



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

**ALICILAR VE AKTARLAR AÇISINDAN  
ŞİFALI BİTKİLERE KİŞİSEL YAKLAŞIM**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. MEHMET SALİH AKÇAKAYA**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ**

**AYDIN-2015**

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

**ALICILAR VE AKTARLAR AÇISINDAN  
ŞİFALI BİTKİLERE KİŞİSEL YAKLAŞIM**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. MEHMET SALİH AKÇAKAYA**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Serpil DEMİRAGÇ**

**AYDIN-2015**

## ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince her türlü yardım ve özveriye benden esirgemeyen, kendimi geliştirmemde tecrübelerinden yararlandığım, güler yüzü ile çalışmamda cesaret bulduğum tez danışmanı hocam Prof. Dr. Serpil Demirağ Hocam'a tüm içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitimini aldığım Aile Hekimliği bölümünün, kendi disiplinine özgü ilke ve yaklaşımları kazanmamda bilgi ve deneyimlerini paylaştıkları değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Okay Başak, Prof. Dr. Serpil Demirağ, Prof. Dr. Güzel Dişçigil, Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Rotasyonlarımı yaptığım tüm kliniklerdeki hocalarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve hastane personeline ayrıca teşekkür ederim.

Bu çalışmayı, yetişmemde emeği geçen ve benden maddi, manevi hiçbir desteği esirgemeyen aileme, sevgisi ve hoşgörüsüyle her zaman bana destek olan sevgili eşime ve varlığıyla bana güç veren biricik oğluma ithaf ederim..

Dr. Mehmet Salih Akçakaya

Aydın, 2015

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
TABLO DİZİNİ.....	iv
EKLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi.....	7
2.1.1. Biz Hekimler Neden Alternatif Tıp Bilimlerini Bilmeliyiz?.....	10
2.1.2. Bir TAT Yöntemi Olarak Şifalı Bitkiler.....	10
2.1.3. Kanser Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı .....	13
2.1.4. Romatolojik Hastalıklarda Bitkisel Tıp Kullanımı.....	14
2.1.5. Obezite Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı .....	15
2.1.6. Ağrı Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı .....	17
2.1.7. Çocuklarda Bitkisel Tıp Kullanımı.....	18
2.1.8. Yaşlılarda Şifalı Bitki Kullanımı.....	19
2.2. Aktarlar.....	20
2.3. Tat ve Aktarlık Uygulamaları Hakkında Yasal Durum.....	22
2.3.1. Ülkemizde Yasal Düzenlemeler .....	22
2.3.2. Yurtdışındaki Uygulamalar .....	26
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	30
3.1. Çalışma Tasarımı.....	30
3.2. Veri Toplama Formu .....	30
3.3. İzinler.....	32

3.4. İstatistiksel Değerlendirme .....	32
4. BULGULAR .....	33
4.1. Aktar Bulguları .....	33
4.2. Aktarlardan Alış-Veriş Yapan Alıcıların Bulguları.....	45
4.3. Aktarlar ve Alıcıların Bulgularının Karşılaştırılması .....	63
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ .....	88
7. ÖZET .....	89
8. ABSTRACT.....	91
9. KAYNAKLAR.....	93
10. EKLER .....	103

## TABLO DİZİNİ

Tablo II.I. ABD’de Erişkinler Tarafından Kullanılan Tamamlayıcı Tedaviler.....	8
Tablo II.II. Yaygın Olarak Kullanılan Bitkiler ve Yayınlanmış Bitki-İlaç Etkileşimleri	12
Tablo II.III. Sıkça Kullanılan Bazı Bitkisel Ürünlerin Etkileştiği Kanser Tedavi Ajanları	14
Tablo IV.I. Aktarların Sosyodemografik Özellikleri.....	33
Tablo IV.II. Aktarlık Mesleği İle İlgili Sorulan Sorulara Verilen Cevapların Dağılımı ...	35
Tablo IV.III. Araştırmaya Katılan Aktarların Doktorlar Hakkındaki Görüşleri .....	36
Tablo IV.IV. Aktarlara Başvuran Alıcıların En Çok Hangi Hastalıktan Şikayetçi Olduklarını Gösteren Dağılım.....	36
Tablo IV.V. Tedavisinde Etkili Olabileceği Bir Hastalık Olduğunu Belirten Aktarların Hangi Hastalıklara Etkili Olabilecekleri İle İlgili Hastalık Dağılımı.....	37
Tablo IV.VI. Aktarların Dükkanlarında Yaptıkları Bitkisel Ürün Dışı Satışlar.....	38
Tablo IV.VII. Aktarların En Çok Hangi Bitkisel Ürünleri Sattıklarının Dağılımı.....	38
Tablo IV.VIII. Aktarların Bölgelerinden Temin Ettikleri En çok Kullanılan İlk Üç Ürün Dağılımı .....	39
Tablo IV.IX. Aktarların Yurtdışından Temin Ettikleri En çok Kullanılan İlk Üç Ürün Dağılımı .....	39
Tablo IV.X. Aktarların Sattıkları En Pahalı Üç Ürün Dağılımı .....	40
Tablo IV.XI. Aktarların Sattıkları En Ucuz Üç Ürün Dağılımı .....	40
Tablo IV.XII. Aktarların Çocuklarının Diyetini Destekleme Amaçlı Kullandıkları Besinlerin Dağılımı .....	41
Tablo IV.XIII. Aktarların Kendi Diyetlerini Destekleme Amaçlı Kullandıkları Besinlerin Dağılımı .....	41
Tablo IV.XIV. Aktarların Hastalandıklarında İlk Olarak Ne Yapacaklarının Dağılımı ...	42
Tablo IV.XV. Aktarların Şifalı Bitkilerle Modern Tedavi Yöntemlerini Karşılaştırdığı Veriler .....	42

Tablo IV.XVI. Aktarların Mesleklerinin Geleceği İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı .....	43
Tablo IV.XVII. Aktarlarda Cinsiyet İle Çocuk Durumunun Karşılaştırılması .....	44
Tablo IV.XVIII. Aktarlarda Cinsiyet İle Kendi Diyetlerini Destekleme Amaçlı Kullandığı Besin Varlığının Karşılaştırılması.....	44
Tablo IV.XIX. Aktarlarda Cinsiyet İle Çocuklarının Diyetlerini Destekleme Amaçlı Kullandığı Besin Varlığının Karşılaştırılması.....	45
Tablo IV.XX. Aktarlardan Alış-Veriş Yapan Alıcıların Sosyodemografik Özellikleri....	46
Tablo IV.XXI. Alıcıların Genel Sağlık Durumu ve Bazı Alışkanlıkları.....	47
Tablo IV.XXII. Alıcılarda Cinsiyet İle Kronik Hastalık Tanısı Varlığının Karşılaştırılması.....	47
Tablo IV.XXIII. Alıcılarda Cinsiyet İle Düzenli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması.....	48
Tablo IV.XXIV. Alıcılarda Cinsiyet İle Sigara Kullanımının Karşılaştırılması .....	48
Tablo IV.XXV. Alıcılarda Cinsiyet İle Alkol Kullanımının Karşılaştırılması .....	48
Tablo IV.XXVI. Alıcılarda Cinsiyet İle Daimi Doktor Durumunun Karşılaştırılması.....	49
Tablo IV.XXVII. Aktarlardan Alış-Veriş Yapan Alıcıların Sağlık Davranışları.....	49
Tablo IV.XXVIII. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların tıp dışı tedavilere bakışı.....	50
Tablo IV.XXIX. Alıcıların Modern Tıp Yöntemleri İle Şifalı Bitkilerle Tedavi Yöntemlerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo IV.XXX. Alıcıların Aldıkları Ürün Ve O Anki Sağlık Durumları Hakkındaki Görüşleri.....	52
Tablo IV.XXXI. Alıcıların Sağlık Durumu İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	53
Tablo IV.XXXII. Alıcıların Hastalandıklarında İlk Ne Yaptıkları İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	55
Tablo IV.XXXIII. Alıcıların Hastalandıklarında İlk Ne Yaptıkları İle Kronik Hastalık Durumu Ve Düzenli İlaç Kullanımının Karşılaştırılması .....	57

Tablo IV.XXXIV. Alıcıların Hastalandıklarında İlk Ne Yaptıkları İle Modern Tıp- Bitkisel Ürün Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması.....	58
Tablo IV.XXXV. Alıcıların Devamlı Gittikleri Doktor Bilgisi İle Bitkisel Ürünler Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması .....	59
Tablo IV.XXXVI. Alıcıların Devamlı Gittikleri Doktor Bilgisi İle Bitkisel Ürünler Hakkındaki Görüşlerin Karşılaştırılması .....	60
Tablo IV.XXXVII. Alıcıların Tıp Dışı Tedavi Yöntemlerini Kullanımı İle Kendi Diyetleri İçin Bitkisel Ürün Desteği Kullanıp Kullanmamasının Karşılaştırılması	61
Tablo IV.XXXVIII. Alıcıların Tıp Dışı Tedavi Yöntemlerini Kullanımı İle Çocuklarının Diyetleri İçin Bitkisel Ürün Desteği Kullanıp Kullanmamasının Karşılaştırılması	61
Tablo IV.XXXIX Aktarlar ve Alıcıların Hastalandıkları Zaman İlk Ne Yapacaklarının Karşılaştırılması .....	62
Tablo IV.XL. Aktarların ve Alıcıların Modern Tıp İle Bitkisel Ürün Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması .....	63
Tablo IV.XLI. Aktarlarda ve Alıcılarda Çocuklarının Diyetlerini Ve Kendi Diyetlerini Destekleme Amaçlı Kullandıkları Besin Durumunun Karşılaştırılması.....	63
Tablo IV.XLII. Alıcıların Tıp Dışı Tedavi Yöntemlerini Kullanımı İle Kronik Hastalıklarının Olup Olmadığının Karşılaştırması.....	64
Tablo IV.XLIII. Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile kronik hastalığı için düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması .....	65



## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ATY	: Alternatif Tıp Yöntemleri
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
BKİ	: Vücut Kitle Endeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSHEA	: Dietary Supplements Health and Educational Act of 1994
ES COP	: Avrupa Birliği Bilimsel Fitoterapi Çalıştayı (European Scientific Cooperative on Phytotherapy)
FDA	: Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration)
EMEA	: İlaç Değerlendirme Ajansı
GMP	: İyi Üretim Uygulamaları
NCCAM	: Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
NSAID	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaç
OTC	: Over The Counter
RA	: Romatoid Artrit
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

## **EKLER DİZİNİ**

<b>Ek 1.</b> Veri Toplama Formları .....	103
<b>Ek 2.</b> ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni .....	114
<b>Ek 3.</b> Aydın Valiliği İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü Çalışma İzni .....	115

# 1. GİRİŞ

Günümüz dünyasında hekimlik; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici uygulamaları içeren kanıt temelli "Çağdaş Hekimlik" olarak tanımlanmaktadır. Bugün gerek hastaların gerekse de sağlık profesyonellerinin değişik arayışlara girmesinin altında kronik rahatsızlıkların hastalık ve ölüm nedeni olması, bu hastalıkların pek çoğunda bilinen korunma ve tanı tedavi yollarında tam başarı sağlanamaması, ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler gibi nedenler yatıyor olabilir (1). Son 30 yılda bilhassa batı toplumlarında egemen olan "doğaya dönüş" akımı bitkisel ürünlerin ve bunların kullanımının büyük popülarite kazanmasına yol açmış, Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika halkının yaklaşık %50'sinin alternatif-tamamlayıcı tıp metotlarından birini kullandıkları, bu metotlar içinde en sık kullanılanın da bitkisel ürünler olduğu açıklanmıştır (2).

Modern tıp uygulamalarının dışında kalan tıbbi bakım, ürün ve uygulamalarının sağlık alanında kullanılmasına genel olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) denmektedir. TAT, insanoğlunun var olduğu ilk çağlardan bu yana kullanılmasına rağmen; modern dünyada bu uygulamalar ve kullanım artma eğilimi göstermiş, özellikle de son yıllarda oldukça popülarite kazanmıştır (3). Birçok ülkenin sağlık yasaları TAT ile ilgili doğrudan düzenlemeler içermez, bu düzenlemelerin olmaması sadece kaynakların güvenilirliği, kalitesi ve etkililiği anlamında değil aynı zamanda halkın eğitim seviyesi anlamında da önem taşır (4).

Fitoterapi (phytos=bitki, therapy=tedavi), bitkisel tedaviyi tanımlayan diğer bir kavramdır. Bitkisel tedavinin tarihi insan tarihi kadar eskilere dayanmakla birlikte günümüz bitkisel tıbbı, kaynağını Çin ve Hindistan'dan alır. Batı ülkelerinde ise önceleri halk arasında kullanımı yaygınlaşan şifalı otları, sonraki yıllarda tıp doktorları da alternatif tedavi olarak tercih etmeye başlamışlardır (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1991 yılında Cenevre toplantısında yapılan tarife göre bitkisel ilaç; bitkisel drog veya karışımlarını olduğu gibi veya değişik preparatları halinde etkili kısım olarak taşıyan bitmiş, etiketlenmiş, tıbbi ürünler veya müstahzarlardır (6). Hastalıkların tedavisi veya hastalıklardan korunmak amacıyla kullanımları insanlık tarihiyle yaşıt olan bitkiler hakkında DSÖ, halen özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan toplumların sağlık

gereksinimlerinin %80'ini bu şekilde karşıladıklarını ve 21 000 civarındaki bitki çeşidinin de bu amaçla kullanıldığını belirtmiştir. Ayrıca 2000'lerin başından bu yana gıda desteği olarak da anlam kazanan ve geniş bir ürün yelpazesini de içine alacak şekilde genişleyen bitkisel ürünlerin ticaret hacminin 2017 yılında 107 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Arkeolojik çalışmalar, şifalı bitkilerin yaklaşık olarak 60.000 yıl önceden yani Paleolitik dönemden bu yana kullanımda olduğunu göstermektedir. Bitkilerin tıbbi kullanımları hakkında bilgiler içeren Eski Çin yazıları ve Mısır papirüslerinin ise M.Ö. 3000'li yıllara kadar uzandığı bilinmektedir (7). Hint tıbbının önemli temsilcilerinden Rig Veda eserlerinde 1000'e yakın şifalı bitkiden bahsettiği tarih M.Ö.2500 yıllarına kadar geriye gider. Yunan tıbbının önemli isimlerinden Eskulap ve modern tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat, kitaplarında 400'e yakın bitkisel ilaca yer vermiştir. İslam uygarlık tarihinde de, bu konuda Ebu Reyhan'ın kaleme aldığı "Kitab-al Saydalafi al Tıp" adlı eserinde 20'ye yakın şifalı bitkiden bahsedildiği görülmektedir (8). İbn-i Sina ve Al Gafini'nin hazırladığı ve içerisinde 800 kadar bitkisel ve hayvansal ilacın bulunduğu Tıp Kanunu adlı eserin ise, 1650'li yıllara kadar referans kitap olarak kabul edildiği bilinmektedir (8).

Çağımızda bireyler, kendi sağlık bakım sorumluluğunu almaya daha fazla eğilim göstermektedirler. Gerek hastalıkları önlemede, gerekse de hastalıkların tedavi aşamasında, kişiler modern tıp yöntemleri yerine kendi yöntemlerini kullanabilmektedir. Ayrıca, "kimyasal" ürünler yerine "doğal" ürünlerin daha sağlıklı olduğuna dair bir toplumsal kanı oluşmuştur. Bunun yanında insanlar, birinci basamağın TAT kullanımında ve hatta gerekirse TAT uygulamaları yapan kişilere yönlendirmede etkili rol almaları gerektiğini düşünmektedir (9). TAT kullanımının ne ölçüde yaygın olduğu düşünülürse bu istek anlaşılabilir.

Bitkisel tedavi, sağlık hizmeti sunumu olarak oldukça popüler hale gelmiştir (10). Ancak yine de, bitkisel ve geleneksel farmakolojik tedaviler arasında mevcut olan birçok fark nedeniyle bitkisel ilaçların etkinliği için klasik deneme metodolojileri ve spesifik durumlar kullanılarak test edilmesi ve bitkisel tedavilerin faydaları üzerine yapılacak olan araştırmaların derinleştirilmesi gerekmektedir. Bitkisel tıbbi ürünler çoğunlukla ruhsatsız ilaçlardır. Sentetik kimyasal ürünler, toksik bileşikler, pestisitler,

mikroorganizmalar ve böceklerle kontaminasyonları, bunların güvenilirliklerinde önemsenmesi gereken tehditlere neden olmaktadır (11). Uluslararası platformda tıbbi bitkisel ürünlerin ilaç olarak değerlendirilebilmesi, konvansiyonel ilaçların sahip olduğu kalite, güvenilirlik ve etkinlik kriterlerini sağlamaları ile mümkün olur.

Bitkisel ürün kullanımı; hastalık potansiyellerini önlemek, süregelen tedaviye yardımcı olmak ve sağlıklı yaşama katkıda bulunmak amaçlı kullanıldığı gibi, direk hastalık tedavisinde de tercih edilmektedir. Kronik hastalıklarda bitkisel ürün kullanımına başvuran hasta sayısı oldukça fazladır. Bu konuda 50 yaş ve üzeri olan hastalarla yapılan bir anket çalışmasında İngiltere’de yaşlı hastaların reçeteli ilaçların yanı sıra çeşitli bitkisel ürün kullandıklarını ve daha da önemlisi bu bilgiyi hekimleri ile pek sık paylaşmadıkları belirtilmektedir (12).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) hekimler ve hemşireler arasında yapılan bir araştırma, hekimlerin %72’sinin, hemşirelerin ise %89’unun bitkisel ürün kullandığını ve düzenli kullanım oranının hekimlerde %51, hemşireler de ise %59 olduğunu göstermiştir (13). Yine aynı çalışmada ileri yaşta olanlar daha genç bireylere oranla, kadınlar erkeklere oranla, öğrenim durumu yüksek olanlar düşük olan gruba oranla ve normal BKİ değerine sahip olanlar diğerlerine oranla daha fazla bitkisel ürün/besin takviyesi kullanmaktadır denmektedir. Bitkisel ürünlerin artan kullanım oranlarına karşılık hekimler ve farmakologlar bu ürünlerin etki ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip değildirler (14). Bitkisel tedavi kullanım sıklığı göz önüne alındığında, hekimlerin bu ürünlerin klinik etkileri, yan etkileri, dozları ve muhtemel ilaç-bitkisel ürün etkileşimi konusunda dikkatli olmaları ve hastaları da bilgilendirmeleri gerekir. Bununla birlikte, çoğu tıp fakültesinin müfredatı bitkisel tedavilerin etki ve yan etkilerine yönelik bir içeriğe sahip değildir (15). Sonuç olarak hekimlerin bu uygulamalara ilişkin lehte veya aleyhte görüş bildirmekte zorlandıkları görülmektedir.

Eczacı Birlikleri ve Fitoterapi Derneklerinin bugün, bitkilerin standardize olmayan farklı farmasotik formlarda tedavide kullanılması (Fitoterapi) alanında otorite kabul edilmesi beklenmektedir. Adı geçen kurumlar bu alanda çalışmalarını yoğunlaştırmış olsalar da, şifalı otlarla tedavi denildiğinde hali hazırda aklımıza genelde aktarlar gelmesi olasıdır. Aktarlara son zamanlarda internet üzerinden reklam ve satış

yapan, şifalı bitkilerin özelliklerinden ve tedavide kullanımında kılavuzluk eden satış sitelerinin de eklendiği görülmektedir (16).

Aktarlarda, lisansları olmaksızın preparat haline getirilmiş bitkisel ürünler de piyasada reçetesiz olarak (Over the counter, OTC, tezgah üstü) satışa sunulabilmektedir (17). Hekimler ve eczacıların yerine, aktarlar ve medyada popülerleşmiş bazı isimler söz sahibi olmaktadır. Halbuki, her doğal ürünün güvenli olacağı şeklindeki yaygın toplumsal kanı doğru değildir. Bazı bitkiler son derece toksik etkiler gösterebilirler ve beklenmedik yan etkilere neden olabilir.

Güvenirlilik ve yan etkilerin tanımlanmasındaki zorlukların beraberinde, eksik farmakolojik veriler, doktorların ve sağlık çalışanlarının bitki-ilaç etkileşimi konusunda yetersiz bilgiye sahip olmasının nedenlerinden biridir (18). Her geçen gün bitkilere ve bitkisel ürünlere artan eğilim, klinik olarak etkileşim riskini de arttırmaktadır . DSÖ, 2004 yılında bu konuda yayınladığı raporda, bitkisel ilaç ticareti yapılan birçok ülkede yasal düzenlemelerinin, bu ürünlerin kalite kontrol, etkililik ve güvenilirlik çalışmalarının yetersiz olduğunu ve bunun da halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturabileceğini ifade etmektedir (19). Aynı raporda özellikle Çin, Hindistan ve Pakistan'dan diğer ülkelere ihraç edilen bitkisel ürünlere dikkat çekilerek, bunların en azından güvenilirlik açısından mutlak şekilde kontrol edilmesi önerilmektedir.

Şifalı bitkiler hakkındaki genel görüş; doğal olmaları nedeniyle güvenilir oldukları yönündedir (1). Bu görüş, tüm dünyada ve ülkemizde bu ürünlerin kullanımının hızlı bir şekilde artışının başta gelen nedenlerindedir. Hatta pek çok insan ismini ilk kez radyo, televizyon ve internetten duyduğu bitki ve bitki karışımlarını satın almakta, bu ürünlerin dozajını bilinçsizce ayarlayarak kullanmaktadır. Ancak, genel kanının aksine pek çok sağlık sorununa da yol açabildiğinden dolayı, bu konu üzerinde sağlık profesyonellerinin önemle durması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının da destekleyici-tamamlayıcı tıp ve özellikle bitkisel ürünlerle ilgili eğitim almak istediklerini göstermiştir (2). Ülkemizde ve Aydın kentimizde zengin bitki florası nedeniyle çok sayıda tıbbi ve aromatik bitki yetişmektedir. İnsanların şifalı bitkiler için; doğal olduğundan zararsızdır şeklindeki düşünceleri, sağlık amaçlı hekim veya eczacı bilgisine danışmadan kendi başlarına veya tavsiye üzerine şifalı bitkiler veya ürünlerini kullanmaları, yaşamlarını tehdit edebilecek ciddi yan etkiler oluşturabilmektedir (1).

Aydın kentimizde insanların aktarlardan sağladığı şifalı bitkileri ve ürünlerini ne amaçla ve hangi sıklıkta kullandığı, ayrıca bölgemizde aktarlık uygulamalarının nasıl yapıldığı ile ilgili literatür çalışmalarına rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışma ile, Aydın ili merkez ilçesinde yaşayan fertlerin sosyodemografik özelliklerinin aktar ürünlerini kullanmalarıyla ilişkisi, hangi amaçla hangi bitkiyi tercih ettikleri ve bu konudaki düşüncelerini tespit etmek; bu tespitlerimizle aktar kullanımına etkili faktörleri belirlemek ve bu konuya dikkat çekmek; halkımızda bitkisel ürünlerin kullanımıyla ilgili eğilimi ortaya koyarak aile hekimlerinin konvansiyonel ilaçlarına ek olarak bitkisel ürün kullanan hastalarda oluşabilecek etkileşiminin önüne geçmek amacıyla hastalarıyla bu konuda iletişim kurabilecek kadar farkındalık oluşturmak; Aydın ili kent merkezindeki aktarların şifalı bitkiler hakkındaki görüşleri, meslekle ilgili eğitim durumları, modern tıp hakkında ve mesleklerinin geleceğiyle ilgili düşüncelerini ortaya çıkarmayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Geleneksel olarak sağlık ve hastalık birbirleri ile ilişki içinde olan kavramlardır. Kısa tanımı ile sağlık, hastalık yokluğudur. DSÖ, sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlar (20). Ancak kişilere ve toplumlara ilişkin farklı sağlık tanımları vardır. Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak “sağlık davranışı” terimi ile ifade edilir. Bireyler sağlıklarını koruma yönünde çeşitli bireysel ve toplumsal verilerden hareketle birtakım davranışlar geliştirirler. Sağlık koruma davranışlarının tümünü ya da çoğunu gerçekleştirenlerin, gerçekleştirmeyenlerden daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (21).

Doğadaki tüm canlılar, bir dengenin ürünüdür. Mitolojide bitkiler, tanrıların insana verdiği en değerli armağan olarak değerlendirilmektedir. Tüm bitkiler insanın hizmetindedir ve insanın varoluşundan bu yana bitkilerle olan ilişkisi başlamıştır. İlk çağlardan kalan arkeolojik bulgular bize insanların, besin elde etmek ve sağlık sorunlarını gidermek için öncelikle bitkilerden faydalandıklarını göstermektedir (22).

Kuzey Irak'taki Şanidar Mağarası'nda yapılan kazılarda bulunan Neandertal insan kalıntıları yanında mezarda bulunanlar, bitki-insan ilişkisinin başlangıcına ait ilk veri olarak kabul edilir (23). Aynı kaynakta 60 bin yıl öncesinden günümüze gelen ve bir şamana ait olduğu düşünülen bu mezarda, civanperçemi, kanarya otu, mor sümbül, gül hatmi, peygamber çiçeği ve efedra gibi bitki türlerinin bulunduğu söz edilmektedir. Ölülerini gömmeye başlayan bir toplumda, ölen kişinin tekrar yaşama döndüğünde kullanacağı düşüncesiyle mezara konulduğu tahmin edilen bu bitkilerin, yenenler ve şifalı olanlar diye ayrılmaya başlandığının da bir göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Çünkü bu bitki türleri, günümüzde de özellikle tıbbi bitki olarak hala önemlidir.

Geleneksel tedavilerin, iki ilkel tedavi yöntemi olan telkinle tedavi ve maddi tedaviden oluştuğu söylenmektedir. Telkinle tedavi, hastaları doğaüstü güçlerden kurtarmak için yapılan dua, büyü bozma, tütsüleme gibi yöntemleri içerirken, maddi tedavi ise, bitkisel, madeni ve hayvani ilaçlarla yapılan tedavilerdir. Bu tedaviler içinde bitkilerle tedavi, antik çağlardan günümüze kadar insanların kullandıkları önemli bir geleneksel tedavi yöntemidir (24).



Grekçe halk anlamına gelen “ethnos” ile bitki anlamına gelen “botanikos” sözcüklerinden oluşan ‘etnobotanik’ terimi ilk kez 1895 yılında ABD’li bilim adamı W.Harsberger tarafından kullanılmıştır (25). Harsberger etnobotaniğe ‘yerli halkın bitki kullanımı’ olarak bakmıştır ancak, bugün etnobotanik için geniş anlamda ‘evrim süreci içinde insan-bitki ilişkileri denebilir, daha dar anlamdaysa bir yörede yaşayan halkın yakın çevresinde bulunan bitkilerden çeşitli gereksinimlerini karşılamak üzere yararlanma bilgisi ve bitkiler üzerine etkileri’ olarak özetlenebilir.

Fitoterapi açısından bir bitkinin ilaç vasfını kazanabilmesi için fitoterapi monograflarında yerini alması gerekmektedir (26). Tıbbi bitkilerin yetiştirilmesinden başlayarak toplanması, kurutulması, saklanması, ilaç haline getirilmesine kadar belli standartlar vardır ve bitkinin ilaç vasfını kazanabilmesi için adım adım bu kurallara uyulması gerekli görülmektedir.

## **2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi**

Alternatif tıp; “tıbbi tedavilerin yerine geçen modern tıp ve tedaviler tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tıp ise tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemidir. TAT tüm dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Ülkemizde de birinci basamak hekimine başvuran hastalar arasında TAT kullanımı çok yaygındır (27).

TAT, modern tıbbın ortaya çıkmasından yüzlerce yıl önce başlamış olan; sağlık ve hastalığın insanın beden, zihin ve ruh bütünlüğüne bağlı olduğunu düşünen, geleneksel, felsefi ve tecrübeye dayalı çeşitli iyileştirme tekniklerini temel alan, bilimsel kanıtları ve etkinlikleri konusunda tartışmaların olduğu bir kavram olarak tanımlanmaktadır. 1998 yılında ABD’de kurulan; toplum ve sağlık çalışanlarının konuyu daha iyi anlamalarına yardımcı olmak üzere iyi bir kaynak olan Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM)’ne göre TAT, “Geleneksel tıbbin içerisinde bulunmayan bir grup farklı tıbbi ve sağlık sistemleri, uygulamaları ve ürünleridir” (28) . Bu grup içindeki yaklaşımlar, genellikle tıp fakültelerinde öğretilmeyen, sıklıkla hastanelerde yapılmayan ve bir hastalığın tedavisinde ilaç, cerrahi ve/veya diğer geleneksel tıbbi prosedürleri kullanmayan uygulamalardır.

Araştırmalar, TAT'ın sağlık sistemi içerisinde buyyen bir alan olduğunu bize göstermektedir (29). Gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun %30-50'si sağlık sorunlarını önlemek ya da tedavi amacıyla TAT yöntemlerini kullanmayı tercih etmektedirler (3). Bu rakamlar aile hekimliği alanında daha da yüksektir. Yapılan bir çalışmaya göre hastaların %50'si en azından bir alternatif tedavi kullandıklarını belirtmekte ve hastaların sadece yarısı bu gerçeği hekimleriyle paylaşabilmektedir (29).

NCCAM'a göre 2007 yılında erişkinler tarafından en sık kullanılan 10 tedavi kullanım sıklığı sırasına göre aşağıdaki gibidir (30):

Tablo II.I. ABD'de erişkinler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedaviler

<b>Tedavi şekli</b>	<b>%</b>
Doğal rnler	17,7
Derin nefes egzersizi	12,7
Meditasyon	9,4
şiropratik & osteopatik	8,6
Masaj	8,3
Yoga	6,1
Diyet temelli tedaviler	3,6
Relaksasyon	2,9
Yönlendirilmiş hayal (Vizualizasyon)	2,2
Homeopati	1,8

NCCAM'a göre doğal ürünlere duyulan ilgi ve kullanım oranlarının özellikle son yıllarda attığı gözlenmektedir (30). Tanımlayıcı tedaviler zerine Amerikalılar tarafından yapılan 2007 Ulusal Sağlık Taraması kapsamlı bir araştırma olup, bu araştırmaya göre Amerikalıların %17,7'si geçtiğimiz yıllarda vitamin olmayan ve mineral olmayan (Non-vitamin, non-mineral) doğal ürünlerini kullandığı belirtilmektedir. Bu rnler yetişkinler ve çocuklar arasında en popüler kullanılan ürünlerdir. Yetişkinler tarafından en çok kullanılan ürünler balık yağları/omega3 iken (doğal ürün kullandıklarını beyan eden yetişkinlerin %34,7'sine tekabül etmektedir), çocuklar için en sık kullanılan ürünler ekinezya (%37,2) ve omega3/balık yağıdır (%30,5) (30).

Türkiye’de çeşitli sağlık sorunları ile baş etmede TAT kullanım oranının %12,6 ile %76 arasında olduğu bildirilmiştir (3). Bu artışın nedenleri incelendiğinde; bakım ve tedavisi güç olan kronik, dejeneratif ve malign hastalıklarda görülen artış, yeni teknolojilerin maliyetlerinin nispeten yüksek olması, yeni teknolojik tedavi olanaklarına erişimin daha güç olması. Ayrıca güncel tedavi yöntemlerine karşı gelişen kuşku, doğal ürünlerin daha iyi ve güvenli olduğu kanısı, klasik tıbbi tedavilerin potansiyel yan etkilerinden çekinilmesi sayılabilir.

NCCAM tamamlayıcı ve alternatif tedaviler gruplandırmasını beş başlık altında tanımlamıştır (31):

1. Alternatif ve medikal sistemler (homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbi ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemler),
2. Beden-Zihin müdahaleleri (müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua),
3. Biyolojik temelli tedaviler (bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları ya da hayvan parçaları -köpek balığı kıkırdağı gibi-),
4. Manipülatif ve beden temelli tedaviler (masaj, kiropatik manipülasyon, osteopati),
5. Enerji tedavileri (reiki, qigong, elektromagnetik terapiler).

TAT kullanımına dair Türkiye’de yapılan araştırmalar, çoğunlukla kanser hastalarıyla yapılmakta, kanser hastaları dışında, yetişkinlerin bu tür tedaviler konusundaki bilgi ve kullanım düzeylerine ilişkin çalışmaların ise oldukça sınırlı olduğu belirtilmektedir. Türkiye’nin Doğu bölgesinde yaşayan yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, örneklemin %70’inin TAT yöntemlerinden birini kullandığı ve en sık kullanılan TAT yönteminin de bitkisel tedavi olduğu ifade edilmektedir (21). Aynı yayında Dermatoloji kliniğine başvuran bir grup hasta ile yapılan çalışmada, alternatif tedaviler hakkındaki bilgi sahibi hastaların oranı %60, bir ya da daha fazla alternatif tedavi uygulamış olanların oranı ise %36 olduğu belirtilmektedir.

### **2.1.1. Biz Hekimler Neden Alternatif Tıp Yöntemlerini Bilmeliyiz?**

Alternatif tedaviler konusunda toplumun genelinde artan bir eğilim vardır ve hastalar bu alternatif tedaviler hakkında aile hekimlerinden bilgi istemektedirler (32). Bu yüzden aile hekimlerinin bu yöntemlerle ilgili mantıklı bir öneride bulunmaları için konu hakkında temel bilgilerinin olması gerekir. Riskleri ve faydalarının belirlenmesi için yeterli veri elde edilene kadar hekimlerin bu tedavileri kullanan hastalarına önerilerde bulunabilmesi için diğer yöntemleri de bilmeleri gerekir.

Aydın ilinde 2007 yılında 539'u (%61,7) kadın, 334'ü (%38,3) erkek olmak üzere toplam 873 kişi ile yapılan bir çalışmaya göre, katılımcıların %58'i anket tarihinden bir önceki yıl en az bir kez TAT yöntemi kullanmış, katılımcıların yarısından fazlası (%55,4) bitkisel tıp yöntemi uygulamıştı (4). Aynı araştırmada en sık kullanılan bitkinin ıhlamur (%88,1) olduğu saptanmış, son bir yılda, çocukları için en az bir TAT yöntemi uygulayanların oranı %26,7 olarak tespit edilmiştir. Sağlık durumu, sigara içmeme ve "TAT, konvansiyonel tıptan üstündür" düşüncesine sahip olmanın, TAT kullanımını etkileyen faktörler olarak tespit edildiği belirtilmektedir.

