the present, the future. *MJA* 2006;185(4):1-24.

**Ek 1. Anket**

<b>Hekimin verileri Hekimin veriler, GGPGPatai:</b>		Cinsiyet:	Erkek	Kadın
Çalıştığı yer	Köy	Kent	Diploma tarihi:	
..... tarihinden beri AH olarak çalışıyor		Bu kurumda ..... tarihinden beri çalışıyor		
<b>Hastanın verileri</b>		Cinsiyet:	Erkek	Kadın
Yaş	18-25	26-35	36-45	46-55
				56-65
				66 +
<b>Eğitim düzeyi:</b>		İlkokulu bitirmemiş.		İlkokul
	Ortaokul	Lise	Yüksek okul	
<b>Kronik hastalıkları:</b>				
<b>1. Herhangi bir yakınmanız olduğunda ilk önce kime başvuruyorsunuz?</b>				
	Aile üyesi	Akraba	Tanıdık	
	Arkadaş	Komşu	İş arkadaşı	
	Hemşire	Sağlık Ocağı hemşiresi	Aile Hekimi	
	Başka bir hekim			
<b>2. Ne zaman hekime başvuruyorsunuz?</b>				
	Herhangi bir yakınmada hemen			
	Birkaç saat sonra	Bir gün sonra		
	Birkaç gün sonra	Bir hafta sonra	Bazen	
<b>3. Hangi yakınma hekime gitmenizi zorunlu kılıyor?</b>				
	Ağrı	Ateş	Yaralanma	
	Kataral semptomlar/öksürük, hapşırık / burun akıntısı			
	Gastrointestinal semptomlar /kusma, ishal, gaz, iştah kaybı			
	Göz, kulaklar, tat alma, koku alma, dokunma organlarına dair yakınmalar ékszervi panaszok (látás, hallás, izlelés, tapintás, szaglás)			
	Alerjik yakınmalar/öksürük, hapşırık, kaşıntı, döküntü, göz yaşarması			
	Görülebilir değişiklikler: tümör, deformite, renk değişikliği ülső elváltozások (duzzanat, deformitás, hiány, elszíneződés)			
	Kendini hasta hissetme 1. deformity,colorization	Bir başka kişinin önerisi		
<b>4. Aşağıdaki sorunlarda ilk etapta bir tıp çalışanına gitmiyorsanız ne yapıyorsunuz?</b>				
	• Ağrı			

• Ateş			
• Yaralanma			
• Kataral semptomlar/öksürük, hapşırık / burun akması			
• Gastrointestinal semptomlar /kusma, ishal, gaz, iştah kaybı			
• Göz, kulaklar, tat alma, koku alma, dokunma organlarına dair yakınmalar			
• Alerjik yakınmalar/öksürük, hapşırık, kaşıntı, döküntü, göz yaşarması			
• Görülebilir değişiklikler: tümör, deformite, renk değişikliği			
• Kendinizi hasta hissetmeniz			
• Bir başka kişinin önerisi			
<b>5. Önce Aile hekimine gidiyorsanız, doktorun önerilerini tam olarak kabul ediyor musunuz?</b>			
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır
<b>6. Sadece aile hekiminizin tedavilerini mi izliyorsunuz?</b>			
<input type="checkbox"/>	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır
<b>7. Aile hekiminizin önerilerini izlemiyorsanız başka ne yapıyorsunuz?</b>			
a. Aile tedavisi			
b..... nın sözel önerilerini uyguluyorum (lütfen önerilerini izlediğiniz kişileri işaretleyin):			
<input type="checkbox"/>	Aile üyeleri	<input type="checkbox"/>	Akraba
<input type="checkbox"/>	Tanıdık	<input type="checkbox"/>	İş arkadaşı
<input type="checkbox"/>	Arkadaşlar	<input type="checkbox"/>	Komşu
<input type="checkbox"/>	Hemşire	<input type="checkbox"/>	Halk hemşiresi
<input type="checkbox"/>	Başka bir hekim	<input type="checkbox"/>	Aile hekimi
<b>c .....da yazılı önerilerini uyguluyorum</b>			
<input type="checkbox"/>	Gazete	<input type="checkbox"/>	Kitap
<input type="checkbox"/>	Hasta eğitim broşürleri.	<input type="checkbox"/>	Başka bir hekim
<input type="checkbox"/>	Televizyon	<input type="checkbox"/>	Radyo
<input type="checkbox"/>	İnternet	<input type="checkbox"/>	Başka bir hekim
<b>8. Aile tedavisine dair bilginizi nasıl alıyorsunuz? .....dan</b>			
<input type="checkbox"/>	Yaşlı Aile üyeleri	<input type="checkbox"/>	Diğer akrabalar
<input type="checkbox"/>	Tedavi konusunda deneyimi olan tanıdıkların birinden		
<input type="checkbox"/>	Yazılı medya	<input type="checkbox"/>	Elektronik medya
<input type="checkbox"/>	Diğer (lütfen belirtiniz)		
<b>9. Niçin aile tedavileri kullanıyorsunuz?</b>			
<input type="checkbox"/>	Onlara daha fazla güveniyorum	<input type="checkbox"/>	Onların daha etkili olduğunu düşünüyorum
<input type="checkbox"/>	Yan etkileri daha az	<input type="checkbox"/>	İyi deneyimlerim var
<input type="checkbox"/>	Daha ucuz	<input type="checkbox"/>	Daha kolay erişilebiliyor