

## **Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı**

Oya Beklân ÇETİN

obcetin@anadolu.edu.tr

### **The Use of Complementary and Alternative Medicine in Eskisehir**

#### **Abstract**

The aim of this study is to examine the types and the use of Complementary and Alternative Medicine (CAM), as well as the factors affecting the use of CAM in Eskişehir, Turkey. 300 respondents were selected randomly from the city center and questionnaires were applied. Results show that 60% of the respondents use different types of CAM. Socio-demographic characteristics did not show any significant effect on the overall use of CAM. However, accessibility and the costs of health services had significant effects on the overall use of CAM.

**Key Words** : Complementary and Alternative Medicine, Health Status, Health Services, Eskisehir.

**JEL Classification Codes** : I19.

#### **Özet**

Bu çalışmanın amacı Eskişehir-Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) kullanım düzeylerini, çeşitlerini ve TAT kullanımını etkileyen faktörleri incelemektir. Kent merkezinde yaşayan 300 cevaplayıcı tesadüfî örnekleme göre belirlenmiş ve kendilerine anket uygulanmıştır. Bulgulara göre, cevaplayıcıların %60’ı çeşitli TAT türleri kullanmaktadır. Sosyo-demografik özelliklerin genel TAT kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadığı gözlenmiştir. Buna karşılık, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik ve maliyetinin genel TAT kullanımı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunduğu görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler** : Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Sağlık Durumu, Sağlık Hizmetleri, Eskişehir.



## 1. Giriş

Uluslararası sosyal bilimler ve tıp literatüründe, çeşitli hastalıklarda *Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp* (TAT) kullanımı, hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri açısından uzun süredir tartışılmaktadır. TAT, modern tıp uygulamaları dışında kalan, zihin-beden-ruh birliğini anlamaya yönelik, bütüncül bir yaklaşım sergileyen, insan sağlığıyla ilgili her çeşit uygulama olarak kabul edilebilir. TAT uygulamaları mega-vitaminler, bitkisel ilaçlar, diyet çeşitlerinden osteopathy, chiroprathy, homeopathy, masaj, akupunktur, fizik tedavi, müzik terapisi, imajinasyon, hipnoz, rahatlama teknikleri, meditasyon, reiki, yoga, dua ve telkin'e kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır.

Uluslararası literatürde TAT kullanımı, kullanım nedenleri ve kullanıldığı hastalıklarla ilgili hem hasta grupları üzerinden hem de ülke çapında nüfusa dayalı olarak yapılan çalışmalar geniş biçimde yer almaktadır. Bu konuda Türkiye'de de değerli çalışmalar yapılmakla birlikte, bu çalışmalar belirli hasta gruplarıyla sınırlıdır ve az sayıda bulunmaktadır. Henüz ülke çapında, rastgele örnekleme dayalı çalışmalar bulunmamaktadır (Tan vd., 2004: 862). Pilot çalışma niteliğinde olan bu çalışmanın amacı, rastgele örnekleme yoluyla belirlenen cevaplayıcılar üzerinden Eskişehir kent merkezinde yaşayanların TAT kullanım düzeyleri, kullanılan TAT çeşitleri ve TAT kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenerek literatüre katkıda bulunmaktır. TAT kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde sosyo-demografik özellikler, cevaplayıcıların ve aile üyelerinin sağlık durumları, sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliği, ulaşılabilirliği, maliyet ve kapsamının TAT kullanımıyla ilişkisi incelenecektir.

Literatüre katkı açısından bu çalışmanın bir başka amacı daha bulunmaktadır. Uluslar arası ve ulusal literatürde TAT kullanımıyla ilgili yapılan çalışmalarda bitkilerin ilaç olarak kullanımının diğer TAT çeşitleriyle birlikte değerlendirildiği gözlenmiştir. Ancak bitkilerin yiyecek ve içecek olarak insan yaşamındaki yeri TAT kullanımı açısından bitkilerin ilaç olarak kullanımında farklı bir konuma sahip olmasına yol açarak farklı yöntemlerin kullanım düzeylerinde yanıltıcı artışlar gözlenebilir. Örneğin, Akyürek vd., (2005: 73) akciğer kanserli hastalarda TAT kullanım düzeyini %63 olarak bulmuştur. Bu oranın %59'u bitkisel ilaçlardan oluşmaktadır. Benzer biçimde Çetingöz vd., (2000: 245) TAT kullanım düzeyinin %23 (%60' bitkiler), Tan vd., (2004: 863) ise %70 (%40,6 bitkiler) olduğunu gözlemiştir. Bundan dolayı diğer TAT yöntemlerinin arasına katılarak değerlendirme yapıldığında araştırma bulgularında anlamlı sonuçların elde edilmesini zorlaştırabilir ya da çeşitli araştırmalardan elde edilen bulgular arasında çelişkili sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilir. Sözü edilen durumu bu konuda çalışma yapacak olan araştırmacıların dikkatine sunmak amacıyla değerlendirmeler sırasında TAT kullanımıyla ilgili 3 farklı hesaplama tablolar halinde sunulacaktır. Ancak genel TAT hesaplama ile bitkilerin ayrı bir kategori olarak değerlendirilmelerinin yorumu yapılarak, bitkilerin dâhil edilmediği TAT kullanım değerlerinin diğer hesaplamalarla karşılaştırılması bu konuyla ilgilenen araştırmacıların değerlendirmesine bırakılacaktır.

## 2. TAT Kullanım Alanları, Kullanma Nedenleri ve Kullanıcı Özellikleri

TAT, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde araştırmacılar için farklı anlamlar ifade eder. Gelişmiş ülkelerde ‘New Age düşüncesi’ (Sjoberg ve Afwallberg, 2002: 751), ‘modernitenin başarısızlığı’ ve ‘tıp alanında sapkınlık’ (Stambolovic, 1996: 601), ‘postmodern eğilimler’ (Eastwood, 2000: 133), ‘postmodern tüketim örneği’ (Rayner ve Easthope, 2001: 157), ‘bilim-teknoloji-toplum ilişkisinin temel yeniden oluşumu’ (Roy, 1999: 421-422) olarak tanımlanırken, gelir düzeyi düşük olan ülkelerde özellikle kırsal kesimde sağlık hizmetlerinin yetersizliğini nedeniyle başvuru, kültürel olarak kabul görmüş yöntemler (Raguram vd., 2002: 38), ya da İslam dünyasını batılılaştırma ve laikleştirme çabalarına karşıt olarak yükselen siyasi ideolojinin direnci ve yükselişi (Adib, 2004: 699) olarak değerlendirilmektedir.

