

Kas iskelet sistemi yaralanmalarında Türk toplumunun sınıkçı tercihi ve etkileyen faktörler

Bonesetter choice of Turkish society in musculoskeletal injuries and the affecting factors

Serdar Sargın¹, Ahmet Aslan², Mehmet Nuri Konya², Aziz Atik¹, Gökhan Meriç¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ortopedik sorunu nedeni ile sınıkçılara başvurmuş hastaların demografik özelliklerinin, sınıkçıya başvuru nedenlerinin ve eğitim durumları ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Yöntemler: Haziran 2012 ve Aralık 2012 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 1926 hastanın sınıkçıya başvurduğu saptanan 96'sı (%4,98)(26 erkek, 70 kadın) çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların demografik bulguları, ilk başvuru yerleri, eğitim durumları, sınıkçıya başvurma nedenleri, gelişen sekel oranları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda sosyal güvence olmaması, hastanede bekleme, hastaneye ve doktora ulaşmada zorluk gibi faktörlerin sınıkçı tercihinde anlamlı bir etkisi olmadığını tespit ettik. Hastaların yaş ortalaması 31±16,1 yıl idi. Hastaların 87'si (%90,6) sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri olarak sınıkçıyı tercih etmişlerdi. Sınıkçılara en sık başvuru nedeni ailesi ya da bir yakını tarafından tavsiye olduğu (%40,6) tespit edildi. Eğitim seviyesinin sınıkçıya başvuruda etkili faktör olmadığı ancak düşük eğitim seviyeli hastalarda sekel gelişiminin anlamlı şekilde fazla olduğunu saptadık. 16 hastada sekel geliştiği tespit edildi (% 16,6). Sınıkçı müdahalelerinde iyileşme etkisinin daha çok plasebo olduğunu saptadık.

Sonuç: Prevalans dikkate alındığında sınıkçılık bir ülke gerçeğidir. Ancak uygulama sonuçlarının plaseboda farksız olması, bu konuda eğitim almamış olmaları, kanuni bir yetkilerinin bulunmaması, vergi ödememeleri açılarından değerlendirildiğinde önemli bir sorun olduğu söylenebilir. Bu sorunun çözümünde toplumu bilgilendirici sağlık eğitim programlarının ve devlet denetimlerinin artırılması etkili olabilir.

Anahtar kelimeler: Kırık, kırıkçı çıkıkçı, geleneksel tıp, sınıkçılık

GİRİŞ

Kas-iskelet sistemi yaralanmaları günlük hayatta sık görülür. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre, kas iskelet sistemi yaralanmaları dünya genelinde

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to investigate the demographic features, administration reasons and educational status of the patients who were presented to the bonesetters for orthopedic complaints.

Methods: 96 (26 males, 70 females) patients were included in this study, who filled a questionnaire out of 1926 patients went to bonesetters between June and December 2012. All the patients were recorded regarding demographic features, first application places, educational status, administration reasons, and complication rates.

Results: 87 patients (90.6%) preferred bonesetters as the first application place. The mean age of the patients was 31±16.1 years. The most common reason was advices of the family members or relatives (40.6%). The educational status was not significant in administration rate, but low educational status has significant correlation with more complication rates. Sixteen patients developed sequels (16.6%). The effect of bonesetters' treatment was mostly found to be placebo.

Conclusion: Bonesetter is a country reality when prevalence was taken in notice. However, the similarity of their results to placebo ones, having no education, having no legal rights, paying no tax make this issue a great problem. The solution of this problem is depended to increase health programs to inform public and to increase government superintension. *J Clin Exp Invest* 2013; 4 (4): 477-482

Key words: Fracture, Bonesetter, Traditional Medicine, Complication

yüz milyonlarca kişiyi etkilemektedir [1]. Bu yaralanmalar basit yumuşak doku travmasından komplike açık-kırıklı çıkık hatta amputasyona kadar değişen yelpazede görülebilir. Kas iskelet sistemi yaralanmalarının tanı ve tedavileriyle genellikle ortopedist-

¹ Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Balıkesir, Türkiye

² Afyon Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Afyonkarahisar, Türkiye

Correspondence: Serdar Sargın,

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, Balıkesir, Türkiye Email: drserdarsargin@yahoo.com

Received: 06.09.2013, Accepted: 22.10.2013

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013, All rights reserved

ler, acil hekimleri, fizik tedavi uzmanları ilgilenmektedir. Ülkemizde 1928 yılında çıkartılan 1219 sayılı kanununun 1. Maddesine göre herhangi bir nedenle tıbbi rahatsızlığı olan hastalara müdahale yetkisi yalnızca hekimlere verilmiştir [2]. Ancak Ülkemizde ve dünyada, tarih boyunca, insan sağlığı konusunda eğitim almamış kişilerin bir takım tedavi uygulamaları yaptıkları gözlenmektedir [3,4]. Ülkemizde ve Afyonkarahisar yöresinde kırıkçı çıkıkçılara "sınıkçı" denilmektedir [5,6].

