



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AYDIN İLİ MERKEZ ECZANELERİNDE
REÇETESİZ SATILAN ALTERNATİF TIP
İLAÇLARINDAN SATIN ALAN KİŞİLERİN
BEKLENTİLERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİNE
YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Aysen AKCAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AYDIN İLİ MERKEZ ECZANELERİNDE
REÇETESİZ SATILAN ALTERNATİF TIP
İLAÇLARINDAN SATIN ALAN KİŞİLERİN
BEKLENTİLERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİNE
YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ayşen AKCAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Serpil DEMİRAG

AYDIN-2015

TEŞEKKÜR

Hekimlik mesleğinin öğrenilmesinde ara kademelerden biri olan asistanlık eğitimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimin ayrıntılarını öğrenmek ve hastalarımı zarar vermeden faydalı olmak için önümde aşmam gereken birçok engel olduğunun farkında olarak;

Uzmanlık eğitimi boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, yanında çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, Prof. Dr. Serpil Demirağ'a ve bölümümüzdeki diğer hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan zevk aldığım hemşire hanıma ve asistan arkadaşlarıma; Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan annem ve babama, Her konuda bana yardımcı olan eşim Salih Akcan'a, beni sabırla bekleyen çocuklarım Mustafa Necati ve Ertuğrul'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aysen AKCAN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Tarihçe	6
2.2. Bitkisel tedaviler	7
2.3. Hukuki boyut	8
2.4. Türkiye’de eczacılık	9
2.4.1. Eczacılık Tarihi	9
2.4.2. İlaç nedir?	10
2.4.3. Eczanelerde uygulama.....	11
2.4.3.1. Reçeteli ilaçlar	12
2.4.3.2. OTC (Over The Counter-Tezgâh Üstü İlaçlar).....	12
2.4.3.3. BTC (Behind The Counter-Tezgâh Arkası Ürünler).....	14
2.4.4. Ülkemizde İlaç kullanımı	14
2.4.5. Ülkemizde İlaç Piyasası.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Çalışma Tasarımı.....	16
3.2. Veri Toplama Formu	14
3.3. İzinler.....	17
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	17
4. BULGULAR	18
4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	18
4.2. Katılımcıların eczaneden aldıkları ürünün özellikleri	21
4.3. Katılımcıların İlaç Kullanımı.....	28

4.4. Katılımcıların Sağlık Arayışları	31
4.5. Katılımcıların TAT (Tamamlayıcı-Alternatif Tıp) Tercihleri	36
4.6. Katılımcıların Çocuklarında TAT Tercihleri.....	38
4.7. Katılımcıların Diyet Destekleme Tutumları	40
4.8. Katılımcıların Eczaneden Aldıkları	44
4.9. Katılımcılarımızın Modern Tıbbi Tedavilerle Karşılaştırıldığında Bitkisel Tedavi Yöntemleri İle İlgili Düşünceleri.....	47
4.9.1. “Bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır”	47
4.9.2. “Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavileri destekleyebilir”	48
4.9.3. “Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilir”	50
4.9.4. “Bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunması kolaydır”	52
4.9.5. ” Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim”	53
4.9.6. “Sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum”	55
4.9.7. “Bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylık”	56
4.9.8. “Bitkisel tedavi yöntemlerini doğru bulmuyorum”	58
4.9.9. Modern tıptan fayda görmeyenler bitkisel tedavi yöntemlerini kullanabilir	59
4.9.10. “Bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum”	61
4.10. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ve İlişkili Durumlar	62
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. Sosyodemografik Veriler ve OTC	70
5.2. Sosyodemografik Veriler ve TAT	74
5.3. Obezite, OTC Ve TAT	80
6. SONUÇ	82
7. ÖZET/İNGİLİZCE ÖZET.....	85
8. KAYNAKLAR.....	87
9. EKLER	96

TABLO DİZİNİ

TabloIV.I. Katılımcıların demografik özellikleri.....	20
Tablo IV.II. Sosyodemografik özelliklere göre OTC alımı.....	22
Tablo IV.III. Hayatı boyunca bir bitkisel ilaç kullananların OTC alma durumu.....	23
Tablo IV.IV. Gittiği hekimin önerisine göre OTC alma durumu.....	23
Tablo IV.V. Katılımcıların kendi sağlık durumu ile ilgili düşünceleri.....	24
Tablo IV.VI. Katılımcıların yaş grubuna göre kendi sağlık durumları ile ilgili düşünceleri.....	24
Tablo IV.VII. Cinsiyete göre alkol kullanımı.....	25
Tablo IV.VIII. Katılımcıların kronik hastalıkları.....	25
Tablo IV.IX. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalığın olma durumu.....	27
Tablo IV.X. Katılımcıların sürekli kullandıkları ilaçlar.....	28
Tablo IV.XI. Sosyodemografik özelliklere göre doktorun verdiği ilacın önerilen miktar ve süre kullanımı.....	30
Tablo IV.XII. Katılımcıların hastalandıklarında tutumlar.....	31
Tablo IV.XIII. Sosyodemografik özelliklere göre hayatı boyunca bir bitkisel ilaç ya da tedavi alma durumu.....	33
Tablo IV.XIV. Sosyodemografik özelliklere göre şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma durumu.....	35
Tablo IV.XV. Katılımcıların TAT tercihleri.....	36
Tablo IV.XVI. Sosyodemografik özelliklere göre modern tıp dışı yöntemlerden bitkisel tedavileri tercih etme durumu.....	37
Tablo IV.XVII. Sosyodemografik özelliklere göre çocuk sahibi olanların son bir yılda çocuğuna tıp dışı yöntem uygulaması durumu.....	39
Tablo IV.XVIII. Sosyodemografik özelliklere göre çocuk sahibi olanların çocuğunun diyetini destekleme durumu.....	41

Tablo IV.XIX. Sosyodemografik özelliklere göre kendi diyetini destekleme durumu.....	43
Tablo IV.XX. Katılımcıların kendi diyetinde bulunan besin takviyeleri.....	44
Tablo IV.XXI. Katılımcıların eczaneyi o günkü ziyaretlerinde aldıkları ürün türü.....	45
Tablo IV.XXII Katılımcıların aldıkları ürünün bilgisini kimden aldığı.....	45
Tablo IV.XXIII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır” düşüncesinde olma durumu.....	48
Tablo IV.XXIV. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavileri destekleyebilir” düşüncesinde olma durumu.....	50
Tablo IV.XXV. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilir” düşüncesinde olma durumu.....	51
Tablo IV.XXVI. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunması kolay” düşüncesinde olma durumu.....	53
Tablo IV.XXVII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavileri kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” düşüncesinde olma durumu.....	54
Tablo IV.XXVIII. Sosyodemografik özelliklere göre “sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” düşüncesinde olma durumu.....	56
Tablo IV.XXIX. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylıktır” düşüncesinde olma durumu.....	57
Tablo IV.XXX. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavileri doğru bulmuyorum” düşüncesinde olma durumu.....	59
Tablo IV.XXXI. Sosyodemografik özelliklere göre “modern tıptan fayda görmeyen bitkisel tedavileri kullanabilir” düşüncesinde olma durumu.....	60
Tablo IV.XXXII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum” düşüncesinde olma durumu.....	62
Tablo IV.XXXIII. Sosyodemografik özelliklere göre beden kitle indeksi.....	64
Tablo IV.XXXIV. Beden kitle indeksine göre sürekli kullandığı ilaç varlığı.....	65
Tablo IV.XXXV. Beden kitle indeksi ile hipertansiyon ilişkisi.....	65

Tablo IV.XXXVI. Beden kitle indeksi ile şeker hastalığı ilişkisi.....	66
Tablo IV.XXXVII. Beden kitle indeksi ile kolesterol yüksekliği ilişkisi.....	66
Tablo IV.XXXVIII. Beden kitle indeksi ile astım ilişkisi.....	67
Tablo IV.XXXIX. Beden kitle indeksi ve hayatı boyunca bir bitkisel tedavi alma durumu.....	67
Tablo IV.XXXX. Beden kitle indeksi ve bilinen tıbbi yöntem dışı bir tedavi kullanma durumu.....	68
Tablo IV.XXXXI. Çocuk sahibi olanların beden kitle indeksine göre çocuklarının diyetini desteklemek için bir besin kullanma durumu.....	68

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
NCCAM	: <i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
USG	: Ultrasonografi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
CAM	: Complementary and Alternative Medicine
NIH	: The US Government National Institutes for Health)
M.Ö	: Milattan önce
M.S	: Milattan sonra
OTC	: Over The Counter-Tezgâh üstü
BTC	: Behind The Counter-Tezgâh Arkası Ürünler
AB	: Avrupa birliği
IMS	: Institute of Mathematical Statistics
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
BKİ	: Beden kitle indeksi
TURDEP II	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Özgeçmiş.....	96
Ek-2: Veri Toplama Formu.....	98
Ek-3: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni.....	104
Ek-4: 21. Bölge Aydın Eczacı Odası izni.....	105

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

Tedavi amaçlı olarak Çin bitki tıbbi, İsa'dan önce 770 yılından beri kullanılmaktadır (1). Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının başlangıcı Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanır (2). Günümüzde kullanılan modern ilaçlardan önce bitkiler tedavi edici ve hastalıklardan koruyucu olarak kullanılmaktaydı. Bitkilerin insanlar tarafından besin kaynağı ve hastalıkları iyileştirme gibi farklı amaçlarla kullanımına ait izler, Orta Paleolitik Çağ olan 60 bin yıl öncesine ait fosillerde görülmüştür. İnsanlar deneme-yanılma-izleme yöntemi ile hangi bitkinin hangi hastalığa iyi geldiğini saptayarak zamanla yaşadıkları bölgelerde kültür oluşturmuşlardır (3). Tedavi için kullanılan bitkilerin sayısı eski çağlardan bu yana artış göstermektedir(3). Kimya biliminin 19. yüzyılın başında ilerlemeye başlaması ile bazı bitkilerden saf etkili bileşikler de elde edilip ilaç olarak kullanılmaya başlanmıştır (4).

Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan tüm bu uygulamaları sınıflamak için bir takım çalışmalar yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Geleneksel Tıp (Traditional Medicine) yani TM ile, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı (CAM) birbirinden ayırmak için TM/CAM kısaltmasını kullanmaktadır (2). Alternatif tıp, geleneksel tıptan farklı olarak bazı uygulamaları da içerir. Tanım yapmak gerekirse "iyileştirmeye yönelik olan ama geleneksel tıp içerisinde tanımlanmamış olan tüm uygulamalar alternatif tedavilerdir" (5). Destekleyici tedavilerin tanımı ise hekimin önerdiği geleneksel tedaviye ek olarak tamamlayıcı (complementary) amaçla uygulanan diğer tedavileri ifade eder (5).

Dünyanın birçok değişik kültüründen kaynaklanan, çok geniş bir uygulama alanına sahip olan TM/CAM'a halk tarafından gittikçe artan şekilde sahip çıkılması, bu konudaki bakış açısını da değiştirmiştir. Örneğin, Amerikan Hükümeti Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH-The US Government National Institutes for Health) 1998 yılında, araştırmalar yapmak ve TM/CAM konusunda rehberlik etmek için "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi"ni (NCCAM –The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine) kurmuştur. NCCAM, TM/CAM olarak sınıflandırılan birçok değişik alan ve uygulama türlerini anlamak için bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir (6). Buna göre bu uygulamalar 5 ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar:

- I. Zihin-beden tıbbı
- II. Alternatif tıp Sistemleri
- III. Biyolojiye dayalı tedaviler
- IV. Manipülatif ve bedene Dayalı Sistemler
- V. Enerji terapileri (2)

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT) yetişkinler tarafından oldukça fazla kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerle yapılan çalışmada, son bir yıl süresince tamamlayıcı tedavilerden en az birini kullanmış olan bireylerin oranı 1990 yılında %33,8 iken bu oranın 1997 yılında %42,1'e yükseldiği saptanmıştır. Yapılan gözden geçirme çalışmasında; yetişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımının %9-65 arasında değiştiği ve kullanım oranının yıllara göre giderek arttığı görülmüştür (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1998 yılında yapılan bir çalışmada bitkisel ilaçlara, 5 milyar dolar, dünya genelinde ise 50 milyar dolar harcandığı bildirilmiştir. ABD'de CAM (Complementary and Alternative Medicine) hekimlerine yıllık hasta başvuru sayısı 600 milyon olarak belirtilirken bu tedavilere 27 milyar dolar harcandığı bildirilmektedir (6).

Aydın ilinde 2008 yılında yapılan bir çalışmada da katılımcıların %58'i bir önceki yılda en az bir kez TAT yöntemi kullanmıştı. Bitkisel tıp yöntemini tercih edenler %55,4 iken son bir yılda çocukları için en az bir TAT yöntemi uygulayanların oranı ise %26,7 idi (8).

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda astımlı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda TAT kullanım oranı %86,3 olarak bildirilirken sadece astımlılarda bu oran %63 olarak saptanmıştır (9-10). Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda uygulanan bir çalışmada ise TAT kullanımını %25,2' dir ve bu hastaların %78,3'ü bunu tam bir iyileşme umuduyla kullandıklarını ifade etmişlerdir (11). Bir başka çalışmada ise ailelerin, çocukları hastalandığında hekime gitmeden önce TAT kullanımını tercih etme oranı %38 olarak saptanmıştır (12). Diyabet hastalarının %41 'i TAT kullandığını ifade etmiştir (13).

Yaygın değişken immün yetmezlikli hastalarda yapılan bir anket çalışmasında, hastaların TAT kullanma oranı %83,7 olarak saptanırken bu grubun sadece %11'i TAT kullandıkları konusunda doktorunu bilgilendirmiş ve TAT kullananların %50'si bu tedavilerden yarar gördüklerini ifade etmişlerdir (14). Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere TAT uygulamaları, insanımız tarafından oldukça ilgi görmekte ve faydasına inanılmaktadır. Bunun yanı sıra kullandıkları yöntemler hakkında da hekimine bilgi vermemektedir (14). Ayrıca, tüm dünyada da TAT kullanımının yaygın olduğu, bölgesel değişikliklere uğradığı ve TAT kullanım sıklığının %10-80 arasında değiştiği tespit edilmiştir (6,15-18).

Yapılan alışmaları ayrıntılı incelediğimizde, çoğunlukla TAT uygulamalarından biyolojiye dayalı tedavilerin ön plana çıktığını görüyoruz. Reçete gerektirmemesi, kolay ulaşılabilir olması, doğal ve zararsız olduğuna inanılması tercih edilme nedenleri arasında olabilir (19). Ülkemizde son zamanlarda yazılı ve görsel basında oldukça geniş yer alan bitki kökleri, ekstreleri, çekirdekleri pek çok hastalığa iyi geldiği iddialarıyla sunulmaktadır ve 1980'li yıllarda zakkum ile başlayan bu süreç gittikçe tehlikeli olmaya başlamıştır (20). Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı ile Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı yetkilileri, süpermarketlerde ve aktarlarda satılan bitkisel ilaçların, tüketiciye yeterli ve doğru bilgilerle ulaşmadığı, satış noktalarında veya reklamlarda yanlış bilgilendirmeler olduğu ve sonuçta tüketicinin sağlığını tehdit eden durumlarla karşılaşıldığı sonucuna varmıştır (20). Böylece, bitki kökenli ilaçların ruhsatlandırılması, Tarım Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (21).

Türkiye'de yaklaşık 850 aile hekimliği uzmanı veya asistanının üye olduğu internet sitesi üzerinden yapılan ve 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada, hekimlerin %55,3'ü hastalarının bitkisel ürünler hakkında bilgi istediğini ve sadece %28,2'sinin anamnez alırken ve reçete yazarken hastalarına bitkisel ürün kullanıp kullanmadıklarını sorduklarını belirtmişlerdir (22). Hekimlerin %36,9'u bitkisel ürünlere karşı olduklarını, %27,2'si ise karşı olma sebebinin "bitkisel ürünlerle tedavinin kanıta dayalı olmadığı ve bu konuda yeterince bilimsel çalışmanın yapılmaması", %21,8'i de "bu konuda yasal düzenlemenin yetersiz olması" nı belirtmişlerdir (22).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ise hekimler ve hemşireler arasında yapılan bir araştırmada; hekimlerin %72'sinin, hemşirelerin ise %89'unun bitkisel ürün kullandığı ve hekimlerin %51'inin, hemşirelerin ise %59'unun bu ürünleri düzenli olarak kullandığı

gösterilmiştir (22). Amerika Birleşik Devletleri'nde 50-75 yaş grubunda olan 45748 kişi arasında yapılan bir çalışmaya göre, ileri yaşta olanlar daha genç yaştakilere nazaran, kadınlar erkeklere göre, öğrenim durumu yüksek olanlar düşük gruba kıyasla ve normal BKİ değerine sahip olanlar diğerlerine oranla daha fazla bitkisel ürün/besin takviyesi kullanmaktadır (23).

Bitkisel ürünlerle tedavinin oldukça fazla kullanımı nedeniyle hekimlerin bu ürünlerin klinik etkileri, yan etkileri, dozları ve ilaç-bitkisel ürün etkileşimi konusunda dikkatli olmaları ve hastaları da bilgilendirmeleri gerekir (22). Bununla birlikte çoğu tıp fakültesinin müfredatında bitkisel tedavilerin etki ve yan etkilerine yönelik bir eğitim yoktur ve hekimler bu uygulamalar hakkında görüş bildirmekte zorlanmaktadır (24). Üstelik bitkisel ilaçlar sanıldığı gibi yan etkilerinden tamamen arınmış değildir. Dünya Sağlık Örgütü 16000'nin üzerinde şüpheli bitkisel ilaç yan etki vakası rapor etmiştir (25). En sık bildirilen yan etkiler; hipertansiyon, hepatit, yüz ödemi, anjiyo ödem, konvülsiyonlar, trombositopeni, dermatit ve ölümdür (25).

Bu denli tehlikeli olabilen bitkisel ürünlerin kontrolsüz bir biçimde satılması ve bilinçsiz kullanılmasının artması üzerine Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'un bazı maddelerinde, geleneksel bitkisel tıbbi ürünlerin sadece eczanelerde satılabilmesi için düzenleme yapmıştır (26). Buna göre, eczacılar ve eczaneler hakkında yönetmelik birinci bölüm, madde 4, g ve ğ bentlerinde geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ile gıda takviyeleri açık bir şekilde belirtilmiş, bunların eczanelerde bulundurulabileceği kanunda ifade edilmiştir (27).

Ülkemizde 2005 yılında Avrupa Birliği Uyum Yasaları çerçevesinde yapılan bir takım düzenlemelerde çıkartılan “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” (17 Şubat 2005) ile reçeteli ürün kriterleri tanımlanmış, bu kriterler dışında kalan ürünlerin “reçetesiz” olarak satılabileceği karara bağlanmıştır (26).

Bu noktalardan hareketle, ülkemizde yapılan tüm bu düzenlemelerin sonunda, ilimizde halkımızın tutum ve inanışlarını belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada, halkın reçetesiz ilaç tercihleri, alternatif tıp ilaçlarına yönelimleri, beklentileri ve aile hekimleri olarak bizlerin bu konuda neler yapabileceğine dair bir fikre sahip olabilmemiz amaçlanmıştır. Bilindiği kadarıyla, ülkemizde daha önce böyle bir çalışma

yapılmamıştır. Bu çalışmamızda, Aydın ili merkez eczanelerine başvuran ve reçetesiz ilaç satın almak isteyen halkımızdan gönüllü olanlara bir anket uygulayarak;

1. Aydın ili merkez eczanelerine reçetesiz ilaç almak için başvuran kişilerin sosyodemografik özellikleri ile kullandıkları ürünler arasında bir ilişkinin olup olmadığının değerlendirilmesi,

2. Aydın ili merkez eczanelerine reçetesiz ilaç almak için başvuran kişilerin daha çok hangi tür ilaçları, ne amaçla ve ne oranda aldıklarının değerlendirilmesi,

3. Aydın ili merkez eczanelerine reçetesiz ilaç almak için başvuran kişilerin TAT hakkında ne düşündüklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Eski çağlarda geleneksel iyileştiriciler ve şamanların görev yaptığı toplumlarda, bitkisel tedavilerin kullanımı tıbbın bir parçası olarak görülmekteydi (2).

Kuzey Irak'ta Şanidar Mağarası'nda 1957-1961 yılları arasında yapılan kazılarda bulunan Neandertal insan kalıntıları yanında mezarda bulunanlar, bitki-insan ilişkisinin başlangıcına ait ilk veri olarak kabul edilir (28). 60 bin yıl öncesinden günümüze gelen ve bir şamana ait olduğu düşünülen bu mezarda, civanperçemi, kanarya otu, mor sümbül, gül hatmi, peygamber çiçeği ve efedra gibi bitki türlerinin bulunduğu tespit edilmiştir (28). Bu bitkilerin ölen kişinin tekrar yaşama döndüğünde kullanacağı düşüncesiyle mezara konulduğu tahmin edilmiştir. Yenenler ve şifalı olanlar diye ayrılmış olabilir. Zira bu bitkiler günümüzde de şifalı bitki olarak kullanılmaktadır (29-30).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanır (2). Homeopati, osteopati, şiröpaksi gibi uygulamalar ise 19.yy'da gelişmiştir (2). Bitkilerin tıbbi kullanımları hakkında bilgiler içeren Eski Çin yazıları ve Mısır papirüslerinin M.Ö. 3000'li yıllara kadar uzandığı bilinmektedir (31).

M.Ö. 2500 yıllarında Hint tıbbının önemli temsilcilerinden Rig Veda, eserlerinde 1000'e yakın şifalı bitkiden bahsetmiştir (32). Aynı kaynakta Yunan tıbbının önemli isimlerinden Eskulap ve modern tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat, kitaplarında 400'e yakın şifalı bitki bilgisi vermiştir. İslam uygarlığı döneminde ise Ebu Reyhan Kitab-al Saydalafi al Tıp adlı eserinde 20'ye yakın bitkisel ilaç görmekteyiz. İbn-i Sina ve Al Gafini'nin hazırladığı ve içerisinde 800 kadar bitkisel ve hayvansal ilacın bulunduğu "Tıp Kanunu" adlı eser 1650'li yıllara kadar referans kitap olarak kabul edilmiştir (32).

Kimya biliminin 19. Yüzyılda gelişmesi ile bazı bitkilerden saf etkili bileşikler elde edilmiş ve ilaç olarak kullanılmaya başlanmıştır. 1803-1804'de Derosne ve Seguin ile 1805'de Fredrich Sertürner tarafından izole edilen morfin ve 1868 yılında Nativelle tarafından elde edilen digitalin, bitkisel kaynaklı ilaç etken maddesi olarak kullanılan ilk bileşiklerdir (4)

Almanya’da 1978 yılında oluşturulan Komisyon E (German Federal Institute for Drugs and Medical Devices), 300 bitkinin klinik etkilerini değerlendirmiş ve bir rapor hazırlamıştır. Bu rapor sonraki yıllarda genişletilerek bitkisel tedavilerde standardizasyon sağlanmaya çalışılmıştır (33).

Özellikle batı toplumlarında son 30 yılda bitkisel ürünler ve bunların kullanımının çok fazla ilgi çektiği, Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika’da yaşayan insanların yaklaşık %50’sinin TAT metotlarından birini kullandıkları, bu metotlar içinde de en çok kullanılan bitkisel ürünler olduğu açıklanmıştır (33).

2.2. Bitkisel tedaviler

Tıbbi bitkilerle tedavi “ anlamına gelen “Fitoterapi” terimi ilk kez Fransız hekim Henri Leclerc (1870-1955) tarafından 1939 yılında ‘La Presse Médical’ adlı dergide kullanılmıştır (34). Dünyanın tüm bitkilerinin yaklaşık 750000-1000000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu bitki türlerinden yaklaşık 20000’inin tıbbî amaçlarla kullanıldığını, Türkiye’de yetişmekte olan 9000 kadar bitki türünden ise ancak 500 kadarının tedavide kullanıldığı bildirilmektedir. Kodekslere kayıtlı bitki sayısı ise 140 kadar olmakla birlikte üretimleri diğer kültür bitkilerine kıyasla çok sınırlı sahalarda yapılmaktadır (35).

Bitkisel ilaç tanımını Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2000 yılında şu şekilde vermektedir: “Bitkilerin kök, yaprak, çiçek, kabuk, tohum gibi kısımları veya bu kısımlardan hazırlanan ekstraler (sulu veya alkollü) ya da bitkilerden bir işlem sonucu elde edilen materyaller (uçucu yağ, sabit yağ, reçine, oleoresin, balsam)”. Bitkilerden kimyasal işlemlerle elde edilen saf bileşikler bu tanımın dışındadır. Atropin, morfin, kodein, kinidin, kafein veya efedrin gibi bitkisel kaynaklı (bir kısmı artık sentez yoluyla elde ediliyor) saf bileşenleri taşıyan formülasyonlar bitkisel ilaç olarak değerlendirilmemektedir. Bitkisel ilaç olarak değerlendirilenler; bitki parçaları, ham ya da saflaştırılmış ekstraler ile hazırlanan ilaçlardır (36).