TAT kullanımı çeşitli nedenlere dayanmaktadır. Bunlardan bazıları tıbbi tedaviden duyulan hoşnutsuzluk (Kroesen vd., 2002: 62; Sirois ve Gick, 2002: 1033), hastalıkla aktif olarak başa çıkma mekanizması, pasif kalma ve umutsuzluk duygusundan kurtulma (Söllner vd., 2000: 873), gerginlik ve kontrol kaybindan kaçınmadır (Astin et al., 1999: 42; Wein, 2000: 1345). Ayrıca insanların dini ve siyasi inançları (Furnham, 1994: 715), sağlıkla ilgili değer ve inançları (Siahpush, 1999: 266), TAT kullanımını etkileyen önemli faktörlerdir. TAT kullanımının çekici gelmesinin diğer nedenleri kültürel olarak paylaşılan değerler olması ve hastanın güçlendirilmesi, otantik olması, hastalık durumunda dünya ile bağlantı ve karşılıklı etkileşim içinde olma duygusu vermesinden kaynaklanabilir (Kaptchuk ve Eisenberg, 1998: 1061). Furnham ve Forey’e (1994: 468-469) göre, TAT kullanıcıları yalnızca sağlık hizmetlerinden duydukları hoşnutsuzluk nedeniyle alternatif çözüm arayışına girmez. Bu durum daha geniş bir bakış açısını benimseyen inanç sistemleri ve kullanıcı hastaların içinde buldukları durumun bir sonucudur.

TAT kullanımı cinsiyete, yaşa, eğitim ve dindarlık düzeylerine göre değişmektedir. Kadın olmak (Furnham ve Kircaldy, 1996; Wiles ve Rosenberg, 2001), orta yaş ve üstü grupta yer almak (Kersnik, 2000), düşük eğitim ve yüksek dindarlık düzeylerine sahip olmak (Sjoberg ve Afwallberg, 2002) TAT kullanıcılarının özelliklerinden bazılarıdır. Ancak TAT kullanıcılarının sosyo-demografik özellikleri konusunda farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Örneğin, Callaghan ve Jordan (2003: 31) TAT kullanımının en belirgin göstergelerinin sağlık konusunda postmodern değerlere sahip olmak ve genç olmak olduğunu belirtmektedir. Benzer biçimde, her gelir grubundan TAT kullanıcısı bulunmakla birlikte, bazı araştırmalarda genel nüfus içinde göreceli olarak daha düşük gelir düzeyine sahip olanlar arasında TAT kullanımı daha az görülmektedir (Krstins vd., 1998: 135).

Modern tıbbın tamamen iyileştiremediği kanserli hastalar (Moschen vd., 2001; White ve Verhoef, 2006), kronik hastalıkları olanlar (Craig vd., 2006; Ong vd., 2002), HIV/AIDS hastaları (Wootton ve Sparber, 2001; Duggan vd., 2001) arasında yüksek oranda TAT kullanımı gözlenmiştir. Yanı sıra Pediatri’de (Kelly vd., 2000; McCurdy vd.,

2003), özürlüler ve özürlü çocuk ailelerinde (Mccoll vd., 2000; Boswell vd., 2001), yaşlı hastalar (Haley vd., 2001; Ai ve Bolling, 2002) ve genel olarak hasta yakınları üzerindeki etkisi (Nilmanat ve Street, 2004; Pearce ve Singer, 2006) hastalığın yarattığı stresle başa çıkmada kullanılan ve yaşam kalitesini artıran bir yöntem olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye’de TAT kullanımıyla ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda astım hastaları (Tokem, 2006), kanserli hastalar (Akyürek vd., 2005; Çetingöz vd., 2000; Ceylan vd., 2002; Tan vd., 2004; Özbek vd., 2003) ve psikiyatri hastaları (Güleç vd., 2006) arasında TAT kullanımıyla ilgili bulgular elde edilmiştir. Dole’a (2004: 270–271) göre, Türkiye’de TAT kullanımı ve uygulayıcılarının varlığı, Türkiye Cumhuriyeti’nin modernleşme projesinin bir parçası olarak modern tıbbi yerleştirme çabalarına gösterilen ideolojik bir tepki olarak değerlendirilebilirse de, akılda tutulması gereken nokta, TAT uygulayıcılarından yardım istemenin nedeni kullanıcıların cahilliğinden kaynaklanmamaktadır. Modern tıbbın ve sağlık hizmetlerinin sınırlılıklarıyla hastaların tıbbi bakımı ödeme güçlerinin olmaması TAT kullanımı için başlıca nedendir. TAT kullanım nedenleriyle ilgili olarak Tan vd.,(2004: 864) medikal tedaviden duyulan hoşnutsuzluk görüşünü desteklemektedir. Dole’un (2004) çalışması dışında, henüz Türkiye’de TAT kullanımının sosyal, ekonomik, kültürel boyutlarını, TAT yöntemlerinin modern tıp karşısındaki konumunu tartışan ve ülke çapında nüfusa dayalı TAT kullanımını tespit etmeye yönelik araştırmalar literatürde yer almamaktadır.

### 3. Yöntem

Eskişehir kent merkezinde kullanılan başlıca TAT yöntemleriyle, kullanımında etkili olan faktörlerin incelenmesi amacıyla 2006 Kasım-Aralık aylarında düzenlenen bu pilot çalışmadan sağlanan veriler, kent merkezinde yaşayan nüfustan rastgele örnekleme yoluyla belirlenen 300 kişiye uygulanan anketlerden elde edilmiştir. Cevaplayıcıların belirlenmesi için Eskişehir kent merkezi 4 bölgeye ayrılarak her bölgeden çalışmaya katılmayı kabul eden 75 kişiye anket verilmiş ve anketleri kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Yalnızca okuma-yazma bilmeyen ya da ilerlemiş yaşı nedeniyle anketi doldurmada güçlük çeken cevaplayıcılara yardımcı olunmuştur.

