

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ (SOSYAL ANTROPOLOJİ) ANABİLİM DALI

**ŞİŞMANLIK VE ŞEKER HASTALIĞINDA HALK TABABETİ
KULLANIMI ÜZERİNE ANTROPOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Duygu YAZGAN AKSOY

ANKARA

2010

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ (SOSYAL ANTROPOLOJİ) ANABİLİM DALI

**ŞİŞMANLIK VE ŞEKER HASTALIĞINDA HALK TABABETİ
KULLANIMI ÜZERİNE ANTROPOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Duygu YAZGAN AKSOY

Tez Danışmanı

Prof.Dr.Zafer İlbars

ANKARA

2010

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANTROPOLOJİ (SOSYAL ANTROPOLOJİ) ANABİLİM DALI

**ŞİŞMANLIK VE ŞEKER HASTALIĞINDA HALK TABABETİ
KULLANIMI ÜZERİNE ANTROPOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Zafer İlbars

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Tez Sınav Tarihi.....

ÖNSÖZ

Gerçekte iki şey vardır; Bilim ve fikir.

İlki bilginin sebebidir, sonraki cehaletin

Hipokrat

Halk tababeti (halk tıbbı, halk hekimliği), insanoğlunun varoluşunun birinci şartı olan canlı olma haline yönelmiş hastalık, yaralanma, üreyememe gibi olaylar karşısında kullandığı ve faydalı olduğuna inandığı tüm sağaltım yöntemlerini barındırmaktadır. Hastalıklardan korunma ve hastalıkların iyileştirilmesi sırasında yaşanan olaylar, bu süreçte kazanılan bilgi ve deneyimlerin yanı sıra dinsel-büyüsel yorumlar birikimli olarak kuşaktan kuşağa aktarılarak halk hekimliğinin doğuşuna ve devamlılığına imkân sağlamıştır. Kanıta dayalı bilginin tüm bilim dallarında olduğu gibi tıp alanında da hâkim olmaya başlamasının ardından, mantığın kabul etmediği, sayısal anlamda sınanmamış tüm teknikler reddedilmiş, bunun sonucunda halk hekimliği uygulamalarının içinde yüzyıllardır kullanılan pek çok yaklaşım batı tıbbının reddettiği, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) [Complementary and Alternative Medicine (CAM)] olarak adlandırılan ve genellikle Doğu tıbbıyla ilişkilendirilen dar bir alanda sıkışıp kalmıştır.

Ancak modern tıbbın hastalığın tanısı, tedavisi ve takibinde çaresiz kaldığı durumlar hayatın tüm diğer alanlarında olduğu gibi sıklıkla doğallığı ve zararsızlığı vurgulanan halk hekimliği yöntemlerine başvurma olasılığını arttırmış, özellikle kanser hastalarında bu büyük boyutlara ulaşmıştır.

Şişmanlık (Obezite) ve Şeker Hastalığı (Diyabet) teknolojinin ilerlemesiyle beraber yabancılaşma ve yalnızlaşmanın giderek arttığı toplumlarda hareketsizleşen ve kötü beslenen bireyleri daha çok tehdit eder hale gelmiş ve bu hastalıkların toplumda görülme sıklığının artışının yanı sıra, giderek daha erken yaşlarda karşımıza çıkışları önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Hastalıkların kronik ve klasik tedaviye dirençli oluşları bu grup hastaları halk hekimliği uygulamalarına yönlendirmekte Ortodoks tıp uygulayıcıların halk hekimliğini kesin reddedişleri nedeniyle hastalar bu tedavileri uyguladıklarını saklamakta sonuçta hastanın yararına olabilecek bu uygulamalar fayda sağlamadığı gibi ölümlerle sonuçlanacak yan etkilere de neden olabilmektedir.

“Şişmanlık ve şeker hastalığında halk tababeti kullanımı üzerine antropolojik bir çalışma” adlı bu yüksek lisans tezinde şeker hastalığı ve obezite tanıları almış hastaların halk hekimliği uygulamaları kullanıp kullanmadıkları, bu uygulamaların hastanın sosyo-kültürel durumlarıyla ilişkisinin ortaya konması amaçlanmış ayrıca obez hastalarda kimlik algısı, hedefler ve idealler konuları sorgulanmıştır.

Çalışmada halk hekimliği uygulamalarının obez ve diyabetik hasta gruplarında sanılandan daha fazla kullanıldığı, genellikle bunun klasik tıp uygulamaları ile kendilerini takip eden hekimlere bildirilmediği görülmüştür. Ayrıca bu çalışmayla obez hastaların toplumda kabul edilme ile ilgili algı farklılıklarının olduğu, bunun kilo sorununun başlangıç zamanı ve şekli ile ilgili olduğu, obez hastaların kilo hedeflerinin sanılanın aksine gerçekçi olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma Ankara İli'nde, üçüncü basamak bir üniversite

hastanesinde yapıldığından klasik tıbbi tedavilere ulaşmakta güçlüğü olmayan bir grubu temsil etmesi bakımından önemlidir.

Bu çalışmanın alan araştırmasını gerçekleştirdiğim Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. öğretim üyeleri ve çalışanlarına, sosyal bilimler alanında çalışmam için beni cesaretlendiren Doç. Dr. Feryal Turan'a, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, destekleyen, yüreklendiren tez danışmanım Prof.Dr. Zafer İlbars başta olmak üzere Sosyal Antropoloji Bilim Dalı öğretim üyelerine, sevgi ve destekleriyle yanımda olan aileme teşekkürü bir borç bilirim.

Duygu Yazgan Aksoy

Ankara- 2010

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLO BAŞLIKLARI.....	ix
FOTOĞRAF BAŞLIKLARI.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. Tezin Konusu.....	4
1.2. Tezin Amacı.....	4
1.3. Tezin Önemi.....	5
1.4. Araştırma Soruları.....	7
1.5. Sınırlılıklar.....	7

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM.....	9
2.1. Araştırma Evreni ve Örneklem	9
2.3.Verilerin Toplanması.....	10
2.4. Verilerin Analizi.....	10

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	12
3.1. Halk Tababeti.....	12
3.1.1. Halk tababetinin tanımı.....	12
3.1.2. Halk tababetinin modern dünyada yorumlanması.....	13
3.1.3. Türkiye’de halk tababeti.....	15
3.1.4. Ortodoks tıbbın halk tababetine bakışı.....	16
3.2. Şişmanlık.....	17
3.2.1. Şişmanlığın tanımı.....	17
3.2.2. Şişmanlığın nedenleri, sonuçları, tedavi seçenekleri.....	17
3.2.3. Şişmanlığın antropolojik açıdan değerlendirilmesi.....	19
3.2.4. Şişmanlıkta halk tababeti kullanımı.....	21
3.3. Şeker Hastalığı.....	24
3.3.1. Şeker Hastalığının tanımı.....	24
3.3.2. Şeker hastalığının nedenleri, sonuçları, tedavi seçenekleri.....	25
3.3.3. Şeker hastalığının antropolojik açıdan değerlendirilmesi.....	26
3.3.4. Şeker hastalığında halk tababeti kullanımı.....	28

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ALANDA TOPLANAN BULGULAR VE

YORUMLARI..... 30

4.1. Çalışmaya katılan hastaların demografik bulguları..... 30

4.1.1. Obez hastaların demografik bulguları..... 30

4.1.2. Şeker Hastalarının demografik bulguları..... 32

4.2. Şişmanlık ve Şeker hastalığında halk tababeti kullanımı..... 35

4.2.1. Obez hastalarda halk tababeti olarak kullanılan metotlar, sıklığı
ve yapıları..... 35

4.2.2. Şeker hastalarında halk tababeti olarak kullanılan metotlar,
sıklığı ve yapıları..... 40

4.2.2. Şişmanlık ve şeker hastalarında halk tababeti kullanımını
etkileyen faktörler, farklılıklar, benzerlikler..... 43

4.3. Obez hastalarda kişisel ve toplumsal algılar, hedefler..... 43

BEŞİNCİ ÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER..... 46

SONUÇ..... 46

ÖNERİLER..... 55

ÖZET..... 57

SUMMARY..... 59

KAYNAKÇA..... 61

EKLER

EK 1. Görüşme soru formu..... 71

EK 2. Fotoğraflar..... 78

KISALTMALAR

Ark: Arkadaşları

CAM: Complementary and Alternative Medicine

dl: desilitre

m: metre

mg: miligram

TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

VKİ: Vücut kitle indeksi

TABLO BAŞLIKLARI

Tablo 1. Obez hastaların medeni durumu.....	31
Tablo 2. Obez hastaların eğitim düzeyleri.....	31
Tablo 3. Şeker hastalarının medeni durumu.....	32
Tablo 4. Şeker hastalarının evlenme Şekilleri.....	33
Tablo 5. Şeker hastalarının eğitim düzeyleri.....	33
Tablo 6. Obezitede halk tababeti kullanım oranları.....	35
Tablo 7. Obezite bitkisel tedavilerde kullanılan bitki ve baharatlar.....	36
Tablo 8. Şeker hastalarında halk tababeti kullanım oranları.....	40
Tablo 9. Şeker hastalarında bitkisel tedavilerde halk tababeti kullanım oranları.....	41

FOTOĞRAF BAŞLIKLARI

Fotoğraf 1. Akupunktur uygulaması.....	78
Fotoğraf 2. Akupunktur noktalarından bazıları.....	79
Fotoğraf 3. Şişe çekme.....	80
Fotoğraf 4. Hacamat.....	80
Fotoğraf 5. Akupresür noktalarının etki ettiği organlar-1.....	81
Fotoğraf 6. Akupresür noktalarının etki ettiği organlar-2.....	82
Fotoğraf 7. Lahana.....	83
Fotoğraf 8. Keten tohumu.....	83
Fotoğraf 9. Tarçın.....	84

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

“Şişmanlık ve şeker hastalığında halk tababeti kullanımı üzerine antropolojik bir çalışma” isimli bu tez Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Sosyal Antropoloji Bilim Dalı’nda “Yüksek Lisans Tezi” olarak hazırlanmıştır.

Halk tababeti (Halk hekimliği) hastalıklar ve sağlık hakkındaki inanç, tutum ve davranışlar şeklinde tanımlanabildiği gibi, toplumların inanç, gelenek ve değer sistemlerine paralel olarak ortaya çıkan tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Bazı antropologlar tarafından “ev tedavisi” olarak da adlandırılan halk hekimliği sadece insanın sağlık durumundaki bozuklukları değil, kısrılık, nazar değmesi, cin çarpması, büyü gibi insanlardan, doğaüstü veya gerçek dışı varlıklardan gelebilecek her türlü kötülüğe karşı da kullanılır (Konak, 1982). Zaman içinde klasik tıp uygulamaları gelişip hastalıkların nedenleri hakkında bilinenler arttıkça tedavi amaçlı yapılan uygulamalar da daha sistemik hale gelmiş, halk tababeti uygulamaları içinde yüzyıllardır kullanılan pek çok yaklaşım Batı tıbbının reddettiği, Doğu tıbbıyla ilişkilendirilen dar bir alanda sıkışıp kalmıştır. Ancak 1990’lardan sonra doğal olana dönüş eğilimlerine paralel olarak alternatif ve tamamlayıcı olabilecek halk hekimliği uygulamaları daha sık kullanılır hale gelmiştir (CAM, 1996; Eisenberg ve ark., 1998).

Halk hekimliği uygulamaları Batı tıbbının yetersiz ve bazen de tümüyle çaresiz kaldığı kanser hastalarında çok yaygın uygulanmaktadır (Ernst 2000).

Aromaterapiden, refleksolojiye, homeopatiden herbalisme kadar pek çok alt grubu olan bu uygulamaların pek çoğunun etkinliği kanıta dayalı tıp literatüründe kabul görmemesine karşın kanser dışı pek çok hastalıkta da yaygın olarak kullanılmaktadır. Kalp hastalıkları, barsak hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları bunlardan sadece birkaçıdır. (Hasan ve ark., 2009; Joos ve ark., 2006; Tan ve ark., 2006; Yeh ve ark., 2006).

Başlangıçta Ortodoks tıp uygulayıcıları tarafından tamamen reddedilen bu uygulamalar 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından “Complementary and Alternative Medicine” (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp) olarak tanımlanmıştır. “Bugün için konvansiyonel tıp içinde yer almayan bir grup farklı tıp ve sağlık uygulamaları, ürünleri ve sistemleri” olarak kabul edilen bu uygulamalarla ilgili aralarında pek çok saygın üniversitenin de bulunduğu pek çok merkezde eğitim vermeye başlanmış ve kürsüler kurulmuştur (NCCAM, 2002). Ancak ülkemizde bu konuda standart bir eğitimin verilmemesi ve özellikle bitkilerle yapılan bitkisel tedavilerle ilgili denetlemelerin olmayışının doğurduğu açık alan yetersiz ve donanımsız kişiler tarafından doldurulmuştur. Batı tıbbını uygulayan hekimlerin uygulamaları tümüyle reddetmeleri bu uygulamaları tıp dışında eğitim almış insanların ellerine bırakmış bu da pek çok kişinin hastalığını takip eden hekiminden gizleyerek bu yöntemleri kullanmasına yol açmıştır. Bu durumda klasik tedaviler ve halk hekimliği uygulamaları birbirlerini olumsuz etkilemiş, tamamen doğal olduğu vurgulanarak önerilen, uygun biçimde kullanılsa çok yararlı olabilecek pek çok uygulama hayatı tehdit ederek yan etkilerin ve ölümlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Şişmanlık (Obezite) ve Şeker Hastalığı (Diyabet) teknolojinin ilerlemesiyle beraber yabancılaşıma ve yalnızlaşmanın giderek arttığı toplumlarda hareketsizleşen ve kötü beslenen bireyleri daha çok tehdit eder hale gelmiştir (Hjartaker ve ark., 2008). Hastalıkların kronik oluşları, göz, böbrek, kalp gibi pek çok diğer sistemi kötü yönde etkilemeleri, kanserle ilişkilerinin olduğunun bildirilmesi, tedavinin yarattığı fiziksel engeller ve tüm bunların sonucunda hayat kalitesini bozmaları nedeniyle hastalar Batı Tıbbının önerileri sorunlarını çözmeye yetmediğinde başka alternatif yöntemlere yönelmektedirler (Bertisch ve ark., 2008; Nahas ve Moher, 2009).

Üzerinde binlerce yıldır uygarlıkların kurulduğu Anadolu halk hekimliği ve halk ilaçları açısından gerçek bir hazinedir (Şar, 1982). Şişmanlık ve şeker hastalığında halk hekimliği kullanımı üzerine bu coğrafyadan yapılan çalışmalar sınırlıdır (Arıkan ve ark., 2009).

Bu tezde tüm dünyayla birlikte Türkiye’de giderek artan, doğal tedaviler olan pazarlanan halk hekimliği uygulamalarının şişmanlık ve şeker hastalığı olan bireylerde kullanılıp kullanılmadığı, kullanılıyorsa hangi yöntemlere başvurulduğu, bunların uygulanış biçimleri, etkileri sorgulanmış, şişman hastalara ayrıca bedensel ve toplumsal algıları ve beklentilerine yönelik sorular yöneltilmiştir.

Toplam olarak beş bölümden oluşan çalışmada “Giriş” bölümünde tez hakkında genel bilgiler bulunmaktadır. “Yöntem” başlıklı ikinci bölümde tezin araştırma evreni ve veri toplama teknikleri anlatılmıştır. Üçüncü bölüm olan

“kavramsal çerçeve”de halk hekimliği, Şişmanlık ve Şeker hastalığı hakkında genel bilgiler verilmiŐ, mevcut kaynaklara dayanarak her iki hastalıkta halk hekimliği uygulamalarına deđinilmiŐtir. “Araştırmaya ilişkin alandan toplanan bulgular ve yorumlar” baŐlıđının taŐıyan dördüncü bölümde alan araŐtırması ile elde edilen sonuçlar sunulmuŐ, beşinci ve son bölüm olan “Sonuç ve Öneriler” baŐlıđı altında çalıŐmadan elde edilen sonuçların değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bu tez halk hekimliğinin Şişmanlık ve Şeker hastalığında kullanımını değerlendirmek adına baŐkentte üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde yapılması nedeniyle önemlidir.