TAT kullanan insanların çoğu bu konuda hekimleri ile konuşma konusunda rahat hissetmedikleri gibi birçok hekim de bu konunun kendisinden oldukça rahatsızdırlar (33). Hastalar ve doktorları arasında mevcut olan bu iletişim eksikliği aile hekimleri için önemli bir fırsat sunar. Aile hekimleri olarak hastalarımızla TAT tartışmak sadece bize hastalık ve sağlık hususlarında yeni bir görüş kazandırmaz, aynı zamanda hasta memnuniyeti ve iletişiminin gelişmesine de katkı sağlar. TAT önermeyen ya da TAT kullanımını kabul etmeyen bir hekim için bile temel bilgi sahibi olmak faydalı olabilir.

### **2.1.2. Bir TAT Yöntemi Olarak Şifalı Bitkiler**

Günümüzden 3000 yıl kadar önce Sağlık Tanrısı olarak bilinen Eskülapıyos o zamanların tedavi sıralamasını şu sözler ile tanımlamıştır: "Önce Söz, Sonra Bitki, En son Bıçak" yani, önce psikolojik tedavi, sonra bitkisel ilaç ve en son ameliyat" (34). Şüphesiz o dönemlerde ilaç olarak sadece doğal, bilhassa bitkisel kaynaklardan yararlanılabiliyordu. Kimya endüstrisinin geliştiği günümüzde, bu sıralamanın daha güncel uyarlamasını 1960'lı yıllarda ünlü Alman fitoterapist Prof. R. Weiss şu şekilde

yapmış: “Önce söz, sonra bitkisel ilaç, sonra kimyasal ilaç ve en son bıçak”, yani sadece bitkisel ilaç etkili olamıyor ise kemoterapötiklerin uygulanması önerilmiştir (34).

Bitkisel Ürünler (Herbal Drugs) : Bütün, parçalanmış veya kesilmiş bitkiler, bitki kısımları, algler, mantarlar veya likenlerin işlenmemiş şeklidir. Genellikle kurudurlar ve bitkisel orijinli ilaç hammaddeleridir.

Bitkisel İlaç (Herbal Medicinal Products, Herbal Medicines): Formülasyonda aktif bileşik olarak standardize edilmiş bitkisel ürün veya bu ürünün preparatının yer aldığı ilaçlardır (11).

Avustralya, Avrupa ve ABD’de yapılan nüfus bazlı çalışmalar; TAT’ın oldukça yaygın bir tedavi yöntemi ve bitkisel tedavilerin de, TAT çeşitlerinden ABD’de en sık kullanılan çeşit olduğu gösterilmiştir (35). Dünyanın büyük bir bölümünde şifalı bitkilerin satışı serbest olduğundan dolayı uzun vadeli sağlık harcamalarının kısıtlanması ve bağlı risklerin azaltılması anlamında TAT’ların uygun kullanımlarını sağlamak önemlidir. Ham bitkisel ürünler (yapraklar, tohumlar vb) gelişmemiş ülkelerde yaygınken, işlenmiş ürünler (tabletler) gelişmiş ülkelerde daha yaygındır. Bununla birlikte, bitkiler doğal oldukları için güvenli olarak da algılanmaktadırlar. Oysa, bitkilerin biyolojik içeriklerinin diğer ilaçlarla etkileşimlerinden kaynaklanan etkiler rapor edilmiştir (36). Bu da, ilaç alan kişinin bitkisel ürünlerle etkileşimleri konusunda bilinçli olması gerektiğini önemli kılar. Bu nedenle, özellikle aile hekimlerinin bazı bitki karışımlarının neden olabileceği zehirlenme ve yan etkiler konusunda bilgilenmeleri ve hastalarına bitkisel ilaç kullanıp kullanmadıklarını sormaları gereklidir (37). Tablo II.II’de yaygın olarak kullanılan bitkiler ve yayımlanmış bitki-ilaç etkileşimleri verilmiştir (1).

Hekimlerin TAT kullanımını konusunda sorması gereken sorular vardır. Örneğin, “bu rahatsızlık için başka bir şey yapıyor musunuz” şeklinde bir soru sorulabilir. Bu bir açık uçlu sorudur ve hastanın bize kullandığı tedavi hakkında bilgi vermesi fırsatını doğurur. Diğer bir yaklaşım da “reçetesiz satılan ilaçlardan, vitamin ve bitkisel ilaç gibi, alıyor musunuz?”

Tablo II.II. Yaygın olarak kullanılan bitkiler ve yayımlanmış bitki-ilaç etkileşimleri

Bitki	İlaç	Etkileşim
Sarımsak (Garlic)	Warfarin	Kanama, INR artışı
	Klorpropamid	Hipoglisemi
Mabedağacı (G. biloba)	Warfarin	Kanama
	Aspirin	Kanama
	Tiazid diüretik	Kan basıncı artışı
	Trazodon	Sedasyon artışı
Ginseng	Warfarin	INR azalması
	Fenelzin	İnsomnia, baş ağrısı, ürkeklik, mani
Kava	Alprazolam	Sedasyon
Sarı kantaron (StJohn'swort)	Amitriptilin	Plazma yoğunluğunda azalma
	Siklosporin	Plazma yoğunluğunda azalma
	Digoksin	Plazma yoğunluğunda azalma
	İndinavir	Plazma yoğunluğunda azalma
	Nefazodon	Santral seratonin artış belirtileri
	Oral kontraseptif	Menstrüel kanama değişiklikleri
	Paroksetin	Santral seratonin artış belirtileri
	Fenprokomon	Plazma yoğunluğunda azalma
	Sertralin	Santral seratonin artış belirtileri
	Teofilin	Plazma yoğunluğunda azalma
	Warfarin	INR azalması

Türkiye'deki pratisyen hekimlerin TAT yöntemlerine bakışını incelemek amacıyla Bursa'da 2007 yılında pratisyen hekimlerle yapılan bir anket çalışmasında, hekimlerin en bilgili oldukları TAT yönteminin %37,6 ile bitkisel ürünler olduğu ve hekimlerin bilgilenebilmeyi en çok istedikleri TAT yönteminin bitkisel ilaçlar olduğu (%24,5) ortaya konmuştur (38). Aynı çalışmada, hastalar tarafından en fazla deklare edilen TAT çeşitlerinin akupunktur, vitamin mineral ve bitkisel ürünler olduğu görülmüştür. Yine benzer şekilde doktorların TAT yöntemleri hakkındaki görüşlerini araştıran bir çalışma, 2009 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi'nde doktorlarla gerçekleştirilmiş ve hekimlerin en sık olarak bitkisel ürün kullandıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada bitkisel tedavi hakkında bilgisi olan doktor oranının %69 ile üçüncü sırada yer aldığı görülmüştür (39). Her iki çalışmanın da ortak noktası, kullanımları oldukça yaygın olan bu yöntemlerin tıp fakültesi müfredatında yer almamasının bir eksiklik olarak değerlendirilmesi ve bunun gerekliliği şeklindedir.

Birincil tedavi olarak bitkisel ilaçların kullanımı, eğer fayda oranı geleneksel tedavilere oranla daha yüksekse uygun görülüp önerilebilir (40). Doğal sağlık ürünleri yaygın bir şekilde kullanıldığından hastanın sağlığı için yapılacak en iyi şey, tüm ürünlerin kullanımı hakkında tartışmaya açık olmaktır. Eksiksiz bir açıklamanın

sağlanması için hekimin hasta ile tedavi kararı verilirken hastanın tercihlerinin, değerlerinin ve inançlarının göz önüne alındığı güvene dayalı bir ilişki kurması gerekir.

### **2.1.3. Kanser Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı**

Günümüzde kanserin modern yöntemlerle tedavisi kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi ve hormon terapi yöntemlerini içermektedir. Bu tedavi yöntemlerinin başarı şansının görece düşük olması ya da tedaviye bağlı ağır yan etkiler, hastaların alternatif tıbbi yöntemlerine yönelmelerine neden olabilmektedir. Kanserle ilgili alternatif tıp içerikli web sitelerinin, kişileri etkileme potansiyelinin incelendiği bir çalışmada; ABD’de, kanser hastalarının tanı aldıktan sonraki süreçte alternatif tıp kullanım oranının bölge ve kanser tipine bağlı olarak %25 ile %84 arasında değiştiği, Avrupa ülkelerinde bu oranın ülkelere göre %13 ile %73 arasında olduğu belirtilmektedir (41). Aynı yayında ülkemizde kanser hastalarının %57,9’unun alternatif tedavi kullandığını ve alternatif tedavi kullananların %70’inin alternatif tedaviyi devam etmekte olan tıbbi tedavisine ek olarak kullandığını belirtmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, bitkisel ürünlerin hastaların sıklıkla başvurduğu bir yöntem olduğu ve bu ürünleri genellikle tedaviye ek fayda sağlaması umuduyla tercih ettikleri belirtilmektedir. Kanser tanısı alan hastaların, tüm hastalıklar içinde bu yöntemleri en fazla kullanan hasta grubu olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (42). Hastayı ve yakın çevresini, konvansiyonel tedavi yöntemleri dışında arayışlara iten en önemli faktörlerin; umutsuzluk, çaresizlik, farklı beklentiler, bilgisizlik ve aile üzerindeki sosyal baskılar olduğu bilinmektedir. Yapılan iki çalışmanın sonuçlarına göre geleneksel tedavi yaklaşımı dışında tedavi alan hastaların yaşam kalitesi düşük olduğu ve daha kısa yaşadıkları bulunmuştur (43). Bu nedenle, hekimlerin alternatif tedaviler konusunda bilgi sahibi olmaları gerektiği düşünülmektedir. Kanser hastalarını konvansiyonel tedaviler dışında arayışlara iten en güçlü motivasyon; denenmemiş bir seçenek bırakmamak ve modern tedavilerden umulan sonucu alamamaktır. Bilimsel temellere dayalı yapılan bazı çalışmalarda, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin, meme, prostat ve kolon kanseri gibi bazı kanser türlerinin rekürrensini azalttığı; keten tohumu kullanımının prostat kanserinin büyümesini yavaşlattığı gösterilmiştir (44). Sağlıklı bir yaşam için uygun hayat tarzı benimsenerek ve sağlıklı beslenerek genetik olarak yatkın olunan hastalıklara karşı vücudun olumlu yönde değişmesi bile sağlanabilir.

Ülkemizde 2007 yılında 5252 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada; TAT kullanım sıklığının %22,1 ile %84,1 arasında değiştiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada kadınların bu yöntemleri kullanım oranlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu, en sık tercih edilen yöntemin bitki karışımları kullanımı olduğu ve en yaygın olarak kullanılan bitkinin ise “ısırgan otu” olduğu tespit edilmiştir (45). Bilgi kaynağının sıklıkla arkadaş, akraba ve diğer hasta/yakınları olduğu ve bu yöntemleri kullanan hasta ve/veya yakınlarının çoğunluğunun doktor/hemşireyle bu bilgileri paylaşmadığı gözlenmektedir. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği’nin resmi sitesinde yayınlamış olduğu “Alternatif Tedavilere Bakış” adlı makalesinde, sıkça kullanılan bazı bitkisel ürünlerin etkileştiği kanser tedavi ajanları tablo II.III’te verilmiştir (46).

Tablo II.III. Sıkça kullanılan bazı bitkisel ürünlerin etkileştiği kanser tedavi ajanları

Sarımsak (Garlic)	Decarbazin ile kullanımından kaçınılmalı (CYP2E1 inhibisyonu)
Mabet ağacı (Gingko)	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve EGFR-TKİ ile etkileşir (CYP3A4 ve CYP2C19 inh.)
Mor koni çiçeği (Echinacea)	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve EGFR-TKİ ile etkileşir (CYP3A4 induksiyon)
Soya	Tamoxifen (antagonism of tumor growth inhibition) ve ER pozitif meme kanseri ve endometrium kanserinde kullanılmamalı
Ginseng	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve EGFR-TKİ ile etkileşir (CYP3A4 inhibisyonu) ER pozitif meme kanseri ve endometrium kanserinde kullanılmamalı
Sarı kantaron (St. John Worth)	Neredeyse tüm kemoterapiler ile etkileşir. (CYP2B6, CYP2C9, CYP2C19, CYP2E1, CYP3A4, and P-glycoprotein indüksiyonu), irinotekanın aktif metabolitinin düzeyini azaltır ve siklofosamid plazma konsantrasyonunu azaltır
Kediotu (Valerian)	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve tamoksifen ile etkileşir (CYP2C9 inhibisyonu, CYP2C19 indüksiyonu)
Kaya kuruğu (Kava)	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve EGFR-TKİ ile etkileşir. Hepatotoksisitede ciddi sorun yaratabilir. (CYP3A4 indüksiyonu)
Üzüm Çekirdeği (GrapeS.)	Çok sayıda kemoterapi ajanı ve EGFR-TKİ ile etkileşir (CYP3A4 indüksiyonu)

#### 2.1.4. Romatolojik Hastalıklarda Bitkisel Tıp Kullanımı

Artrit ve eklem ağrıları gibi romatolojik rahatsızlıklar, ABD’de erişkinler arasında günlük aktiviteleri en fazla kısıtlayan durumlar olduğu söylenmektedir (47). Yine bu yayında 2001 yılında Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyansından elde edilen beyan edilmiş verilerde, Amerikan nüfusunun üçte birine hekimler tarafından artrit teşhisi konduğu ya da kronik eklem rahatsızlığına sahip olduğu ifade edilmektedir. Yayının devamındaysa kronik romatolojik rahatsızlıkların tedavisi genellikle reçeteli ilaçlar,



reçetesiz ilaçlar, fizik tedavi ve hekimler ile Amerikan Romatoloji Koleji tarafından tavsiye edilen egzersiz, kilo kontrolü, soğuk ya da sıcak kullanımı, stres yönetimi gibi öz yönetimleri içerdiğini ancak yetişkinlerin artan bir oranda romatolojik hastalıkların tedavisi için TAT kullanımını benimsediği söylenmektedir.

Romatoid Artrit (RA) tedavisinde önerilen ve kullanılan pek çok bitkisel tedavi yöntemi bulunmaktadır. Sarımsak ekstresi ve zencefil ile yapılan çalışmalarda, bu ürünlerin RA'lı hastalarda olumlu yanıtlar verdiği görülmüştür. Yapılan bir çift kör çalışmada, RA'lı hastalarda çuha çiçeği ile non-steroid anti-inflamatuvar ilaç (NSAID) tüketiminin azaltılabildiği belirtilmektedir. İnflamatuvar mediatörler ve T hücreleri üzerinden anti-inflamatuvar etki yapan gama-linolenik asit içeren “hodan çiçeği”, “çuha çiçeği” ve “kuş üzümü tohumu”, RA'da sık kullanılan bitkisel tedavi kaynaklarıdır (48). Hodan çiçeği ile yapılan randomize kontrollü araştırmada ise plaseboya göre anlamlı fark bulunduğu söylenmektedir.

Romatolojik hastalıkların tedavisinde sıkça kullanılan bitkiler (49);

Çörek otu: Tarihte Ibn-i Sina tarafından tüm tedavilerin başı olarak kabul edilmiştir. Özellikle içeriğindeki nigellon ve thymoquinon etken maddeleri çörek otunun destekleyici özelliğiyle doğrudan alakalıdır. Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artritte kullanılabilir.

Sarı kantaron otu: İçeriğinde etken madde olarak hiperforin, hiperisin, flavonoidler ve tanenler bulunur. Genellikle sıcak çay şeklinde alınan kantaron mide ve bağırsakta emilir ve iltihabi enfeksiyonların azalma sürecini hızlandırır.

Civanperçemi: Betonicin, chamazulen içerikli uçucu yağ, tanen, cumarine, millefolin ve özellikle potasyum içerikli mineraller içerir. Özellikle romatizmal iltihabi durumlarda sıcak çay şeklinde kullanılması önerilmektedir.

### **2.1.5. Obezite Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı**

Obezite, genotip ve çevresel koşulların etkileşimi sonucu oluşan kompleks, multifaktöriyel, kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında, tüm dünyada, fazla kilolu yetişkinlerin sayısının 1,4 milyar, obezlerin ise 500 milyon olduğunu

belirtmiştir (50). Obezite tüm toplumlarda ve tüm yaş gruplarında en sık görülen ve ölüm oranında büyük oranda artış gösteren ve tip 2 diyabet, kalp rahatsızlıkları, metabolik sendrom, felç ve kanser gibi morbiditelere neden olan sağlık sorunudur. Hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından önerilen obezite tedavi türleri yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte farmakoterapik girişimlerdir. Buradaki paradoks, yaşam tarzı değişikliklerinin ve farmakoterapinin sona erdirilmesiyle birlikte daha uzun soluklu ve etkili tedavi ihtiyacının karşılanamamasıdır. Bitkisel ürünler ve diyet bazlı terapiler, kilo kaybının sağlanması noktasında en sık başvuru yöntemleridir (51).

Doğal içerikler ve tıbbi bitkisel preparatlar, doyma hissini destekleyebilir, metabolizmayı harekete geçirebilir ve kilo kaybı sürecini hızlandırabilir (52). Şifalı ürünler küresel marketlerde yaygın bir şekilde yer alsa da, insanların bu ürünler üzerine olan farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Bulgular, bitkilerin doğru kullanımı, zencefil, kapsaisin ve yeşil çay gibi belirlenmiş bitkilerle ilgili tavsiyelerini desteklemektedir. Anti-obezite için tıbbi preparatların kullanımı ve obez hastaların sağlıklı bir diyet ve rejim uygulaması ile birlikte bunların kullanımı konusunda cesaretlendirmenin devam ettirilmesi önerilen konulardır (52).

Son yıllarda yapılan *invivo* ve *invitro* çalışmalarda, birçok bitki ekstresinin yağ ve karbonhidrat metabolizmasını değiştirerek kilo kontrolünü sağlama potansiyeline sahip olduğu yönündedir (53). Kafein ve kafein taşıyan bitkiler uygun dozda kullanıldıklarında kilo kontrolüne yardımcı olabilirken, yeşil çay içerdiği epigallocateşin gallat ve kafein nedeniyle yağ metabolizmasını arttırarak ve kilo kontrolüne yardımcı olduğu ve Meksika biberi adıyla bilinen ve içinde kapsaisin bulunan preparatların da termojenezisi arttırarak kilo kontrolüne destek olabileceği belirtilmektedir (53).

Obez kişilerin kilo kontrolünde bitkisel ürünleri tercih etme sebepleri (54);

- 1) Herhangi bir yan etki olmadan sağlık yardımı almak
- 2) Egzersiz ve diyet gibi yaşam biçimi değişimlerinden daha az zahmetli olması
- 3) Kolay ulaşılabilir olması
- 4) Hekim ya da diyetisyen gibi sağlık profesyonellerin konsültasyonlarından daha makul/uygun olması

5) %100 doğal olmaları ve doğal her şeyin güvenilir olduğu görüşü.

Bugün, tüm dünyada yaygın olarak satılan bu ürünler üzerinde yapılan analiz çalışmalarında, etiket bilgilerinde yer almadığı halde eklenmiş olan kimyasallar ve diğer bitkilerin bulunabileceği söylenmektedir. Çin başta olmak üzere, Uzakdoğu ülkelerinden ithal edilen zayıflama ve kilo kontrolü amacıyla önerilen, gıda desteği olarak Tarım Bakanlığı'ndan ruhsatlandırılan birçok üründe, sibutramin, rimonabant, fenitoin ve fenolftalein gibi kimyasallara rastlanabileceği belirtilmektedir (53). Bu nedenle, obezite tedavisine destek olarak kullanılan bitkilerin standardize ekstrelerinin kullanıldığı ve çok sayıda hastayı kapsayan ileri klinik çalışmaların yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Bulgular, bize, bitkilerin kullanımlarındaki artışın, obezitenin kontrolü ve kilo yönetimi açısından etkin bir strateji olabileceğini göstermektedir (55). Bitkilerin kullanımı ile obezitede metabolik sendromun artan prevalansını kontrol altında tutma potansiyeli oluşabilir. Sağlık pazarında bugün obeziteyi önleyecek ya da tedavi edecek çok az ilaç vardır. Var olanların da etkinliği, yan etkileri ve bedellerinin iyi gözden geçirilmesi gerekir.

#### **2.1.6. Ağrı Tedavisinde Bitkisel Tıp Kullanımı**

Ağrı, tıbbi yardım talebinde bulunan hastalar arasında en yaygın durumlardan biridir. TAT, ağrıların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (3). Kronik ağrı yaş ilerledikçe artmakta ve depresyon, anksiyete, fiziksel engellilik, uyku bozuklukları ve bilişsel bozukluklara sebep olabildiğinden, bu hastalarda sağlık kaynaklarının kullanımında artış görülmektedir. Kronik ağrıların en önemli sebebi kas iskelet sistemi hastalıklarıdır, ağrının türüne göre uygulanan TAT yöntemleri farklılık göstermektedir. Örneğin, kanser hastaları, ağrıları için en fazla bitkisel ürünleri tercih ederken, kas iskelet sistemi ağrısı olanların ise sıklıkla glukozamin ve balık yağı kullandığı görülmüştür (56).

Dünyada ağrı tedavisinde analjezikler yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Birçok bitkisel ürünün, ampirik ve klinik araştırmalarla migren ve baş ağrısı gibi rahatsızlıklarda etkili oldukları düşünülmektedir (57). Ayrıca salisilat bazlı ve anti inflamatuvar etkili bitkilerin çoğu inflamasyon kaynaklı acıların azaltılmasında güvenli ve faydalı olduğu söylenmektedir. Aynı çalışmada aksöğüt, salisin içeriği sayesinde ağrıyı

azaltmakta ve migren tedavisinde faydalı olduğu belirtilmektedir. Krizantem ve zencefil önemli iki anti-inflamatuar bitkidir ve anti migren aktivitesi olduğundan söz edilmektedir.

Ülkemizde 2010 yılında Erzurum il merkezindeki bir aile sağlığı Merkezinin hizmet verdiği hasta popülasyonundan seçilmiş 535 ağrı yaşayan yetişkin üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre, kronik hastalığından dolayı ağrı yaşayan bireylerin, en çok sırt-bel ağrısı yaşadıkları bulunmuştur (58). Sistematik bir derleme, bitkisel ürünlerin bel ağrısını gidermede plaseboya nazaran etkili olduğunu, ancak bitkisel ürünler ile standart tedaviyi karşılaştıran çalışmaların gerekliliğini vurgulamaktadır (3). Bazı bitkisel preparatların, osteoartrit tedavisinde etkisi ile ilgili umut vaat eden kanıtlar bulunmaktadır (59). Ek olarak bitkisel preparatların NSAID kullanımını azalttığı gözlenmektedir. Aynı yayında herbal preparatlar ile ilgili yapılan sistematik bir derlemede, incelenen bitkisel ürün kullanımı güvenli olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Avokado/soya yağı üzerine yapılan altı aylık randomize kontrollü bir çalışmada, günde bir defa 300 mg avokado/soya yağı kullanımının osteoartriti olan kalça ve diz ağrılı hastalarda NSAID alımını azalttığı ve hastalar üzerinde plasebolardan daha etkili olduğu bilgisi verilmiştir (60). Çalışmanın devamında beyaz söğüt kabuğu salisin içerir, salisin de analjezik, anti-inflamatuar ve antipretik etki olarak bilinen salisik asite hızlı bir şekilde metabolize olur ki zaten asetillenmiş salisik asit türevi aspirin olarak bilinir denmiştir. Çam ağacı ekstresi içeren pycnogenol 150 mg alan diz osteoartritli hastalarda 3 ay sonra ağrıda azalma ve fonksiyonlarda gelişme kaydedildiği, 3 ay sonra kullanıma devam eden hastalarda ağrıda azalmanın devam ettiği, fonksiyonların gittikçe iyiye gittiği ve NSAID kullanımlarının azaldığı bilgisi edinilmiştir (60).

Şeytan pençesi ekstresi içeren harpagosie günlük 50 mg veya salix alba ekstresinin 240 mg standart dozaj alımının spesifik olmayan kronik sırt ağrısının akut epizod tedavisinin kısa dönemli tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (61).

### **2.1.7. Çocuklarda Bitkisel Tıp Kullanımı**

Fitoterapinin çocuklarda kullanımı diğer tedavi metotlarında olduğu gibi özel yaklaşım gerektirmektedir. Gerek büyüme döneminde olmasına bağlı ağırlık, yağ dokusu miktarı, vücut kitle indeksindeki farklılıklar, gerekse fonksiyonel maturasyonun erişkin

düzeyinde olmaması nedeniyle hem tıbbi bitkinin seçiminde hem de doz ayarlamasında çok dikkatli olunmalıdır (26). Ülkemizde 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde ebeveynlerle yapılan bir çalışmada ebeveynlerin alternatif tıp yöntemlerini (ATY) kullanım oranı %75,8 olurken, ailelerin kullandıkları ATY arasında şifalı bitkiler, tuzlama ve duanın ilk sıralarda yer aldığı bulunmuştur (62).

Yapılan prospektif çift kör bir klinik araştırmada bebeklerde kolik tedavisinde bitkisel çay preparatlarının potansiyel etkisinden bahsedilmektedir (63). Aynı çalışmada çocuklarda spor performansını artırmak için kreatin, hormon ya da steroid gibi ürünler yerine bitkisel ürün tercih edilebileceğini, sarı kantaron, kava kava bitkisi, kedi otu ve kola cevizi gibi bitkilerin de tek başlarına ya da beraber dikkat bozukluğu hiperaktivite tedavisinde kullanımı tavsiye edilmektedir. Diğer bazı araştırmalarda ise alternatif tedavi ve bitkisel ürün kullanımının, juvenil artrit, kolik, postoperatif ağrı, ajitasyon ve siğil tedavisinde yaygın olduğu doğrulanmaktadır. (63).

Almanya'da 2001'de gerçekleştirilen çok merkezli post marketing çalışması verilerine göre, sarı kantaronun hafif ve orta dereceli depresyonlu çocukların semptomları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Hekimler 2 hafta sonra 101 çocuğun % 72'sinde, 4 hafta sonra ise %97'sinde sonuçları iyi ya da mükemmel olarak değerlendirmişlerdir. Araştırma sonunda hiçbir yan etki gözlemlenmemiş olup araştırmanın çift kör yöntemli, plasebo kontrollü olmamasına rağmen, bulgular sarı kantaronun çocuklardaki depresyon tedavisinde potansiyel ölçüde güvenli ve etkin olduğunu göstermiştir (64). Çocuklara verilen bitkisel ürünlerin mevcut kullanımını tanımlayacak epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu tür çalışmalar bu ürünlerin yan etkilerini ve oluşturabilecekleri riskleri de sınıflandırmalıdır.

### **2.1.8. Yaşlılarda Şifalı Bitkilerin Kullanımı**

Geriatric popülasyonda, yaşın ilerlemesiyle görülen kinetik, dinamik ve hemostatik değişiklikler, polifarmasi uygulama gereksinimleri ve kronik hastalıklar nedeniyle herbal preparatların zıt etkilerine daha açık oldukları bilinmektedir. Herbal preparatların veya gıda destekleyicilerinin birden çok etken madde içermesi ve bu

preparatların kullanılan ilaçlar ve/veya var olan hastalıklar ile sıklıkla birçok etkileşimler görülmektedir (65).

Her geçen yıl uzayan yaşam süresiyle birlikte kadınların klimakterium döneminde geçirecekleri yaşam süresi artmakta ve kadınların bu döneme özgü yakınmalarla geçirecekleri süre de uzamaktadır. Menopozal yakınmaları azaltmada önemli bir yere sahip olan doğal östrojen kaynakları arasında kaba yonca, anason, fesleğen, bakla, fasulye, frenk maydanozu, şerbetçiotu, meyan kökü, dereotu, boyotu, maydanoz, adaçayı, soya fasulyesi gibi besinler sayılabilmektedir. Ayrıca sıcak basmalarında soya fasulyesi, ıspanak, koyu yapraklı sebzeler, tahıllar, sebze, yer fıstığı, yoğurt, süt, ginseng çayı ve meditasyon tercih edilmektedir (66).

Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin TAT yöntemlerini kullanma alışkanlıklarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, yaşlıların hemen hemen tamamının TAT yöntemlerini kullandığı, ancak yöntemleri bilmeden kullandığı ve, en çok kullanılan TAT yönteminin de bitkisel terapi olduğu saptanmıştır (67). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, 65 yaş üzeri bireylerin %92,9'unun hekim önerisi dışında ilaç kullandığı, %89,3'ünün bitkisel kökenli ilaç/karışımlar kullandığı belirlenmiştir (68). Yine bu çalışmada bitkisel ilaç, sağlık ve diyet ürünlerinin ve hatta gıdaların bile hekimlerin uyguladığı tıbbi tedavi ile doğrudan etkileşime girebileceği tespiti yapılmıştır. Öte yandan hastanın bu tip ilaçları/karışımları kullanmasının bazı hastalık durumlarında semptomları gizleyebileceği ve hekimin de doğru tanı koymasını önleyebileceğini bildirilmektedir.

## **2.2. AKTARLAR**

Aktar (akkar, attar), ilaçların yapılmasında kullanılan bitkisel, hayvansal ve madensel ilkel maddeleri (drog) satan meslek grubuna verilen isimdir. Orta çağ Avrupa'sında hekimler, hastaların kullanacağı ilaçları da hazırlamakla beraber, ilaçların hazırlandığı drogları toplama işini çok önceleri terk etmişler, bu gibi bitkisel drogları toplayıp, kurutup, olduğu gibi veya toz edilmiş halde satan bir esnaf grubunun Romalılar döneminde ortaya çıktığı görülmektedir (69). Osmanlı Devletinde eczaneler dışında ilaç hazırlanıp satılan yerlerin başında hekim ve cerrahların özel muayenehaneleri olan hekim

dükkânları ile cerrah dükkânları geliyordu. Hemen ardından bitkisel, hayvansal ve madensel kökenli drogları satan aktarlar geliyordu (16).

DSÖ'nün "Geleneksel tıp ve bitkisel ilaçların düzenlenmesi" konulu 2007 yılında Cenevre'de yayınlamış olduğu küresel anket formunda, 137 ülkeyle yapılan bitkisel ürünlerin satış şekli ile ilgili verdiği anket sonucunda; en sık işaretlenen seçenek 'eczanelerde reçetesiz olarak satılmaktadır' seçeneğidir ki bu seçenek 101 adet ülke tarafından işaretlenmiştir (70). Sonuçlarda dikkat çekici olan bir durum da 70 adet ülke tarafından satış ile ilgili herhangi bir kısıtlamanın mevcut olmadığı yönündedir. İkinci olarak işaretlenen seçenek olan 'özel pazarlarda satış' da 59 adet ülke tarafından işaretlenmiştir. Üçüncü olarak da en sık seçilen 48 ülke tarafından işaretlenen reçeteli ilaç şeklinde satılır ve bu seçeneği de takip eden 30 ülke ile lisanslı aktarlar tarafından satış seçeneğidir. 22 ülke diğer seçeneğini işaretlemiştir ki bu da marketlerde, lisanssız kişiler tarafından, bitkisel klinikleri ve geleneksel pazarları kapsamaktadır (70).

Geleneksel tıpta kullanılan tıbbi bitkisel ürünlerin ilaç olarak değerlendirilebilmesi için standardize edilmiş bitkisel preparatların üretilmesi gerekmektedir (11). Standardizasyon bu ürünlerin güvenilirliklerinin kanıtlanması için gereklidir. Ayrıca etkinliklerinin optimizasyonu, farmakolojik ve klinik bulguların tekrar edilebilirliği yanında bireysel dozaj birimlerinin saptanmasında da önemlidir. İlaç firmaları bir ilacı piyasaya sürmeden önce, hatırı sayılır araştırma ve geliştirme (AR-GE) bütçeleriyle kendilerinden talep edilmesi beklenen kalite, güvenlik, etkinlik kriterlerini yerine getirmek zorunluluğu vardır. Bunun gibi uluslararası ölçekte bir tıbbi bitkisel ürünün ilaç olarak değerlendirilebilmesi için, konvansiyonel ilaçların sahip olduğu kalite, güvenilirlik ve etkinlik kriterlerini karşılaması beklenmektedir. Ancak aktarlarda böyle bir zorunluluk olmadığından satılan bitkisel ürünlerin kalite, güvenlik ve etkinliğinin şüpheli olduğu düşünülmektedir.

Aktarlardaki kötü saklama koşulları sonucu bitkisel droglarda aflatoksin gibi sağlığa zararlı maddeler bulunabileceği ve çevresel etkenlerin de bitkisel ürünlerin kalitesini etkileyen önemli özelliklerden olduğu söylenmektedir. Bazı bölgelerde yetişen tıbbi bitkilerde yapılan testlerde ağır metallere rastlanmakta, kimyasal böceksavar kullanılan ekim alanlarından veya yakınlarından toplanan bitki örneklerinde de pestisit kalıntıları görülmektedir (71).

Aktarlar tarafından şifalı bitkilerin temel sorunlarından birisi de standardizasyondur (72). “Standardizasyon”; üretim işlemi sırasında yapılan tüm ölçümleri ve tekrarlanabilir kalitenin sağlanması için yapılan kalite kontrollerini tarif etmektedir. Günümüzde yetkili otoriteler tarafından ruhsat almış her tıbbi bitkisel ürünün standardize ekstre içerdiği kabul edilmektedir. Standardize bir ekstreden hazırlanan bitkisel ilaç; kolayca doz edilebilir, istenen optimum etki sağlanabilir ve her kullanıldığında aynı etkiyi oluşturabilir.

