

Isparta İli'nde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi

PUBLIC INTEREST TO TRADITIONAL MEDICINE IN ISPARTA

Dr. Mustafa ÖZTÜRK,^a Dr. Ersin USKUN,^a Raziye ÖZDEMİR,^a Mürşide ÇINAR,^a
Fadimana ALPTEKİN,^a Dr. Malik DOĞAN^a

^aHalk Sağlığı AD, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, ISPARTA

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı Isparta ilinde geleneksel sağlık uygulamalarına başvuru alışkanlığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma kesitsel tiptedir. Üçyüz elli kişi araştırmaya dahil edilmiş ve veriler geliştirilen standart anket formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun %50.3'ü erkek, %28.9'u 55 yaş üstündeydi. Çalışma grubunun %68.0'i hayatının herhangi bir döneminde geleneksel sağlık uygulamalarından birini kullanmıştı. Uygulamaların %86.1'i bitkisel ilaç uygulamasıydı. Sosyodemografik özellikler kullanımı etkilemekteydi. Kadınlar, eğitim seviyesi düşük olanlar, sosyal güvencesi olmayanlar daha çok bu yöntemlere başvurmışlardı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonunda Isparta'da geleneksel tedavi tercihinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görüldü. Eğitim, sosyoekonomik ve kültürel seviyenin yükseltilmesi sorunun çözümünde anahtar olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel tıp, alternatif tıp, bitkisel tedavi

Abstract

Objective: The research was carried out in order to determine the habit of using traditional medicine in Isparta.

Material and Methods: This study is a cross-sectional study. Three-hundredfifty person participated in this study. Data was collected by standart questionnaire form.

Results: 50.3% of the study group were male, and 28.9% of them were 55 years old or even older. 68.0% of the study group had used traditional (alternative) treatment and 86.1% of them had used herbal medicine. Most of the people who preferred alternative treatment were female, have low educational level, and have no social security.

Conclusion: Public interest to traditional treatment is an important public health problem in our country. Improving the educational, cultural and socio economical level of people is the key.

Key Words: Traditional medicine, alternative medicine, herbal medicine

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005, 13:179-186

Sağlık ve hastalık kavramları çağlar boyunca ve kültürler arasında farklılık gösteren kavramlardır.

Halk hekimliği, uluslararası yazında "folk medicine" olarak bilinirken, Türkçe yazında "geleneksel tıp" ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Geleneksel sağlık uygulamaları, toplumların inanç, gelenek ve değer sistemleri ile ilgili tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmakta, bazı antropologlar tarafından da "ev tedavisi" olarak ifade edilmektedir.¹ Halk

hekimliği veya geleneksel tıp, insanların doğa olayları karşısında takındıkları tavırlar ve ilişki şekillerinden doğmuştur. Bu uygulamalar toplumun ortak değeridir ve geleneksel toplumlarda sosyal sistemin vazgeçilmez bir bileşenidir. Geleneksel sağlık uygulamaları olarak Anadolu'da yaygın olarak kullanılan değişik uygulamalar mevcuttur.

İnsanlar yüzyıllar boyunca yaşadıkları zaman diliminin gerektirdiği bir anlayışla ve içinde yaşadıkları toplumun değer sistemi ile alakalı olarak çeşitli hekimlik uygulamaları denemişler, hastalık ve yaralanma durumlarında değişik yöntemler kullanmışlardır. Hastalıkların nedenlerinin kötü ruhlar olduğuna inanıldığı ilkel çağlardan günümüz modern tıbbının gelişmesine kadar geçen süreçte, bilim ve teknikteki gelişime paralel olarak toplumların kültürel yapıları, değerleri ve sağlık anlayışları da değişim göstermiştir. Kişiler, içinde yaşadıkları kültüre, eğitim düzeylerine ve sağlık konusundaki inançlarına uygun olarak yakın çevresindeki güvenilir kişilerden, geleneksel iyileştiricilerden, ya da uzmanlığı onaylanmış profesyonel-

Geliş Tarihi/Received: 27.06.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 28.11.2005

Bu çalışma 23-25 Haziran 2003'de Sivas'ta düzenlenen 8. Halk Sağlığı Günleri'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Ersin USKUN
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı AD, ISPARTA
ersin@med.sdu.edu.tr

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005, 13

179

lerden yardım aramışlardır. Bu arayışlar sonucunda birbirinden farklı sağlık kültürleri gelişmiştir. Başka bir deyişle insanlar modern tıbbın tedavi ve önerilerinin yanı sıra yaygın biçimde kendi sağlık kültürlerinin sonucu olan uygulamaları kullanmışlardır.² Özellikle gelişmekte olan ülkelerde geleneksel sağlık uygulamaları süregelmektedir. Halk hekimliği ya da geleneksel tıp; hastalıklar ve sağlık hakkındaki inanç, tutum ve davranışlar şeklinde tanımlanabildiği gibi, toplumların inanç, gelenek ve değer sistemleri ile ilgili tıbbi uygulamalar olarak da ifade edilmektedir.^{1,3} Görevi insan sağlığına hizmet etmek olan profesyonellerin bu uygulamalara eğilmesi ve sağlık kültürünü tanınması gereklidir.