TAT kullanımıyla ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla sosyo-demografik özelliklerin dışında, cevaplayıcıların son 1 yıl içinde ciddi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları, aile üyeleri arasında son 1 yıl içinde böyle bir durumla karşılaşanların olup olmadığı, ciddi sağlık sorunu olan varsa cevaplayıcıya yakınlığı, hangi sorunu olduğu ve sorunun devam edip etmediği sorulmuştur. Ayrıca cevaplayıcıların ailelerinde fiziksel/zihinsel/yaşlılığa bağlı özürlü birey ya da psikiyatri hastası olup olmadığı da sorulmuştur. Bulgulara göre cevaplayıcılar ya da aile bireyleri arasında 39 farklı ve cevaplayıcılar tarafından ‘ciddi sağlık sorunu’ olarak nitelendirilen hastalık türü gözlenmiştir. Hastalık türlerinin yeniden gruplanarak istatistiksel tekniklerin kullanımı için hazır hale getirilmesinde kullanılan ölçüt, uluslar arası literatürde TAT kullanımıyla ilgili

yapılan çalışmaların yoğunlaştığı hastalık gruplarıdır. Bu bağlamda oluşturulan ilk hastalık grubu diyabet, yüksek tansiyon, kolesterol ve romatizmadan oluşan süreyen hastalık olarak adlandırılabilir gruptur. Diğer gruplar, jinekolojik hastalıklar, bu hastalık grubu dışında kalan kanser türleri, üst solunum yolları ve bağırsak enfeksiyonları, ruh ve sinir hastalıklarıdır. Belirtilen gruplar dışında kalan hastalıklar ‘Diğer’ başlığı altında toplanan kalp ve damar hastalıkları, böbrek yetmezliği, bel ve boyun fıtığı, karaciğer-safra kesesi sorunları, felç, yanık, kırıklar, göz hastalıkları, migren, Alzheimer, lif kuruması, çocuklarda sıklıkla görülen kızamık, suçiçeği, kabakulak gibi bulaşıcı hastalıklar ve mide sorunlarıdır. ‘Diğer’ gruplaması içinde yer alan hastalıkların cevaplayıcılar arasında görülme düzeyi %40,3, aile bireyleri arasında görülme düzeyi ise %44,6 olmakla birlikte hastalıkların bireysel dağılımları anlamlı ilişkiler elde edilmesini güçleştirecek ölçüde düşüktür. Araştırmada hastalık türleriyle ilgili veriler arasında HIV/AIDS ve diğer bulaşıcı cinsel hastalıklara rastlanmamıştır. Bunun nedeni ya cevaplayıcıların ‘sosyal kabul görme’ kaygısıyla bu hastalıklardan söz etmemeleri ya da toplumda görüldüğü halde örnekleme temsil edilmemeleridir. Her iki durumda da bu çalışmada geçerlilik (validity) sorunu yaratacağından cevaplayıcılar ve aile bireyleri arasında görülen hastalık türlerinin yüzde dağılımlarının verilmesiyle yetinerek TAT kullanımıyla ilişkisi değerlendirmeye alınmamıştır.

Sunulan sağlık hizmetlerinin sınırlılıklarının TAT kullanımı ile ilişkili bir faktör olduğu dikkate alınarak cevaplayıcılara sağlık hizmetlerinin yeterliliği, ulaşılabilirliği, maliyet ve kapsamıyla ilgili sorular da yöneltilmiştir. Doktor-hasta ilişkisi ve hasta beklentilerinin sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliğiyle ilgili önemli bir bölümü oluşturduğu belirtilmektedir (Hsieh ve Kagle, 1991). Ancak Leonard’ın (2003: 2) da belirttiği gibi hasta, uygulayıcının/doktorun aktivitelerini gözlemleyebilse bile uygulanan tedavinin yanı sıra kullanılan teknolojinin yeterliliğini ölçebilecek tıbbi bilgidен yoksun olması nedeniyle doktor muayenehanesinden düşük kalitede mi yoksa yüksek kalite mi bir sağlık hizmeti aldığını anlamadan ayrılabilir. Bu nedenle, bu çalışmada Hsieh ve Kagle (1991) tarafından geliştirilen Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin doktor-hasta ilişkisi ve hasta beklentileri kısmı değerlendirmeye alınmayarak, yalnızca sağlık hizmetlerinin yeterliliği, ulaşılabilirliği, maliyet ve kapsamıyla ilgili, cevaplayıcıların gözlemleyebilecekleri ve nesnel olarak değerlendirebilecekleri bölümleri değerlendirmeye alınmıştır.

Bu çalışmada yöntemle ilgili olarak tartışmaya açılacak olan konu TAT kullanımıyla ilgili çalışmalarda bitkilerle tedavi ve bitkilerin ilaç olarak kullanımının diğer TAT yöntemlerinin değerlendirilmesinden ayrı tutulmasının gerekliliğidir. Bitkiler kır/kent ayrımı olmadan besin maddesi ve içecek olarak yaşamımızda önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum tüm bitkilere genelleme yapılarak, her kesimden kullanıcılar tarafından bitkilerin ‘sağlık için zararsız’ kabul edilerek tedavi amaçlı kullanılması olarak karşımıza çıkabilir. Böyle bir durumda bitkilerin kullanımının da dâhil edildiği TAT yöntemlerinin kullanımı araştırmalarında genel kullanım düzeyine etki ederek diğer TAT kullanıcılarının karakteristiklerini ve kullanımı etkileyen faktörleri inceleyebilmemizi zorlaştırabilir. Bu nedenle, bu çalışmada TAT yöntemlerinin kullanımı 3 farklı hesaplama göre

sunulacaktır. İlk hesaplama bitkilerin kullanılmasının da dâhil edildiği genel TAT kullanımı, ikinci hesaplama bitkiler çıkarıldıktan sonra elde edilen TAT kullanımı, üçüncü hesaplama ise yalnızca bitkilerle tedavi ve bitkilerin ilaç olarak kullanımını kapsamaktadır. Bulguların sunumu genel TAT kullanımının ve bitkilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesine göre yapılacak ancak özet tablolarla üç hesaplama da birlikte verilerek ortaya çıkan farklılıkların değerinin tartışılması TAT kullanımı araştırması yapmak isteyen araştırmacıların takdirine bırakılacaktır.

#### 4. Bulgular

Araştırma sonuçlarına göre cevaplayıcıların %21,3'ü tek, %38,7'si iki ya da daha fazla TAT yöntemi olmak üzere %60'ı çeşitli TAT yöntemleri kullanmaktadır. Kullanılan başlıca yöntemler bitkiler, mega vitamin, diyet, balık ve hayvanlar, akupunktur, masaj, fizik tedavi, kırık-çıkıkçı, hoca/şifacı/ocaklı, dua/adak/türbe ziyaretleri, yoga, reiki ve meditasyondur. Kullanılan TAT yöntemlerinin genel dağılımına bakıldığında bitkiler %30 (TAT kullanıcıları arasında %50), Diyet %21,7 (TAT kullanıcıları arasında %36,1), mega vitamin %18 (TAT kullanıcıları arasında %30) ile ilk üç sırada yer almaktadır.