Aktar ürünlerindeki diğer bazı sorunlar da misidentifikasyon denilen bitkinin yanlış tanımlanması ve/veya zararlı başka bitkiler ile bir arada bulunması da çok önemli bir problemdir ve yanlış tanımlama sonucu ölüm ya da sakatlıkla sonuçlanacak toksik olaylara neden olması olasıdır. Buna ek olarak bitkisel ürünlerin üretilmesi sırasında adulterasyona da (tağşiş) rastlanabilir. Bunun anlamı ürünlerin uygun olmayan ve kalitesiz bir şekilde üretilmeleri, içinde olmaması gereken fenasetin, deksametazon, indometazin, diazem gibi bir kısmı toksik etkileri nedeniyle piyasadan çekilmiş maddelerin ve ilaç niteliğinde olan bazı etken maddelerin gizlice katılmasını ifade etmektedir (2). Bazı laboratuvarlarda tıbbi nitelikli bitkilerin bileşenleri, etkinlikleri, farmakokinetikleri, yan etkileri hakkında çalışmalar yapılıyor olmakla birlikte bunlar yeterli değildir, çünkü doğada tıbbi amaçlarla kullanılan çok sayıda bitki türü bulunmaktadır; bunların her birinin bütün yönleriyle incelenmesi, özellikle güvenilirlik testlerinin uzun süre gerektirmesi nedeniyle oldukça zordur (17).

### **2.3. TAT ve Aktarlık Uygulamaları Hakkında Yasal Durum**

#### **2.3.1. Ülkemizdeki Yasal Düzenlemeler**

Osmanlı döneminde aktarlar ilaç üretilip satan esnaflar olarak kabul edildiğinden denetimleri de ticari bakımdan belediye zabıtalrı yapmaktaydı. Yapılan denetimlerin arzu edilen düzeni sağlayamaması 18 Haziran 1852’de Eczacılar Nizamnamesi’nin yürürlüğe girmesi ile aktarların halk sağlığına verdikleri zararlardan ötürü bir düzen altına alınmaları hedeflenmiştir. 25 Nisan 1884 tarihinde yayınlanan “Aktarlar ve Kökçüler Nizamnamesi”ne göre de aktarların zehirli drog, terkibi gizli bileşikler tıbbi müstahzarlar satmaları ve hekim reçetesine göre ilaç hazırlamaları yasaklanmıştır (16).



1885 tarihli Ecza Tüccarını Hakkındaki Nizamnameye göre ise, aktarların Avrupa'dan gelen spesiyaliteler ile bileşimi bilinmeyen yerli ilaçlar ve eczanelerde ancak doktor reçetesi ile verilebilen maddeleri satmaları yasaktı. Zararlı ve zehirli bitkisel drogların toptan satışı ise kökçülere ait olup bunlar da yalnız ruhsatı olan eczacı ve aktarlar satış yapabilirlerdi. Bu talimatnamede alım ve satımı aktarlar için tamamen yasak olup yalnız ecza tüccarı tarafından satışına izin verilen maddelerin bir listesi de vardı. 1878 tarihli Eczacı Nizamnamesinin 25. Maddesi gereğince aktarların satacakları maddeler sınırlandırılmıştır (69).

Bu tarihten yaklaşık yüz yıl sonra o günkü adıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü 01 Ekim 1985 tarih ve 5777 Sayılı Aktarlar, Baharatçılar ve Benzeri Dükkânlar Hakkındaki Daimi Genelgesi ile halk sağlığı için tehdit oluşturan ve telafisi mümkün olmayan durumlara engel olmak amacıyla bir takım düzenlemeler getirilmiştir, bunlar (73):

- Bitkisel ilaç satan aktar, baharatçı ve benzeri dükkanların açılması için Sağlık ve Sosyal Yardım müdürlüğü izni aranacak,
- Satılan bitki ve droglar kapalı kaplarda hijyenik şartlarda sunulacak
- Tarım ilaçları ve insan sağlığına zararlı kimyasal maddeler satılmayacak
- Ensektisitler ancak orijinal birim ambalajında olmak şartı ile satılabilecek
- Dükkanların vitrinlerinde, satılan kimyasal, bitkisel madde ve drogların kullanılışı ile ilgili etiket, ilan veya benzeri yazı kesinlikle bulunmayacak
- Özel ambalajında bulunan ve satılmasına izin verilmiş olan drogların ambalajında farmakolojik etkisi ile ilgili bilgi bulunmayacak
- Hiçbir bitkisel karışım yapılmayacak, bunların sıvı veya katı preparatları hazırlanmayacak veya satılmayacak
- Yanlış isimlerle yapılan satışları önlemek amacıyla, satılan drogların üzerinde hangi bitkiye ait olduğu Türkçe ve Latince olarak yazılacaktır.

1987 yılından itibaren, Sağlık Bakanlığı'nın bitkisel ürün politikası kesinti ve dalgalanmalar gösterdiği için bu ürünleri ithal etmek isteyenler Tarım Bakanlığı'na başvurup, gıda desteği şeklinde izin alarak bu ürünleri piyasaya sürmekteydiler. Bu yol çok sayıda bitkisel zayıflama çayı ve bitkisel ilaçlar için de kullanılmış ve aslında ilaç gibi eczanelerde satılması gereken birçok ürün, eczane dışında aktar ve benzeri dükkânlarda, süpermarketlerde, zincir mağazaların dükkânlarında satışa sunulmuştur (74). Tarım Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 2002 yılında bir protokol imzalanarak bu tür ürünlerin ruhsatlandırılma ve ithal izinleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (19). Daha sonra 27.05.2004 tarih, 25483 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun'un 27.maddesinde "Takviye edici gıdalar ve bebek mamalarının üretim, ithalat, ihracat ve denetimine ilişkin usul ve esaslar Tarım Bakanlığı'nca; Enteral beslenme ürünleri dahil özel tıbbi amaçlı bebek mamaları ile ilaç olarak kullanımı bilimsel ve klinik olarak kanıtlanmış ancak reçeteye tabi olmayan ürünlerin üretim, ithalat, ihracat ve denetimine ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenmektedir" hükmü yer almaktadır (75).

DSÖ 2005 yılı Mayıs ayında yayınladığı geleneksel tıp üzerine ulusal politika ve bitkisel tıp düzenlemeleri raporunda, Türkiye'de TAT ile ilgili politikaların hali hazırda geliştirildiği bildirilmektedir. TAT üzerine yasalar ve düzenlemeler 1985 Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün 11 Ekim 1985 tarih ve 5777 sayılı Aktarlar, Baharatçılar ve Benzeri Dükkanlar Hakkındaki Genelge ile hazırlanmıştır. Bitkisel ilaçlar ile ilgili yönetmelik 1986 yılında uygulamaya konmuş ve 1999 yılında güncellenmiştir. Bitkisel tedavi üzerine yönetmelik ya da yasa da kısmen geleneksel tıp üzerine olan yasa ile aynıdır. Bitkisel ürünler reçetesiz ilaçlar gibi düzenlenmiştir. İmalatla ilgili düzenleyici gereksinimler iyi üretim uygulamaları (GMP) detayları mevcut değildir. Türkiye'de 41 adet kayıtlı bitkisel ilaç vardır ve bunlardan hiçbiri ulusal ilaç listesinde yer almamaktadır. Türkiye'de bitkisel ilaçlar eczanelerde reçetesiz olarak satılmaktadır (70).

Ülkemizde tıbbi farmasötik ürünlerin ruhsatlandırılması ya da konvansiyonel ilaçların ruhsatlandırılması, 1262 sayılı çok eski, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'na göre yapılmaktadır. 2218 Sayılı Yönetmelikle ve 1999 yılındaki Ara Ürünler

Yönetmeliği dediğimiz fitofarmasötik, nutrasötik, kozmesötik ürünlerin sınıflandırılmaları ilgili yönetmeliklere göre bitkisel tıbbi ürünler ruhsatlandırılmaktadır. Avrupa Birliğine uyum sürecindeki ülkemizde, Avrupa Birliği mevzuatlarındaki gibi bu ürünler ilaç olarak değerlendirilmeli, ürünlere bu şekilde Tarım Bakanlığı'ndan takviye edici gıda olarak izin verilmemeli, çünkü ürünler üzerinde hiçbir analiz yapılmamaktadır (76).

Bitkisel ürünlerin farklı şekillerde karşımıza çıkma nedeni, yasal düzenlemelerin yetersizliği sonucu bir bitkisel ürünün iki farklı bakanlıktan ruhsat veya izin alabilmesidir. Örneğin, Ginkgo biloba içeren bir bitkisel ürün hem bitkisel ilaç olarak (Tebokan fort®) Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat, hem de gıda takviyesi adı altında (Ginkgo biloba leafextract) Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'ndan üretim izni alabilmektedir. Bu şartlar altında, bitkisel ürünlerin çoğunluğu Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'ndan izin alarak piyasaya çıkmaktadır, çünkü bu bakanlık tarafından kapsamlı bir klinik çalışma istenmemesi, üretim maliyeti ve izin alma süresi açısından çok daha avantajlı bir durum oluşturmaktadır (71).

Ülkemizde yapılan yeni bir düzenleme ile 6 Ekim 2010 tarihinde insan sağlığını koruyucu, tedavi edici etkileri olan ve geleneksel kullanıma sahip tıbbi bitkilerden hazırlanan bitkisel tıbbi ürünlerin ve bitkisel preparatların ruhsatlarını veren, etkililik, güvenilirlik ve kalitesi ile ilgili uyulması gereken usul ve esasları belirleyen yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Bunların ruhsatlandırılması Sağlık Bakanlığı'na verilmiş olmakla beraber şu andaki durum kesin çizgilerle ayrılmış değildir (77).

Ülkemizde TAT yöntemlerine ilgi giderek artmasına ve yöntemlerinin kullanılmasına rağmen TAT uygulamalarının standardize edilmesi, bu konuda eğitilmiş uygulayıcılar tarafından uygulanması için Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 21958 sayılı Resmi Gazete 27.10.2014'te ilan edilmiştir (78). 22 maddelik yönetmelikte madde 1'de "Bu Yönetmeliğin amacı, insan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir" şeklinde belirtilmiştir. Yönetmeliğin ekler

kısımında da 15 TAT yönteminin tanımı, uygulamaya yetkili personelinin tanımı, yöntemin uygulanabilecek ve uygulanmayacak durumları, yöntemin uygulanacağı ünite ve merkezlerin açma izin durumları ve bulundurulması zorunlu asgari cihaz ve malzemelerin tarifi yapılmıştır.

### **2.3.2. Yurtdışındaki Uygulamalar**

Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve konu ile ilgili olarak literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında ABD’de Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) Ulusal Sağlık Enstitüsü’ne bağlı olarak kurulmuş; TAT uygulamalarını, biyolojik temele dayalı tedaviler grubunda sınıflandırılan bitkisel tıp dahil olmak üzere 5 tipe ayırmıştır (3). Bu merkezin kuruluş amacı TAT uygulamaları konusunda araştırmalar yapmak, uygulamaların güvenilirliğini ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak da kanıtlanmış uygulamaların genel tedavilere katılımı konusunda rehberlik etmektir.

Son dönemlerde ortaya çıkan başka bir konuda, ülkemizde de 27.10.2014 tarihinde Resmi Gazete’de ilan edilen 21958 sayılı yönetmelikte tanımlandığı gibi TAT uygulamalarının kimler tarafından yapılması gerektiği ve eğitimlerin nasıl olacağı yönündedir. Bu konuda dünya genelinde farklı uygulamalar olsa da üzerinde uzlaşılan konu eğitimlerin alınması gerekliliğidir. Örneğin İtalya’da doktorlar dışında kimse öncelikli 9 TAT uygulamalarını yapamaz iken; örneğin İngiltere’de TAT uygulamaları %18 genel pratisyenler tarafından yapılmakta, kalanı büyük ölçüde tıp dışı (%54) kalifiye elemanlarca bu hizmet sunulmaktadır (28).

Günümüzde bazı Avrupa ülkelerinde bitkisel ürünler, ilaç kalitesinde üretilmekte ve eczanelerde satışa sunulmaktadır. Bu ürünlerin kullanımının oldukça yaygın olduğu bu ülkelerde üretim ve kullanım standartları ESCOP (Avrupa Birliği Bilimsel Fitoterapi Çalıştayı) ve Almanya Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu ürünler için kurulmuş olan Komisyon E tarafından değerlendirilmektedir. ABD’de ise bizdeki uygulamaya benzer olarak FDA (Food and Drug Administration-Gıda ve İlaç Dairesi) kontrolü dışında tutulmuş ve DSHEA (Dietary Supplements Health and Educational Act of 1994-Gıda Destekleri Sağlık ve Eğitim Kanunu, 1994) ile farklı bir yapının kontrolüne verilmiştir. Dolayısıyla ABD’den ithal edilen bu ürünlerin daha güvenli olduğunu düşünmek doğru

bir yaklaşım değildir (5,74). DSÖ 2004 yılında yayınladığı raporunda bitkisel ilaç ticareti yapılan birçok ülkede yasal düzenlemelerin yeterli olmadığını, bu ürünlerin kalite kontrol, etkililik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmadığını ve bunun da halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturabileceğini ifade etmektedir. Aynı raporda özellikle Çin, Hindistan, Pakistan'dan diğer ülkelere ihraç edilen ürünlere dikkat çekilmekte ve bunların mutlaka en azından güvenilirlik açısından kontrol edilmesi önerilmektedir (19).

Avrupa Birliği tarafından kabul edilen 2004/24/EC sayılı kararda AB ülkelerinde en az 15 yıldan bu yana (diğer ülkelerde en az 30 yıl) tıbbi kullanımda olduğu kanıtlanan ürünlere klinik deneme yapılmasına gerek olmadığı belirtilerek, geleneksel tedavide uzun zamandır kullanılan tıbbi bitkilerin güvenilirliğine atıf yapılmaktadır. Ancak, üreticiler bu durumda dahi, yetkili otorite (Sağlık Bakanlığı) tarafından düzenlenmiş olan bir üretici ruhsatına sahip olmak; GMP kurallarına uymak ve gerekli olan tüm fizikokimyasal, biyolojik ve mikrobiyolojik testleri sunma zorunluluğu vardır (77). Avrupa Birliği İlaç Değerlendirme Ajansı (EMA) bitkisel drog, bitkisel drog preparatı ve tıbbi bitkisel ilaçların kalite kontrolleri ile ilgili gerekli tüm kriterleri hemen hemen belirlemiştir (72). Başlangıç maddelerinin (bitkisel drog) kontrolü ve bitkisel ürün imal edilirken yapılacak üretim içi kontroller ve bitmiş ürün üzerinde yapılması gerekli analizlerle kalite kontrolü gereken şekilde yapılmakta ve kalitenin sürekliliği sağlanmaktadır.

Dünyadaki 70 ülkede bitkisel ilaçlar için ulusal düzenlemeler yapılmış olsa da tıbbi bitkilerin yasal kontrolü mevcut yapısal model etrafında geliştirilememiştir (1). Bunun nedeni de bitkisel ürün ya da bitkilerin farklı ülkelerde farklı tanımlanmalara sahip olması ve izin, dağıtım, imali ve ticareti ile ilgili zıt yaklaşımların benimsenmesidir. Çin, Güney Kore ve Vietnam geleneksel tıp uygulamalarını kendi sağlık sistemlerine tümüyle entegre etmişlerdir (1).

DSÖ 2005 yılı mayıs ayında yayınladığı geleneksel tıp üzerine ulusal politika ve bitkisel tıp düzenlemeleri raporuna göre bazı Avrupa ülkelerinin politikalarına göz atacak olursak (70);

İngiltere Sağlık Bakanlığı, TAT üzerine araştırmada uzmanlaşılması ve kanıt temelinin geliştirilmesi için programa sahiptir. Ayrıca İngiltere'de TAT kullanımı ile ilgili periyodik olarak araştırma yaptırmaktadır. Bitkisel ilaçlar 1968 tarihli tıp yasası ile

düzenlenmiştir. İngiltere’de bitkisel ilaçlar için iki adet düzenleme vardır. İlk kategori lisanslı bitkisel ilaçlar: üretim izni alabilmek için güvenlik, kalite ve etkinlik kriterlerini diğer reçeteli ilaçlar gibi karşılamak zorundadır. İkinci kategori ise reçete gerektirmeyen bitkisel ilaçlardır. İngiltere’de bitkisel ilaçlar, eczanelerde reçeteli olarak ya da reçetesiz olarak, lisansa sahip olmayan aktarlar tarafından herhangi bir kısıtlama olmaksızın satılmaktadır.

İsveç’te herhangi bir ulusal politika, düzenleme, yasa ya da ulusal program mevcut değildir ve bu konuda herhangi bir girişim de yoktur. Bitkisel ilaçlar ile ilgili ilk düzenleme 1978 yılında yapılmış olup, 1993 yılında yeni bir yasa yürürlüğe girmiştir. Bu yasada bu ürün grubu bitkisel ilaçlar olarak tanımlanmıştır. Herhangi bir uzman komite, ulusal araştırma merkezi ya da ulusal bir ofis de mevcut değildir. 103 adet kayıtlı doğal ilaç satılmaktadır. Bunlar sadece eczanelerde değil marketlerde ya da online de satılabilmektedir.

İsviçre’de de resmi bir ulusal politika söz konusu değildir. Tedavi ürünleri özellikle de geleneksel tıp ve TAT üzerine düzenlemeleri içeren yasa 2000 yılında yürürlüğe girmiştir. İsviçre tedavi ürünleri ajansı TAT ile ilgili hizmet veren resmi bir ofistir. İçişleri bakanlığına bağlı olarak 2002 yılında kurulmuştur. Bitkisel ürünler, tedavi ürünleri şeklinde ruhsatlandırılmıştır. Bu ürünlerin bir kısmı reçeteli satılmaktadır. 1000 adet kayıtlı bitkisel ürün mevcuttur.

Avrupa Parlamentosu ve Konseyince 2004 yılında yayınlanan “Geleneksel Kullanımı Olan Bitkisel-Tıbbi Ürünler ile ilgili Direktif”inde, bitkisel kökenli tıbbi ürünlerin kabul görmesinde geleneksel olarak kullanımının dikkate alınması gerektiği ve bunun etkinlik-kalite-güvenlik zincirinde ilk halka olduğu vurgulanmaktadır. Ülkemizde bir kısım hekimlerin de bu anlayışta olduğu dikkati çekmektedir (79).

Almanya’da bitkisel ilaçlar, hem kendi kendine tedavide, hem de profesyonel tedavide eski bir geleneğe sahip ve burada bitkisel ilaçlar, tamamen diğer ilaçlarla aynı kategoride değerlendirilmektedir ve eczanelerde reçeteli veya reçetesiz olarak satılmaktadırlar. Almanya’da bitkisel ilaçların değerlendirmesi, derlenmesi, 300 bitkiden sorumlu olan Komisyon E tarafından yapılmaktadır. Komisyon E tarafından pozitif ve negatif listeler hazırlanıyor. Pozitif listede etki, ilacın kompozisyonu, uygulama şekli,

endikasyon, kontrendikasyon, uyarı, dozaj belirtilir. Negatif liste aktif bileşenler veya etkiyle ilgili uygun kanıt yokluğu nedeniyle risk taşıyan bir listedir (80).

Bir fitoterapötik drogda olması gereken tüm özellikler Fitoterapi monograflarında belirtilmiştir. Bu monograflardan en önemlileri (26);

- ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy)
- Commission E
- DSÖ monografları
- Avrupa Farmakopesi

Monograf bilgilerinde bitkinin tıbbi özellikleri, bilimsel çalışmalarla ilgili birçok bilgi yanında çocuklardaki kullanımı ve gebelik-laktasyon döneminde kullanılıp kullanılmayacağı yönündeki bilgiler de yer almaktadır. Çocukluk çağı hastalıklarında özellikle solunum yolu enfeksiyonlarında, sık tekrarlayan enfeksiyonlarda Almanya gibi ülkelerde reçetelerde ilk fitoterapötikler yer almaktadır ve fitoterapi Almanya başta olmak üzere Avrupa ülkelerinde çok gelişmiş olup doktor reçetelerine girmekte ve fitoterapötikler eczanelerden temin edilmektedir. (26).

### **3. MATERİYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Çalışma Tasarımı**

Bu çalışma kesitsel - tanımlayıcı bir çalışmadır. 1 Eylül 2014 - 31 Aralık 2014 tarihleri arasında, Aydın ilinde faaliyet gösteren ve çalışmada yer almayı kabul eden tüm aktarlar (n=15) ve buradan alış-veriş yapan 18 yaş üstü alıcılar (n=842) dahil edilmiştir.

Örnekleme büyüklüğü, Aydın merkeze kayıtlı 18 yaş üstü nüfusu (180.506 kişi) olarak belirlenip, çalışma evreni 18 yaş üstü olan katılımcılar kabul edilerek EPI INFO STATCALC istatistik programında beklenen prevalans %50 (p %50), tip 1 alfa hata payı 0,05 alınarak %95 güven aralığında 842 olarak tespit edildi. Ayrıca Aydın Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü'ne Aydın Valiliği üzerinden başvuru dilekçesi ile başvurularak Merkez İlçe'de kendilerine resmi kayıtlı aktar sayısı öğrenildi ve Aydın Merkez İlçe'de resmi kayıtlı 15 aktarın tümü çalışmaya alındı.

1 Eylül 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, Aydın il merkezindeki kayıtlı 15 aktarın tümüne araştırmacı tarafından önceden bilgilendirilerek, yüz yüze görüşme yöntemiyle aktarlara yönelik hazırlanmış veri formu dolduruldu. Araştırmacının aktarlarla bu görüşmelerinde alıcıların özellikle yoğun olduğu gün ve saatler belirlendi. Aktarlara başvuran ve şifalı bitkisel ilaç kullanan alıcılara yoğunluğun olduğu saatlerde, alıcılar için hazırlanmış anket formu anketörler tarafından dolduruldu. Kişiler çalışma hakkında bilgilendirildi, anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Anketörün ziyaret ettiği aktarlara gelen alıcılardan çalışmayı kabul eden 18 yaş üstü, gönüllü alıcılardan ardışık seçilen 842 kişi çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil olma kriteri olarak yoğunluğun olduğu saatlerde anketörün çalışmayı hedeflediği yerde bulunan, 18 yaş üstü ve çalışmaya katılmaya gönüllü olarak belirlendi. 18 yaş altı olma ve çalışmaya katılmayı kabul etmeme dışlama kriterleri olarak kabul edildi. Gönüllülerin araştırmadan çıkarılma kriterleri olarak da çalışma sırasında kendi isteği ile çalışmadan ayrılmayı istemesi olarak tanımlandı.

#### **3.2. Veri Toplama Formu**

Veri toplama formları hem aktarlar hem de alıcılar için ayrı ayrı düzenlendi. Çalışmada birincil verileri elde etmek için ilgili literatür incelenerek uygulanacak anket



soru formu araştırıcı tarafından hazırlanmıştır. Aktarlar için düzenlenen anket 30 sorudan oluşmaktaydı ve anketin birinci bölümünde aktarların sosyodemografik verileri sorgulandı: yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evli ise çocuğu olup olmadığı, varsa sayısı, oturduğu yer şehir merkezi mi, ile ya da köy m olduğu, kaç yıldır bu işi yaptığı soruldu. İkinici kısımda ise aktarlık mesleği ile ilgili sorular yer almaktaydı: bu işi kimden öğrendiği, alıcıların bitkisel ürünleri satın alırken tercih ettikleri yöntem, sattıkları bitkisel ürünlerin önem sırasına göre kullanım alanları, doktorlar tarafından kendilerine hasta gönderilip-gönderilmediği, eczanelerin kendilerinden bitkisel ürün talep edip-etmediği, sattıkları bitkisel ürünleri nerelerden temin ettikleri, müşterilerinin en sık başvuru sırasındaki hastalıkları, kendilerinin öncelikle tedavisinde etkili olduklarını düşündükleri hastalıklar olup-olmadığı, aktarlık ürünleri dışında dükkânlarında başka ürünler satıp satmadıkları veya başka işle uğraşıp- uğraşmadıkları en çok hangi bitkisel ürünleri sattıkları, bölgelerinden en çok temin edilen sattıkları ürünler, en pahalı ve en ucuz 3 ürünün isimleri, yurtdışından temin ettikleri en çok kullanılan üç ürün ve tedavi amaçlı hastalarına bitkisel karışımlar yapıp-yapmadıkları gibi sorular yer almaktaydı. nc kısımda ise aktarların şıfalı bitkilere bakış açısı ile ilgili sorular yer almaktaydı: hastalandıklarında ilk ne yaptıkları, şıfalı bitkileri modern tedavi yöntemleriyle kıyaslamaları istendi, çocuklarının ve kendilerinin diyetini desteklemek amaçlı kullandıkları ürünler, çocukları hastalanınca şıfalı bitki kullanıp-kullanmadıkları soruldu. Dördüncü kısımda ise aktarların kendi mesleklerinin geleceği ve doktorlarla ilgili görüşlerini içeren açık ve kapalı uçlu sorular anketimizde bulunmaktadır. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar istatistiksel inceleme kolaylığı açısından kategorize edilmiştir.

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcılara yönelik hazırlanan veri toplama formunda ise 31 soru yer almaktaydı. Birinci kısmında sosyo-demografik verileri sorgulandı: yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evli ise ocuk durumu, mesleği, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sağlık güvencesinin varlığı ve oturduğu yerle ilgili sorular bulunmaktaydı. İkinici blmde sağlık durumu ve sağlık davranışları ile ilgili sorular yer alıyordu: kendi sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, sigara ya da alkol kullanım durumu, bugüne kadar herhangi bir tanı alıp-almadığı, sürekli kullandığı ilaç varlığı, hastalandığında ilk ne yaptığı, bugüne kadar modern tıbbi yöntemler dışında kendisinin veya çocuklarının bir tedavi alıp-almadığı, sürekli takibi altında olduğu doktoru soruldu. nc blmde ise şıfalı bitkiler hakkındaki düşünceleri ve bu ürünleri kullanım durumunu sorgulayan

maddeler yer almaktaydı: doktoru tarafından bir bitkisel tedavi önerilip-önerilmediği, kendisi ve çocuklarının diyetini desteklemek açısından kullandığı besinlerin varlığı, şifalı bitkileri modern tıbbi tedavilerle kıyaslaması, bugün satın almış olduğu ürünü herhangi bir şikayeti nedeniyle mi kullandığı, daha önce kullanıp-kullanmadığı, ürünü başkalarına önerip-önermediği, kullanım amacı, kimin önerdiği, rahatsızlığı nedeniyle başvurduğu hekimin önerisi ve kullandığı şifalı bitkilerden kendisinde yan etki oluşturan olup-olmadığı soruldu. Çalışma öncesinde veri toplama formu katılımcılara uygulanmadan önce 20 adet gönüllüye uygulanmış ve son şekli verilmiştir. Alıcılara yönelik hazırlanan veri toplama formunda da açık uçlu sorulara yer verildiğinden, istatistiksel inceleme kolaylığı açısından bu sorular kategorize edildi. Veri toplama formu Ek-2’de sunulmuştur.

### **3.3. İzinler**

Çalışmayla ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’una başvuruldu. Etik Kurul’dan 28.03.2014 tarihli 56989545/ 050.04-80 sayılı ve 2014/357 protokol numaralı kararla onay alındı. Aktarlarla görüşmelerin yapılabilmesi için Aydın Valiliği’ne dilekçe ile başvuruldu. Dilekçemiz Valilikten İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü’ne yönlendirildi. Buradan 2014 / 48316832-305-04-03-02 sayılı yazıyla ‘‘bahse konu işyerleriyle görüşme yapmanızda bir sakınca yoktur’’ şeklinde yazı alındı.

Araştırma için bütçelendirme yapılmamış olup, herhangi bir kurum, kuruluş ve kişiden maddi destek alınmamıştır.

### **3.4. İstatistiksel Değerlendirme**

Veri analizi için bir istatistik programı (SPSS for Windows, version 18.0, SPSSInc, Chicago, IL, USA) kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler, yüzdelikler, ortanca (min-mak) olarak verilmiştir. Analitik değerlendirmede, ki-kare testi kullanılmıştır. Tip I Hata ( $\alpha$ ) düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Aktar Bulguları

Çalışmaya Aydın İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü'ne resmi olarak kayıtlı 15 aktar (n=15) alınmıştır. Çalışmaya katılan aktarların yaş ortalaması 44,6 (min:28, mak:64, SS:11,6) ve katılımcıların 11'i erkek (%73,3), 4'ü kadındı (%26,6).

Çalışmaya katılan aktarlardan 11 kişi 30-59 yaş arasında (%73,2), 12'si evli (%80,0) ve 12 kişinin çocuğu vardı (%80,0). Aktarların 8'i lise (%53,3), 4'ü ise üniversite (%26,6) eğitimi alırken, 14 kişi şehir merkezinde (%93,3) ikamet etmekteydi. Çalışmaya katılan aktarların sosyodemografik özellikleri Tablo IV.I'de verilmiştir.

Tablo IV.I. Aktarların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		n	%
Yaş	30 yaş altı	2	13,3
	30-39 yaş	4	26,6
	40-49 yaş	3	20,0
	50-59 yaş	4	26,6
	60 ve üzeri	2	13,3
	Toplam	15	100,0
Medeni durum	Evli	12	80,0
	Bekar	3	20
	Toplam	15	100,0
Çocuğunuz var mı?	Yok	3	20,0
	Var	12	80,0
	Toplam	15	100,0
Eğitim durumu	İlköğretim	3	20,0
	Lise	8	53,3
	Üniversite	4	26,6
	Toplam	15	100,0
Yaşadığınız yer	Şehir merkezi	14	93,3
	Köy	1	6,6
	Total	15	100,0

Aktarlara kaç yıldır bitkisel ürün alım satımı ile uğraştıkları soruldu ve ortalama 14,2 yıldır bu işle uğraştıkları cevabı alındı (min:1, mak:40, SS:13,4). Aktarlardan 7 kişi (%46,6) 10 yıldan daha az, 4 kişi (%26,6) 10-19 yıl arasında, 4 kişi (%26,6) 20 yıl ve üzerinde bitkisel ürün alım satımı işi ile uğraştığını belirtti. Çalışmaya katılan aktarlara aktarlık mesleğini kimden öğrendikleri soruldu. Aktarların 7'si (%46,6) daha önceden bu işi yapan ustasından, 5 kişi (%33,3) ailesinde bu işle uğraşanlardan, 3 kişi (%19,9) ise aktarlık mesleğinin kurslarına katılarak öğrendiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan

aktarlara alıcıların bitkisel ürünleri alırken kendilerine hangi yolla başvurdukları soruldu ve 6 kişi (%40,0) ağırlıklı olarak televizyon programlarında gördükleri ürünleri almaya geldiğini, 4 kişi (%26,6) alıcının çoğunlukla kendilerinin önerilerine göre alış-veriş yaptığını, 4 kişi (%26,6) ağırlıklı olarak eş, dost, akraba önerisine göre geldiğini, 1 kişi (%6,6) ise alıcıların çoğunlukla ürünün ismini doğrudan söyleyerek satın aldığını belirtmiştir.

Aktarlara doktorlar tarafından kendilerine yönlendirilen hasta olup olmadığı soruldu. Bunlardan 13 kişi (%86,6) evet derken, 2 kişi (%13,3) ise hayır cevabını vermiştir. Çalışmaya katılan aktarlara, eczanelerden sizden bitkisel ürün talep eden var mı sorusu soruldu. Katılımcılardan 9 kişi (%60,0) hayır cevabını verirken, 6 kişi (%40,0) evet cevabını vermiştir. Aktarlara sattıkları bitkisel ürünleri nereden temin ettikleri soruldu. 6 kişi (%40,0) yerel bitkisel ürün toptancılarından temin ettiğini, 5 kişi (%33,3) yerel toplayıcılardan temin ettiğini, 3 kişi (%20,0) ulusal bitkisel ürün toptancılarından aldığını, 1 kişi (%6,6) ise bitkileri kendisinin topladığını belirtmiştir. Aktarların aktarlık mesleği ile ilgili sorulan sorulara verdiği cevaplar tablo IV.II'te verilmiştir.

Tablo IV.II. Aktarlık mesleği ile ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı

Değişkenler		n	%
Kaç yıldır bitkisel ürün alım satımı ile uğraşıyorsunuz?	10 yıl altı	7	46,6
	10-19 yıl	4	26,6
	20 yıl ve üstü	4	26,6
	Toplam	15	100,0
Aktarlık mesleğini kimden öğrendiniz?	Daha önceden bu işi yapan bir ustanızdan	7	46,6
	Ailemde bu işle uğraşanlardan öğrendim	5	33,3
	Bu işin kursuna gittim	3	19,9
	Toplam	15	100,0
Müşterileriniz bitkisel ürünleri alırken size hangi yolla başvuruyorlar?	Tv programlarından duyduğu ürünü almaya gelme	6	40,0
	Sizin önerinizi sorma	4	26,6
	Eş dost arkadaş vs önerisiyle gelme	4	26,6
	Ürünün doğrudan ismini belirterek alma	1	6,6
	Toplam	15	100,0
Doktorlar tarafından size yönlendirilen hastalarınız olur mu?	Hayır	2	13,3
	Evet	13	86,6
	Toplam	15	100,0
Eczanelerden sizden bitkisel ürün talep eden var mı?	Hayır	9	60,0
	Evet	6	40,0
	Toplam	15	100,0
Bitkisel ürünleri nereden temin ediyorsunuz?	Bitkisel ürün yerel toptancılarından temin ediyorum	6	40,0
	Yerel toplayıcılardan temin ediyorum	5	33,3
	Ulusal bitkisel ürün toptancılarından alıyorum	3	20,0
	Kendim topluyorum	1	6,6
	Toplam	15	100,0

Aktarlara doktorlar hakkındaki görüşleri soruldu. 8 kişi (%53,3) doktorların bitkisel tedavi bilgilerinin düşük ve önyargılı olduğunu, doktorların bitkisel ürün bilgilerini arttırmaları gerektiğini, 4 kişi (%26,6) aktarlık mesleğinin doktorların yaptığı modern tıbbı tamamlayıcı bir rolü olduğunu, 4 kişi (%26,6) doktorluk mesleğinin mutlak olması gereken bir meslek olduğunu, 1 kişi (%6,6) sağlık alanında eğitim almış eğitimli, donanımlı meslek grubu olduğunu, 1 kişi (%6,6) bitkisel ürünleri öneren doktorları kutladığını, 1 kişi (%6,6) ilaçlardan önce bitkisel ürünlerin doktorlar tarafından tercih edilmesi gerektiğini, 1 kişi (%6,6) doktorların ezberden uzak ve araştırmacı olmalarını aynı zamanda hastayı aydınlatıcı olmalarını istediğini, 1 kişi (%6,6) ise bitkisel ürünlerin doktora danışılmadan kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir.