Hastalıkların tedavisi veya hastalıklardan korunmak amacıyla kullanılan bitkiler hakkında WHO, geri kalmış ve gelişmekte olan toplumların sağlık ihtiyaçlarının %80’ini bu şekilde karşıladıklarını ve 21000 civarındaki bitki türünün de bu amaçla kullanıldığını

belirtmiştir. Ayrıca 2000’li yılların başından bu yana gıda desteği olarak da tanımlanan geniş bir ürün yelpazesini de içine alacak şekilde genişleyen bitkisel ürünlerin ticaret hacminin 2017 yılında 107 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (33).

Bunların yansira WHO 2004 yılında yayınladığı raporunda, bitkisel ürün ticareti yapılan birçok ülkede yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını, bu ürünlerin kalite kontrol, etkililik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmadığını ve bunun da halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturabileceğini ifade etmektedir (37).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 2012 RxMediapharma taranmış ve bu taramalara dayanarak, Türkiye’deki eczanelerde Sağlık Bakanlığı ruhsatlı 44 tane bitkisel ilaç olduğu saptanmıştır. Bu ilaçların bir kısmı eşdeğer ilaç kapsamındadır. Eczanelerde eşdeğer ilaçları bulunan ilk sıradaki bitkisel ilaçlar Ginkgo biloba ekstresi (5 tane) ve Passiflora incarnata ekstresi (5 tane) içeren preparatlar olmuştur (38).

Tamamlayıcı Alternatif Tıp uygulamalarında bitkisel yöntemlerin yaygın olarak tercih edildiği ülkemizde bunların denetimi de sorun teşkil etmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda, bitki kökenli ilaçların ruhsatlandırılması, 2010’da Tarım Bakanlığı’ndan Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir (21).

2.3. Hukuki boyut

Sağlık Bakanlığı’nın bitkisel ilaç politikası kesinti ve dalgalanmalar gösterdiği için 1987 yılından itibaren, bu ürünleri ithal etmek isteyenler Tarım Bakanlığı’na başvurmuş ve gıda desteği şeklinde izin alarak bu ürünleri (Ginseng, Ginkgo Biloba, vb.) piyasaya sürmüşlerdir. Bu, çok sayıda bitkisel zayıflama çayı ve bitkisel ilaçlar için de kullanılmıştır. Tarım Bakanlığı izin verme işini, Türk Gıda Kodeksi çıktıktan sonra daha yoğun bir şekilde yapmaya başlamıştır (39).

Sağlık Bakanlığı 27 Nisan 1996 tarihinde yayınladığı bir yönetmelik ile reçetesiz olarak satılmasına izin verilen ilaçların topluma yönelik tanıtımlarına izin vermişti (40). Böylece artan talep üzerine, eczanelerde satılması gereken birçok ürün, eczane dışında aktar ve benzeri dükkânlarda, süpermarketlerde, zincir mağazaların dükkânlarında satılmaya başlamıştı (39). Bunun üzerine Türk Eczacıları Birliği’nin başvurusu sonucu açılan davada Danıştay yürütmeyi durdurma kararı almış ve Beşeri Tıbbi Ürünler Tanıtım

Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik, 23 Ekim 2003 tarih ve 25268 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (41).

Bitkisel ürünlerin kontrolsüz bir biçimde satılması ve bilinçsiz kullanılmasının artması üzerine de, Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'un bazı maddelerinde, geleneksel bitkisel tıbbi ürünlerin sadece eczanelerden satılabilmesi için düzenleme yapmıştır (26). Buna göre, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik birinci bölüm, madde 4, g) *Geleneksel bitkisel tıbbi ürün*: Bileşiminde yer alan tıbbi bitkilerin başvuru tarihinden önce Türkiye'de veya Avrupa Birliği üye ülkelerinde en az on beş yıldır, diğer ülkelerde ise otuz yıldır kullanılmakta olduğu bibliyografik olarak kanıtlanmış; terkip ve kullanım amaçları itibarıyla, hekimin teşhis için denetimi ya da reçetesi ya da tedavi takibi olmaksızın kullanılması tasarlanmış ve amaçlanmış olan, geleneksel tıbbi ürünlere uygun özel endikasyonları bulunan, sadece spesifik olarak belirlenmiş doz ve pozolojiye uygun özel uygulamaları olan, oral, haricen uygulanan veya inhalasyon yoluyla kullanılan ürünleri, ğ) *Gıda takviyeleri*: Normal beslenmeyi takviye etmek amacıyla vitamin, mineral, protein, karbonhidrat, lif, yağ asidi, aminoasit gibi besin öğelerinin veya bunların dışında besleyici veya fizyolojik etkileri bulunan bitki, bitkisel ve hayvansal kaynaklı maddeler, biyoaktif maddeler ve benzeri maddelerin konsantre veya ekstraktlarının tek başına veya karışımlarının kapsül, tablet, pastil, tek kullanımlık toz paket, sıvı ampul, damlalıklı şişe ve diğer benzeri sıvı veya toz formlarda hazırlanarak günlük alım dozu belirlenmiş ürünleri “ eczanelerinde bulundurabilecekleri kanunda ifade edilmiştir (27).

2.4. Türkiye’de Eczacılık

2.4.1. Eczacılık Tarihi

İlaçlarla ilgili ilk bilgilere Milattan önce 3000 yıllarına ait Sümer tabletlerinde rastlanmıştır; M.Ö. 1500 yıllarına ait Mısır papirüslerinde de ilaç yapımı konusunda ayrıntılı bilgi olduğu görülmüştür (42).

Anadolu’da ilk eczane Selçuklu döneminde kurulan hastanelerde açılmıştır. Bunların ilki de Kılıç Arslanın kızı Gevher Nesibe Sultan’ın vasiyeti üzerine, 1206 yılında Kayseri’de yapılmış olan Gevser Nesibe Sultan Şifahanesi’nde bulunmaktadır. İstanbul’da

halen çalışmakta olan en eski eczane, 1757 yılında Bahçekapı semtinde açılmış olan "İki kapılı eczahane"dir. İki kapılı eczane halen Taksim, Talimhane semtinde bulunmaktadır (43).

İlk eczacılık nizamnamesi, 2 Şubat 1861 tarihinde yürürlüğe giren "Belediye ispençiyarlık sanatının icrasına dair nizamname"dir (Reglement sur l'exercice de la pharmacie civile) (42). Böylece, o güne kadar belli yazılı kuralları olmayan eczacıların çalışmaları bir düzen dahilinde yapılmıştır. Bu nizamname ile eczacılık bağımsız bir sanat ve meslek olarak kabul edilmiştir (42).

İlk Türkçe kodeks (Dustur-ül-Edviye), Mekteb-i Mülkiye, Fenni ispençiyari muallimi Dr. Binbaşı Hüseyin Bey tarafından 1866 tarihinde yazılmıştır. Fransız kodeksi "Pharmacopée Française" nin Türkçe'ye çevirisidir (42).

Osmanlı döneminde halkın ilaç gereksinimleri hekimler ya da aktarlar tarafından hazırlanan karışımlar ile karşılanıyordu. 1868 yılında İstanbul'da 45 eczaneye karşılık 2000 aktar bulunması, aktarların halk sağlığındaki önemini belirleyen bir göstergedir (44).

2.4.2. İlaç nedir?

İlaç, bilimsel tanımı itibarıyla vücuda belirli bir dozda madde verilmesidir ve bu dozun kişinin yaşına, kilosuna göre ayarlanması gerekmektedir (45).

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Kitabında Prof. Dr. Nevin Vural'ın belirttiği gibi, Rönesans devri bilginlerinden olan Paracelsus (M.S. 1493-1541), bilim ve felsefe arasında yer alan bir ekolün temsilcisiydi ve o zamanki birçok görüşleri bugünkü toksikoloji disiplininin konularına girmektedir (46). "Bütün maddeler zehirdir, zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Zehirle devayı (ilacı) birbirinden ayıran onun dozudur" şeklindeki görüşü ile ilk kez biyolojik etkide doz-cevap ilişkisinin önemini vurgulamıştır (46).

Paracelsus'un belirttiği gibi "uygun dozda verilmez ise zehir olur" (46). İlaç zehirlenmelerinin %80'i 5 yaşından küçük çocuklarda görülmektedir. Genel tabloya bakarsak zehirlenme vakalarının %80-85'i kaza ile, %15-20'si ise intihar girişimine bağlı olarak oluşmuştur (47).

Ulusal Zehir Danışma Merkezi 2008 yılı verilerine göre 54000 zehirlenme başvurusunun %68'i ilaçlarla zehirlenme olup, bunların en başında da ağrı kesiciler, antidepresanlar ve sedatif hipnotikler bulunmaktadır (48).

2.4.3. Eczanelerde uygulama

Dünyada ve Türkiye'deki ilaç ve ilaç dışı ürünler pazarı, eczanelerden ve eczane olmayan perakende satış noktalarından bireylere ulaştırılan ürünlerden oluşan bir yapıya sahiptir. Bu ürünlerin farklı tasnif biçimleri bulunmaktadır. Ülkemizde geri ödeme kapsamında olan reçeteli ve reçetesiz ilaçlar, geri ödeme kapsamında olmayan reçeteli ve reçetesiz ilaçlar (OTC) ve parafarmasötikler (farmasötik olmayan ürünler) şeklinde oluşturulmuştur (26).

Biz bu çalışmamızda İngiltere modeliyle eczanede satılan ilaçları üç kategoride inceleyeceğiz (26).

- Reçeteli ilaçlar,
- Hastanın kendisinin eczaneden ya da başka bir yerden temin edebileceği ilaçlar (OTC) (reçetesiz ilaçlar)
- Sadece eczacı tarafından verilebilen ilaçlar (BTC)

Daha önce de belirttiğimiz gibi, reçetesiz ilaç konusu, Türkiye'nin AB ile tam üyelik müzakereleri çerçevesinde gündeme gelmiştir. Bu kapsamda çıkartılan “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” (17 Şubat 2005) ile reçeteli ürün kriterleri tanımlanmış, bu kriterler dışında kalan ürünlerin “reçetesiz” olarak satılabileceği karara bağlanmıştır (27).

Yapılan değişikliklerle Avrupa ülkelerindekilere benzer ilaç satışında nispeten ılımlı uygulamalara geçilmesi büyük sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Amerika'da ve diğer ülkelerde ortaya çıkan OTC ve reçeteli ilaç arasındaki BTC kategorisi bu tedirginliğin sonucudur (26).

2.4.3.1. Reçeteli İlaçlar

Reçeteye tabi olma kriterleri (27):

a) Doğru kullanılsalar bile, tıbbi gözetim altında kullanılmadıklarında doğrudan veya dolaylı şekilde sağlık açısından tehlike oluşturmaları,

b) Sıklıkla ve yaygın olarak yanlış kullanılmaları ve bunun sonucunda insan sağlığı için doğrudan veya dolaylı şekilde tehlike oluşturmaları,

c) İçerdiği madde veya formülasyonun hazırlanması açısından aktivitesi ve/veya advers etkilerinin daha fazla araştırma yapmayı gerektirmesi,

d) Normalde parenteral olarak tatbik edilmeleri

2.4.3.2. OTC (Over The Counter: Tezgah üstü İlaçlar)

OTC; “tezgâh üstü” anlamında olup, OTC İlaçlar günlük hayatta sıkça rastlanan basit rahatsızlıkların giderilmesi için, hekim müdahalesi olmaksızın, gerektiğinde sadece eczacının tavsiyesiyle kullanılmasında tıbbi sakınca olmayan, kısa bir süre kullanılmak üzere, güvenli ve belirtilen endikasyonlar için etkili oldukları kabul edilmiş ilaçlardır (49).

OTC'nin özellikleri:

a) Antiseptikler,

b) Analjezikler ve Antipiretikler,

c) Vitamin ve Mineral Suplemanları,

d) Antasit ve Gastrointestinal İlaçlar (Laksatifler, İshal Kesiciler ve Antihelmentikler),

e) Antitüssifler,

f) Antihistaminikler,

g) Burun Tıkanıklığı Gidericiler,

h) Deri ve Lokal İlaçlar,

ı) Hemoroid Bileşimleri,

i) Antifungal İlaçlar.

Bir ilacın OTC olabilmesi için; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında hazırlamış olduğu “Kendi Kendine İlaçla Tedavide Kullanılan Tıbbi Ürünlerin Düzenlenmesi İçin Rehber” uyarınca üç özelliği barındırması gerekir (50):

1. Aktif madde: Zehirleyiciliği düşük olmalı,

2. Kullanım amacı: Kullanım amacı kendi kendine ilaçla tedavi için uygun olmalıdır. Ürünün kullanımı, teşhisi ve tıbbi dikkat gerektiren bir durumun tedavisini boş yere geciktirmemelidir,

3. Ürün özellikleri: ilaç tedavisinin izlenmesi için doktor gözetimi gerektirmemeli, belirgin oranda bağımlılık ve zarar riski teşkil etmemeli,

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre 2003 yılı toplam OTC ürün piyasası tüketici fiyatlarıyla yaklaşık 1,1 milyar dolardır. Saha çalışması sırasında edinilen bilgilere dayalı olarak, toplam OTC pazarının yaklaşık %42'sinin cepten ödemeler yoluyla; geriye kalan %58'nin ise kamu sektörü tarafından karşılandığı tahmin edilmiştir. Yapılan hesaplamalarla kamu sektörünün toplam net payının tüketici fiyatlarıyla 484 milyon dolar olduğu tespit edilmiştir (51).

Türkiye'de önümüzdeki 5 yıl içerisinde eczane satışlarında OTC ürünlerinin payının artması öngörülmektedir. Cegeдем 2011 stratejik verilerine göre; 501 baz eczane cirosunun % 18'inin OTC (reçetesiz) ürünlerinden geldiğini ifade etmiş, gelecek 5 yıl içerisinde ise cirolarının % 27'sinin OTC ürünlerinden geleceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (52).

Dünyada yapılan çalışmalarda ise, 2006 yılı IMS (Institute of Mathematical Statistics) verilerine göre OTC piyasasının toplam ilaç piyasası içindeki payı 54 milyon Euro'ya ulaşmıştır (26). Bu OTC piyasası içinde en çok büyüyenler Latin Amerika ve Güney Asya Ülkeleri, Japonya, Rusya ve Çin'dir. Avrupa'daki büyümenin nedeni Orta ve

Doğu Avrupa ülkeleridir; Almanya ve Fransa'da sıkı kontrol ve düzenlemeler devam etmektedir. Kişi başına düşen OTC harcamasında ise Rusya ve Ukrayna gibi ülkelerin yüksek bir potansiyel içerdiği de görülmektedir (26).

2.4.3.3. BTC (Behind The Counter-Tezgah Arkası Ürünler)

Tezgah arkası ürünler (BTC), OTC ve reçeteli ilaç arasında bulunan ara bir kategoridir ve sadece eczacıya danışıldıktan ve kimlik tespiti yapıldıktan sonra alınabilecek ilaçlardır. Uygulamanın amacı, bazı ilaçlara reçetesiz erişimi engellemek ve eczacıların ilaçların yanlış kullanımını engellenmesindeki görevinin sürdürülmesini sağlamaktır (53).

Gelişmiş ülkelerde bir ilaç BTC olmadan OTC olamamaktadır. Örneğin etkili bir dekonjestan olan pseudoefedrinin metamfetamin üretiminde kullanıldığı tespit edildikten sonra (metamfetaminin hafıza kaybı, agresyon, şiddet, paranoya, halisünasyon ve potansiyel kalp ve beyin hasarına neden olduğu bilinmektedir) bu ilaç pek çok ülkede BTC kategorisine geçirilmiştir (26). Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), özellikle çocuklar ve gençleri kapsayacak şekilde, tezgâh üstünde satılan ve OTC olarak sınıflandırılmış ilaçların kişiye verilmesi için 18 yaşın üzerinde olmaları, yoksa bu ilaçları sadece eczacı danışmanlığında alabileceklerine dair yeni bir düzenleme yapmış ve bu düzenleme Ağustos 2006'da uygulamaya konmuştur (54). Bir başka örnek, doğum kontrolü için kullanılan ertesi gün hapları üreticisi çoğu firmanın ülke çapında OTC'ye geçmeyi istemesine karşın, bu istek FDA tarafından uygun görülmemiş ve bu ilaçların sadece eczaneden, eczacı danışmanlığında alınabileceği karara bağlanmıştır (26). İngiltere, Kanada ve Avustralya'da BTC ("sadece eczacı tarafından verilebilir") resmi bir sınıflandırma olarak kullanılmaktadır (26).

2.4.4. Ülkemizde İlaç kullanımı

Bir ilacın seçilmesi ve reçete edilmesinde hekimlerin, etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet olmak üzere dört temel kriteri dikkate aldığı varsayılmaktadır (55).

Reçetesiz bir ilaç etkin ve güvenilir olduğunu kanıtlaya ve maliyet etkili olsa da, bu ilacın hekim veya eczacı denetiminde verilmediğinde, bunların bilinmesi mümkün değildir. Üstelik toplumumuzun ilaç kullanım alışkanlığı temel sorunlarımızdan biridir. Örneğin bir araştırmaya göre birçok hasta bakteri ve virüs arasındaki farkı anlamamakta ve

antibiyotiklerin her ikisine karşı da etkili olduğunu düşünmektedir (26). Aynı çalışma, katılanların %36,1'inin antibiyotiklerin ateş düşürdüğüne inandığını, antibiyotiklerin ağrıyı, halsizliği ve yorgunluğu azalttığına inandıklarını göstermiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), gereksiz ilaç kullanımını önlemek amacıyla bölgesel olarak elde bulunan ve kullanılmayan ilaçların belirlenmesi için bir araştırma yaptırmış olup araştırma için 2013'te ülke genelinde 26 ilde 10 bin 20 hane ile görüşmeler yapıldığı belirtilerek Türkiye genelinde yaklaşık 120 milyon kutu ilaç bulunduğu tahmin edilmiştir. Araştırmada, evde bulundurulan ortalama ilaç sayısının 6,6 kutu olduğu ve hanelerin %8'inde 15 kutudan fazla ilaç bulunduğu tespit edilmiştir. Hanelerdeki ilaçların %5,6'sının son kullanma tarihlerinin geçmiş olduğu halde evde tutulmaya devam edildiği görülmüştür. Buna göre yaklaşık 7 milyon kutu ilacın son kullanma tarihinin geçtiğine dikkat çekilmiştir (56).

2.4.5. Ülkemizde İlaç Piyasası

Kamu harcamalarının %18'i sağlık harcamalarıdır. Türkiye'de tüm ilaç harcamalarının yaklaşık %80'i kamu tarafından karşılamaktadır. Bu rakam, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın 1 Ekim 2008'de yürürlüğe girmesi ile birlikte daha da artmıştır. Türkiye ilaç pazarı, 2008 yılında yaklaşık 13 milyar dolar olup, sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı göreceli olarak yüksektir. Ancak, kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamalarına bakıldığında, diğer OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkelerine kıyasla, Türkiye sağlık ve ilaç harcamalarında geridedir (26).

İlaçların reçeteli ya da reçetesiz olarak sınıflandırılması, onların geri ödeme listesindeki yerlerinden ayrı olarak düşünülmelidir. Minör rahatsızlıklar denilen belirli hastalıklar, ilaca ulaşamadığı durumlarda ölümcül olabilmektedir. Örneğin TÜİK verilerine göre vitaminsizlik nedeniyle 2005 yılında 62 kişi hayatını kaybetmiştir. Aynı yıl grip nedeniyle ölenlerin sayısı 4'tür (57).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma tasarımı

Çalışma, kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Eczacılık Şubesi'nden Aydın merkezde bulunan eczanelerin sayısı 101 olarak tespit edildi. Rastgele örneklem yöntemiyle çalışmaya alınacak eczane 15 olarak belirlendi. Evren, Aydın il merkezi 18 yaş üstü nüfusu olarak belirlendi. Örneklem büyüklüğü, EPI INFO STATCALC istatistik programında beklenen prevalans %50 (p %50), tip 1 alfa hata payı 0,05 alınarak %95 güven aralığında 842 olarak tespit edildi. Çalışmaya başlamadan önce, Aydın Eczacılar Odası Başkanlığı'ndan ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı. Araştırmamız, gönüllülük esasına dayanan bir anket çalışması olarak planlandı. Bu amaçla, hazırlanan anket formu, 1 Eylül 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, Aydın Eczacılar Odası Başkanlığı'nın kayıtlarından rastgele örneklemele tespit edilmiş olan eczanelere başvuran ve reçetesiz satılan bitkisel ilaç kullanan kişilere, yüz yüze görüşme yöntemi ile anketörler tarafından dolduruldu. Anketörün ziyareti sırasında eczaneye gelen ve çalışmayı kabul eden 18 yaş üstü 851 kişi çalışmaya alındı. 18 yaş altı olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme dışlama kriterleri olarak kabul edildi. Kişiler çalışma hakkında bilgilendirildi. Gönüllülük esasıyla yapılan çalışmamızda ayrıca aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Gönüllülerin araştırmadan çıkarılma kriterleri olarak da, çalışma sırasında kendi isteği ile çalışmadan ayrılmayı istemesi olarak tanımlandı.

3.2. Veri Toplama Formu

Veri toplama formu olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan ankette 4 Adet açık ve 32 adet kapalı uçlu olmak üzere, toplam 36 soruluk anket kullanılmıştır. Anket formunun ilk kısmında, demografik bilgilerin yer aldığı 11 soru bulunmaktadır. Sosyodemografik verileri olarak; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evli ise çocuk durumu, mesleği, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin varlığı ve oturduğu yerle ilgili sorular bulunmaktaydı. İkinci bölümde, sağlık durumu ve sağlık davranışları ile ilgili sorular yer alıyordu. Bunlar, kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, sigara ya da alkol kullanım durumu, bugüne kadar herhangi bir tanı alıp-almadığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, hastalandığında ilk ne yaptığı, bugüne kadar modern tıbbi yöntemler dışında

kendisinin veya çocuklarının bir tedavi alıp almadığı, sürekli takibi altında olduğu doktoru soruldu. Üçüncü bölümde ise, bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceleri ve bu ürünleri kullanım durumunu sorgulayan maddeler yer almaktaydı; doktoru tarafından bir bitkisel tedavi önerilip önerilmediği, kendisi ve çocuklarının diyetini desteklemek açısından kullandığı besinlerin varlığı, bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerle kıyaslaması, bugün satın aldığı ürünü herhangi bir şikâyeti nedeniyle mi kullandığı, daha önce kullanıp-kullanmadığı, ürünü başkalarına önerip-önermediği, kullanım amacı, kimin önerdiği, rahatsızlığı nedeniyle başvurduğu hekimin önerisi bu rahatsızlığı ile ilgili girişimleri kapsayan açık ve kapalı uçlu sorular bulunmaktadır. Anket, katılımcılara uygulanmadan önce, 25 kişiye uygulanarak son şekli verilmiştir. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar istatistiksel inceleme kolaylığı açısından kategorize edilmiştir. Veri toplama formu Ek-2’de sunulmuştur.

3.3. İzinler

Araştırmanın etik uygunluk onayı için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuş, dosya kurulun 27.02.2014 tarihli toplantısında 2014/347 protokol no ile incelenmiş ve 9 no’lu karar ile onay verilmiştir. Aydın merkezde seçtiğimiz eczanelerde çalışmamızı yapabilmemiz için yaptığımız başvuru 21. Bölge Aydın Eczacı Odası’nın 19.02.2014 tarihli toplantısında incelenmiş ve 2014/66 sayılı kararı ile izin verilmiştir.

3.4. İstatistiksel değerlendirme

Toplam 851 katılımcıdan elde edilen verilerin SPSS 18.0 programına girilmesinin ardından istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı veriler, yüzdeler, ortalama, standart sapma, frekans olarak verilmiştir. Analitik değerlendirmede ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Tip 1 Hata (α) düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan toplam 851 kişiden, 393'ü kadındı (%46,2). Katılımcılarımızın yaş aralığı 18-87 olup yaş ortalaması $40,3 \pm 13,9$ olarak saptandı. Yaş gruplarına baktığımızda, en çok katılımcı %29,8 oranıyla 18-30 yaş ve %25,6 oranı ile de 31-40 yaş grubunda bulunmaktaydı. Bu durum, kadınlarda 18-30 yaş aralığında %36,9 (s=145), erkeklerde %23,8 (s=109) idi. Kadın katılımcılarımız erkeklere göre daha genç idiler ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlı idi ($\chi^2=28,086$; $p<0,001$).

Çalışmaya katılanların toplamda %75,3'ü (s=641) evli, %24,7'si (s=210) bekâr idi. Kadınların %69,5'i (s=273) evliyken erkeklerin %80,3'ü evli idi. Çalışma grubumuzda evli erkekler kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla idi ($\chi^2=13,479$; $p<0,001$).

Çalışmaya katılanların %26,6'sının (s=226) çocuğu yok iken, %73,4'ünün (s=625) çocuğu vardı. Bunlardan da kadınların %69,7'sinin (s=274) ve erkeklerin %76,6'sının (s=351) çocuğu vardı. Grubumuzda istatistiksel olarak anlamlı derecede erkekler daha fazla çocuk sahibi idi ($\chi^2=5,189$; $p=0,02$).