Bu çalışma, Isparta ilinde geleneksel tedavi uygulamaları (GTU)'na başvuru sıklığını, bu tür tedavi yöntemlerini seçen kişilerin kendileri ile ilgili sağlık algılarını ve diğer kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Isparta il genelini tamamı oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü INSTAT programı kullanılarak ve prevalans=%50, standart hata=0.10, alfa=0.05, beta=0.05 alınarak 320 olarak hesaplandı. Örnek büyüklüğü hesaplamaları kolaylaştırmak için 350 olarak alındı. Orantılı tabakalı örneklemede il merkezinde 150 kişiye, periferde 200 kişiye ulaşılması planlandı. İl merkezi sosyoekonomik düzeye göre iyi, orta, kötü olmak üzere üç tabakaya ayrıldı. Her tabakanın evren içindeki ağırlığı eşit olduğundan her tabakadan rasgele yöntemle seçilen üç mahalleden 50'şer kişi (il merkezinde toplam 150 kişi) araştırmaya alındı. Periferde ulaşılması planlanan 200 kişinin %50'sine bir ilçe merkezinde (iki mahallede) diğer yarısına da iki ayrı köyde ulaşılması planlandı. İl merkezindeki 3 mahalle, hangi ilçenin araştırmaya alınacağı, bu ilçe merkezinde hangi 2 mahalleye gidileceği ve hangi iki köye gidileceği rasgele yöntemle belirlendi. Araştırmada mahallelerde sağlık ocağına ya da (köylerde) sağlık evine en yakın evden başlanarak ardışık sıra ile 50 eve gidilerek kapıyı açan 15 yaş üstü erişkin bireylerden bilgi alındı. Veriler önceden hazırlanmış anket formu kullanarak yüzyüze görüşme yoluyla toplandı. Anket formunda kişilerin sosyodemografik özellikleri, sağlık algısı, kronik hastalığa sahip olup olmadıkları ile ilgili soruların yanı sıra, yaşamları boyunca GTU kullanma durumunu sorgulayan sorular yer almakta idi. Ayrıca belirli bir zaman diliminde GTU kullanım sıklığını (prevalans) belirlemek üzere son bir yıl içindeki GTU kullanma durumu sorgulandı ve kaydedildi. GTU başlığı altındaki uygulamalar; 1-bitkisel ilaçlar, 2-halk hekimliği (kırık-çıkıkçı/osteopatlar vb.) ve 3-dini içerikli uygulamalar (dua okutma, muska, yatıra götürme vb.) olmak üzere üç ayrı grupta değerlendirildi. GTU'dan herhangi birini

kullanmış olanlara hangi durumda ve ne tür bir uygulamaya başvurduğu ve bu yöntemlere başvurma nedenlerini belirlemek üzere sorular da ankette yer almaktaydı. Veriler bilgisayarda değerlendirildi. İstatistik analizde ki kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

GTU sıklığı geçmişte hayatının bir döneminde bu tür bir uygulamaya başvurma ve son bir yıl içinde bu tür bir uygulamaya başvurma sıklığı olarak ayrı ayrı ele alınmış ve bu iki veri iki ayrı bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın bağımlı değişkenleri:

1. Yaşam boyu GTU'na başvurmuş olma durumu,
2. Son bir yıl içinde GTU na başvurmuş olma durumu.

Kişilerin yerleşim yeri, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, sağlık algısı, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, son bir yıl içinde tedavi gerektiren bir hastalık geçirme durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

GTU'na başvurma sıklığına etki eden değişkenleri lojistik regresyon analizi ile değerlendirirken kategorik değişkenler ikili (dikotom) hale getirildi (ilçede yaşıyor olma=1, kadın olma=1, bekar olma=1, sosyal güvenceye sahip olmama=1, kronik hastalığı olma=1, son bir yıl içinde tedavi gerektiren bir hastalığı olma=1).

Bulgular

Araştırma grubunun 176 (%50.3)'sü erkek, 137 (%39.1)'si 15-34 yaş grubunda, 204 (%58.3)'ü ilköğretim ve altında eğitim düzeyine sahip, 241 (%68.9)'i evliydi. Araştırmaya katılanların 68 (%19.5)'inin sosyal güvencesi yoktu veya yeşil kartlıydı. Evin aylık gelirinin evde yaşayan kişi sayısına bölünmesi ile elde edilen "kişi başına aylık gelir" miktarı 255 (%72.9) kişide 150 milyon TL'nin altında idi. Araştırma grubunda 174 (%49.7)'ü sağlığını çok iyi/iyi olarak değerlendirdi. Gruptakilerin 88 (%25.1)'inin sürekli tedavi gerektiren (kronik) bir hastalığı vardı ve araştırmaya katılanların 200 (%57.1)'ü son bir yıl içinde sağlık kurumuna gitmeyi gerektirecek bir hastalık geçirmişti (Tablo 1).

Araştırma grubunda 238 (%68.0) kişi geçmişte hayatının bir döneminde GTU'ndan birine başvurmuştu. Bu kişilerin %76.1'i (n=181, tüm grup içinde %51.7) son bir yıl içinde bu tür bir yöntemi tercih etmişti.

Kişilerin yaşadığı yerleşim yeri, geçmişte GTU'na başvurma sıklığını etkilemekteydi ($X^2=11.34$, $p=0.003$). İlçe merkezinde oturanlar, bu yöntemlere il merkezi ve köylerde oturanlara göre daha az başvurmuştu (Tablo 1). Bu grup analiz dışı bırakıldığında il merkezi ile köyler arasında sıklık bakımından farklılık bulunmamaktaydı ($X^2=2.276$, $p=0.086$). Son bir yıl içinde köylerde oturan-

Tablo 1. Araştırma grubunun Yaşam Boyu geleneksel tedavi kullanmış olma durumunun sosyodemografik özelliklere ve sağlık algısına göre dağılımı.