Tablo IV.III. Araştırmaya katılan aktarların doktorlar hakkındaki görüşleri

Değişkenler	n*	%*
Doktorların bitkisel tedavi bilgileri düşük ve önyargılılar, doktorlar bitkisel ürün bilgilerini arttırmalıdır	8	53,3
Doktorluk mesleği mutlak olması gereken bir meslektir	4	26,6
Aktarlık mesleğinin, doktorların yaptığı modern tıbbı tamamlayıcı bir rolü vardır	4	26,6
Bitkisel ürünleri öneren doktorları kutluyorum	1	6,6
Sağlık alanında eğitim almış eğitilmiş, donanımlı meslek grubudur	1	6,6
İlaçlardan önce bitkisel ürünlerin doktorlar tarafından tercih edilmesi gereklidir	1	6,6
Doktorlar ezberden uzak ve araştırmacı olmalıdır aynı zamanda hastayı aydınlatıcı olmalıdır	1	6,6
Bitkisel ürünler doktora danışılmadan kullanılmamalıdır	1	6,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır(n=15)

Araştırmaya katılan aktarlara satışa sundukları bitkisel ürünlerin kullanım alanı önceliklerine göre sıralamaları istenmiş olup, ilk sıraya sağlıklı yaşamı seçen 5 kişi (%33,3), hastalıklardan korunma seçen 4 kişi (%26,6), besin desteğini seçen 3 kişi (%20,0), hastalıkların tedavisi seçen 3 kişi (%20,0) olmuştur. Kozmetiği, yaşlanmayı geciktirmeyi ve büyüme hızlandırmayı ilk sırada tercih eden olmamıştır.

Araştırmaya katılan aktarlara, alıcıların en çok hangi hastalıklardan şikayetçi olduğu sorulmuş olup, %66,7'si üst ve alt solunum yolu hastalıkları, %40'ı eklem ağrısı, %33,3'ü saç dökülmesi, %26,6'sı fazla kiloluluk ve deri hastalıkları şeklinde sıralanıyordu. Aktarlara başvuran müşterilerin en çok hangi hastalıktan şikayetçi olduğunu gösteren dağılım tablo IV.IV'de verilmiştir.

Tablo IV.IV. Aktarlara başvuran alıcıların en çok hangi hastalıktan şikayetçi olduğunu gösteren dağılım

Değişkenler	n*	%*	Değişkenler	n*	%*
Alt ve üst solunum yolu hastalıkları	10	66,7	Depresyon	2	13,3
Eklem ağrısı	6	40,0	Anemi	2	13,3
Saç dökülmesi	5	33,3	Kilo alamama	2	13,3
Obezite	4	26,6	Mide ve bağırsak hastalıkları	2	13,3
Deri hastalıkları	4	26,6	Bel ağrısı	1	6,6
Diyabetes mellitus	3	20,0	Hipertansiyon	1	6,6
Hemoroid	3	20,0	Böbrek taşı	1	6,6
Astım	2	13,3	Kadın hastalıkları	1	6,6
Baş ağrısı	2	13,3	Stres	1	6,6
Kabızlık	2	13,3	Uykusuzluk	1	6,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır(n=15)

Aktarlardan 12 kiři (%80) tedavisinde etkili olabileceği bir hastalık olduğunu dűřünürken, 3 kiři (%20) tedavisinde etkili olabileceği bir hastalık olmadığını belirtmiştir. Tedavisinde etkili olabileceği bir hastalık olduğunu belirten 12 kişinin hangi hastalıklara etkili olabilecekleri ile ilgili hastalık dağılımları tablo IV.V’de verilmiştir.

Tablo IV.V. Tedavisinde etkili olabileceği bir hastalık olduğunu belirten aktarların hangi hastalıklara etkili olabilecekleri ile ilgili hastalık dağılımları

Değişkenler	n*	%*
Alt ve üst solunum yolu hastalıkları	6	50,0
Diyabetes mellitus	2	16,6
Kanser	1	8,3
Hemoroid	1	8,3
Anemi	1	8,3
Saç dökülmesi	1	8,3
Eklem ağrısı	1	8,3
Obezite	1	8,3
Depresyon	1	8,3
Hipertansiyon	1	8,3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır(n=12)

Çalışmaya katılan aktarlardan 7 (%46,6) kiři aktarlık dışında dűkkanda farklı bir iřle uğraştığını belirtirken, 8 (%53,3) kiři dűkkanında aktarlık dışında bir iřle uğraşmadığını belirtmiştir. Bunlar dűkkanda baharat (n:2), kozmetik (n:2), temizlik ürünleri (n:1), gıda maddeleri (n:1) ve zücaciye(n:1) satışı yapmaktadır. Ayrıca aktarlardan 7 kiři (%46,6) bitkiler dışında, hastalıkların tedavisinde kullanılan kapsül veya tablet şeklinde hazırlanmış bitkisel ilaç vasıflı, ambalajlı ürün satışlarının olduğunu belirtirken, 8 kiři (%53,3) bitkiler dışında hastalıkların tedavisinde kullanılan başka bir ürün satışlarının olmadığını belirtmiştir.

Tablo IV.VI. Aktarların dükkanlarında yaptıkları bitkisel ürün dışı satışlar

Değişkenler		n	%*
Dükkanında aktarlık dışında farklı bir iş ile uğraşıyor musunuz?	Hayır	8	53,3
	Evet	7	46,7
	Toplam	15	100,0
Bitkiler dışında hastalıkların tedavisinde kullanılan sattığımız başka ürünler var mı?	Hayır	8	53,3
	Evet	7	46,7
	Toplam	15	100,0
Dükkanında aktarlık dışında satışını yaptığımız başka ürünler nelerdir?	Baharat	2	28,5
	Kozmetik	2	28,5
	Gıda maddeleri	1	14,2
	Temizlik ürünleri	1	14,2
	Züccaciye	1	14,2
	Toplam	7	14,2

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan aktarlara dükkânlarında en çok hangi bitkisel ürünü sattıkları soruldu. Verilen cevaplar 11 kişiyle (%73,3) ıhlamur, 10 kişiyle (66,6) adaçayı, 9 kişiyle (%60,0) zencefil, 6 kişiyle (%40,0) zerdeçal, 4 kişiyle (%26,6) tarçın, 3 kişiyle (%20,0) hibisküs şeklinde sıralanıyordu. Aktarların en çok satışını yaptığı bitkisel ürünlerin dağılımı tablo 10'da verilmiştir.

Tablo IV.VII. Aktarların en çok hangi bitkisel ürünleri sattıklarının dağılımı

Değişkenler	n*	%*	Değişkenler	n*	%*
ıhlamur	11	73,3	Kuşburnu	1	6,6
Adaçayı	10	66,6	At kuyruğu	1	6,6
Zencefil	9	60,0	Karanfil	1	6,6
Zerdeçal	6	40,0	Kişisel bakım	1	6,6
Melisa	4	26,6	Badem yağı	1	6,6
Tarçın	4	26,6	Havlucan	1	6,6
Hibisküs	3	20,0	Yeşil çay	1	6,6
Papatya	2	13,3	Karabiber	1	6,6
Zayıflama ürünleri	2	13,3	Kimyon	1	6,6
Çörek otu	2	13,3	Ginkgo Biloba	1	6,6
Kekik yağı	2	13,3	Gül hatmi	1	6,6
Kantaron	2	13,3	Karabaş	1	6,6
Civan perçemi	1	6,6	Meyan kökü	1	6,6
Sinirli otu	1	6,6	Sinameki	1	6,6
Ekinezya	1	6,6	Anason	1	6,6
Argan yağı	1	6,6	Rezene	1	6,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan aktarlara bölgelerinden temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürün soruldu. Bunlardan 7 kişi (%46,6) karabaş otu, 6 kişi (%40,0) adaçayı, 5 kişi



(%33,3) kantaron, 4 kişi (%26,6) ısırgan otu, 3 kişi (%20,0) civanperçemi, 3 kişi (%20,0) kekik, 3 kişi (%20,0) ihlamur olarak belirtmiştir. Aktarların bölgelerinden temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürünün dağılımı tablo IV.VIII'de verilmiştir.

Tablo IV.VIII. Aktarların bölgelerinden temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürün dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Karabaş otu	7	46,6	Papatya	2	13,3
Adaçayı	6	40,0	Biberiye	2	13,3
Kantaron	5	33,3	Sinirli ot	1	6,6
Isırgan otu	4	26,6	Lavanta	1	6,6
Kekik	3	20,0	Çörek otu	1	6,6
Civanperçemi	3	20,0	Ebegümece	1	6,6
Ihlamur	3	20,0	Zencefil	1	6,6
Hatmi çiçeği	2	13,3	Tarçın	1	6,6
Melisa	2	13,3			

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır(n=15)

Aktarlara yurtdışından temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürün soruldu. Aktarlardan 6 kişi (%40,0) zencefil, 5 kişi (%33,3) zerdeçal, 5 kişi (%33,3) ginseng, 4 kişi (%26,6) tarçın, 3 kişi (%20,0) safran, 2 kişi yeşil çay kullanıldığı şeklinde cevaplar sıralanıyordu. Aktarların yurtdışından temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürünün dağılımı tablo IV.IX'de verilmiştir.

Tablo IV.IX. Aktarların yurtdışından temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürün dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Zencefil	6	40,0	Yeşil çay	2	13,3
Zerdeçal	5	33,3	Kebabiye	1	6,6
Ginseng	5	33,3	Hibisküs	1	6,6
Tarçın	4	26,6	Rreishi mantarı	1	6,6
Safran	3	20,0	Miski amber	1	6,6
Kakule	2	13,3	Cinemon	1	6,6
Karanfil	2	13,3	Kına	1	6,6
Havlucan	2	13,3	Acı yonca	1	6,6
Yeşil çay	2	13,3	Kebabiye	1	6,6

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır

Aktarlara bitkisel ürünlerin kısımları 9 seçenekte sunulmuş ve bu kısımlardan en çok sattıkları kısımları seçmeleri istenmiştir. Birden fazla seçme olanağı sağlanan 15 aktardan 11 kişi kök, 9 kişi çiçek, 9 kişi tohum, 7 kişi yaprak, 5 kişi kabuk, 2 kişi gövde, 2 kişi meyve, 1 kişi tamamı seçeneğini işaretlemiş, havaya uzanan kısmı seçen olmamıştır.

Aktarlara sattıkları en pahalı üç ürün soruldu. Bunlardan 10 kişi (%66,6) ıhlamur, 5 kişi (%33,3) ginseng, 3 kişi (%33,3) zencefil, 2 kişi (%13,3) karanfil, 2 kişi (%13,3) safran, 2 kişi (%13,3) kakule, 2 kişi (%13,3) sahleple şeklinde en pahalı ürün sıralaması yapıyordu. Aktarların sattıkları en pahalı üç ürün dağılımı tablo IV.X'te verilmiştir.

Tablo IV.X. Aktarların sattıkları en pahalı üç ürün dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Ihlamur	10	66,6	Zerdeçal	1	6,6
Ginseng	5	33,3	Miski amber	1	6,6
Zencefil	3	20,0	Beyaz çay	1	6,6
Safran	2	13,3	Aynısafa	1	6,6
Kakule	2	13,3	Acı çehre tohumu	1	6,6
Sahlep	2	13,3	Kebabe	1	6,6
Arı sütü	1	6,6	Kına kına	1	6,6
Miski amber	1	6,6	Karabaş	1	6,6
Damla sakızı	1	6,6	Melisa	1	6,6
Polen	1	6,6	Acı yonca	1	6,6

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır.

Aktarlara sattıkları en ucuz üç ürün soruldu; 8 kişi adaçayı, 5 kişi keten tohumu, 5 kişi kekik, 2 kişi limon tuzu, 2 kişi tarçın, 1 kişi soya, 1 kişi kuşburnu olarak belirtmiştir. Aktarların sattıkları en ucuz üç ürün dağılımı Tablo IV.XI'te verilmiştir.

Tablo IV.XI. Aktarların sattıkları en ucuz üç ürün dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Adaçayı	8	53,3	Funda yaprağı	1	6,6
Keten tohumu	5	33,3	Nane	1	6,6
Kekik	5	33,3	Çemen tohumu	1	6,6
Limon tuzu	2	13,3	Rezene	1	6,6
Tarçın	2	13,3	Kantaron	1	6,6
Çörek otu	1	6,6	Hibisküs	1	6,6
Soya	1	6,6	Gülhatmi	1	6,6
Kuşburnu	1	6,6	Defne yaprağı	1	6,6
Karabaş otu	1	6,6			

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır.

Aktarlara çocuklarının diyetini desteklemek amaçlı olarak kullandıkları besin olup olmadığı soruldu. Bunlardan 12 kişi (%80) evet derken, 3 kişi (%20) hayır cevabını vermiştir. Evet cevabını veren aktarlardan 7 kişi bal, 4 kişi polen, 3 kişi ginseng, 2 kişi

adaçayı, 2 kişi ihlamur olarak belirtmiştir. Aktarların çocuklarının diyetini destekleme amaçlı kullandıkları besinlerin dağılımı Tablo IV.XII’te verilmiştir.

Tablo IV.XII. Aktarların çocuklarının diyetini destekleme amaçlı kullandıkları besinlerin dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Bal	7	58,3	Propolis	1	8,3
Polen	4	33,3	Çörek otu	1	8,3
Ginseng	3	25,0	Keten tohumu	1	8,3
Arısütü	2	16,6	Yeşil çay	1	8,3
Adaçayı	2	16,6	Zencefil	1	8,3
Ihlamur	2	16,6	Harnup pekmezi	1	8,3
Isırgan otu	2	16,6	Isırgan tohumu	1	8,3
Bitki çayları	1	8,3	Kış çayı	1	8,3

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır (n=12)

Aktarlara kendi diyetlerini destekleme amacıyla kullandıkları besin olup olmadığı soruldu; 13 kişi (%86,6) evet cevabını verirken, 2 kişi (%13,3) hayır cevabını vermiştir. Evet cevabını veren 13 kişiden 5 kişi bitki çayları, 4 kişi bal, 3 kişi zerdeçal, 2 kişi zencefil olarak belirtmiştir. Aktarların kendi diyetlerini destekleme amaçlı kullandıkları besinlerin dağılımı tablo IV.XIII’da verilmiştir.

Tablo IV.XIII. Aktarların kendi diyetlerini destekleme amaçlı kullandıkları besinlerin dağılımı

Değişkenler	n*	%	Değişkenler	n*	%*
Bitki çayları	5	38,4	Adaçayı	1	7,6
Bal	4	30,7	Çoban çökerten	1	7,6
Zerdeçal	3	23,0	Ginseng	1	7,6
Zencefil	2	15,3	Keten tohumu	1	7,6
Isırgan otu	2	15,3	Omega 3	1	7,6
Çörek otu	2	15,3	Havlican	1	7,6
Yeşil çay	2	15,3	Mısır püskülü	1	7,6
Pekmez özleri	1	7,6	Isırgan tohumu	1	7,6

\*Birden çok seçenek işaretlenmiş olup satır yüzdesi kullanılmıştır (n=13)

Aktarlara hastalandıklarında ilk olarak ne yaptıkları soruldu ve 11 kişi (n=11, %73,3) kendi kendini tedavi ettiğini, 3 kişi (%20,0) resmi sağlık kuruluşlarından birine

başvurduğunu, 1 kişi (%6,6) ise hastalandığında hiçbir şey yapmadığını, kendiliğinden geçmesini beklediğini belirtmiştir. Aktarların hastalıklarında ilk olarak ne yapacağı tablo IV.XIV’de verilmiştir.

Tablo IV.XIV. Aktarların hastalıklarında ilk olarak ne yapacaklarının dağılımı

Değişkenler		n	%
Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?	Kendim tedavi ederim	11	73,3
	Resmi sağlık kuruluşlarından birine giderim	3	20,0
	Hiçbir şey yapmam kendiliğinden geçmesini beklerim	1	6,7
	Toplam	15	100,0

Aktarlardan şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi yöntemlerle karşılaştırmalarını istemek amacıyla 9 farklı seçenek sunuldu ve bu seçenekleri tercih etmeleri istendi. Birden fazla seçeneği işaretleme seçeneği sunulan aktarlardan 12 kişi şifalı bitkilerin modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebileceğini, 6 kişi şifalı bitkilerin modern tıptan fayda görmemiş kişilere uygulanabileceğini, 5 kişi şifalı bitkileri kullananların memnun kaldığını, 4 kişi şifalı bitkilerin modern tıbbi tedavilerin yerine kullanılabilceğini, 4 kişi şifalı bitkilerin kolay bulunabilir olduğunu, 3 kişi şifalı bitkilerin kesinlikle zararsız olduğunu, 2 kişi şifalı bitkilerin kolay ulaşılabilir olduğunu, 1 kişi şifalı bitkilerin reçete gerektirmemesini, 1 kişi ise şifalı bitkilerin kanserden koruyabileceğine inandığını belirtmiştir. Aktarların şifalı bitkilerle modern tedavi yöntemlerini karşılaştırdığı veriler tablo IV.XV’de verilmiştir.

Tablo IV.XV. Aktarların şifalı bitkilerle modern tedavi yöntemlerini karşılaştırdığı veriler

Şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığınızda hangileri sizin için doğrudur?	Değişkenler	n	%
	Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir	12	80,0
	Modern tıptan fayda görmemiş olma	6	40,0
	Kullananlar memnun kalmakta	5	33,3
	Tıbbi tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir	4	26,6
	Şifalı bitkiler kolay bulunabilir	4	26,6
	Kesinlikle zararsızdır	3	20,0
	Ulaşılması kolaydır	2	13,3
	Reçete gerektirmemesi	1	6,6
	Kanserden koruduğuna inanıyorum	1	6,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir ve satır yüzdesi kullanılmıştır (n=15)

Aktarlara çocuklarının hastalanmaları durumunda tedavilerinde şifalı bitkiler kullanıp kullanmayacakları soruldu. Bunlardan 14 kişi (%93,3) kullanacağını, 1 kişi (%6.6) kullanmayacağını belirtmiştir.

Aktarlara aktarlık mesleğinin geleceği hakkındaki düşünceleri soruldu. Bunlardan 6 kişi gelecekte herkesin bitkileri kullanacağını, 4 kişi aktarlığın güzel bir meslek olduğunu, gelecek için ideal bir meslek olarak gördüğünü, 3 kişi aktarların tamamlayıcı görevini devam ettirmesi gerektiğini, 2 kişi doktorların bitkisel ürünler ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyinin artmasıyla daha da iyi olacağını düşündüğünü, 1 kişi aktarlığın geleceğini eczacılar nedeniyle kötü gördüğünü, 1 kişi ise doktorların bitkisel ürünleri reçete edebilmesi ile yaygınlaşacağını belirtmiştir. Aktarların mesleklerinin geleceği ile ilgili düşüncelerinin dağılımı tablo IV.XVI'da verilmiştir.

Tablo IV.XVI. Aktarların mesleklerinin geleceği ile ilgili düşüncelerinin dağılımı

Değişkenler	n*	%*
Gelecekte herkes bitkileri kullanacaktır	6	60,0
Güzel bir meslektir, gelecek için en ideal bir meslek olarak görüyorum	4	26,6
Aktarlar tamamlayıcı görevini devam ettirmelidir	3	20,0
Doktorların bitkisel ürünler ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyinin artmasıyla daha da iyi olacağını düşünüyorum	2	13,3
Eczacılar nedeniyle geleceğimizin kötü olacağını düşünüyorum	1	6,6
Doktorlar bitkisel ürünleri reçete edebilirse daha yaygınlaşır	1	6,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir ve satır yüzdesi kullanılmıştır (n=15)

Aktarlara karışım ilaç hazırlayıp hazırlamadığı soruldu ve 8 kişi (%53,3) evet yanıtını verirken, 7 kişi (%46,6) hayır yanıtını vermiştir. Daha sonra karışım ilaç hazırlayan aktarlara hangi hastalıklar için karışım ilaç hazırladıkları soruldu, bunlardan 3 kişi (%37,5) alt ve üst solunum yolu hastalıkları için, 2 kişi (%25) obezite için, 1 kişi (%12,5) ağrı tedavisi için, 1 kişi (%12,5) stres için, 1 kişi (%12,5) safra taşı için karışım ilaç hazırladıklarını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan aktarların çocuk durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması tablo IV.XVII'de yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre çocuğun olup-olmaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,0)

TabloIV.XVII. Aktarlarda cinsiyet ile çocuk durumunun karşılaştırılması

		Çocuğunuz var mı?						P
		Yok		Var		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	1	6,6	3	20,0	4	26,6	>0,05*
	Erkek	2	13,3	9	60,0	11	73,3	

\*Kadınlarda ve erkeklerde çocuğu olanlar daha fazla sayıdadır. Kadınlar ile erkekler arasında çocuk durumu açısından anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan aktarların kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullandığı besinlerin varlığının cinsiyete göre karşılaştırılması tablo IV.XVIII'de yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullanılan besinlerin varlığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XVIII. Aktarlarda cinsiyet ile kendi diyetlerini destekleme amaçlı kullandığı besin varlığının karşılaştırılması

		Kendi diyetinizi destekleme amaçlı kullandığınız besinler var mı?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	0	0,0	4	26,7	4	26,6	>0,05*
	Erkek	2	13,3	9	60,0	11	73,3	

\*Kadınlarda ve erkeklerde diyet desteği alanlar daha fazla sayıdadır. Kadınlar ile erkekler arasında kendi diyetlerini destekleme amaçlı kullandıkları besin varlığı açısından anlamlı fark yoktur( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan aktarların çocuklarının diyetini desteklemek amaçlı kullandığı besinlerin varlığının cinsiyete göre karşılaştırılması tablo IV.XIX'de yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre çocuklarının diyetini desteklemek amaçlı kullandığı besinlerin varlığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XIX. Aktarlarda cinsiyet ile çocuklarının diyetlerini destekleme amaçlı kullandığı besin varlığının karşılaştırılması

		Çocuğunuzun diyetinizi destekleme amaçlı kullandığınız besinler var mı?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	1	6,6	3	20,0	4	26,6	>0,05*
	Erkek	2	13,3	9	60,0	11	73,3	

\*Kadınlarda ve erkeklerde çocuklarına diyet desteği verenler daha fazla sayıdadır. Kadınlar ile erkekler arasında çocuklarının diyetlerini destekleme amaçlı kullandıkları besin varlığı açısından anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

#### 4.2. Aktarlardan Alış-Veriş Yapan Alıcıların Bulguları

Çalışmaya aktarlardan alış-veriş yapan toplam 842 kişi ( $n=842$ ) alınmıştır. Yapılan kolmogorov-smirnov analizinde verilerin normal dağılmadığı bulunmuştur. Alıcıların yaş ortalaması 41,67'dir (ort:41,6, SS:12,8, min:18, maks:80). Alıcıların yaş dağılımına bakıldığında 31-59 yaş arasında 555 kişi (%65,9) bulunmaktaydı. Katılımcı alıcılardan 507 kişi (%60,3) kadın, 595'i evli (%71), 204 kişinin (%24,9) çocuğu vardı. Alıcılardan 254 kişi (%30,3) lise mezunu, 393 kişi (%47,0) üniversite mezunuydu. Bitkisel ürün alıcılarından 510 kişinin (%61,8) geliri 900 ile 3000 TL arasında, 236 kişinin ise (%28,6) 3000 TL üzerinde ve 797 kişinin sağlık güvencesinin (%94,9) SGK olduğu görüldü. 21 kişinin (%2,5) sağlık güvencesi yoktu. Alıcıların 670 kişisi (%79,8) şehir merkezinde oturduğunu belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sosyodemografik özellikleri tablo IV.XX'te verilmiştir.

Tablo IV.XX. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		n	%
Yaş	30 Yaş Altı	194	23,0
	31-59 Arası	555	65,9
	60 Yaş Üstü	93	11,0
	Toplam	842	100,0
Cinsiyet	Kadın	507	60,3
	Erkek	334	39,7
	Toplam	841	100,0
Medeni Durum	Evli	595	71,0
	Bekâr	243	29,0
	Toplam	838	100,0
Çocuk Durumu	Yok	204	24,9
	Var	616	75,1
	Toplam	820	100,0
Eğitim Durumu	Okur-yazar	18	2,2
	İlköğretim	172	20,5
	Lise	254	30,3
	Üniversite	393	47,0
	Toplam	837	100,0
Meslek	Memur	212	25,3
	Ev Hanımı	175	20,9
	Emekli	114	13,6
	Sağlık çalışanı	102	12,2
	Serbest çalışan	98	11,7
	İşçi	72	8,6
	Diğer	66	7,9
	Toplam	839	100,0
Gelir Durumu	900 TL altı	79	9,6
	900-3000 TL	510	61,8
	3000 TL üzeri	236	28,6
	Toplam	825	100,0
Sosyal Güvence	SGK	797	94,9
	Yeşil Kart	22	2,6
	Yok	21	2,5
	Toplam	840	100,0
Oturlan Yer	Şehir Merkezi	670	79,8
	İlçe	141	16,8
	Köy	29	3,5
	Toplam	840	100,0

Aktarlardan alışveriş yapan alıcılara kendi sağlık durumlarını nasıl tanımladıkları soruldu. 147 kişi (%17,5) çok iyi, 444 kişi (%52,9) iyi, 225 kişi (%26,8) orta, 20 kişi (%2,4) kötü, 4 kişi (%0,5) çok kötü olarak tanımlamıştır. Alıcılardan 567 kişinin (%67,7) herhangi bir kronik hastalık tanısı yok iken, 271 kişinin (%32,3) tanımlanmış bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcı alıcılardan 482 kişi (%57,4)



düzenli ilaç kullanmadığını, 358 kişi (%42,6) düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Alıcılardan 274 kişi (%32,7) sigara kullandığını, 205 kişi alkol kullandığını (%24,6) belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların genel sağlık durumu ve bazı alışkanlıklarının dağılımı tablo IV.XXI’te verilmiştir.

Tablo IV.XXI Alıcıların genel sağlık durumu ve bazı alışkanlıkları

Değişkenler		n	%
Kendi sağlık durumunu nasıl tanımladığı	Çok iyi	147	17,5
	İyi	444	52,9
	Orta	225	26,8
	Kötü	20	2,4
	Çok kötü	4	0,5
	Toplam	840	100,0
Herhangi bir kronik hastalık tanı durumu	Hayır	567	67,7
	Evet	271	32,3
	Toplam	838	100,0
Sürekli ilaç kullanım durumu	Hayır	482	57,4
	Evet	358	42,6
	Toplam	840	100,0
Sigara kullanım durumu	Evet	274	32,7
	Hayır	565	67,3
	Toplam	839	100,0
Alkol kullanım durumu	Evet	205	24,6
	Hayır	629	75,4
	Toplam	834	100,0

Çalışmaya katılan alıcıların kronik bir hastalığının olup-olmamasının cinsiyet durumuna göre karşılaştırılması tablo IV.XXII’te yapılmıştır. Buna göre müşterilerin cinsiyet durumu ile kronik bir hastalığının olup-olmaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XXII. Alıcılarda cinsiyet ile kronik hastalık tanısı varlığının karşılaştırılması

		Kronik bir hastalığınız var mı?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	343	40,9	163	19,4	506	60,3	>0,05
	Erkek	224	26,7	108	12,8	332	39,6	

\*Kadın ve erkeklerde kronik hastalık tanısı varlığı açısından anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan aktar müşterilerinin cinsiyete göre düzenli ilaç kullanım durumunun karşılaştırılması tablo IV.XXIII’da yapılmıştır. Buna göre müşterilerin cinsiyet durumu ile düzenli ilaç kullanma arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XXIII. Alıcılarda cinsiyet ile düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması

		Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	287	34,1	220	26,2	507	60,3	>0,05
	Erkek	195	23,2	138	16,4	333	39,6	

\*Kadın ve erkeklerde düzenli ilaç kullanımı açısından anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Alıcıların sigara kullanma alışkanlığının cinsiyete göre karşılaştırılması tablo IV.XXIV'de yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre sigara kullanma alışkanlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tablo IV.XXIV. Alıcılarda cinsiyet ile sigara kullanımının karşılaştırılması

		Sigara kullanıyor musunuz?								P
		Hayır		Evet		Bıraktım		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	335	39,9	122	14,3	49	5,8	506	60,3	<0,001 *
	Erkek	120	14,3	152	18,1	61	7,2	333	39,7	

\*Kadınlarda sigara kullanmayanların oranı daha yüksek iken, erkeklerde sigarayı bırakan ve sigara kullananlar daha fazladır. Kadın ve erkeklerde sigara kullanımı açısından anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Araştırmaya katılan müşterilerin alkol kullanma alışkanlığının cinsiyete göre karşılaştırılması tablo IV.XXV'de yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre alkol kullanma alışkanlığı arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tablo IV.XXV. Alıcılarda cinsiyet ile alkol kullanımının karşılaştırılması

		Alkol kullanıyor musunuz?								P
		Hayır		Evet		Bıraktım		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	416	49,8	87	10,4	3	0,3	506	60,6	<0,001 *
	Erkek	190	22,7	118	14,1	20	2,3	328	39,3	

\*Kadınlarda alkol kullanmayanların oranı daha yüksek iken, erkeklerde alkolü bırakan ve kullananlar daha fazladır. Kadın ve erkeklerde alkol kullanımı açısından anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Araştırmaya katılan müşterilerin cinsiyet durumuna göre sürekli takibi altında oldukları doktor branşının karşılaştırması tablo IV.XXVI'da yapılmıştır. Buna göre cinsiyetle sürekli takibi altında olduğu doktor branşı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XXVI. Alıcılarda cinsiyet ile daimi doktor durumunun karşılaştırılması

		Daimi doktorunuz kim?								p
		Aile hekimi		Diğer branş		Yok		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	233	27,7	218	25,9	56	6,6	507	60,3	>0,05
	Erkek	160	19,0	134	15,9	40	4,7	334	39,7	

\*Kadın ve erkeklerde daimi doktorlarının kim oldukları açısından anlamlı fark yoktur ( $>0,05$ ).

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcılara hastalanınca ilk ne yaparsınız diye soruldu. 317 kişi (%39,8) kendi kendini tedavi ettiğini veya çevresinden yardım aldığını, 440 kişi (%55,2) bir sağlık kuruluşuna ya da doktora başvurduğunu, 40 kişi (%5,0) hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir. Alıcılara ayrıca denedikleri tıp dışı tedavi yöntemleri soruldu. Bunlardan 445 kişi (%57,0) bitkisel ürünleri, 14 kişi (%1,8) dini telkin ve duayı, 36 kişi (%4,6) kaplıcaları, 18 kişi (%2,3) özel diyeti, 14 kişi (%1,8) akupunkturunu, 254 kişi (%32,5) ise diğer olarak veya birden çok belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sağlık davranışlarının dağılımı tablo IV.XXVII'da verilmiştir.

Tablo IV.XXVII. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sağlık davranışları

Değişkenler		n	%
Hastalanınca ilk ne yaparsınız?	Kendi kendimi tedavi ederim ya da çevremden yardım alırım	317	39,8
	Sağlık kuruluşu ya da doktora giderim	440	55,2
	Hiçbir şey yapmam	40	5,0
	Toplam	797	100,0
Tıp dışı tedavilerden hangilerini denediniz?	Bitkisel ürünler	445	57,0
	Dini telkin ya da dua	14	1,8
	Kaplıca	36	4,6
	Özel diyet	18	2,3
	Akupunktur	14	1,8
	Diğer ve birden fazla tedavi şeklini tercih edenler	254	32,5
	Toplam	781	100,0

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcılara daimi doktorlarının kim olduğu soruldu ve bunlardan 393 kişi (%46,7) daimi doktorlarının aile hekimi, 352 kişi (%41,8) daimi doktorlarının diğer branş doktorlarından olduğunu belirtmiştir. Alıcılara doktoru

tarafından bitkisel ürün veya alternatif tıp önerilen kişi sayısı 77 (%9,6), önerilmeyen ise 729 kişidir (%90,4). Alıcılara çocukları hastalandığında hangi tıp dışı yöntemi denedikleri soruldu. Bunlardan 352 kişi (%64,2) bitkisel ürünleri, 30 kişi (%5,5) dini telkin ve duayı, 16 kişi (%2,9) kaplıcaları, 22 kişi (%4,0) özel diyetleri, 128 kişi (%23,4) diğer ve birden çok seçeneği denediğini belirtmiştir. Katılımcı alıcılardan 512 kişi (%76,2) çocuklarının beslenmesine bitkisel ürün desteği kullanırken, 160 kişi (%23,8) kullanmamaktadır. Alıcılara kendi diyetlerinde bitkisel ürün desteği kullanıp kullanmadıkları soruldu ve 686 kişi (%82,3) kullandığını, 148 kişi (%17,7) ise kullanmadığını belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların tıp dışı tedavilere bakışı tablo IV XXVIII'de verilmiştir.