*Sosyo-Demografik Özellikler ve TAT kullanımı:* Araştırmaya katılan cevaplayıcıların %51,3'ü kadın, %48,7'si erkektir. Yaşları 17–73 arasında değişen cevaplayıcıların %34,5'i 29 yaş ve altı, %46,6'sı 30–50 yaş ve %18,9'u 51 yaş ve üstü grupta yer almaktadır. %55,3'ü kent, %19,7'si kasaba, %25,0 köy kökenlidir. %65,1'i lise ve üstü, %11,0 ortaokul, %21,4'ü ilköğretim görmüştür. Cevaplayıcıların %2,5'nin diploması bulunmadığı gözlenmiştir. Aylık hane gelirinin dağılımına bakıldığında cevaplayıcıların %27,3'ü 500 ve altı, %49,2'si 501–1000, %17,3'ü 1001–1500, %6,0'ı 1501–2000, %3,8'i 2001 ve üstü YTL aylık hane geliri bulunmaktadır. %58,3'ü ev dışında gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. %61,3 evli, %30,3'ü bekâr, %8,3 dul/boşanmış olan cevaplayıcıların %77,3'ü anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek ailelerde; %16,7'si iki evli kuşağın beraber yaşadığı geniş ailelerde, %6,0'ı ise parçalanmış çekirdek, parçalanmış geniş ailelerde ya da tek başına yaşamaktadır.

Bulgulara göre genel TAT yöntemleri kullanımının sosyo-demografik özelliklerle anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir. Ancak, bitkilerin kullanımının ayrı değerlendirildiği hesaplamalara göre cevaplayıcılar arasında bitkilerin ilaç olarak kullanımında doğum yeri büyüklükleri  $X^2(2)=9.62$ ,  $p \leq 0.01$  ve aile tipleriyle  $X^2(2)=7.70$ ,  $p \leq 0.05$  anlamlı biçimde ilişkili olduğu gözlenmiştir (bk. Tablo–1). Köyde doğanların %20'si, kasabada doğanların %22'si, kent merkezinde doğanların ise %37,3'ünün bitkileri ilaç olarak kullandığı gözlenmiştir. Kırdan kente doğru doğum yeri büyüklüğü arttıkça bitkisel ilaç kullanımı da artmaktadır.

Bitkilerin ilaç olarak kullanımında anlamlı ilişki gösteren ikinci bulgu cevaplayıcıların içinde yaşadıkları aile tipleridir. İki evli kuşağın bir arada bulunduğu geniş ailelerde yaşayan cevaplayıcıların %46'sı, parçalanmış geniş ya da parçalanmış çekirdek ailelerde yaşayanların %33,3'ü, çekirdek ailelerde yaşayanların %26,3'ü bitkileri ilaç olarak kullanmaktadır. Geniş ailelerde bitkilerin ilaç olarak kullanımı diğer aile tiplerine göre daha yaygındır.

*Sağlık Durumu, Sağlık Hizmetleri ve TAT Kullanımı:* Cevaplayıcıların büyük çoğunluğu (%92,7) kendisi, eşi ya da anne-babası yoluyla sağlık hizmetleriyle ilgili harcamalarında maliyet açısından kendilerine avantaj sağlayacak sağlık karnesi bulunmakta ve gerektiğinde doktora (%91,7) gitmektedir. Cevaplayıcıların ve ailelerindeki diğer bireylerin sağlık durumları incelendiğinde, %20,7'sinin kendisinin, %32,3'ünde ise aile bireylerinin son bir yıl içinde ciddi bir sağlık sorunu yaşadığı gözlenmiştir. Hasta olan aile bireylerinin %43,8'ini anne-babalar, %24,0'ünü eşler, %18,8'ini çocuklar, %13,4'ünü diğer akrabalar oluşturmaktadır. %7,7'sinin ailesinde ise fiziksel/zihinsel/yaşlılığa bağlı özürü birey ya da psikiyatri hastası bulunmaktadır.

Cevaplayıcıların %35,5'inin şikâyetinin şeker, yüksek tansiyon, kolesterol, romatizma gibi sık görülen hastalıklar, %8,1'nin jinekolojik hastalıklar, %8,1'nin ruh ve sinir hastalıkları, %6,5'nin üst solunum yolları ve bağırsak enfeksiyonları, %1,6'sının ise kanser türleri olduğu gözlenmiştir. Diğer kategorisinde yer alan hastalık türlerinin dağılımı %40,3'dür. %63,5'ünün hastalığının devam ettiği, %22,2'sinin ise hastalığının kısmen iyileştiği gözlenmiştir.

Aile bireyleri arasında yaşanan ciddi sağlık sorunlarının dağılımına bakıldığında %25,0'mın şeker, tansiyon, kolesterol, romatizma, %14,1'inin kanser türleri, %12,0'sinin üst solunum yolları ve bağırsak enfeksiyonları, %2,2'sinin jinekolojik hastalıklar, %2,2'sinin ruh ve sinir hastalıklarıyla ilgili sorunlar yaşadıkları gözlenmiştir. Diğer kategorisinde yer alan hastalık türlerinin dağılımı %44,6'dır. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi örneklemin seçildiği evren olan Eskişehir kent merkezinde bulaşıcı cinsel hastalıklar görüldüğü halde, bu hastalıklara örnekleme rastlanmadığı için araştırmada geçerlilik sorunu yaşamamak amacıyla hastalık türlerinin TAT kullanımıyla ilişkisi bu çalışmada incelenmeyecektir.

Sağlık durumlarının TAT kullanımıyla ilişkisi incelendiğinde, bitkilerin dâhil edildiği genel TAT yöntemlerinin kullanımıyla gerektiği durumlarda doktora giderek tıbbi yardım almak arasında  $X^2(1)=6.54$ ,  $p \leq 0,05$ , bitkilerle tedavinin de sağlık karnesinin bulunmasıyla  $X^2(1)=6.81$ ,  $p \leq 0,01$  ve cevaplayıcının son 1 yıl içinde yaşadığı ciddi sağlık sorunlarıyla  $X^2(1)=7.16$ ,  $p \leq 0,01$  anlamlı ilişkisi olduğu gözlenmiştir (bk. Tablo–2). Doktora gidenlerin %62,2'si, gitmeyenlerin %36'sının genel olarak TAT yöntemleri kullandığı görülmüştür. Gerektiğinde medikal bakım alanların yarıdan fazlası genel TAT yöntemlerini de kullanmaktadır.



Diğer taraftan sağlık karnesi olanların %28,1'i, olmayanların %54,5'i bitkileri ilaç olarak kullanmaktadır. Ayrıca cevaplayıcılardan son 1 yıl içinde ciddi bir hastalık yaşayanların %16,1'inin, yaşamayanların %33,6'sının bitkileri ilaç olarak kullandıkları gözlenmiştir. Son 1 yıl içinde ciddi bir sağlık sorunu olmayan cevaplayıcılar olanlardan daha fazla oranda bitkileri ilaç olarak kullanmaktadır. Ciddi sağlık sorunu yaşayan cevaplayıcıların hastalıklarının durumunun genel TAT yöntemlerinin kullanımı ve bitkilerin ilaç olarak kullanımıyla anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir.