	Özellikler	Sayı	% ¹	Yaşam boyu geleneksel tedavi kullanmış		
				(%) ²	kikare	p
Yerleşim yeri	İl merkezi	150	42.9	69.3	X ² =11.34, p=0.003	
	İlçe merkezi	100	28.6	56.0		
	Köyler	100	28.6	78.0		
Cinsiyet	Kadın	174	49.7	76.4	X ² =11.32, p=0.001	
	Erkek	176	50.3	59.7		
Yaş grupları	15-34	137	39.1	59.1	*X ² =14.77, p=0.000	
	35-54	112	32.0	65.2		
	55 ve üstü	101	28.9	83.2		
Eğitim	İlkokul ve altı	204	58.3	77.5	*X ² =18.92, p=0.000	
	Orta ve lise	77	22.0	57.1		
	Yüksekokul	69	19.7	52.2		
Medeni durum	Evli	241	68.9	71.4	X ² =11.23, p=0.004	
	Bekar	79	22.6	53.2		
	Dul	30	8.6	80.0		
Sosyal güvence	Yok- yeşil kart	68	19.5	73.6	X ² =8.62, p=0.071	
	Emekli sandığı	88	25.1	58.0		
	Bağkur	80	22.9	77.5		
	SSK	114	32.6	66.7		
Kişi başına gelir	= <150 milyon/ay	255	72.9	71.8	*X ² =7.79, p=0.005	
	151-299 milyon/ay	66	18.9	62.1		
	300 milyon üstü/ay	29	8.3	48.3		
Sağlık Algısı	Çok iyi/iyi	174	49.7	53.4	*X ² =35.72, p=0.000	
	Orta	125	35.7	78.4		
	Kötü/çok kötü	51	14.6	92.2		
Kronik hastalık	Yok	262	74.9	61.1	X ² =23.80, p=0.000	
	Var	88	25.1	88.6		
Toplam		350	100.0	68.0		

¹sütun yüzdesi, ² satır yüzdesi, ³ki kare testi

* Eğitimde kikare

ların %57'si (n=100) GTU'na başvurmuştu. Bu değer il merkezi ve ilçe merkezlerinde belirlenen sıklıktan daha yüksek olmakla birlikte istatistik olarak anlamlı farklı değildi (X²=2.98, p=0.226) (Tablo 2).

Yaşamının bir döneminde, GTU kullanımı, yaş (grupları) arttıkça artmakta (Eğimde kikare X²=14.77, p=0.000), eğitim düzeyi arttıkça azalmaktaydı (Eğimde kikare sırasıyla X²=18.92, p=0.000) (Tablo 1). Son bir yıl içinde GTU kullanımı sıklığı da benzer biçimde yaş (grupları) arttıkça artmakta (Eğimde kikare sırasıyla X²=11.19, p=0.001), eğitim düzeyi arttıkça azalmaktaydı (Eğimde kikare sırasıyla X²=17.58, p=0.000) (Tablo 2).

Araştırma grubundaki kadınlar, erkeklerden daha çok, hayatının bir döneminde GTU'na başvurmuştu (n=174, %76.4, X²=11.32, p=0.001). Son bir yıl içinde de kadınlar erkeklerden daha çok bu tür yöntemlere başvurmuştu (n=174, %59.8, X²=8.99, p=0.002) (Tablo 2).

Araştırma grubunda sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlı ya da Bağkur güvenceli olanlar yaşam boyu diğerlerine göre (Emekli Sandığı ve SSK sosyal güvencesine sahip olanlara göre) daha sık GTU'na başvurmuştu

(X²=9.75, p=0.045) (Tablo 1). Ancak sosyal güvenceye sahip olmak veya sosyal güvencenin türü GTU kullanımı sıklığını son bir yıl içinde etkilememektedir (Tablo 2).

Araştırma grubunun kişi başına düşen aylık geliri arttıkça yaşam boyu GTU kullanmış olma sıklığı azalmaktaydı (Eğimde ki kare sırasıyla X²=7.79, p=0.005) (Tablo 2). Son bir yıl içindeki GTU kullanım sıklığı bireylerin ekonomik durumundan benzer biçimde etkilenmekteydi (Eğimde kikare, X²=4.98, p=0.026) (Tablo 2).

Araştırma grubunda bireylerin sağlık algısı GTU kullanımı sıklığını anlamlı biçimde etkilemekteydi. Bireylerin sağlık algısı kötüleştikçe bu tür uygulamalara başvurma sıklığı artmaktaydı (Eğimde kikare, X²=35.72, p=0.000) (Tablo 1). Son bir yıl içinde kullanım da benzer biçimde artış göstermekteydi (Eğimde kikare, X²=15.55, p=0.000) (Tablo 2).

Araştırma grubunda kronik bir hastalığa sahip olanların hem yaşam boyu (X²=23.80, p=0.000, Tablo 1), hem de son bir yıl içinde (X²=12.77, p=0.000, Tablo 2) GTU kullanımı bu tür hastalığı olmayanlardan daha yüksekti.

Tablo 2. Araştırma grubunun son bir yıl içinde geleneksel tedavi kullanmış olma durumunun sosyodemografik özelliklere ve sağlık algısına göre dağılımı.