Tablo IV.XVIII. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların tıp dışı tedavilere bakışı

Değişkenler		n	%
Doktorunuz hiç bitki ya da alternatif tıp önerdi mi?	Hayır	729	90,4
	Evet	77	9,6
	Toplam	806	100,0
Çocuklarınız hastalandığında hangi tıp dışı yöntemi dediniz?	Bitkisel ürün	352	64,2
	Dini telkin ya da dua	30	5,5
	Kaplıca	16	2,9
	Özel diyet	22	4,0
	Diğer veya birden fazla yöntem	128	23,4
	Toplam	548	100,0
Çocuklarınızda beslenmelerini desteklemek için kullandığınız bitkisel ürün var mı?	Hayır	160	23,8
	Evet	512	76,2
	Toplam	672	100,0
Kendi diyetinizi desteklemek için kullandığınız bitkisel ürün var mı?	Hayır	148	17,7
	Evet	686	82,3
	Toplam	834	100,0

Alıcılardan modern tıp yöntemleri ile şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini karşılaştırmaları istenmiştir. Cevap veren 839 kişiden 321 kişi (%38,3) tıp dışı yöntemlerin modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebileceğini, 126 kişi (%15,0) tıp dışı yöntemlerin zararsız olduğunu, 95 kişi (%11,3) tıp dışı yöntemlerini kullananların memnun kaldığı için kendisinin de denemek istediğini belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların modern tıp yöntemleri ile şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması tablo IV. XXIX'de verilmiştir.

Tablo IV. XXIX. Alıcıların modern tıp yöntemleri ile şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	n	%	
Şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığımızda hangileri sizin için doğrudur?	Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir	321	38,3
	Kesinlikle zararsızdır	126	15,0
	Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim	95	11,3
	Ulaşılması ya da bulunması kolay	64	7,6
	Sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum	64	7,6
	Kanserden koruduğuna inanıyorum	51	6,1
	Modern tıptan fayda görmemiş olma	49	5,8
	Reçete gerektirmemesi	42	5,0
	Modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir	27	3,2
	Toplam	839	100,0

Alıcılara alışveriş yaptıklarında hali hazırda bir şikayetleri olup olmadığı soruldu. 290 kişinin (%34,6) herhangi bir şikayeti yokken, 549 kişi (%65,4) şikayeti olduğunu belirtmiştir. Alıcılardan 147 kişi (%17,5) aldıkları ürünü daha önce kullanmadığını belirtirken, 692 kişi (%82,5) aldıkları ürünü daha önce de kullandığını belirtmiştir. Katılımcı alıcılardan 129 kişi (%15,4) aldıkları ürünü başkalarına önermeyeceğini, 708 kişi (%84,6) ise başkalarına önerebileceğini belirtmiştir. Alıcılara aldıkları ürünü hangi amaçla aldıkları soruldu. Bunlardan 472 kişi (%51,0) sağlığı destekleyici amaçlı, 205 kişi (%21,0) tedavi amaçlı, 148 kişi (%14,6) tedaviyi destekleyici amaçlı, 63 kişi (%6,2) kozmetik amaçlı, 12 kişi (%1,1) doktorun verdiği ilaç iyi gelmediği için aldığını belirtmiştir. Alıcıların aldıkları ürünü almadan önce hekime danışıp danışmadığı soruldu. 426 kişi (%51,0) danışmadığını, 107 kişi (%12,8) aile hekimine danıştığını, 302 kişi ise (%36,2) başka bir uzman hekime danıştığını belirtmiştir. Alıcılara daha önce aldıkları bu ürünle ilgili bir yan etki olup olmadığı soruldu. 791 kişi (%94,3) yan etki oluşmadığını, 48 kişi (%5,7) yan etki oluştuğunu belirtmiştir. Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların aldıkları ürün ve o anki sağlık durumları hakkındaki görüşleri tablo IV. XXX'da verilmiştir.

Tablo IV.XXX. Alıcıların aldıkları ürün ve o anki sağlık durumları hakkındaki görüşleri

Değişkenler		n	%
Şu anda herhangi bir şikayetiniz var mı?	Hayır	290	34,6
	Evet	549	65,4
	Toplam	839	100,0
Bu şikayetiniz için herhangi bir hekime danıştınız mı?	Hayır	426	51,0
	Evet, aile hekimine	107	12,8
	Evet, başka uzmana	302	36,2
	Toplam	835	100,0
Aldığımız bu ürünü daha önce kullandınız mı?	Hayır	147	17,5
	Evet	692	82,5
	Toplam	839	100,0
Aldığımız bu ürünü başkalarına önerir misiniz?	Hayır	129	15,4
	Evet	708	84,6
	Toplam	837	100,0
Bu ürünü ne amaçla alıyorsunuz?	Sağlığı destekleyici	472	51,0
	Tedavi amaçlı	205	21,0
	Tedaviyi destekleyici	148	14,6
	Kozmetik amaçlı	63	6,2
	Doktorun verdiği ilaç iyi gelmediği için	12	1,1
Daha önce bu ürünle ilgili bir yan etki oldu mu?	Hayır	791	94,3
	Evet	48	5,7
	Toplam	839	100,0

Çalışmaya katılan alıcıların kendi sağlık durumlarını nasıl tanımladıkları ile sosyodemografik özellikleri tablo 34'te karşılaştırılmıştır. Buna göre yaş ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Cinsiyet ve medeni durum ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Çocuk durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p = 0,009$ ). Oturdıkları yer ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Sigara içme durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Alkol kullanma durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Meslek ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Gelir durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p = 0,029$ ). Sosyal güvence durumu ile kendi sağlık durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo IV XXXI. Alıcıların sağlık durumu ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Kendi sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?												p
		Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Çok kötü		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	30 yaş altı	54	36,7	108	24,3	31	13,8	0	0	0	0	193	23	<0,001 *
	31-59 yaş	92	62,6	306	68,9	144	64	11	55	1	25	554	66	
	60 yaş üstü	1	0,7	30	6,8	50	22,2	9	45	3	75	93	11,1	
Cinsiyet	Kadın	88	59,9	265	59,7	138	61,3	13	65	3	75	507	60,4	>0,05
	Erkek	59	40,1	179	40,3	87	38,7	7	35	1	25	333	39,6	
Medeni durum	Evli	98	66,7	315	71,1	165	74,0	14	70,0	3	75,0	595	71,1	>0,05
	Bekar	49	33,3	128	28,9	58	26,0	6	30,0	1	25,0	242	28,9	
Çocuk sayısı	Yok	49	34,5	110	25,5	39	17,6	4	20,0	1	25,0	203	24,8	0,009 **
	Var	93	65,5	322	74,5	182	82,4	16	80,0	3	75,0	616	75,2	
Oturduğu yer	Şehir	123	84,2	354	79,7	176	78,2	15	75,0	1	25,0	669	79,7	>0,05
	İlçe	21	14,4	71	16,0	42	18,7	4	20,0	3	75,0	141	16,8	
	Köy	2	1,4	19	4,3	7	3,1	1	5,0	0	0	29	3,5	
Sigara kullanımı	Evet	44	29,9	145	32,7	78	34,7	5	25,0	2	50,0	274	32,7	>0,05
	Hayır	103	70,1	298	67,3	147	65,3	15	75,0	2	50,0	565	67,3	
Alkol kullanımı	Evet	42	28,6	110	24,9	50	22,5	2	10,0	1	25,0	205	24,6	>0,05
	Hayır	105	71,4	331	75,1	172	77,5	18	90,0	3	75,0	629	75,4	
Meslek	Ev hanımı	27	18,3	87	19,6	55	24,4	6	30,0	0	0,0	175	20,8	<0,001 ***
	İşçi	10	6,8	46	10,4	16	7,1	0	0	0	0,0	72	8,5	
	Memur	45	30,6	112	25,3	52	23,1	2	10,0	0	0,0	211	25,1	
	Serbest çalışan	24	16,3	50	11,3	24	10,6	0	0	0	0,0	98	11,6	
	Sağlık çalışanı	19	12,9	64	14,4	17	7,5	2	10,0	0	0,0	102	12,1	
	Emekli	5	3,5	50	11,3	47	20,8	8	40,0	4	100,0	114	13,6	
	Diğer	17	11,6	33	7,4	14	6,2	2	10,0	0	0,0	66	7,8	
Gelir durumu	900 altı	20	14,0	32	7,3	25	11,4	2	10,5	0	0	79	9,6	>0,05
	900-3000	77	53,8	277	63,1	136	62,1	15	78,9	4	100	509	59,9	
	3000 üstü	46	32,2	130	29,6	58	26,5	2	10,5	0	0	236	28,6	
Eğitim	İlköğretim	0	0	10	4,4	8	5,7	0	0	0	0	18	4,1	0,029 ****
	Lise	19	28,8	83	36,9	66	47,1	4	30,8	0	0	172	38,7	
	Üniversite	47	71,2	132	58,7	66	47,1	9	69,2	0	0	254	57,2	
Sosyal güvence	Yeşil kart	2	1,4	14	3,2	5	2,2	1	5,0	0	0	22	2,6	>0,05
	SGK	140	95,2	419	94,6	214	95,1	19	95	4	100	796	94,9	
	Yok	5	3,4	10	2,3	6	2,7	0	0	0	0	21	2,5	

\*Araştırmaya katılan kişilerden 30 yaş altı bireyler kendi sağlıklarını daha fazla oranda çok iyi ve iyi olarak niteler iken, 60 yaş üstü bireyler daha fazla oranda orta, kötü ve çok kötü şeklinde tanımlamışlardır. 31-59 yaş grubu ise bütün tanımlara yaklaşık

olarak benzer oranda eğilim göstermiştir. Yaş grupları arasında kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

\*\* Araştırmaya katılan kişilerden çocuğu olmayanlar kendi sağlıklarını daha fazla oranda çok iyi ve iyi olarak niteler iken, çocuğu olduğunu söyleyen kişiler daha fazla oranda orta, kötü ve çok kötü şeklinde tanımlamışlardır. Çocuğu olma durumuna göre gruplar arasında kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

\*\*\* Araştırmaya katılan kişilerden ev hanımları kendi sağlıklarını daha fazla orta ve kötü, işçiler daha fazla oranda iyi, memurlar daha fazla oranda çok iyi ve iyi, serbest çalışanlar daha fazla oranda çok iyi, sağlık çalışanları daha fazla oranda çok iyi ve iyi, emekliler orta, kötü ve çok kötü, diğer mesleklerdekiler ise çok iyi ve kötü olarak tanımlamıştır. Mesleğe göre gruplar arasında kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

\*\*\*\*Araştırmaya katılan kişilerden eğitim durumu ilköğretim olanlar kendi sağlıklarını daha fazla oranda iyi ve orta olarak nitelerken, eğitim durumu lise olan kişiler daha fazla oranda orta şeklinde tanımlamışlar, eğitim durumunu üniversite olarak belirtenler sağlıklarını daha fazla oranda çok iyi ve iyi olarak tanımlamışlardır. Eğitim durumuna göre gruplar arasında kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,029$ ).

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması tablo 35'te yapılmıştır. Buna göre; yaş ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Cinsiyet ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Medeni durum ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Meslek ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Gelir durumu ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Eğitim durumu ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sağlık güvencesi durumu ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark



bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Alıcıların oturdukları yer ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tablo IV.XXXII. Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Hastalanınca ilk ne yaparsınız?								p
		Kendi kendimi tedavi ederim ya da çevremden yardım alırım		Sağlık kuruluşu ya da doktora giderim		Hiçbir şey yapmam		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	30 yaş altı	87	27,4	77	17,5	19	47,5	183	23,0	<0,001 *
	31-59 arası	202	63,7	300	68,2	20	50,0	522	65,5	
	60 üzeri	28	8,8	63	14,3	1	2,5	92	11,5	
Cinsiyet	Kadın	200	63,1	262	59,5	20	50,0	482	60,5	>0,05
	Erkek	117	36,9	178	40,5	20	50,0	315	39,5	
Medeni durum	Evli	217	68,9	322	73,3	25	62,5	564	71,0	>0,05
	Bekar	98	31,1	117	26,7	15	37,5	230	29,0	
Meslek	Ev hanımı	74	23,3	87	19,7	6	15,3	167	20,9	0,003* *
	İşçi	26	8,2	40	9,1	2	5,12	68	8,5	
	Memur	83	26,1	108	24,5	6	15,3	197	24,7	
	Serbest çalışan	27	8,5	60	13,6	6	15,3	93	11,6	
	Sağlık çalışanı	48	15,1	41	9,3	9	23,0	98	12,3	
	Emekli	38	11,9	69	15,6	2	5,1	109	13,6	
	Diğer	21	6,0	35	7,9	8	20,5	64	8,0	
Gelir durumu	900 altı	29	9,3	40	9,3	4	10,0	73	9,3	>0,05
	900-3000	185	59,3	279	65,0	21	52,5	485	62,1	
	3000 üzeri	98	31,4	110	25,6	15	37,5	223	28,6	
Eğitim durumu	İlköğretim	5	2,9	10	4,3	0	0	15	3,6	>0,05
	Lise	69	39,9	90	39,0	6	35,3	165	39,2	
	Üniversite	99	57,2	131	56,7	11	64,7	241	57,2	
Sağlık güvencesi	Yeşil kart	7	2,2	13	3,0	1	2,5	21	2,6	0,002 ***
	SGK	301	95,0	420	95,5	34	85,0	755	94,7	
	Yok	9	2,8	7	1,6	5	12,5	21	2,6	
Oturduğunuz yer	Şehir	272	85,8	332	75,6	30	75,0	634	79,6	<0,001 ****
	İlçe	37	11,7	93	21,2	5	12,5	135	17,0	
	Köy	8	2,5	14	3,2	5	12,5	27	3,4	

\*Araştırmaya katılan kişilerden 30 yaş altı bireyler hastalanınca daha fazla oranda hiçbir şey yapmam ve kendi kendime tedavi ederim derken, 31-59 yaş grubu bireyler daha fazla oranda sağlık kuruluşu ya da doktora giderim demiştir. 60 yaş üstü

bireyler ise yine daha fazla oranda sağlık kuruluğu ya da doktora giderim demiştir. Yaş grupları arasında hastalanınca ilk yapılan şey açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

\*\*Araştırmaya katılan kişilerden ev hanımı olan bireyler daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim, işçiler sağlık kuruluğu ya da doktora giderim, memurlar kendi kendime tedavi ederim, serbest çalışanlar daha fazla oranda hiçbir şey yapmam ve sağlık kuruluğu ya da doktora giderim, sağlık çalışanı olan bireyler hastalanınca daha fazla oranda hiçbir şey yapmam ve kendi kendime tedavi ederim derken, emekli olan bireyler sağlık kuruluğu yada doktora giderim, diğer meslek grubu bireyler daha fazla oranda hiçbir şey yapmam demiştir. Meslek grupları arasında hastalanınca ilk yapılan şey açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

\*\*\* Araştırmaya katılan kişilerden sağlık güvencesi yeşil kart olanlar daha fazla oranda sağlık kuruluğu ya da doktora giderim, SGK olanlar daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim ve sağlık kuruluğu ya da doktora giderim, sağlık güvencesi olmayanlar kendi kendime tedavi ederim ve hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamışlardır. Sağlık güvencesi grupları arasında hastalanınca ilk yapılan şey açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

\*\*\*\* Araştırmaya katılan bireylerden şehir merkezinde yaşayanlar daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim, ilçede yaşayanlar daha fazla oranda sağlık kuruluğu ya da doktora giderim, köyde yaşayanlar hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamıştır. Araştırmaya katılan kişiler arasında yaşanılan yer grupları arasında hastalanınca ilk yapılan şey açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması tablo IV XXXIII'de yapılmıştır. Buna göre; kronik hastalık durumu ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Düzenli ilaç kullanımı ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tablo IV.XXXIII. Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması

		Hastalanınca ilk ne yaparsınız?								p
		Kendi kendimi tedavi ederim ya da çevremden yardım alırım		Sağlık kuruluşu ya da doktora giderim		Hiçbir şey yapmam		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalığınız var mı?	Yok	188	59,5	328	74,7	18	45,0	534	67,2	<0,001 *
	Var	128	40,5	111	25,3	22	55,0	261	32,8	
Düzenli ilaç kullanımı	Hayır	202	63,7	220	50,0	31	77,5	453	56,8	<0,001 **
	Evet	115	36,3	220	50,0	9	22,5	344	43,2	

\*Alıcılardan hastalandığı zaman, kronik hastalığı olmayanlar daha fazla oranda sağlık kuruluşu ya da doktora giderim, kronik hastalığı olanlar daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim ya da hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamıştır. Kronik hastalık olma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

\*\*Araştırmaya katılan kişilerden hastalandığı zaman, düzenli ilaç kullananlar daha fazla oranda sağlık kuruluşu ya da doktora giderim, düzenli ilaç kullanmayanlar daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim ya da hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamıştır. Düzenli ilaç kullanma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile modern tıp-bitkisel ürün hakkındaki düşüncelerinin karşılaştırılması tablo IV XXXIV'de yapılmıştır. Buna göre; modern tıp-bitkisel ürün karşılaştırma sonuçları ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV. XXXIV. Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile modern tıp-bitkisel ürün hakkındaki düşüncelerinin karşılaştırılması

Bitki tedavisini modern tıp ile karşılaştırdığınızda ne düşünüyorsunuz?	Hastalanınca ilk ne yaparsınız?								p	
	Kendi kendimi tedavi ederim ya da çevremden yardım alırım		Sağlık kuruluşu ya da doktora giderim		Hiçbir şey yapmam		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tıp dışı yöntemler zararsızdır	43	13,6	70	15,9	6	15	11	9	14,9	>0,05
Tıp dışı yöntemler modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir	102	32,3	18	42,0	15	37,5	30	2	37,9	
Tıp dışı yöntemler modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir	10	3,2	13	3	2	5	25		3,1	
Tıp dışı yöntemlere ulaşılması ya da bulunması kolay	26	8,2	30	6,8	5	12,5	61		7,7	
Tıp dışı yöntemleri kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim	41	13,0	46	10,5	4	10	91		11,4	
Sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum	32	10,1	28	6,4	3	7,5	63		7,9	
Tıp dışı yöntemlere reçete gerektirmemesi önemli	13	4,1	19	4,3	3	7,5	35		4,4	
Modern tıptan fayda görmemiş olanlar tıp dışı yöntemleri kullanabilir	21	6,6	27	6,1	1	2,5	49		6,2	
Tıp dışı tedavilerin kanserden koruduğuna inanıyorum	22	8,9	28	5	1	2,5	52		6,4	

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların devamlı gittikleri doktor bilgisi ile bitkisel ürünler hakkındaki düşüncelerinin karşılaştırılması tablo IV XXXV’de yapılmıştır. Buna göre; alıcıların doktorları tarafından bitkisel ürün önerilmesi ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Alıcıların çocuklarının beslenmelerini desteklemek için kullandıkları bitkisel ürün bilgisi ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Alıcıların kendi beslenmelerini desteklemek için kullandıkları bitkisel ürün bilgisi ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Alıcıların mevcut şikayeti ile ilgili bir hekime gitme durumu ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Alıcıların aldıkları ürünü hangi amaçla aldıkları bilgisi ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XXXV Alıcıların devamlı gittikleri doktor bilgisi ile bitkisel ürünler hakkındaki düşüncelerinin karşılaştırılması

		Daimi doktorunuz kim?								p
		Aile Hekimi		Diğer branş		Yok		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Doktorunuz size bitkisel ürün önerdi mi?	Hayır	345	89,8	304	89,4	80	97,6	729	90,4	>0,05
	Evet	39	10,2	36	10,6	2	2,4	77	9,6	
Çocuklarımızda beslenmelerini desteklemek için kullandığımız bitkisel ürün var mı?	Hayır	79	24,5	54	19,1	27	40,3	160	23,8	<0,001*
	Evet	244	75,5	228	80,9	40	59,7	512	76,2	
Kendi beslenmenizi desteklemek için kullandığımız bitkisel ürün var mı?	Hayır	78	19,9	40	11,4	30	32,6	148	17,7	<0,001**
	Evet	313	80,1	311	88,6	62	67,4	686	82,3	
Bugünkü şikâyetinizle ilgili bir hekime gittiniz mi?	Hayır	235	60,1	129	36,8	62	66,7	426	51,0	<0,001***
	Aile hekimi	69	17,6	26	7,4	12	12,9	107	12,8	
	Diğer branş	87	22,3	196	55,8	19	20,4	302	36,2	
Bu ürünü kullanma amacınız nedir?	Kozmetik amaçlı	31	9,0	25	6,0	7	7,4	63	7,5	>0,05
	Sağlığı destekleyici	222	56,8	179	51,3	60	63,2	461	55,2	
	Tedavi amaçlı	81	20,7	80	22,9	15	15,8	176	21,1	
	Doktorun verdiği ilaç iyi gelmedi	4	1,0	6	1,7	2	2,1	12	1,4	
	Tedaviyi destekleyici	49	12,5	63	18,1	11	11,6	123	14,7	

\*Araştırmaya katılan kişiler arasında çocuklarının beslenmelerini desteklemek için bitkisel ürün kullanmayanların daimi doktoru olmadığı ya da aile hekimi olduğu, çocuklarının beslenmesini desteklemek için bitkisel ürün kullananların ise daha fazla oranda diğer branş hekimlerinden daimi hizmet aldığı bulunmuştur. Araştırma grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).\*\*\*Araştırmaya katılan kişiler arasında kendi beslenmelerini desteklemek için bitkisel ürün kullanmayanların daimi doktoru olmadığı yada aile hekimi olduğu, kendi beslenmesini desteklemek için bitkisel ürün kullananların ise daha fazla oranda diğer branş hekimlerinden daimi hizmet aldığı bulunmuştur. Araştırma grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

\*\*\*Bugünkü şikâyetiyle ilgili aktara alış-verişe gelmeden önce bir hekime gidenler daha fazla oranda daimi olarak aile hekimi tarafından izlenen ya da herhangi bir hekim tarafından izlenmeyen kişilerden oluşmaktadır. Araştırma grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Alıcıların sürekli takibi altında oldukları doktor bilgisi ile bitkisel ürünler hakkındaki görüşlerin karşılaştırılması tabloIV XXXVI'da yapılmıştır. Buna göre; bitkisel ürün-modern tıp karşılaştırma sonuçları ile daimi doktor bilgisi karşılaştırılmış ve anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p=0,020$ ).

Tablo IV.XXXVI. Alıcıların devamlı gittikleri doktor bilgisi ile bitkisel ürünler hakkındaki görüşlerin karşılaştırılması

Şifalı bitkilerle modern tıbbi karşılaştırdığınızda ne düşünüyorsunuz?	Daimi doktorunuz kim?								p
	Aile Hekimi		Diğer branş		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kesinlikle zararsızdır	57	14,5	50	14,2	19	20,0	126	15,0	0,020*
Şifalı bitkiler modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir	167	42,5	117	33,3	37	38,9	321	38,3	
Şifalı bitkiler modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir	6	1,5	15	4,3	6	6,3	27	3,2	
Ulaşılması ya da bulunması kolay	29	7,4	26	7,4	9	9,5	64	7,6	
Kullanıcılar memnun kaldığı için ben de denemek istedim	41	10,4	50	14,2	4	4,2	95	11,3	
Sağlığımla ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum	23	5,9	31	8,8	10	10,5	64	7,6	
Reçete gerektirmemesi önemli	25	6,4	15	4,3	2	2,1	42	5,0	
Modern tıptan fayda görmemiş olmak	21	5,3	24	6,8	4	4,2	49	5,8	
Kanserden koruduğuna inanıyorum	24	6,1	23	6,6	4	4,2	51	6,1	

\*Alıcılar arasında bitkisel tedaviler ile modern tıp tedavilerini karşılaştırdıklarında düşündüklerini ifade ederken; daimi doktoru aile hekimi olanlar en fazla oranda şifalı bitkilerin modern tıp yöntemleri destekleyebileceğini söylemiş, daimi doktoru aile hekimliği dışı diğer branş hekimleri olanlar da en fazla oranda şifalı bitkilerin modern yöntemleri destekleyebileceğini söylemiş, herhangi bir hekim tarafından düzenli izlenmeyen katılımcılar da en fazla oranda şifalı bitkilerin modern yöntemleri destekleyebileceğini söylemiştir. Araştırma grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,020$ ).

Tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile kendi diyetlerine bitkisel ürün desteği kullanıp kullanmamasının karşılaştırılması tablo 40'ta yapılmıştır. Buna göre; tıp dışı tedavi yöntemleri ile alıcıların kendi diyetlerinde bitkisel ürün kullanıp kullanmama arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XXXVII. Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile kendi diyetleri için bitkisel ürün desteği kullanıp kullanmamasının karşılaştırılması

		Kendi diyetinizi desteklemek için kullandığınız bitkisel ürün var mı?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Tıp dışı tedavi yöntemleri</b>	Bitkisel ürünler	87	67,4	357	55,0	444	57,1	>0,05
	Dini telkin yada dua	3	2,3	11	1,7	14	1,8	
	Kaplıca	5	3,9	31	4,8	36	4,6	
	Özel diyet	3	2,3	15	2,3	18	2,3	
	Akupunktur	1	0,8	13	2,0	14	1,8	
	Diğer veya birden fazla yöntem	30	23,3	222	34,2	252	32,4	

Tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile çocuklarının diyetlerine bitkisel ürün desteği kullanıp kullanmamasının karşılaştırılması tablo IV XXXVIII'de yapılmıştır. Buna göre; tıp dışı tedavi yöntemleri ile alıcıların çocuklarının diyetlerinde bitkisel ürün kullanıp kullanmama arasında anlamlı sonuç bulunmuştur ( $p=0,005$ ).

Tablo IV.XXXVIII. Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile çocuklarının diyetleri için bitkisel ürün desteği kullanıp kullanmamasının karşılaştırılması

		Çocuklarınızın diyetini desteklemek için kullandığınız bitkisel ürün var mı?						P
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Tıp dışı tedavi yöntemleri</b>	Bitkisel ürünler	60	59,4	289	65,7	349	64,5	0,005*
	Dini telkin yada dua	12	11,9	17	3,9	29	5,4	
	Kaplıca	6	5,9	10	2,3	16	3,0	
	Özel diyet	3	3,0	19	4,3	22	4,1	
	Diğer veya birden fazla yöntem	20	19,8	105	23,9	125	23,1	

\*Alıcılar arasından tıp dışı tedavi yöntemlerinden bitkisel ürünleri tercih edenlerin, özel diyetleri tercih edenlerin ve diğer yöntemler ya da birden fazla yöntem tercih edenlerin daha fazla oranda çocuklarının diyetini desteklemek için bitkisel ürün kullandığı, dini telkin ya da duayı tercih edenlerin, kaplıca tedavilerini tercih edenlerin daha fazla oranda çocuklarının diyetini desteklemek için bitkisel ürün kullanmadığı bulunmuştur. Araştırma grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,005**).

Alıcılar tarafından tıp dışı tedavi yöntemlerinin kullanımı ile kronik hastalık olup-olmadığının karşılaştırması tablo IV XXXIX'da yapılmıştır. Buna göre; tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (>0,05).

Tablo IV.XXXIX. Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile kronik hastalık olup olmadığının karşılaştırması

		Kronik bir hastalığınız var mı?						p
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Tıp dışı tedavi yöntemleri</b>	Bitkisel ürünler	294	54,3	149	62,6	443	56,9	>0,05
	Dini telkin ya da dua	9	1,7	5	2,1	14	1,8	
	Kaplıca	24	4,4	12	5,0	36	4,6	
	Özel diyet	12	2,2	6	2,5	18	2,3	
	Akupunktur	12	2,2	2	0,8	14	1,8	
	Diğer veya birden fazla yöntem	190	35,1	64	26,9	254	32,6	

Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile mevcut kronik hastalığı için düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması tablo IV XL'da yapılmıştır. Buna göre; tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ile düzenli ilaç kullanma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).



Tablo IV XL. Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanım durumu ile kronik hastalığı için düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılması

		Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?						p
		Hayır		Evet		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Tıp dışı tedavi yöntemleri</b>	Bitkisel ürünler	259	59,4	186	53,9	445	57,0	>0,05
	Dini telkin ya da dua	8	1,8	6	1,7	14	1,8	
	Kaplıca	22	5,0	14	4,1	36	4,6	
	Özel diyet	6	1,4	12	3,5	18	2,3	
	Akupunktur	6	1,4	8	2,3	14	1,8	
	Diğer veya birden fazla yöntem	135	31,0	119	34,5	254	32,5	

### 4.3. Aktarlar ve Alıcıların Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan aktarlarla, alıcıların hastalandıklarında ilk ne yapacaklarının karşılaştırılması tablo 44’te yapılmıştır. Buna göre hastalandıklarında ilk ne yapacakları konusunda alıcılar ile aktarlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo IV.XLI. Aktarların ve alıcıların hastalandıkları zaman ilk ne yapacaklarının karşılaştırılması

		Grup						p
		Alıcı		Aktar		Toplam		
		n*	%	n*	%	n*	%	
<b>Hastalandığımızda ilk ne yaparsınız?</b>	Kendi kendimi tedavi ederim	292	34,8	11	73,3	303	35,4	>0,05
	Arkadaş ya da komşulara danışırım	66	7,8	0	0,0	66	7,7	
	Resmi sağlık kuruluşlarından birine giderim	392	46,7	3	20,0	395	46,2	
	Özel doktor muayenesine giderim	42	5,0	0	0,0	42	4,9	
	Üniversite hastanesine giderim	47	5,6	0	0,0	47	5,5	
	Hiçbir şey yapmam kendiliğinden geçmesini beklerim	44	5,2	1	0,6	45	5,2	

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup alıcılardan 842 kişi aktarlardan 15 kişi toplam 857 kişi cevap vermiştir.

Aktarların ve alıcıların şifalı bitkilerle tedavi yöntemleri hakkındaki düşüncelerinin, modern tıp yöntemleriyle karşılaştırılması tablo IV XLII’te yapılmıştır. Buna göre şifalı bitkilerle tedavi yöntemleri hakkındaki düşüncelerini, modern tıp

yöntemleriyle karşılaştırdığımız aktarlar ve alıcılar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tablo IV XLII. Aktarların ve alıcıların modern tıp ile bitkisel ürün değerlendirmelerinin karşılaştırılması

		Grup						p
		Alıcı		Aktar		Toplam		
		n*	%	n*	%	n*	%	
Şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi yöntemlerle karşılaştırdığımızda aşağıdakilerden hangileri sizin için doğrudur?	Kesinlikle zararsızdır	87	10,3	3	20,0	90	10,5	<0,001* *
	Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir	312	37,1	12	80,0	324	37,9	
	Modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir	16	1,9	4	26,6	20	2,3	
	Ulaşılması ya da bulunması kolay	41	4,8	2	13,3	43	5,0	
	Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim	63	7,5	5	33,3	68	7,9	
	Reçete gerektirmemesi	39	4,6	1	6,6	40	4,6	
	Kolay bulunabilir ve ulaşılabilir olması	27	3,2	4	26,6	31	3,6	
	Modern tıptan fayda görmemiş olma	11	1,3	6	40,0	17	1,9	
	Kanserden koruduğuna inanıyorum	6	0,7	1	6,6	7	0,8	

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup alıcılardan 842 kişi aktarlardan 15 kişi toplam 857 kişi cevap vermiştir.

\*\* Araştırmaya alınan aktarların, şifalı bitkiler ile modern tedavi yöntemlerini karşılaştırdığında alıcılara göre sorunun tüm şıklarına daha fazla oranda katıldığı görülmüş ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Aktarların ve alıcıların hem çocuklarının diyetlerini desteklemek amaçlı, hem de kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullandıkları besin durumunun karşılaştırılması tablo IV XLIII'de yapılmıştır. Buna göre hem çocuklarının diyetlerini desteklemek amaçlı, hem de kendi diyetlerini desteklemek amaçlı alıcılar ile aktarlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $>0,05$ ).

Tablo IV.XLIII. Aktarlarda ve alıcılarda çocuklarının diyetlerini ve kendi diyetlerini destekleme amaçlı kullandıkları besin durumunun karşılaştırılması

		Grup						P
		Alıcı		Aktar		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Çocuklarınızın diyetini destekleme amaçlı kullandığınız besinler var mı?	Hayır	160	23,8	4	26,7	164	23,8	>0,05
	Evet	512	76,2	11	73,3	523	76,1	
	Toplam	672	100,0	15	100,0	687	100,0	
Kendi diyetinizi destekleme amaçlı kullandığınız besinler var mı?	Hayır	147	17,6	3	20,0	150	17,6	>0,05
	Evet	687	82,3	12	80,0	699	82,4	
	Toplam	834	100,0	15	100,0	848	100,0	

## 5. TARTIŞMA

Dünya genelinde, özellikle son yıllarda, başta bitkisel tedaviler olmak üzere geleneksel tıp metotlarına ilgi giderek artmaktadır (2). Bu artış gelişmiş ülkelerde son 20 yılda olmuştur (20). Bu artıştan ülkemizin ve Aydın'ın da etkilendiğini söylemek mümkündür, çünkü çalışmamızda Aydın Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü'ne resmi kayıtlı 15 aktarla yaptığımız görüşmeler sonucu elde ettiğimiz verilere göre; bu aktarların yarısına yakını aktarlık mesleğini 10 yıl veya daha kısa bir süredir yaptığını belirtmiştir. Yani kayıtlı aktarların neredeyse yarısına yakını son 10 yıldır faaliyet göstermeye başlamışlardır. Aydın kent merkezinde aktar sayısındaki bu artış, ülkemizle birlikte kentimizdeki bitkisel tedavilerin artan popülaritesini ve talep artışını en iyi şekilde yansıttığı söylenebilir.

Yaptığımız çalışmada, aktarların yarısından fazlasının 30–60 yaş arasında olduğu, yarısından fazlasının lise mezunu, az sayıda da üniversite mezunu olduğu görüldü. Manisa şehir merkezinde bitki ve doğal ürünler kullanarak hasta tedavi eden veya sadece bitkisel ve benzeri doğal ürünler satan esnafların (aktar) kimlik ve mesleki özelliklerini ortaya çıkarmaya yönelik yapılan tanımlayıcı bir çalışmaya göre aktar, poşetçi, lokman, tarım ürünleri gibi çeşitli isimler altında çalışan bu kişilerin çalışmamızla uyumlu olarak çoğunun orta yaş grubunda olduğu, öğrenim durumlarının ilköğretimden yüksek öğretime kadar çeşitlilik gösterdiği, ancak çalışmamızdan farklı olarak tamamının erkek olduğu belirtilmiştir (81). Bizim çalışmamızda görüşülen aktarların dördü (%26,6) kadındı. Görüşülen aktarların büyük kısmı evli ve çocuk sahibiydi. Çalışmaya katılan aktarların çocuk durumunun cinsiyete göre karşılaştırılmasında, kadın ve erkek aktarlarda çocuk sayısı bakımından anlamlı fark bulunmadı. Hemen tamamının aktarlık dükkânı dışında başka bir meslekle uğraşmalarının olmadığını ve geçimlerini bu yolla sağladıklarını belirttiler.