1.1. Tezin konusu

Tezin konusu önümüzdeki elli yıl içinde toplumun neredeyse üçte birini etkileyecek olan Şişmanlık ve Şeker hastalıklarıyla, giderek yaygınlaŐan, doğal ve zararsız olduğuna inanılan halk hekimliği uygulamalarının ilişkisinin incelenmesidir.

1.2. Tezin Amacı

Bu tezin amacı Anadolu’da bilerce yıldır var olan halk tababeti uygulamalarının önümüzdeki yıllarda kitlesel sorunlar olarak karşımıza çıkacak olan Şişmanlık ve Şeker hastalıklarında kullanımını incelemektir.

Bu tezde şışmanlık ve şeker hastalığı tanılılarıyla izlenen hastaların halk hekimliği uygulamalarını kullanıp kullanmadığı, kullanıyorlarsa ne sıklıkta kullandıklarını, nasıl öğrendiklerini, hazırlama ve uygulanma biçimlerini ortaya koymak amaçlanmıştır, bu tedavilerle birlikte klasik Batı tıbbının önerdiği tedavi kullanımları arasındaki olası pozitif veya negatif bağlantıları göstermek hedeflenmiştir.

Tezde ayrıca şışman hastaların bedensel ve toplumsal algıları ve kilo verme konusundaki hedeflerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

1.3. Tezin Önemi

Şışmanlığın Türkiye'deki sıklığına bakıldığında kadınlarda %34 erkeklerde %20'ye varan rakamlar bildirilmektedir (Gültekin ve ark., 2009). Şeker hastalığı ile ilgili 2002 yılında Türkiye'den yapılan bir çalışmada sadece şeker hastalığının bir alt tipi olan Tip 2 diyabet sıklığı %7,2 olarak bildirilmiştir (Satman ve ark., 2002). Her iki hastalık da daha fazla ama daha kalitesiz beslenip daha az hareket eden günümüz insanını tehdit etmeye başlamış, bu hastalıklar toplumda hem daha sık hem de daha erken yaşta karşımıza çıkar hale gelmişlerdir. Şışmanlık tek başına olduğunda bile kalp damar hastalıkları, kas iskelet sistemi problemleri, uyku bozuklukları hatta kanserle ilişkilendirilmekte, hastalık nedeni olmasa bile zayıflığın artı değeri olarak görüldüğü günümüzde şışmanlık toplumda bireyin tatmin duygusunu azaltarak hayat kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Daha çok televizyon seyreden, bilgisayar başında daha çok zaman geçiren, araçla seyahati

yürümeye tercih eden, taze meyve ve sebze tüketmek yerine kolay ulaşılabilen fast food tarzı beslenmeye yönelen toplumlarda diyabet sıklığı ürkütücü boyutlara gelmiştir.

Her iki hastalıkta da batı tıbbının önerdiği standart tedavi seçenekleri olmakla birlikte bu grup hastalıklarda tedavi başarısızlığı nadir değildir. Bu durumda hastalar doğal ve zararsız oldukları vurgusunun yapıldığı uygulamalara sıkça başvurmakta, ya korktukları ya da gereksiz buldukları için kendilerini izleyen hekimlere bu konuda bilgi vermemektedirler. Klasik Batı tıbbını uygulayanların katı tutumları da buna katkıda bulunmakta dikkatle birleştirilerek uygulansa yararlı olabilecek yaklaşımlar ya etkisiz kalmakta ya da zarar verir hale gelmektedir. Bu noktada halk hekimliği uygulamaları ve Batı tıbbı arasında bir uzlaşma noktası bulunmalı ve hastaların kullanmaları gereken kanıta dayalı tedavilerini bırakmaları mutlaka önlenmeli ancak öte yandan bu tedavilere fiziksel veya psikolojik olarak destek olabilecek uygulamaların tümünden reddedilmeden kontrollü olarak kullanılması sağlanmalıdır.

Bu tez her iki hastalıkta da Batı Tıbbının sahip olduğu en üst bilgiye dayalı olarak hizmet veren bir üniversite hastanesinde takip edilen hastalarda yapılmış olması nedeniyle çok önemlidir. Sadece halk hekimliği uygulamalarının sıklığını, tiplerini ve uygulanış biçimlerini değil klasik tedaviyle ilişkilerini ortaya koymak bakımından da önemli bir çalışmadır.

Ayrıca şişman hastaların hedefleri ve algılarını göstermek ve bunları belirleyen ve etkileyen faktörleri koymak bakımından da değerlidir.

1.4. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

- i. Şişmanlık tanısıyla izlenen hastalar halk hekimliği uygulamaları kullanıyorlar mıdır?
- ii. Şeker hastalığı tanısıyla izlenen hastalar halk hekimliği uygulamaları kullanıyorlar mıdır?
- iii. Kullanılan halk hekimliği uygulamaları nelerdir?
- iv. Kullanılan halk hekimliği uygulamaları nereden ve kimlerden öğrenilmiştir ve nasıl yapılmaktadır?
- v. Hastalar halk hekimliği uygulamaları hakkında kendilerini takip eden hekimlere bilgi veriyorlar mı?
- vi. Hastalar halk hekimliği uygulamalarından fayda görüyorlar mı?
- vii. Şişman hastalar neden zayıflamak istiyorlar?
- viii. Kimler ve neler hastaları kilo vermeye teşvik ediyor/ zorluyor?
- ix. Toplumda Şişman insanlar kendilerini nasıl görüyorlar?
- x. Şişman insanlar kilo konusunda kendilerine ne hedefler koyuyorlar, kimle özdeşleştiriyorlar?

1.5. Sınırlılıklar

Bu alışma hastalığı için doktora başvurması gerektiğini bilen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesine ulaşabilen bir grupla yapılmıştır. Bu çaresizlik ya da bilgisizlik nedeniyle halk hekimliğine

yönelme olasılığını dışlamakla birlikte sonuçların tüm hastalara yansıtılması doğru olmayabilir.

Hastalardan alınan bilgiler anımsamaya dayalı olduğundan halk hekimliği uygulamaların ayrıntılarında anımsanmayan ayrıntılar olabilir. Örneklemin küçük olması, şişmanlık tanısıyla izlenen hastaların çoğunun kadın olması bir başka sınırlılığdır.

Yapılan çalışmaya sadece şişmanlık ve şeker hastalığı tanılarıyla izlenen hastalar dahil edildiğinden diğer hastalık gruplarında halk hekimliği uygulamaları ile ilgili yorum yapmak mümkün değildir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1.Araştırma Evreni ve Örneklem

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Endokrinoloji ve Metabolizma Ünitesi'nde Şeker Hastalığı ve Şişmanlık tanılarıyla izlenen hastaların değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Bu klinik günde ortalama 30 yeni, 40 ile 50 kontrol hastası değerlendirmekte bu hastaların yaklaşık % 60-70 kadarını birlikte şeker ve şişmanlık hastaları oluşturmaktadır.

Çalışmaya dahil edilecek şişmanlık hastaları uluslararası kabul gören kilonun kilogram (Kg) cinsinden boyun metre (m) cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ) kullanılarak seçildi (Bray ve ark., 1998). Buna göre VKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olanlar şişman (obez) kabul edildiğinden bunun altında kilosu olanlar çalışmaya alınmadı.

Benzer şekilde şeker hastalığı olanlarda halen şeker hastalığı tanısı olan şeker hastalığı için diyet, ağızdan ilaç veya insülin kullanan hastalar dahil edildi. Şeker hastalığı tanısının uluslararası alanda kabul gören ölçütlere uygunluğu kontrol edildi (AACE, 2007).

2.2. Verilerin toplanması

Veri toplamaya başlamadan önce tezin konu ve etik açıdan uygunluğu açısından gerekli izinler alındı. Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ve Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından uygun bulundu.

Katılımcılarla görüşmelere başlamadan evvel şişmanlık ve şeker hastalığında kullanılan halk hekimliği uygulamaların neler olduğu konusunda araştırma yapıldı, ayrıca aktarlar gezilerek bu hastalıklarda önerilen ve sıklıkla kullanılan bitkisel tedaviler öğrenildi. Bu bilgiler ışığında görüşme soruları formu oluşturuldu ve bu forma bağlı kalınarak görüşmeler gerçekleştirildi. (Ek-1). Görüşmeler tek kişi tarafından (Duygu Yazgan Aksoy) gerçekleştirildi ve yaklaşık 45 dakika sürdü.

Görüşme formunda evet/hayır şeklinde sorulardan başka hastaların uygulamalarını ayrıntılı olarak anlatabilecekleri açık uçlu sorulara da yer verildi.

Bu çalışma kesitsel olarak yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi.

2.4. Verilerin Analizi

Mayıs 2009- Ekim 2009 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D. Endokrinoloji ve Metabolizma Ünitesi'nde görülen hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm sonuçlar ortalama \pm SD, n %

olarak ifade edildi. İki değişken arasındaki ilişki ki kare testi kullanılarak değerlendirildi. P değerinin 0.05'den küçük olması anlamlı kabul edildi. İstatistik analizlerde "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Window Release 11.0 Chicago, IL, USA" bilgisayar programı kullanıldı.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

3.1. Halk Tababeti

3.1.1. *Halk tababetinin tanımı*

Hastalıklardan korunma ile hastalıkların iyileştirilmesinde yaşanan olaylar ve bunların sonucunda kazanılan bilgi ve deneyimlerin yanı sıra, dinsel-büyüsel yorumlar ve bunların birikimli olarak kuşaktan kuşağa aktarılmaları halk hekimliğinin ana kaynağını oluşturur (Konak, 1982). Sadece hastalık değil, aşk acısı, kısırlık, doğacak çocuğun cinsiyetinin belirlenmesi, dil tutulması, nazar, sara gibi pek çok sorununun yanı sıra kem gözlü insanların enerjilerinden şeytan, cinler, periler gibi doğaüstü varlıklardan kaynaklanabileceği düşünülen her türlü derdi çözmek için kullanılan bu yöntemlerin içinde halk ilaçları başta olmak üzere dualar, büyüler, yıldız nameler, iksirler, macunlar da yer almaktadır (Acıpayamlı 1969; Boratav 1984).

Toplumların özellikleri halk tıbbı uygulamalarının ortaya çıkışında ve gelişiminde belirleyicidir. Bugün dünyada tüm bu uygulamaların karışımı olarak karşımıza çıkan “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları”ndan bahsedilmektedir.

3.1.2. Halk tababetinin modern dünyada yorumlanması

Başlangıçta Ortodoks tıp uygulayıcıları tarafından tamamen reddedilen bu uygulamalar 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından “Bugün için konvansiyonel tıp içinde yer almayan bir grup farklı tıp ve sağlık uygulamaları, ürünleri ve sistemleri” olarak tanımlanmıştır (NCCAM, 2002). Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) olarak adlandırılan bu sistemler artık resmi olarak kabul görmekte bu konuda eğitim verilmektedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tıp birbirinden farklıdır. Tamamlayıcı tıp konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılmaktadır. Söz gelimi cerrahi geçiren bir hastanın ağrısını azaltmak için kullanılan teknikler tamamlayıcı tıp olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan alternatif tıp konvansiyonel tıbbın yerine kullanılmaktadır. Cerrahi, ışın tedavisi veya kemoterapi uygulanması yerine özel bir diyet yapılması alternatif tıp uygulamalarına bir örnektir. Birleştirici tıp olarak adlandırılan diğer bir yaklaşımsa konvansiyonel tıpla zararsızlığı ve kısmen etkinliği gösterilmiş olan halk hekimliği uygulamasını birleştirerek hasta için en uygun tedavi yöntemini bulmaya çalışmaktadır. Birleştirilmiş tıp bu uygulamanın diğer adıdır.

Halk hekimliği uygulamalarını birkaç büyük başlık altında toplamak mümkündür. Tüm tıbbi sistemleri ilgilendiren uygulamalar içinde konvansiyonel tıptan çok daha önce mevcut olan kendine ait teorileri ve uygulama yöntemlerini barındıran Batı kültürleri kaynaklı homeopatik ve

naturopatik tıp yer alır. Geleneksel Çin tıbbı ve Ayurveda ise benzer sistemleri olan Doğu kaynaklı uygulamalardır.

Zihin-beden ilişkili tıp yöntemleri zihnin vücut fonksiyonlarını ve belirtilerini düzenlemedeki etkinliğini arttırmak üzere kullanılmaktadır. Daha önceleri TAT olarak nitelendirilen hasta destek grupları ve bilişsel davranış tedavileri artık klasik Batı tıbbınca aktif olarak kullanılmaktadır. Bu teknikler arasında en bilineni ve en çok kullanılanı dua etmektir. Bunun yanında zihinsel iyileşme, meditasyon veya resim, müzik veya dans kullanılarak zihnin iyileştirilmesi yöntemleri diğer bazı zihin-beden ilişkili yöntemlerdir. Manipülatif veya vücudun bir kısmının hareket ettirilmesi esasına dayanan teknikleri içinde masaj, şiropraktik tıp uygulamaları yer alır.

Biyolojik temelli uygulamalar, doğada bulunan maddelerin buna bitkiler, yiyecekler ve vitaminler de dahildir, koruma ve tedavi amaçlı olarak kullanılmasıdır. Bu maddeler doğal olarak tanımlanmaktadır ve bilimsel etkinlikleri net olarak tanımlanmamıştır. Herbalizm veya fitoterapi olarak da adlandırılan bu yöntem en sık kullanılan halk hekimliği uygulamalarındandır (Altun ve Özden, 2004).

Enerji kullanılarak yapılan uygulamalar gerçekten ilgi çekicidir. Klasik enerjilerin elektromanyetik veya akım alanlarının kullanıldığı tedavilerin yanı sıra insanın çevresini saran veya içinden kaynaklanan enerjinin etkilendiği veya dönüştürüldüğü bazı teknikler (gi gong, Reikke ve şifacılık gibi) pek çok kültürde uygulanmaktadır (NCCAM, 2002; Abouhamad ve ark., 1998).

3.1.3. Türkiye’de halk tababeti

Anadolu’da halk hekimliği uygulamalarında ırsalama, parpılama, kırık-çıkık ve em (halk ilacı) uygulanan ana sağaltım yöntemleridir (Acıpayamlı, 1969). İrsalama temel olarak telkin ve psikolojik etkilemeye dayanır, siğil, kurdeşen, tatar gibi hastalıklarda kullanılır. Parpılama yönteminde sağaltma amacıyla vurma, çizme, kesme, delme veya dağlama uygulamaları dinsel öğelerle kaynaştırılarak yapılmaktadır. Kırık-çıkıkçılık ise genelde bir öncekinden öğrenilerek uygulanır, em uygulamaları ise bitkisel, hayvansal ve mineral kaynaklı maddelerden tedavi amaçlı ilaçlar yapılması esasına dayanır. Anadolu’da Şamanizm etkisiyle büyüsel uygulamaların yanı sıra dinsel görünümlü sağaltmalara da sıklıkla başvurulur (Şar, 1982).

Halk hekimliğinde büyüsel kökenli telkin esaslı tedaviler arasında kurşun dökmek, tütsülemek, uğur, muska veya nazarlık taşınması gibi yöntemler vardır. Cıva, çörek otu, mavi boncuk, şap kötü enerjiden kurtulmak için kullanılan maddelerden bazılarıdır (Acıpayamlı, 1962; Şar, 1987).