Bulgulara göre aile bireyleri arasında son 1 yıl içinde ciddi bir sağlık sorunu yaşayan bireylerin olması  $X^2(1)=3.86$ ,  $p \leq .05$ , ve hasta aile bireyinin kimliğinin  $X^2(3)=8.92$ ,  $p \leq .05$  bitkilerin dâhil edildiği genel TAT kullanımıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğu gözlenmiştir (bk.Tablo-2). Ailesinde son 1 yıl içinde ciddi sağlık sorunu yaşayan birey bulunan cevaplayıcıların %68'i, böyle bireyler bulunmayan cevaplayıcıların %56,2'si genel olarak TAT yöntemleri kullanmaktadır. Ailede genel TAT yöntemlerini kullanan bireylerin kimliği araştırıldığında, çocuğu hasta olan cevaplayıcıların %77,8'si, eşleri hasta olanların %60,9'u, anne-babaları hasta olanların %59,5'inin genel TAT yöntemleri kullandığı gözlenmiştir. Aile bireyinin hastalığının durumu ve aile bireyleri arasında özürlü ya da psikiyatri hastası bireylerin bulunmasının bitkilerin de dâhil olduğu genel TAT yöntemlerinin kullanımıyla anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir.

Bitkilerle tedavide ailede son 1 yıl içinde ciddi sağlık sorunu yaşayanların kimliği  $X^2(3)=7.82$ ,  $p \leq .05$  kullanım düzeyi ile anlamlı biçimde ilişkidir (bk.Tablo-2). Çocukları hasta olanların %44'ü, anne-babaları hasta olanların %38,1'i, eşleri hasta olanların ise %8,7'si bitkileri ilaç olarak tedavi amaçlı kullandıkları gözlenmiştir.

**Sağlık Hizmetleri ve TAT Kullanımı:** Cevaplayıcıların yaşadıkları yerlerdeki sağlık hizmetlerinin yeterliliğiyle ilgili olarak  $\frac{3}{4}$ 'ünün (%76,7) yaşadıkları yere yakın tam teşekküllü bir sağlık merkezinin bulunduğu ve  $\frac{2}{3}$ 'ünün (%62,7) yaşadıkları yere yakın sağlık merkezlerinde yeterli sayıda uzman doktor bulunduğu gözlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik açısından değerlendirildiğinde ise cevaplayıcıların  $\frac{3}{4}$ 'ünün doktor muayenesi (%75,3),  $\frac{2}{3}$ 'ünün randevu almak için (%65,7) sıra beklemek zorunda kaldığını ve yarısından fazlasının (%58,3) soru sorabilmek için doktor bulamadığı gözlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin maliyeti ve sağlık karnesinin sağlık hizmetleri için kapsamı değerlendirildiğinde, cevaplayıcıların %61,3'nün sağlık hizmetleri için ödenen para miktarının makul düzeyde olmadığını, %59'u ise sağlık karnesinin kapsamının sağlık hizmetleri için yeterli olmadığını belirtmiştir.

Elde edilen bulgulara göre sağlık hizmetlerinin yeterliliğinde cevaplayıcıların yaşadıkları yerin yakınında tam teşekküllü bir sağlık merkezinin bulunmasıyla, bitkiler dâhil genel TAT yöntemleri kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır  $X^2(2)=7.72$ ,  $p \leq 0.05$  (bk. Tablo-2). Yaşadıkları yere yakın tam teşekküllü sağlık merkezi bulunmayanların %60,8'i bitkilerin de dâhil olduğu genel TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Tam teşekküllü sağlık merkezinin varlığının bitkilerin ilaç olarak kullanılması üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı gözlenmiştir. Diğer taraftan yaşanan yere yakın sağlık merkezinde yeterli sayıda uzman doktor bulunmasının genel TAT yöntemleri kullanımı ve bitkilerin kullanımında anlamlı bir değişime neden olmadığı gözlenmiştir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği açısından doktor muayenesi için  $X^2(2)=10.96$ ,  $p \leq 0.01$ , randevu almak için  $X^2(2)=10.98$ ,  $p \leq 0.01$  sıra beklemek zorunda kalmak ve soru sorabilmek için doktor bulabilmekle  $X^2(2)=11.66$ ,  $p \leq 0.01$  bitkilerin hesaplamaya dâhil edildiği genel TAT yöntemleri kullanımıyla anlamlı bir ilişki oluşturduğu gözlenmiştir (bk. Tablo-2). Doktor muayenesi için sıra beklemek zorunda kalanların %61,1'i, randevu için sıra beklemek zorunda kalanların %58,4'ü, soru sormak için doktor bulamayanların %60,6'sı genel TAT yöntemi kullanıcıdır.

Bitkilerle tedavinin sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği açısından yalnızca doktor muayenesi için sıra beklemek zorunda kalınmasıyla anlamlı bir ilişki içinde bulunduğu gözlenmiştir  $X^2(2)=6.18$ ,  $p \leq 0.05$  (bk. Tablo-2). Doktor muayenesi için sıra beklemek zorunda kaldıklarını söyleyenlerin %33,6'sı bitkilerle tedavi yöntemini kullanırken bu oran sıra beklemek zorunda kalmayanlar arasında %20,3'tür.

Sunulan sağlık hizmetlerinin maliyet  $X^2(2)=6.98$ ,  $p \leq 0.05$  ve kapsamının  $X^2(2)=6.85$ ,  $p \leq 0.05$  genel TAT yöntemlerinin kullanımıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğu gözlenmiştir (bk. Tablo-2). Sağlık hizmetleri için ödenen para miktarının makul düzeyde olmadığını söyleyen cevaplayıcıların %58,2'si, sağlık karnesinin kapsamının sağlık hizmetleri için yeterli olmadığını söyleyenlerin %59,3'ü bitkilerin de dâhil olduğu genel TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bitkilerle tedavinin maliyet ve kapsamla anlamlı ilişkisi gözlenmemiştir.

## 5. Sonuç

Türkiye'de yapılan çalışmalarda TAT kullanımında farklılık yaratan sosyo-demografik özellikler Ceylan vd.,'nin (2002) araştırma bulgularına göre köy kökenli olmak, düşük eğitim seviyesi ve geniş aile yapısı olarak ortaya çıkarken, Akyürek vd.'e (2005) göre düşük sosyo-ekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesi etkili olmaktadır. Tan vd.,'in (2004) araştırma bulgularında ise TAT kullanımında farklılık yaratacak sosyo-demografik özelliklere rastlanmamaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular genel TAT kullanımıyla sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişkiyi desteklememektedir.