Çalışmaya katılanların %56,1'i (s=477) üniversite, %25,7'si (s=219) lise mezunu idi. Cinsiyete göre bakacak olursak, üniversite mezunlarının %57,6'sı erkek (s=264), %54,2'si kadın (s=213) idi. Lise mezunlarında erkekler yoğunlukta iken, İlköğretim mezunlarında kadın ağırlıklı idi. Erkek katılımcılarımızın eğitimi, kadın katılımcılarımıza göre istatistiksel olarak anlamlı derecede lise ve üstü yoğunlukta idi ($\chi^2=5,716$; $p=0,02$).

Çalışmaya katılanları mesleklerine göre gruplandırdığımızda; memur %33,8 (s=288), serbest çalışan %15,0 (s=128), ev hanımı %13,5 (s=115), sağlık çalışanı %11,4 (s=97), emekli %9,9 (s=84), işçi %8,3 (s=71), öğrenci %8,0 (s=68). Kadınların %29,3'ü (s=115) ev hanımı idi. Kadın katılımcılarda anlamlı derecede daha fazla sağlık çalışanı varken ($\chi^2=15,515$; $p<0,001$), erkeklerde anlamlı derecede daha fazla memur vardı ($\chi^2=54,928$; $p<0,001$).

Katılımcıların %14,1'inin (s=120) aylık toplam geliri 900 TL ve altı idi. Aylık geliri, %65,6 (s=558) oranı ile en fazla 901 ile 3000 TL arasında idi. Aylık 3000 TL ve altı

geliri olanlarda erkekler, 3001 TL ve üzeri geliri olanlarda kadınlar anlamlı derecede daha fazla idi ($\chi^2=21,449$; $p<0,001$).

Aydın merkez kentsel bölgede oturanlar %90,5 (s=770), kırsal bölgede oturanlar %9,5 (s=81). Kadınların %96,2'si (s=378) kentsel bölgede otururken, erkeklerin %85,6'sı (s=392) kentsel bölgede oturuyordu. Kadınlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kentsel bölgede oturmakta idi ($\chi^2=27,562$; $p<0,001$).

Sağlık güvencelerine göre gruplandırdığımızda katılımcıların %97,5'nin (s=830) sağlık güvencesi vardı. Sağlık güvencesi olanların %95,4'ü (s=812) SGK'lı, %2,0'ı (s=17) yeşil kartlıydı. Kadınların %96,9'nun (s=381), erkeklerin %98,0'nun (s=449) sağlık güvencesi vardı. Sağlık güvencesi SGK olanlar kadınlarda %94,1 (s=370), erkeklerde %96,5'dir (s=442). Yeşil kartlılar ise kadınlarda %2,8 (s=11), erkeklerde %1,3'dür (s=6). Sağlık güvencesi açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,041$; $p=0,31$). Katılımcıların demografik özellikleri tablo 1'de ayrıntılı verilmiştir.

Tablo IV.I. Katılımcıların demografik özellikleri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Kadın Sayı(%)	Erkek Sayı(%)	Toplam Sayı(%)
Yaş (Ortalama±SS)		37,6±13,3	42,6±13,9	40,3±13,9
Cinsiyet [Sayı(%)]		393 (46,2)	458 (53,8)	851(100)
Medeni durum	Evli	273 (69,5)	368 (80,3)*	641 (75,3)
	Bekâr	120 (30,5)	90 (19,7)	210 (24,7)
Çocuk sahibi olma Durumu	Var	274 (69,7)	351 (76,6)*	625 (73,4)
	Yok	119 (52,7)	107 (47,3)	226 (26,6)
Eğitim	Okuryazar değil	3 (0,8)	0	3 (0,4)
	Okuryazar	13 (3,3)	5 (1,1)	18 (2,1)
	İlköğretim(8yıl)	69 (17,6)	65 (14,2)	134 (15,7)
	Lise (12 yıl)	95 (24,2)	124 (27,1)*	219 (25,7)
	Üniversite(2-4)	213 (54,2)	264 (57,6)*	477 (56,1)
Meslek	Ev hanımı	115 (29,3)	0	115 (13,5)
	İşçi	25 (6,4)	46 (10,0)	71 (8,3)
	Memur	82 (20,9)	206 (45,0)*	288 (33,8)
	Serbest çalışan	42 (10,7)	86 (18,8)	128 (15,0)
	Sağlık çalışanı	63 (16,0)*	34 (7,4)	97 (11,4)
	Öğrenci	44 (11,2)	24 (5,2)	68 (8,0)
	Emekli	22 (5,6)	62 (13,5)	84 (9,9)
Gelir	900 TL altı	73 (18,6)	47 (10,3)	120 (14,1)
	901-3000 TL	213 (54,2)	345 (75,3)*	558 (65,6)
	3001-9000 TL	98 (24,9)*	61 (13,3)	159 (18,7)
	9000TL üstü	9 (2,3)	5 (1,1)	14 (1,6)
Yerleşim yeri	Aydın şehir merkezi	378 (96,2)*	392 (85,6)	770 (90,5)
	Kırsal bölge (belde ya da köyler)	15 (3,8)	66 (14,4)	81 (9,5)
Sağlık güvencesi	Var	381 (96,9)	449 (98,0)	830 (97,5)
	Yok	12 (3,1)	9 (2,0)	21 (2,5)
Sigara kullanımı	Kullanan	81 (20,6)	132 (28,8)	213 (25,0)
	Kullanmayan	299 (76,1)	254 (55,5)	553 (65,0)
	Bırakanlar	13 (3,3)	72 (15,7)	85 (10,0)
Alkol kullanımı	Kullanan	31 (7,9)	93 (20,3)	124 (14,6)
	Kullanmayan	361 (91,9)	348 (76,0)	709 (83,3)
	Bırakanlar	1 (0,3)	17 (3,7)	18 (2,1)

*: istatistiksel olarak anlamlı

4.2. Katılımcıların eczaneden aldıkları ürünün özellikleri

Katılımcılarımızın %70,5'i (s=600) eczaneyi o günkü ziyaretlerinde reçete ile alabileceği ilacı ücretini ödeyerek almıştı. Geri ödeme kapsamında olmayan ilaçları ya da ürünleri alanlar ise %29,5'di (s=251). Geri ödeme kapsamında olmayan ilaçları erkekler %28,6 (s=131), kadınlar ise %30,5 (s=120) oranlarında tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 0,380$; $p>0,05$). Sağlık güvencesi olanların, olmayanlara göre geri ödemede olmayan ilaç tercih etmelerinde istatistiksel olarak anlamlılık yoktu($\chi^2= 0,153$; $p>0,05$). Kentsel alanda oturanlar ile kırsal alanda oturanlar arasında geri ödemede olmayan OTC tercih etmeleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktu($\chi^2= 2,277$; $p>0,05$). Eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek gruplarına göre OTC alımını değerlendirdiğimizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde etmedik. Katılımcılarımızdan kronik hastalığı olanların %28,1'i (s=110), kronik hastalığı olmayanların da %30,7'si (s=141) geri ödemede olmayan OTC tercih etmişlerdi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 0,718$; $p>0,05$). Aile hekimi takibinde olanların %29,0'ı (s=128), diğer branş hekimlerince takipli olanlar ve takipli olmayanların %30,1'i (s=123) geri ödemede olmayan ilaç tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 0,127$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 29,99'a kadar olanların %31,1'i (s=213), beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların ise %22,9'u (s=38) geri ödemede olmayan OTC tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 4,324$; $p=0,04$) (Tablo IV.II.).

Tablo IV.II. Sosyodemografik özelliklere göre OTC alımı

Geri ödeme kapsamında olmayan OTC alımı	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	120 (30,5)	273 (69,5)	393 (100)	p=0,54
Erkek S (%)*	131 (28,6)	327 (71,4)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	233 (30,3)	537 (69,7)	770 (100)	p=0,13
Kırsal alanda oturan S (%)*	18 (22,2)	63 (77,8)	81 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	244 (29,4)	586 (70,6)	830 (100)	Fisher's exact=0,80
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	7 (33,3)	14 (66,7)	21 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	199 (29,4)	479 (70,6)	678 (100)	p=0,86
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	52 (30,1)	121 (69,9)	173 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	41 (26,5)	114 (73,5)	155 (100)	p=0,35
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	210 (30,2)	486 (69,8)	696 (100)	
BKİ 29,99 ve altı olanlar S (%)*	213 (31,1)	472 (68,9)	685 (100)	p=0,04**
BKİ 30,00 ve üstü olanlar S (%)*	38 (22,9)	128 (77,1)	166 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	29 (29,9)	68 (70,1)	97 (100)	p=0,92
Diğer meslekler S (%)*	222 (29,4)	532 (70,6)	754 (100)	
Aile hekimi tarafından takipli olanlar S(%)*	128 (29,0)	314 (71,0)	442 (100)	p=0,72
Takipli olmayan ve diğer branşlarda takipli olanlar	123 (30,1)	286 (69,9)	409 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Hayatı boyunca herhangi bir bitkisel ilaç kullananların %34,5'i (s=110), kullanmayanların da %26,5'i (s=141) eczaneyi o günkü ziyaretlerinde geri ödemedeki olmayan OTC tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=6,105$; $p=0,01$) (Tablo IV.III.).

Tablo IV.III. Hayatı boyunca bir bitkisel ilaç kullananların OTC alma durumu

Hayatı boyunca bir bitkisel ilaç kullandı mı	Reçete ile alınabilecek ilaç S(%)*	OTC S(%)	Total S(%)	p değeri**
Evet S(%)	209 (65,5)	110 (34,5)	319 (100)	p=0,01**
Hayır S(%)	391 (73,5)	141 (26,5)	532 (100)	
Total S(%)	600 (70,5)	251 (29,5)	851 (100)	

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Katılımcılarımızdan OTC tercih edenlerin %25,5'i (s=160) aldığı OTC ürününü daha önce kullandığını belirtirken %40,6'sı (s=91) daha önce kullanmayıp ilk kez aldığını belirtti ve aralarındaki istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 18,112$; $p<0,001$). Katılımcılarımızı eczaneye getiren bu rahatsızlık için bir hekime gidip de ilaç önerilenler %25,4 idi (s=102). İlaç dışında diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği gibi önerilerde bulunulanların da %39,1'i (s=27) eczaneyi o günkü ziyaretlerinde geri ödemedi olmayan OTC tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 5,544$; $p=0,02$) (Tablo IV.IV).

Tablo IV.IV. Gittiği hekimin önerisine göre OTC alma durumu

Gittiği hekim ne önerdi?	Reçete ile alınabilecek ilaç S(%)	OTC S(%)	Total S(%)	p değeri**
İlaç S(%)	299 (74,6)	102 (25,4)	401 (100)	p=0,02**
İlaç dışında diyet egzersiz vs. S(%)	42 (60,9)	27 (39,1)	69 (100)	
Total S(%)	341 (72,6)	129 (27,4)	470 (100)	

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna, katılımcıların %15,4'ü (s=131) çok iyi şeklinde cevap verirken, %55,8'i (s=475) iyi, %25,1'i (s=214) orta, %2,9'u (s=25) kötü, %0,7'si (s=6) çok kötü olarak yanıtlamıştı. Kadın ve erkeklerin yanıtları tabloda belirtilmiştir (Tablo IV.V).

Tablo IV.V. Katılımcıların kendi sağlık durumu ile ilgili düşünceleri

Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz	Çok iyi S (%)	İyi S (%)	Orta S (%)	Kötü S (%)	Çok kötü S (%)
Kadın S (%)	42 (10,7)	226 (57,5)	108 (27,5)	14 (3,6)	3 (0,8)
Erkek S (%)	89 (19,4)	249 (54,4)	106 (23,1)	11 (2,4)	3 (0,7)
Total S (%)	131 (15,4)	475 (55,8)	214 (25,1)	25 (2,9)	6 (0,7)

Bu sorumuzda iyi, çok iyi, orta diyenlerle kötü ve çok kötü diyen kadın ve erkeklere baktığımızda anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($\chi^2= 0,970$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanlar ise, olmayanlara göre kendi sağlık durumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kötü ve çok kötü olarak değerlendirmişti ($\chi^2= 25,366$; $p<0,001$). Aynı şekilde, sürekli ilaç kullananlar kullanmayanlara göre kendi sağlık durumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kötü ve çok kötü olarak değerlendirmişti ($\chi^2= 17,994$; $p<0,001$). Çalışma grubumuzun kendi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz sorusuna, 60 yaş ve altı ile 61 yaş ve üstünün verdiği cevaplarda, “orta” diyen 61 ve üstü yaşlar anlamlı düzeyde fazla idi ($\chi^2= 24,596$; $p<0,001$). Çok iyi şeklinde cevaplayanların tamamı da 60 yaş ve altı olanlar idi. Diğer cevaplarda anlamlı bir fark yoktu (Tablo IV.VI.).

Tablo IV.VI. Katılımcıların yaş grubuna göre kendi sağlık durumları ile ilgili düşünceleri

Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz	Çok iyi S (%)	İyi S (%)	Orta S (%)	Kötü S (%)	Çok kötü S (%)	Total (%)
Yaşı 60 ve altı olanlar S (%)	131(16,9)	434(56,0)	181 (23,4)	23 (3,0)	6 (0,8)	775 (100)
Yaşı 61 ve üstü olanlar S (%)	0 (0)	41 (53,9)	33 (43,4)*	2 (2,6)	0 (0)	76 (100)

*: istatistiksel olarak anlamlı

Çalışma grubumuzun %14,6'sı (s=124) düzenli alkol alıyor iken %83,3'ü (s=709) içmiyor, %2,1'i (s=18) bırakmış idi. Cinsiyete göre baktığımızda kadınların %91,9'u (s=361) almıyor ve %0,3'ü (s=1) bırakmıştı. Erkeklerde %20,3'ü (s=93) alkol alıyor, %76,0'ı (s=348) almıyor, %3,7'si (17) bırakmış idi. Erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla alkol kullanımı vardı ($\chi^2=40,733$; $p<0,001$) (Tablo IV.VII.).

Tablo IV.VII. Cinsiyete göre alkol kullanımı

Alkol alıyor mu?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Bıraktım S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	31 (7,9)	361 (91,9)	1 (0,3)	393 (100)	p<0,001**
Erkek S (%)*	93 (20,3)	348 (76,0)	17 (3,7)	458 (100)	
Total S (%)*	124 (14,6)	709 (83,3)	18 (2,1)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Çalışma grubumuzun %29,5'nun (s=251) sürekli takibi altında olduğu bir hekimi yoktu. Takipte olanların %41,8'i (s=356) aile hekimi, %6,7'si (s=57) dahiliye, %4,9'u (s=42) aile hekimi ve diğer branş uzmanı, %4,1'i (s=35) uzman aile hekimi, %1,1'i (s=9) hem uzman aile hekimi, hem de diğer branş uzmanı tarafından takipliydi. Katılımcıların %46,2'sine (s=392) şimdiye kadar bir kronik hastalık tanısı konmuştu. Kadınlarda bu oran %49,0 (s=192) iken erkeklerde %51,0 (s=200) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 2,290$; $p>0,05$).

Katılımcıların kronik hastalıklarını incelediğimizde; %11,8'nin (s=100) yüksek kan basıncı cevabı ile en fazla belirtilen oldu. Ayrıntıları tablodadır (Tablo IV.VIII.).

Tablo IV.VIII. Katılımcıların kronik hastalıkları

TANI	SAYI	YÜZDE (%)
Yüksek kan basıncı	100	11,8
Şeker hastalığı	75	8,8
Kalp damar hastalığı	73	8,6
Depresyon	61	7,2
Yüksek kolesterol	55	6,5
Tiroit hastalığı	30	3,5
Astım hastalığı	18	2,1
Anemi	12	1,4
Mide rahatsızlığı	9	1,1
Kanser	4	0,5

Not: Birden fazla tanı işaretlenmiştir.

Katılımcılarımızın kronik hastalığı olma durumunun, kentsel bölgede ve kırsal alanda yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,397$; $p>0,05$). Evli olanlar anlamlı derecede daha fazla kronik hastalığa sahip idi ($\chi^2=8,002$; $p=0,005$). Gelir düzeyleriyle kronik hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,543$; $p>0,05$). Eğitim düzeyleriyle kronik hastalık arasında fark vardı. Örneğin, 8

yıllık eğitimi bitirmiş olanlarda %61,3 (s=95), lise ve üstü eğitim almış olanlarda ise %42,7 (s=297) oranlarında kronik hastalıkları vardı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=17,686$; $p<0,001$). Kronik hastalığın olma durumu, sigarayı bırakmışlarda ve şu anda içenlerde %51,0 (s=152) iken, sigara içmeyenlerde %43,4'dür (s=240) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=4,510$; $p=0,03$). Alkol kullanımında ise kullananlar ve bırakanlar ile kullanmayanlar arasında kronik hastalığın olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,438$; $p>0,05$). Yaş gruplarına göre baktığımızda da 61 yaş ve üzeri kişilerin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kronik hastalığı vardı ($\chi^2=63,297$; $p<0,001$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanları tarafından takipli olanları karşılaştırdığımızda ise, aile hekiminde takipli olanların anlamlı derecede daha az kronik hastalığı vardı ($\chi^2=8,840$; $p=0,003$) (Tablo IV.IX).

Tablo IV.IX. Sosyodemografik özelliklere göre kronik hastalığın olma durumu

Şimdiye kadar kronik bir hastalık tanısı aldı mı ?	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	192 (49,0)	201 (43,8)	393 (100)	p=0,13
Erkek S (%)*	200 (51,0)	258 (56,2)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	352 (45,7)	418 (54,3)	770 (100)	p=0,53
Kırsal alanda oturan S (%)*	40 (49,4)	41 (51,6)	81 (100)	
Evli olanlar S (%)*	313(48,8)	328 (51,2)	641 (100)	p=0,005**
Bekar olanlar S (%)*	79 (37,6)	131 (62,4)	210 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	308 (45,4)	370 (54,6)	678 (100)	p=0,46
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	84 (48,6)	89 (51,4)	173(100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	95 (61,3)	60 (38,7)	155 (100)	p<0,001**
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	297 (42,7)	399 (57,3)	696 (100)	
Sigara içenler ve bırakanlar S (%)*	152 (51,0)	146 (49,0)	298 (100)	p=0,03**
Sigara içmeyenler S (%)*	240 (43,4)	313 (56,6)	553 (100)	
Alkol kullananlar ve bırakanlar S (%)*	69 (48,6)	73 (51,4)	142 (100)	p=0,51
Alkol kullanmayanlar S (%)*	323 (45,6)	386 (54,4)	709 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	182 (41,2)	260 (58,8)	442 (100)	p=0,003**
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	210 (51,3)	199 (48,7)	409 (100)	

*: satır yüzdesi

**: istatistiksel olarak anlamlıdır

Sürekli ilaç kullanan katılımcılar %32,7 (s=278) idi. Bu durum kadınlarda %35,1 (s=138) iken erkeklerde %30,6'dır (s=140). Yine arada fark var gibi görünse de bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,998$; $p>0,05$). Öte yandan kronik hastalığı olup sürekli ilaç kullananlar %62,5 (s=245) iken, kronik hastalığı olduğu halde ilaç kullanmayanlar %37,5'di (s=147) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Katılımcılarımıza sürekli kullandıkları ilacı sorduğumuzda %4,2'si (s=36) adını hatırlayamadığı bir ilacı, en fazla %8,6 (s=73) ile tansiyon ilacı kullandıklarını belirttiler ayrıntılar tablodadır (Tablo 10).

Tablo IV.X. Katılımcıların sürekli kullandıkları ilaçlar

Sürekli kullandıkları ilaç	SAYI	YÜZDE (%)
Tansiyon ilacı	73	8,6
Şeker ilacı	51	6,0
Kalp ilacı	32	3,8
Depresyon ilacı	29	3,4
Tiroit ilacı	26	3,1
Kolesterol ilacı	17	2,0
Ağrı kesici	10	1,2
Astım ilacı	9	1,1
Kan sulandırıcı	8	0,9
Mide ilacı	8	0,9
Vitamin	4	0,5

Not: Birden fazla ilaç işaretlenmiştir.

Bunların dışında bir ilaç kullanan ise %4,6 (s=39) idi. Tansiyon hastası olduğu halde sürekli kullandığı ilaçlar arasında tansiyon ilacı olan katılımcılarımız %66,0 (s=66) iken, tansiyon hastalığı olduğu halde kullandığı ilaçlar arasında tansiyon ilacı bulunmayan katılımcımız %34,0'dı (s=34) ve aralarındaki fark anlamlıydı ($p<0,001$). Aynı şekilde şeker hastalığı olduğunu belirten katılımcılarımızın %62,7'si (s=47) sürekli kullandığı ilaçlar arasında şeker ilacı olduğunu belirtirken, %37,3'ü (s=28) şeker hastalığı olduğu halde sürekli kullandığı ilaçlarda şeker ilacını belirtmemişti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Kendisinde kolesterol yüksekliği tespit edildiğini beyan eden katılımcılarımızın da %23,6'sı (s=13) kolesterol ilacını sürekli kullandığını belirtirken, %76,4'ü (s=42) sürekli kullandığı ilaçlar arasında kolesterol ilacını belirtmemişti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

4.3. Katılımcıların ilaç kullanımı

Çalışma grubumuz eczaneden en çok %41,6 (s=354) ile ağrı kesici almakta idi, bunu %10,5 (s=89) ile grip ilacı takip ediyordu. Bunların dışında %4,6 (s=39) tansiyon ilacı, %4,0 (s=34) vitamin, %3,2 (s=27) mide ilacı, %3,1 (s=26) şeker ilacı, %2,6 (s=22)

antibiyotik, %2,4 (s=20) kalp ilacı, %1,8 (s=15) tiroit ilacı, %1,6 (s=14) depresyon ilacı, %1,2 (s=10) kan sulandırıcı almakta idi. Şeker ve tansiyon ilacı alanlar %1,2 (s=10); ağrı kesici ve grip ilacı alanlar %1,6 (s=14) idi. Kronik hastalığı olan katılımcılarımız eczaneden daha çok kronik hastalıklarına ilişkin ilaçları alırken, kronik hastalığı olmayan katılımcılarımız ise eczaneden daha çok ağrı kesici, vitamin, mide ilacı, grip ilacı ve antibiyotik gibi sürekli kullanılmayan ilaçları almıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Çalışmamızda, “doktor ilaç verdiğinde önerilen miktar ve süre kullanır mısınız” sorusuna, kişilerin %85,4’ü (s=727) evet derken %14,6’sı (s=124) hayır demişti. Kadınların %83,7’si (329), erkeklerin ise %86,9’u (s=398) evet demişti. Ancak aradaki fark anlamlı değildi ($\chi^2= 1,723$; $p>0,05$). Bu cevapları kentte ve kırsal alanda oturma durumuna göre değerlendirdiğimizde kentte oturanların %85,7’si (s=660), kırsal alanda oturanların %82,7’si (s=67) önerilen miktar ve süre ilacını kullanmaktaydı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 0,529$; $p>0,05$). Gelir düzeyine göre baktığımızda geliri 3000 TL ve altı olanlar %85,3 (s=578), 3001 TL ve üzeri olanlar da %86,1 (s=149) oranda önerilen miktar ve süre ilacını kullanmakta idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 0,085$; $p>0,05$). Eğitim süresine göre değerlendirdiğimizde 8 yıllık eğitimi bitirmiş olanlarda %86,5’i (s=134), lise ve üstü eğitim almışların %85,2’si (s=593) önerilen miktar ve süre ilacı kullanmakta idi ancak aralarında anlamlı bir fark bulunmamakta idi ($\chi^2= 0,159$; $p>0,05$) Tüm bunların yanı sıra aile hekimleri tarafından takipli olan katılımcılarımız diğer branşlar tarafından takipli olan ve takipli olmayan katılımcılarımıza göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla ilaçlarını önerilen miktar ve süre kullanmakta idi ($\chi^2= 4,094$; $p=0,04$) (Tablo IV.XI).

Tablo IV.XI. Sosyodemografik özelliklere göre doktorun verdiği ilacın önerilen miktar ve süre kullanımı

Dr ilaç verdiği önerilen miktar süre kullanır mı?	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	329 (83,7)	64 (16,3)	393 (100)	p=0,19
Erkek S (%)*	398 (86,9)	60 (13,1)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	660 (85,7)	110 (14,3)	770 (100)	p=0,47
Kırsal alanda oturan S (%)*	67 (82,7)	14 (17,3)	81 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	710 (85,5)	120 (14,5)	830 (100)	p=0,56
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	17 (81,0)	4 (19,0)	21 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	578 (85,3)	100 (14,7)	678 (100)	p=0,77
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	149 (86,1)	24 (13,9)	173(100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	134 (86,5)	21(13,5)	155 (100)	p=0,69
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	593 (85,2)	103 (14,8)	696 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	344 (87,8)	48 (12,2)	392 (100)	p=0,08
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	383 (83,4)	76 (16,6)	459 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	388 (87,8)	54 (12,2)	442 (100)	p=0,04**
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	339 (82,9)	70 (17,1)	409 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Aldığı ilacın son kullanma tarihi ve kullanım talimatına bakanlar %93,9'dur (s=799). Kadınlar %95,4 (s=375) oranında bakmakta iken erkekler, %92,6 (s=424) oranında kullanım talimatına bakmaktaydı aralarındaki fark anlamlı değildi ($\chi^2=2,981$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda da ilköğretim 8 yıllık eğitim almışlar %91,6 (s=142) oranında, lise ve üstü eğitim almışlarda ise %94,4 (s=657) oranında kullanım talimatı ve son kullanma tarihine bakmakta idiler aradaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,712$; $p>0,05$).