Hastaların dertlerine şifa aramak için türbe, tekke, yatır ziyaretlerinde bulunmalar, deri üzerindeki kanı çekmek veya deriyi çizip kan çıkartarak uygulanan “hacamat”, şişe çekmek, sülük yapıştırmak, dağlama, şifalı sular kullanılan diğer halk hekimliği uygulamalarıdır (Altun ve Erdoğan, 1972; Şar 1987; Üçer 1979).

3.1.4. Ortodoks tıbbın halk tababetine bakışı

Konvansiyonel tıp fizioloji ve patofizioloji temelleri üzerine kurulurken, alternatif tıp alternatif paradigmlar (Çin Tıbbında “qi” veya ayurvedik tıpta “prana”) veya kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır. Halk hekimliği ya da modern terminolojisiyle TAT uygulamaları geniş bir yelpazeyi kapsamakla birlikte tüm bu uygulamaların doğal, güvenilir ve etkin olduğu kanısı yaygındır (CAM, 1996). Halk hekimliği insanlıkla yaşıt olmasına karşın 1990’lı yıllardan itibaren kullanımı son derece artmıştır. Bu artışta medya ve alternatif tıp uygulayıcıların yaptığı bu uygulamaların “doğal ve zararsız” olduğu vurgusunun etkisi büyüktür (McGinnis, 1991). Ortodoks tıp denenmemiş, etkinliği kanıtlanmamış bu yaklaşımlara tamamen karşı olup uzak dururken zaman içinde başta kanser olmak üzere pek çok farklı hastalığın tedavisinde halk hekimliği yöntemlerini kullandığının ortaya çıkmasıyla yaklaşımını değiştirmek zorunda kalmıştır. (Correa-Velez ve ark., 2003; Ernst 2000).

1998 yılında İsveç Hükümeti bazı TAT uygulamalarının ücretini temel sağlık sigortası kapsamında ödemeyi kabul etmiş, bunlardan en önemlisi olarak akupunkturu bu ödeme planının içine daimi olarak dahil etmiştir (Busato ve ark., 2006). 2000 yılında Harvard’da kürsü kurulmasının ardından 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde National Center For Complementary and Alternative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi) hayata geçmiştir. Kültürel olarak halk hekimliğinin yaygın olduğu Çin, Hindistan gibi ülkelerin dışında İsviçre ve Almanya’da da başta homeopati olmak üzere pek çok uygulama yapılmaktadır.

Bugün artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, kronik karaciğer hastalığı gibi pek çok hastalıkta bu uygulamalar kullanılmakta, ameliyat sonrası ağrıyı, kemoterapi sonrası bulantıyı, doğum ağrılarını azaltmak gibi pek çok alanda Ortodoks tıbbının önerilerine ek olarak alternatif yaklaşımlardan faydalanılmaktadır (Eisenberg ve ark., 1998; Hilsden ve ark., 1998).

3.2. Şişmanlık (Obezite)

3.2.1. Şişmanlığı tanımı

Alınan enerji miktarı ile harcanan enerji miktarı arasında oluşan sürekli bir dengesizlik vücutta yağ birikimiyle sonuçlanmakta ve şişmanlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Beden algısı bireyden bireye değişiklik gösterebildiğinden şişmanlığın var olup olmadığını, varsa ciddiyetini belirlemede uluslar arası bir kriter belirlenmesi zorunlu olmuştur. Bu anlamda en çok kullanılan ölçüt VKİ' dir. Kilonun Kg cinsinden metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edilen bu değere göre VKİ değeri 25 kg/m²'nin altında olanlar normal kilolu, 25- 29,9 kg/m² olanlar fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzeri olanlarsa şişman (obez) olarak kabul edilmektedir (Clinical Guidelines for obesity, 1998).

3.2.2. Şişmanlığın sıklığı, nedenleri, sonuçları, tedavi seçenekleri

Şişmanlık sıklığı yaşa bağlı olarak artmakta erkeklerde 45-54, kadınlarda 55-64 yaş aralığında en üst seviyeye ulaşmaktadır. Kadınlarda

şışmanlık erkeğe göre daha sık görülmektedir. Dünyada obezite sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.

Şışmanlık pek çok nedene bağılı olarak ortaya çıkabilir. Gelişimsel obezitede gıda alımını kontrol eden beyin bölgesi olan hipotalamusun doğuştan ya da edinsel hastalıklarla zarar görmesi veya vücutta hormonların artışı veya azalışıyla karakterize bazı hastalıklarda şışmanlık ortaya çıkabilir. Genetik faktörler, birden fazla hastalığın bir arada görüldüğü sendromik vakalar olabilir. Ancak şışmanlık çoğunlukla diyetle fazla gıda alımı veya az enerji harcanmasına bağılı olarak meydana gelir. Yüksek yağlı, büyük porsiyonlu yemeklerin tüketilmesi ve asansör, araba ve bilgisayar kullanan günümüz bireylerinin belirgin ölçüde azalan fiziksel aktivitesi enerji depolarının dolup taşmasına sonuç olarak fazla gelen enerjinin yağ olarak depolanmasına sebep olmaktadır (Muruganathan, 2009).

Obezite yalnızca dış görünüşü etkilememektedir. VKİ arttıkça ölüm oranlarında da artma görülmektedir. VKİ 30kg/m²'den 40 kg/m² ve üzerine doğru çıktıkça beklenen yaşam süresi üzerinde neredeyse sigaranın yarattığı olumsuz etkiye benzer bir etki ortaya çıkmaktadır. Bunun sebebi fazla yağ miktarının vücutta kan şekeri miktarını düzenlemek başta olmak üzere pek çok fonksiyonu olan insülin hormonuna bir direnç gelişmesine yol açmasıdır. Bunun sonucunda da şışman hastalarda hipertansiyon, felç, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, uyku apnesi, kolesterol yüksekliği gibi sorunların daha sıklıkla ortaya çıkmaktadır (Donohoe ve ark., 2010; Mathieu ve ark., 2010).

Şişmanlığın tedavisinde ilk yapılması gereken kalori kısıtlamasıdır. Hastanın bireysel özellikleri göz önüne alınarak farklı kalorilerde ve kombinasyonlarda diyetler önerilebilir. Hasta aktivite miktarını arttırmalıdır. Bir kilonun tam 7000 kalori olduğu göz önüne alınarak haftada 0.5-1.5 kg kaybının hedeflendiği programlar uygun olacaktır. Bunun dışında ilaç ve cerrahi tedaviler söz konusudur. Piyasada bağırsaktan yağ emilimini azaltan orlistat ve açlık hissini yatıştıran sibutramin mevcuttur. Ancak son dönemde ortaya çıkan yan etkiler nedeniyle sibutramin piyasadan çekilmiştir. İleri derece şişman olan hastalarda mide ve bağırsaklara yönelik cerrahi girişimler kullanılabilir (Aditya ve Wilding, 2009).

3.2.3. Şişmanlığın antropolojik açıdan değerlendirilmesi

Şişmanlık sadece bedensel sağlıkla ilgili yüklerden sorumlu değildir. Kilolu bireylerin uğradığı ayrımcılık pek çoğunda depresyon, endişe bozuklukları, düşük öz güven, yeme bozuklukları, negatif vücut algısı yaratmaktadır. Toplum obez bireyleri damgalamakta bu da tepkisel olarak yeme miktarını arttırıp fiziksel aktiviteyi kısıtlayarak kiloyu daha da arttırmaktadır (Hilbert ,2010).

“Zarif”, “hoş”, “enfes”, “harika”, muhteşem ve benzeri ifadelerle birlikte “güzel” sözcüğü de genellikle beğenilen bir şeyi betimlemek için kullanılan bir sıfattır. Bu anlamda güzel ve iyi birbirinin yerine kullanılabilirken, bu aslında kendimiz için isteyebileceğimiz bir şey anlamına gelmektedir. Botticelli'nin de Paul Rubens'in Venüs'ü de Kate Moss'un ölçülerinden çok uzaktır (Eco

2006). Zayıflığın kabul gördüğü 21. Yüzyıl belki de kilo konusunda en büyük acımasızlığın yaşandığı zamandır. Şişman tasvir edilen Venüs görüntüsü şişmanlığın olumlu algısı olarak yansısı da ince bir belin 16. yüzyıldan beri, güzelliğin değişmez bir parçası olarak algılandığı ortadadır. Kadın vücudunun belli parçalarının sağlığının ve doğurganlığın işareti olduğu varsayılırsa, artan karın yağlanmasının azalmış östrojen seviyelerine ve buna bağlı olarak doğurganlığın azalmasına yol açtığını bu seviyelerin biyokimyasal olarak ölçülmesine gerek kalmadan da bilindiği söylenebilir. (Singh ve ark., 2007). Bu bakımdan şişmanların damgalanması noktasında kadınlar biraz daha fazla zarar görmektedir.

Medya sosyal normları etkilemek, yansıtmak ve kuvvetlendirmek konusunda çok etkilidir. 1994 ve 2009 yılları arasında şişmanlığın medyadaki yansımalarının araştırıldığı bir derleme çalışmada şişmanların damgalanıcı şekilde gösterildiğini ortaya koymuştur. Çizgi film karakterlerinin incelendiği bir çalışma da fazla kilolu karakterler zayıflara göre belirgin olarak daha az çekici olarak sınıflandırılmışlardır. Bu grup karakterler daha az zeki, sağlıksız, işsiz, mutsuz ve kızgın olarak karakterize edilmişlerdir. Durum komedilerinde şişman erkeklerin daha az sevgilisi olmakta kadınlar daha çok alaya maruz kalmaktadırlar. Ayrıca zayıflama programları ve “reality- show”larla zayıflama sürekli telkin edilmekte “çok yedikleri” ve “az egzersiz yaptıkları” sürekli vurgulanarak şişmanlığın tüm sorumluluğu bireye yüklenmektedir. Medyada bireylerin görünümünü belirleme de ırk da rol oynamakta zenciler genellikle beyazlardan daha şişman olmaktadır. (Ata ve Thompson, 2010). Medyada

yaşanan obezlere yönelik ayrımcılıkta ayrımcı davranışları belirlemede sosyal uzlaşma teorisi üzerinde durulmaktadır.

Sadece medya da değil hayatın akışı içinde de şişmanlar pek çok sorunla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Genel mesleki performansta, iletişim becerilerinde, zeka, motivasyon, güvenilirlik, özgüven ve otokontrol konularında diğer insanlar tarafından normal kilolulara göre daha yetersiz algılanmakta, belli meslekler için asla uygun bulunmamaktadırlar. Yüksek fiziksel aktivitenin gerekliliği ya da insanlarla sürekli iletişim içinde olunmasının gerektiği işlerde şişmanlar tercih edilmemektedirler (Giel ve ark., 2010).

Gençler şişmanlığın çekicilikleri üzerindeki etkisiyle ilgilenirken yaşlandıkça endişeler sağlık tarafına kaymaktadır. Kilonun miktarına ve bu konuda yaşadıkları aşağılanmanın ciddiyetine bağlı olarak dışlanmışlık duygusunun ağırlığı değişmektedir (Hayden ve ark., 2010). Şişmanlığın güzellikle eş kabul edildiği nadir yerler Malezya, Güney Afrika gibi yiyecek bulmanın zor olduğu bölgelerin alt sosyoekonomik gruplarıdır. Bu bölgelerde kızlar evlendirilmek için şişmanlama kamplarına yollanmakta böylelikle hem kendi hem de ailelerinin hayatlarını garanti altına alacakları umulmaktadır (Swami ve ark., 2010).

3.2.4. Şişmanlıkta halk tababeti kullanımı

Şişmanlığın tedavisi zordur. Hastaların diyetle uyum konusunda zorlanmaları, fiziksel aktivitelerini arttırmalarının pek çok nedenden dolayı

mümkün olmaması kilo vermeyi zorlaştırmakta, kilo verilse bile ulaşılan kiloyu korumakta hastalar güçlük yaşamaktadırlar.

Kilo ve irade arasında kimi zaman pek de mantıklı olmayan bir ilişki kurulması nedeniyle hastalar ilaç tedavisine pek sıcak bakmayıp, doğal yöntemlere yönelmektedirler. Bu anlamda özellikle yaz mevsimine girilirken, tüm televizyon kanallarında zayıflama kürleri tarifleri verilmekte, 1 ayda 8 kg verdirmenin mümkün olduğunu söyleyen karışımlar satılmaktadır.

Aktarlar, piyasada bulunan kitaplar, dergiler, televizyon kanallarında yüzlerce öneri yer almaktadır. Ancak gerçek anlamda şişmanlık tedavisinde kullanılan halk hekimliği yöntemlerinin ne denli etkin olduğu bilinmemektedir.

Şişmanlıkta en sık kullanılan halk hekimliği uygulaması diyet destekleri şeklindedir (Sharpe ve ark., 2007). 2005 yılında İngiltere'den yayınlanan bir meta-analizde altı sistemik derleme ve yirmi beş randomize kontrollü çalışma incelenerek akupunktur, akupresür, gıda destekleri, homeopati ve hipnoterapinin etkinliği değerlendirilmiştir (Pittler ve Ernst, 2005). Hipnoterapi, efedra otu ve efedrin içeren gıda desteklerinin plaseboya kıyasla çok az miktarda etkin olduğu gösterilmiş ancak diğer yaklaşımların etkinliği ortaya konamamıştır. Ancak efedra otu ve efedrin içeren maddelerin alımı pek çok yan etkiye sebep olmaktadır (Dwyer ve ark., 2005). Bunun dışında lineolik asit, chitosan, goraka, turunç gibi zayıflama da önerilen besinlerin özellikle yaşlılarda çok ciddi yan etkilere sebep olduğu bildirilmiştir (Cherniack, 2008). Pittler ve ark. tarafından yapılan bir derlemede bazı bitkisel tedavi

yöntemleriyle karaciğer hasarı hatta ölüm bildirildiğini rapor etmişlerdir (Pittler ve ark., 2005).

Kilo sorunu ve halk hekimliği söz konusu olduğunda üzerinde durulması gereken önemli yaklaşımların başında akupunktur gelmektedir. Akupunktur 2000 yıl öncesine dayanan temelleri ile en eski tedavi metotlarından biridir. İlk kez 1971 yılında New York Times muhabiri James Reston'a ait 1971 yılında yazılmış ve Çinli doktorların özel iğnelerle yaptığı tedaviyi anlatan makalesinin ardından Amerika'da popüler olmaya başlamış, 1892 yılında bir tıp kitabında siyatik ve lumbagoda kullanılabileceğinden bahsedilmiştir. Geleneksel Çin tıbbının uyguladığı bu yöntemde 2000 ayrı akupunktur noktası ve bunların arasında yirmi ayrı yol olduğu düşünülmektedir. Bu yollar qi adı verilen enerji akışını sağlar. Vücutta negatif ve pozitif kutuplar (yin-yan) arasındaki enerji akışı kesintiye uğradığında hastalık ortaya çıkar ve akupunktur bu akışı yeniden sağlamak için kullanılır (Altun ve Özden, 2004).

Akupunktur ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda akupunktur noktalarının elektromanyetik sinyal iletiminde rol oynadığı, bu noktalar uyarıldığında beyinden ağrı kesici özellikteki maddeler salgılandığı, bulantı-kusma, sigarayı bırakma ve depresyon üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar yayınlanmıştır (Birch ve ark., 2004; Vickers ve ark., 2002).

Şişmanlıkla ilgili yazıların yayınlandığı son derece itibarlı bir dergide 2008 yılında yayınlanan bir meta-analiz ve derlemede 3013 bireyin dahil olduğu 31 çalışma gözden geçirilmiş bu çalışmada akupunkturun şişmanlığın

tedavisinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak bu çalışmada incelenen araştırmaların metotlarının zayıf olması bu bilgiye şüpheyle yaklaşılmasını gerektirmektedir (Cho ve ark., 2009).