Diğer taraftan, bitkilerin ilaç olarak kullanımını tek başına değerlendirildiğinde, cevaplayıcıların doğum yeri büyüklükleriyle, içinde yaşadıkları aile tiplerinin etkili olduğu gözlenmiştir. Kırdan kente doğru doğum yeri büyüklüğü arttıkça bitkilerin tedavi amaçlı, ilaç olarak kullanımını da artmaktadır. Ayrıca bitkilerin ilaç olarak kullanımının en sık olarak görüldüğü geniş aile tipinin kırsal kesimin baskın aile tipi olduğu varsayılırsa, tedavi amaçlı kullanılan bitkilerin yetiştiği ve toplandığı kırsal alandan kente göçle birlikte, geniş aile içinde yer alan yaşlı kuşağın bitkilerle tedavi bilgisini kente taşıdıkları ve aile içi ilişkilerle bu bilgileri kuşaktan kuşağa aktardıkları düşünülebilir. Bununla beraber kent ortamının, bitkilerle tedavi bilgisinin medya, internet ve kitaplar yoluyla yaygınlaşmasına katkıda bulunduğu ve tüketime yönelik yaşam tarzının ilaç olarak kullanılan bitkilerin elde edilmesini kolaylaştırdığı da dikkate alınmalıdır.

Bulguların düşündürdüğü bir başka sonuç ise genel TAT yöntemlerinin ve bitkilerin cevaplayıcılar açısından modern tıbbın alternatifi değil, tamamlayıcı tıp olarak algılandığı ve özellikle bitkilerin sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayamayacak olanlar için geçici bir çözüm olarak kullanıldığıdır Özbek vd., (2003: 189). Hastaların %24,6'sı medikal tedavi yanında alternatif tedavi de kullandıklarını belirtmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular söz konusu gözlemi desteklemekle birlikte, gerektiğinde medikal bakım alan hastaların yarısından fazlasının genel TAT yöntemlerini de kullanıyor olmaları, onların medikal bakım dışında kalan yöntemleri alternatif olarak değil, tamamlayıcı olarak algılandığının bir göstergesi olabilir. Diğer taraftan sağlık karnesi bulunmayanların yarısından fazlasının bitkileri tedavi amaçlı kullanması, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayabilecek durumda olmayanlar için medikal bakımla uyumlu ama daha ucuz bir çözüm yolu olarak kabul edildiği de düşünülebilir.

Cevaplayıcıların sağlık durumu değerlendirildiğinde son 1 yıl içinde ciddi sağlık sorunları yaşayanların yaşamayanlardan daha az oranda bitkileri ilaç olarak kullandıkları görülmüştür. Bu durum ciddi sağlık sorunu yaşayan cevaplayıcıların medikal bakıma öncelik tanıdıkları ama bitkileri de destekleyici ve medikal bakımla uyumlu bir yol olarak algıladıkları biçiminde yorumlanabilir. Ciddi sağlık sorunu yaşamayanların bitkileri ilaç olarak daha fazla kullanmalarının nedeni diğer faktörler de dikkate alınarak şu şekilde açıklanabilir:

Ailesinde son 1 yıl içinde ciddi sağlık sorunu yaşayan birey bulunan cevaplayıcıların hem genel TAT yöntemlerini hem de bitkileri daha fazla kullandığı gözlenmiştir. Bulgular incelendiğinde hasta aile bireyleri için kullanılan genel TAT yöntemlerinde ve bitkilerde çocuklar ön plana çıkmaktadır. Bu durum son 1 yıl içinde ciddi sağlık sorunu yaşamadığı halde bitkileri ilaç olarak kullandığını belirten cevaplayıcıların hasta olan çocuklarına kullandırdıkları bitkileri de düşünerek soruyu cevapladıkları, bu nedenle oranın yüksek çıktığını düşündürmektedir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin, ulaşılabilirliğinin, maliyet ve kapsamının genel TAT yöntemleri kullanımı üzerindeki etkisi incelendiğinde, cevaplayıcılar açısından yaşadıkları yerlere yakın tam teşekküllü sağlık merkezinin bulunmaması, muayene ve randevu için sıra beklemek zorunda kalınması, danışabilecek doktor bulunmaması, sağlık hizmetleri için talep edilen ücretin ve sağlık karnesinin kapsamının yetersizliğinin genel TAT yöntemlerinin kullanımını artırıcı faktörler olduğu gözlenmiştir. Bitkilerin ilaç olarak kullanımında ise yalnızca doktor muayenesi için sıra beklemek zorunda kalmanın kullanımını artırdığı gözlenmiştir. Bu durum bitkilerin doktor muayenesi öncesinde hastalığın belirtilerini gidermek amacıyla kullanabileceğini düşündürmektedir. Bu düşüncenin doğruluğunun test edilebilmesi için bitkilerle tedavi konusunda tutum ve davranışları inceleyen bir araştırmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak genel TAT yöntemlerinin kullanımını artıran başlıca faktörler sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliği, ulaşılabilirliği, maliyet ve kapsamı olarak ortaya çıkarken; bitkilerin ilaç olarak kullanımında bazı sosyo-demografik özellikler, cevaplayıcıların ve aile bireylerinin sağlık durumu ön plana çıkmaktadır. Bitkilerin ilaç olarak kullanılmasının genel TAT kullanıcıları arasındaki oranı dikkate alındığında, söz konusu sosyo-demografik değişkenler ve sağlık durumu dışında da yüksek oranda kullanıldığı gözlenmiştir. İnsan yaşamındaki yiyecek ve içecek maddesi olarak kullanılan bitkilerin yeri nedeniyle diğer TAT yöntemlerinden farklı bir yere sahip olduğu varsayılsa, ilaç olarak kullanılan bitkilerin de ‘zararsız’, hatta ‘sağlık için yararlı’ olabileceği düşünülerek yüksek oranda kullanıldığı düşünülebilir. Bundan dolayı, TAT kullanımıyla ilgili araştırmalarda bitkilerin kullanımının diğer TAT yöntemlerinden ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Tablo: 1**  
**Sosyo-Demografik Özellikler ve TAT Kullanımı**  
**n=300**

	TAT Kullanımı (Genel)			TAT Kullanımı (Bitkiler hariç)			Bitkilerin İlaç Olarak Kullanılması		
	X <sup>2</sup>	sd	p	X <sup>2</sup>	sd	p	X <sup>2</sup>	sd	p
Cinsiyet	1,17	1	>.05	0,30	1	>.05	0,91	1	>.05
Yaş	1,88	2	>.05	4,48	2	>.05	4,70	2	>.05
Doğum Yeri Büyüklüğü	3,68	2	>.05	1,69	2	>.05	<b>9,62</b>	<b>2</b>	<b>≤.01**</b>
Eğitim Durumu	7,74	4	>.05	<b>9,66</b>	<b>4</b>	<b>≤.05*</b>	7,13	4	>.05
Aylık Hane Geliri*	0,31	4	>.05	1,69	4	>.05	1,23	4	>.05
İş Durumu	0,91	1	>.05	0,99	1	>.05	0,80	1	>.05
Medeni Durum	0,02	2	>.05	0,36	2	>.05	1,22	2	>.05
Aile Tipi	1,66	2	>.05	0,08	2	>.05	<b>7,70</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>

\* $\alpha=.05$  için anlamlıdır.