4.4. Katılımcıların Sağlık Arayışları

Çalışma grubumuz “hastalandığınızda ilk ne yaparsınız” sorusuna %58,6 (s=499) ile en yüksek oranda” bir resmi sağlık kuruluşuna giderim” dedi. Bunu %28,6 (s=243) ile “kendim tedavi ederim” takip etti. Diğer yanıtlar sırayla tablodadır (Tablo IV.XII.).

Tablo IV.XII. Katılımcıların hastalandıklarında tutumları

Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?	Sayı	Yüzde (%)
Resmi sağlık kuruluşuna giderim	499	58,6
Kendim tedavi ederim	243	28,6
Hiçbir şey yapmam	48	5,6
Üniversite hastanesine giderim	36	4,2
Özel doktora giderim	18	2,1
Arkadaş ya da komşulara danışırım	7	0,8

Aile hekimleri tarafından takipli olan katılımcılarımız, diğer branşlar tarafından takipli olanlara ve takipli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bir sağlık kuruluşunu tercih etmekteydi ($\chi^2= 10,112$; $p=0,001$). Aynı şekilde kronik hastalığı olanlar, olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla bir sağlık kuruluşunu tercih etmekte idi ($\chi^2= 21,766$; $p=0,001$). Sürekli kullandığı ilacı olan katılımcılarımız da istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bir sağlık kuruluşunu tercih etmekte idi ($\chi^2= 20,043$; $p=0,001$).

“Hayatınız boyunca doktorunuz tarafından bir bitkisel tedavi önerildi mi” sorusuna %95,8’i (s=815) hayır derken, %4,2’si (s=36) evet demiştir. Takipte olmayan ve diğer branşlar tarafından takipli olan katılımcılarımız ile aile hekimleri tarafından takipli

olan katılımcılarımızın bu soruya verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu ($\chi^2=0,057$; $p>0,05$).

Hayatı boyunca herhangi bir bitkisel tedavi ya da ilaç alanlar ise %37,5'dir (s=319). Kadınların %42,2'si (s=166), erkeklerin %33,4'ü (s=153) bitkisel tedavi ya da ilaç almıştı. Kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla bitkisel ürün kullanmaktaydı ($\chi^2=7,042$; $p=0,008$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda en fazla ilköğretim mezunu olanlarda bitkisel tedavi kullanım oranı %34,2 (s=53) iken lise ve üstü eğitim almışlarda %38,2 idi (s=266) aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,876$; $p>0,05$). Gelir düzeyine göre de 3000TL ve altı alan grupta bitkisel tedavi ya da ilaç kullanımı %34,8 iken (s=236), 3001 TL ve üstü alan grupta ise %48,0 idi (s=83) aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=10,200$; $p=0,001$). Sosyal güvence varlığına göre baktığımızda da güvencesi olanlar %37,8 (s=314), sosyal güvencesi olmayanlar %23,8 (s=5) hayatı boyunca bir bitkisel tedavi kullanmış ve sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemişti ($\chi^2=1,718$; $p>0,05$). Kentte oturanlar %38,4 (s=296), kırsal alanda oturanlar da %28,4 (s=23) oranda bitkisel tedavi kullanmışlardı ve aralarında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=3,157$; $p>0,05$). Takipte olmayan ve diğer branşlar tarafından takipli olan katılımcılarımız, aile hekimleri tarafından takipli olan katılımcılarımıza göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bitkisel tedavi kullanmışlardı ($\chi^2=6,283$; $p=0,01$). Hayatı boyunca bir bitkisel tedavi alma durumunu meslek grubuna göre değerlendirdiğimizde sağlık çalışanları %50,5 (s=49) kullandıklarını belirtirken, diğer mesleklerde olanlar %35,8 (s=270) kullandıklarını belirtmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=7,932$; $p=0,005$). Kronik hastalığı olanlar %44,1 (s=173), olmayanlar %31,8 (s=146) bitkisel tedavi kullanmıştır ve kronik hastalığı olanlar anlamlı derecede fazla bitkisel tedavi ya da ilaç kullanmıştı ($\chi^2=13,704$; $p<0,001$). Kronik hastalıklardan da kalp damar hastalığı olanlar %49,3 (s=36), olmayanlar %36,4 (283) oranda bitkisel tedavi kullanmıştı aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=4,768$; $p=0,03$). Aynı şekilde kronik hastalık olarak depresyonu olanlar %41,0 (s=25), depresyonu olmayanlar %37,2 (s=294) hayatları boyunca bir bitkisel tedavi ya da ilaç kullanmıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,343$; $p>0,05$) (Tablo IV.XIII.).

Tablo IV.XIII. Sosyodemografik özelliklere göre hayatı boyunca bir bitkisel ilaç ya da tedavi alma durumu

Hayatı boyunca bir bitkisel ilaç ya da tedavi alma	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	166 (42,2)	227 (57,8)	393 (100)	p=0,008**
Erkek S (%)*	153 (33,4)	305 (66,6)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	296 (38,4)	474 (61,6)	770 (100)	p=0,08
Kırsal alanda oturan S (%)*	23 (28,4)	58 (71,6)	81 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	314 (37,8)	516 (62,2)	830 (100)	p=0,19
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	5 (23,8)	16 (76,2)	21 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	236 (34,8)	442 (65,2)	678 (100)	p=0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	83 (48,0)	90 (52,0)	173 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	53 (34,2)	102 (65,8)	155 (100)	p=0,35
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	266 (38,2)	430 (61,8)	696 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	173 (44,1)	219 (55,9)	392 (100)	p<0,001**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	146 (31,8)	313 (68,2)	459 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	148 (33,5)	294 (66,5)	442 (100)	p=0,01**
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	171 (41,8)	238 (58,2)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	49 (50,5)	48 (49,5)	97 (100)	p=0,005**
Diğer meslekler S (%)*	270 (35,8)	484 (64,2)	754 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Bitkisel tedavi ya da ilaç kullananlarda %8,3'ü (s=71) ne kullandığını belirtmemiş. Bunun yanı sıra %3,8'i (s=32) ıhlamur, %1,3'ü (s=11) adaçayı, %3,3'ü (s=28) ıhlamur ve adaçayı birlikte, %2,0'si (s=17) çörekotu yağı, %1,8'i (s=15) kekik, %1,5'i (s=13) nane-limon kullandıklarını belirtmişti.

Çalışma grubumuzda şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunma oranı %38,3 (s=326) idi. Kadınlarda bu durum %40,7 (s=160) iken erkeklerde %36,2'ydi (s=166). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,787$; $p>0,05$). Çalışma grubumuzda en fazla 8 yıllık eğitimi bitirmiş olanlarda şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunma %29,7'ydi (s=46). Aynı durum lise ve üstü eğitim almış grupta %40,2'dir (s=280) ve lise ve üstü eğitim almışlarda alternatif yöntemleri kullanma anlamlı derecede fazlaydı ($\chi^2=5,973$; $p=0,02$). Şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunmayı gelir düzeyine göre karşılaştırdığımızda; 3000 TL ve altı geliri olanların %35,0'i (237) tıp dışı yöntem kullanırken, geliri 3001 TL ve üstü olanların %51,4'ü (89) bu yöntemleri kullanmaktaydı. Geliri yüksek olanlar anlamlı derecede şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntem dışı tedavi kullanmaktaydı ($\chi^2=15,857$; $p<0,001$). Şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimi kentte oturanlar %38,7 (s=298), kırsal alanda oturanlar %34,6 (s=28) oranda kullanmışlardı. Aradaki fark anlamlı değildi ($\chi^2=0,530$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %43,9'u (s=172), kronik hastalığı olmayanların %33,6'sı (s=154) bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimi kullanmıştı ve bu fark anlamlıydı ($\chi^2=9,540$; $p=0,002$). Takipli olmayan ve diğer branşlar tarafından takipli olan katılımcılarımız, aile hekimleri tarafından takipli olan katılımcılarımıza göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunmuşlardı ($\chi^2=6,686$; $p=0,01$). Şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimi sağlık çalışanları %39,2 (s=38) kullanırken, diğer meslekler %38,2 (s=288) oranda kullandıklarını belirtmişlerdi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,035$; $p>0,05$) (Tablo IV.XIV.).

Tablo IV.XIV. Sosyodemografik özelliklere göre şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma durumu

Şimdiye kadar bilinen tıbbi tedaviler dışında bir tedavi aldınız mı?	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	160 (40,7)	233 (59,3)	393 (100)	p=0,18
Erkek S (%)*	166 (36,2)	292 (63,8)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	298 (38,7)	472 (61,3)	770 (100)	p=0,47
Kırsal alanda oturan S (%)*	28 (34,6)	53 (65,4)	81 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	319 (38,4)	511 (61,6)	830 (100)	p=0,64
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	7 (33,3)	14 (66,7)	21 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	237 (35,0)	441 (65,0)	678 (100)	p<0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	89 (51,4)	84 (48,6)	173 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	46 (29,7)	109 (70,3)	155 (100)	p=0,02**
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	280 (40,2)	416 (59,8)	525 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	172 (43,9)	220 (56,1)	392 (100)	p=0,002**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	154 (33,6)	305 (66,4)	459 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	151 (34,2)	291 (65,8)	442 (100)	p=0,01**
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	175 (42,8)	234 (57,2)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	38 (39,2)	59 (60,8)	97 (100)	p=0,85
Diğer meslekler S (%)*	288 (38,2)	466 (61,8)	754 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

4.5. Katılımcıların TAT Tercihleri

Şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunmayı ayrıntılandırdığımızda; tüm çalışma grubumuz ilk sırada %30,0 ile (s=255) bitkisel tedavi aldıklarını belirtmişlerdi. Ayrıntılar tablo 13'dedir. Bunların dışında olarak belirtilenler de; fizik tedavi, hacamat, kupa çekme, lazer tedavisi, sülük tedavisi, hipnoz, ozon tedavisi, kırık-çıkıkçı idi.

Tablo IV.XV. Katılımcıların TAT tercihleri

Tıp dışı tedavi alma	SAYI	YÜZDE (%)
Bitkisel tedavi	255	30,0
Dini telkin ve dua	85	10,0
Kaplıca	58	6,8
Özel diyet	22	2,6
Akupunktur	18	2,1
Manyetik alan	5	0,6

Not: Birden fazla yöntem işaretlenmiştir.

Kadınların %32,6'sı (s=128) erkeklerin %27,7'si (s=127) bitkisel tedavi yöntemini kullanmaktaydı. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görüldü. ($\chi^2=2,362$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda en fazla ilköğretim 8 yıllık eğitim alanlar %18,7 (s=29), lise ve üstü eğitim alanlar %32,5'i (s=226) bitkisel tedavi yöntemini kullandıklarını belirtmişlerdir. Lise ve üstü eğitim alanların anlamlı derecede fazla bu yöntemi kullandıkları tespit edilmişti ($\chi^2=11,440$; $p=0,001$). Gelir düzeyine göre karşılaştığımızda da 3000TL ve altı alan grupta %26,5 (s=180), 3001TL ve üstü alan grupta %43,4 (s=75) oranda bitkisel tedavi kullanılmaktaydı ve aradaki fark anlamlıydı ($\chi^2=18,546$; $p<0,001$). Kronik hastalığı olanlar %35,5 (s=139) oranda bitkisel tedavi kullanırken, kronik hastalığı olmayanlar %25,3 (s=116) oranda bitkisel tedavi kullanmakta idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=10,455$; $p=0,001$). Aile hekiminde takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş hekimlerince takipli olanları karşılaştığımızda istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bitkisel tedavi tercih edenler takipli olmayanlar ve diğer branş hekimlerince takipli olanlardı ($\chi^2=7,631$; $p=0,006$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştığımızda ise arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,350$; $p>0,05$) (Tablo IV.XVI.).

Tablo IV.XVI. Sosyodemografik özelliklere göre modern tıp dışı yöntemlerden bitkisel tedavileri tercih etme durumu

Tıp yöntemlerden bitkisel tedaviyi tercih eder mi?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	128 (32,6)	265 (67,4)	393 (100)	p=0,12
Erkek S (%)*	127 (27,7)	331 (72,3)	458 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	180 (26,5)	498 (73,5)	678 (100)	p<0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	75 (43,4)	98 (56,6)	173 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	29 (18,7)	126 (81,3)	155 (100)	p=0,001**
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	226 (32,5)	470 (67,5)	696 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	139 (35,5)	253 (64,5)	392 (100)	p=0,001**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	116 (25,3)	343 (74,7)	459 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	114 (25,8)	328 (74,2)	442 (100)	p=0,006**
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	141 (34,5)	268 (65,5)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	34 (35,1)	63 (64,9)	97 (100)	p=0,25
Diğer meslekler S (%)*	221 (29,3)	533 (70,7)	754 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Dini telkin ve duaları ise, kadınların %10,4'ü (s=41) erkeklerin %9,6'sı (s=44) kullanmaktaydı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,160$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre, en fazla ilköğretim mezunu olanlar %10,3 (s=16), lise ve üstü eğitim alanlar %9,9 (s=69) olarak dini telkin ve duaları kullanmaktaydı, arada istatistiksel olarak fark yoktu ($\chi^2=0,024$; $p>0,05$). Gelir düzeyine göre karşılaştığımızda da 3000TL ve altı alan grupta %9,3 (s=63), 3001TL ve üstü alan grupta %12,7 (s=22) kullanılmaktaydı

aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=1,798$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanlar %12,0 (s=47) dini telkin ve duaları kullanırken, kronik hastalığı olmayanlar %8,3 (s=38) kullanmakta idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=3,239$; $p>0,05$).

4.6. Katılımcıların Çocuklarında TAT Tercihleri

Katılımcılarımızın %73,4'nün (s=625) çocuğu vardı ve bunların %22,9'u (s=143) çocuklarına son bir yılda bilinen tıbbi yöntemler dışında bir yöntem uygulamıştı. Yine çocuk sahibi olanların %53,3'ü aile hekimi tarafından takipliydi.

Çocuk sahibi olan kadınların %31,8'i (s=87), erkeklerin %16,0'sı (s=56) son bir yılda çocuklarına alternatif tıp uygulamalarından en az birini kullanmışlardı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=21,763$; $p<0,001$). Çocuk sahibi olup kentte yaşayanların %23,3'ü (s=132), kırsal alanda yaşayanların %19,0'ı (s=11) tıp dışı yöntem kullanmışlardı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,555$; $p>0,05$). Çocuk sahibi olanlardan sosyal güvencesi olanların %22,9'u (s=142), sosyal güvencesi olmayanların da %16,7'si (s=1) son bir yılda çocuklarına alternatif tıp uygulamalarından en az birini kullanmışlardı aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,133$; $p>0,05$). Çocuk sahibi olup gelir düzeyi 3000 TL ve altı olan grup %19,3 (s=94), 3001 TL ve üstü olan grup ise %35,8 (s=49) oranında son bir yılda çocuklarına alternatif tıp uygulamalarından en az birini kullanmışlardı aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=16,513$; $p<0,001$). Aynı durumu eğitim düzeyine göre değerlendirdiğimizde en fazla ilköğretim mezunu olanlar %21,5 (s=29), lise ve üstü eğitim almış olanlar %23,3 (s=114) oranında son bir yılda tıp dışı yöntem kullanmıştı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,191$; $p>0,05$). Yaşa göre baktığımızda ise 45 yaş altı ebeveynler, 46 ve üzeri yaşta olan ebeveynlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla son bir yılda çocuklarına alternatif tıp uygulamalarından en az birini kullanmışlardı ($\chi^2=10,416$; $p=0,001$). Bu 25 yaş ile 30'lu yaşlarda olan ebeveynlerde anlamlı değildi ($\chi^2=0,807$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olanları karşılaştırdığımızda ise aralarındaki fark anlamlı değildi ($\chi^2=1,883$; $p>0,05$). Meslek gruplarına göre ise çocuk sahibi olan sağlık çalışanları %37,5 (s=21), diğer meslek grupları %21,4 (122) oranında çocuklarına son bir yılda tıp dışı yöntem kullanmışlardı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=7,451$; $p=0,006$) (Tablo IV.XVII.).

Tablo IV.XVII. Sosyodemografik özelliklere göre çocuk sahibi olanların son bir yılda çocuğuna tıp dışı yöntem uygulaması durumu

Çocuk sahibi olanların son bir yılda çocuğuna tıp dışı yöntem uygulaması	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	87 (31,8)	187 (68,2)	274 (100)	p<0,001**
Erkek S (%)*	56 (16,0)	295 (84,0)	351 (100)	
Kentte oturan S (%)*	132 (23,3)	435 (76,7)	567 (100)	Fisher's Exact=0,51
Kırsal alanda oturan S (%)*	11 (19,0)	47 (81,0)	58 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	142 (22,9)	477 (77,1)	619 (100)	Fisher's Exact=1,00
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	94 (19,3)	394 (80,7)	488 (100)	p<0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	49 (35,8)	88 (64,2)	137 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	29 (21,5)	106 (78,5)	135 (100)	p=0,66
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	114 (23,3)	376 (76,7)	490 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	69 (20,7)	264 (79,3)	333 (100)	p=0,17
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	74 (25,3)	218 (74,7)	292(100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	21 (37,5)	35 (62,5)	56 (100)	p=0,006**
Diğer meslekler S (%)*	122 (21,4)	447 (78,6)	569 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Tıp dışı yöntemlerden de çocuk sahibi olanların %18,4'ü (s=115) çocuklarına son bir yılda bitkisel ilaç kullanmıştı, %7,5'i (s=47) dini telkin ve dualar, %2,2'si (s=14) kaplıca, %0,2'si (s=1) manyetik alan, %1,0'ı (s=6) özel diyet, %0,2'si (s=1) akupunkturunu kullanmıştı.

4.7. Katılımcıların Diyet Destekleme Tutumları

Çocuk sahibi olanların %37,9'u (s=237) son bir yılda çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı. Çocuk sahibi olan kadınların %47,4'ü (s=130), erkeklerin %30,5'i (s=107) son bir yılda çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=18,804$; $p<0,001$). Çocuk sahibi olan ve kentte yaşayanların %39,9'u (s=226), kırsal alanda yaşayanların %19,0'ı (s=11) çocuklarının diyetini desteklemişti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=9,757$; $p=0,002$). Sosyal güvencesi olanların %38,0'ı (s=235), olmayanların da %33,3'ü (s=2) son bir yılda çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,054$; $p>0,05$). Aynı durumu gelir düzeyine göre incelediğimizde 3000 TL ve altı alan grup %33,6 (s=164), 3001 TL ve üzeri alan grup ise %53,3 (s=73) oranında son bir yılda çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=17,596$; $p<0,001$). Eğitim durumuna göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olan grup %31,1 (s=42), lise ve üstü eğitimi olan grup ise %39,8 (s=195) oranında son bir yılda çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=3,391$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımızı karşılaştırdığımızda ise aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,014$; $p>0,05$). Meslek gruplarına göre ise çocuk sahibi olan sağlık çalışanları %51,8 (s=29), diğer meslek grupları %36,6 (208) oranında çocuklarının diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=5,024$; $p=0,03$) (Tablo IV.XVIII.).

Tablo IV.XVIII. Sosyodemografik özelliklere göre çocuk sahibi olanların çocuğunun diyetini destekleme durumu

Çocuğunun diyetini desteklemek için besin kullanımı	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	130 (47,4)	144 (52,6)	274 (100)	p<0,001**
Erkek S (%)*	107 (30,5)	244 (69,5)	351 (100)	
Kentte oturan S (%)*	226 (39,9)	341 (60,1)	567 (100)	p=0,002**
Kırsal alanda oturan S (%)*	11 (19,0)	47 (81,0)	58 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	235 (38,0)	384 (62,0)	619 (100)	p=0,82
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	164 (33,6)	324 (66,4)	488 (100)	p<0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	73 (53,3)	64 (46,7)	137 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	42 (31,1)	93 (68,9)	135 (100)	p=0,07
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	195 (39,8)	295 (60,2)	490 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	127 (38,1)	206 (61,9)	333 (100)	p=0,90
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	110 (37,7)	182 (62,3)	292 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	21 (37,5)	35 (62,5)	56 (100)	p=0,03**
Diğer meslekler S (%)*	122 (21,4)	447 (78,6)	569 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Çocuğu olan katılımcılarımızın %20,6'sı (129) çocuklarının diyetinde bal bulunduruyorlardı ve %12,0'ı (s=75) çocukları için vitamin kullanıyordu. Bitkisel çay kullananlar ise, %12,8 (s=80) idi. Katılımcılarımızın çocuklarına kullanabilecekleri diğer besinleri kategorize ettiğimizde; %5,0'ı (s=31) balık yağı, %4,2'si (s=26) demir, %2,7'si (s=17) kalsiyum ve demir, %2,4'ü (s=15) pekmez, %1,0'ı (s=6) kalsiyum kullandıklarını

belirtirken, %81,4'ü (s=509) bu besinlerden hiçbirini kullanmadığını belirtmişti. Bunların dışında besin kullananlar %4,8'di (s=30). Bunları da kekik, rezene, kimyon, papatya, aloe vera, çörekotu yağı, polen, ısırganotu, kantaron, magnezyum, propolis, arı sütü, ceviz, çinko, fındık, siyah turp, keçiboynuzu şeklinde belirttiler.

Katılımcılarımızın %35,6'sı (s=303) kendi diyetini desteklemek için bir besin kullanmakta idi. Kadınların %45,8'i (s=180), erkeklerin %26,9'u (s=123) kendi diyetini desteklemek için bir besin kullanmaktaydı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=33,112$; $p<0,001$). Kentte oturanların %36,8'i (s=283), kırsal alanda oturanların %24,7'si (s=20) kendi diyetini desteklemekte idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,651$; $p=0,03$). Katılımcılarımızda sosyal güvencesi olanlar %35,7 (s=296), sosyal güvencesi olmayanlar %33,3 (s=7) oranlarında kendi diyetlerini desteklemekte idiler ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,048$; $p>0,05$). Gelir durumuna göre baktığımızda, geliri 3000 TL ve altı olanlar %33,5 (s=227), geliri 3001 TL ve üstü olanlar ise %43,9 (s=76) oranlarında kendi diyetlerini desteklemekte idiler ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=6,564$; $p=0,01$). Aynı durum eğitim düzeyine göre incelersek, en fazla ilköğretim mezunu olanlar %35,5 (s=55), lise ve üstü eğitim almışlar ise %35,6 (s=248) oranlarında diyetlerini desteklemekteydi aralarındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,001$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında kendi diyetini destekleme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,003$; $p>0,05$). Meslek gruplarına göre ise, sağlık çalışanları %32,0 (s=31), diğer meslek grupları %36,1 (s=272) oranında kendi diyetini desteklemek için besin kullanmıştı ve bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,635$; $p>0,05$). Kendi diyetini destekleme durumunu kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar açısından değerlendirdiğimizde ise, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kronik hastalığı olanlar diyetlerini desteklemekte idi ($\chi^2=13,338$; $p<0,001$) (Tablo IV.IX.).

Tablo IV.XIX. Sosyodemografik özelliklere göre kendi diyetini destekleme durumu

Kendi diyetini desteklemek için besin kullanımı var mı?	EVET S (%)*	HAYIR S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	180 (45,8)	213 (54,2)	393 (100)	p<0,001**
Erkek S (%)*	123 (26,9)	335 (73,1)	458 (100)	
Kentte oturan S (%)*	283 (36,8)	487 (63,2)	770 (100)	p=0,03**
Kırsal alanda oturan S (%)*	20 (24,7)	61 (75,3)	81 (100)	
Sosyal güvencesi olanlar S (%)*	296 (35,7)	534 (64,3)	830 (100)	p=0,83
Sosyal güvencesi olmayanlar S (%)*	7 (33,3)	14 (66,7)	21 (100)	
Geliri 3000TL ve altı olanlar S (%)*	227 (33,5)	451 (66,5)	678 (100)	p=0,01**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	76 (43,9)	97 (56,1)	173 (100)	
Lise altı eğitim almışlar S (%)*	55 (35,5)	100 (64,5)	155 (100)	p=0,97
Lise ve üstü eğitim almışlar S (%)*	248 (35,6)	448 (64,4)	696 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	157 (35,5)	285 (64,5)	442 (100)	p=0,96
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	146 (35,7)	263 (64,3)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	31 (32,0)	66 (68,0)	97 (100)	p=0,43
Diğer meslekler S (%)*	272 (36,1)	482 (63,9)	754 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	165 (42,1)	227 (57,9)	392 (100)	p<0,001**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	138 (30,1)	321 (69,9)	459 (100)	

*: satır yüzdesi

**: istatistiksel olarak anlamlıdır

Katılımcılarımızın kendi diyetlerinde kullandıkları besin takviyelerini kategorize ettiğimizde; %13,3'ü (s=113) bal, %10,3'ü (s=88) vitamin, %16,6'sı (s=141) bitkisel çay kullandıklarını belirtmişlerdi. Katılımcılar daha az oranlarda kalsiyum, demir, kalsiyum ve demir, pekmez, yeşil çay, balık yağı ve zencefil kullandıklarını belirtirken, %86,8'i (s=739) bunlardan hiç birini kullanmadığını belirtmişlerdi (Tablo IV.XX.).