şaşırtıcı yayınlardan biri 2008 yılında Harvard Üniversitesi'nden yayınlanmıştır. Bu çalışmada şişman bireylerin daha fazla hastalık yüklerinin olmasına karşın, şişman olmayanlara göre daha az halk hekimliği uygulamalarını kullandıklarını göstermiştir (Bertisch ve ark., 2008).

3.3. şeker hastalığı

3.3.1. şeker hastalığının tanımı

şeker hastalığı, insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektler nedeniyle organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren kronik bir metabolizma hastalığıdır. Kontrolsüz diyabetten kaynaklanan hiperglisemi akut komplikasyonlar ile ölüme yol açabilir, uzun dönemde gelişen kronik komplikasyonları ile yaşam kalitesini bozar. şeker hastalığı tanısını koyabilmek için üç ölçütten birisinin sağlanması gereklidir. Bunlar;

- şeker hastalığının belirti ve bulgularının olduğu bir hastada herhangi bir zamanda bakılan plazma şekerinin 200 mg/dl'nin üzerinde olması
- Açlık plazma şekerinin en az iki kez 126 mg/dl ve üzerinde olması

- Şeker yüklemesi testinde 75 gram glukoz alımının takiben ikinci saatte plazma şekerinin 200mg/dl ve üzerinde olmasıdır (Genuth ve ark., 2003).

3.3.2. Şeker hastalığının nedenleri, belirtileri, sonuçları, tedavi seçenekleri

Şeker hastalığı ortaya çıkış nedenlerine göre birkaç başlık altında incelenir. Tip 1 Diyabet olarak adlandırılan ilk grupta mutlak insülin hormonu eksikliği vardır. Bu pankreasta insülin salgılayan beta hücrelerin genetik, çevresel faktörlere bağlı olarak veya bilinmeyen nedenlerden dolayı parçalanmasıyla ortaya çıkar. Dünyada görülme sıklığı giderek artan ve toplumları tehdit eden ve Tip 2 diyabet olarak adlandırılan diğer bir tip insüline organlarda direnç ve pankreastan insülin salınmasında tedrici bozulmayla karakterize, sıklıkla şişman bireylerde görülen şeker hastalığıdır. Bundan başka gebelikle birlikte ortaya çıkan ve başka hastalıklar, ilaçlar, genetik bozukluklara bağlı olarak görülen tipleri de mevcuttur (ECDCDM,1998)

Şeker hastalığında belirti ve bulguların tipleri, ortaya çıkış şekil ve hızları şeker hastalığının alt tipine göre değişiklikler gösterebilir. Ancak çok su içme, çok idrara çıkma, ağız kuruluğu en sık görülen ve en bilinen belirtileridir. Bunun dışında Tip 1 diyabeti olanlarda hızlı kilo verme, yorgunluk, çok yeme isteği hatta koma görülebilir. Tip 2 diyabeti olanlarda hiçbir belirti olmayabileceği gibi şeker hastalığının tespit edilmeksizin uzun

zamandır devam ediyor oluşuna bağı olarak göz, böbrek, sinir hastalıkları ile de karşımıza çıkabilir.

Şeker hastalığında tedavinin ilk basamağında tıbbi diyet tedavisi yer almaktadır. Hastanın boyuna, kilosuna ve yaşam tarzına uygun düzenlenen yeterli miktarda karbonhidrat, yağ ve protein içeren diyet başlanmalıdır. Tip 1 diyabet ve gebelikle ilişkili şeker hastalığında diyetin yeterli olmadığı durumda enjeksiyon yoluyla insülin tedavisi uygulanır. Tip 2 diyabette ağızdan uygulanan ilaçlar mevcuttur ancak bu ilaçlarla kan şekeri düzeyleri kontrol edilemezse bu hastalara da insülin başlamak gerekebilir.

3.3.3. Şeker hastalığının antropolojik açıdan değerlendirilmesi

Dünya nüfusunu yaklaşık %10'lara varan oranda diyabet etkilemekte bunun %90 kadarki kısmını da kilo ile ilişkili olduğu ortaya konmuş olan tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Diyabet tüm etnik ve kültürel grupları etkilese de Latinler, zenciler ve Amerikan yerlilerinde daha sık görülmektedir. Bu anlamda hayatı her anlamda etkileyen şeker hastalığını kabul etme, tedavi için başvurma, tedaviyi devam ettirme biçimleri gruplar arasında farklılık göstermektedir (Hsu ve ark., 2007). Latin Amerikalıların kan şekeri kontrollerinin daha kötü olduğu, daha fazla damar hastalığı olduğu ortaya konmuştur. (Hsu ve Yoon, 2007).

Gıdalar ve beslenme antropolojinin baştan beri ilgi alanında olmuştur. Gıda alımının sosyokültürel belirleyicileri, diyet ve kültür arasındaki ilişki, beslenme biçimleri, gıdaların algılanışı ve tüketim alışkanlıkları pek çok çalışmaya konu olmuştur (Messer, 1984). Bu anlamda beslenme şekilleri, gıdaları pişirme biçimleri, yemeğinin sosyal olaylardaki yeri ve önemi kan şekeri kontrolünde en önemli tedavi basamağı olan diyetin uygulanışını etkiliyor olabilir. Hispanik kökenlilerin hastalık algısında inançları çok önemli rol oynamakta kuvvetli duyguları sayesinde hastalığın varlığını ve sürecini belirlemede etkili olabileceklerini düşünmekte, halk hekimliği uygulamalarını sıkça kullanırken diğer ilaçlarını düzenli kullanmada sorun yaşamakta ve insülin tedavisine direnç göstermektedirler (Hatcher ve Whitemore 2007; Heisler ve ark., 2007).

Çin'de de beslenme ve hareketle ilgili eğilimler etkisini göstermiş ve Tip 2 diyabet sıklığı son yıllarda iki katına çıkmıştır. Bu ülkede kültürel olarak halk hekimliği kullanımının yaygınlığı Tip 2 diyabet tedavisinde de geçerliliğini korumakta ulusal tıbbi yayınlarında bu tedavinin etkinliği konusunda pek çok yazı çıkmaktadır (Chen ve ark., 2009).

Sadece ırk ve kültürel özellikler değil diyabetin kabul edilişi, tedavinin uygulanışı ve hastalığın kontrolü üzerinde yaş, cinsiyet, eğitim ve iş durumu, medeni durum da etkili olmaktadır.

3.3.4. Şeker hastalığında halk tababeti kullanımı

Şeker hastalığının en zor tarafı tedavi seçeneklerinin tümünün hastalığı ortadan kaldırmaya değil sadece kan şekerini normal seviyelere getirmeye yönelik olmasıdır. Bu nedenle hastalığın seyrinde hastalar yorulmakta, ilaç kullanmak istememekte, insülin kullanmanın getirdiği bireysel ve toplumsal sıkıntılar nedeniyle günlük hayatlarında güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Hastalıktan, ilaçlardan veya insülinde kurtulabilme olasılığı bu grup hastaları alternatif arayışlara yöneltmektedir.

1990 yılına göre 1997 yılında tüm hasta gruplarında halk hekimliği uygulamalarının kullanılma sıklığı %33,8'den %42,1'e yükselmiş bu artışta yalnızca bu uygulamaların doğal olduğunun düşünülmesinin değil ayrıca hastaların kendi tedavileri üzerinde söz sahibi olmak istemelerinin de etkili olduğu düşünülmüştür (Dham ve ark. 2006; Eisenberg ve ark. 1998; Garrow ve Egede 2006).

2007 yılında şeker hastalarıyla yapılan bir çalışmada %70,48'inin en az bir halk hekimliği uygulaması kullandığı bildirilmiştir. %61,34 ile dua ilk sıradadır. Bunu %15,09 ile bitkisel tedaviler takip etmektedir. Gevşeme teknikleri, şiropraktik bakım uygulanan diğer halk hekimliği uygulamalarıdır. Bu grup hastalarda klasik tedavilerini geciktiren ya da bu tedavilere ulaşamayan bireylerde halk hekimliği kullanımının daha fazla olduğunu rapor etmişlerdir (Pagan ve Tanguma 2007).

Tip 1 diyabeti olanlarda çocuklar da dahil halk hekimliği kullanımı yaygındır. Bu grupta dua ve inançla iyileşme yöntemlerinin kullanıldığı görölmektedir (Miller ve ark., 2009). Erzurum'dan yayınlanan bir çalışmada Tip 1 diyabetli çocukları %52'sinin halk hekimliği uyguladığı bildirilmiş, bu yazıda bitkisel tedavilerin insülinin yerine geçmediği ancak ağızdan ilaç üretiminde bir fırsat olabileceği vurgulanmıştır (Arıkan ve ark., 2009). Homeopati, vitamin ve mineral destekleri, modifiye edilmiş diyetler, aloe vera ve tarçın öne çıkan tedavilerdir. Çocuk hastalarda bu uygulamaların nedenleri arasında erişkinlerden farklı olarak ailelerin mümkün olan her şeyi denemek istemeleri göze çarpmaktadır. Halk hekimliği kullananlarda daha az yan etkinin ortaya çıktığı, hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri ve bunun maliyet açısından önemli bir artışa neden olmadığı bildirilmiştir (Dannemann ve ark., 2008).

Tip 2 diyabeti olan hastalarda halk hekimliği kullanımı ile ilgili yayınlanan bir derlemede krom, gurmarın kan şekerini düzenlediği, lif, yeşil çay ve çemen otunun şeker kontrolü üzerinde net etkili olmasa bile başka faydaları olabileceği tarçın ve acı limon üzerinde çalışılması gerektiğini bildirmişlerdir (Nahas ve Moher, 2009).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ALANDA TOPLANAN BULGULAR VE

YORUMLARI

4.1. Çalışmaya katılan hastaların demografik bulguları

Toplam 55 şişmanlık ve 43 şeker hastasıyla birebir görüşme yapılmıştır. Ortalama görüşme süresi kırk beş dakika civarında sürmüştür, evet/hayır şeklindeki soruların yanı sıra hastalara açık uçlu sorular da yöneltilmiş, halk hekimliği uygulamalarının ayrıntıları (kullandıkları maddeleri yöntemler, sayıları, sırası), şişman hastalarda kilo ile ilgili hedefleri, beden algıları konusunda serbest konuşmaları istenmiştir. Obez gruptan bir hasta tezin yazım aşamasında bilgilerinin kullanılmasına izin vermediğinden yanıtları değerlendirmeye alınmamıştır.

4.1.1. Obez hastaların demografik bulguları

Görüşülen 54 hastanın bir erkek (%1,9), kalan kısmı kadınlardan (%98,1) oluşmaktaydı. Ortalama yaşları 35.83 ± 7.39 'du. Hastaların büyük çoğunluğu evliydi. Evlenme yaşı ortalama 20.41 ± 3.97 olarak tespit edildi. %43,2'si anlaşarak, kalanı görücü usulüyle evlenmişti. Kaçarak evlenen kimse yoktu. Hastaların medeni hali Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Obez hastaların medeni durumu

	Sıklık	Yüzde
Evli	35	64.8
Bekar	17	31.5
Dul	1	1.9
Bosanmış	1	1.9
Toplam	54	100.0

Hastalarda eğitim düzeyinde en yüksek oran %25,9'la lise mezunluğuydu. Hastaların eğitim düzeyi tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların eğitim düzeyleri

	Sıklık	Yüzde
İlkokul	12	22.2
Ortaokul	8	14.8
Lise	14	25.9
Üniversite	10	18.5
Master/Doktora	10	18.5
Toplam	54	100.0

Pek çok farklı meslekten hasta mevcuttu. Sırasıyla 1 arkeolog, 1 avukat, 2 bilgisayar teknikeri, 1 fizik tedavi uzmanı, 6 hemşire, 4 ofis

memuru, 1 muhasebeci, 3 öğrenci, 3 sağlık teknisyeni, 1 sekreter, 3 serbest meslek sahibi, 2 temizlik görevlisi ve 26 ev hanımı çalışmaya katıldı.

Hastaların gelir düzeylerine bakıldığında % 38,9' u 500- 1500 TL, % 59,3'ü 1500- 5000 TL, sadece 1 kişi % 1,9'u 5000 TL'nin üzerinde gelire sahipti. Son birkaç yıl içinde % 51,9' unun gelirinde değişiklik olmamış, %20,4'ününki azalmış kalanın artmıştı.

31 (%57,4) kişi kirada oturmaktaydı, kalan 23 (%42,6) kişi ev sahibiydi. Bulaşık makinesi ve bilgisayar hariç televizyon, buzdolabı, çamaşır makinesi tüm evlerde mevcuttu. Bulaşık makinesi olanların sayısı 44 (%81,5), bilgisayarı olanların sayısı 6 (%11,1) idi.

4.1.2. Şeker Hastalarının demografik bulguları

Görüşülen 43 hastanın 24'ü kadın (%55,8), kalan 19'u erkekti (%44,2) oluşmaktaydı. Ortalama yaşları 55.35 ± 10.87 'ydi. Hastaların büyük çoğunluğu evliydi. Evlenme yaşı ortalama 21.46 ± 5.16 olarak tespit edildi. Hastaların medeni durumları ve evlenme şekilleri sırasıyla tablo 3 ve 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Şeker hastaların medeni durumu

	Sıklık	Yüzde
Evli	41	95.3
Dul	2	4.7
Toplam	43	100.0

Tablo 4. Şeker hastalarının evlenme şekilleri

	Sıklık	Yüzde
Görücü usulü	24	55.8
Anlaşarak	18	41.9
Kaçarak	1	2.3
Toplam	43	100.0

Şeker hastalığı olanlarda şişman hastalardan farklı olarak ilkokul mezunları fazlaydı. Hastaların eğitim düzeyi tablo 5’de özetlenmiştir.

Tablo 5. Şeker hastalarının eğitim düzeyleri

	Sıklık	Yüzde
Okur-yazar değil	4	9.3
Okur-yazar	1	2.3
İlkokul	16	37.2
Ortaokul	7	16.3
Lise	10	23.3
Üniversite	3	7
Master/Doktora	2	4.7
Toplam	43	100,0

Pek çok farklı meslekten hasta mevcuttu. Sırasıyla 8 emekli memur, 1 emekli komiser, 2 işçi, 1 laborant, 3 memur, 2 öğretmen, 1 seyyar satıcı, 1 şoför, 1 seyyar satıcı, 1 zanaatkâr, 22 tane ev hanımı çalışmaya katıldı.

Hastaların gelir düzeylerine bakıldığında % 65,1' i 500- 1500 TL, % 30,2'si 1500- 5000 TL kazanmaktaydı. 2 kişi % 4,7'si 500 TL'nin altında geliri olduğunu belirtirken 5000 TL üzerinde gelir düzeyi olan kimse yoktu. Son birkaç yıl içinde % 69,8'inin gelirinde değişiklik olmamış, %7'sininki azalmış kalanın artmıştı.

31 (%72,1) kişi kirada oturmaktaydı, kalan 12 (%27,9) kişi ev sahibiydi. Bulaşık makinesi ve bilgisayar hariç televizyon, buzdolabı, çamaşır makinesi tüm evlerde mevcuttu. Bulaşık makinesi olanların sayısı 29 (%67,4), bilgisayarı olanların sayısı 2 (%4,7) idi.

4.2. Şişmanlık ve Şeker hastalığında halk tababeti kullanımı

4.2.1. Obez hastalarda halk tababeti kullanılan metotlar, sıklığı ve yapılışı

Obez hastalarda halk tababeti kullanımı %70,4'tü. Çalışmanın yapıldığı kliniğe başvurmadan hastaların %77,8'i diyet yapmayı denemiş, %70,4'ü egzersizle kilo vermeye çalışmıştı. Hastaların %33,3'ü şişmanlık için ilaç kullanımı [iştah kesici sibutramin (Reductil®) ve yağ emilimini azaltıcı orlistat (Xenical®)] bildirdi. 12 hasta (%31,6) oranında akupunktur uygulatmıştı.