\*\*  $\alpha=.01$  için anlamlıdır.

**Tablo: 2**  
**Sağlık Durumu, Sağlık Hizmetleri ve TAT Kullanımı**  
**n=300**

	TAT Kullanımı (Genel)			TAT Kullanımı (Bitkiler hariç)			Bitkilerin İlaç Olarak Kullanılması		
	X <sup>2</sup>	sd	P	X <sup>2</sup>	sd	p	X <sup>2</sup>	sd	p
Sağlık Karnesi Var mı?	1,60	1	>.05	1,39	1	>.05	<b>6,81</b>	<b>1</b>	<b>≤.01**</b>
Doktora Gider mi?	<b>6,54</b>	<b>1</b>	<b>≤.05*</b>	3,16	1	>.05	2,54	1	>.05
<b>Cevaplayıcının Sağlık Durumu</b>									
Son 1 yıl içinde ciddi hastalık geçirdi mi?	0,27	1	>.05	0,80	1	>.05	<b>7,16</b>	<b>1</b>	<b>≤.01**</b>
Hastalığın Durumu	3,41	2	>.05	3,53	2	>.05	0,52	2	>.05
<i>Ailenin Sağlık Durumu</i>									
Ailede son 1 yıl içinde ciddi hastalık geçiren var mı?	<b>3,86</b>	<b>1</b>	<b>≤.05*</b>	<b>4,51</b>	<b>1</b>	<b>≤.05*</b>	0,05	1	>.05
Kim?	<b>8,92</b>	<b>3</b>	<b>≤.05*</b>	<b>12,52</b>	<b>3</b>	<b>≤.01**</b>	<b>7,82</b>	<b>3</b>	<b>≤.05*</b>
Hastalığın Durumu	1,69	2	>.05	1,19	2	>.05	1,71	2	>.05
Ailenizde fiziksel/zihinsel/ yaşlılığa bağlı özürli birey ya da psikiyatri hastası var mı?	3,64	1	>.05	<b>6,38</b>	<b>1</b>	<b>≤.05*</b>	2,15	1	>.05
<b>Yeterlilik</b>									
Yaşadığım yerin yakınında tam teşekküllü bir sağlık merkezi var	<b>7,72</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	5,60	2	>.05	1,27	2	>.05
Yaşadığım yerin yakınındaki sağlık merkezinde yeterli sayıda uzman doktor var	4,83	2	>.05	3,67	2	>.05	0,30	2	>.05
<b>Ulaşılabilirlik</b>									
Doktor muayenesi için sıra beklemek zorunda kalmıyorum	<b>10,96</b>	<b>2</b>	<b>≤.01**</b>	<b>8,04</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	<b>6,18</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>
Randevu almak için beklemek zorunda kalmıyorum	<b>10,98</b>	<b>2</b>	<b>≤.01**</b>	<b>7,87</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	2,79	2	>.05
Soru sorabilmek için doktor bulabiliyorum	<b>11,66</b>	<b>2</b>	<b>≤.01**</b>	<b>7,89</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	4,18	2	>.05
<b>Maliyet ve Kapsam</b>									
Sağlık hizmetleri için ödenen para miktarı makul düzeyde	<b>6,98</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	<b>8,78</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	0,59	2	>.05
Sağlık karnesinin kapsamı sağlık hizmetleri için yeterli	<b>6,85</b>	<b>2</b>	<b>≤.05*</b>	<b>4,70</b>	<b>2</b>	>.05	0,21	2	>.05

\* $\alpha=.05$  için anlamlıdır.

\*\*  $\alpha=.01$  için anlamlıdır.

### Kaynakça

- Adip, S.M. (2004), "From the biomedical model to the Islamic alternative: a brief overview of medical practices in the contemporary Arab world", *Social Science & Medicine*, 58(4), 697–702.
- Ai, A., Bolling, S.F. (2002), "The Use of Complementary and Alternative Therapies Among Middle-Aged and Older Cardiac Patients", *American Journal of Medical Quarterly*, 17(1), 21–27.
- Akyürek, S., Önal, C. & Kurtman, C. (2005), "Akciğer Kanserli Hastalarda Alternatif Tedavi Kullanımı", *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 15(2), 73–77.
- Astin, J.A., Shapiro, S.L., Lee, R.A., Shapiro, D.H. (1999), "The Construct of Control in Mind-Body Medicine-Implications for Health-Care", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(2), 42–47.
- Boswell, B.B., Knight, S., Hamer, M., Machesney, J. (2001), "Disability And Spirituality- A Reciprocal Relationship With Implications For The Rehabilitation Process", *Journal Of Rehabilitation*, 67(4), 20–25.
- Callaghan, F.V., Jordan, N. (2003), "Postmodern values, attitudes and the use of complementary medicine", *Complementary Therapies in Medicine*, 11(1), 28–32.
- Ceylan, S., Hamzaoğlu, O., Kömürçü, S., Beyan, C. & Yalçın, A. (2002), "Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish Cancer Patients", *Complementary Therapies in Medicine*, 10(2), 94–99.
- Craig, C., Weinert, C., Walton, J. & Derwinski-Robinson, B. (2006), "Spirituality and Chronic Illness, and Rural Life", *Journal of Holistic Nursing*, 24 (1), 27–35.
- Çetingöz, R., Tanrıverdi, Y., Ataman-Uruk, Ö. & Kınay, M. (2000), "Kanserli Hastalarda Tıp Dışı Tedavi Yöntemlerinin Araştırılması", *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 245–249.
- Dole, C. (2004), "In the Shadows of Medicine and Modernity: Medical Integration and Secular Histories of Religious Healing in Turkey", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 28(3), 255–280.
- Duggan, J., Peterson, W.S., Schutz, M., Khuder, S., Charkraborty, J. (2001), "Use of Complementary an Alternative Therapies in HIV Infected Patients", *AIDS Patient Care And STDS*, 15(3), 159–167.
- Eastwood, H. (2000), "Why Are Australian GPS Using Alternative Medicine- Postmodernisation, Consumerism And The Shift Towards Holistic Health", *Journal Of Sociology*, 36(2), 133–156.