Özellikler	Sayı	Son bir yıl içinde geleneksel tedavi kullanmış	
		(%) ¹	kikare p
Yerleşim yeri	İl merkezi	150	52.7
	İlçe merkezi	100	45.0
	Köyler	100	57.0
Cinsiyet	Kadın	174	59.8
	Erkek	176	43.8
Yaş grupları	15-34	137	42.3
	35-54	112	51.8
	55 ve üstü	101	64.4
Eğitim	İlkokul ve altı	204	60.8
	Orta ve lise	77	44.2
	Yüksekokul	69	33.3
Medeni durum	Evli	241	56.8
	Bekar	79	32.9
	Dul	30	60.0
Sosyal güvence	Yok- yeşil kart	68	60.5
	Emekli sandığı	88	45.5
	Bağkur	80	62.5
Kişi başına gelir	SSK	114	45.6
	= <150 milyon/ay	255	55.3
	151-299 milyon/ay	66	43.9
Sağlık Algısı	300 milyon üstü/ay	29	37.9
	Çok iyi/iyi	174	40.2
	Orta	125	62.4
Kronik hastalık	Kötü/çok kötü	51	64.7
	Yok	262	46.2
	Var	88	68.2
Akut hastalık ⁴	Yok	150	36.7
	Var	200	63.0
	Toplam	350	51.7

¹sütun yüzdesi, ² satır yüzdesi, ³ki kare testi, ⁴ son bir yıl içinde tedavi gerektiren bir hastalık geçirme durumu

* Eğitimde kikare

Son bir yıl içinde tedavi gerektiren bir hastalık geçirmiş olanlar, diğerlerine göre son bir yıl içinde daha çok GTU'na başvurmuştu ($X^2=23.80$, $p=0.000$) (Tablo 2).

Araştırma grubunda yaşam boyu GTU'ndan herhangi birini kullanmış olanların ($n=238$) %86.1'i (205/238) bitkisel ilaç, %34.0'ü (81/238) halk hekimliği, %39.5'i (94/238) dinsel içerikli uygulamaları tercih etmişti. Son bir yıl içinde bu uygulamalardan birine başvurmuş olanların ($n=181$) %91.7'si (166/181) bitkisel ilaç, %12.7'si (23/181) halk hekimliği, %13.3'ü (24/181) dinsel içerikli uygulamaları kullanmıştı.

Bitkisel uygulamalara başvuranlar ($n=205$) en çok soğuk algınlığı şikayetleri için (%60.5)(124/205); halk hekimliği uygulamalarına başvuranlar ($n= 81$) en çok çıkık ve incinmeler için (%24.7)(20/81) ve dinsel içerikli uygulamalara başvuranlar (hepsi, $n= 24$) (%100.0) ise baş ağrısı, psikolojik şikayetler ve uykusuzluk şikayetleri için bu uygulamaları kullanmıştı.

GTU'ndan herhangi birini kullanmış olanların 83'ü (%23.7) tıbbi tedavi imkanı olmadığı için (sağlık personeline

ulaşamama, uzaklık, yokluk gibi nedenlerle) bu tür bir uygulamaya başvurduğunu belirtirken; 72'si (%20.6) tıbbi tedavi imkanı olmasına rağmen öncelikle geleneksel tedaviyi kullanmak istediğini, 24'ü (%6.9) tıbbi tedaviden fayda görmediği için bu yöntemlere başvurduğunu ifade etti. Diğer 59 kişi (%16.9) tıbbi tedaviden fayda görmeye birlikte eşzamanlı olarak bu uygulamaları denemek istemişti.

GTU'ndan birine başvurmuş olanların 185'i (%78.7) bu uygulamadan fayda gördüğünü düşünmekte ve 180'i (%76.6) benzer şikayeti olsa yine aynı yöntemi kullanacağını belirtmekteydi.

Araştırma grubunun 143'ü (%40.9) bu uygulamaların etkili olduğuna inandığını ve bu nedenle kullandığını, 29'u (%8.3) etkili olabileceğini düşündüğünü ancak kullanmadığını, 36'sı (%10.3) etkisine inanmadığı halde mecburen kullandığını, 44'ü (%12.6) etkisine inanmadığını ve bu nedenle kullanmadığını, 62'si (%17.7) ise bu uygulamaların zararlı olabileceğine inandıklarını dolayısıyla kullanmadıklarını ifade etti. Grubun 36'sı (%10.3) bu konuda fikir beyan etmedi.

Araştırma grubunda 229 (%65.4) kişinin yakınlarından biri (yakın akraba/ komşu) GTU'na başvurmuştu. Yakınları bu uygulamaları kullanmış olanların kendilerinin de GTU kullanma durumu (%78.2) diğerlerinden (%48.8) yüksekti ($X^2= 31.46$, $p= 0.000$).

Araştırmada geçmişte GTU'na başvurma sıklığına etki eden değişkenler (ilçede yaşıyor olma=1, kadın olma=1, yaş, eğitim durumu, bekar olma=1, kişi başına düşen gelir, sosyal güvenceye sahip olmama=1, sağlık algısı, kronik hastalığı olma=1) lojistik regresyon analizine alındığında ilçe merkezinde yaşıyor olma (OR: 0.30, GA%95: 0.17-0.55, $p= 0.000$); kadın olma (OR:1.77, GA%95: 1.02-3.09, $p=0.044$), sağlık algısının kötüleşmesi (OR: 1.89, GA%95: 0.26-2.86, $p=0.002$); kronik hastalığın olması (OR: 2.75, GA%95: 1.19-6.33, $p=0.017$) ve eğitim durumunun artmasının (OR: 0.74, GA%95: 0.17-0.55, $p=0.033$) kullanım sıklığını etkilediği görüldü.

Son bir yılda GTU kullanım sıklığına, aynı değişkenlerin ve ek olarak son bir yıl içinde akut hastalık geçirmiş olma değişkeninin etkisi lojistik regresyon analizi ile incelendiğinde; ilçede oturuyor olmanın (OR:0.53, GA%95: 0.31-0.89, $p=0.016$) ve son bir yıl içinde tedavi gerektiren bir hastalık geçirmiş olma durumunun (OR:2.08, GA%95: 1.28-3.36, $p=0.003$) kullanım sıklığını anlamlı biçimde etkilediği görüldü.