Halk tababeti kullanımı bildiren hasta gruplarında kullanılan tedavilerin sıklığı tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6 Obezitede halk tababeti kullanım oranları

	Sıklık	Yüzde
Dua	38	100
Adak	1	2.6
Türbe Ziyareti	0	0
Muska/Okutma	0	0
Hacamat v.b.	0	0
Bitkisel tedavi	38	100

Bitkisel tedavi amaçlı kullanılanlar tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Bitkisel tedavilerde kullanılan bitki ve baharatlar

	Sıklık	Yüzde
Adaçayı	1	2.6
Anason	1	2.6
Biberiye	6	15.8
Ceviz	1	2.6
Çörek out	2	5.3
Elma	2	5.3
Elma sirkesi	4	10.5
Funda yaprağı	6	15.8
Greyfurt	8	21.1
Karabaşotu	1	2.6
Keten tohumu	10	26.3
Kekik	7	18.4
Kiraz Sapı	6	15.8
Lahana	17	44.7
Limon	6	15.8
Mate	6	15.8
Maydanoz	8	21.1
Sinameki	8	21.1
Su	13	34.2
Tarçın	13	34.2
Üzüm Çekirdeği	2	5.3
Yeşil Çay	8	21.1

Tüm bitkisel tedaviler içinde en çok kullanılanlar lahana (*Brassica oleracea*), tarçın (*Cinnamomum verum*) ve keten tohumu (*Linum üsitassinum*) idi. Zayıflama amaçlı su içme yüksek oranda uygulanmıştı.

Polen, hardal, kırkdamar otu, ispanak, pelinotu, kimyon, muşmula, ardıç, okaliptüs, karahindiba hiç kullanılmamıştı. Bir hasta acıbadem çekirdeği, 1 hasta mısır püskülü, 1 hasta dereotu, 1 hasta kuşburnu, 1 kişi Lida® (içinde daha sonra sibutramin olduğu anlaşılan doğal ürün olarak pazarlanan ilaç), 2 kişi Herbalife® (tok tutucu bitkisel destek) ve 2 kişi hazır form çayı (içeriklerini bilmediklerini belirttikleri) kullandığını belirtmiştir. Bir hasta salatalık diyeti yaptığını söylemiştir.

Hastaların tümü şişmanlıktan kurtulmak için dua ettiklerini belirtmişlerdir. Eğer dua halk hekimliği uygulamaları içinde kabul edilecek olursa halk hekimliği uygulanmasının oranı %100 olmaktadır.

Bu tedaviyi nereden öğrendikleri sorulduğunda 18 (%47,4) kişi komşudan-arkadaştan, 12 (%31,6) kişi televizyondan, 1 (%2,6) aileden kalanları ise internetten öğrendiğini belirtmiştir. Bu anlamda medyada öne çıkan isimler Dr. Ender Saraç, Dr. İbrahim Adnan Saraçoğlu'ydu. Temin edilme yerleri genellikle aktarlar ve market olmuştur.

Hastaların bitkisel tedavileri hazırlama ve uygulama biçimleri birbirleriyle tutarlılık göstermemekteydi. Toz halinde satılanlar ya yoğurda katılarak ya da çay yapılarak kullanılmıştı. Adaçayı, anason, biberiye, funda yaprağı, mate ve yeşil çay kaynamış suda bekletilerek çay yapılmış ve şekersiz olarak günde 4-5 kez tüketilmişti. Bu noktada "Beşibiryerde" olarak satılan kekik, funda yaprağı, yeşil çay, biberiye ve mate karışımı hazır olarak tüketilebildiği gibi her birinden üçer dal veya birer çay kaşığı (sayı açısından

hazırlama ile ilgili verilen bilgi sadece bu ve cevizle sınırlıydı) konularak demleme yöntemiyle hazırlandığı belirtildi.

Kullanım açısından ilk sırada yer alan sebze lahanaydı ve genellikle çorba şeklinde tüketilmişti. Hazırlanışında çok ufak farklılıklar olmakla beraber aşağıdaki tarif kullanılarak hazırlanmıştı:

Lahana Çorbası:

Malzemeler:

5 adet taze soğan

1- 2 taze domates, ya da domates konservesi

1 büyük beyaz lahanaya

2 adet yeşil salça biberi

1 bağ maydanoz

1 adet kereviz

Yapılışı :

Bütün malzemeleri çorba yapmaya uygun olacak büyüklükte doğandıktan sonra yeterli su ilave ederek düdüklü tencerede pişirilir.

Çörek otu, keten tohumu, üzüm çekirdeği ve tarçın genellikle yoğurda veya salatalara eklenip tüketilirken, elma sirkesi aç karnına ılık su ile içilmişti. Kiraz sapı, mısır püskülü, maydanoz ve sinameki kaynatılıp suyu içilerek

uygulanmıştı. Limon, elma, greylfurt ve su tüketimeini arttırmanın kilo vermeye yardımcı olduğu düşünölmüştü.

Ceviz sade olarak tüketilebildiği gibi 25 adet cevizi geceden suya koyup, sabahları birer fincan suyunun içilmesi de uygulanan tedaviler arasındaydı. Bir hasta 15 limonu sıkıp 4 baş sarımsağı içinde birkaç gün beklettikten sonra aç karnına bu sudan içtiğini belirmiştir.

Akupunktur uygulamalarını Türkler kadar özellikle Azerbaycan, Özbekistan kökenlilerinde uyguladığı öğrenildi. Genellikle çok düşük kalorili diyetlerle birlikte soda, su, bitki çayı önerilerek kilo verdirilmeye çalışılmıştı. Hastalardan tedavi esnasında halsizlik, baygınlık hissettiklerini söyleyen iki kışı dışında akupunktur tedavisi sırasında belirgin yakınmaları olmadığını söylemişlerdir.

Hastalardan 20 kg verdiğini söyleyen tek bir kişi vardı ancak bu tedavileri uyguladıkları sürece hastalar ortalama 1-3 kg vermişler ve hepsi verdikleri kiloları hatta daha fazlasını geri almışlardı. Hiç biri halk hekimliği uygulamasını sürekli kullanmamış, kısa süreli uyguladıktan sonra vazgeçmişti. Bu süre içinde tedavilerle ilgili en sık yakınma tadelarıyla ilgiliydi. Ciddi bir yan etki görülmemişti.

Otuzsekiz hastadan sadece dört tanesi doktoruna bilgi verdiği öğrenildi (%10).

4.2.2. Şeker hastalarında halk tababetinde kullanılan metotlar, sıklığı ve yapılışı

Şeker hastalarında halk tababeti kullanımı obez gruba göre daha düşüktü (%41,9). Çalışmanın yapıldığı kliniğe başvurdıklarında hastaların %76,7 si diyet yapmakta, %60,5'i düzenli egzersiz yapmakta, yine %60,5'i şeker hastalığı için ilaç kullanmakta, 23 (%53,5) hastanın tedavisinde ilaçlara ek olarak insülin kullanılmaktaydı.

Halk hekimliği kullanımı bildiren hasta gruplarında kullanılan tedavilerin sıklığı tablo 8'da gösterilmiştir.

Tablo 8 Şeker hastalığında halk tababeti kullanım oranları

	Sıklık	Yüzde
Dua	38	100
Adak	0	0
Türbe Ziyareti	0	0
Muska/Okutma	0	0
Hacamat v.b.	0	0
Bitkisel tedavi	18	41.9

Bitkisel tedavi amaçlı kullanılanlar tablo 9'de özetlenmiştir. Bu grup hastaların da hepsi hastalıklarının iyileşmesi için dua etmekteydi.

Tablo 9. Bitkisel tedavilerde kullanılan bitki ve baharatlar

	Sıklık	Yüzde
Adaçayı	2	11.1
Anason	1	5.6
Çörek out	2	11.1
Elma	2	11.1
Elma sirkesi	1	5.6
Funda yaprağı	1	5.6
Greyfurt	3	18.7
Ispanak	1	5.6
Karabaşotu	1	5.6
Kimyon	1	5.6
Keten tohumu	4	22.2
Kekik	4	22.2
Kiraz Sapı	1	5.6
Lahana	6	33.3
Limon	4	22.2
Maydanoz	6	33.3
Polen	1	5.6
Su	6	33.3
Tarçın	7	38.9
Üzüm Çekirdeği	2	11.1
Yeşil Çay	1	5.6

Bu grup hastalarda da lahana (*Brassica oleracea*), tarçın (*Cinnamomum verum*) en sık kullanılan bitkilerdi. Ayrıca maydanoz (*Petroselinum sativum*) kullanımı da yaygındı. Hastalar şeker düzeylerini düşüreceğini düşürerek bol su içmişlerdi. Muşmula, pelin otu, hardal,

kırkdamar otu, ardıç, okaliptüs, karahindiba, biberiye ve mate şeker hastalığı olan grup tarafından hiç kullanılmamıştı. Bir hasta nane ve kuşburnu, bir hasta dereotu, bir hasta yaban mersini, bir hasta bamya çiçeği kullandığını bildirdi. Bir hasta yurtdışından gelen şeker ilacı olarak kullandığı bir ilaç olduğunu bunun bitkisel kökenli olduğunu belirtti ancak ilaç görüldüğünde bunun Türkiye’de de muadilleri bulunan bir depresyon ilacı olduğu anlaşıldı. Şifalı su içen iki hasta mevcuttu.

Bitkisel tedavilerin uygulanışı obezite grubuna benzer özellikle göstermekle beraber, farklı uygulama olarak bir hasta cevizi 21 gün suda beklettikten sonra aç karnına suyunu içtiğini belirtmiştir.

Tedaviyi nereden öğrendikleri sorulduğunda 8 kişi televizyondan, beş kişi arkadaş ve komşudan, iki kişi aileden öğrendiğini söyledi. Yalnızca iki hasta yöresel bilgiyle tedaviyi uyguladığını belirtmiştir (nane-kuşburnu ve bamya çiçeği kullanan iki hasta). Bir kişi internetten öğrendiğini belirtmiştir. Dr.Ender Saraç, Dr. İbrahim Saraçoğlu’nun yanı sıra Dr. Osman Müftüoğlu da medyadan takip edilen isimlerdendi.

İki hasta halk hekimliği uygulamaları esnasında diğer ilaçlarını kullanmayı kesmiş diğerleri devam etmişlerdir. Tüm grupta yalnızca iki hasta (%11,1) doktoruna halk hekimliği yöntemlerini kullandığına dair bilgi vermiştir.

Kullandıkları tedavileri düzenli sürdüren hasta sayısı ikiye. Tarçın kullanan bu hastalar kan şekerlerinde düzelme olduğunu belirttiler.

4.2.3. Şişmanlık ve Şeker hastalarda halk tababeti kullanımını etkileyen faktörler, farklılıklar, benzerlikler

Şişmanlık nedeniyle takip edilen grup şeker hastalığı ile izlenen gruba göre belirgin olarak gençti ($p<0.005$). Halk hekimliği kullanımı şeker hastalarında obez gruba göre daha azdı ($p= 0.002$)

Ki-kare testi kullanılarak yapılan değerlendirmelerde obezite grubunda cinsiyet, medeni hal, gelir ve eğitim düzeyi alternatif tıp kullanımını belirlemede etkili değildi ($p>0.05$). Benzer şekilde şeker hastalığı grubunda da bu değişkenlerin alternatif tıp kullanımı üzerinde etkisi yoktu.

Her iki grupta da halk hekimliği uygulamalarının tercih etmelerinin nedeni sağlıklı ve doğal olduğunu düşünmeleri olmuş, yan etkileri olabileceğini her iki gruptan da birer kişi hariç düşünmemiş. Her iki grupta da en fazla kullanılan halk hekimliği uygulaması bitkisel tedaviler olmuş, hekime bildirilmeme oranı hem obezlerde hem de şeker hastalığında çok yüksek bulunmuştur.

4.3. Obez hastalarda kişisel ve toplumsal algılar, hedefler

Obez hastalara ideal beden ne olduğu ve kendilerinin kaç beden olmayı hedefledikleri sorulduğunda ideal beden için en fazla yanıt %44,4 oranıyla 40 bedendi. 38 ve 42 bedenler %24,1 oranında hedefleniyordu. Üç hasta (%5,6) 44 beden ideal olduğunu söylerken, sadece bir kişi (%1,9) 34

bedenin ideal olduğunu belirtmiş hepsi ideal bedenden bir büyük bedeni kendileri için uygun bir hedef olarak değerlendirmişlerdir.

Neden zayıflamak istedikleri sorulduğunda 26 kişi sağlıklı olmak, 13 kişi güzel görünmek kalan 15 kişi ise her ikisi için de kilo vermek istediğini belirtti. Otuz iki kişi zayıfların toplumda daha fazla kabul gördüğünü düşünmekteydi, böyle düşünmeyenlerin hepsi çocuklarından beri kiloluydular ve hayatlarının hiçbir dönemlerinde zayıf olmamışlardı. Hastaları zayıflama konusunda en çok teşvik eden bazen de zorlayan kendilerinden sonra eşleriydi (%37 ve %29,6) Diğerlerinin zayıflama isteklerinde çevre, aile etkili olmuştu.

Hastaların ideal vücut ideal görünüm konusunda medyadan bir isim seçmeleri istendiğinde Gülben Ergen ve Ebru Gündeş ilk sıralarda yer aldılar.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji A.D. Sosyal Antropoloji Bilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanan "Şişmanlık ve şeker hastalığında halk tababeti kullanımı üzerine antropolojik bir çalışma" başlıklı çalışmada özetle aşağıdaki sonuçlara varılmıştır.

Halk hekimliği uygulamalarına ya da modern tanımlanışı ile TAT'a hem şeker hastalığı hem de obezite hastalarında sıklıkla rastlanmaktadır. Şişmanlık nedeniyle başvuran hastaların daha genç, daha eğitilmiş oldukları ve halk hekimliği yöntemlerini daha sıklıkla uyguladıkları görülmüştür.

Hastaların TAT kullanımlarında cinsiyetin, medeni durumun, eğitim ve gelir düzeyinin etkisi gösterilememiştir.

Halk hekimliği uygulamalarında en sık bitkisel tedavilere başvurulmaktadır. Bunun yanında akupunktur da obez grubun sıklıkla başvurduğu bir başka tedavi yöntemidir.

En sık kullanılan bitkiler lahanalar (*Brassica oleracea*), tarçın (*Cinnamomum verum*), keten tohumu (*Linum usitatissimum*) ve maydonoz (*Petroselinum sativum*)'dur. Hastaların bu tedaviyi tercih etmelerindeki en önemli neden bu tedavilerin doğal ve buna bağlı olarak da zararsız olduğunu düşünmeleridir. Hastaların hemen hiç biri halk hekimliği kullandıklarına dair

kendilerini takip eden hekimlerine bilgi vermemişlerdir, bunun gerekli olduğu düşünülmemişlerdi.

Hastaların bu uygulamaların çoğunu medya aracılığıyla öğrendiği gösterilmiştir. Bu noktada belli bazı medya figürlerinin etkili olduğu ve eğilimleri belirlediği tespit edilmiştir. Halk hekimliği uygulamalarında standart, geleneksel bir yaklaşım izlenmemekte genellikle tarif üzerine hastaların kendisi tarafından hazırlanmakta olduğu görülmüştür.