Gelişmiş ülkelerde dahi son 50 yıldır modern tıp ile tedavi uygulanmaktadır. Bu nedenle gelişmemiş ülkelerde geleneksel tıp tedavisinin halen yaygın olması şaşırtıcı olmamalıdır. Örneğin Çin'de geleneksel tıp tüm sağlık hizmetinin %40'ını kapsamakta iken Afrika ülkelerinde bu oran %80'lerin üzerine çıkmaktadır [3]. Çoğu gelişmiş ülkelerde geleneksel sağlık hizmeti veren kişiler ulusal sağlık sistemine entegre edilmiştir. Örneğin halk arasındaki ebeler, chiropractor (bel çeken kişiler) ve bitkisel tedavi uygulayan kişiler sağlık sistemi tedavi şemaları içerisinde kendilerine yer bulmuşlardır [7,8,9].

Özellikle Afrika, Asya ve Güney Amerika gibi gelişmekte olan bölgelerde kas iskelet sistemi yaralanmalarının tedavisinde geleneksel yöntemlerin kullanılması oldukça yaygındır. Nijerya'nın çoğu bölgelerinde kırık tedavisinin %70-90'nı hekim dışı kişiler tarafından yapıldığı bildirilmiştir [10].

Literatürde bu halk sağlığı sorunu ile ilgili çalışmalar genellikle Afrika kökenlidir. Ülkemizde bu durumla ilgili yapılmış çalışmalar oldukça azdır. Ülkemizin son yıllardaki değişmesine paralel olarak her yaş grubunun sağlık hizmetine ve hekime ulaşabilmesi kolaylaşmasına rağmen halen sınıkçılara başvuran hastalar azımsanmayacak kadar fazladır [2,5,11,12]. Bu gözlemsel kohort çalışmasında şu soruların cevabı araştırıldı.

Sınıkçı uygulamaları, plasebo mu? Kanıta dayalı tıpta yeri var mı? Toplumun sınıkçı tercihinin etkileyen faktörler nelerdir?

YÖNTEMLER

Çalışmamızda Haziran 2012 ve Aralık 2012 tarihleri arasında Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji polikliniğine başvuran hastalardan anamnezlerinde veya fizik muayenelerinde bu sorunla ilgili olarak sınıkçıya başvurduğu anlaşılan 96 hastayı dahil ettik. Dâhil edilen hastalara önceden hazırlanmış anket formu (Şekil 1) araştırmacı tarafından dolduruldu. Çalışma öncesi Afyon Kocatepe Üniversitesi etik kurulundan izin alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalardan aydınlanmış onam alınarak çalışma yürütüldü.

SINIKÇIYA BAŞVURAN HASTA TAKİP&ANKET FOYU

Hastanın Adı Soyadı:	Yaşı:
Cinsiyet: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	Telefon:
Poliklinik Başvuru Tarihi:	Protokol No:
Adres:	
Hastanın Şikayeti ve Sınıkçı tarafından Konulan Tanısı:	
Hastanın Şikayeti ve Ortopedist Tarafından Konulan Tanısı:	
İlk Başvurduğunuz Yer: a) Doktor <input type="checkbox"/> b) Sınıkçı <input type="checkbox"/>	Sınıkçıya Hayat boyunca Kaç kez Başvurdunuz? a) Bir kez <input type="checkbox"/> b) İki kez <input type="checkbox"/> c) Üç kez veya Üçten Fazla <input type="checkbox"/>
Eğitim Durumunuz Nedir? a) Okur Yazar değilsiniz <input type="checkbox"/> b) İlköğül <input type="checkbox"/> c) Ortaokul <input type="checkbox"/> d) Lise <input type="checkbox"/> e) Üniversite <input type="checkbox"/>	Sınıkçıya Tedaviniz İçin Tercih Etme Nedeniniz Nedir? a) Aile ya da tanıdık önerisi <input type="checkbox"/> b) Daha çok Güveniyorum <input type="checkbox"/> c) Ulaşılmaması Daha Kolay <input type="checkbox"/> d) Alışkanlık <input type="checkbox"/> e) Sağlık Güvenem Yok <input type="checkbox"/>
Herhangi bir Sekel&Sakatlık Kaldı mı? a) Evet <input type="checkbox"/> b) Hayır <input type="checkbox"/>	
Sekel tipi:	
Yapılan Müdahale:	