Tartışma

Geçtiğimiz on yıl içinde dünyada geleneksel tıbbın kullanımına karşı bir ilgi ve merak canlanmıştır. Çin'de geleneksel tıp, tüm sağlık hizmetlerinin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır. Şili'de nüfusun %71'inin ve Kolombiya'da nüfusun %40'ının benzer hekimlik yöntemlerini kullandığı bildirilmiştir. Hindistan'da kırsal alandaki nüfusun %65'i, temel sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını karşılamak için geleneksel tıp yöntemlerini kullanmaktadır.⁴

Gelişmiş ülkelerde de geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri giderek popüler olmaktadır. Örneğin bu tıp tedavi yöntemlerini en az bir kez kullanmış olan nüfusların yüzdeleri; Avustralya'da %48, Belçika'da %31, Kanada'da %70, Fransa'da %49 ve Amerika Birleşik Devletlerinde %42'dir.⁴ Bu araştırmada hayatının herhangi bir döneminde geleneksel sağlık uygulamalarından en az birini kullanmış olanlar %68.0'di. Bu rakam araştırma grubunda geleneksel hekimlik uygulamalarının gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalardaki rakamlarla benzer biçimde yaygın olduğunu göstermektedir.

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, sıklıkla, hastalıkları ve kronik rahatsızlıkları önlemek veya onlardan korunmak için ve yaşam kalitesini artırmak için kullanılmıştır. Geleneksel tıp ayrıca, sıtma ve AIDS gibi hayatı tehdit eden hastalıkların tedavi ve bakımlarında da kullanılmaktadır. Gana, Mali, Nijerya ve Zambiya'da bitki-

sel ilaçlar, yüksek ateşi olan çocukların %60'ından daha fazlasında birinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. Afrika ve Kuzey Amerika'daki çalışmalar, HIV/AIDS'le yaşayan insanların %75'inin, çeşitli semptom ve durumlarda geleneksel tıbbi tek başına veya diğer ilaçlarla kombine olarak kullandıklarını göstermiştir.⁴ Nepal, Gana gibi bazı bölgelerde geleneksel tıp personeli (herbalistsler, geleneksel ebeler, ilahi iyileştiriciler -diviners/ spiritual or faith healers-), birinci basamak sağlık servislerindeki sağlık personeli ile birlikte çalışmaktadır.⁵ Uganda'da da geleneksel tıbbın oldukça yaygın olduğu ve geleneksel iyileştiriciler ile modern tıp çalışanlarının, özellikle AIDS'le mücadelede, birlikte çalıştıkları bildirilmektedir.⁶ Afrika'da coğrafik, eğitimsel ve kültürel nedenlerle geleneksel iyileştiriciler sağlık alanında oldukça önemli bir yere sahiptir.^{7,8}

Asya halk tıbbı yönünden çok önemlidir. Tüm dünyada sağlığın ileriye götürülmesi ve adjuvant tedavide Çin bitki tıbbının kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.⁹ Çin, Hindistan, Sri Lanka gibi ülkelerin hükümetleri kendi halk hekimlerini tanıma ve meşru kılma konusunda tedbirler almışlardır. Ayrıca Japonya'da hekimlerin %45'i Batı tıbbına ilaveten Çin ilaçları kullanmakta ve akupunktur tedavisi uygulamaktadır.¹⁰ Afrikada da birinci basamak sağlık servislerinde "geleneksel iyileştirici"lerin önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir.¹¹

Bu çalışmada geleneksel tedavi uygulamaları "halk hekimliği", "bitkisel ilaç kullanımı", "dinsel içerikli uygulamalar" olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

Tüm dünyada "bitkisel ilaçlar" giderek artan ve şimdiki kadar hiç görülmemiş bir biçimde popülerite kazanmaktadır. Alternatif tıp yöntemleri arasında sayılmasına ve modern tedavi kavramı içerisinde birbirine tamamen zıt kutuplar olarak sunulmasına rağmen günümüzde modern tedavinin ayrılmaz bir parçası durumundadır.¹² Çin'de bitkisel ilaçlar, halk ilacı olarak yüzlerce yıldır yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Çin Halk Cumhuriyeti bir devlet politikası olarak bitkisel ilaçların kullanımını özendirilmiş ve bu ilaçlar üzerinde farmakolojik araştırmaları desteklemiştir.¹³ Bir araştırmada Nikaragua'da bitkisel tedavi kullanımı %78 olarak bildirilmiştir.¹⁴ Anadolu'da bitkilerle tedavi çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Anadolu'daki değişik uygarlıklarda bitkilerle tedaviye ilişkin bilgilerin mevcut olduğu da bilinmektedir. Lokman hekim efsanesinde de bu konuya ait bilgiler mevcuttur.¹²

Ülkemizde özellikle halk ilaçları kullanımı ile ilgili araştırmalar değişik semptomlar için halk arasında değişik bitkisel ilaç uygulamaları olduğunu ortaya koymaktadır.¹⁵⁻²⁰