Eğitim durumlarına bakıldığında, aktarlar arasında az sayıda üniversite mezunu olmakla beraber, aldıkları eğitim sağlık dışındaki alanlardaydı. Aktarlık mesleğini, yarısından fazlası ya daha önce bu işi yapan bir ustasından veya ailesinde bu işle uğraşan kişilerden öğrendiklerini belirtirken, çok azı aktarlık mesleğiyle ilgili almış olduğu bir eğitimi olduğunu veya bu işin kursuna gittiğini dile getirdi. Yukarıda TAT ve aktarlık

uygulamaları hakkında ülkemizdeki yasal durum kısmında da bahsedildiği gibi, ülkemizde bu yöntemlere artan ilgi ve yaygın kullanılması nedeniyle uygulamaların standardize edilmesi, bu konuda eğitilmiş uygulayıcılar tarafından uygulanması hedeflenmektedir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı tarafından Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 27.10.2014 tarihli 21958 sayılı Resmî Gazete’de ilan edilmiştir. Genelgede bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlenmiş, ekler kısmında da 15 TAT yönteminin tanımı, uygulamaya yetkili personelinin tanımı, yöntemlerin uygulanabilecek ve uygulanmayacak durumların tarifi yapılmıştır. Aynı yönetmeliğin Ek-3 kısmında da, fitoterapi tanımı ”Geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçlarla yapılan bir tedavi yöntemidir” şeklinde yapılmış ve uygulamaya yetkili personel olarak ”sertifika sahibi tabip ve diş tabibi” olarak sınırlandırmıştır (78). Bu şekilde tanımı yapılmış ve çerçevesi çizilmiş olan bitkisel tedavi uygulamalarının henüz aktarlarla ilgili bir maddesi yer almamıştır. Bilimsel olarak, şifalı bitkiler ve fitoterapi eğitiminin sadece eczacı ve tabipler tarafından alınması ve uygulanması, aktarların yaptıkları işle ilgili olarak yeterli süre ve nitelikte eğitilmelerine göre daha haklı bir seçenek gibi görülse de, işin ticari boyutu bu uygulamayı zorlaştırmaktadır. Nitekim Almanya gibi endüstrileşmiş ülkelerde de aktarlık benzeri iş yapan eğitilmiş herbalistlerin eczacı veya doktor olmak gibi zorunlulukları yoktur. Ancak bu ülkelerde hekimler genelde fitoterapi eğitimi almakta ve fitoterapötiklerin satışı da ağırlıklı olarak eczanelerce yapılmakta ve bu ülkelerin Sosyal Güvenlik Kurumları da hekim tarafından yazılan bitkisel ürünlerin belli bir kısmını karşılamaktadır (16). İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından 01 Ekim 1985 tarih ve 5777 sayılı “Aktarlar, Baharatçılar ve Benzeri Dükkanlar Hakkındaki Daimi Genelgesi” ile, halk sağlığı için tehdit oluşturan ve telafisi mümkün olmayan durumlara engel olmak amacıyla getirilen düzenlemede, “Bitkisel ilaç satan aktar, baharatçı ve benzeri dükkanların açılması için Sağlık ve Sosyal Yardım müdürlüğü izni aranacak” denmekte ancak bu tür yerlerin açılmasında sağlık kuruluşlarının ve eczanelerin açılmasında olduğu gibi açacak kişilerin diploma ya da benzeri sertifika şartı belirtilmemektedir. Başta kronik hastalıklar olmak üzere, bir çok hastalık ve kozmetik şikayetlerle kendilerine başvuran kişilere şifalı bitkiler öneren bu meslek grubunun

eğitimlerinin ve işyeri açma şartlarının yasal olarak bir çerçeveye oturtulmamış olması bir eksiklik olarak tespit edilmiştir.

Aktarlar; şifalı bitkileri satın almak için alıcıların kendilerine ağırlıklı olarak televizyon programlarından duyduğu ürünü almak için geldiğini, eş-dost-akraba önerisiyle gelenlerin ve kendi önerileriyle ürün alanların da görece olarak yoğunlukta olduğunu, doğrudan ürünün ismini vererek ürün alan alıcıların ise en az payı aldığını belirttiler. Bu oranlar içinde en büyük payı alan tv programlarından görerek ürün alma nedeni irdelendiğinde; bilimdeki gelişmelere rağmen, farmakoterapinin bitkilerden köken aldığı gerçeği “doğanın mucizevî iyileştirici gücü” şeklinde medyada yaygın olarak işlenmesi ve yayılmakta olan “doğala dönüş” düşüncesi ile bitkilerin doğal oldukları için tamamen yararlı oldukları vurgusu yapılması gibi etmenlerin burada rol oynadığı düşünülebilir (17). Yazılı ya da görsel basında bitkilerin sağlık için yararlı özelliklerinden bahsedilen yazılar ya da konuşmaların çokluğu ve halkın bu konulara bilinçsizce olan ilgisi insanların sağlığını tehlikeye atabilmektedir. Bu durum aslında sadece Türkiye’de görülen bir durum olmayıp tüm dünyada benzer şekilde cereyan etmektedir (34).

Ürün alırken tercih edilen diğer önemli etkenlerden biri de eş-dost tavsiyesi ile satın alma yöntemidir. Bu konu ile ilgili İzmir’de yapılmış 2011 yılında yayınlanan bir makalede, bitkisel ürün kullananların öneri aldığı kişiler olarak arkadaş/komşu/aile/akraba oranının %59,1 gibi oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (82). Konvansiyonel ilaçların kullanımında da benzer örneklerine rastladığımız, kendisinin daha önce geçirmiş olduğu bir hastalıktan ötürü kullandığı ve iyi geldiğini düşündüğü ilaçlarını eşine, dostuna, komşusuna tavsiye eden hastalar olmaktadır. Benzer durum, bitkisel ürün kullanımı ile ilgili tercihlerde de görülmektedir. Ülkemizin sosyal örüntüsünün bu konu üzerinde etkili olabileceği, sıkı akrabalık ve yakın komşuluk ilişkileri nedeniyle faydalı olma düşüncesi burada etken olabilir. Hastalara bitkisel ürünlerle ilgili bilgi kaynaklarının sorgulandığı bir çalışmada hastaların %42,6’sının çevreden (arkadaş, komşu) bilgi elde ettiklerini belirtmişlerdir (12). Ayrıca, bitkisel ürünlerin diğer tercih nedenleri olarak; kişilerin kendi sağlıklarını korumak açısından daha aktif rol alma istekleri, kullanılan reçeteli ilaçların rapor edilen toksisiteleri hakkında bilgi sahibi olmak, uygulanan medikal tedavinin yan etkilerini azaltarak yaşam

kalitesini artırmak ve kültürel etkiden dolayı geleneksel tedavi yöntemlerini ve ürünlerini kullanmak olarak sıralanabilir (72).

Çalışmamızda görüşülen aktarlar çoğunlukla, kendilerini modern tıp yöntemlerini kullanan doktorlara tamamlayıcı rolde olduğunu ve doktorluk mesleğinin mutlaka olması gereken bir meslek olduğunu belirtmişse de, görüşülen aktarlardan yarısına yakını doktorların bitkisel tedavilerle ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğunu ve bu konuda bilgilerini arttırmaları gerektiğini düşünüyordu. Bununla birlikte bazıları, doktorların sağlık alanında eğitim almış donanımlı meslek grubu olduğunu, bir kısmı bitkisel ürün öneren doktorları kutladığını, bir kısmı da hastaların bitkisel ürünleri doktorlara danışmadan kullanmaması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmamızda, aktarlar genelde kendilerini tamamlayıcı tıp uygulayıcısı rolünde gördüklerini belirtmişlerse de, yarısından fazlası doktorların şifalı bitkiler hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda bilgi düzeylerini arttırmaları gerektiğini düşünmekteydi.

Bitkisel ürünlerin ülkemizde yaygın olarak kullanıldığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (4). Ülkemizin farklı bölgelerinde devlet hastaneleri ya da üniversite hastanelerinde yapılan araştırmalarda, özellikle kanser hastaları başta olmak üzere kronik hastalığı olanlar bitkisel ürün kullanma eğilimlerinin yüksek olduğu ve bu konu ile ilgili de hekimlerini bilgilendirmedikleri bulunmuştur (31). Ankara'da bir aile hekimliği polikliniğine Temmuz 2008-Nisan 2009 tarihleri arasında çeşitli rahatsızlıkları nedeniyle başvuran 310 hastaya yapılan anket çalışmasında, çalışmaya katılan hastaların %84,5'inin bitkisel ürünlerle tedavilere ilgi duydukları ve zaman zaman kullandıklarını ifade etmişlerdir (12). Çalışmada poliklinik hizmeti alırken bitkisel ürünler hakkında doktorlarının bilgi vermesini isteyip istemedikleri sorusuna hastaların %83,9'u doktorlarından bitkisel ürünler hakkında bilgilendirilmek istediklerini belirtmişlerdir. Hasta bakımında ilk başvuru ve anahtar rolündeki birinci basamak hekimlerinin, ömür boyu takip etmekle sorumlu oldukları hastalarına bilgi verme, bu yöntemlerle ilgili dengeli bir yaklaşım göstererek hastalarına yol gösterme ve yaşanılan bölgede sık kullanılan yöntemlerle ilgili doğru önerilerde bulunmalarına yetecek kadar bilgi sahibi veya eğitilmiş olmaları gerekir. Ancak ülkemizde birinci basamak hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin büyük bir kısmının (%96) TAT yöntemleri konusunda eğitimlerinin olmadığı saptanmıştır (28).

Aktarların büyük çoğunluğu doktorlar tarafından kendilerine hasta yönlendirildiğini belirtse de, bu oran görüşülen aktarların yarısından fazlasının "doktorların bitkisel tedavilerle ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve bu konuda bilgilerini arttırmaları gerektiği" düşünceleriyle uyumlu bulunmamıştır. Türkiye’de 2008 yılında yapılan bir çalışmada, 850 aile hekimliği uzmanı veya asistanının üye olduğu bir web sitesi üzerinden ortak mail grubu yoluyla yapılan anket cevaplama sonucu, doktorların bitkisel tedavi hakkında düşüncelerinin dağılımı yapılmıştır (14). Katılımcıların %2’si kesinlikle karşı olduğunu, %5,3’ü uyguladığını, %57,3’ü eğitim alırsa uygulamak istediğini, %34,7’si karşı olmadığını fakat ilgilenmediğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada bitkisel ürünlerin artan kullanım oranlarına rağmen hekimler bu ürünlerin etki ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Bitkisel ürünlerle tedavinin sık kullanımı nedeniyle hekimlerin bu ürünlerin klinik etkileri, yan etkileri, dozları ve muhtemel ilaç-bitkisel ürün etkileşimi konusunda dikkatli olmaları ve hastaları da bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Aktarlar, kendilerine alıcıların başta solunum yolu rahatsızlıkları olmak üzere, eklem ağrısı, saç dökülmesi, obezite ve deri hastalıkları gibi şikayetlerle en çok başvurduğunu belirtti. Aktarlara başvuru hastalık nedenlerinde ilk sırada bulunan solunum hastalıklarının çoğunun etiolojisinde viral etkenlerin rol aldığını ve hekime başvurmadan da yeterli bir süre istirahat etmekle kendini sınırlayabildiğini göz önünde bulundurduğumuzda ve çalışmanın yapıldığı dönemin sonbahar ve kış aylarını kapsaması nedeniyle, sonucun bu şekilde olması öngörülebilir. Tıbbi ve aromatik bitki satışı yapan aktarların sosyo-ekonomik yapıları üzerine yapılan bir araştırmada, tıbbi ve aromatik bitkilere talebin mevsimsel durumu incelenmiş ve işletme sahiplerinin verdikleri cevaplara göre, bu dağılım %36,7 ile en çok kış aylarında olurken, %16,7 ile en düşük oranda yaz aylarında olmaktadır (83). Nitekim aktarlara sorduğumuz başka bir anket sorusunda, en çok hangi bitkisel ürünleri sattıklarıyla ilgili dağılımda da özellikle nezle, grip gibi solunum yolu hastalıklarında kullanım alanı bulan ıhlamur, adaçayı ve zencefilin ilk üç sırayı alması da bu bulguyu destekler niteliktedir. Hastaların başvuru nedenleri arasında en sık diğer nedenlerin kronik rahatsızlıklar ve kozmetik nedenler olduğu görüldü. Özellikle kronik hastalıklarda hastaların ömür boyu ilaç kullanım zorunluluğu zaman içinde pek çok yan etki görme ihtimalini doğurduğundan, bu hastalar başka arayışlara yönelebilmekte ve hastalıklarının tedavisi için denenmemiş başka yollara



başvurabilmektedirler. TAT yöntemlerinin kullanımlarının artmasının nedenlerinden biri, tedavisi mümkün olmayan kronik hastalıkların sayısındaki artış olarak gösterilmiştir (67). Aktarların tedavisinde etkili olabileceklerini düşündükleri hastalık dağılımına bakıldığında da katılımcıların yarısının solunum yolu hastalıkları cevabı verdiği görüldü. Ayrıca, kronik rahatsızlıkların tedavisinde etkili olabileceklerini düşünen aktarların, düşük oranda da olsa anemi ve hemoroid rahatsızlıklarına çare olabileceklerini belirtti.

Bitkisel ürünlerin dışında satış yapan aktarların oranlarına bakıldığında bu oranın yarıya yakın olduğu ve bunların içinde kozmetik, temizlik ürünleri ve gıda maddelerinin olduğu görüldü. Görüşme yapılan aktarlarda 5777 sayılı Genelge'de satışının yasak olduğu belirtilen tarım ilaçları ve insektisit satışının olmadığı görüldü. Aktarlara kendilerine hastalıkla başvuran veya alıcıların istekleri üzerine karışım bitkisel ilaçlar hazırlayıp hazırlamadıkları soruldu, katılımcıların yarısından çoğu hazırladıklarını ve hazırladıkları karışımların kullanım amacı olarak solunum yolu hastalıkları birinci sırayı alırken, obeziteye yönelik karışımlar ikinci sırada yer alıyordu. 2005 yılında Ankara'daki aktarlık uygulamaları üzerine yapılan bir çalışmada, bu tip dükkanlarda hiçbir karışımın hazırlanmaması ve satılmaması gerekirken, aktarların yarısından fazlası formülasyonları kendisi, bazen kaynak kitap kullanarak, bazen de kendi deneyimleri sonucu karışım ürün satışı yaptığının görüldüğü belirtilmiştir (69). Benzer bir bulguya 2014 yılında Konya İl'inde tıbbi ve aromatik bitki satışı yapan aktarların sosyoekonomik yapıları üzerine yapılan bir araştırmada rastlanmış olup bu çalışmada aktarlara tedarik ettikleri bitkileri nasıl sattıkları sorulmuş, yarısından fazlası hiçbir işleme tabi tutmadan sattıklarını, 1/4'ü aldıkları gibi ve bir kısmını paketleyerek sattıklarını, geri kalanlar da aldıkları gibi ve özellikle kozmetik amaçlı çeşitli karışımlar da yaparak sattıklarını ifade etmişlerdir (83).

Aktarlar, bölgelerinden temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürünün karabaş otu, adaçayı, ısırgan otu olduğunu; yurt dışından temin ettikleri en çok kullanılan ilk üç ürün ise ağırlıklı olarak zencefil, zerdeçal, ginseng ve tarçın olduğunu belirtmişlerdi. Aynı zamanda zencefil ve zerdeçal aktarların sattıkları en pahalı ürünlerin arasında yer almaktaydı. Ülkemiz sahip olduğu ekolojik koşullar nedeniyle bitki türlerinin çokluğu açısından dünyanın en zengin ülkeleri arasında yer alırken, aynı zamanda pek çok bitkinin de gen merkezi konumundadır. 2009 verilerine göre, ülkemizden tıbbi ve aromatik bitki ihracatı 90 milyon dolar civarındayken ithalatımız 12 milyon doları

bulmuştur (84). Ancak, aynı çalışmada bir önceki yıl 6 milyon dolar civarında olan ithalatın bir yılda iki katına çıktığının belirtilmesi oldukça çarpıcıdır. Ülkemizin bu denli zengin bitki çeşitliliği, geniş toprakları ve sahip olduğu iklim çeşitliliği nedeniyle tıbbi ve aromatik bitkiler açısından önemli bir ekonomik potansiyele sahip olduğu halde, bitkisel ilaçların önemli bir kısmı halen ithalat yoluyla karşılanmaktadır. Doğal bitki örtümüzde bulunmayan bitkilerin teminine yönelik talep dışarıda bırakıldığında, bunun en önemli nedeni olarak standardizasyon ve tasnifleme konularındaki eksikliklerimiz oluşturmaktadır (85).

Satılan ürünler arasında en pahalılar arasında ilk sırayı ıhlamur alırken, yine yüksek oranda kullanım alanı bulan aynı zamanda ithal ürünler olan zencefil, zerdeçal ve ginseng gibi ürünler pahalı kategorisinde yer alıyordu. Daha önce de belirtildiği gibi, çalışmanın yapıldığı ayların sonbahar sonu ve kış ayları başında olup, solunum yolu hastalıklarının sık görüldüğü bir döneme denk gelmesi ve bu ürünlerin özellikle kış aylarında kullanım alanı bulmasının, taleple birlikte fiyatlarda da artışa neden olabileceği düşünüldü. Ayrıca, fiyatla ilgili görüşülen aktarlardan alınan cevaba göre, “bu yıl ürün veriminin az olması ve ürünün toplanmasıyla ilgili problemlerin fiyat artışına katkısı olabileceği” görüşleri belirtildi. Satılan en ucuz ürünler olarak sayılan adaçayı ve kekik gibi ürünleri aktarların bölgelerinden temin ettikleri belirtilmişti. Adaçayı ve kekik, ülkemizin doğal florasında bulunmamakla birlikte Orta Anadolu Bölgesi ekolojik şartlarına iyi uyum sağlayan ve ekonomik anlamda yetiştiriciliği yapılan ürünlerdir (85).

Aktarların neredeyse tamamı, çocuklarının hastalanmaları durumunda tedavilerinde şifalı bitkiler kullanabileceğini belirttiler. ABD’de pediatrik yaş gurubunda yapılan bir çalışmada ebeveynlerin çocuklarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını etkileyen faktörler incelenmiş ve kendileri için bu tür yöntemleri kullanan ebeveynlerin çocukları içinde kullanma eğiliminde oldukları saptanmıştır (86). Aktarların hem kendilerinin hem de çocuklarının beslenmesini desteklemek amacıyla yüksek oranda bitkisel ürünler kullandığı görüldü. Aktarların kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullandığı besinlerin varlığının cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldı ve kadın ile erkek aktarlar arasında kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullandıkları besin varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı. Aktarlar, çocuklarının diyetini desteklemek amacıyla en çok bal, polen ve ginseng ürünlerini tercih ederken, kendi diyetlerini desteklemek

amacıyla en çok bal, bitki çayları ve zerdeçal kullandığını ifade etti. Kendi çocuklarının diyetini desteklemek amaçlı besin kullanımının cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldı. Kadın ya da erkek aktarlar arasında, çocuklarının diyetini desteklemek amaçlı kullanılan besinlerin varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı.

Hastalandıklarında aktarlar ilk olarak, kendi kendilerini tedavi ettiklerini, az bir kısmı da resmi sağlık kuruluşlarından birine gitmeyi tercih ettiğini belirtti. Halkın hekime ulaşamadığı veya gitmek istemediği durumlarda kendi kendini tedavi etme çabasına halk tıbbi denmektedir. Burada tedavide kullanılanlar, kırsal kesimde yöresel ürünlerken şehirlerde yöresel olmaktan çıkıp, yerel ve ithal bitkisel ürünler yanında kimyasal ilaçlar da iyileştirici olarak denenmektedir (81). Çalışmamızda aktarların çoğu, kendilerini tamamlayıcı tıp uygulayıcısı rolünde gördüklerini ve hastalıkların tedavisinde etkili olduklarını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu nedenlerden dolayı, aktarların hastalandıklarında ilk olarak yüksek oranda kendi kendilerini tedavi ettiklerini belirtmeleri doğal karşılanabilir

Modern tedavi yöntemleriyle, şifalı bitkileri karşılaştırmalarını istediğimiz aktarların büyük çoğunluğu, şifalı bitkilerin modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebileceğini belirtmişlerdir. Yani, görüşme yapılan aktarların çoğunluğu kendilerini alternatif tıptan ziyade tamamlayıcı tıp rolünde gördüğünü söyleyebiliriz. Ayrıca aktarların yarısına yakını da modern tıptan fayda görmemiş olma durumunu; üçüncü olarak da, kullananların memnun olduğu şeklinde cevapladılar. İngiltere’de yapılan bir çalışmada hastaların %55’nin tamamlayıcı tıpla ilgili bilgileri bu ürünleri kullanan arkadaşlarından aldıklarını belirtmiş olup, bunun gibi birçok çalışma bitkisel ürünlerle ilgili bilgi kaynaklarının arkadaşlar ve çevre olduğunu söylemektedir (12).

Görüşülen aktarlarda, raflarda bulunan kurutulmuş bitkisel drogların bulunduğu kavanozların üzerinde ihtiva ettiği drogların isimleri bulunurken, bu drogların konulma tarihine rastlanmadı. Bu kavanozlardaki bitkilerin son kullanma tarihleriyle ilgili görüşülen aktarların drogların son kullanma tarihleriyle ilgili net bir fikirlerinin olmadığı görüldü. Çalışmamıza benzer şekilde Manisa kent merkezindeki aktarların mesleki özellikleri üzerine yapılan bir çalışmada, aktar raflarında bulunan açıkta satılan bitkilerin raf ömürlerinin bir yıl olduğuna dikkat çekilmiş ve bu süre sonunda elde kalan bitkilerin imha edildiğini gösteren somut bir uygulamanın olmadığı ifade edilmiştir (81). Yine aynı

çalışmada ticari kaygıyla kullanım ömrünü tamamlamış bitkilerin, yeni hasat ile karıştırılıp-karıştırılmadığı konusunda emin olunamadığı dile getirilmiştir.

Mesleklerinin geleceği ile ilgili, aktarların yarısından fazlası “gelecekte herkesin şifalı bitkilere başvuracağını”, bir kısmı da “mesleklerini sevdiklerini, gelecek için ideal bir meslek olduğunu” ve “tamamlayıcı rollerini devam ettirmeleri gerektiği” şeklinde düşüncelerini belirttiler. Aydın kent merkezindeki aktarların yarısına yakını son 10 yılda açılan müesseseler olduğundan, günümüzde bu mesleğin popüler ve kazançlı bir iş olduğu düşünüldü. 2014 yılında Konya İl’inde tıbbi ve aromatik bitki satışı yapan aktarların sosyo-ekonomik yapıları üzerine yapılan bir araştırmada, işletme sahiplerine yaptıkları işten memnun olup olmadıkları sorulmuş; %42,9’u yaptıkları işten çok memnun olduklarını, %39,7’ si memnun, %11,1’ i kısmen memnun, %6,3’ü ise memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Talep artışına paralel olarak ortaya çıkan iş hacmi ve kar düzeyi işletme sahiplerinin memnuniyetini arttırmaktadır denilmiştir (83).

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 41,6 olduğu (ort:41,6, SS:12,8, min:18, maks:80), yarısından çoğunun 30-60 yaş arasında, kadın ve evli olduğu görüldü. Ayrıca alıcıların yarısından çoğunun çocuk sahibi, gelir düzeyi 900-3000 arasında olduğu, eğitim düzeyi olarak yarıya yakınının üniversite mezunu olup oran olarak birinci sırada yer alırken, bunları lise mezunları takip etmekteydi. Sosyal güvence olarak alıcıların büyük oranda SGK’lı olduğu ve oturdukları yer olarak da şehir merkezi olduğu görüldü. Tüm yaş grupları pediatrik, genç, orta yaş yetişkinler ya da yaşlılar doğal sağlık ürünlerini kullandıkları rapor edilir. Bitkisel ilaç kullanımı ve ilaç-bitki etkileşimi üzerine 2011 yılında Amerika’da yayınlanan bir çalışmaya göre bitkisel tedavi kullanım epidemiyolojisi olarak; kullanıcılar kadın, iyi eğitilmiş, gelir düzeyi yüksek ve beyaz oldukları tespit edilmiştir. Bitkisel ilaçlar tüm yaş gruplarında popüler olduğuna göre bu tür tanımlayıcıların hiç bir geçerliliği olmadığından, hekimler hastalarına doğal sağlık ürünleri kullanıp kullanmadıklarını sormalıdır denilmektedir (40). Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, aktarlara müracaat eden hastaların çoğunun özellikle kronik bir hastalığı olan kadınlar olduğu, sağlık alanında çalışanların yanında çeşitli meslek ve tahsil düzeyinde hasta-müşterilerinin olduğu, farklı alanlarda yüksek eğitim almış farklı yaşlarda bireylerin de aktarlar nezdinde bir şekilde hasta-müşteri konumunda yer aldıkları

görülmektedir (81). Ülkemizde 2013 yılında, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı üzerine bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada kronik hastalığı olanların alternatif ürünleri daha çok kullandığı ve alternatif ürün kullananların kullanmayanlara göre daha yaşlı olduğu, bu durumun çoklu ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalıkların, rahatsızlık verici olduğu ve kişilerin kendi sağlıkları üzerinde daha aktif rol almayı üstlenmesi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Yine aynı çalışmada, kadınların ve eğitim seviyesi yüksek hastalarda alternatif tedavi kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve buna neden olabilecek etmenler olarak da, bu grup hastaların yazılı ve görsel medyayı daha yakın takip etmeleri ve internetten etkilenecek bu ürünleri kullanmaya başladıkları sonucu elde edilmiştir (87). Alıcıların kronik bir hastalığının olup-olmamasının cinsiyet durumuna göre karşılaştırılmasında, kadın ve erkeklerde kronik hastalık tanısı varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı. Çalışmamızda anket yapılan alıcıların, %32,3'ü kronik bir rahatsızlığı olduğunu belirtirken, %42,6'sı rahatsızlığı nedeniyle düzenli kullandığı ilaçları olduğunu belirtmişlerdir. Bu farkın, alıcıların düzenli kullandığı diyet destek ürünlerini de ilaç olarak kabul etmelerinden ve çalışmanın yapıldığı dönemin solunum yolu hastalıklarının sık görüldüğü bir döneme denk geldiğinden, alıcıların kullandığı semptomatik ilaçları veya antibiyotik gibi ilaçlarını düzenli kullandığı ilaçlar olarak görmesi nedeniyle olabileceği düşünüldü. Alıcıların cinsiyete göre düzenli ilaç kullanım durumunun karşılaştırılması yapıldı. Buna göre kadın ve erkeklerde düzenli ilaç kullanımı açısından anlamlı fark bulunmadı. Ülkemizde 2012 yılında yayınlanmış bir bildiriye, kronik hastalık yükünün tüm dünyayla paralel olarak ülkemizde de artmakta olduğu ve sağlık sistemimizin mali sürdürülebilirliğini tehlikeye attığı tespitinde bulunulmuştur. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 raporuna göre, ülkemizde 22 milyon civarında kişinin kronik hastalıkların etkisinde olduğunu (O tarihteki Türkiye nüfusuna oranlandığında %30 civarında), bu rakamın ABD'deki karşılığına bakıldığında 125 milyon Amerikalı (%46) bir veya birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (88).

Görüşülen alıcıların, neredeyse tamamının bir sosyal güvenlik kurumuna tabii olduğu, sadece %2,5'lük bir kesimin sosyal güvencesinin olmadığı tespit edildi. Alıcıların sosyal güvenlik çatısı altındaki bu yüksek oranı, bu konuda 2008 yılında ülkemizde yayınlanmış bir makaledeki halkın (hasta bireyin) şifalı bitkilere

yönelimindeki nedenlerden biri olarak gösterilen “sosyal güvenlikten yoksun bireylerin pahalı sağlık masraflarını karşılayamaması” şeklindeki tespitiyle uyuşmamaktadır (16). Katılımcıların yüksek oranda şehir merkezinde ikamet etme bulgusu, çalışmanın Aydın kent merkezindeki aktarlarda yapılmış olması nedeni olabileceği olarak yorumlandı. Bunun yanında kent ortamının, bitkilerle tedavi bilgisinin medya, internet ve kitaplar yoluyla yaygınlaşmasına katkıda bulunduğu ve tüketime yönelik yaşam tarzının ilaç olarak kullanılan bitkilerin elde edilmesini kolaylaştırdığı da dikkate alınmalıdır (89). Alıcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına bakılınca; sigara kullanma oranlarının %32,6 olduğu görüldü. Bu oran 2010 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu” verilerinde belirtilen “on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31,2’sinin halen sigara içmektedir” bulgusu ile örtüşmekteydi (90). Alıcıların sigara kullanma alışkanlığının cinsiyete göre karşılaştırılmasında, kadınlarda sigara kullanmayanların oranı daha yüksek çıkarken, erkeklerde sigarayı bırakan ve sigara kullananlar daha fazla bulundu. Kadın ve erkeklerde sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulundu. Alıcıların alkol kullanım oranlarının %24,5 civarında olduğu görüldü. Türkiye’de alkol kullanım durumuyla ilgili literatür bilgilerine bakıldığında; 2008 yılında ülkemizde yayınlanan bir makalede genç nüfusta alkol kullanım yaygınlığının %42,6 olduğu, düzenli alkol kullanım oranının %20,5 olduğu bildirilmiştir (91). Alıcıların alkol kullanma alışkanlığının cinsiyete göre karşılaştırılmasında, kadınlarda alkol kullanmayanların oranı daha yüksek iken erkeklerde alkolü bırakan ve kullananlar daha fazlaydı. Kadın ve erkeklerde alkol kullanımı açısından anlamlı fark bulundu. Sigara ve alkol kullanımı ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların genelde 15 yaş üstü bireylere yapıldığını görmekteyiz. Bizim çalışmamızda da, katılımcılar 18 yaş üstü olarak belirlenmişti ve oranların literatür verileriyle benzerlik gösterdiği görüldü (90, 91). Çalışmamızda, toplumumuzda şifalı bitkiler kullananların, sigara ve alkol kullanım oranlarının normal toplumla örtüşmesi nedeniyle, alıcıların bu alışkanlıklarının normal toplumla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Aktarlardan alış-veriş yapan alıcıların sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik, hastalanınca ilk ne yaparsınız sorusuna, katılımcıların %55,2’si bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %39,8’i kendi kendini tedavi ettiğini, %5’inin ise hiçbir şey yapmadan hastalığının geçmesini beklediğini belirtmiştir. Ülkemizde 2004 yılında bir tıp fakültesinde hastane polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran hastalarla yapılan bir

çalışmada, katılımcıların hasta olduklarında ilk olarak doktora başvurma oranları %69,5, hastalığın geçmesini bekleyenlerin oranı %15,8, evdeki ilaçları kullanarak kendini iyileştirmeye çalışanların oranı da %11,4 olarak tespit edilmiştir (92). Aktarlardan alışveriş yapan alıcılardaki kendi kendini tedavi etmeye çalışma oranının, polikliniklere başvuran normal popülasyondaki hastalara oranla yüksek çıkmasının nedeni olarak, TAT yöntemlerini kullanma nedenleri kısmında daha önce tartıştığımız nedenler olabilir (28). Bu nedenler; yan etki olmaksızın tedavi olma düşüncesi, klasik tıptan hayal kırıklığına uğramış olma, klasik tıbbın bir çok kronik hastalığın tedavide yetersiz kalması, kişinin kendi sağlık kontrolünü kendi elinde tutmak istemesi ve karar aşamalarına aktif olarak katılmayı istemeleridir. Yine, alıcıların sağlık davranışlarını belirlemek açısından şimdiye kadar bilinen modern tıbbi yöntemler dışında bir tedavi alıp-almadıklarını sorduğumuzda; katılımcıların yarıdan fazlasının bitkisel ürünleri kullanmış olduğu, bunu daha düşük oranlarda kaplıca ve özel diyet tercihlerinin izlediği görüldü. Toplumumuzda TAT kullanımını ile ilgili 2014 yılında yayınlanmış bir makalede, toplumun %80,2'sinin çeşitli terapötik teknikleri, %72,5'inin şifalı bitkileri ve %44,9'unun dua gibi tıp dışı yöntemleri kullandığı, ayrıca iki ayrı çalışmada da TAT tipleri arasında herbal (%40,6) ve diyet (%26,6) tedavilerinin ön planda olduğu bildirilmektedir (28).

Çalışmamızda, katılımcıların %9,6'sına doktorları tarafından daha önce bitkisel tedavi önerildiği tespit edildi. Türkiye'de hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısını değerlendiren, 850 aile hekimliği uzmanı veya asistanının katılımı ile yapılmış 2011'de yayınlanmış bir çalışmada, katılımcıların %5,3'ü bitkisel tedavileri uyguladığını belirtmiştir (14). Yine 2012 yılında Erzurum il merkezinde ağrı yaşayan bireylerin TAT kullanımıyla ilişkili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren bir çalışmada olguların %3,1'i uygulamayı doktorlarının önerisiyle kullandıklarını ifade etmiştir (58). Hastalarda bitkisel ürün kullanımını irdeleyen 2012'de yayınlanmış bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların %84,5'inin bitkisel ürünlerle tedaviye ilgili olduklarını ve zaman zaman uyguladıklarını söylemişlerdir (12).