Tablo IV.XX. Katılımcıların kendi diyetinde bulunan besin takviyeleri

Kendi diyetinde bulunan besin takviyeleri	SAYI	YÜZDE (%)
Bitkisel çay	141	16,6
Bal	113	13,3
Vitamin	88	10,3
Kalsiyum	30	3,5
Demir	14	1,6
Pekmez	10	1,2
Yeşil çay	10	1,2
Balık yağı	9	1,1

Not: Birden fazla besin işaretlenmiştir.

Bunların dışında bir besin kullananlar %7,1'di (s=60). Bunların dışında kullanılan besinler de, %1,5 (s=13) ısırgan otu, %0,7 (s=6) çörekotu yağı ve daha az oranlarda polen, propolis, arı sütü, ceviz yağı, ginseng, magnezyum, aloe vera, keçi boynuzu, elma sirkesi, kuşburnu çayı, keten tohumu, kantaron, tarçın, enginar, biberiye, soya, B12 vitamini idi. Katılımcılarımızdan kendi diyetini desteklemek için bir besin kullananların %66,4'ü (s=150) çocuğunun diyetini desteklemek için de bir besin kullanıyordu. Kendi diyetini desteklemeyenlerin %78,2'si (s=312) de, çocuğunun diyetini desteklemek için bir besin kullanmamaktaydı ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$).

4.8. Katılımcıların Eczaneden Aldıkları

Katılımcılarımıza eczaneyi o günkü ziyaretlerinde ne tür bir ürün aldıklarını sordüğümüzde; %35,4'ü (s=301) ağrı kesici almıştı diğerleri tabloda belirtilmiştir (Tablo IV.XXI.).

Tablo IV.XXI. Katılımcıların eczaneyi o günkü ziyaretlerinde aldıkları ürün türü

Eczaneden aldığı ilaç	SAYI	YÜZDE (%)
Ağrı kesici	301	35,4
Vitamin	82	9,6
Grip ilacı	69	8,1
Kullandığı tansiyon ilacı	38	4,5
Kan sulandırıcı	37	4,3
Mide ilacı	35	4,1
Kullandığı şeker ilacı	31	3,6
Antibiyotik	28	3,3
Kullandığı kalp ilacı	24	2,8
Kullandığı depresyon ilacı	21	2,5
Pastil	21	2,5
Kullandığı tiroit ilacı	16	1,9

Not: Birden fazla ürün işaretlenmiştir.

Bunların dışında bir ürün alanlar %17,4'ü (s=148) idi. Bu ürünleri de, (%1,8 (s=16) demir ilacı, %1,5 (s=15) kozmetik krem, %0,8(s=7) alerji ilacı, %0,8 (s=7) astım ilacı, %0,8(s=7) balık yağı tableti, %0,7 (s=6) şampuan, %0,5 (s=5) doğum kontrol hapı, %0,4 (s=4) çörekotu yağı tableti, %0,4 (s=4) obezite ilacı, %0,4 (s=4) sivilce ilacı, %0,4 (s=4) glikozaminoglikan, %0,4 (s=4) hormon düzenleyici ve daha az oranlarda vertigo ilacı, burun spreyi, boğaz spreyi, enginar tableti, kas gevşetici, göz damlası, mantar ilacı, kalsiyum, kolşisin, ısırganotu sabunu, ardıç sabunu, kekik yağı, propolis, yeşilçay, yeşil kahve, grip aşısı, sarımsak şampuanı, kabızlık ilacı, viks) olarak sıralayabiliriz.

Katılımcılarımızın %73,7'si (s=627) aldıkları bu ürünü daha önce kullanmışlardı. Aldıkları ürünü kimin önerdiğini sorduğumuzda da birinci sırada %73,3 ile (s=624) doktor, şeklinde cevap verdiler ayrıntıları tablo IV.XXII'dedir. Yine katılımcılarımızın %35,0'ı (s=298) aldıkları ürünü beş ve daha fazla sayıda kullanmıştı.

Tablo IV.XXII. Katılımcıların aldıkları ürünün bilgisini kimden aldığı

Aldığınız ürünü kim önerdi?	SAYI	YÜZDE (%)
Doktor	624	73,3
Eczacı	100	11,8
Yakın çevreden biri	86	10,1
Başka sağlık personeli	22	2,6
TV-radyo-internet	19	2,2

Ne amaçla aldıklarını sorduğumuzda da %76,9'u (s=654) tedavi amaçlı, %20,4'ü (s=174) korunma amaçlı, %2,7'si (s=23) kozmetik amaçlı aldıklarını belirttiler. Katılımcılarımızın tamamı eczaneden reçetesiz ilaç alanlar idi ve bu ilacı kendilerine kimin önerdiği konusunda bir sağlıkçı tarafından önerilme durumu, aile hekimi tarafından takipliler ile diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,009$; $p>0,05$). Yine bu konuda kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=2,373$; $p>0,05$).

Katılımcılarımızı eczaneye getiren bu rahatsızlıklarıyla ilgili olarak ilaç dışında bir girişimde bulunma oranı %13,6 (s=116) idi. Yine, bu rahatsızlıkla ilgili olarak %44,7'si (s=380) ise hiçbir hekime gitmemişti. Geri kalanların, %25,6 (s=218) oranında aile hekimine, %29,7 (s=253) oranda da başka bir uzmana gitmiştir. Gittikleri hekim %47,1 (s=401) oranda ilaç, %4,8 (s=41) diyet, %1,4 (s=12) egzersiz önermiş, %0,1'i de (s=1) sevk etmişti. Bunların dışında önerisi olan %2,7'dir (s=23) ve bunlar, %1,2 (s=10) ameliyat, daha az oranlarda fizik tedavi, buhar, istirahat, yaşam tarzı değişikliği ve aşı idi.

Katılımcılarımıza “aldığınız ürünü başkalarına önerir misiniz” diye sorduğumuzda %29,8'i (s=254) “evet öneririm” derken %70,2'si (s=597) “hayır önermem” diye belirtmiştir. Yine, bu soruyu kadınların %36,6'sı (s=144), erkeklerin ise %24,0'ı (s=110) “evet” olarak cevapladı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=16,097$; $p<0,001$). En fazla ilköğretim mezunu olanlar %21,3 (s=33), lise ve üstü eğitim alanlar %31,8 (s=221) oranında aldıkları ürünü başkasına önerebilirlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=6,627$; $p=0,01$). Aile hekimi tarafında takipli olanların %27,4'ü (s=121), takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olanların %32,5'i aldığı ürünü başkasına önerebileceğini belirtti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=2,683$; $p>0,05$). Önerme sebepleri olarak da %13,8 (s=118) “iyi geldi”, %7,5 (s=64) “faydalı”, %1,5 (s=13) “etkili”, %1,1 (s=10) “zararsız”, %0,8 (s=7) “işe yaradı” şeklinde idi. Bunların yanı sıra %3,5'i (s=30) önerebileceği halde nedenini belirtmemişti.

4.9. Katılımcılarımızın Modern Tıbbi Tedavilerle Karşılaştırıldığında Bitkisel Tedavi Yöntemleri İle İlgili Düşünceleri

4.9.1. “Bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır”

Bitkisel tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığımızda, katılımcılarımızın %19,1'i (s=162) bitkisel tedavileri kesinlikle zararsız bulmaktaydı. Kadınların %19,1'i (s=75), erkeklerin %19,0'ı (s=87) kesinlikle zararsız demektedir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0,001$; $p>0,05$ $p=0,97$). Aynı duruma, en fazla ilköğretim mezunu olanlar %25,2 (s=39), lise ve üstü eğitimi olanlar %17,7 (s=123) oranında “kesinlikle zararsızdır” demişlerdir ve bu durum istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,613$; $p=0,03$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlar %20,2 (s=137), 3001 TL ve üzeri olanlar da %14,5 (s=25) oranlarında bitkisel tedavileri zararsız bulmaktaydı ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=2,962$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavilerin kesinlikle zararsız olduğuna inanma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,721$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %15,1 (s=25), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %20,0 (s=137) oranlarında bu fikirde idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=2,115$; $p>0,05$). Kronik hastalığın varlığına göre bu fikirde olma açısından anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=3,463$; $p>0,05$). Aynı şekilde sağlık çalışanları ile diğer meslek grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,505$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXIII).

Tablo IV.XXIII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	75 (19,1)	318 (80,0)	393 (100)	p=0,97
Erkek S (%)*	87 (19,0)	371 (81,0)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	39 (25,2)	116 (74,8)	155 (100)	p=0,03**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	123 (17,7)	573 (82,3)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	137 (20,2)	541 (79,8)	678 (100)	p=0,09
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	25 (14,5)	148 (85,5)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	89 (20,1)	353 (79,9)	442 (100)	p=0,40
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	73 (17,8)	336 (82,2)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	14 (14,4)	83 (85,6)	97 (100)	p=0,22
Diğer meslekler S (%)*	148 (19,6)	606 (80,4)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	137 (20,0)	548 (80,0)	685 (100)	P=0,15
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	25 (15,1)	141 (84,9)	166 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Bitkisel tedavilerin kesinlikle zararsız oluşunu düşünen katılımcılarımızın %38,3’ü (s=62) tıp dışı yöntemlerden bitkisel tedavileri tercih ettiklerini belirtirken, kesinlikle zararsız olduğunu düşünmeyenlerin %28,0’ı (s=193) bitkisel tedavileri tercih etmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=6,579$; $p=0,01$). Bitkisel tedavilerin kesinlikle zararsız oluşunu düşünen katılımcılarımız, bu fikirde olmayanlara göre anlamlı derecede hastalanınca bir resmi sağlık kuruluşuna gitmemekteydi ($\chi^2=12,564$; $p<0,001$).

4.9.2. “Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavileri destekleyebilir”

Bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavileri destekleyebileceğini düşünen katılımcılarımız %71,2’ydi (s=606). Kadınların %69,5’i (s=273), erkeklerin %72,7’si

(s=333) bu şekilde cevaplamıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,084$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar %60,0 (s=93), lise ve üstü eğitimi olanlar ise %73,7 (s=513) oranlarında bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerini destekleyebileceğini düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=11,617$; $p=0,001$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlar %68,6 (s=465), 3001 TL ve üstü olanlar %81,5 (s=141) oranlarında bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerini destekleyebileceğini düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=11,221$; $p=0,001$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerini destekleyebileceği görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,379$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %72,9 (s=121), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %70,8 (s=485) oranlarında bu fikirde idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,284$; $p>0,05$). Bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerini destekleyebileceği düşüncesinde sağlık çalışanları ile diğer meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,377$; $p>0,05$). Aynı şekilde kronik hastalığın olma ya da olmama durumunun da bu düşüncede olma açısından istatistiksel anlamlılığı yoktu ($\chi^2=2,241$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXIV.).

Tablo IV.XXIV. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavileri destekleyebilir” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavileri destekleyebilir	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	273 (69,5)	120 (30,5)	393 (100)	p=0,30
Erkek S (%)*	333 (72,7)	125 (27,3)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	93 (60,0)	62 (40,0)	155 (100)	p=0,001**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	513 (73,7)	183 (26,3)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	465 (68,6)	213 (31,4)	678 (100)	p=0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	141 (81,5)	32 (18,5)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	307 (69,5)	135 (30,5)	442 (100)	p=0,24
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	299 (73,1)	110 (26,9)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	74 (76,3)	23 (23,7)	97 (100)	p=0,24
Diğer meslekler S (%)*	532 (70,6)	222 (29,4)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	485 (70,8)	200 (29,2)	685 (100)	p=0,59
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	121 (72,9)	45 (27,1)	166 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.3. “Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilir”

Bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabileceğini düşünen katılımcılarımız %5,8’di (s=49). Kadınların %4,1’i (s=16), erkeklerin %7,2’si (s=33) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=3,828$; $p=0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar %7,7 (s=12), lise ve üstü eğitimi olanlar da %5,3 (s=37) oranlarında bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabileceğini belirtmişti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,375$; $p>0,05$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlar %6,3 (s=43), 3001 TL ve üstü olanlar ise %3,5 (s=6) oranlarında bu fikirde olduklarını belirtmişlerdi ve aralarındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=2,098$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabileceği görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,026$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %4,8'i (s=19), kronik hastalığı olmayanların %6,5'i (s=30) bu fikirde idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,112$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %5,4 (s=9), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %5,8 (s=40) oranlarında bu fikirde idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,043$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise; sağlık çalışanları istatistiksel olarak anlamlı derecede bu fikirde değildi ($\chi^2=4,508$; $p=0,03$) (Tablo IV.XXV).

Tablo IV.XXV. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilir” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedaviler modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilir	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	16 (4,1)	377 (95,9)	393 (100)	p=0,05
Erkek S (%)*	33 (7,2)	425 (92,8)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	12 (7,7)	143 (92,3)	155 (100)	p=0,24
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	37 (5,3)	659 (94,7)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	43 (6,3)	635 (93,7)	678 (100)	p=0,15
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	6 (3,5)	167 (96,5)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	26 (5,9)	416 (94,1)	442 (100)	p=0,87
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	23 (5,6)	386 (94,4)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	1 (1,0)	96 (99,0)	97 (100)	Fisher's exact=0,03
Diğer meslekler S (%)*	48 (6,4)	706 (93,6)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	40 (5,8)	645 (94,2)	685 (100)	Fisher's exact= 1,00
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	9 (5,4)	157 (94,6)	166 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.4. “Bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunması kolaydır”

Bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğunu dűřünen katılımcılarımız %19,6’ydı (s=167). Kadınların %23,7’si (s=93), erkeklerin %16,2’si (s=74) bu fikirde olduklarını belirtmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=7,557$; $p=0,006$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar %18,1 (s=28), lise ve üstü eğitimi olanlar da %20,0 (s=139) oranlarında bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğunu düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,292$; $p>0,05$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlar %17,7 (s=120), 3001 TL ve üstü olanlar ise %27,2 (s=47) oranlarında bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğunu düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=7,834$; $p=0,005$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğu görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,787$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %18,9’u (s=74), kronik hastalığı olmayanların %20,3’ü (s=93) bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğu görüşünde idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,257$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,016$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise; istatistiksel olarak anlamlı derecede sağlık çalışanları bu fikirde idi ($\chi^2=4,680$; $p=0,03$) (Tablo IV.XXVI).

Tablo IV.XXVI. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunması kolay” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunması kolay	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	93 (23,7)	300 (76,3)	393 (100)	p=0,006**
Erkek S (%)*	74 (16,2)	384 (83,8)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	28 (18,1)	127 (81,9)	155 (100)	p=0,59
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	139 (20,0)	557 (80,0)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	120 (17,7)	558 (82,3)	678 (100)	p=0,005**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	47 (27,2)	126 (72,8)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	79 (17,9)	363 (82,1)	442 (100)	p=0,18
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	88 (21,5)	321 (78,5)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	27 (27,8)	70 (72,2)	97 (100)	p=0,03**
Diğer meslekler S (%)*	140 (18,6)	614 (81,4)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	135 (19,7)	550 (80,3)	685 (100)	p=0,90
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	32 (19,3)	134 (80,7)	166 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.5. ” Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim”

Bitkisel tedavilerle ilgili olarak ” kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” şeklinde belirtenler %10,8 (s=92) oranında idi. Bu durum kadınlarda %14,0 (s=55) iken, erkeklerde %8,1’di (s=37) ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=7,678$; $p=0,006$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar %5,8 (s=9), lise ve üstü eğitimi olanlar ise %11,9 (s=83) oranlarında bu fikirde olduklarını belirtmişlerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,922$; $p=0,03$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlarda %10,2 (s=69), 3001 TL ve üstü olanlar ise %13,3 (s=23) “kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” görüşündeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,390$; $p>0,05$). Bu görüşü aile

hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında değerlendirdiğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,002$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %9,7'si (s=38), kronik hastalığı olmayanların %11,8'i (s=54) ”kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,940$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,294$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise bu fikir açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ($\chi^2=0,032$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXVII).

Tablo IV.XXVII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavileri kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” düşüncesinde olma durumu

“Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim”	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	55 (14,0)	338 (86,0)	393 (100)	p=0,006**
Erkek S (%)*	37 (8,1)	421 (91,9)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	9 (5,8)	146 (94,2)	155 (100)	p=0,03**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	83 (11,9)	613 (88,1)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	69 (10,2)	609 (89,8)	678 (100)	p=0,24
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	23 (13,3)	150 (86,7)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	48 (10,9)	394 (89,1)	442 (100)	p=0,96
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	44 (10,8)	365 (89,2)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	11 (11,3)	86 (88,7)	97 (100)	Fisher's exact=0,86
Diğer meslekler S (%)*	81 (10,7)	673 (89,3)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	76 (11,1)	609 (88,9)	685 (100)	Fisher's exact=0,68
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	16 (9,6)	150 (90,4)	166 (100)	

*: satır yüzdesi ** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.6. “Sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum”

Bitkisel tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığımızda, “sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” düşüncesinde olanlar %9,6’dır (s=82). Bu düşüncüyü paylaşan kadınlar %9,7 (s=38) iken, erkekler %9,6’dır (s=44) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,001$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanlar %14,2 (s=22), lise ve üstü eğitimi olanlar ise %8,6’dı (s=60) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,522$; $p=0,03$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanların %9,6’sı (s=65) “sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” düşüncesinde iken, 3001 TL ve üstü olanların ise %9,8’i (s=17) bu düşüncede idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,009$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında “sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,689$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %12,0’ı (s=47), kronik hastalığı olmayanların %7,6’sı (s=35) ” sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,626$; $p=0,03$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı bki 30 ve üzeri olanlar daha fazla bu fikirde idi ($\chi^2=4,217$; $p=0,04$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise bu fikir açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ($\chi^2=0,941$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXVIII).

Tablo IV.XXVIII. Sosyodemografik özelliklere göre “sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” düşüncesinde olma durumu

“sağlığımla ilgili kendim vermeyi ediyorum” karar tercih	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	38 (9,7)	355 (90,3)	393 (100)	p=0,98
Erkek S (%)*	44 (9,6)	414 (90,4)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	22 (14,2)	133 (85,8)	155 (100)	p=0,03**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	60 (8,6)	636 (91,4)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	65 (9,6)	613 (90,4)	678 (100)	p=0,92
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	17 (9,8)	156 (90,2)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	37 (8,4)	405 (91,6)	442 (100)	p=0,19
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	45 (11,0)	364 (89,0)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	12 (12,4)	85 (87,6)	97 (100)	p=0,33
Diğer meslekler S (%)*	70 (9,3)	684 (90,7)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	59 (8,6)	626 (91,4)	685 (100)	p=0,04**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	23 (13,9)	143 (86,1)	166 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	47 (12,0)	345 (88,0)	392 (100)	p=0,03**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	35 (7,6)	424 (92,4)	459 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.7. “Bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylık”

Bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesini bir kolaylık olarak düşünen katılımcılarımızın oranı %7,5 idi (s=64). Kadınların %8,7’si (s=38), erkeklerin ise %6,6’sı (s=44) bu düşüncededeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=1,343$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanların %3,2’si (s=5), lise ve üstü eğitimi olanların da %8,5’i (s=60) bu düşüncededeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=5,026$; $p=0,03$). Gelir düzeyi 3000 TL

ve altı olanların %5,8'i (s=39), 3001 TL ve üstü olanların ise %14,5'i (s=25) bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesini bir kolaylık olarak düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=14,995$; $p<0,001$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında "bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylıktır" görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,039$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %6,4'ü (s=25), kronik hastalığı olmayanların %8,5'i (s=39) " bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylıktır" şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,365$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,664$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise sağlık çalışanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde idi ($\chi^2=15,757$; $p<0,001$) (Tablo IV.XXIX.).

Tablo IV.XXIX. Sosyodemografik özelliklere göre "bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylıktır" düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesi bir kolaylıktır	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	34 (8,7)	359 (91,3)	393 (100)	p=0,25
Erkek S (%)*	30 (6,6)	428 (93,4)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	5 (3,2)	150 (96,8)	155 (100)	p=0,03**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	59 (8,5)	637 (91,5)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	39 (5,8)	639 (94,2)	678 (100)	p<0,001**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	25 (14,5)	148 (85,5)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	34 (7,7)	408 (92,3)	442 (100)	p=0,84
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	30 (7,3)	379 (92,7)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	17 (17,5)	80 (82,5)	97 (100)	Fisher's exact<0,001**
Diğer meslekler S (%)*	47 (6,2)	707 (93,8)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	54 (7,9)	631 (92,1)	685 (100)	Fisher's exact=0,51
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	10 (6,0)	156 (94,0)	166 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.8. “Bitkisel tedavi yöntemlerini doğru bulmuyorum”

Katılımcılarımızdan bitkisel tedavi yöntemlerini doğru bulmayanlar %9,6'dı (s=82). Kadınların %9,4'ü (s=37), erkeklerin %9,8'i (s=45) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,041$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre en fazla ilköğretim mezunu olanların %18,1'i (s=28), lise ve üstü eğitimi olanların da %7,8'i (s=54) bitkisel tedavi yöntemini doğru bulmamaktaydı ve aralarındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=15,463$; $p<0,001$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanların %10,2'si (s=69), 3001 TL ve üstü olanların ise %7,5'i (s=13) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=1,122$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavileri doğru bulmama görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,107$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %13,3'ü (s=52), kronik hastalığı olmayanların %6,5'i (s=30) ” bitkisel tedavileri doğru bulmuyorum” şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=10,996$; $p=0,001$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,345$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=2,525$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXX.).

Tablo IV.XXX. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavileri doğru bulmuyorum” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedavileri doğru bulmuyorum	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	37 (9,4)	356 (90,6)	393 (100)	p=0,84
Erkek S (%)*	45 (9,8)	413 (90,2)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	28 (18,1)	127 (81,9)	155 (100)	p<0,001**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	54 (7,8)	642 (92,2)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	69 (10,2)	609 (89,8)	678 (100)	p=0,29
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	13 (7,5)	160 (92,5)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	44 (10,0)	398 (90,0)	442 (100)	p=0,74
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	38 (9,3)	371 (90,7)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	5 (5,2)	92 (94,8)	97 (100)	Fisher's exact=0,14
Diğer meslekler S (%)*	77 (10,2)	677 (89,8)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	64 (9,3)	621(90,7)	685 (100)	Fisher's exact=0,56
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	18 (10,8)	148 (89,2)	166 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	52 (13,3)	340 (86,7)	392 (100)	p=0,001**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	30 (6,5)	429 (93,5)	459 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.9.” Modern tıptan fayda görmeyenler bitkisel tedavi yöntemlerini kullanabilir”

Modern tıptan fayda görmeyenlerin bitkisel tedavi yöntemlerini kullanabileceğini düşünen katılımcılarımız %8,0'dı (s=68). Kadınların %7,1'i (s=28), erkeklerin %8,7'si (s=40) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,745$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanların %5,8'i (s=9), lise ve üstü eğitimi olanların da %8,5'i (s=59) modern tıptan fayda görmeyenlerin bitkisel tedavi yöntemlerini kullanabileceğini düşünmekteydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=1,230$; $p>0,05$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanların ise %7,2'si (s=49), 3001 TL ve üstü olanların ise %11,0'ı (s=19) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=2,644$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında

modern tıptan fayda görmeyenlerin bitkisel tedavi yöntemlerini kullanabileceği görüşü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,030$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %8,9'u (s=35), kronik hastalığı olmayanların %7,2'si (s=33) "modern tıptan fayda görmeyen bitkisel tedavileri kullanabilir" şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,870$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,522$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=1,671$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXXI.).

Tablo IV.XXXI. Sosyodemografik özelliklere göre "modern tıptan fayda görmeyen bitkisel tedavileri kullanabilir" düşüncesinde olma durumu

Modern tıptan fayda görmeyen bitkisel tedavileri kullanabilir	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	28 (7,1)	365 (92,9)	393 (100)	p=0,39
Erkek S (%)*	40 (8,7)	418 (91,3)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	9 (5,8)	146 (94,2)	155 (100)	p=0,27
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	59 (8,5)	637 (91,5)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	49 (7,2)	629 (92,8)	678 (100)	p=0,10
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	19 (11,0)	154 (89)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	36 (8,1)	406 (91,9)	442 (100)	p=0,86
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	32 (7,8)	377 (92,2)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	11 (11,3)	86 (88,7)	97 (100)	Fisher's exact=0,23
Diğer meslekler S (%)*	57 (7,6)	697 (92,4)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	57 (8,3)	628 (91,7)	685 (100)	Fisher's exact=0,52
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	11 (6,6)	155 (93,4)	166 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.9.10. “Bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum”

Bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanan katılımcılarımız %7,8’di (s=66). Kadın katılımcılarımızdan bu düşünce de olanlar %8,9 (s=35) iken, erkek katılımcılarımızdan ise %6,8’di (s=31) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=1,351$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanların %7,7’si (s=12), lise ve üstü eğitimi olanların da %7,8’i (s=54) bu fikirdeydi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdı ($\chi^2=0,000$; $p>0,05$). Gelir düzeyi 3000 TL ve altı olanlar %6,8 (s=46), 3001 TL ve üstü olanlar ise %11,6 (s=20) oranlarında bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanmaktaydı ve aralarındaki fark da istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,395$; $p=0,04$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında bitkisel tedavi yöntemlerinin kanserden koruduğuna inanma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,708$; $p>0,05$). Kronik hastalığı olanların %9,2’si (s=36), kronik hastalığı olmayanların %6,5’i (s=30) ” bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum” şeklinde düşünenler idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=2,072$; $p>0,05$). Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar ile beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,367$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarını karşılaştırdığımızda ise bu fikir açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,355$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXXII.).