Obez hastaların kendilerinin daha az kabul gördüğü düşüncesi bu çalışma ile de gösterilmiştir. Hastalar zayıfların toplumda kendilerine daha çok yer edindiklerini düşünmekte, bu duygu eğer hayatlarının bir döneminde zayıf olarak yaşamışsalar daha belirgin hale gelmektedirler. Hastalar sağlık kadar estetik kaygılarla da zayıflamak istemekteler, bu konuda kendilerinden sonra eşleri destekleyici ve/veya zorlayıcı olmaktadır. Zayıflama noktasındaki hedefleri “0 beden” olarak tanımlanan Avrupa ölçüleriyle 32 bedenden çok uzaktır. İdeal beden olarak 40 bedeni görmekte, kendilerine genellikle 42 beden olmayı hedef olarak koymaktadırlar ve bu “güzel” beden algısı Türk kadınları için Gülben Ergen’le örtüşmektedir.

Halk tababeti kullanımında 1990’lı yıllarda büyük bir artış gerçekleşmiştir. Bugün pek çok ülkede bu uygulamalar resmi sağlık sistemi içinde kabul görmekte, sigorta şirketleri ödemeleri karşılamakta, bu konuda sistemik ve kurumsal eğitim verilmesi için kürsüler açılmaktadır (Busato ve ark., 2006; Kelner ve ark., 2006). Doğaya ve doğal olana dönüş akımları her alanda yükselirken, organik tarım, organik gıda, organik giyim ve kozmetik

takiben doğaya zararsız taşıma, yaşama yaklaşımları hayatın tüm yanıtlarının doğayla uyum içinde yaşanırca doğadan bulunabileceği fikrini hem beslemiş hem organik yaklaşımların denenmediği bir alanın kalmamasına sebep olmuştur. Bu noktada kuşkusuz sağlık sektörü bundan ayrı kalamamıştır. Sadece bu değil batı tıbbının yetersiz ve çaresiz kaldığı durumlar insanları başka arayışlar itmiş, olası tüm yöntemleri denemeden kimse ne kendi ne yakınları için hayattan vazgeçmek istememiştir.

Bu noktada halk hekimliği uygulamaları insanlıkla yaşıt olmasına karşın giderek daha çok karşımıza çıkar hale gelmiş, doğallıklarıyla doğaya dönüşün içinde kendine yer bulurken, zararsızlığı vurgulanmış, etkinliğinin tam olarak bilinmiyor oluşu umudu içinde barındırmak noktasında vazgeçilmesine değil daha çok tercih edilmesine yol açmıştır.

Bu uygulamaların en çok kullanıldığı hasta grubu kanser hastalarıdır. Etkinliği kanıtlanmamış, kalite kontrol sorunları olan, kemoterapi ve biyo-belirteç düzeyleri ile etkileşebilen pek çok ürün kanser hastalarında kullanılmakta, kurtulan tek bir hastanın bile varlığı bir diğeri için umut olmakta çaresizce beklemeye alternatif olan bu uygulamalar sanıldandan çok daha fazla oranda kullanılmaktadır (Dennis ve ark., 2009).

Batı tıbbının uygulayıcıları uzun yıllar kanıta-dayalı olmayan her uygulamaya karşı oldukları ve reddettikleri için bu uygulamalar hastalar tarafından deneniş olsa bile hekimin bunu öğrenme şansı olmamış, çözmeye çalıştığı sorunun kaynağının aslında bir bitki olabileceği olasılığını katı tutumu ve kibri yüzünden öğrenememiştir. Ancak bugün bu

uygulamaların varlığının reddedilemez olduğu gerçektir. Bu noktada “birleştirici tıp” terminolojisi kullanılır olmuş, bu tedavilerin kontrollü uygulandıklarında hastalıkları iyileştirmeseler bile bireylerin kendi yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduklarını hissetmelerini sağladığı, beyin ve bedensel fonksiyonlarının korunmasına, ağrı ve tedavilerle ortaya çıkan zehirli etkilerle daha iyi mücadele edilmesine yardım ettiği ve hayat kalitesini arttırdığı ortaya konmuştur (Correa-Velez ve ark., 2003; Diehl, 2009). Durum böyle olunca batı tıbbıyla uğraşan hekime; fikirlerine saplanıp bu uygulamaları inkâr edip cehaletin karanlığında kalmak ya da bilimle elde ettiği bilgiyi bu uygulamalarla birleştirip hastanın lehine kullanmak dışında tercih kalmamış neyse ki son yıllarda tavrını ikincisinden yana değiştirmiştir.

Zihnin beden üzerindeki etkinliği bilinmektedir, ayrıca ilaçların pek çoğunun kaynağı bitkilerdir bu nedenle kanser hastalığında etkinlikleri net olarak kanıtlanamasa da pek çok TAT uygulaması farklı hastalıklarda denenmektedir (Hasan ve ark., 2009; Joos ve ark., 2006; Tan ve ark., 2006). Bu konuda ciddi tıbbi araştırmalar planlanmakta, glukosamin ve kondroitin sülfat kireçlenme, bitter çikolatanın insülin direncindeki etkinliğine gibi pek çok farklı konuda çalışmalar planlanmaktadır (Goldner, 2006).

Bizim çalışmamızda da hem obezite hem de şeker hastalığı grubunda obez grupta daha fazla olmak üzere halk hekimliği kullanımı tespit edilmiştir. Obezite grubu şeker hastalığı grubuna göre daha gençtir. Bunun nedeni şeker hastalığının özellikle Tip 2 diyabetin yaşlılarda daha sık görülmesi olabileceği gibi, şişmanlığı genç hastaların daha çok problem olarak görmesi de olabilir. Sadece hastaların seçimine bağlı olarak da ortaya çıkmış olabilir.

Pek çok yayında kadın cinsiyetin, orta yaşın, yüksek eğitim düzeyinin halk hekimliği kullanımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda böyle bir ilişki kurmak mümkün olmamıştır. Sayının az olması bunun nedeni olabilir (Robinson ve ark., 2007).

Bu uygulamalar içinde bitkisel tedaviler çok ön planda görülmektedir. Pek çok farklı bitki kullanılsa da lahana, tarçın, keten tohumu ve maydanoz öne çıkmaktadır.

Lahananın şeker hastalığında etkinliği ile ilgili bir çalışma yoktur ancak şişmanlığa yönelik etkinliği açısından yapılan bir çalışmada beyaz lahananın yağ hücrelerinde yağ birikimini azalttığı ve yağ parçalanmasını arttırdığı gösterilmiştir (An ve ark., 2010). Bu konuda net bir araştırma olmamasına karşın zayıflama ile ilgili internette bulunan her sitede lahana özellikle lahana çorbası önerilmekte, bu çorbanın bir hafta az miktarda başka gıdalarla tüketildiği bir haftalık diyetle 5-6 kg verileceği vaat edilmektedir. Lahana lif, C-vitamini, folik asit içermesi nedeniyle sağlıklı bir besin olmakla birlikte, zayıflatıcı, selülitleri giderici (!) etkinliğinin olduğu ile ilgili bu yanlış algının kaynağı net değildir.

Söz konusu tarçın olduğunda durum biraz daha ümit vericidir. Tarçının kilo, insülin direnci ve hiperlipidemi konusunda etkili olduğu birkaç çalışmada gösterilmiştir (Roussel ve ark., 2009; Sheng ve ark., 2008). Tarçın ve şeker hastalığı ilişkisinde mevcut tıbbi literatür biraz daha zengindir ve tarçının etkin olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da sadece iki hasta bitkisel tedavisini sürekli kullanmış ve fayda gördüğünü belirtmiştir, bu hastaların ikisi

de tarçın kullanıcısıdır (Pham ve ark., 2007). Keten tohumu ve maydanoz ile ilgili birkaç çalışma da yararlı sonuçlar bildirilmekle beraber halen hiçbir bitkisel tedavi ne obezlere ne de şeker hastalarına önerilmemektedir (Pan ve ark., 2009).

Halk hekimliği uygulamalarına klasik Batı tıbbının uyguladığı tedavilere ulaşmakta güçlük çekenlerin rağbet ettiği varsayımı bizim çalışmamız için geçerli değildir. Bu çalışmanın üçüncü basamak üniversite hastanesinde yapılmış olması bu bakımdan önemlidir (Pagan ve Tanguma 2007).

Obez hastalarda sık kullanılan uygulamalardan biri bizim çalışmamızda akupunktur olarak karşımıza çıkmaktadır. Obez bireylerin daha fazla hastalık yüklerinin olmasına karşın daha az halk hekimliği uygulaması kullandığını bildiren çalışmalara karşın bizim çalışmamızda bu oran obez grupta oldukça yüksek bulunmuştur (Bertisch ve ark., 2008). Yurtdışından yapılan bazı çalışmalarda hipnozla yapılan tedavilerin etkinliği bildirilmiştir ancak biz de sadece bir hasta bir seans reikki yaptığını belirtmiş bunun dışında hiçbir hasta zihin-beden veya enerji ilişkili uygulama bildirmemiştir (Pittler ve Ernst, 2005).

Akupunkturun kilo verme konusunda etkinliği ayrıntılı bir meta-analizle gösterilmiştir (Cho ve ark., 2009). Türkiye’de akupunktur konusundaki sorun bu konuda net bir düzenleme olmamasıdır. Sertifikalı hekimlerin uygulaması gereken işlemler içinde sayılmakla beraber yurtdışından gelenler tarafından da yapılabilmekte hastaya bir girişim yapıldığında uygun sterilizasyonun yapılıp yapılmadığı bilinmemektedir. Akupunktur yapılırken verilen günlük

kalori miktarının çok kısıtlanması hastanın kaybettiği kiloyu akupunktura bağlamasına sebep olmakta, kalori arttıktan sonra hastalar verdikleri kiloları geri almaktadırlar.

Halk hekimliği yöntemlerini kullananların tümünün düştüğü yanılgı bu uygulamaların doğal ve tümüyle zararsız olduğudur. Bizim çalışmamızda da katılımcılar bu uygulamaları tercih etmelerinin nedeninin doğal ve zararsız olduğunu düşünmeleri olduğunu belirtmişlerdir. Alınan maddelerin ve yapılan uygulamanın bizzat kendisi, mevcut hastalığın seyrine olan etkisi, hastanın eş zamanlı kullandığı diğer ilaçlarla olumsuz etkileşimi ölüme kadar varan istenmeyen sonuçlar doğurabilir (Pittler ve ark., 2005). Hastanın yaşı, cinsiyeti alta yatan hastalıkları tedaviye yanıtı etkileyebilir (Cherniack, 2008). Hastaların bu uygulamalarının tamamen zararsız olduğunu düşünmelerinin önüne geçilmelidir. Benzer sebeple hastalar bu tedavileri kullandıklarını hekimlerine söylemeyi gerekli bulmamaktadırlar. Bunun bir diğer sebebi bizim çalışmamızda dillendirilmediyse de hekimlerin bu tedavi seçeneklerine olumsuz yaklaşacaklarının düşünülmesi olabilir.

Halk hekimliği uygulamaları kültürden kültüre değişiklikler göstermektedir. Hispanikler TAT uygulayıcılarının başında gelmektedirler. Tüm zamanlar boyunca yaşadıkları tarihsel etkiler hastalık ve sağlık konusundaki algılarını etkilemiştir. Başlangıçta “ay, deniz ve toprak”taki doğal güçlerin etkinliği düşünülürken daha sonra Katoliklerin ve Hipokrat’ın etkisiyle sağlığın vücuttaki dört salgının kan, sümük, sarı ve siyah safranın dengesiyle sağlıklı olunabildiği fikri yerleşmiş, Afrikalıların, Brezilyalıların ve Karayip göçmenlerinin etkisiyle ruhani iyileşme, büyü ve bitkisel tedaviler

Hispaniklerin kültürlerinde yerlerini almışlardır. Tüm bu etkiler sadece tedavileri değil hastalığın ve klasik tedavilerin algılanma, kabul edilme ve idame ettirilme biçimlerini de etkilemektedir. Amerika'da yapılan çalışmalarda Zencilerin ve Hispaniklerin kan şekeri kontrollerinin daha kötü olduğunu daha fazla TAT kullandıklarını, dinsel ve büyüsel öğelerden daha fazla yardım umduklarını göstermiştir.(Bishop ve ark., 2007; Cabellero ve Tenzer 2007).

Bizim çalışmamızda bütün hastalar dua ederek hastalıklarının geçmesini dilemişler ve hiç biri bunun bir alternatif tedavi yöntemi olduğunu düşünmemiştir. Bunun nedeni dua etmenin Türk Toplumunda doğal ve aslında gündelik hayatın bir parçası gibi kabul etmesi olabilir ancak katılımcılar bu yönde ayrıntılı sorgulanmamışlardır.

Bu çalışmayla ilgili en şaşırtıcı sonuçlardan biri halk hekimliğinin kültürünün önemli bir parçası olduğu topraklarda uygulanan tedavinin hemen hiç birinin gerçek halk hekimliği uygulayıcıları tarafından önerilmemiş veya yapılmamış olmasıydı.

Anadolu'da halk hekimliği uygulamaları hoca, şeyh, okuyucu-üfürükçü, ocaklı, izinli, orumçu gibi kişiler tarafından uygulanmaktadır (Acıpayamlı, 1969). Örneğin Ocaklı belirli hastalıklarla uğraşan aile fertlerine denmektedir. Tedavi etme kudreti kan yoluyla aile içinde devam etmekte, çoğunluğu kadın olan ve bir nevi Şamanların devamı sayılan bu kişiler belli hastalıklar konusunda yetkin kabul edilmekte, kan bağıyla bu işe devam ettirecek kimsesi yoksa "el verme" yöntemiyle işi "izinli" ye devredebilmektedir (Şar, 2005). Bizim çalışmamızda bu anlamda hiç kimse "gerçek" halk hekimliği uygulamasından

yararlanmamıştır. Bugünün modern dünyasında kişilerin yerini medya almış gibi görünmektedir. Hastaların pek çoğu tedaviyi televizyon aracılığıyla öğrenip kendi becerebildiği ölçüde uygulamıştı, doğru uygulanıp uygulanmadığı ile ilgili herhangi bir denetim söz konusu değildi. Gerçekten özellikle sabah kuşaklarında halk hekimliği uygulamalarının ana hedef grubu sayılan kadınlara yönelik her programda adet sancısından saç dökülmesine, kısırlıktan kabızlığa kadar her türlü sorun için reçeteler sıralanmakta, modern iletişim çağında Ender Saraç, İbrahim Saraçoğlu gibi isimler “sanal şifacı” rolüne soyunmaktadırlar.

Medya sadece bilgi aktarmada değil, TAT uygulayıcıları ve bazen Ortodoks tıbbin uygulayıcılarının bilerek ya da bilmeyerek yaptıkları katkılarla bu yaklaşımların “tamamlayıcı” rol oynaması gerektiği tartışmasız alanlarda bile “alternatif” olabileceği vurgusunu güçlendirmede de önemli rol oynamaktadır (Ernst ,2009).

Botticelli'nin Venüs'ü de Paul Rubens'inki de bugün güzel kabul edilen kadınların ölçülerine göre çok şişmandırlar. (Eco 2006). Zayıflığın kabul gördüğü son elli yılda bu konudaki acımasızlık tırmanmıştır. Güzellik ve bedenin ağırlığı arasında tüm zamanlarda ilişki kurulmuş olmakla birlikte bu ilişkinin biçimi değişmiştir. Özellikle 90'lı yıllarda “Bir dirhem et bin ayıp örter” değil her dirhem et saklanması mümkünse kurtulması gereken bir fazlalık haline gelmiş, “daha zayıf; daha güzel ve daha sağlıklı” ile eş anlamlı kullanılarak inanılmaz bir zayıflama çılgınlığının başlamasına sebep olmuştur. Bugün bildiğimiz her şişmanın sağlıksız olmadığıdır ve şişmanlığın altında “iradesizlikten” pek çok başka neden de yatmaktadır.