Aktarlardan edinilen ya da doğadan toplanan ham bitkisel materyalin (ham drog) kullanılmasında esas sorun, bitkilerin kimyasal bileşimlerinin iklim, toprak, mevsim, işlenme yöntemi ve saklanma koşulları vb. etmenlere bağlı

olarak değişmesi ve standart, dolayısıyla tekrarlanabilir fizyolojik yanıt alınabilme olasılığının düşük olmasıdır. İkinci önemli husus bitkilerde fotosentez sonucu meydana gelen çok sayıda metabolitin bir arada olmasıdır. Her bir bileşiğin kullanılan miktara bağlı olarak tedavi edici ya da toksik etkisi söz konusu olabilir. Dolayısıyla “doğalsız zararlıdır” şeklinde bir düşünce son derece hatalıdır.¹² Bir başka önemli konu bu tip materyaller üzerinde herhangi bir denetimin bulunmamasıdır. Bitkisel ürünler için düzenleme ve tescil prosedürleri yaklaşık 70 ülkede bulunmasına rağmen, 2000 yılına dek sadece 25 ülkenin geleneksel tıp için ulusal politikalar geliştirdiği bildirilmektedir. “Doğal” olanın “güvenli” olduğu şeklindeki yanlış kanıdan dolayı bir çok tüketici, kişisel bakımları için geleneksel tıbbi kullanmaktadır.⁴

Toplumda bitkisel tıba daha fazla başvurulmasının nedeni daha önce de belirtildiği gibi “doğal olanın zararsız olacağı” inancından kaynaklanmaktadır. Suudi Arabistanda diyabetik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %15.6'sının geleneksel tıbbın güvenli ve etkili, %25.8'inin tedavide tek başına yeterli olabileceğine inandığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların üçte birinin böyle bir yöntem kullanmış olduğu bildirilmiştir.²¹

Bitkisel ilaçların kullanımının yaygın oluşunda bir başka neden, toplumun bu tür ilaçlara kolay ve ucuz erişebilmesi olabilir. Araştırmada ilaç alımında bazı kısıtlamalarla karşı karşıya kalan Bağkur güvencelilerin, ayaktan tedavide hekim tarafından reçetelenen ilaçlarının bedelini kendileri ödeyerek almak zorunda olan yeşil kartlıların ve hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan bireylerin daha sıklıkla bu yöntemlere başvuruyor olması da bu savı destekler niteliktedir. Yine de ilaçlara erişimi kolay olan diğer sosyal güvence sahiplerinin (örneğin Emekli Sandığı) neredeyse yarısının yaşamı boyunca bu tür bir yöntemi kullanmış olması, sağlık hizmetlerine ve modern ilaçlara ulaşımdan ziyade, kültürel özellikler gibi başka faktörlerin de tedavi tercihlerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Geleneksel toplumlar günlük sorunlarını duygusal ve heyecansal motiflere göre düzenlerler. Dolayısıyla halk hekimliği, geleneksel toplumlarda sosyal sistemin vazgeçilmez bir bileşenidir. Anadolu'da halk hekimliğinde değişik sağıltım şekilleri mevcuttur. Bunlar; irvasalama yolu ile tedavi (hastanın vücudu dışında yapılan, büyük ölçüde psikolojik etkilemeye dayanan hareketler), parpılama (bir sağıltım aracıyla vurma, kesme, delme veya dağılama), em (bitkisel, hayvansal, madensel, insansal ve karma uygulanan halk ilacı), kırık-çıkık tedavisidir (osteopatlar).³

Halk hekimliğinde hastalıkların sağıltımını yapanlar, hoca, şeyh, abdal, okuyucu, üfürükçü, ocaklı, izinli, orumçu olarak isimlendirilen kişilerdir. Bu kişiler, cinsiyet belirleme, başağırsı sağıltımı, verem sağıltımı, dalak sağıltma, sarılık tedavisi gibi uygulamalar yaparlar.³

Dinin, kişilerin beslenmelerinden, hastalıklar ve ölümler konusundaki kararlarına kadar uzanan etkileri söz konusudur. İnsanlar tedavilerini yüzyıllardan beri dini inançlarına göre düzenlemişlerdir.²²

Bazı Anadolu ve çevre uygarlıkların halk hekimliğine etkileri de olmuştur. Günümüz Anadolu geleneksel halk hekimliği incelendiğinde İslam öncesi kültürlerin, değişik dönemlerde benimsenen inanç sistemlerinin (Şamanizm, Zerdüştlük, Hıristiyanlık, İslamiyet), yerleşik Anadolu kültürünün ve komşu uygarlıkların izlerini görmek mümkündür. Günümüzde tedavi yerleri olarak karşımıza çıkan türbe, yatırlar Asklepion tapınaklarının bir görüntüsüdür. Bu tapınakların bazıları bazı hastalıklar üzerine uzmanlaşmışlardır. Bu durum, türbeler için de söz konusudur. Her türbenin hastalık uzmanlığı farklıdır. Türbedarlar da hastaları tedavi etme özelliğine sahiptir. Tıpkı tapınaklardaki din görevlileri gibi.²³

Geleneksel halk hekimliğinde uygulanan yöntemlerin uygulamalarında bulunan dinsel unsurların varlığı nedeniyle bu iki uygulamayı birbirinden ayırmak zor görünmektedir. Ancak halk hekimliği uygulamaları dinsel kimliklerine rağmen, büyüsel motifler içerir ve şamanizmin uygulama, motif ve kalıplarına rastlanır.³ Bu çalışmada tedavi amaçlı dua okutulması, muska yazılması ve yatıra götürme gibi uygulamalar dinsel içerikli uygulamalar olarak kabul edilmiştir. Araştırmada GTU'ndan herhangi birini kullanmış olanların, %39.5'i dinsel içerikli uygulamaları tercih etmişti ve sıklık bakımından bitkisel ilaç uygulamalarından sonra ikinci sırada yer almaktaydı. Dini içerikli uygulamaya başvurma sıklığı konusunda bireylerden bilgi alınabilse de bu uygulamanın türü ve kim tarafından uygulandığı konusunda bireyler detaylı bilgi vermektan kaçınmışlardır. Bu konu araştırmanın kısıtlılığıdır. Bitkisel ilaçlara erişimin kolay ve ucuz olması nedeniyle bu yöntem daha sıklıkla tercih ediliyor olabilir.