Alıcıların modern tıp dışındaki tedavilere bakış açısını değerlendirmek amacıyla çocukları daha önce hastalığında, tıp dışı bir yöntemle başvurma durumlarına bakıldı. Çocuklarında modern tıp dışındaki tedavi yöntemlerinden kullanan katılımcıların yarıdan fazlası bitkisel ilaçları işaretlerken; kaplıca, akupunktur, dini telkin ve dua gibi diğer

şıkları ve birden fazla şikkı işaretleyenler ikinci sırada yer aldı. Bu konuda 2008 yılında yayınlanan anne-babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemlerini irdeleyen bir çalışmada, özellikle kabızlık, epilepsi, üç ay kolığı, üst solunum enfeksiyonları gibi sık görülen hastalıkların tedavisinde şifalı bitkiler başta olmak üzere alternatif tıp yöntemlerinin yaygın kullanıldığı bildirilmiştir (62). Aynı çalışmada, ebeveynlerin çocuklarına uyguladığı TAT yöntemlerinden şifalı bitkiler, tuzlama ve dua çalışmamızla uyumlu olarak ilk sıralarda yer almıştır. Ancak çalışmanın yapıldığı İzmir’le aynı bölgede yer alan Aydın’da farklı olarak, TAT yöntemlerinden olan bebeklerin tuzlanması yöntemini kullandığını belirten ebeveyne çalışmamızda rastlanmadı. Türk çocukları arasında TAT kullanımına dair yapılan bir araştırmada ebeveynlerin %57’si çocuklarının rahatsızlıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullandıklarını; bunların %77’si ise bitkisel ilaçlar kullandıklarını belirtmişlerdir (20). Yine bu çalışmada ebeveynlerin solunum sistemi sorunlarında TAT kullanımını %49, beslenme sorunlarında ise %25’tir. Ayrıca ebeveynlerin %59’u çocuklarını rahatlatmak için reçete edilen tıbbi tedaviye ek olarak TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, görüşülen alıcıların yarısından çoğu kendileri ve çocukları için diyetlerine destek amaçlı yüksek oranda bitkisel ürünler kullandığını belirtmiştir. TAT uygulamaları; sağlığı geliştirmek ve hastalıklardan korunmak, semptomları tedavi etmek, tıbbi tedavinin yan etkilerini azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak gibi farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Son yıllarda, besinler içindeki biyoaktif maddelerin konsantre edilerek farmasötik preparat şeklinde pazarlandığı gıda desteklerinin (gıda takviyesi/besin desteği) kullanımı da fazlası ile artış gösterdiğine işaret edilmektedir. Sistemik olarak geniş kapsamlı bir şekilde yapılan bir değerlendirmede bitkisel ürünlerin en sık kullanılan tamamlayıcı-destekleyici tıp metodu olduğu anlaşılmıştır (2). Buna göre özellikle orta yaşlardan itibaren bu ürünlerin kullanımının arttığı (yaklaşık her iki kişiden birisinin bu ürünleri düzenli olarak kullandığı belirtiliyor), bu ürünleri kullanan kişilerin genelde gelir düzeyi yüksek, iyi eğitilmiş, kendilerine ve sağlıklarına daha çok özen gösteren kişiler olduğu belirtilmiştir.

Alıcıların şifalı bitkilere kişisel yaklaşımını değerlendirmek amacıyla şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini, modern tıbbi tedavilerle karşılaştırmaları istendi. Anket sorusuna şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerinin, modern tıbbi tedavi yöntemlerini desteklediği cevabını verenler oran olarak ilk sırada yer alırken, şifalı bitkilerin kesinlikle



zararsız olduğunu belirtenler ve kullanıp memnun kalanların önerisi nedeniyle kullananlar ikinci ve üçüncü sırada yer aldı. Şifalı bitkilerin modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilmesini belirten katılımcı sayısı, diğer şıkları işaretleyenlere göre oran olarak son sırada yer aldı. Alıcıların birinci sırada belirttikleri şifalı bitkilerin modern tıbbi tedavileri destekleyebilir görüşünün, aslında son zamanlarda kullanılmaya başlanan bütünleştirici (integratif) tedavi kavramını da bir bakıma desteklediği düşünülebilir. Bu yönüyle bakıldığında kullandıkları yöntem tamamen alternatif değil de, modern tıbbi tamamlayan ek bir tedavi yöntemi olarak görülebilir (28). Ankara’da bir aile hekimliği polikliniğinde 2012 yılında yapılan bir çalışmada, hastaların %24,8’i doktorun verdiği ilaçlara ek olarak bitkisel ürünler kullandığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada diyabetik hastaların %72,9’unun bitkisel ürünleri anti-diyabetik ilaçlarına ek olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (12). Ülkemizde 2008 yılında yapılmış bir çalışmada, alternatif tedavi yöntemlerinin kişinin kazancı ne kadar olursa olsun kolay erişilebilirlik açısından seçilmekte olduğu ve sıklıkla tek başına değil, tıbbi tedavi yöntemlerine yardımcı olarak kullanıldığı, bu yüzden tamamlayıcı tedavi yöntemleri olarak adlandırılmalarının daha doğru olacağı söylenmiştir. Yine aynı çalışmada pek çok alternatif tedavi yönteminin “mucize tedavi”, “özel ürün”, “sihirli buluş” şeklinde piyasaya sürüldüğü, doğal olmaları nedeniyle güvenli tedavi yöntemleri olarak bilindikleri ve pazarlandıkları için yan etkileri ve zararlı etkileri göz ardı edilmektedir denmiştir (62). Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanan hastaların yaklaşık 1/3’ü bu ürünlerin doğal oldukları için zararlı olmayacakları kanısındadırlar (56). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, TAT kullanan kişilerden bilgi aldıklarını belirtenlerin oranı, yüksekokul ve daha fazla eğitim görmüş kişiler arasında, daha alt eğitim düzeyindekilere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yapılan kişilerin %65,1’i çevrelerinde TAT yöntemlerini kullanan kişiler olduğunu ve bu yöntemleri kullanan tanıdıklarının %43,9’unun bu tedaviden yarar gördüğünü belirtmiştir (21). Doğal ürünlerin son yıllarda artan popülaritelerine ve talep edilmelerine rağmen, çalışmamızda katılımcılardan şifalı bitkilerin modern tedavi yöntemlerinin yerine kullanılabilir olduğunu düşünenlerin oranının oldukça düşük olduğu görüldü. Alıcıların doğal ürünleri tedavi, kozmetik, anti-aging ve sağlıklı yaşam gibi amaçlarla tercih ettikleri ancak, bu oranlarla modern tedavi yöntemlerini kanıta dayalı olması, güvenlik ve etkinlik açısından daha güvenilir olması nedeniyle hala başvurulabilecek birinci tercih olarak gördükleri söylenebilir.

Alıcıların hali hazırda bir şikayetleri olup olmadıklarına bakıldığında bu oranın %65,4 olduğu görülürken, çalışmamızdaki alıcılarda kronik hastalık prevalansı %32,3 bulundu. Ağrı yaşayan bireylerin TAT kullanımına ilişkin yapılan bir araştırmada kronik hastalıklarda olduğu gibi, hastalık süresinin uzunluğu ve şiddetiyle TAT kullanımı arasında pozitif ilişki olduğu ve bununla ilişkili olarak İngiltere’de astım ve kanser hastalarının çoğunun bu yöntemlerden birini denemiş oldukları saptanmıştır (58). Alıcıların yaklaşık yarısının aktara gelmeden önce, şikayetleri nedeniyle bir doktora başvurmuş olduğu görüldü. Yapılan bir çalışmada, tüm yaş grupları dikkate alındığında hastalanınca doktora gitme oranları 19 yaş altı hastalarda %64,7, 60 yaş üstü hastalarda ise %72,3 olduğu ve yaşla birlikte başvuru oranının arttığı tespit edilmiştir (92). Rahatsızlığı nedeniyle doktora başvuru oranlarına bakıldığında çalışmamızdaki katılımcıların şikayetleri nedeniyle doktora başvurma oranlarının daha düşük olduğu görüldü. Ülkemizde 2008 yılında yayınlanan bir makaleye göre, çocuklarına tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan anne-babalarda, tıbbi tedavilerden memnuniyet düzeylerinin, kullanmayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (86). Aynı makalede TAT yöntemlerini kullanım nedeni olarak; tedavilerde aktif rol alma isteği, tedavi üstünde kontrol hissi, yöntemlerin invaziv olmaması ve kolay kabul görmesi, tıbbi tedavilerin yan etkilerinden korkma ve tıbbi sağlık hizmetlerinden korkma olarak sıralanmıştır.

Alıcıların satın aldığı ürün ya da ürünlerin kullanım amacına bakıldığında yarısından çoğu sağlığı destekleyici amaçlı kullanırken, tedavi amaçlı ve tedaviyi destekli amaçlı kullanım daha sonraki ağırlıklı olarak verilen cevaplar arasında yer aldığı görüldü. Kozmetik amaçlı kullandığını belirtenler ve doktorun verdiği ilacın iyi gelmediğini söyleyenlerin de oran olarak en düşük olduğu görüldü. Verilen cevaplar arasında sağlığı destekleyici cevabının yaklaşık katılımcıların yarısı tarafından belirtilmesi, 2013 yılında üniversite öğrencileriyle yapılan bitkisel ürünleri kullanımlarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %46,6’sı hastalıklara karşı korunma amaçlı bitkisel ürünlerden kullandığı cevabıyla uyumlu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde öğrencilerin yarısından çoğu soğuk algınlığı gibi hastalıkların yanında, kronik hastalıkların tedavisinde ve kozmetik amaçlı olarak bitkisel ürünlerden kullandıklarını belirtmiştir (93). Ülkemizde 2012’de hastalarda bitkisel ürün kullanımıyla ilgili yapılan bir çalışmada, katılımcıların %21,6’sı bitkisel ürünleri sağlıklı yaşam ve vitamin desteği olarak kullandığını, %40’ı da direk hastalık tedavisinde kullandıklarını ifade etmiştir

(12). Danimarka’da bir pediatri kliniğinde yapılan çalışmada hastaların %53’ünün tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandığı ve bu tedavilerin immün sistemi güçlendirmek amaçlı kullanıldığı saptanmıştır (86).

Alıcıların büyük çoğunluğu, aldığı ürünü daha önce kullandığı ve bu ürünü başkalarına da önerebileceğini belirtti. Üniversite öğrencilerinin bitkisel ürünleri kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların yarısından çoğu daha önce aktarlardan temin ettikleri bitkisel ürünlerden fayda gördüklerini ve kullandıkları bitkisel ürünleri çevresindeki insanlara tavsiye edebileceğini belirtmiştir (93). Çalışmamızdaki alıcıların %5,7’sinin kullandıkları şifalı bitkilerden dolayı yan etki gördüğü tespit edildi. Bunların çoğu basit allerjik reaksiyonlardı, hayatı tehdit edecek yan etkilerden söz edilmedi. Hastalarda bitkisel ürün kullanımının incelendiği bir yayında, çalışmaya katılan 310 hastadan sadece birinin bitkisel ürün kullanımından zarar gördüğünden söz edilmiş, bu konuyla ilgili İsviçre’de yapılan bir çalışmada da bitkisel ürünlerden ötürü yan etkilerin görüldüğü, fakat bunların ciddi yan etkiler olmadığı söylenmiştir (12). Ülkemizde 2006 yılında çocuk hastaların ebeveynleriyle yapılan bir çalışmada; ebeveynlerin %75,8’i içlerinde bitkisel ürünlerin ilk sırada geldiği TAT yöntemlerini bir veya birkaç kez kullandıklarını, kullandıkları yöntemlerden %80 civarında fayda gördüklerini, yan etki görme oranı olarak %10,6 olduğunu, ancak yan etki görmelerine rağmen başkalarına önerdiklerini ifade etmişlerdir (62). Doğal ürünlerin tedavide kullanılmasının masum olduğu algısı topluma verilmeye çalışılsa da obezite gibi sorunlara çözüm yolları arayan hastaların bitkisel ürünleri kullanmalarından kaynaklanan ciddi sonuçlar literatür de mevcuttur. Bu konuda Alman Federal İlaç ve Tıbbi Planlar Enstitüsü ve Amerikan Gıda ve İlaç yönetiminden gelen uyarılarda, karaciğer nakline giden üç olgu ve ölümle sonuçlanan bir olguda kava bitkisi ve karaciğer hasarı arasında ilişki tanımlanmıştır (1). Yan etkiler; bitkisel ürünlerin yanlış kullanılmasından, kontamine olmasından, diğer bitkiler ve ilaçlarla etkileşmesinden kaynaklanabilir.

Alıcıların sağlık durumu ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; yaş gruplarına göre kendi sağlık durumlarını nasıl tanımladıklarına bakılınca, 30 yaş altı katılımcılar kendi sağlık durumlarını daha yüksek oranda iyi ve çok iyi olarak görmekteydi. Ancak 60 yaş ve üstünün ise daha fazla oranda orta, kötü ve çok kötü şeklinde tanımlamaları nedeniyle yaş grupları arasında kendi sağlığını tanımlama

açısından anlamlı fark bulundu. Yaş ortalamaları  $22,7\pm 3,4$  olan üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada sadece %7,7'sinde kronik hastalık olup, yaş ortalamaları  $71,7\pm 5,3$  olan bir yaşlı dayanışma merkezinde yapılan başka bir çalışmada kronik hastalıklarının bulunma oranının %93,2 oldukları tespit edilmiştir (82, 93). Kronik hastalıklar bakımından bu oranlara sahip genç ve yaşlı bireylerde sağlık durumlarını gençlerin iyi, yaşlıların kötü olarak değerlendirmeleri doğal görülebilir. Cinsiyetin, medeni durumun, ikamet edilen yerin şehir veya köy olması, sigara veya alkol kullanımının kullanmayanlara göre sağlık durumu ile ilgili karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmadı. İzmir'in çeşitli semtlerinde 18-80 yaş arası katılımcılarla yapılan bir çalışmada katılımcılardan erkekler kadınlara göre, bekârlar da evlilere göre anlamlı olarak sağlıklarını bizim çalışmamızdan farklı olarak daha iyi gördüklerini belirtmiştir (21). Bizim çalışmamızda çocuğu olma durumuna göre gruplar arasında kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulundu. Çocuğu olmayanlar sağlıklarını daha fazla oranda iyi ve çok iyi nitelerken, çocuğu olanlar daha fazla oranda kötü ve çok kötü olarak tanımladılar. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi üzerine yapılan bir çalışmada evlilerin, bekarlara oranla anlamlı derecede kronik hastalıklarının daha fazla olması ve daha yüksek oranda tıbbi tedavi görmesi üzerine, evli ve evli olmayanların yaş ortalaması için t testi yapılmış ve sonuç anlamlı bulunmuştur (21). Bizim çalışmamızda da çocuğu olmayanların daha iyi hissetme durumunun ortaya çıkardığı farklılığın, bu kişilerin daha çok genç yaştaki bekar kişiler olduğu ve anlamlılığın yaşa bağlı olabileceği düşünüldü. Mesleğin sağlık durumuyla karşılaştırılmasında bulunan anlamlılığın da emeklilerin sağlığını daha fazla oranda kötü ve çok kötü olarak nitelendirmesinin de yine yaşa bağlı olarak kronik hastalıkların artışı lehine değerlendirildi. Meslek, toplumumuzda hem sosyal statü hem de sağlık güvencesi açısından fertlerin sağlıklarını sürdürmeleri açısından önemlidir. Sosyal statüsü yüksek, düşük riskli, yüksek gelirli bir işte çalışan birinin, düşük statülü, sosyal güvencesi olmayan, riskli işlerde çalışanlara göre sağlık durumunun daha iyi olması beklenebilir. Alıcıların gelir durumunun, eğitimlerinin ve sosyal güvencelerinin sağlık durumları ile karşılaştırılması sonucu, bunlardan eğitim durumu ile kendi sağlığını tanımlama açısından anlamlı fark bulundu. Eğitimin önemli özelliği, kişilerde sağlık bilinci oluşturarak davranış değişikliğine yol açarak sağlıklı yaşam davranışlarını daha fazla benimsemelerine neden olurken, düşük eğitim seviyesindeki insanlar yüksek eğitimlilere göre daha fazla sigara içerek, daha kilolu ve

daha kısa süren yaşamlarında, sağlıklarını da kötü algulamakta ve daha fazla hastalanabilmektedir (94). Yüksek eğitim seviyesi, daha iyi meslek ve gelire ulaşmasına ve ulaşılan meslek de bireylerin sağlık algısını belirgin şekilde etkilemesine neden olmaktadır. Ayrıca sosyal güvence varlığı da sağlık hizmetlerine ulaşım ve düzenli bir gelir varlığını göstermesi açısından önemli bir göstergedir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak katılımcılardan eğitim durumunu üniversite olarak belirtenler, sağlıklarını daha fazla oranda çok iyi ve iyi olarak belirtmişlerdi.

Alıcıların sağlık durumları ile kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanım durumları karşılaştırıldığında; her iki durumun da kendi sağlıklarını tanımlama açısından anlamlı bulundu. Kronik hastalığa sahip olmak fiziksel sınırlılıklara neden olduğu kadar, bireyin sosyal yaşamı, eğitimi, meslek yaşantısı, iş bulma olanağı ve ulaşım gibi aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (95). Tüm bu sayılanlara ek olarak yaşam biçimlerini aldıkları tedaviye veya ilaç düzenine göre değiştirmek zorunda olduklarından hastalarda yaşam kalitesi de düşmektedir. Alıcıların yaş gruplarına göre hastalanınca ilk ne yaparsınız sorusuna verdikleri cevaplarda da anlamlı fark bulundu ve literatürle uyumlu olarak; 60 yaş ve üstü bireyler hastalanınca daha fazla oranda sağlık kuruluşu ya da doktora giderim cevabını verdiler. 30 yaş altı bireyler hastalanınca daha fazla oranda hiçbir şey yapmam veya kendi kendime tedavi ederim cevabının da literatürle uyumlu olduğu görüldü. Üniversite öğrencilerinde bitkisel ürünlerin kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada hastalandıkları zaman ilk olarak doktora mı başvurdukları yoksa evde kendileri bitkisel ürünleri deneyerek iyileşmeye mi çalıştıkları sorusuna ilk olarak doktora başvururum cevabını verenlerle, öncelikle bitkisel ürünleri ve geleneksel yöntemleri kullanım cevabını verenlerin yaklaşık aynı oranlarda (%40) oldukları görüldü. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum ile alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunamadı. Yapılan bazı çalışmalarda kadınlar erkeklere oranla daha fazla kronik hastalık bildirirken, cinsiyete göre hasta olduklarındaki tutumları arasında bizim çalışmamızda olduğu gibi istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Sağlık davranışlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasında; evliler, evli olmayanlara oranla herhangi bir hastalık durumunda sadece doktora gitmeyi daha çok tercih ettiği gösterilmiştir (21, 92). Gelir durumu ile eğitim durumunun alıcıların hastalanınca ilk ne yaptıkları arasında anlamlı fark bulunamazken, meslek gruplarının, sağlık güvencesi durumları ve yaşanılan yer grupları arasında hastalanınca ilk yapılan şey açısından

anlamli fark bulundu. Çalışmamızda alıcıların, epidemiyolojik özellikleri belirtilirken dile getirildiği gibi kendi tedavilerinde insiyatif kullanan, eğitilmiş ve gelir düzeyi üst gelir gurubundaki kişiler olması ile uyumlu bulundu (40). Eğitim seviyesi yüksek hastalarda alternatif tedavi kullanım oranlarının daha yüksek olmasının, bu grup hastaların bilgiye ulaşmalarının daha kolay olması nedeniyle, yazılı ve görsel medyayı daha yakın takip etmeleri ve internetten etkilenerek bu ürünleri kullanmaya başlamalarına neden olabilir (87). İç Anadolu’da yapılan bir çalışmada TAT kullanıcılarının, evli, yüksek eğitilmiş, şehirde yaşayan, sağlık güvencesi bulunan, emekli ve ev hanımı kişiler olduğu görülmüştür (96). Çalışmamızdaki yeşil kart ve SGK’lı katılımcıların daha fazla oranda sağlık kuruluşu ya da doktora gitmeleri ve sağlık güvencesi olmayanların daha çok kendi kendime tedavi ederim veya hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamaları literatürdeki bulgularla uyumaktadır. Ancak çalışma yapılan yerin aktar dükkanı olduğu ve katılımcıların da buradan şifalı bitkiler alış-verişi yapan alıcılar olduğu düşünülürse, bulguların normal popülasyonun bulgularından farklı olabileceği öngörülebilir. Çünkü sosyal güvencesi olan alıcılar da zaten modern tedavi yöntemleri dışındaki yöntemleri tercihinden dolayı orada bulunmaktaydı.

Kronik hastalıklar için kadınlarda risk yaşı 55, erkeklerde ise 45’tir (21). Bu yaşlardan sonra kronik hastalıklar ve tedavi alma oranları artmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte bu hastalıklar nedeniyle doktora başvurma oranlarının arttığı belirtilmektedir. Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanımının karşılaştırılmasında, kronik hastalık bulunma durumu ve düzenli ilaç kullanımı durumu açısından hastalanınca verdikleri reaksiyon açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu. Ancak buradaki anlamlılık, normal popülasyonun tersine kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların, hastalık durumunda daha fazla oranda kendi kendime tedavi ederim ya da hiçbir şey yapmam şeklinde yanıtlamalarından kaynaklanmıştır. Buradaki bulgularımız literatürde bahsedildiği gibi aktarlara müracaat eden hastaların daha çok modern tıbbın tedavi edemediği ya da kronik bir hastalık sebebiyle başvurdukları yönündeki bilgiyle örtüşmektedir (16).

Alıcıların hastalandıklarında ilk ne yaptıkları ile şifalı bitkileri modern tıpla kıyaslamaları sonucu verdikleri cevapları karşılaştırdığımızda, alıcılardan şifalı bitkiler modern tedavi yöntemlerinin yerine kullanılabilir diyenler en düşük orandayken, modern

tedavi yöntemlerini destekleyebilir diyenler en yüksek oranda olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. ABD'deki yetişkinlerin %16'sının reçete edilen ilaçlarla birlikte bir bitki ya da katkı maddesi kullandığı rapor edilmiştir (1). Geniş çaplı ulusal bir çalışma herbal ürün kullanan hastaların yaklaşık yarısının doktorlarına bu konuda bilgi vermedikleri, üstelik herbal ürün kullananların %20'sinden fazlası bunları, tedavilerinde verilen diğer ilaçlarla birlikte kullandığını bildirmiştir (8).

Türkiye'de hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısıyla ilgili bir çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin %36,9'unun bitkisel ürünlere karşı olduğunu ve buna neden olarak bitkisel ürünlerle tedavinin kanıta dayalı olmadığını, bu konuda yeterince bilimsel çalışmanın olmadığını ve bu konuda yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, bitkisel ürünlerin artan kullanım oranlarına rağmen hekimlerin ve farmakologların bu ürünlerin etkileri ve yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları dile getirilmiştir (14). Ülkemizde kanser hastalıkları başta olmak üzere kronik hastalığı olan hastaların bitkisel ürünleri kullanma oranlarının fazla olduğu ve bu konuyla ilgili olarak da hastaların hekimlerini bilgilendirmedikleri tespit edilmiştir (2). TAT'ın artan şekilde kullanımıyla birlikte hastalar, aile hekimlerinin daha bilgili ve daha becerili olmalarını ve TAT kullanımı konusunda daha dengeli bir yaklaşıma sahip olmalarını bekleyebilir (28).

Çalışmamızda alıcılardan hâlihazırda şikayeti olanlara, aktara gelmeden önce gittiği hekim ve daimi doktoru soruldu ve cevaplar karşılaştırıldı. Bugünkü şikâyetiyle ilgili aktara alış-verişe gelmeden önce bir hekime gitmeyenler istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla oranda daimi olarak aile hekimi tarafından izlenen ya da herhangi bir hekim tarafından izlenmeyen kişilerden oluşmaktaydı. Ayrıca, alıcılar arasında hem kendilerinin hem de çocuklarının beslenmelerini desteklemek için bitkisel ürün kullanmayanların daimi doktoru olmadığı ya da aile hekimi olduğu sonucu da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar, alıcıların kullandıkları doğal ürünleri aile hekimleriyle konuşmadığını veya aile hekimlerinin bu ürünleri kullanma durumlarını sorgulamadığını düşündürmektedir. Bunun nedeni, bu konuyu aile hekimlerinin tasvip etmemeleri, konuyla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olması veya hastalar ve doktorları arasında mevcut olan iletişim eksikliği nedeniyle olabilir (33). Bitkisel tedavilere başvuran hastalar arasında kronik rahatsızlığı olan kişilerin ön sıralarda yer aldığını

düşünürsek (12), bu sonuçlarla kronik hastalıkların yönetimine aile hekimlerinin fazla katılmadığı söylenebilir. Çalışmamızda hastalarına bitkisel ürün öneren ve alıcıların bitkisel ürün kullanım amacına göre oran olarak yüksek bulunan sağlığı destekleyici olarak görenlerin daimi doktorları olarak aile hekimlerinin oranı daha fazla olsa da, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak, alıcıların bitkisel ürün-modern tıp karşılaştırma sonuçları ile daimi doktor bilgisi karşılaştırdığında; daimi doktoru aile hekimi olanlar en fazla oranda olmak üzere şifalı bitkilerin modern tıp yöntemlerini destekleyebileceğini belirtmiş ve sonuç anlamlı bulunmuştur.

Alıcıların tıp dışı tedavi yöntemlerini kullanımı ile kendi diyetleri için bitkisel ürün desteği kullanıp-kullanmamasının karşılaştırılmasında; tıp dışı tedavi yöntemlerinden bitkisel ürünleri tercih edenler tüm katılımcıların yarısına yakınına yakınına oluştursa da, alıcıların bitkisel diyet destek ürünlerini kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Alıcılar arasında tıp dışı tedavi yöntemlerinden bitkisel ürün ve özel diyet kullananların daha fazla oranda çocuklarının diyetini desteklemek için bitkisel ürün kullanması, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Anne-babalar çocukları için her zaman en iyi seçimi yapmak isterler. Kendisi için tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan eğitim düzeyi yüksek ebeveynler, çocuklarına da bu yöntemleri uygulama eğilimindedirler (86).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde TAT, araştırmacılar için farklı anlamlar ifade edebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ‘postmodern eğilimler’, ‘modernitenin başarısızlığı’ olarak tanımlanırken, gelir düzeyi düşük olan ülkelerde özellikle kırsal kesimde sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle başvuru, kültürel olarak kabul görmüş yöntemler olarak değerlendirilmektedir. Modern tıbbın iyileştiremediği kanser hastaları, kronik hastalıkları olanlar, HIV/AIDS hastaları arasında başta bitkiler olmak üzere TAT kullanım oranı yüksektir (89). Çalışmamızda alıcılardan kronik hastalığı olanlar ve kronik hastalığı nedeniyle düzenli ilaç kullananların, daha önce kullanmış oldukları TAT yöntemleriyle karşılaştırılması yapıldı. Her iki grupta da daha önce denenmiş TAT yöntemleri içinde bitkisel ürünler ilk sırada yer alıyordu, ancak aralarında anlamlı fark bulunmadı.

Aktarların ve alıcıların hastalandıklarında ilk ne yapacaklarına dair karşılaştırmamızda, aktarlar çok yüksek oranda kendi kendilerini tedavi ettiklerini



belirtirken, alıcıların yarısından fazlası sağlık kuruluşlarından birine gitmeyi tercih ettiklerini belirtti. Alıcıların kendi kendini tedavi etme oranı aktarların yarısından daha az olsa da bu oranlarda bile aktarlar ve alıcılar karşılaştırıldıklarında, hastalandıklarında ilk ne yaptıkları konusunda anlamlı fark bulunmadı. Literatür taramasında, çalışmamıza benzer şekilde aktarların ve alıcıların hastalandıklarında verecekleri reaksiyonların karşılaştırılmasıyla ilgili bir çalışmaya rastlanmadı. Buradaki karşılaştırmada sonucun anlamsız çıkma nedeni olarak, çalışmaya alınan aktar sayısının alıcıların sayısı ile karşılaştırıldığında çok düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Aktarların ve alıcıların şifalı bitkilerle tedavi yöntemleri hakkındaki düşüncelerini, modern tıp yöntemleriyle karşılaştırdığımızda; aktarlar, alıcılara göre şifalı bitkilerin modern tedavi yöntemlerine tercih nedenleriyle ilgili, şifalı bitkilerin modern tıbbi tedavileri destekleyebilir önermesi başta olmak üzere, modern tıptan fayda görmeme, modern tıbbın yerine kullanılabilir, kesinlikle zararsızdır, kanserden koruyabilir de dahil diğer tüm önermelere daha fazla oranda katıldıkları görüldü ve bu karşılaştırma anlamlı bulundu. Ancak, araştırma yaptığımız aktarlar bitki ticaretiyle ilgilenen kişiler olmasına rağmen, neredeyse tamamının sağlıkla veya fitoterapiyle ilgili bir eğitim almadığını düşünürsek verdikleri cevaplar, kendi düşüncelerini yansıtmaktadır.

Aktarların ve alıcıların çocuklarının diyetlerini ve kendi diyetlerini desteklemek amaçlı kullandıkları besin durumunun karşılaştırılmasında, iki tarafın da hem kendi diyetlerini hem de çocuklarının diyetlerini desteklemek amacıyla yüksek oranda bitkisel destek ürünleri kullandıkları görüldü ve kıyaslandığında arada anlamlı bir fark görülmedi. Bunun nedeni aktar ürünlerini kullanmakta olan alıcıların bu tür bitkisel destek ürünleri hakkında bilgi düzeylerinin yüksekliği olabilir.

Aktarlara gelen her kişiye yapılamamış olması ve sadece gönüllü olan kişilerin çalışmaya katılması, çalışmamızın kısıtlılığı olarak söylenebilir. Ancak Aydın Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü'ne resmi kayıtlı 15 aktarın tümünde araştırma yapılması ve sistematik örnekleme seçilen katılımcı sayısı fazla olduğu için evreni temsil ettiği düşüncesindeyiz. Daha önce böyle bir çalışma yapılmadığından bölgemizdeki ilk verilerin sağlanması açısından önemlidir. Çalışmamızda başta belirttiğimiz amaçlara ulaşmamız çalışmamızın başka bir güçlü yanıydı. Farklı bölgelerden yapılacak çalışmalarla, ülke profilinin çıkarılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz.

## 6. SONUÇ

Sonuç olarak, çalışmamızda şifalı bitkileri tercih eden alıcıların genelde eğitim seviyesi lise ve üstü, kadın ve sosyoekonomik düzeyi yüksek kişiler olduğu; hem aktarlar, hem de alıcıların şifalı bitkilere bakış açısı ve bu yönde geliştirdikleri sağlık anlayışları karşılaştırıldığında yüksek oranda benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Alıcılar, modern tıp dışındaki tedavilerden en çok bitkisel ürünleri tercih etse de, hastalandıklarında ilk olarak bir sağlık kuruluşu ya da doktora başvurma fikrindeydi. Alıcılar şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini, modern tedavi yöntemlerine daha çok destek olarak görmekteydi. Kronik hastalığı olan alıcılardan yarısından fazlası, tıp dışı tedavi yöntemlerinden en çok bitkisel ürünleri tercih ederken, hastalandıklarında da anlamlı oranda, kendi kendilerini tedavi etmekteydi. Bu durum, alıcıların kullandıkları doğal ürünleri, aile hekimleriyle konuşmaması veya kronik hastalıkların yönetimine aile hekimlerinin fazla katılamamasından kaynaklanıyor olabilir. Aktarlar ise, kendilerini daha çok tamamlayıcı tıp rolünde, şifalı bitkileri de büyük oranda modern tedavi yöntemlerine destek olarak görmekteydi. Yarısına yakını, aktarlık dışında başka işlerle de uğraşmaktaydı. Aktarların yaklaşık yarısının son on yılda bu mesleği yapmaya başlamalarından, son yıllarda aktarlara olan ilginin arttığı sonucuna varılabilir. Aktarlara hastalar, en sık solunum yolu hastalıkları ve kronik hastalıklar nedeniyle başvuruyordu. Aktarlarda en çok zencefil, zerdeçal gibi ithal ve pahalı ürünler satılmaktaydı. Aktarların büyük çoğunluğu; gelecekte insanların şifalı bitkilere ilgilerinin artacağını ve tamamlayıcı tıp rollerinin devam etmesi gerektiğini düşünüyorlardı. Toplumdaki bitkisel ürünleri kullanma yaygınlığı göz önünde bulundurulunca, aktarların açılma esasları, bu mesleği kimlerin yapabileceği ve denetimleri belli esaslara bağlanması uygun olacaktır. Aile hekimleri, hastalarını bu konuda eğitebilmeleri için, bitkisel ürünler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu konuda tıp fakültesi lisans eğitimi ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarında bitkisel tıp kullanımı ve ilaç etkileşimleri dahil bir müfredatın bulunması eksiklikleri gidermekte yardımcı olabilir.