Tablo IV.XXXII. Sosyodemografik özelliklere göre “bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum” düşüncesinde olma durumu

Bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	35 (8,9)	358 (91,1)	393 (100)	p=0,25
Erkek S (%)*	31 (6,8)	427 (93,2)	458 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	12 (7,7)	143 (92,3)	155 (100)	p=0,99
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	54 (7,8)	642 (92,2)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	46 (6,8)	632 (93,2)	678 (100)	p=0,04**
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	20 (11,6)	153 (88,4)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	31 (7,0)	411 (93,0)	442 (100)	p=0,40
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	35 (8,6)	374 (91,4)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	9 (9,3)	88 (90,7)	97 (100)	Fisher's exact=0,55
Diğer meslekler S (%)*	57 (7,6)	697 (92,4)	754 (100)	
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	55 (8,0)	630 (92,0)	685 (100)	Fisher's exact=0,63
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	11 (6,6)	155 (93,4)	166 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

4.10. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ve İlişkili Durumlar

Beden Kitle İndeksi, 18,49'un altı zayıf, 18,50-24,99 arası normal kilolu, 25,00-29,99 arası fazla kilolu. Beden kitle indeksi (BKİ) 30,00-34,99 arası orta derece obez, 35,00-39,99 arası ağır derece obez, 40,00 ve üstünü de çok ağır derece (morbid) obez şeklinde kategorize ettiğimizde; çalışma grubumuzun %2,8'i (s=24) zayıf, %36,3'ü (s=309) normal kilolu, %41,4'ü (s=352) fazla kilolu, %16,0'ı (s=136) orta derece obez, %2,5'i (s=21) ağır derece obez, %1,1'i (s=9) ise morbid obezdi. Beden kitle indeksi en fazla 29,99 ve altı olanlar %80,5 (s=685) iken, 30 ve üstü olanlar %19,5'di (s=166). Kadınların %19,8'nin (s=78), erkeklerin de %19,2'sinin (s=88) beden kitle indeksleri 30

ve üzeriydi aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,054$; $p>0,05$). Evli olan katılımcılarımızın %23,1'i (s=148), bekârların ise %8,6'sının (s=16) beden kitle indeksleri 30 ve üzeri idi aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=21,232$; $p<0,001$). Kentsel alanda oturanların %18,7'sinin (s=144), kırsal alanda oturanların ise %27,22'sinin (s=22) beden kitle indeksleri 30 ve üzeriydi aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=3,340$; $p>0,05$). Eğitim düzeyine göre baktığımızda ise en fazla ilköğretim mezunu olanların %25,8'inin (s=40), lise ve üstü eğitimi olanların da %18,1'inin (s=126) beden kitle indeksleri 30 ve üzeriydi aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=4,791$; $p=0,03$). Gelir düzeyine göre ise 3000 TL ve altı geliri olanların %19,0'ının (s=129), 3001 TL ve üzeri geliri olanların ise %21,4'ünün (s=37) beden kitle indeksleri 30 ve üzeriydi aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,489$; $p>0,05$). Aile hekimi tarafından takipli olanlar ile takipli olmayanlar ve diğer branş uzmanlarınca takipli olan katılımcılarımız arasında beden kitle indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,534$; $p>0,05$). Sağlık çalışanları ile diğer meslek gruplarına baktığımızda ise, diğer meslek gruplarının beden kitle indeksleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2=8,839$; $p=0,003$). Kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre beden kitle indeksleri 30 ve üzeriydi aralarındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=8,235$; $p=0,004$) (Tablo IV.XXXIII.).

Tablo IV.XXXIII. Sosyodemografik özelliklere göre beden kitle indeksi

Beden kitle indeksi	29,99 ve altı S (%)*	30,00 ve üzeri S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
Kadın S (%)*	315 (80,2)	78 (19,8)	393 (100)	p=0,82
Erkek S (%)*	370 (80,8)	88 (19,2)	458 (100)	
Evli olanlar S (%)*	493 (76,9)	148 (23,1)	641 (100)	p<0,001**
Bekar olanlar S (%)*	192 (91,4)	18 (8,6)	210 (100)	
Kentte oturanlar S (%)*	626 (81,3)	144 (18,7)	770 (100)	p=0,07
Kırsal alanda oturanlar S (%)*	59 (72,8)	22 (27,2)	81 (100)	
Lise altı eğitim alanlar S (%)*	115 (74,2)	40 (25,8)	155 (100)	p=0,03**
Lise ve üstü eğitim alanlar S (%)*	570 (81,9)	126 (18,1)	696 (100)	
Geliri 3000 TL ve altı olanlar S (%)*	549 (81,0)	129 (19,0)	678 (100)	p=0,48
Geliri 3001 TL ve üstü olanlar S (%)*	136 (78,6)	37 (21,4)	173 (100)	
Aile hekimi takipli olanlar S (%)*	360 (81,4)	82 (18,6)	442 (100)	p=0,47
Diğer branş takipli olanlar ve takipli olmayanlar S (%)*	325 (79,5)	84 (20,5)	409 (100)	
Sağlık çalışanları S (%)*	89 (91,8)	8 (8,2)	97 (100)	p=0,003**
Diğer meslekler S (%)*	596 (79,0)	158 (21,0)	754 (100)	
Kronik hastalığı olanlar S (%)*	299 (76,3)	93 (23,7)	392 (100)	p=0,004**
Kronik hastalığı olmayanlar S (%)*	386 (84,1)	73 (15,9)	459 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %5,4'ü (s=9) kendi sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendirirken, beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların %3,2'si (s=22) kendi sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendirmişti. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=1,859$; $p>0,05$).

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %45,2'sinin (s=75), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %29,6'sının (s=203) sürekli kullandıkları bir ilaçları vardı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=14,681$; $p<0,001$) (Tablo IV.XXXIV.).

Tablo IV.XXXIV. Beden kitle indeksine göre sürekli kullandığı ilaç varlığı

Sürekli kullandığı ilaç var mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	203 (29,6)	482 (70,4)	685 (100)	p<0,001**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	75 (45,2)	91 (54,8)	166 (100)	
Total S (%)*	278 (32,7)	573 (67,3)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %20,5'i (s=34), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %9,6'sı (s=66) yüksek tansiyon hastası olduğunu ifade etti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=15,160$; $p<0,001$) (Tablo IV.XXXV.).

Tablo IV.XXXV. Beden kitle indeksi ile hipertansiyon ilişkisi

Hipertansiyon hastalığı var mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	66 (9,6)	619 (90,4)	685 (100)	p<0,001**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	34 (20,5)	132 (79,5)	166 (100)	
Total S (%)*	100 (11,8)	751(88,2)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %11,4'ünde (s=19), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %7,9'unda (s=54) kalp damar hastalığı var idi ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=2,162$; $p>0,05$). Aynı şekilde şeker hastalığı için beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %18,'i (s=30), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %6,6'sı (s=45) şeker hastalığı olduğunu beyan etti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=22,000$; $p<0,001$) (Tablo IV.XXXVI).

Tablo IV.XXXVI. Beden kitle indeksi ile şeker hastalığı ilişkisi

Şeker hastalığı var mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	45 (6,6)	643 (93,4)	685 (100)	p<0,001**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	30 (18,1)	136 (81,9)	166 (100)	
Total S (%)*	75 (8,8)	776 (91,2)	851 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Kolesterol yüksekliği için de değerlendirdiğimizde beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların daha fazla, kolesterol yüksekliğinin bir sağlık kuruluşunda tespit edildiği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($\chi^2=4,869$; $p=0,03$) (Tablo IV.XXXVII).

Tablo IV.XXXVII. Beden kitle indeksi ile kolesterol yüksekliği ilişkisi

Kolesterol yüksekliği var mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	38 (5,5)	647 (94,5)	685 (100)	p<0,03**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	17 (10,2)	149 (89,8)	166 (100)	
Total S (%)*	55 (6,5)	796 (93,5)	851 (100)	

*: satır yüzdesi

** : istatistiksel olarak anlamlıdır

Depresyonda ($\chi^2=1,892$; $p>0,05$) ve mide rahatsızlığında ($\chi^2=0,408$; $p>0,05$) aralarında istatistiksel olarak anlamlılık yok iken, beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlar istatistiksel olarak daha fazla astım hastalığı olduğunu beyan etmişti ($\chi^2=10,890$; $p=0,001$) (Tablo XXXVIII.). Tiroit hastalığında da yine aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=0,290$; $p>0,05$).

Tablo IV.XXXVIII. Beden kitle indeksi ile astım ilişkisi

Astım hastalığı var mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	9 (1,3)	676 (98,7)	685 (100)	p=0,001** fisher's exact=0,003
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	9 (5,4)	157 (94,6)	166 (100)	
Total S (%)*	18 (2,1)	833 (97,9)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %59,6'sı (s=99), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %63,2'si (433) hayatları boyunca bir bitkisel tedavi aldıklarını belirtmişlerdi ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,728$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXXIX).

Tablo IV.XXXIX. Beden kitle indeksi ve hayatı boyunca bir bitkisel tedavi alma durumu

Hayatı boyunca bir bitkisel tedavi aldı mı?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	252 (36,8)	433 (63,2)	685 (100)	p=0,39
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	67 (40,4)	99 (59,6)	166 (100)	
Total S (%)*	319 (37,5)	532 (62,5)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %38,6'sı (s=64), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %38,2'si (s=262) şimdye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi almıştı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,005$; $p>0,05$) (Tablo IV.XXXX).

Tablo IV.XXXX. Beden kitle indeksi ve bilinen tıbbi yöntem dışı bir tedavi kullanma durumu

Bilinen tıbbi yöntem dışı bir tedavi kullandı mı ?	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	262 (38,2)	423 (61,8)	685 (100)	p=0,94
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	64 (38,6)	102 (61,4)	166 (100)	
Total S (%)*	326 (38,3)	525 (61,7)	851 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Bilinen tıbbi yöntemlerin dışında yaptıkları uygulamayı sorguladığımızda ise, beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %27,1'nin (s=45), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %30,7'sinin (s=210) bitkisel tedavi tercih ettikleri tespit edilmişti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,802$; $p>0,05$).

Çocuk sahibi olup beden kitle indeksi 30 ve üzeri olan katılımcılarımızın %21,9'u (s=33), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olan katılımcılarımızın ise %23,2'si çocuklarına bilinen tıbbi yöntemler dışında bir uygulamada bulunmuştu ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,119$; $p>0,05$).

Yine çocuk sahibi olup beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %29,1'i (s=44), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %40,7'si (s=193) çocuklarının diyetini desteklemek için bir besin kullanmaktaydı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($\chi^2=6,521$; $p=0,01$) (Tablo IV.XXXXI).

Tablo IV.XXXIX. Çocuk sahibi olanların beden kitle indeksine göre çocuklarının diyetini desteklemek için bir besin kullanma durumu.

Çocuklarının diyetini desteklemek için bir besin kullanma	Evet S (%)*	Hayır S (%)*	Total S (%)*	p değeri**
BKİ 29,99 ve altı S (%)*	193 (40,7)	281 (59,3)	474 (100)	p=0,01**
BKİ 30,00 ve üzeri S (%)*	44 (29,1)	107 (70,9)	151 (100)	
Total S (%)*	237 (37,9)	388 (62,1)	625 (100)	

*: satır yüzdesi **: istatistiksel olarak anlamlıdır

Çocuk sahibi olan katılımcılarımızın kendi diyetini destekleme durumu ise beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanlarda %35,1 (s=53) iken, beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanlarda %36,5'dur (s=173) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,097$; $p>0,05$ $p=0,76$). Tüm katılımcılarımızdan beden kitle indeksi 30 ve üzeri olanların %36,7'si (s=61), beden kitle indeksi 29,99 ve altı olanların ise %35,3'ü (s=242) kendi diyetlerini desteklemek için bir besin kullanmaktaydı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,117$; $p>0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Veriler ve OTC

Dünyada ve ülkemizde OTC'ye giderek ilgi artmaktadır ve önümüzdeki 5 yıl içerisinde de eczane cirolarının büyük bir kısmını OTC'nin oluşturacağı öngörülmektedir (52). Çalışmamızda OTC ve bitkisel ilaçların kullanımıyla ilgili ilginç verilere ulaşılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin ve katılımcıların, kontrolü altında oldukları hekimlerin OTC kullanımında etkili olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların çoğu erkekti ve yine katılımcılarımızın çoğunun yaşları 18-30 ile 31-40 yaş aralığında idi. Kadın katılımcılarımız erkeklere göre anlamlı derecede daha gençti. Aydın ili 2014 yılı nüfus verilerine göre erkekler nüfusun %49,9'unu, kadınlar ise %50,1'ini oluşturmaktaydı ve nüfusun %50'si 35 yaş altı gençlerden oluşmaktaydı (58). Çalışma grubumuzun çok büyük bir kısmının sosyal güvencesi vardı ve bu Aydın İli Sosyal Güvenlik Verileri ile uyumlu idi (59). Çalışma grubumuzun eğitim düzeyi oldukça yüksekti %80'i lise ve üstü eğitim almıştı. Erkekler kadınlara göre anlamlı derecede daha eğitilmişti. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da, lise ve üstü eğitimi olanlar anlamlı derecede daha fazla reçetesiz ilaç almakta idi (60).

Çalışma grubumuzda, sigara ve alkol kullanımı erkeklerde anlamlı derecede fazla idi ve verilerimiz TÜİK verileri ile uyumlu idi (61). Yine 2010 yapılan Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu" verilerinde belirtilen "on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2'si halen sigara içmektedir" bulgusu ile benzeşmekte idi (62). Alkol kullanımı ile ilgili olarak Türkiye'de alkol kullanım durumuyla ilgili literatür bilgilerine bakıldığında; 2008 yılında ülkemizde yayınlanan bir makalede genç nüfusta alkol kullanım yaygınlığını %42,6 olduğu, düzenli alkol kullanım oranının %20,5 olduğu bildirilmişti ve bizim çalışma grubumuzda da benzer sonuçlar elde edilmişti (63). Bu verilerle örneklemimizin evreni yansıttığını düşünmekteyiz.

Çalışma grubumuzun %29,5'i eczaneyi o günkü ziyaretlerinde geri ödeme kapsamında olmayan bir OTC tercih etmişlerdi. BKİ düşük olanlar, daha önce aldığı ürünü kullandığını ifade edenler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla tercih etmişlerdi.

Bunun yanı sıra kişileri eczaneye getiren bu rahatsızlık için hekime gidip de ilaç dışında diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği gibi önerilerde bulunanlar da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla OTC tercih etmişlerdi. Bir araştırma şirketinin 2011 yılında yaptığı açıklamada, önümüzdeki 5 yıl içinde OTC cirosunun %27 olması beklenmekteydi, bizim çalışmamızda da ilimizde, beklendiği gibi bu düzeye ulaşıldığını söylemek mümkün olabilir (52).

Çalışma grubumuzun yaklaşık yarısı aile hekimi tarafından takipte idi. İlimizde 2008 yılında yapılan bir çalışmada ise katılımcıların üçte biri bir hekim tarafından takiplidir (8). Bu durumu da aile hekimliği uygulamasının başlaması sonrası insanların daha fazla takipte olmaları ve bu bilincin oluşması şeklinde yorumlamak mümkün olabilir.

Kronik hastalığı olan katılımcılarımızın verilerini incelediğimizde, çalışma grubumuzun çoğunluğunun genç erişkinlerden olduğunu göz önünde bulundurursak, Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı verileri ile uyumlu idi. Kronik hastalıklar; lise altı eğitim alanlarda, sigara içenlerde, 61 yaş üstü grupta ve aile hekimi tarafından takipli olmayanlarda anlamlı derecede daha fazla bulunmakta olup; bu bulgu Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı verileri ile uyumlu idi (64). Kronik hastalığı olduğu halde sürekli ilaç kullanmayanlar bizim çalışma grubumuzda anlamlı derecede fazla idi bu da yine Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı verileri ile uyumlu idi (64). Diğer branş hekimlerince takipli olanlar ve takipli olmayanlarda anlamlı düzeyde daha fazla kronik hastalık bulunduğunu saptadık, aile hekimi tarafından takipli olanlarda daha az kronik hastalık görülmesini, takipte iken risk faktörlerine yönelik danışmanlık verilebilmesine ya da erken tespit edilerek yaşam değişikliği oluşturulabilmesine bağlı olabileceğini düşündük. Ancak öte yandan kronik hastalığı olanlar takip için birinci basamağa gelmiyor olabilir ya da birinci basamakta takipleri yeterince yapılmıyor olabilir.

Çalışma grubumuzda “kendi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz” sorusuna, 61 yaş ve üstü anlamlı düzeyde daha fazla “orta” şeklinde yanıtlamıştı. Bizim çalışmamızın sonucuna benzer şekilde Gümüşhane İli Merkezinde yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada da “orta” cevabını veren yaşlılar %40,7 ile en fazla olan gruptur (65). Kronik hastalığı olanlar ve sürekli ilaç kullananlar anlamlı düzeyde daha fazla kendi sağlık

durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendirmiş ancak buna ilişkin bir literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Çalışma grubumuz eczaneden en çok ağrı kesici ve ardından grip ilacı almakta idi bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde 2011 yılında Mersin’de yapılan bir çalışmada da katılımcılar eczaneden reçetesiz olarak en fazla ağrı kesici aldıklarını belirtmişlerdir (60). Erzincan’da 2010 yılında üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da en fazla baş ağrısı ve nezle grip için reçetesiz ilaç aldıkları tespit edilmiştir (66). Isparta ‘ da 2003 yılında yapılan bir çalışmada da, benzer sonuçlar elde edilmiştir (67). Tahmin edileceği gibi ağrı, birinci basamağa en sık başvuru nedenlerindedir. Bununla ilgili olarak ilimizde 2002-2004 yılları arasında yürütülen çalışmada birinci basamağa en sık başvuru nedenleri arasındaki ilk 5 yakınmanın içinde ağrı bulunmaktadır (68). Yani ağrı, birinci basamağa en sık başvuru nedenleri arasında olmasına rağmen reçetesiz olarak en fazla hala ağrı kesiciler alınmaktadır. Bu da, ağrının birinci basamakta iyi yönetilemiyor olmasına işaret ediyor olabilir. Bu konuyla ilgili farkındalığın artırılıp aile hekimlerinin hastalarını bu yönde eğitmeleri uygun olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanlar anlamlı derecede daha fazla eczaneden sürekli kullandıkları ilacı almakta idi. Eskişehir’de 2005 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan yaşlıların en fazla kronik hastalığa yönelik ilaçları kullandıkları belirtilmiştir (69).

Çalışmamızda önerilen miktar ve süre ilacın kullanımına ilişkin sorumuzda katılımcılarımızın büyük oranda öneriler doğrultusunda kullandıklarını saptadık. Çalışmamızın sonuçları Mersin’de 2011 yılında yapılan çalışma ile de uyumlu idi (60). Aynı şekilde Adana’da 2012 yılında yapılan bir çalışmada da katılımcıların çok büyük bir kısmı bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde önerilen miktar / süre ilaçlarını kullandıklarını ve son kullanma tarihine baktıklarını belirtmişlerdir (70). Sosyodemografik özelliklere göre bu cevaplarda bir fark yok iken, aile hekimi tarafından takipli olanlar diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla ilaca uyumlu idi. Bu durumu, aile hekimi tarafından takipli olan hastaların ilaç etki ve yan etki açısından danışmanlık alıyor olabileceği ve takipli olduğu için ilaç uyumunun daha iyi olabileceği şeklinde yorumladık.

Katılımcılarımız sağlık arayışı davranışlarında büyük çoğunlukta hastalandıklarında ilk önce resmi bir sağlık kuruluşunu tercih etmekte idi. Çalışmamızın sonuçları 2011 yılında Mersin’de yapılan çalışmanın sonuçları ile uyumludur (60). Ayrıca 2004 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanma alışkanlıklarını belirlemek açısından yapılan bir çalışmada, katılımcıların hasta olduklarında ilk olarak doktora başvurma oranları %69,5 olarak tespit edilmiştir bu da bizim çalışmamıza benzer bir sonuçtur (71). Ankara’da 1998 yılında yapılan bir başka çalışmada ise hastalanınca bir hekime başvurma oranı %56,6 olarak tespit edilmiştir; bu durumu, seneler içinde eğitimin artması ile bilinçlenmenin de artması şeklinde yorumladık (72). Aile hekimi tarafından takipli olan katılımcılarımızda hasta olunca resmi bir sağlık kuruluşuna gitme durumu diğerlerine göre anlamlı düzeyde fazla idi. Bunu aile hekimi tarafından takipli katılımcılarımızın hekimine daha kolay ulaşabileceğinden dolayı resmi sağlık kuruluşunu tercih etmiştir şeklinde yorumladık. Aynı şekilde kronik bir hastalığı olanlar ve sürekli ilaç kullananlar da anlamlı düzeyde resmi bir sağlık kuruluşunu tercih etmekte idi. Kronik hastalığı olanlarda ve doğal olarak sürekli ilaç kullananlarda ilaç yan etkilerinden kaçınma ve hastalığının ilerlemiş olabilme fikri ile bu beklenen bir davranış şekli idi.

Katılımcılarımızın büyük bir çoğunluğuna herhangi bir hekim tarafından bitkisel ilaç önerilmemişti bu da beklediğimiz bir sonuçtu zira hala tıp eğitiminde TAT uygulamalarına yönelik bir müfredat yoktur (8). Türkiye’de hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısını değerlendiren, 850 aile hekimi uzmanı veya asistanının katılımı ile yapılmış 2011’de yayınlanmış bir çalışmada, çok az bir kısmı bitkisel tedavileri önerdiklerini belirtmiştir. Buna neden olarak da bitkisel ürünlerle tedavinin kanıta dayalı olmadığını, bu konuda yeterince bilimsel çalışmanın olmadığını ve bu konuda yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (22).

Hayatı boyunca bir bitkisel ilaç alan kadınlar, erkeklerden anlamlı düzeyde fazla idi. Geliri 3001 TL ve üzeri olanlarda da anlamlı düzeyde fazla bitkisel ilaç kullanma vardı bu durumu maddi açıdan geliri iyi olanların geri ödeme kapsamında olmayan bu tip bitkisel ürünlere erişimi daha kolay olabilir şeklinde yorumladık. Aynı şekilde lise ve üstü eğitim almış olanlar da istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bitkisel tedavi kullanmışlardı. Bitkisel ilaç kullanımı ve ilaç-bitki etkileşimi üzerine 2011 yılında

Amerika’da yayınlanan bir çalışmaya göre bitkisel tedavi kullanım epidemiyolojisi olarak; kullanıcılar bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde kadın, iyi eğitilmiş, gelir düzeyi yüksek ve beyazdır (73). Yurtdışında yapılan farklı çalışmalarda da gelir düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (74). Kronik hastalığı olanlar olmayanlara göre, anlamlı düzeyde daha fazla bitkisel ürün almışlardır. Bu durum, tam olarak tedavi olmayan, sürekli ilaç kullanmak zorunda olan bu grup için beklenebilir bir davranış idi. Kronik hastalıkları ayrıntılandırdığımızda, kalp damar hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı derecede olmayanlara göre daha fazla bitkisel ürün kullandığını tespit ettik. Ülkemizde 2013 yılında, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı üzerine yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalığı olanların alternatif ürünleri daha çok kullandığı tespit edilmiştir (75). Yine aynı çalışmada kadınlarda ve eğitim seviyesi yüksek hastalarda alternatif tedavi kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve buna neden olabilecek etmenler olarak da bu grup hastaların yazılı ve görsel medyayı daha yakın takip etmeleri ve internetten etkilenerek bu ürünleri kullanmaya başladıkları sonucu elde edilmiştir (75). Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre anlamlı düzeyde daha fazla hayatları boyunca bir bitkisel tedavi kullandıklarını saptadık. Bu durumu da sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilen bu grubun ilaç yan etkilerinden kaçınma, sentetik ilaçları bilerek doğal olana yönelme isteği şeklinde yorumladık. Gümüşhane’de 2011 yılında üniversite hastanesinde sağlık personelleri ile yapılan bir çalışmada bitkisel tedavi kullanım oranı %25 olarak bildirilmiştir (76). Diğer branş hekimlerince takipli olan ve takipte olmayanlar, aile hekimi tarafından takiplilere göre anlamlı düzeyde bitkisel tedavi kullanmıştı bu durumu da takipli olan bireylerin hasta olduklarında hekimlerine daha kolay ulaşabileceği, daha yakın takip edileceği ve bitkisel ürünlerle ilgili danışmanlık alabileceği şeklinde yorumladık.