- Furnham, A. (1994), "Explaining Health And Illness-Lay Perceptions On Current And Future Health, The Causes Of Illness, And The Nature Of Recovery", *Social Science & Medicine*, 39(5), 715–725.
- Furnham, A., Forey, J. (1994), "The Attitudes, Behaviors And Beliefs Of Patients Of Conventional Vs. Complementary (Alternative) Medicine" *Journal of Clinical Psychology*, 50(3), 458–469.
- Furnham, A., Kirkcaldy, B. (1996), "The Health Beliefs And Behaviors Of Orthodox And Complementary Medicine Clients", *British Journal Of Clinical Psychology*, 35(FEB), 49–61.
- Güleç, H., Yavuz, A., Topbaş, M., Ak, İ. & Kaygusuz, E. (2006), "Psikiyatri Hastalarında Tıp dışı Çare Arama Davranışı", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 36–44.
- Haley, K.C., Koenig, H.G., Bruchett, B.M. (2001), "Relationship Between Private Religious Activity And Physical Functioning In Older Adults", *Journal Of Religion And Health*, 40(2), 305–312.
- Hsieh, M., Kagle, J.D. (1991), "Understanding Patient Satisfaction and Dissatisfaction with Health Care", *Health and Social Work*, 16 (4), 281–290.
- Kaptchuk, T.J., Eisenberg, D.M. (1998), "The Persuasive Appeal Of Alternative Medicine", *Annals Of Internal Medicine*, 129(12), 1061–1065.
- Kelly, K.M., Jacobson, J.S., Kennedy, D.D., Braudt, S.M., Mallick, M., Weiner, M.A. (2000), "Use of Unconventional Therapies by Children with Cancer at an Urban Medical-Center", *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 22(5), 412–416.
- Kersnik, J. (2000), "Predictive Characteristics Of Users Of Alternative Medicine", *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 130(11), 390–394.
- Krastins, M., Ristinen, E., Cimino, J.A., Mamtani, R. (1998), "Use Of Alternative Therapies By A Low-Income Population", *Acupuncture & Electro-Therapeutics Research*, 23(2), 135–142.
- Kroesen, K., Baldwin, C.M., Brooks, A.J., Bell, I.R. (2002), " US Military Veterans Perceptions of the Conventional Medical-Care System and Their Use of Complementary and Alternative Medicine", *Family Practice*, 19(1), 57–64.
- Leonard, K.L. (2003), "African traditional healers and outcome-contingent contracts in health care", *Journal of Development Economics*, 71: 1–22.
- Mccoll, M.A., Bickenbach, J., Johnson, J., Nishihama, S., Schumaker, M., Smith, K., Smith, M., Yealland, B. (2000), "Changes In Spritual Beliefs After Traumatic Disability", *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 81(6), 817–823.
- McCurdy, E.A., Spangler, J.G., Wofford, M.M., Chauvenet, A.R. & McLean, T.W. (2003), "Religiosity is associated with the use of complementary medical therapies by pediatric oncology patients", *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 25(2), 125–129.

- Moschen, R., Kemmler, G., Schweigkofler, H., Holzner, B., Dunser, M., Richter, R., Felischhacker, W.W., Spernerunterweger, B. (2001), "Use of Alternative/Complementary Therapy in Breast-Cancer Patients-A Psychological Perspective", *Supportive Care in Cancer*, 9(4), 267–274.
- Nilmanat, K. & Street, A. (2004), "Search for a cure: narratives of Thai family caregivers living with a person with AIDS", *Social Science & Medicine*, 59: 1003–1010.
- Ong, C.K., Peterson, S., Bodeker, G.C., Stewartbrown, S. (2002), "Health-Status of People Using Complementary and Alternative Medical Practitioner Services in 4 English Countries", *American Journal of Public Health*, 92(10), 1653–1656.
- Özbek, Ö., Özşenel, F., Oysul, K., Beyzadeoğlu, M., Pak, Y., (2003), "Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal yöndem değerlendirmesi", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 23(3), 189–194.
- Pearce, M & Singer, J.L. (2006), "Religious Coping among caregivers of Terminally Ill Cancer Patients", *Journal of Health Psychology*, 11(5), 743–759.
- Raguram, R., Venkaseswaran, A., Ramakrishna, J. Weiss, M.G. (2002), "Traditional Community Resources For Mental-Health-A Report Of Temple Healing From India", *British Medical Journal*, 325(7354), 38–40.
- Rayner, L., Easthope, G. (2001), "Postmodernm Consumption And Alternative Medications", *Journal Of Sociology*, 37(2), 157–176.
- Roy, R (1999), "Religious commitment and its interaction with scientific professions: a low-church real-science, critique of 'science' and 'spirituality'", *Technology in Society*, 21(4), 417–425.
- Siapush, M. (1999), "Why Do People Favor Alternative Medicine", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(3), 266–271.
- Sirois, F.M. & Gick, M.L. (2002), "An Investigation of the Health Beliefs and Motivations of Complementary Medicine Clients", *Social Science & Medicine*, 55(6), 1025–1037.
- Sjoberg, L. & Afwahlberg, A. (2002), "Risk Perception And New-Age Beliefs", *Risk Analysis*, 22(4), 751–764.
- Söllner, W., Maislinger, S., Devries, A., Steixner, E., Rumpold, G., Lukas, P. (2000), "Use of Complementary and Alternative Medicine by Cancer-Patients Is Not Associated with Perceived Distress or Poor Compliance with Standard Treatment But with Active Coping Behavior-A Survey", *Cancer*, 89(4), 873–880.
- Stambolovic, V. (1996), "Medical Heresy-The View Of A Heretic", *Social Science & Medicine*, 43(5), 601–604.
- Tan, M., Uzun, O. & Akçay, F., (2004), Trends in Complementary and Alternative Medicine in Eastern Turkey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(5), 861–865.



- Tokem, Y. (2006), "Astımlı Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı", *Tüberküloz ve Toraks*, 54(2), 189–196.
- Wein, S. (2000), "Cancer, Unproved Therapies, and Magic", *Oncology-New York*, 14(9), 1345–1350.
- White, M & Verhoef, M (2006), "Cancer as part of the journey: The role of Spirituality in the decision to decline conventional prostate cancer treatment and to use complementary and alternative medicine", *Integrative Cancer Therapies*, 5(2), 117–122.
- Wiles, J. & Rosenberg, M.W. (2001), "Gentle Caring Experience-Seeking Alternative Health-Care In Canada", *Health & Place*, 7(3), 209–224.
- Wootton, J.C.& Sparber, A. (2001), "Surveys of Complementary and Alternative Medicine-Part III-Use of Alternative and Complementary Therapies for HIV/AIDS", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7(4), 371–377.