Araştırmada ilçede yaşayanların köy ve kent merkezinde yaşayanlara göre daha sıklıkla bu yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Bireylerin geleneksel halk hekimliği uygulamasını tercih edebilmesi için bu uygulamayı yapabilecek belli kişilere ulaşabilmesi (bu kişilerin yörede ya da yakın bir yerde yaşıyor olması gerekliliği), dolayısıyla böyle bir bireyin bulunmadığı bölgelerde (örneğin ilçelerde) istese de ulaşamamış olması, sıklığı etkilemiş (azaltmış) olabilir. Aynı zamanda, araştırmanın yapıldığı kent merkezinde ulaşılacak sağlık personeli ve kurumların yaygın olarak bulunmasına rağmen, merkezde yaşayan kişilerin geleneksel tedavi yöntemlerini, ilçedekilerden daha fazla tercih etmiş olması, tedavi tercihlerinde, sağlık hizmetlerine ve modern ilaçlara ulaşımdan ziyade, kültürel özellikler gibi başka faktörlerin de etkili olduğunu bir kez daha düşündürmektedir. Yanıt verenlerin %76.6'sının benzer yakınlarda yine aynı yöntemi tercih edeceğini ifade etmesi de kültürel özellikler ve alışkanlıkların davranışlara etkisinin bir başka göstergesidir.

Bitkisel uygulamalara başvuranlar en çok soğuk algınlığı şikayetleri için bu tür uygulamalara başvurmuşlardır. İstanbul'da iki ayrı bölgede yapılmış bir çalışmada soğuk algınlığı şikayetlerinde her iki bölgede de hemen herkesin (%97-%100) bitkisel bir tedavi uygulaması olduğu belirlenmiştir.² Çalışmada halk hekimliği uygulamalarına başvuranlar en çok çıkık ve incinmeler için bu yöntemleri kullanmışlardır. İstanbul'da yapılmış bir çalışmada travma veya travma sekeli sonucu Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğine başvuran hastaların %5.1'inin önce sınıkçıya (kırık-çıkıkçı) başvurduğu belirlenmiştir. Anadolu'da travmatoloji 12.yüzyıldan beri hekim ve hekim dışı kişiler tarafından yapılmaktadır.²⁴ Günümüzde de kırsal kesimde daha fazla olmak üzere, büyük şehirlerde de kırık çıkık sağaltımı sınıkçı denilen hekim dışı kişiler tarafından yapılmakta ve halkımız tarafından da bu kişilere müracaat etme alışkanlığı devam etmektedir. Mevcut yasalara göre hekim dışı kişilerin yaptığı sağaltım suçtur. Ancak bu sorunun çözümüne yönelik adli ve cezai yükümlülükler yetersizdir.

Bu araştırmada GTU uygulamalarını kullanma eğitim durumundan etkilenmekteydi ve eğitim durumu düşük olanlarda kullanım sıklığı artmaktaydı. Köstem'in²⁴ Sivas'da Çetinus'un²⁶ İstanbul'da yaptığı çalışmalarda eğitim durumunun bu tür tercihi benzer biçimde etkilediği görülmüştür. Bu çalışmada literatürle uyumlu biçimde²¹ kadınların bu yöntemleri daha çok tercih ettiği belirlendi. Kadınların geleneksel tedaviyi erkeklere göre daha çok tercih etmesinin nedeni, özellikle periferde kadınların eğitim seviyesinin düşüklüğü ve kendi aralarında bu tür yöntemlerden daha çok haberdar olmaları olabilir.

Geleneksel bir yapıya sahip olan yörelerde halkın hastalıklara bakışı da, kültürünün etkisi altında biçimlenmektedir. Yapılan araştırmalar, eğitim durumunun yanında, ekonomik şartların da hastalıklara karşı olan tutumu etkilediğini göstermektedir. Ayrıca şehirle temas, iletişim ve ulaşım araçlarının yoğun kullanımı da halkın modern tıba yaklaşımını kolaylaştırmaktadır. Bu eğilim, özellikle gençler arasında daha kuvvetli olarak görülmektedir. Buna rağmen okumuş veya okumamış, zengin veya fakir olsun, halkın bir kısmı hala belirli hastalık tiplerinde modern tıbbın dışındaki metotlara başvurmakta, nazar değmesi, türbeleri ziyaret, kırık-çıkık uygulamaları sıkça görülebilmektedir.²³ Bu çalışmada da GTU'na başvuranların yaş ortalaması başvurmayanlardan yüksekti. Başka bir deyişle yaşlılar bu yöntemleri daha çok tercih etmekteydi. Ekonomik düzeyin düşük olması tercihi artırmaktaydı.

Çalışmada beklenen biçimde kendi sağlığını kötü olarak değerlendiren, sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalığı olan ve son bir yıl içinde tedavi gerektiren hastalığı olan bireylerin GTU kullanma sıklıkları bu tür sorunları olmayanlardan yüksekti. Sağlık sorunları olan bireylerin bu sorunlara çözüm yolları araması yadsınamaz. Ancak önemli olan doğru yerde çare aramalarıdır. Ülkemizde

sağlık güvencesi olmayanlar %32.9 olarak bildirilmiştir.²⁷ Halkın modern tıp dışında tedavilere yönelmesinin önlenmesinde herkese eşit ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulması ve sağlık güvencesi şemsiyesinin genişletilmesi etkili bir çözüm olabilir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde özellikle sağlık çalışanları; sağlığın, yörenin kültürü, gelenekleri, doktorların görüşleri, önyargıları ve hastaların beklentilerine bağlı dinamik bir olgu olduğunu unutmamalıdır.²⁸

Sonuç

Yapılan bilimsel değerlendirmelerde, alternatif tıp yöntemleri kapsamında kullanılan sağlık ve diyet ürünlerinin hekimlerin uyguladığı tedaviler ile doğrudan etkileştirmesi ortaya koymaktadır. Bu durumda hekimin alternatif tedaviyi tanımaması, önemsememesi ve bilmemesi hatalı bir tutum olarak değerlendirilebilir.