5.2. Sosyodemografik Veriler ve TAT

Çalışma grubumuzun şimdiye kadar bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ya da girişimde bulunma durumu; geliri 3001 TL ve üzeri olanlarda, lise ve üstü eğitim alanlarda, kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla tespit edildi. Bu durumu eğitim düzeyi yüksek olanların bilgiye daha kolay ulaşip kendi

sağlıkları ile ilgili kararları aldıkları ve gelir düzeyi yüksek olanların da daha kolay bu hizmetlere ulaşabildiği şeklinde yorumladık. Kronik hastalığı olanların daha önce de bahsi geçtiği üzere tıp dışı yöntemleri kullanması beklenen bir durumdu. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler yetişkinler tarafından geniş ölçüde kullanılmakta olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmakta idi. Yine, yapılan çalışmalar göstermiştir ki, kronik hastalıklı kişilerin normal popülasyondan daha yüksek sıklıkta TAT kullandıkları ve TAT'ı geleneksel tıptan daha başarılı olarak algıladıkları bildirilmektedir (6,77). Aydın'da 2008 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların neredeyse yarısı bir önceki yıl en az bir TAT yöntemi kullanmıştı ve bunun büyük bir kısmını da bitkisel tedaviler oluşturmaktadır (8). Bizim çalışmamızın sonuçları daha azdı ancak çalışma grubumuzu eczaneye reçetesiz ilaç almaya gelenler oluşturduğu için TAT kullanımının daha az olması beklenen bir sonuç olabilir. Tıp dışı yöntemlerin kullanılma durumu da bitkisel tedavi alma durumu gibi aile hekimi tarafından takipli olan katılımcılarımızda, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az tespit edildi. Aynı yorumla kişiler hasta olduğunda takip edildikleri aile hekimine kolay ulaştıkları için alternatif yolları kullanmamaktaydı denilebilir.

Tıp dışı yöntemleri ayrıntılandırdığımızda, bizim çalışmamızda da, eczaneye gelen katılımcılarımız arasında, TAT yöntemi olarak en fazla bitkisel tedaviler tercih edilmekte idi. Bu da dünyada yapılan bazı çalışmalarla uyumluydu (78, 79). Dini telkin ve dualar bizim çalışmamızda ikinci sırada tercih ediliyordu ve hiçbir sosyodemografik parametrede istatistiksel anlamlılık tespit edilmedi. İzmir'de 2007'de yapılan bir çalışmada ise düzenli olarak en çok kullanılan TAT türü dua okuma idi (80). Bu farklılığın sebebini de çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyokültürel yapısının çeşitliliği olarak yorumladık.

Katılımcılarımızın büyük bir çoğunluğu çocuk sahibi idi ve bunların %22,9'u son bir yılda bilinen tıbbi yöntemler dışında bir yöntemi çocuğuna uygulamıştı. Kırıkkale'de 2008 yılında yapılan bir çalışmada aynı yıl içinde çocuğuna doktor dışında önerilmiş bir bitkisel ilaç ya da tedavi kullanma oranı bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde %27,2 dir (81). Kadın katılımcılarımız çocuklarına, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla tıp dışı bir yöntem kullandıklarını belirttiler. Bunun yanı sıra ileri yaşta olan, geliri 3001 TL ve üzeri olanlar ile sağlık çalışanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla son bir yılda çocuklarına tıp dışı bir yöntem uygulamıştı. Bunların dışında

değerlendirdiğimiz parametrelerde istatistiksel olarak bir anlamlılık tespit edilmedi. İzmir’de 2006 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine çocuklarını tedavi ya da kontrol amacı ile getiren ebeveynler arasında yapılan bir çalışmada TAT kullanımını ile ebeveynlerin yaşları, eğitim düzeyleri ve gelir düzeyleri arasında, bizim çalışmamızdan farklı olarak, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (82). Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yurtdışında yapılan bir çalışmada, annenin yaşı ve eğitim düzeyinin bu tedavilerin kullanımını etkilediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, ileri yaşta ve yüksek eğitim düzeyi olan anneler daha fazla TAT kullanmaktadır. Bu durum, eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere ilişkin bilgi düzeylerinin fazla olmasına ve bilgi kaynaklarına daha rahat ulaşabilmelerine bağlanmıştır (83).

Çocuk sahibi olan katılımcılarımızın %37,9’u son bir yılda çocuğunun diyetini desteklemek için bir besin kullanmıştı. Kadın katılımcılarımız, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla çocuklarının diyetini desteklediklerini belirtmişti. Bunun yanı sıra kentsel alanda oturanların, geliri 3001 TL ve üzeri olanlar ile sağlık çalışanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla çocuklarının diyetini desteklediklerini saptadık. Denizli, Afyon il merkezlerinde 2006 yılında sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %69,6’sı düzenli beslendiğini ifade etmişti (84). Yurtdışında yapılan bir çalışmada da belirtildiği gibi çocuklara sunulan yiyeceklerin çeşitliliği ve besin içerikleri ebeveynleri tarafından kontrol edilmektedir. Aynı zamanda anne babaların davranışları, alışkanlıkları ve çocuğun yeme düzenine ilişkin geliştirdikleri tutumlar çocuğun besin seçimini ve besin alımını da etkilemektedir (85). Bizim çalışmamızda da, çocuklarının diyetini destekleyen katılımcılarımızın oranına benzer şekilde, katılımcılarımızın %35,6’sı kendi diyetini desteklemek için de bir besin kullanmakta idi. Kendi diyetini desteklemek için bir besin kullananlar çocuğunun diyetini desteklemek için de bir besin kullanıyorken, kendi diyetini desteklemeyenler çocuğunun da diyetini desteklemek için bir besin kullanmamaktaydı. Bu durum, Fisher ve Birch’in çalışması ile korele bir şekilde istatistiksel olarak anlamlı idi (85). Kendi diyetini desteklemek için bir besin kullananlar arasında; kadınlar, kentte oturanlar, geliri 3001 TL ve üzeri olanlar ile kronik hastalığı olanlar istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla idi. Malatya’da 2008 yılında yapılan bir çalışmada, ‘sağlıklı beslenme önemlidir’ diye belirten kadınların oranı erkeklerden anlamlı derecede fazla bulunmuştur (86). Ankara’da

yapılan bir araştırma sonucuna göre de, düşük gelirli aileler düşük besin ögesi içeren gıdaları daha fazla tüketmektedir (87). Bu durum bizim çalışmamızın sonucuyla uyumlu idi.

Katılımcılarımız eczaneyi o günkü ziyaretlerinde reçetesiz olarak aldıkları ürünü %73,7 oranda daha önce kullandıklarını ve %73,3'ü de doktor önerisi ile bu ürünü aldıklarını belirtmişti. Yani, katılımcıların çok büyük bir kısmı daha önce doktor önerisi ile aldıkları ürünü bu gelişlerinde ücret ödeyerek almışlardı. Bu durum doktorlarının önerdiği ilaçlardan memnuniyeti gösteriyor olabilir. Katılımcılarımızın üçte biri aldıkları ürünü beş ve daha fazla sayıda kullandığını belirtti. Erzincan'da 2010 yılında yapılan çalışmada da bizim çalışmamızın sonucuna benzer şekilde katılımcıların %64,1'i reçetesiz aldığı ilacı daha önce kullandığını belirtmiştir (66).

Aldıkları ürünü kimin önerdiği konusunda Ankara'da 1998 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %75,5'i hekime danışmadan ilaç kullandığını belirtmiştir (72). Mersin'de 2011 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %74'ü doktor tavsiyesi ile ilaç aldıklarını belirtmişlerdir (60). Bizim çalışmamızda da katılımcılarımızın %73,3'ü doktor tarafından önerildiğini belirtti. Bunu da seneler içinde artan eğitim seviyesi ve bilinçlenme nedeni ile oranların bu denli değişebildiği şeklinde yorumlamak mümkündür. Katılımcılarımızın büyük bir oranı aldıkları ürünü hekim önerisi ile almıştı, ikinci sıklıkta eczacının önerdiğini belirtirlerken daha az oranlarda başka sağlık personelinde ve TV-radyo-internette öğrendiklerini belirttiler. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde Isparta'da 2003 yılında yapılan çalışmada reçetesiz ilaç alanlar üçüncü sıklıkta eczacının önerdiğini belirtmiştir (67). Muğla'da 2005 yılında idari personel arasında yapılan bir çalışmada da üçüncü sıklıkta eczacı önerisi ile ve daha az oranda çevre önerisi ile ilaç kullanabildiklerini belirtmişlerdir (88). Bunun yanı sıra ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir; örneğin, Nevşehir'de 2010 yılında hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada ve Ankara'da 2009 yılında kronik böbrek hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada katılımcılar birinci sıklıkta yakın çevrelerinden ikinci sıklıkta TV, radyo programlarından öğrenerek TAT yöntemini kullandıkları belirtmişlerdir (89,90), verdiğimiz bu örneklerde sonuçların bizim çalışmamıza göre farklı çıkmasını kronik hastalığa spesifik çalışmalar olduğu için şeklinde yorumladık. Çalışmamızda katılımcılarımızın aldıkları ürünü çok büyük oranda tedavi amaçlı aldıklarını saptadık.

Muğla'da 2005 yılında idari personel arasında yapılan çalışmada katılımcıların 81,5'i baş ağrısı, %66,3'ü ise soğuk algınlığı nedeni ile hekime gitmediklerini belirtmişlerdir (88). Bizim çalışmamızda, katılımcıların hekime gitmeksizin rahatsızlığına bağlı olarak eczaneye başvurma oranı %44,7 idi.

Katılımcılarımızı eczaneye getiren bu rahatsızlık için aile hekimine gidenler %25,6 iken, bir başka uzmana gitme oranları ise %29,7 idi. Gittikleri hekim çok büyük oranda ilaç önermişti, daha az oranlarda diyet ve egzersiz önerilmiş ve sadece 1 kişi de sevk edilmişti. Bu konu ile ilgili herhangi bir literatüre ulaşamadık.

Katılımcılarımızın %29,8'i aldığı ürünü bir başkasına önerebileceğini belirtirken, %70,1'i önermeyeceğini belirtti. Kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla önerebileceklerini saptadık. Yine eğitimi fazla olanlar da anlamlı derecede daha fazla önerebileceklerini belirtti. Mersin'de 2010 yılında yapılan çalışmada da bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde eğitimi yüksek olanlar daha fazla kendi kullandığı ilacı başkasına tavsiye etmekte idi ve aynı çalışmada katılımcıların %25,3'ü kendine iyi gelen ilacı başkasına önerebileceğini ifade etmiştir (60). Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %24,5'i kullandığı ilacı bir başkasına önerebileceğini belirtmiştir (71). Katılımcılarımız genel olarak iyi geldiği, faydalı olduğu için kullandığı ilacı başkasına önerebileceğini belirtti.

Çalışmamızda, katılımcılarımız çok büyük oranda bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavileri destekleyebileceğini, daha az oranda da bitkisel tedavilerin kesinlikle zararsız olduğunu düşünmekte idiler. Bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerini destekleyebileceğini düşünen katılımcılarımız %71,2'ydiler. Aydın'da 2008 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %47,4'ü bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavileri destekleyebileceğini düşünmektedir (8). Bizim çalışmamızda, lise ve üstü eğitim alanlar ile geliri 3001 TL ve üzeri olanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bu fikri desteklemekte idiler. Bunun dışında, hiçbir sosyodemografik veride bu düşünce açısından anlamlılık yoktu. "Bitkisel tedaviler kesinlikle zararsızdır" diyen katılımcılarımız %19,1 idi. Aydın'da 2008 yılında yapılan çalışmada ise, katılımcıların üçte birinin bitkisel tedavileri zararsız bulduğunu belirtilmiştir (8). Bunu özellikle son dönemde yapılan kamu spotları ve halkı bilgilendirme çalışmaları ile insanların daha bilinçli hale gelmiş olabileceği şeklinde yorumlamak mümkün olabilir. Bitkisel tedavilerin kesinlikle zararsız

olduğunu düşünen katılımcılarımız arasında eğitim düzeyi dışında hiçbir sosyodemografik özellikte anlamlılık yoktu. En fazla ilköğretim mezunu olanlar, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bu fikri paylaşmakta idi. Bu fikirde olanlar, hastalanınca istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir resmi sağlık kuruluşunu tercih etmemekte idi ve yine anlamlı düzeyde TAT yöntemlerinden de bitkisel tedavileri tercih ettiklerini belirtmekte idi. Bu da beklenen bir sonuç olabilir.

Bitkisel tedavilerin modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabileceğini düşünen katılımcılarımız %5,8'di. Sağlık çalışanları dışında diğer mesleklerden olanlar anlamlı düzeyde bu fikirde olduklarını belirttiler. Bunun dışında, başka hiçbir veride bu fikir açısından anlamlılık yoktu. Sağlık çalışanlarının bu şekilde düşünmesinin de, beklenen bir sonuç olduğu kanaatindeyiz. Bitkisel tedavilerin ulaşılması ya da bulunmasının kolay olduğunu düşünen katılımcılarımız incelendiğinde; kadınlar erkeklere göre, geliri 3001 TL ve üzeri olanlar daha az gelirlilere göre ve sağlık çalışanları diğer meslek gruplarına göre, istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını belirtmişlerdi. Kadınların ve gelir düzeyi yüksek olanların daha fazla bitkisel tedavi kullandığını saptamıştık o nedenle bu da beklenen bir sonuç olabilir. Bitkisel tedavilerle ilgili olarak ” kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim” şeklinde belirtenler %10,8 idi. Kadınların, lise ve üstü eğitim alanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını saptadık. Bunun dışında yine hiçbir veride bu fikir açısından anlamlılık yoktu. Bitkisel tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığımızda, “sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum” düşüncesinde olanlar %9,6 idi. En fazla ilköğretim mezunu olanların, BKİ 30 ve üzeri olanların, kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını tespit ettik. Bitkisel tedavilerin reçete gerektirmemesini bir kolaylık olarak düşünen katılımcılarımızın oranı %7,5 idi. Lise ve üstü eğitim, geliri 3001 TL ve üzeri olanlar, sağlık çalışanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını belirttiler. Katılımcılarımızdan bitkisel tedavi yöntemlerini doğru bulmayanlar %9,6 idi. En fazla ilköğretim mezunu olanların ve kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını saptadık. Modern tıptan fayda görmeyenlerin bitkisel tedavi yöntemlerini kullanılabileceğini düşünen katılımcılarımız %8,0 idi. Hiçbir sosyodemografik veride bu düşünce açısından istatistiksel olarak anlamlılık yoktu. Bitkisel tedavilerin kanserden koruduğuna inanan katılımcılarımız %7,8'di. Geliri 3001 TL ve üzeri olanlar

geliri daha az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bu fikirde olduklarını belirttiler. Bu sonuçlarla ilgili ülkemizde yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.3. Obezite, OTC Ve TAT

Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli hastalıklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir halk sağlığı problemidir. WHO tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin, son araştırmalarda kanserle de yakın ilgisi olduğu hakkında veriler mevcuttur (92). Fazla kiloluluk ve obezite WHO verilerine göre, Avrupa'daki yetişkinlerde Tip 2 Diyabetes Mellitus vakalarının %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35' inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumludur (95). Ülkemizde 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasında %64'nün beden kitle indeksi 30'un altıdır (91). Çalışma grubumuzun %80,5'nin beden kitle indeksi 30'un altı idi. Evli olanların, ilköğretim mezunu olanların, sağlık dışı diğer meslek gruplarının, kronik hastalığı olanların ve sürekli ilaç kullananların BKİ'si istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek idi. Ankara'da 2009 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %70'i evlendikten sonra kilo aldığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada, bizim çalışmamızda olduğu gibi, evli olan katılımcıların BKİ istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (93). Manisa'da 2006 yılında sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada da, bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun BKİ'leri 30'un altındadır (94). Çalışma grubumuzda BKİ 30 ve üzeri olanlarda tansiyon yüksekliği, şeker yüksekliği ve kan yağlarında yükseklik istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla idi. Çalışma grubumuzda, astım hastalığı olduğunu ifade eden bireylerde BKİ istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla yüksekti. İzmir'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, astım hastalarının BKİ istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (96). Çalışmamızda hayatı boyunca bir bitkisel tedavi alma ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızın sonuçlarının aksine, Amerika'da 2005 yılında yapılan bir çalışmada, BKİ 25'in üstünde olanlar daha fazla bitkisel tedavi kullanmaktadır (97). Bunu, sosyokültürel farklılıklara bağlamak mümkün olabilir. Çalışmamızda bilinen tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alma ile BKİ arasında bir ilişki saptanmadı. Bizim çalışmamızın sonuçlarının aksine Ankara'da 2012 yılında bir endokrinoloji polikliniğinde yapılan çalışmada obez hastaların çok büyük bir kısmı alternatif tedavilere başvurmaktadır

(98). Bu farklılığı da Ankara'daki çalışmanın obezite hastaları üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği şeklinde yorumladık. Çalışma grubumuzda, BKİ 30'un altında olan bireyler, çocuklarının diyetini desteklemek için bir besin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla kullanmaktaydı. Fisher ve Birch'ün belirttiği gibi çocuklar için, yeme genellikle sosyal bir durumdur; aileyi, yaşlılarını ve diğer insanları gözlemleyerek kendi yeme davranışını ve tercihini oluşturur (85). Dolayısıyla, ailenin yaşam tarzı çocuğu etkileyebilir. Obez olmayan ebeveynin çocuğunun diyetine dikkat etmesi beklenen bir durum olabilir.

Eczaneye her gelen kişiye yapılamaması ve reçetesiz ilaç almak için gelenlerden sadece gönüllü olanlara yapılması çalışmamızın kısıtlılığı olarak düşünülebilir. Ancak, sistematik bir örneklem yapıldığı ve katılımcı sayısı fazla olduğu için evreni temsil ettiği düşüncesindeyiz. Amaçlarımıza, çalışmamızın sonucunda ulaşmamız da, araştırmamızın bir diğer güçlü yönüdür. Farklı bölgelerden yapılacak çalışmalarla ülke profilinin çıkarılması uygun olacaktır.

6. SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamızda, Aydın ili merkez eczanelerine reçetesiz ilaç almak için başvuranların; eğitim düzeyi yüksek, gelir düzeyi yüksek, daha çok kentte yaşayan, büyük çoğunlukta sosyal güvencesi olan kişiler olduğunu; reçetesiz ilaç olarak büyük çoğunlukla ağrı kesicilerin satın alınmakta olduğunu tespit ettik. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu, daha çok tedavi amacıyla ve önceden kullandığı ilacı almaktaydı. Ayrıca, katılımcılarımız TAT yöntemleri hakkında, genellikle modern tıbbi tedavileri destekleyebileceğini düşünmekteydi. Bunların dışında, katılımcılarımızın çoğu bir hekim tarafından takipliydi. Özellikle aile hekimi takibinde olanlarda, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az kronik hastalık bulunmaktaydı ve daha az TAT kullanılmaktaydı. Aile hekimi takibinde olanlarda kronik hastalığı daha az tespit etmemiz; çalışma grubumuzun yaş ortalamasının düşük olması, bu hastaların başka branşlarda takipli olması ya da hastaların daha az takip edilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Aile hekimlerinin bu konuya da dikkati çekilmelidir. Yine, aile hekimi tarafından takipli olan katılımcılarımızın ilaca uyumu daha fazlaydı ve hastalandıklarında resmi bir sağlık kuruluşunu tercih ediyorlardı. Yani, insanımızın kendi aile hekimlerinin önerilerine uyduğu; dolayısıyla, bu açıdan aile hekimlerinin hastalarının güvenini kazandıkları ve bu konudaki görevlerini iyi bir şekilde yaptıkları sonucuna varılabilir. Ülkemizde bu tür çalışmaların artmasıyla reçetesiz ilaç kullanımının kontrolü konusunda daha çok yol kat edilebilir. Ayrıca, aile hekimlerinin bu konuda verebileceği eğitimlerin de etkili olabileceğini düşünüyoruz.

ÖZET

Giriş: Tüm dünyada, reçete dışı ilaç kullanımı son derecede yaygındır. Kişiler, çok çeşitli nedenlerle reçete dışı ilaç kullanmaktadır. Bunların bir bölümü de alternatif yöntem olarak bilinen bitkisel ilaçlardır. Bu çalışmada, Aydın ili merkez eczanelerine reçetesiz ilaç almak için başvuran kişilerin sosyodemografik özellikleri ile kullandıkları ürünler arasında bir ilişkinin olup olmadığının, hangi tür ilaçları, ne amaçla ve ne oranda aldıklarının tespit edilmesi ve bu kişilerin TAT hakkında ne düşündüklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma, gönüllülük esasına dayalı, kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlandı. Çalışma öncesinde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Evrenimiz, Aydın il merkezi 18 yaş üstü nüfusu olarak belirlendi. Örneklem büyüklüğü, EPİ İNFO STATCALC istatistik programında beklenen prevalans %50 (p %50), tip 1 alfa hata payı 0,05 alınarak %95 güven aralığında, 842 olarak tespit edildi. Bu amaçla, 1 Eylül 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, Aydın Eczacılar Odası Başkanlığı'nın kayıtlarından rastgele örnekleme tespit edilmiş olan eczanelere başvuran ve reçetesiz satılan ilaç kullanan kişilere, hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile anketörler tarafından dolduruldu. Anket formuna son şekil verilmeden önce, 25 kişilik bir gruba uygulanmıştır. Anketörün ziyareti sırasında eczaneye gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık 851 erişkin (18 yaş üstü) çalışmaya alındı ve onam formu imzalatıldı. Daha sonra toplanan bilgiler, SPSS 18.0 paket programıyla değerlendirildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 851 kişi katıldı. Katılımcılarımızın 393'ü kadındı. Yaş aralığı 18-87 olan katılımcılarımızın yaş ortalaması $40,25 \pm 13,85$ olarak saptandı. Çalışmaya katılanların %56,1'i üniversite mezunu idi. Çalışma grubumuzun %29,5'nun sürekli takibi altında olduğu bir hekimi yoktu. Geri kalanların yaklaşık yarısı aile hekimi tarafından takipliydi. Katılımcıların %46,2'sine şimdiye kadar bir hastalık tanısı konmuştu. Evli olanların, 8 yıllık eğitimi bitirmiş olanların, sigara içenlerin ve bırakmış olanların, aile hekimi tarafından takipli olmayanların daha fazla kronik hastalığı vardı. Kronik hastalığı olduğu halde ilaç kullanmayanlar %37,5'di. Çalışma grubumuz, reçete dışı ilaç olarak en

çok ağrı kesici almakta idi. Bunu, %10,5 ile grip ilacı takip ediyordu. Kronik hastalığı olan katılımcılarımız eczaneden daha çok hastalığına yönelik ilaçları alıyordu. Çalışmamızda, kişilerin %85,4'ü doktor, özellikle de aile hekimlerinin önerilerine uyduklarını belirttiler. Çalışma grubumuzun çoğu hastalandığında ilk olarak bir resmi sağlık kuruluşuna gidiyordu. Hayatı boyunca bitkisel tedavi ya da ilaç kullananların oranı, %37,5 idi. Kadınlar, geliri yüksek olanlar, kronik hastalığı olanlar, aile hekimi takipli olmayanlar ve sağlık çalışanları anlamlı düzeyde daha fazla bitkisel tedavi ya da ilaç almışlardı. Çocuğu olan katılımcıların %22,9'u çocuklarına son bir yılda bilinen tıbbi yöntemler dışında bir yöntem uygulamıştı. Kadınlar, geliri yüksek olanlar ve sağlık çalışanları anlamlı derecede daha fazla çocuklarına son bir yılda tıp dışı yöntem uygulamıştı. Katılımcılarımızın %71,2'si bitkisel tedavilerin modern tedavileri destekleyebileceğini, %19,1'i ise kesinlikle zararsız bulduğunu belirtti.

Sonuç: Çalışmamızda, katılımcılarımızın, eğitim düzeyi yüksek, gelir düzeyi yüksek, daha çok kentte yaşayan, büyük çoğunlukta sosyal güvencesi olan kişiler olduğunu ve reçetesiz ilaç olarak büyük çoğunlukla ağrı kesicilerin satın alındığını tespit ettik. Aile hekiminin takibinde olanlar, hekim önerilerine daha çok uymaktaydı. Katılımcılarımız genellikle TAT yöntemleri hakkında, modern tıbbi tedavileri destekleyebileceğini düşünmekteydi.

Anahtar kelimeler: Eczane, reçetesiz ilaç, aile hekimi takibi, TAT hakkında düşünce.

SUMMARY

Aim: Over-the-counter (OTC) drug use is extremely common all around the world. This study aims to find out the relation between the sociodemographic features and preferred drugs, to identify drug preferences and to evaluate opinions on CAM of individuals who admitted to the pharmacies for OTC drugs in Aydin.