Obez gruptaki hastaların “Stigmatizasyon” ile ilgili algıları pek çok çalışmada tekrarlanmıştır. Şişman insanların her alanda normal kilolulara göre daha alt düzeyde algılandığı sırf bu algının bile bu grup hastayı öyleymiş gibi hissetme ve yaşamaya zorladığı bilinmektedir (Giel ve ark., 2010; Hayden ve ark., 2010). Bu anlamda hastaların zayıflama isteklerini “sağlıklı olmak” kadar “güzel olmak” beklentisinin kuvvetlendirmesi tahmin edilebilir. Çağlar içinde değişen güzellik algısının bu çağda zayıflıkla-on yıl öncesi kadar olmasa-da örtüşmesi sadece hastaların eşlerinden de zayıflama konusunda telkin veya zorlamaya maruz kalmalarıyla sonuçlanmaktadır. Bu çalışmada hastanın birinin “Ben de aynaya baktığımda yüzüm gülsün istiyorum” şeklindeki ifadesi şişman bireylerin taşıdıkları ağırlığın sadece kilolarından ibaret olmadığını göstergesidir. Öte yandan bizim çalışmamızda bir kişi hariç hiçbiri “0 beden” olmak gibi bir hayalin peşinde değildi. “İdeal kadın” imgesine oturtulan karakterin Gülben Ergen oluşu ayrı bir tez konusu olmakla birlikte daha gerçek bir kadını temsil ediyor olmasıyla ilişkilendirilebilir.

ÖNERİLER

- ✓ Halk hekimliği uygulamaları Şişmanlık ve Şeker hastalığında sık kullanılmaktadır. Bu nedenle bu grup hastalar bu yönde sorgulanmalıdır.
- ✓ Bu çalışmanın örneklem sayısı küçük olduğundan daha geniŐ çaplı çalışmalar yapılması uygun olacaktır. Bu alıŐma üçüncü basamak sağlık hizmeti verilen bir klinikte gerçekleŐtirildiđinden halk tababeti uygulamaların zorunlu olarak kullanıldığı bölgelerde yapılacak çalıŐmalarla sonuçlar örtüŐmeyebilir bu bölgelerde benzer çalıŐmaların yapılması uygun olacaktır.
- ✓ Sadece Şeker hastalığı ve Şişmanlıkta değil diğer tüm hasta gruplarında benzer çalışmalar yapılmalı, Batı tıbbını uygulayan her hekim hastasını halk hekimliği kullanımını yönünden sorgulamalıdır.
- ✓ Eğer dua etmek halk hekimliği yöntemi olarak kabul edilirse her iki grupta da halk hekimliği kullanımını %100 olmaktadır
- ✓ Hem Şişmanlıkta hem de Şeker hastalığında en sık kullanılan halk hekimliği uygulaması bitkisel tedavidir, Şişmanlıkta sıklıkla akupunktura başvurulmaktadır.
- ✓ Hastalar bu uygulamaların tamamen zararsız olduğunu düşünmekte, hekimlere haber verilmemektedir, bu yüzden hastalar bu yönde sorgulanmalıdır.
- ✓ Halk hekimliği uygulamalarının çoğu medya aracılığıyla öğrenilmekte, aslında tedaviler gerçek uygulayıcıları tarafından uygulanmamaktadır.

- ✓ Medya toplumu her alanda olduğu gibi bu alanda da yönlendirmek konusunda çok büyük bir etkiye sahiptir. Ancak bu noktada bireyin sağlığı söz konusu olduğundan bu alanda serbest biçimde yapılan yayınlara kontrol getirilmelidir.
- ✓ Şişman hastalar zayıfların daha çok kabul gördüğünü düşünmekte, sağlıklı olmak kadar güzel olmak için de zayıflamak istemekte bu konuda gerçekçi hedefler koymaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda halk hekimliği uygulamalarının varlığı kabul edilip 'birleştirci tıp' hem eğitim hem de uygulama alanında Türkiye'de hayata geçirilmelidir.

ÖZET

Halk tababeti (Halk hekimliği) hastalıklar ve sağlık hakkındaki inanç, tutum ve davranışlar şeklinde tanımlanabilir. İnsanlık tarihi kadar eski olan bu uygulamalar Batı tıbbı tarafından çok uzun bir süre reddedilmiş olsa da 1990'lerden sonra doğal olana dönüş eğilimlerine paralel olarak halk hekimliği uygulamaları daha sık kullanılır hale gelmiştir. Halk hekimliği uygulamalarını en çok kullanan hasta grupları kanser hastalarıdır. Şişmanlık ve şeker hastalığı gibi görülme sıklığı giderek artan iki önemli hastalıkta halk hekimliği uygulamaları ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu tezde şişmanlık ve şeker hastalığı tanılarıyla izlenen hastaların halk hekimliği uygulamaları arasındaki ilişkileri ortaya koymak, şişman hastaların bedensel ve toplumsal algıları ve kilo verme konusundaki hedeflerini belirlemek amaçlanmıştır.

Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada 54 şişmanlık ve 43 şeker hastasıyla görüşülmüş, şişman hastalarda halk hekimliği uygulamalarının %70, şeker hastalarında %41,9 olduğu gösterilmiştir. Şişman grupta en sık kullanılan tedavi bitkisel tedavi takiben akupunkturken, şeker hastalığı grubunda bitkisel tedavi kullanılmıştır. Lahan, keten tohumu ve tarçın en çok kullanılan bitkilerdir. Uygulamaların çoğunluğu medya aracılığıyla öğrenilmekte ve hastaların kendisi tarafından uygulanmaktadır. Hastaların tümü bu uygulamaların zararsız olduğunu düşünmekte ve hekimine haber vermemektedir.

Obez hastalar zayıfların daha çok kabul gördüğünü düşünmekte, hem sağlık hem de güzellik için kilo vermeyi istemekte bunun için kendilerine gerçekçi hedefler koymaktadırlar.

Bu sonuçlar doğrultusunda halk hekimliği uygulamalarının varlığı kabul edilip 'birleştirici tıp' hem eğitim hem de uygulama alanında Türkiye'de hayata geçirilmelidir.

SUMMARY

Complementary and alternative medicine (CAM) is a group of diverse medical and health care systems, practices and products that are not presently considered to be part of conventional medicine. For most of CAM, there are key questions that are yet to be answered through well-designed scientific studies. Obesity is one of the chronic health disorders where patients and physicians feel helpless when keeping weight under control with diet, exercise or drugs become impossible.

The aim of this study was to determine the prevalence and types of CAM modalities that obese patients use and define the emotional perspectives of being obese from an anthropological point of view.

54 patients with obesity and 43 patients with diabetes were included. 70% of patients with obesity and 41,9% with diabetes had tried at least one CAM modality. Herbal therapy and acupuncture were most commonly encountered method in obesity where as diabetic patients used mostly heral therapy. Cabbage, flax seed and cinnamon were the most frequently used herbs. Most patients learned these therapies through media and almost all of them considere CAM totally safe and did not inform their physicians. Obese patients still feel stigmatized, they do have realistic targets and their most common concerns about their disease are social rather than medical.

The prevalence of CAM use is higher than expected among patients with obesity and diabetes. Physicians should be aware of this fact and

interrogate patients about CAM use beside methods accepted within conventional medicine.

KAYNAKLAR

1998. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Heart, Lung, Lung and Blood Institute (NHLBI) Clinical Guidelines for obesity.
- AACE. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus 2007. Endocr Prac 13:S4-S68.
- Abouhamad WN, Bray D, Schuster M, Boesch KC, Silversmith RE, and Bourret RB. 1998. Computer-aided resolution of an experimental paradox in bacterial chemotaxis. J Bacteriol 180:3757-3764.
- Acıpayamlı O. 1962. Anadolu'da nazarla ilgili bazı adet ve inanmalar. Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi 1:11-16.
- Acıpayamlı O. 1969. Türkiye folklorunda halk hekimliği ve özellikleri. DTDF Dergisi XXVI:1-9.
- Aditya BS, and Wilding JP. 2009. Modern management of obesity. Clin Med 9: 617-621; quiz 622-613.
- Altun R, and Özden A. 2004. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Güncel Gastroenteroloji 8:231-235.
- Altun S, and Erdoğan M. 1972. Türkiye'de ruh hastalıklarının folklorik tedavileri (Ari Kiev ,FA Göksel ve O. Öztürk'ün "Magic, Faith and Healing" yazısından tercüme) Folklor Doğu 20:21-30.
- An S, Han JI, Kim MJ, Park JS, Han JM, Baek NI, Chung HG, Choi MS, Lee KT, and Jeong TS. 2010. Ethanolic extracts of Brassica campestris spp. rapa roots prevent high-fat diet-induced obesity via beta(3)-

- adrenergic regulation of white adipocyte lipolytic activity. *J Med Food* 13: 406-414.
- Arikan D, Sivrikaya SK, and Olgun N. 2009. Complementary alternative medicine use in children with type 1 diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *J Clin Nurs* 18: 2136-2144.
- Ata RN, and Thompson JK. 2010. Weight bias in the media: a review of recent research. *Obes Facts* 3: 41-46.
- Bertisch SM, Wee CC, and McCarthy EP. 2008. Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 16: 1610-1615.
- Birch S, Hesselink JK, Jonkman FA, Hekker TA, and Bos A. 2004. Clinical research on acupuncture. Part 1. What have reviews of the efficacy and safety of acupuncture told us so far? *J Altern Complement Med* 10: 468-480.
- Bishop FL, Yardley L, and Lewith GT. 2007. A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *J Health Psychol* 12: 851-867.
- Boratav PN. 1984. 100 soruda Türk Folklorü (inanışlar, töre ve törenler, oyunlar). Gerçek Yayınevi 2. Baskı İstanbul.
- Bray SE, Schorl C, and Hall PA. 1998. The challenge of p53: linking biochemistry, biology, and patient management. *Stem Cells* 16: 248-260.
- Busato A, Donges A, Herren S, Widmer M, and Marian F. 2006. Health status and health care utilisation of patients in complementary and

- conventional primary care in Switzerland--an observational study. *Fam Pract* 23: 116-124.
- Cabellero AE, and Tenzer P. 2007. Building cultural competency for improved diabetes care: Latino Americans and diabetes. *J Fam Pract* 56(9 Suppl Building):S7-13.
- CAM Complementary medicine is booming worldwide. *BMJ*1996; 313: 131-133.
- Chen KW, Liu T, Zhang H, and Lin Z. 2009. An analytical review of the Chinese literature on Qigong therapy for diabetes mellitus. *Am J Chin Med* 37:439-457.
- Cherniack EP. 2008. Potential applications for alternative medicine to treat obesity in an aging population. *Altern Med Rev* 13: 34-42.
- Cho SH, Lee JS, Thabane L, and Lee J. 2009. Acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)* 33:183-196.
- Correa-Velez I, Clavarino A, Barnett AG, and Eastwood H. 2003. Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliat Med* 17: 695-703.
- Dannemann K, Hecker W, Haberland H, Herbst A, Galler A, Schafer T, Brahler E, Kiess W, and Kapellen TM. 2008. Use of complementary and alternative medicine in children with type 1 diabetes mellitus - prevalence, patterns of use, and costs. *Pediatr Diabetes* 9(3 Pt 1):228-235.

- Dennis T, Fanous M, and Mousa S. 2009. Natural products for chemopreventive and adjunctive therapy in oncologic disease. *Nutr Cancer* 61:587-597.
- Dham S, Shah V, Hirsch S, and Banerji MA. 2006. The role of complementary and alternative medicine in diabetes. *Curr Diab Rep* 6:251-258.
- Diehl V. 2009. The bridge between patient and doctor: the shift from CAM to integrative medicine. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*:320-325.
- Donohoe CL, Pidgeon GP, Lysaght J, and Reynolds JV. 2010. Obesity and gastrointestinal cancer. *Br J Surg* 97: 628-642.
- Dwyer JT, Allison DB, and Coates PM. 2005. Dietary supplements in weight reduction. *J Am Diet Assoc* 105(5 Suppl 1):S80-86.
- ECDCDM The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus .Report on the expert Committe on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1998; 21(Supp 1):S5-S19.
- Eco U. 2006. *Güzelliğin Tarihi*. Doğan Kitağpçılık AŞ 1. baskı.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, and Kessler RC. 1998. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 280:1569-1575.
- Ernst E. 2000. The role of complementary and alternative medicine in cancer. *Lancet Oncol* 1:176-180.

- Ernst E. 2009. Advice offered by practitioners of complementary and alternative medicine: An important ethical issue. *Eval Health Prof* 32:335-342.
- Garrow D, and Egede LE. 2006. Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care* 29:15-19.
- Genuth S, Alberti KG, Bennett P, Buse J, Defronzo R, Kahn R, Kitzmiller J, Knowler WC, Lebovitz H, Lernmark A et al. . 2003. Follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 26:3160-3167.
- Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, and Zipfel S. 2010. Weight bias in work settings - a qualitative review. *Obes Facts* 3:33-40.
- Goldner M. 2006. Complementary and Alternative Medicine at the NIH. *Complementary Health Practice Review* 11:123-124.
- Gultekin T, Ozer BK, Akin G, Bektas Y, Sagir M, and Gulec E. 2009. Prevalence of overweight and obesity in Turkish adults. *Anthropol Anz* 67 :205-212.
- Hasan SS, Ahmed SI, Bukhari NI, and Loon WC. 2009. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases at outpatient clinics. *Complement Ther Clin Pract* 15: 152-157.
- Hatcher E, and Whittemore R. 2007. Hispanic adults' beliefs about type 2 diabetes: clinical implications. *J Am Acad Nurse Pract* 19: 536-545.

- Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J, and O'Brien PE. 2010. Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obes Facts* 3(1):7-14.
- Heisler M, Faul JD, Hayward RA, Langa KM, Blaum C, and Weir D. 2007. Mechanisms for racial and ethnic disparities in glycemic control in middle-aged and older Americans in the health and retirement study. *Arch Intern Med* 167(17):1853-1860.
- Hilbert A. 2010. The burden of the burden: current advances in weight stigma research. *Obes Facts* 3(1):5-6.
- Hilsden RJ, Scott CM, and Verhoef MJ. 1998. Complementary medicine use by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 93(5):697-701.
- Hjartaker A, Langseth H, and Weiderpass E. 2008. Obesity and diabetes epidemics: cancer repercussions. *Adv Exp Med Biol* 630:72-93.
- Hsu WC, and Yoon HH. 2007. Building cultural competency for improved diabetes care: Asian Americans and diabetes. *J Fam Pract* 56(9 Suppl Building):S15-21.
- Hsu WC, Yoon HH, Gavin JR, 3rd, Wright EE, Jr., Cabellero AE, and Tenzer P. 2007. Building cultural competency for improved diabetes care: Introduction and Overview. *J Fam Pract* 56(9 Suppl Building):S11-14.
- Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Hahn EG, Willich SN, and Brinkhaus B. 2006. Use of complementary and alternative medicine in Germany - a survey of patients with inflammatory bowel disease. *BMC Complement Altern Med* 6:19.

- Kelner M, Wellman B, Welsh S, and Boon H. 2006. How far can complementary and alternative medicine go? The case of chiropractic and homeopathy. *Soc Sci Med* 63: 2617-2627.
- Konak A. 1982. Köysel bölge sağlık hizmetlerini değerlendirme metodolojisi" adlı eserin tıbbi antropoloji açısından incelenmesi *DTCF Antropoloji Dergisi* 10:85-96.
- Mathieu P, Lemieux I, and Despres JP. 2010. Obesity, inflammation, and cardiovascular risk. *Clin Pharmacol Ther* 87: 407-416.
- McGinnis L. 1991. Alternative therapies. An overview. *Cancer* 67(1788).
- Messer E. 1984. Anthropological perspectives on diet. *Apnn Rev Anthropol* 13:205-249.
- Miller JL, Cao D, Miller JG, and Lipton RB. 2009. Correlates of complementary and alternative medicine (CAM) use in Chicago area children with diabetes (DM). *Prim Care Diabetes* 3:149-156.
- Muruganathan A. 2009. Obesity and weight management in primary care. *J Indian Med Assoc* 107:441-445.
- Nahas R, and Moher M. 2009. Complementary and alternative medicine for the treatment of type 2 diabetes. *Can Fam Physician* 55:591-596.
- NCCAM National Center for Complementary and Alternative Medicine Health information: What is complementary and Alternative Medicine?
[www.nccam.nih.gov/health/what is cam/#1](http://www.nccam.nih.gov/health/what%20is%20cam/#1)
- Pagan JA, and Tanguma J. 2007. Health care affordability and complementary and alternative medicine utilization by adults with diabetes. *Diabetes Care* 30:2030-2031.