Günümüzde hastalıkların tanı ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere, sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin artmasına, sağlık personelindeki sayısal artışa karşın özellikle kırsal alanda geleneksel tedavi ve halk hekimliği uygulamalarının oldukça yaygın olduğu ve ilimizde de göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar profesyonel sektörü oluşturan sağlık personeline verilen ve bilinen bir sağlık hizmetinin ötesinde yaşayan bir sağlık kültürünün var olduğunu göstermektedir. Bu kültürün daha ayrıntılı ve antropolojik yöntemlerle incelenmesi insanlara sağlık açısından daha tutarlı yaklaşılmamasını sağlayabileceği gibi belki modern batı tıbbına bir katkı katkılarda da bulunabilir.

KAYNAKLAR

1. Türkdoğan O. Kültür ve sağlık hastalık sistemi. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları; 1991.
2. Taşdemir M, Hayran O, Akgöz S, Çalı Ş. İstanbul'da geleneksel sağlık uygulamaları. IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitabı 12-16 Eylül 1994. s.171-4.
3. Ceylan S. Anadolu'da halk hekimliği. Sağlık ve Toplum 2000;10:3-7.
4. WHO. Traditional medicine. Executive Board. 111th Session Provisional agenda item 5.7. World Health Organization. Report by the Secretariat. (EB111/9, 12 Aralık 2002).
5. Hoff W. Traditional healers and community health. World Health Forum 1992;13:182-7.
6. Homsy J, King R. The role of traditional healers in HIV / AIDS counselling in Kampala, Uganda. Key issues and debates: Traditional healers. Soc Afr SIDA 1996;:2-3.
7. Botha HP. Primary health care according to African requirements. Isr J Med Sci 1983;19:698-702.
8. Kale R. South Africa's Health: Traditional healers in South Africa: a parallel health care system. BMJ 1995; 310:1182-5.
9. Drasar P, Moravcova J. Recent advances in analysis of Chinese medical plants and traditional medicines. J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci 2004;812:3-21.
10. Toker G. Çin halk tıbbı ve modern farmakolojisi. Yeni Tıp Dergisi 1987;4:66-68.

11. Chipfakacha V. The role of culture in primary health care. Two case studies. *S Afr Med J* 1994;84:860-2.
12. Yeşilada E. Hekim, alternatif tedavi ve modern tıp. *STED* 2002;11:223-5.
13. Tokar G. Çin halk tıbbı ve modern farmakolojisi (II. Kısım). *Yeni Tıp Dergisi* 1987;4:63-8.
14. Ailinger RL, Molloy S, Zamora L, Benavides C. Herbal remedies in a Nicaraguan barrio. *J Transcult Nurs* 2004;15:278-82.
15. Tanker M, Asil E. İç Anadolu Bölgesinde ateş düşürücü olarak kullanılan halk ilaçları. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi* 1983;13:193-205.
16. Asil E, Tanker M, Sar S. İ.A.B.'de baş ağrılarına karşı kullanılan halk ilaçları. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi* 1984;14:67-80.
17. Asil E, Sar S. Böbrek taşı düşürmede kullanılan halk ilaçları. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi* 1985;15:58-68.
18. Tanker M, Sucu İ. Ege Bölgesi halk ilaçları. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi* 1983;13:130-40.
19. Kökçam İ, Akyar N. Elazığ yöresinde deri hastalıklarında kullanılan halk ilaçları *Lepra Mecmuası* 1994;25:62-8.
20. Güçüz Doğan B, Tezcan S, Aksoydan E. Ankara'nın İki Bölgesinde Gebeliği Önlemek İçin Bilinen Halk İlaçları ve Uygulamaları. *Toplum ve Hekim* 1993. p.7-10.
21. Al-Saeedi M, Elzubier AG, Bahnassi AA, Al-Dawood KM. Patterns of belief and use of traditional remedies by diabetic patients in Mecca, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2003;9:99-107.
22. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000. p.285.
23. Santur A, Cingöz Santur M. Anadolu inançlarının halk hekimliğine etkileri. <http://www.folklor.org.tr/turkish/hekimlik/halk-hekim2.htm> (Folklor Araştırmacıları Vakfı. Son güncelleme: Şubat 23, 2004)
24. Lök V. Onbeşinci asırda Anadolu Türklerinde kırık çıkık tedavisi. *Ege Üniversitesi Tıp Fak Mecmuası* 1974;13:117-9.
25. Köstem L, Önal YZ. Ülkemizdeki sınıkçı sorununa bölgesel yaklaşım (Sivas yöresi anket çalışması). *Acta Orthop Traumatol Turc* 1990; 24:159-62.
26. Çetinus E, Ekerbiçer H, Ertürk H, Cever İ, Tan A. Halkın sınıkçı tercihi: Nedenleri ve sonuçları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2000;1:79-86.
27. Devlet Planlama Teşkilatı. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (Devlet Planlama Teşkilatı 1950-1997 Yılları), Ankara: DPT; 1998.
28. Das PC. Learning from low income countries: what are the lessons? *BMJ* 2004;329:1185-6.