## ÖZET

**Giriş:** Son yıllarda dünya genelinde bitkisel tedavilere ilgi giderek artmaktadır. Doğal ürünlere dönüş sloganıyla organik gıda ürünleriyle başlayan akım, tedavilerde bitkisel ürünlerin kullanılması şekline dönüşmüştür. Artan taleple birlikte, bugün oldukça büyük bir ekonomi haline gelen şifalı bitkiler piyasasında zincirin son halkasında aktarlar ve bu ürünlerin müşterileri konumundaki alıcılar yer almaktadır. Çalışmamızın amacı Aydın ili merkez ilçesinde yaşayan fertlerin sosyodemografik özelliklerinin aktar ürünlerini kullanmalarıyla olan ilişkisini, hangi amaçla hangi bitkiyi tercih ettiklerini, bu konudaki düşüncelerini ve aktar ürünlerinin kullanımında etkili faktörleri tespit etmek ve bu konuya dikkat çekmektir. Bu çalışmayla ayrıca, Aydın'daki aktarların şifalı bitkiler hakkındaki görüşleri, meslekle ilgili eğitim durumları, modern tıp hakkında ve mesleklerinin geleceğiyle ilgili düşüncelerini ortaya çıkarmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma kesitsel, tanımlayıcı, gönüllülük esasına dayanan bir anket çalışması olarak tasarlandı. Çalışma öncesinde, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Evrenimiz, Aydın il merkezi 18 yaş üstü nüfusu (180.506 kişi) olarak belirlendi. Örneklem büyüklüğü, EPI İNFO STATCALC istatistik programında beklenen prevalans %50 (p %50), tip 1 alfa hata payı 0,05 alınarak %95 güven aralığında, 842 olarak tespit edildi. Bu amaçla Aydın Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü'ne Aydın Valiliği üzerinden başvuru dilekçesi ile başvurularak Merkez İlçe'de kendilerine resmi kayıtlı aktar sayısı öğrenildi ve Aydın Merkez İlçe'de resmi kayıtlı 15 aktarın tümü çalışmaya alındı. 1 Eylül 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, Aydın il merkezindeki kayıtlı 15 aktarın tümüne araştırmacı tarafından önceden bilgilendirilerek, yüz yüze görüşme yöntemiyle aktarlara yönelik hazırlanmış veri formu dolduruldu. Araştırmacı tarafından, aktarda alıcıların özellikle yoğun olduğu gün ve saatler belirlendi. Bu saatlerde, alıcılar için hazırlanmış anket formu anketörler tarafından dolduruldu. Kişiler çalışma hakkında bilgilendirildi, onam formu ve anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Anketörün ziyaret ettiği aktarlara gelen alıcılardan çalışmayı kabul eden 18 yaş üstü, gönüllü alıcılardan ardışık seçilen 842 kişi çalışmaya alındı. Daha sonra toplanan bilgiler, SPSS 18.0 paket programıyla değerlendirildi. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya Aydın İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü'ne resmi olarak kayıtlı 15 aktarın tümü alınmıştır. Çalışmaya katılan aktarların yaş ortalaması 44,6 ve 4'ü kadındı. Aktarların çoğunluğu lise mezunuydu ve yarısına yakını 10 yıldan daha az süredir bitkisel ürün ticaretiyle uğraşmaktaydı. Aktarlık mesleğini bu işi yapan ustalarından ve ailesinde bu işle uğraşanlardan öğrendiklerini söyleyenler çoğunlukta idi. Alıcıların bitkisel ürünleri satın alırken tercih ettikleri yol, ağırlıklı olarak televizyon programlarında gördükleri ürünleri alma şeklindeydi. Aktarların çoğunluğu mesleklerinin, modern tıba tamamlayıcı bir rolü olduğunu söylese de, yarısından fazlası doktorların bitkisel ürünler hakkındaki bilgilerinin düşük ve ön yargılı olduğu fikrindeydi. Çalışmaya aktarlardan alış-veriş yapan toplam 842 kişi alınmıştır. Alıcıların yaş ortalaması 41,6'dır. Alıcıların çoğu kadındı, orta ve üst gelir grubunda ve yarısından fazlası lise ve üniversite mezunuydu. Alıcıların neredeyse tamamının sağlık güvencesi mevcuttu. Alıcıların hastalanınca ilk ne yaparsınız sorusuna yarısından çoğu bir sağlık kuruluşuna ya da doktora başvururum şeklinde cevapladı. Alıcıların denedikleri tıp dışı tedavi yöntemleri arasında bitkisel ürünler ilk sırayı aldı. Alıcılar tarafından en çok satın alınan zencefil ve zerdeçal gibi bitkisel ürünler, aynı zamanda en pahalı ithal ürünler arasındaydı. Alıcıların yarısından çoğu, aldıkları ürünü sağlığı destekleyici amaçlı aldığını bildirdi. Alıcılardan kronik hastalığı olanlar hastalanınca anlamlı oranda kendi kendilerini tedavi ettiklerini belirttiler. Eğitim durumunu üniversite olarak belirtenler, sağlıklarını anlamlı oranda çok iyi ve iyi olarak tanımladı. Mevcut şikayetleri olanların aktara gelmeden önce anlamlı oranda başvurdukları daimi hekimin aile hekimi olduğu, ancak kendi diyetlerini ve çocuklarının diyetlerini desteklemek için bitkisel ürünleri tercih edenlerin daimi doktorlarının anlamlı olarak diğer branş hekimleri olduğu görüldü.

**Sonuç:** Aktarların en çok sattıkları ürünler arasında yer alan zencefil, zerdeçal gibi ürünler, aynı zamanda en pahalı ithal ürünler arasındaydı. Alıcıların çoğu orta ve üst gelir grubunda, yarısından fazlası lise ve üniversite mezunu ve sosyal güvencesi olan kadın cinsiyet ağırlıklı kişilerdi. Alıcılar hastalanınca ilk olarak daha çok bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir. Aile hekimleri, kullanımının oldukça yaygın olduğu bitkisel ürünler hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Standardize edilmiş teorik derslerle birlikte pratik eğitimin de yer aldığı bir müfredatın tıp fakültesi lisans eğitimi ve aile hekimliği uzmanlık eğitim programlarında yer alması bu konudaki eksiklikleri gidermekte yararlı olabilir.

**Anahtar kelimeler:** Bitkisel tedavi, şifalı bitkiler, aile hekimi

## ABSTRACT

**Introduction:** There is an increasing interest in herbal medicine throughout the world in recent years. The return began with the current slogan “the return to natural products”. The use of herbal products has become a form of therapy. With increasing demand, herbalist and receivers, as customers in the last chain of today’s economy, become quite a large import of medicinal plants. The purpose of this study was to determine the influence of socio-demographic characteristics of the use of herbal medicinal products, for what purpose they choose, which plants; to identify their feedback on this issue; the factors influencing the use of these products and to draw attention to this issue. We also aim to learn the opinions of herbalists operated in central Aydin on the medicinal plants, their socio-demographic status, and to reveal their thoughts about the future of their profession.

**Materials and Method:** This study was designed as a cross-sectional, descriptive voluntary-based survey. The study was approved by the Ethics Committee of Adnan Menderes University, Faculty of Medicine Interventional Non-Clinical Research. The population of Aydin province over 18 (180,506 people) is defined as the universe of our study. The sample size was determined as 842 based on 95% confidence intervals with the 50% expected prevalence in the Epi Info statistical program STATCALC (p 50%) and type 1 alpha error of 0.05. For this purpose, the number of herbalists, officially registered in the central district, was learned from Provincial Directorate of Aydin Food, Agriculture and Livestock via Governorship of Aydin. All of the 15 registered herbalists were included in the study. Those herbalists were informed about the study and then prepared data forms were filled by face to face interview method, between 1 September 2014-31 December 2014. After determining the rush hour of herbalists, the survey was conducted especially at those times. This time, clients were asked to complete the prepared questionnaire by face to face interview method. This study was not only voluntary-based, but also the consent forms were filled. The sample was 842 consecutively adult customers, over 18 years of age, who accepted to participate in the study. The data were assessed by SPSS version 18.0. A P-value ( $<0,05$ ) was considered statistically significant.

**Results:** 15 herbalists registered officially to Food, Agriculture and Livestock Directorate of Aydin were included in the study. The average age of Herbalists participated in the study was 44,6 and 4 (four) of them were female. Most of them have high school graduation and nearly half of them has been dealing with herbal products trade almost more than 10 years. Most of them declared to have been thought this job either from masters or family. The pattern which clients prefer is likely to purchase the products shown on the TV marketing. Even though majority of herbalists sees their profession to have complementary role for conventional medicine, more than half is on the agreement that physicians' knowledge about herbal product is insufficient and also biased. 842 people that purchase from the herbalists are included in the study. The average age of the purchasers was 41,6. A majority of purchasers' gender was female, belong to middle and high income group and more than half of them had university graduate. Almost all clients had health insurance. The response of more than half of the purchasers to the question "What do you first do when you get sick" was either "consult a doctor" or "apply a health care provider". Among the nonmedical methods that clients have experienced, herbal products were the most preferred. Herbal products like ginger and turmeric which are the most preferred ones by clients were also among the most expensive exported product. More than half of client declared that they prefer herbal products as health supplements. Clients with chronic illness preferred significantly self management interventions. People with bachelor degree significantly identified their health status either "very good" or "good". As it is seen, while people with complaints currently consult family physicians significantly before applying herbalists, people that prefer herbal products as a dietary supplement for both themselves and their children significantly consult specialists.

**Conclusion:** The top selling products like ginger and turmeric were also among the most expensive imported ones. Majority of clients were predominantly female gender, belonged to middle and high income group and more than half of them either had university graduate or high school graduate and health insurance. Clients declared that they apply a health care provider at first. Family physicians should have knowledge about common used herbal products. It is considered valuable to let medical curriculum cover not only standardized theory lectures but also practical applications throughout specialization and undergraduate education for overcoming deficiencies.

**Key words:** Herbal medicine, medicinal plants, family physician

## KAYNAKLAR

1. Sarışen Ö, Çalışkan D. Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. *Sted* 2005; 14(8): 182-187.
2. Gürün MS. Bitkisel ürünlerin ve gıda desteklerinin kullanımında arka plan; hekimler ne bilmeli? *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(4): 6-12.
3. Gemalmaz A. Ağrıda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(4): 55-61.
4. Aydın S, Bozkaya AO, Mazıcıoğlu M, Gemalmaz A, Özçakır A. What influences herbal medicine use? Prevalance and related factors. *Turk J Med Sci* 2008; 38(5): 455-463.
5. Durusoy Ç, Ulusal BG. Dermatolojide bitkisel tedavi-Fitoterapi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2007; 1: 47-50.
6. World Health Organization: Programme or traditional medicines, Guidelines for the assesment of herbal medicines, WHO, Cenevre (1991).
7. Uzun MB, Aykaç G, Özçelikay G. Bitkisel ürünlerin yanlış kullanımı ve zararları. *Lokman Hekim Journal* 2014; 4(3): 1-5.
8. Aşçı A, Baydar T, Şahin G. Yaşlılarda herbal preparat kullanımının ve ilaç etkileşimlerinin toksikolojik açıdan değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (4): 203-214
9. Aydın Demirağ S. Bitkiler kimin tarafında: birinci basamakta sağlıklı beslenme ve bitkisel tıp. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(4): 62-65.
10. Firenzuoli F, Gori L. Herbal medicine today: clinical and research issues. *eCAM* 2007; 4(S1): 37-40.

11. Şener B. Türkiyede Bitkisel İlaçlarla İlgili Mevzuatın Dünü, Bugünü ve Geleceği, MFDF dergisi 2009; 1: 2-13.
12. Gamsızkan Z, Yücel A, Kartal M. Hastalarda bitkisel ürün kullanımı. J Clin Anal Med 2012; 3(3): 300-302.
13. Bilge A, Bayram E, Can İN, Binicier İ. Beslenme ile ilgili sık görülen sorunlar. Hekim Gözüyle Sağlıklı Beslenme ve Öne Çıkan Güncel Konular, Ankara: Öncü Basımevi, 2013; 4: 17-39.
14. Gamsızkan Z, Kurt AE, Yücel A, Kartal M. Hekimlerin fitoterapi ürünlerine bakış açısı. J Clin Anal Med 2011; 2(2): 1-3.
15. Aktürk Z, Dağdeviren N, Yıldırım T, Yılmaz AZ, Bulut FG, Subaşı B. Tıp öğrencileri bitkileri ne kadar tanıyor? Tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencileri arasında bitkilerin ve sağlıktaki kullanım alanlarının bilinme durumu. Genel Tıp Derg 2003 ; 16(3) : 101-106.
16. Altan S. Aktarlar: Şifalı Bitkilerin Kullanımı ve Etik Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 209-212.
17. Erdem S, Ata Eren P. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2009; 66(3): 133-141.
18. Gezmen Karadağ M, Türközü D, Topağaç Kapucu D. Bitkiler ve ilaç etkileşimleri. Göztepe Tıp Dergisi 2013; 28(4): 164-170.
19. Gürün MS. Bitkisel tıp. Ankem Dergisi 2004; 18(2): 133-136.
20. Akdeniz M, Baltacı D, Işıldar H, Kara İH, Yaman H. Geleneksel halk tedavilerinin birincil sağlık bakımı üzerine etkisi: ön çalışma. Konuralp Tıp Dergisi 2012; 4(3): 1-11.
21. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2): 112-122.



22. Cömert M, Dinç H. Şifalı bitkilerin gençler tarafından bilinirliği. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies* 2014 ; 2(3 ): 23-27.
23. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*. 2011; 11(1): 52-67.
24. Erer S, Atıcı E. Üriner sistem hastalıklarında bitkilerle tedaviler ve İstanbul ve Bursa aktarlarından örnekler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005;13:120-124.
25. Aktan T, Altan Y. Yenişehir (Bursa) mezarlıklarının doğal süs bitkileri. *Celal Bayar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* 2011; 7(2): 31-39.
26. Özkan G. Fitoterapi ve çocuklarda kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(4):13-18.
27. Işık M, Çadircı E. Solunum yolu enfeksiyonlarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2011; 2(4): 69-74.
28. Özçakır A. Birinci basamakta tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: gerçekten ne biliyoruz? *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(4): 1-5.
29. Steyer TE. Complementary and alternative medicine: a primer. *Fam Pract Manag* 2001; 8(3): 37-42.
30. NCAAM. National Center for complementary and Alternative Medicine. <http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscaam> (erişim tarihi: 10.02.2015).
31. Özçelik H, Fadıoğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009; 24(1): 48-52.
32. Özçakır A, Aydın S. Complementary/alternative medicine use in primary care. *Research Journal of Medical Sciences* 2007; 1(1): 21-25.
33. Blackman JA. Are you ready to discuss complementary and alternative medicine? *Fam Pract Manag* 2007; 14(7): 26-32.

34. Yeşilada E. Hekim ve bitkisel ilaç; bilmek ya da bilmemek! TAF Prev Med Bull 2009; 8(3): 259-262.
35. Dwyer AV, Whitten DL, Hawrelak JA. Herbal medicines, other than St. John's wort, in the treatment of depression: a systematic review. Altern Med Rev. 2011; 16(1): 40-49.
36. Paloma E, Ovidio C, Jesica R, Francisca SA, Isabel M, Maravillas G. Phyto therapy management. Holist Nurs Pract 2014; 28(6): 381–385.
37. Koçtürk OM, Kalafatçılar ÖA, Özbilgin N, Atabay H. Türkiye 'de bitkisel ilaçlara bakış. Ege Üniv. Ziraat Fak. Derg. 2009; 46 (3): 209-214.
38. Özçakır A, Sadıkoğlu G, Bayram N, Mazıcıoğlu MM, Bilgel N, Beyhan I. Turkish general practitioners and complementary/alternative medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2007; 13(9): 1007-1010.
39. Tekiner AS, Ceyhun Peker AG, Dağlı Z, Ak F. Opinions of University Hospital Physicians on Complementary and Alternative Medicine. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013; 33(3): 621-629.
40. Girard L, Vohra S. Ethics of Using Herbal Medicine as Primary or Adjunct Treatment Drug-Herb Interaction. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects. 2nd edition 2011; 21
41. Tekin A, Kaya E, Özbek Yazıcı S. Kanserele ilgili alternatif tıp içerikli web sitelerinin içerik analizi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 4(6): 14-34.
42. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013; 1(1): 83-98.
43. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Dergisi 2007; 14(3): 68-73.

44. Işık M, Akçay F. Kanser tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tıp. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014; 5(2): 28-36.
45. Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L. Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. Uluslar arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 1(18): 32-38.
46. Türk onkoloji derneğinin kanser alanında tamamlayıcı ve alternatif tedavilere bakışı. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. <http://www.ukdk.org/haber3.php#section7>  
<http://www.kanser.org/toplum/?action=sayfa&id=2>, 2012 (erişim tarihi: 17.02.2015).
47. Herman CJ, Allen P, Hunt WC, Prasad A, BradyTJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. Preventing ChronicDisease 2004; 1(4): 1-15.
48. Dıraçoğlu D. Romatoid artritte tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemleri. Romatizma 2007; 22: 24-30.
49. Kimyon G. Doğal şifa kaynağı; bitkiler. Romatizma ve Yaşam 2012; 1(3): 4.
50. Şensoy N, Yılmaz M. Diabetes mellitus ve obezitede alternatif ve tamamlayıcı tıp seçenekleri. Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics 2014; 5(4): 66-70.
51. Ranjbar SH, Joyandeh Z, Abdollahi M. A systematic review of anti-obesity medicinal plants - an update. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2013; 12 (28 ): 1-10.
52. Kazemipoor M, Radzi CWJWM, Cordell GA, Yaze I. Potential of traditional medicinal plants for treating obesity: a review. 2012 International Conference on Nutritionan Food Sciences IPCBEE vol. 39 (2012) IACSIT Press, Singapore.
53. Aslan M, Orhan N. Obezite tedavisine yardımcı olarak kullanılan doğal ürünler. Mised 2010; 23(24): 91-105.

54. Chandrasekaran CV, Vijayalakshimi MA, Prakash K, Bansal VS, Meenakshi J. Reviewarticle: herbal approach for obesity management. *American Journal of Plant Science* 2012; 3: 1003-1014.
55. Ghosh D. A botanical approach to managing obesity. *Functional Foods For Chronic Diseases* 2009; 4: 263-273.
56. Set T. Ağrı ile baş etmede tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2011; 2(2): 79-82.
57. Ansari M, Rafiee K, Emamgholipour S, Fallah MS. Migraine: molecular basis and herbal medicine. *Advanced Topics in Neurological Disorders* 2012; 187-214.
58. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı* 2012; 24(3): 123-129.
59. Durmaz B. Osteoartritte tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının yeri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011; 14 (1): 83-88.
60. Grazio S, Balen D. Complementary and alternative treatment of musculoskeletal pain. *Acta Clin Croat* 2011; 50: 513-530.
61. Gagnier JJ, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C. Herbalmedicine for low back pain. *SPINE* 2007; 32(1): 82-92.
62. Giray Bozkaya Ö, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 22(3): 129-135.
63. Snodgrass WR. Herbal products: risks and benefits of use in children. *Current Therapeutic Research* 2001; 62(10): 724-737.
64. Cala S, Crismon L, Baumgartner J. A survey of herbaluse in children with attention-deficit-hyperactivity disorder or depression. *Pharmacotherapy* 2003; 23(2) : 1-5.

65. Erkekoğlu P, Baydar T, Şahin G. Geriatrik grupta obezite tedavi yaklaşımlarının toksikolojik açıdan değerlendirilmesi – I: Herbal Preparatlar ve Gıda Destekleyicileri. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11(3): 151-168.
66. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 6(3): 64-76.
67. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. F.Ü. Saç. Bil. Tıp Derg. 2013; 27 (1): 19–26.
68. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD. 2011; 1(1): 23-32.
69. Gürson O, Özçelikay G, Asil E. Ankara'daki aktarlık uygulamaları üzerinde bir alışma. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2005; 13: 191-194.
70. World Health Organization: National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines. Report of a WHO global survey, Geneva, May 2005.
71. Bingüllü B, Buharalıoğlu K. Akılcı ilaç kullanımı açısından bitkisel ürünlere yaklaşım. Türk Farmakoloji Derneği E-Bülteni 2013; 117: 2-10.
72. Kartal M. Bitkisel ilaçlar ve bitkisel ürünlerde kalite. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28: 217-220.
73. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı \_İla ve Eczacılık Genel Müdürlüğü 1 Ekim 1985 tarihli Aktarlar, baharatılar ve benzer dükkanlar hakkında konulu, 5777 sayılı Genelge yazısı.
74. Gürün MS. Bitkisel ürün kullanımında arka plan. Türk Farmakoloji Derneği, Klinik Farmakoloji alışma Grubu, E- bülten 2011; 54: 1-5.

75. 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İlanı. T.C. Resmi Gazete 27 Mayıs 2004.
76. Kartal M. Türkiye’ de bitkisel ürünlerin ruhsatlandırılması. Türk Eczacılar Birliği 8. Türkiye Eczacılık Kongresi Fitoterapi 2006; 133-136.
77. Süzgeç SS, Eyisan S. Türkiye’deki eczanelerde bulunan bitkisel ilaçlar. Marmara Pharmaceutical Journal 2012; 16: 164-180.
78. 29158 Sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğine ilişkin ilan. T.C. Resmi Gazete 27 Ekim 2014.
79. Ersöz T. Bitkisel ilaçlar ve gıda takviyeleri ile ilgili genel yaklaşım ve sorunlar. Mised 2012; 27-28: 11-21.
80. Demirezer Ö. Türkiye ve dünyada fitoterapi uygulamaları.. Türk Eczacılar Birliği 8. Türkiye Eczacılık Kongresi Fitoterapi 2006; 141-142.
81. Altan S. Manisa merkez ilçede çalışan aktarların bireysel ve mesleki özellikleri üzerine bir pilot çalışma. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007; 15: 30-38.
82. Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. Spatula DD 2011; 1(1): 23-32.
83. Çelik Y. Konya ilinde tıbbi ve aromatik bitki satışı yapan aktarların sosyo-ekonomik yapıları üzerine bir araştırma. Türk Tarım ve Doğa Bilimleri Dergisi 2014; 1(3): 369-376.
84. Karik Ü, Öztürk M. Türkiye dış ticaretinde tıbbi ve aromatik bitkiler. Bahçe 2009 ; 38(2): 21-31.
85. Bahtiyarca Bağdat R. Tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanım alanları, tıbbi adaçayı ve ülkemizde kekik adıyla bilinen türlerin yetiştirme teknikleri. Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü Dergisi 2009; 15(1-2): 19-28.

86. Karayağız Muslu G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 62-67.
87. Gücük İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray Ü, Kafes H, Başyigit F. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2013; 41: 218-224.
88. Akalın HE, Durusu Tanrıöver M, Sayran F. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü. Tüsiad Basın Bülteni 03.07.2012; 12-55.
89. Çetin OB. Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. Sosyo Ekonomi 2007; 2: 89-106.
90. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel yetişkin tütün araştırması Türkiye raporu. Ankara, Anıl Matbaacılık Ltd. Şti. 2010; 11-14.
91. Altıntoprak E, Annette Akgür S, Yüncü Z, Önen Sertöz Ö, Coşkunol H. Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(2): 197-208.
92. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyuculu Hekimlik Bülteni 2005; 4(5): 223-237.
93. Sucaklı MH, Ölmez S, Keten HS, Yenicesu C, Sarı N, Çelik M. Üniversite öğrencilerinin bitkisel ürünleri kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi. Medicine Science 2014; 3(3): 1352-1360.
94. Türkkan A. Tıp fakültesi dergileri: sosyoekonomik durum göstergeleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11(2): 31-34.

95. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kongresi, Ege Üniversitesi 2007; 9-11.
96. Hızel Bülbül S, Turgut M, Köylüoğlu M. Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 195-202.



## 10. EKLER

### Ek 1: Veri Toplama Formları

AYDIN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE BULUNAN AKTARLARDAN ALIŞ-VERİŞ YAPAN ALICILARIN ŞİFALI BİTKİLERE KİŞİSEL YAKLAŞIMINA YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

AÇIKLAM A: Bu araştırma Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Mehmet Salih Akçakaya'nın tez çalışmasıdır. Kişisel bilgiler açıklanmayacak ve elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Serpil Demirağ  
Adnan Menderes  
Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim  
Dalı Öğretim Üyesi

1- Yaş: ...

2- Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

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

4- Evli ise çocuğunuz var mı? a) Yok b) Var , ... tane

5- Mesleği

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

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

6- Gelir Düzeyi (Ailenin Toplam Aylık Geliri)

a) 900 TL Ve Altı b) 901 TL-3000 TL

c) 3001 TL-9000 TL d) 9000 TL Üstü

7- Eğitim Düzeyi

a) Okuryazar Değil b) Okuryazar c) İlköğretim (8 yıl)

d) Lise (12yıl) e) Üniversite (2- 4 Yıl)

8- Sağlık güvenceniz var mı?

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

9- Oturduğunuz yer

- a) Şehir merkezi                      b) İlçe                      c) Köy

10-Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

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

11- Sigara içiyor musunuz?

- a) Evet (.....sigara/gün.....yıl)      b) Hayır

c) Bıraktım, ..... süre önce

12-Alkol alıyor musunuz? Alıyorsanız miktarı nedir?

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

13-Bugüne kadar size bir doktor tarafından herhangi bir hastalık tanısı konuldu mu?

- a) Herhangi bir hastalık tanısı almadım      b) Kalp damar hastalığı      c)Yüksek tansiyon

d) Şeker hastalığı      e) Kan yağlarında yükselme      f) Astım-KOAH

g) Kanser                      h) Depresyon      ı) Diğer, açıklayınız.....

14- Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?

a) Hayır

b) Evet, ilaçlarım: .....

15- Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?

a) Kendim tedavi ederim

b) Arkadaş ya da komşulara danışırım

c) Resmi sağlık kuruluşlarından birine giderim

d) Özel doktor muayenesine giderim

e) Üniversite hastanesine giderim

f) Hiçbir şey yapmam, kendiliğinden geçmesini beklerim

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

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

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

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

18-Doktorunuz tarafından bir bitkisel tedavi önerildi mi?

- a) Hayır  
b) Evet, ..... önerildi

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

19- Şimdiye kadar bilinen ilaçlar ya da tıbbi yöntemler dışında bir tedaviyi çocuklarınıza uyguladınız mı ya da çocuklarınız üzerinde bir girişimde bulunulmasına izin verdiniz mi? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

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

20- Çocuklarınızın diyetini destekleme amaçla kullandığımız besinler var mı? (Bal, bitkisel çaylar, Ginseng, ısırgan otu, aloe vera vs.)

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

21- Kendi diyetinizi destekleme amaçla kullandığınız besinler var mı?

(Bal, bitkisel çaylar, Ginseng, ısırgan otu, aloe vera vs.)

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

22- Şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığınızda aşağıdakilerden hangileri sizin için doğrudur? (Lütfen sizce doğru olduğunu düşündüğünüz şıkları X işareti ile işaretleyiniz

a) Kesinlikle zararsızdır

b) Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir

c) Modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir

d) Ulaşılması ya da bulunması kolay

e) Kullananlar memnun kaldığı için ben de denemek istedim

f) Sağlığım ile ilgili kendim karar vermeyi tercih ediyorum

g) Reçete gerektirmemesi

h) Modern tıptan fayda görememiş olma

i) Kanserden koruduğuna inanıyorum

23- Bugün herhangi bir şikayetiniz var mı? Varsa nedir?

a) Hayır      b) Evet.....

24- Bugün hangi şifalı bitkiyi/ürünü aldınız?

Belirtiniz.....

25- Aldığınız bu ürünü daha önce kullandınız mı?

a) Hayır      b) Evet, .... Kez

26- Bu ürünü başkalarına önerir misiniz? Neden?

a) Hayır      b) Evet, çünkü ....

27- Ne amaçla alıyorsunuz?

a) Kozmetik amaçlı      b) Sağlığı destekleyici      c) Tedavi amaçlı

d) Doktorun verdiği ilaç iyi gelmedi      e) Tedaviyi destekleyici

28 - Bu ürünü size kim önerdi?

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

29- Bu rahatsızlığınızla ilgili bir hekime gittiniz mi?

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

30- Gittiğiniz hekim ne önerdi?

Belirtiniz .....

31- Kullandığınız şifalı bitkilerden daha önce sizde yan etki oluşturan oldu mu?

Olduysa neler oldu?

- a) Hayır      b) Evet

AYDIN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE BULUNAN AKTARLARIN ŞİFALI BİTKİLERE  
KİŞİSEL YAKLAŞIMINA YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI

AÇIKLAM A: Bu araştırma Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Mehmet Salih Akçakaya'nın tez çalışmasıdır. Kişisel bilgiler açıklanmayacak ve elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Serpil Demirağ

Adnan Menderes Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

1- Yaş: ...

2- Medeni durumunuz a) Evli b) Bekar

3- Evli ise çocuğunuz var mı? a) Yok b) Var , ... tane

4- Eğitim Düzeyi

a) Okuryazar Değil b) Okuryazar c) İlköğretim (8 yıl) d) Lise (12yıl)

e) Üniversite (2- 4 Yıl)

5- Oturduğunuz yer

a) Şehir merkezi b) İlçe c) Köy

6- Kaç yıldır bitkisel ürün alım-satımı ile uğraşıyorsunuz?.....yıl

7- Bu işi kimden öğrendiniz?

a) Daha önceden de bu işi yapan bir ustanızdan

b) Bu konuda aldığım eğitimim var

c) Bu işin kursuna gittim

d) Ailemde bu işle uğraşanlardan öğrendim

8- Müşterileriniz bitkisel ürünleri sizden satın alırken hangi yöntemi tercih ediyor?

- a) Ürünün doğrudan ismini belirterek alma
- b) Sizin önerinizi sorma
- c) Bir doktor önerisi ile gelme
- d) Eş dost arkadaş vs önerisiyle gelme
- e)TV programlarından duyduğu ürünü almaya gelmek
- f) Bu konuda yazılan kitaplardan öğrendiği ürünü almaya gelmek

9- Satışa sunduğunuz bitkisel ürünlerin hangi kullanım alanları var? Önem sırasına göre sıralayınız.

- a) Besin desteği ( )
- e) Büyümeyi hızlandırma ( )
- b) Kozmetik ( )
- f) Hastalıklardan korunma ( )
- c) Sağlıklı yaşam ( )
- g) Hastalıkların tedavisi ( )
- d)Yaşlanmayı geciktirme ( )
- h) Diğer ( )

10) Doktorlar tarafından size yönlendirilen hastalarınız olur mu?

- a) Hayır
- b) Evet

11-Doktorlar hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

.....

.....

.....

.....

12- Eczanelerden sizden bitkisel ürün talep eden var mı?

- a) Hayır
- b)Evet

13- Bitkisel ürünleri nerelerden temin ediyorsunuz?

- a) Kendim topluyorum
- b) Yerel toplayıcılardan temin ediyorum
- c) Yerel bitkisel ürün toptancılarından alıyorum
- d) Ulusal bitkisel ürün toptancılarından alıyorum

14- Sizden alış-veriş yapanlar en çok hangi hastalıklardan şikayetçi olurlar?

- a)..... e).....
- b)..... f).....
- c)..... g).....
- d)..... h).....

15- Öncelikle tedavisinde daha etkili olabileceğinizi düşündüğünüz bir hastalık var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (.....hastalık/hastalıkları)

16- Aktarlık dışında aynı dükkanda farklı bir iş ile de uğraşıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

17- Bitkiler dışında hastalıkların tedavisinde kullanılan sattığınız başka ürünler var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (.....satıyorum)

18- En çok hangi bitkisel ürün veya ürünleri satıyorsunuz?

- a)..... d).....
- b)..... e).....
- c)..... f).....



19- Bölgenizden temin ettiğiniz en çok kullanılan ilk üç ürün hangileridir?

- a) .....
- b) .....
- c) .....

20- Aşağıdaki tabloda yer alan bitki kısımlarına göre en çok sattığınız ürünlerden ilk üçünü belirtiniz?

- |           |                           |           |
|-----------|---------------------------|-----------|
| a) Kök    | b) Gövde                  | c) Kabuk  |
| d) Yaprak | e) Çiçek                  | f) Meyve  |
| g) Tohum  | h) Havaya uzanan kısımlar | ı) Tamamı |

21- Sattığınız en pahalı üç ürün hangisidir?

- a).....
- b).....
- c).....

22- Sattığınız en ucuz üç ürün hangisidir?

- a).....
- b).....
- c).....

23- Yurt dışından temin ettiğiniz en çok kullanılan ilk üç ürün hangileridir?

- a).....
- b).....
- c).....

24-Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?

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

25-Şifalı bitkilerle tedavi yöntemlerini modern tıbbi tedavilerle karşılaştırdığımızda aşağıdakilerden hangileri sizin için doğrudur? (Lütfen sizce doğru olduğunu düşündüğünüz şıkları X işareti ile işaretleyiniz.

- a) Kesinlikle zararsızdır
- b) Modern tıbbi tedavi yöntemlerini destekleyebilir
- c) Modern tedavi yöntemleri yerine kullanılabilir
- d) Ulaşılması ya da bulunması kolay
- e) Kullananlar memnun kalmakta
- g) Reçete gerektirmemesi
- h) Kolay bulunabilir ve ulaşılabilir olması
- j) Modern tıptan fayda görememiş olma
- k) Kanserden koruduğuna inanıyorum

26- Çocuklarınızın diyetini destekleme amaçla kullandığınız besinler var mı?

(Bal, bitkisel çaylar, Ginseng, ısırgan otu, aloe vera vs.)

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

27- Kendi diyetinizi destekleme amaçla kullandığınız besinler var mı?

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

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

28- Çocuğunuz hastalandığında şifalı bitkiler kullanır mısınız?

a)Hayır                      b) Evet

29-Mesleğinizin geleceği hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....  
.....

Ek 2. ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



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



Sayı : 56989545/050.04- 80  
Konu : Çalışmanız hk.

28.13.2014  
AYDIN

Sayan, Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ  
Aile Hekimliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.03.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 3 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

**KARAR 3**

Protokol No : 2014/357  
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ  
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ'ın "Abeclar ve aktarlar açısından şifalı bitkilere kişisel yaklaşım" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

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

**Ek 3. Aydın Valiliği İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü Çalışma İzni**



T.C.  
AYDIN VALİLİĞİ  
İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü

Sayı : 48316832-305-04-03-02

15/03/2014

Konu: Şikayet

Mehmet Salih AKÇAKAYA  
Adnan menderes Üniversitesi  
Tıp Fakültesi/Aile Hekimliği AD  
AYDIN

25.03.2013 tarihinde Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müd. Hâgü'ne vermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiş olup, belirttiğiniz tez çalışmanız için Aydın İlinde bulunan akriçilerle görüşme yapmak istediğinizi belirtmekteyiz. İlgili görüşmeleriniz için kurumumuzdan herhangi bir izin almanız gerekmektedir ve bahse konu işyerleriyle görüşme yapmanızda kurumumuzca bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Mehmet Salih AKÇAKAYA  
İl Müdürü



Gıda Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü Adnan Menderes Mah. Yahya Kemal Cad No:2 09010 AYDIN  
Tlf: 0256 112000 E-posta: aydin.kontrol@tarim.gov.tr Elektronik Ag: www.aydintarim.gov.tr FAKS: 0256 211 3010