- Pan A, Demark-Wahnefried W, Ye X, Yu Z, Li H, Qi Q, Sun J, Chen Y, Chen X, Liu Y et al. . 2009. Effects of a flaxseed-derived lignan supplement on C-reactive protein, IL-6 and retinol-binding protein 4 in type 2 diabetic patients. *Br J Nutr* 101:1145-1149.
- Pham AQ, Kourlas H, and Pham DQ. 2007. Cinnamon supplementation in patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharmacotherapy* 27:595-599.
- Pittler MH, and Ernst E. 2005. Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *Int J Obes (Lond)* 29:1030-1038.
- Pittler MH, Schmidt K, and Ernst E. 2005. Adverse events of herbal food supplements for body weight reduction: systematic review. *Obes Rev* 6:93-111.
- Robinson A, Chester J, and Cooper S. 2007. People's Choice: Complementary and Alternative Medicine Modalities. *Complementary Health Practice Review* 12:99-119.
- Roussel AM, Hininger I, Benaraba R, Ziegenfuss TN, and Anderson RA. 2009. Antioxidant effects of a cinnamon extract in people with impaired fasting glucose that are overweight or obese. *J Am Coll Nutr* 28:16-21.
- Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tutuncu Y, Sargin M, Dinccag N et al. . 2002. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25:1551-1556.

- Sharpe PA, Blanck HM, Williams JE, Ainsworth BE, and Conway JM. 2007. Use of complementary and alternative medicine for weight control in the United States. *J Altern Complement Med* 13:217-222.
- Sheng X, Zhang Y, Gong Z, Huang C, and Zang YQ. 2008. Improved Insulin Resistance and Lipid Metabolism by Cinnamon Extract through Activation of Peroxisome Proliferator-Activated Receptors. *PPAR Res* 2008:581348.
- Singh D, Renn P, and Singh A. 2007. Did the perils of abdominal obesity affect depiction of feminine beauty in the sixteenth to eighteenth century British literature? Exploring the health and beauty link. *Proc Biol Sci* 274:891-894.
- Swami V, Frederick DA, Aavik T, Alcalay L, Allik J, Anderson D, Andrianto S, Arora A, Brannstrom A, Cunningham J et al. . 2010. The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project I. *Pers Soc Psychol Bull* 36:309-325.
- Şar S. 1982. İç Anadolu bölgesi halk ilaçlarının eczacılık tarihi ve farmakognozi açısından incelenmesi Doktora tezi.
- Şar S. 1987. Afyon yöresi halk hekimliğinde görülen uygulamalar Başbakanlık Basımevi IV. Cilt:47-66.
- Şar S. 2005. Anadolu'da halk hekimliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 13:131-136.

Tan G, Alvarez JA, and Jensen MP. 2006. Complementary and alternative medicine approaches to pain management. *J Clin Psychol* 62:1419-1431.

Üçer M. 1979. Halk hekimliğinde bazı tedavi usülleri. *Sivas Folkloru* 5:6-23.

Vickers A, Wilson P, and Kleijnen J. 2002. Acupuncture. *Qual Saf Health Care* 11:92-97.

Yeh GY, Davis RB, and Phillips RS. 2006. Use of complementary therapies in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 98: 673-680.

EK-1

Şeker Hastalığı ve şişmanlık ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi 'Şişmanlık ve Şeker Hastalığında Halk Tababeti Kullanımı Üzerine Antropolojik Bir Çalışma'dır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni bitkilerle tedavi gibi yaklaşımları içeren halk tıbbi alternatif tıp olarak adlandırılan yaklaşımların ülkemizde de yaygın olarak kullanılmasıdır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Duygu Yazgan Aksoy tarafından yapılacak olan bir anketi yanıtlamanız gerekecektir. Bu anket yaklaşık 35-45 dakika sürecektir bunun dışında bu çalışma için size herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

ANKET FORMU

Kişisel Bilgiler:

1. Adınız Soyadınız:
2. Cinsiyet: Erkek () Kadın ()
3. Doğum Yeri:
4. Doğum Tarihi: Yaş:
5. Mesleğiniz Nedir?
6. Çocuğunuz var mı?
7. Eğitim Durumunuz nedir?
 - a. Üniversite
 - b. Yüksek Okul
 - c. Lise
 - d. Orta Okul
 - e. İlk Okul
 - f. Okur Yazar
 - g. Okur Yazar Değil
8. Sosyal Güvenceniz Hangisidir?
 - a. Emekli Sandığı
 - b. SSK
 - c. Bağ-Kur
 - d. Yeşil Kart
 - e. ÖZEL
 - f. Hiçbiri

9. Hastalığınız nedir?
10. Başka hastalığınız var mı?
11. Hastalığınız tedavisinde neler kullanıyorsunuz?
- Diyet
 - Egzersiz
 - İlaç (ağızdan)
 - İğne
12. Ailenizin ortalama yıllık geliri ne kadardır?
13. Son 5 yılda gelirinizde herhangi bir değişim oldu mu?
14. Oturduğunuz ev kime ait?
15. Evinizde aşağıdakilerden hangisi bulunmaktadır?
- TV
 - Buzdolabı
 - Çamaşır makinesi
 - Güneş enerjisi
 - Bulaşık makinesi
 - Telefon
 - Bilgisayar
 - İnternet
16. Medeni Haliniz: Evli () Bekar () Dul () Çok Eşli ()
17. Kaç yaşında evlendiniz? (Evliler için)
18. Evli iseniz ne şekilde evlendiniz?
- Görücü usulü ile
 - Anlaşarak

- c. Kaçarak / kaçırarak
- d. Diğer

19. Hastalığınız için doktorunuz önerisi dışında hiç ilaç kullandınız mı?

Neler?

20. Aşağıdaki bitkilerden herhangi birini veya başka bir bitkiyi hastalığınızı iyileştirmek için kullandınız mı?

- a. Lahana
- b. Greyfurt
- c. Keten tohumu
- d. Üzüm çekirdeği tozu
- e. Polen
- f. Su
- g. Pelin otu
- h. Kekik
- i. Tarçın
- j. Sinameki
- k. Karabaşotu
- l. Kimyon
- m. Muşmula yaprağı
- n. Anason
- o. Çörek otu
- p. Hardal
- q. Karaağaç yaprağı
- r. Kırkdamar otu

- s. Ispanak
- t. Limon
- u. Adaçayı
- v. Ceviz
- w. Ardıç yaprağı
- x. Kiraz sapı
- y. Maydanoz
- z. Okaliptus
- aa. Kara hindiba
- bb. Elma
- cc. Diğer

21.20.soruda yanıt hayırsa 25.soruya geç; Bu tedaviye kimden öğrendiniz?

- a. Aileden
- b. Arkadaş ve komşudan
- c. Yöresel
- d. Kocakarı ilacı
- e. Televizyon
- f. İnternet

22.Nasıl uyguladınız? Kaçar tane, ne sırayla uyguladınız?

23.Nereden temin ettiniz?

24.Diğer ilaçlarınıza ara verdiniz mi?

25.Bu tedaviyi kullanmanızın en önemli nedeni neydi?

26. Bu tedaviler sırasında her hangi bir yakınmanız ya da bu tedaviye bağlı yan etki oldu mu?
27. Hekiminize bilgi verdiniz mi?
28. Hastalığınızın iyileşmesi için muska, büyü, türbe ziyareti gibi yöntemler kullandınız mı?
29. Bu soruların dışında halk ilacı veya yöntemi olarak adlandırılabilen herhangi bir tedavi uyguladınız mı?
30. Hastalık obeziteyse; Neden zayıflamak istiyorsunuz?
31. Kimler teşvik etti/destekledi/zorladı?
32. Hiç zayıf oldunuz mu?
33. Zayıfların toplumda daha çok kabul gördüğünü düşünüyor musunuz? Yanıt evetse neler?
34. İdeal beden nedir? Sizin için ideal beden nedir?
35. Beden olarak beğendiğiniz kişiler kimlerdir?

TEŞEKKÜRLER DOÇ.DR.DUYGU YAZGAN AKSOY

Fotograf 1. Akupunktur uygulaması



Fotoğraf 2: Akupunktur noktalarından



bazıları

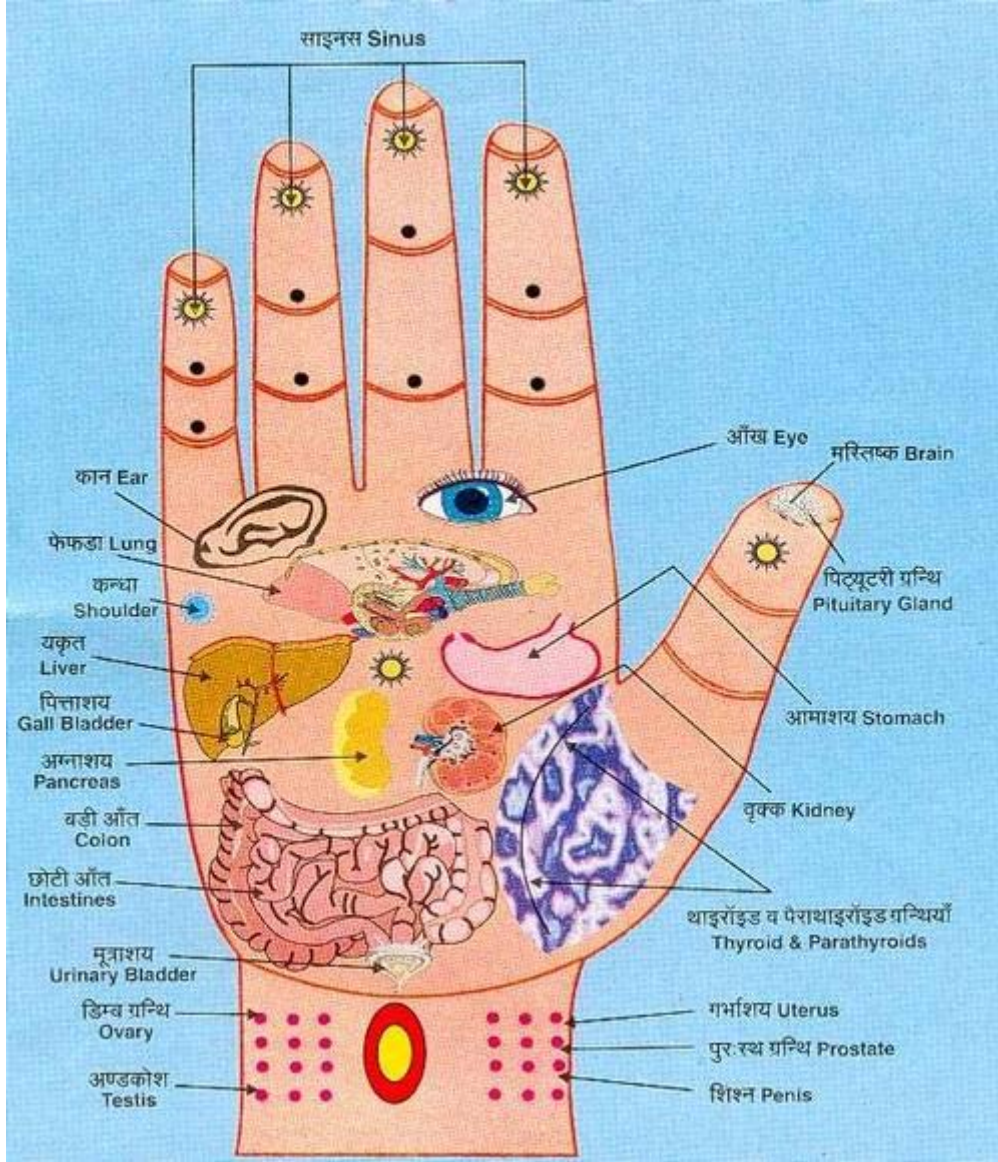
Fotoğraf 3. Şişe çekme



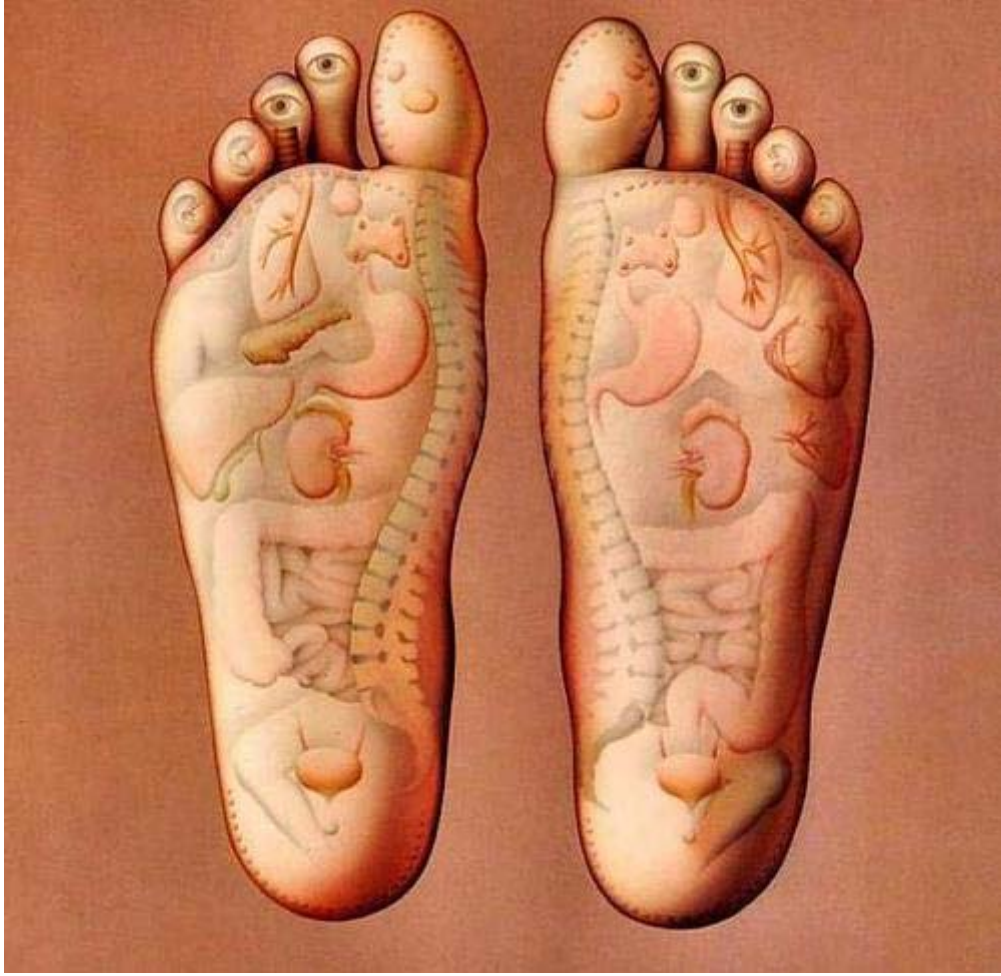
Fotoğraf 4 Hacamat



Fotoğraf 5. Akupresür noktalarının etki ettiği organlar-1



Fotoğraf 6: Akupresür noktalarını etki ettiği organlar-2



Fotoğraf 7. Lahana



Fotoğraf 8. Keten tohumu



Fotoğraf 9 : Tarçın