Method: This study was designed as a voluntary-based cross-sectional descriptive study. It was approved by Adnan Menderes University Medical School Ethics Committee. The target population was 18 year old and above who resides in Aydin. The sample size was identified as 842 individuals (according to the anticipated relevance 50% (p 50%), type 1 alpha tolerance 0.05 and 95 % reliability range from the EPI INFO STATCALC statistical software). The questionnaires were applied to the individuals who came to buy OTC drugs from pharmacies chosen among the Aydin Pharmasists Association records by randomized sampling. The questionnaire forms were applied face to face and filled by the pollsters. It was applied to 25 individuals before shaping the final version. During the pollsters' visit, 851 consecutive adults (18-year-old and above) volunteer individuals took part in the research and they were asked to sign an informed consent form. The data were assessed by SPSS 18 package program. A p value smaller than 0.05 ($p < 0.05$) was accepted as statistically significant.

Results: Totally 851 individuals took part in the study. Among them, 393 were women. Ages ranged between 18-87. The mean age of the participants was 40.25 ± 13.85 . Among total, 56,1% of them had higher education. Of the total, 29.5% of them didn't have a permanent doctor. The rest 41.8% was being followed by a family physician or another type of specialist, 1.1% was being followed by both family physician and other specialty groups. Of the total, 46.2% of them had chronic diseases. Married ones, middle school (8 year compulsory education) graduates, smokers or quitters, and the ones not being followed by a family physician had more chronic diseases. Although they had a chronic disease, 37.5% weren't using drugs for their diseases. Analgesics were the most common preferred drugs and the flu drugs followed them by 10.5 %. The participants with the chronic diseases were buying drugs for their diseases. Of the total, 85.4 % of the participants declared that they followed the recommendations of their doctors, especially

their family physician. Most of our participants admitted to an official health care center. Of the total, 37.5 % of them stated that they used herbal drugs or herbal treatments. Female gender, higher income, chronic diseases, and being followed by family physicians were the factors that played role in use of more herbal treatment and drugs. Among the participants who had children, 22.9% of them tried an unusual treatment other than conventional medical treatments within the last year. Female gender, higher income, and being a medical worker were factors on use of traditional methods on their children. Of the total, 71.2 % of the participants stated that herbal treatments could support the medical treatments and 19.1% of the total declared that herbal treatments were completely harmless.

Conclusion: In our study, we found out that most of our participants had higher level of education, higher income, living in urban parts, had social security policies. Analgesics were the most commonly bought non-prescribed drugs. Participants, who were followed by their family physicians, were more likely compatible with their doctors' recommendations. Besides, our participants generally thought that CAM methods could support the medical treatments.

Key words: Pharmacy, over-the-counter (OTC) drug, family physician follow, thinking about CAM.

KAYNAKLAR

- 1) Yavuz M. Hemsirelik Eğitiminde Alternatif ve Tamamlayıcı Terapiler. I. Uluslararası & V. Ulusal Hemsirelik Eğitimi Kongre Kitabı. Nevşehir: Özlem Grafik Matbaacılık; 2001. p.50
- 2) Dokken D, Sydnor-Greenberg N. Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: Parents and professionals working together for new understanding. *Pediatr Nurs* 2000; 26: 1-15.
- 3) Kayalar H, Akçiçek E. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2011-2012; 22. sayı, s: 30-34
- 4) Fabricant DS, Farnsworth N. The value of plants used in traditional medicine in drug discovery, *Environmental Health Perspectives* 2001;109(1): 69-75.
- 5) Complementary and Alternative medicine (CAM) <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=31077> 06.02.2015 tarihinde erişildi.
- 6) Eisenberg MD, Davis RB, Ettner S, et al. Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997. *JAMA* 1998; 280:1569-1575.
- 7) Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 252-257.
- 8) Aydın S, Bozkaya AO, Mazıcıoğlu M, Gemalmaz A, Özçakır A, Öztürk A. What Influences Herbal Medicine Use? Prevalence and Related Factors *Turk J Med Sci* 2008; 38(5):455-463.
- 9) Akinci AC, Zengin N, Yildiz H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. *Int J Nurs Pract* 2011;17:571-582.
- 10) Tokem Y, Aytemur ZA, Yildirim Y, Fadiloglu C. Investigation into the use of complementary and alternative medicine and affecting factors in Turkish asthmatic patients. *J Clin Nurs* 2011;21:698-707.

- 11) Akyol AD, Yildirim Y, Toker E, Yavuz B. The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. *J Clin Nurs* 2011;20:1035-1043.
- 12) Araz N, Bulbul S. Use of complementary and alternative medicine in a pediatric population in southern Turkey. *Clin Invest Med.* 2011;34:21-9.
- 13) Ceylan S, Azal O, Taşlipinar A, et al. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complement Ther Med* 2009;17:78-83.
- 14) Karali Y, Sağlam H, Karali Z, Kilic SS .The use of complementary and alternative medicine in patients with common variable immunodeficiency .*J Investig Allergol Clin İmmunol* 2011;21: 480-483.
- 15) Rasmussen NK, Morgall JM. The use of alternative treatments in the Danish adult population. *Complementary Med Res* 1990;4:16-22.
- 16) MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalance and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996;347:569-573.
- 17) Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health* 2002;92(10):1582-1591
- 18) Kitai E, Vinker S, Sandiuk A, Hornik O, Zeltcer C, Gaver A. Use of complementary and alternative medicine among primary care patients. *Fam Pract* 1998; 15(5): 411-414.
- 19) Demirag SA. Herbal medicine and cancer prevention: Myth or not? *OA Alternative Medicine* 2013;1(2):16-19.
- 20) Sönmez G. Bitkilerden İlaç Elde Edilmesi ve Bitkilerin İlaç Olarak Kullanılması http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/eylul_ekim07/5.pdf 06.02.2015 tarihinde erişildi.
- 21) Beş yüz Bitki Eczane Raflarına Geliyor <http://www.turkiyehaberajansi.com/haberdetay/36387/kategoriler/17/Güncel> 06.02.2015 tarihinde erişildi.
- 22) Gamsızkan Z, Kurt AE, Yücel A, Kartal M. Hekimlerin Fitoterapi Ürünlerine Bakış Açısı. *J Clin Anal Med* 2011;2(2):1-3

- 23) Bilge A, Bayram E, İlkay NC, Binicier İ. Beslenme ile ilgili sık görülen sorunlar. Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular 2013;4:17-39.
- 24) Aktürk Z, Dağdeviren N, Yıldırım T, Yılmaz AZ, Bulut FG, Subaşı B. Tıp öğrencileri bitkileri ne kadar tanıyor? Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencileri arasında bitkilerin ve sağıktaki kullanım alanlarının bilinme durumu. Genel Tıp Derg 2003; 16(3):101-106.
- 25) Sahoo N, Manchikanti P. Herbal drugs: standards and regulation. Fitoterapia 2010;81:462-471.
- 26) Türk Eczacıları Birliği, Raporlar Dizisi -1, 2009.
- 27) <http://www.teb.org.tr/news/6391/Eczacılar-Ve-Eczaneler-Hakkında> -Yönetmelik-12042014-Tarih-ve-28970-Sayılı -Resmi-Gazetede-Yayımlandı 06.02.2015 tarihinde erişildi.
- 28) Faydaoğlu E. Sürücüoğlu M. S. Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi 2011;11:52-67
- 29) Lewin R. Modern İnsanın Kökeni, TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları, Çeviri: N. Özüaydın, 7. Basım, TÜBİTAK, Ankara. 2000.
- 30) Heinrich, M. Barnes, J. Gibbons, S. Williamson, E.M. Fundamentals of Pharmacognosy and Phytotherapy, Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004.
- 31) Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı ve zararları. Lokman Hekim Journal 2014;4(3):1-5.
- 32) Aşçı A, Baydar T, Şahin G. Yaşlılarda herbal preparat kullanımının ve ilaç etkileşimlerinin toksikolojik açıdan değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2007;10 (4):203-214.
- 33) Durusoy Ç, Ulusal BG. Dermatolojide bitkisel tedavi-Fitoterapi. Türk Dermatoloji Dergisi 2007;1:47-50.
- 34) <http://sayam.atauni.edu.tr/Default.aspx?Default=8> Akupunktur Kongresi 2015 09.03.2015 tarihinde erişilmiştir.

- 35) Baytop, T. Türkiye’de Bitkiler ile Tedavi, Geçmiste ve Bugün. Nobel Tıp Kitabevleri, II. Baskı 1999. ISBN: 975-420-021- 1.İstanbul, 480s.
- 36) World Health Organization. WHO General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. World Health Organization, Vol 1. Geneva. 2000.
- 37) WHO. Issues guidelines for herbal medicines, Bull World Health Organ 2004;82(3):238.
- 38) Süzgeç SS, Eyisan S. Türkiyedeki eczanelerde bulunan bitkisel ilaçlar. Marmara Pharm J 2012;16:164-180.
- 39) Gürün MS. Bitkisel Tıp ANKEM Derg 2004;18(2):133-136.
- 40) Savaş H. Yaratılmak İstenen Kamu Sağlığı Kabusu OTC-Reklam http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/mayis_haziran04/6.pdf 11.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 41) Beşeri Tıbbi Ürünleri Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/08/20110826-22.htm> 12.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 42) Eczacılık Tarihi <http://www.malatyaeczaciodasi.org.tr/sayfa/eczanebilgi/eczacilik.tarihi.php> 09.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 43) Eczacılıkta İlkler <http://eczaciyiz.net/eczacilikta-ilkler/> 09.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 44) Bayramoğlu M.M. Toksoy D. Aktarlar ve Tıbbi Bitki Ticareti Üzerine Bir Araştırma (Doğu Karadeniz Bölgesi Örneği)TMMOB Orman Mühendisleri Odası Dergisi Yıl:2008;45:34-39
- 45) İlaç Nedir? <http://www.msxlab.org/forum/kimya/25843-ilac-nedir.html> 12.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 46) Vural N. Toksikoloji Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Ankara 2005 <http://www.bilecik.edu.tr/myogida/dkmnlr/291.pdf> 12.03.2015 tarihinde erişilmiştir.

- 47) İlaç Zehirlenmesi <http://www.ilactr.com/saglik-haberleri/ilac-zehirlenmesi.html> 13.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
- 48) Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri 2008: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Yayını.
- 49) FIP İlkeler Beyanı “Reçetesiz İlaçlar İlkeler Beyanı” TEB Yayınları 2004.
- 50) Kendi Kendine İlaçla Tedavide Kullanılan Tıbbi Ürünlerin Düzenlenmesi İçin Rehber Dünya Sağlık Örgütü, 2000.
- 51) <http://www.suvak.org.tr/kitap-2turkce.pdf> 13.02.2015’te erişildi.
- 52) <http://www.otcplus.com.tr/roportaj/688-bes-yil-icinde-cirolarin-yuzde-27si.html> 13.02.2015’te erişildi.
- 53) Kanıta Dayalı Eczacılık” Türk Eczacıları Birliği Yayını, 2007.
- 54) Association of the European Self-Medication Industry (AESGP) - Annual Report 2007-2008
- 55) TEB ARGE Birimi OTC Raporu 2007.
- 56) <http://www.medikalakademi.com.tr/her-evde-en-az-6-kutu-ilac-var/> 13.02.2015’te erişildi.
- 57) Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri 2005: T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Yayını.
- 58) <http://aydinticaretborsasi.org.tr/pdf/aydin-ekonomik-raporu-2012.pdf> 26.03.2015’te erişildi.
- 59) http://geka.org.tr/yukleme/planlama/guney_ege_bolgesi_sosyal_durum_raporu.pdf 26.03.2015’te erişildi.
- 60) Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımını konusundaki tutum ve davranışları Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (4): 458-465
- 61) http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf 26.03.2015’te erişildi.
- 62) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu. Ankara, Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. 2010; 11-14.

- 63) Altıntoprak E, Annette Akgür S, Yüncü Z, Önen Sertöz Ö, Coşkunol H. Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(2): 197-208.
- 64) http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf
30.03.2015'te erişildi.
- 65) Şahinöz T, Şahinöz S. Gümüşhane İl Merkezinde Yaşlıların Gerontolojik Yönünden İncelenmesi Halk Sağlığı Etkinlikleri-Hasuder Halk Sağlığı Kongresi 2014
- 66) Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Medication Use among University Students TAF Prev Med Bull. 2010;9(5):505-512.
- 67) Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN. Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi ilaç Kullanımı Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004;13(12):451-454.
- 68) Şensoy N, Okay Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe / Ocak-Mayıs-Eylül 2009:49-56
- 69) Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları STED 2005;14(5):113-119.
- 70) Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 37(1):1-8
- 71) Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(5):223-237
- 72) Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. Ankara Ecz. Fak. Derg. 2001;30(2):9-18
- 73) Girard L, Vohra S. Ethics of Using Herbal Medicine as Primary or Adjunct Treatment Drug-Herb Interaction. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects. 2nd edition 2011;21.

- 74) Sirois FM. Provider-Based Complementary And Alternative Medicine Use Among Three Chronic İllness Groups: Associations With Psychosocial Factors And Concurrent Use of Conventional Health-Care Services. *Complementary Therapies in Medicine* 2008;16:73- 80.
- 75) Gücük İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray Ü, Kafes H, Başıyigit F. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013; 41: 218-224.
- 76) Lafçı D, Kaşıkçı KM. Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*:2014;3(4)
- 77) Hassed C. An integrative approach to asthma. *Aust Fam Physician* 2005;34:573-576.
- 78) WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005 Available from: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf 31.03.2015'te erişildi.
- 79) Traditional medicine. Report by the Secretariat. Fifty-sixth WorldHealth Assembly. 2003. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/ea5618.pdf 31.03.2015'te erişildi.
- 80) Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı TAF *Prev Med Bull.* 2007;6(2):112-122 .
- 81) Bülbül HS, Turgut M, Köylüoğlu S.Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52:195-202.
- 82) Bozkaya GÖ, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;22(3):129-135.
- 83) Davis FM, Meaney JF, Duncan B. Factors influencing the use of complementary and alternative medicine in children. *J Alt Comp Med* 2004;10:740-742.

- 84) Yalçınkaya M, Özer GF, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi TAF Prev Med Bull. 2007;6(6):409-420
- 85) Fisher JO, Birch LL. (1995). Fat preferences and fat consumption of 3- to 5-year-old children are related to parental adiposity. J Am Diet Assoc. 95:759- 764.
- 86) Ulaş B, Genç FM. Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(3):187-193.
- 87) Başoğlu S, Besler T. Ciğerim N. Vd. Ailelerin sosyoekonomik ve gelir düzeylerine bağıntılı olarak besin harcama payları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1992;21:(1)83.
- 88) Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi İdari Personelinin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE) Güz 2005 Sayı 15:52-67.
- 89) Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu Balıkesir Sağlık Bil Derg Cilt:2 Sayı:3 Aralık 2013
- 90) Özdemir AA. Kronik Böbrek Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yüksek lisans tezi. Başkent Üniversitesi Nefroloji AD. Ankara 2009
- 91) http://endokrin.org.tr/files/file/TURDEP_II_2011.pdf 03.04.2015 tarihinde erişildi.
- 92) Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, June, 3–5, 1997). Geneva: WHO.
- 93) Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011, 64(1).
- 94) Karadeniz G, Yanıkerem E, Sarıcan SE, Bülez A, Arıkan Ç, Esen A. Manisa İli Sağlık Çalışanlarında Metabolik Sendrom Riski Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):13-24
- 95) The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.

- 96) Varol Y, Demir A, Varol U, Başer ZM, Mertoğlu A, Özacar R. Astımlı Hastalarda Obezite ve Metabolik Sendrom İlişkisi Solunum Hastalıkları Cilt 20, Sayı 3, 2009,89–93
- 97) Wheaton AG, Blanck HM, Gizlice Z, Reyes M. Medicinal herb use in a population-based survey of adults: prevalence and frequency of use, reasons for use, and use among their children. *Ann Epidemiol* 2005;15(9):678-85.
- 98) şahin M, Genç Y. Akar B, Kama Ö, Mercan İ, Toruk S, Turhan MA. Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi İbni Sina Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Herbal Ürün Kullanımı Proje Özeti. <http://kdt.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/11/GRUP-8-1> erişim tarihi: 08.04.2015

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Ayşen Akcan

Doğum yeri, tarihi: Denizli, 12.01.1977

Medeni durumu: Evli, 2 çocuk annesi

İletişim:

Adres: ADÜ Aile Hekimliği A.D. Aydın

e-mail: aysenakcan09@hotmail.com

telefon: 05055835057

Eğitim:

Güzelhisar ilkokulu Aydın

Aydın İmam Hatip Lisesi Mezunu (1994)

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunu (2000)

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma görevlisi (giriş:19.09.2011)

Sertifikalar:

Üreme sağlığı eğitimi 5 modül 2009

Sağlık Bakanlığı Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, Aydın, 3-21 Mayıs 2014.

Sağlıkta Araştırma Kursu, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Aydın, 19-23 Ocak 2015

Tütün bağımlılığı tedavisi ve eğitimi 22 Haziran 2013

İş deneyimi:

- KONYA SEYDİŞEHİR 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI
- SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ
- KARS AKYAKA İLÇESİ MERKEZ SAĞLIK OCAĞI
- ESKİŞEHİR MİHLİÇÇİK MERKEZ SAĞLIK OCAĞI
- ESKİŞEHİR MİHLİÇÇİK İLÇE GÜN HASTANESİ
- MUĞLA YERKESİK SAĞLIK OCAĞI
- MUĞLA KÖTEKLİ SAĞLIK OCAĞI
- AYVALIK MERKEZ 2 NOLU SAĞLIK OCAĞI
- AYVALIK TSM (AYVALIK DEVLET HASTANESİ)

Ek 2: Veri Toplama Formu

AYDIN İLİ MERKEZ ECZANELERİNDE REÇETESİZ SATILAN ALTERNATİF TIP İLAÇLARINDAN SATIN ALAN KİŞİLERİN BEKLENTİLERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİNE YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

AÇIKLAMA: Bu araştırma Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Ayşen Akcan'ın tez çalışmasıdır. Kişisel bilgiler açıklanmayacak ve elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır.. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

1- Yaş: ...

2- Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek

3- Ağırlığınız?kg

4- Boyunuz?cm

5-Medeni durumunuz a) Evli b) Bekar c) Dul

6-Evli ise çocuğunuz var mı?

a) Yok b) Var , ... tane

7-Mesleğiniz

a)Ev Hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest Çalışan

e) Sağlık Çalışanı f) Diğer (Belirtiniz).....

8-Gelir Düzeyiniz (Ailenin Toplam Aylık Geliri)

a)900 TL Ve Altı b) 901 TL–3000 TL c)3001 TL -9000 TL d) 9000 TL Üstü

9-Eğitim Düzeyiniz

- a)Okuryazar Değil b) Okuryazar c) İlköğretim (8 yıl) d) Lise (12yıl) e) Üniversite (2- 4 Yıl)

10-Sağlık güvenceniz var mı?

- a)Evet (Yeşil Kart) b) Evet (SGK) c) Hayır

11- Oturduğunuz yer

- a)Kentsel Bölge b) Kırsal Bölge

12-Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

13- Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet (.....sigara/gün.....yıl) b) Hayır c) Bıraktım, süre önce

14-Alkol alıyor musunuz? Alıyorsanız miktarı nedir?

- a. Hayır b.Evet (.....kadeh/gün.....yıl) c. Bıraktım.....yıl önce

15-Bugüne kadar şize bir doktor tarafından herhangi bir hastalık tanısı konuldu mu?

- a. Herhangi bir hastalık tanısı almadım b.Kalp damar hastalığı c.Yüksek tansiyon
d-Şeker hastalığı e.Kan yağlarında yükselme f. Kanser g. Depresyon
h. Diğer, açıklayınız.....

16- Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

- a) Hayır b) Evet, ilaçlarım:

17-Eczaneden en çok hangi tür ilaçları alıyorsunuz?

Belirtiniz.....

18- Doktor ilaç verdiğinde önerilen miktar ve sürede kullanır mısınız?

- a) Evet b) Hayır

19- Son kullanma tarihi ve kullanım talimatına bakar mısınız?

- a) Evet b) Hayır

20- Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?

- a) Kendim tedavi ederim
b) Arkadaş ya da komşulara danışırım
c) Resmi sağlık kuruluşlarından birine giderim
d) Özel doktor muayenesine giderim
e) Üniversite hastanesine giderim
f) Hiçbir şey yapmam, kendiliğinden geçmesini beklerim

21- Şimdiye kadar bilinen ilaçlar ya da tıbbi yöntemler dışında bir tedavi aldınız ya da kendi üzerinizde bir girişimde bulunulmasına izin verdiniz mi? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- a. Hayır, Vermedim. b- Bitkisel ilaçlar c. Dini telkin ya da dualar
d. Kaplıca e. Manyetik alan tedavisi f. Özel diyet g. Akupunktur
h. Diğer, açıklayınız.....

22-Sürekli takibi altında olduğunuz bir doktorunuz var mı? Eğer varsa branşı;

- a. Aile hekimi b. Dahiliye uzmanı c. Çocuk doktoru d. Psikiyatrist
e. Uzman Aile hekimi f. Nöroloji uzmanı g. Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı
h. Diğer, lütfen açıklayınız.....

23-Hayatınız boyunca herhangi bir bitkisel tedavi ya da ilaç aldınız mı?

- a. Evet aldım (.....bitkisi, tohumu, vs.) b. Hayır almadım

24.Doktorunuz tarafından bir bitkisel tedavi önerildi mi?

- a. Hayır b. Evet, önerildi

Lütfen aşağıdaki 25-26. soruları yaşadığınız son bir yılı düşünerek cevaplayınız.

25-Şimdiye kadar bilinen ilaçlar ya da tıbbi yöntemler dışında bir tedaviyi çocuklarınıza uyguladınız mı ya da çocuklarınız üzerinde bir girişimde bulunulmasına izin verdiniz mi?

(Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- a. Hayır, Vermedim. b-Bitkisel ilaçlar c. Dini telkin ya da dualar
d. Kaplıca e. Manyetik alan tedavisi f.Özel diyet g. Akupunktur
h. Diğer, açıklayınız.....

26-Çocuklarınızın diyetini destekleme amaçla kullandığınız besinler var mı?

(Kalsiyum, demir, vitaminler, bal, bitkisel çaylar, Ginseng, ısırgan otu, aloe vera vs.)

- a.Hayır
b.Evet (Ne kullanıyorsunuz?

27-Kendi diyetinizi destekleme amaçla kullandığınız besinler var mı?

(Kalsiyum, demir, vitaminler, bal, bitkisel çaylar, Ginseng, ısırgan otu, aloe vera vs.)

- a. Hayır b. Evet (Ne kullanıyorsunuz.....

28- Bugün ne ilacı aldınız?

Belirtiniz.....

29- Aldığınız bu ürünü daha önce kullandınız mı?

- a) Hayır b) Evet, kez

30- Ne amaçla alıyorsunuz ?

- a) Kozmetik amaçlı b) Korunma amaçlı c) Tedavi amaçlı

31- Bu ilacı size kim önerdi?

- a. Doktorum b. Başka sağlık personeli c. Eczacı d. Yakın çevremden biri e. TV/Radyo/İnternet

32- Bu rahatsızlığınızla ilgili olarak ilaç dışında bir girişimde buldunuz mu? Bulduysanız nedir?

- a. Hayır b. Evet,

33- Bu rahatsızlığınızla ilgili bir hekime gittiniz mi?

- a) Hayır b) Evet, aile hekimime c) Evet, uzmanına

34- Gittiğiniz hekim ne önerdi?

Belirtiniz

35- Bu ürünü başkalarına önerir misiniz? Neden?

- a) Hayır b) Evet, çünkü

36- Bitkisel tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığınızda aşağıdakilerden hangileri sizin için doğrudur? (Lütfen sizce doğru olduğunu düşündüğünüz şıkları işaretleyiniz.)

- a) Kesinlikle zararsızdır
b) Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir
c) Modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir

- d) Ulaşılması ya da bulunması kolay
- e) Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim
- f) Sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum
- g) Reçete gerektirmemesi
- h) Bitkisel tedavi yöntemini doğru bulmuyorum
- j) Modern tıptan fayda görememiş olma
- k) Kanserden koruduğuna inanıyorum

Ek-3: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-52
Konu : Çalışmanız hk.

23.12.2014

Sayın, Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aile Hekimliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.02.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 9 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefat KIMLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

KARAR 9

Protokol No : 2014/347
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ'ın "Aydın ili merkez eczanelerinde reçetesiz satılan alternatif tıp ilaçlarından satın alan kişilerin beklentileri ve bilgi düzeylerine yönelik anket çalışması" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde sağlanan edilecek çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Ek-4: 21. Bölge Aydın Eczacı Odası izni



21. BÖLGE AYDIN ECZACI ODASI

Sayı:2014/66

19/02/2014

Adnan Menderes Üniv.Tıp Fak.

Aile Hekimliği A.D.

Sn.Araş.Gör.Dr. Ayşen AKCAN

Aydın İli Merkez eczanelerinde reçetesiz satılan alternatif tıp ilaçlarından satın alan kişilerin beklentileri ve bilgi düzeylerine yönelik yapacak olduğunuz anket çalışmasında elde edilen sonuçların raporunuzla paylaşılması ve anket sonuçlarının tez çalışması dışında kullanılmaması şartıyla tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

ECZ.Şeş KARAAĞSLAN