Şekil 1. Hastalara uygulanan Anket ve Takip Formu

Araştırmada hastaların cinsiyet, yaş, eğitim seviyeleri, ilk başvuru yerleri, kırıkçı çıkıkçıya kaç kez başvurduğu, başvuru sebepleri, ücret verip vermediği gibi soruların yanında hastanede konulan gerçek tanı, komplikasyon gelişip gelişmediği, geliştirse komplikasyon türü ve kalıcı fonksiyon kayıpları sorgulandı. Özellikle ailesi tarafından sınıkçıya götürülen hastalarda başvuru kararını kimin verdiği ve bu kişinin eğitim durumu da sorgulandı. Hastalarda sekel olup olmadığı ve fonksiyon kayıplarının değerlendirilmesinde klinik muayene ve radyolojik görüntüleme yöntemlerinden yararlanıldı.

Elde edilen veriler SPSS 20 programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler; frekans (yüzde), ortalama olarak tablolarla sunuldu. Anlamlılık analizlerinde Spearman ikili korelasyon testi, çapraz tablolar ve ki kare testleri uygulandı.

BULGULAR

Çalışmamızda polikliniğimize başvuran hastaların sınıkçıya başvurma yıl idi. Çalışmamızda sınıkçılara genellikle kadınların (%72,9) ve 45 yaş altı kişilerin (%77,08) başvurduklarını prevelansını %5 olarak tespit ettik. Çalışmamıza dahil edilen hastaların demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 31±16,1 tespit ettik. Sınıkçıya başvuru kararını veren ya da verilmesinde etkili olan hasta ya da yakınlarının eğitim durumları Tablo 2'de özetlenmiştir. 87 hasta sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri olarak sınıkçıyı tercih etmişlerdi (%90,6). İlk başvuru

ru yerlerine göre sınıkçı sekeli gelişmesi arasındaki ilişkiye bakıldı ve bu ikisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Şikâyetleri devam eden ya da artan kişiler ikinci aşama olarak ortopedi polikliniğine başvurmuştu. 9 hasta ise öncelikle ortopedi doktoruna gittiklerini filmde bir şey yok denilip ilaç yazıldığını ancak şikâyetlerin uzun sürmesinden dolayı sınıkçıya başvurduklarını belirttiler. Bu hastalara sınıkçının ne yaptığı sorulduğunda "doktor çıkığı göremez ve çıkık varmış yerine oturttum" dediği anlaşıldı. Neden tekrar ortopedi doktoruna geldiği sorulduğunda şikâyetlerinin halen devam etmesi yanıtı alındı.

Tablo 1. Çalışmada yer alan hastaların yaş cinsiyet özellikleri

Yaş Aralığı (Yıl)	Sayı	Yüzde (%)
1-18	26	27,1
19-45	48	50
46-60	18	18,7
61 ve üzeri	4	4,2
Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	26	27,1
Erkek	70	72,9

Tablo 2. Sınıkçıya başvurma kararını veren hasta veya yakınlarının eğitim durumları

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Okur-yazar değil	7	7,3
İlkokul	42	43,8
Ortaokul	23	24,0
Lise	14	14,6
Üniversite	10	10,4
Toplam	96	100

Eğitim seviyeleri açısından hastaların yalnızca 7'si okuryazar değildi. Diğerleri okuryazardı. Eğitim seviyesi ve ilk başvuru yeri olarak sınıkçıyı tercih etme arasında korelasyon olup olmadığına bakıldı. Spearman ikili korelasyon testi uygulandı. Aralarında anlamlı bir korelasyon yoktu ($p>0,05$).

Ortopedik sorunu nedeniyle sınıkçıya başvurma nedenleri sorgulandığında en sık nedenin ailesi ya da bir yakını tarafından tavsiye olduğu (%40,6), ikinci sıklıkta ise sınıkçılara hekimlerden daha çok güven duyulduğu (%27) tespit edildi (Tablo 3). 31 hasta 1 kez, 9 hasta 2 kez ve 56 hasta 3 veya daha fazla sayıda sınıkçıya çeşitli nedenlerle başvurmuşlardı. Sınıkçıya başvuranların bunu alışkanlık haline getirdiği belirlendi.

Tablo 3. Sınıkçıya başvurma nedenleri

Başvuru Nedeni	Sayı	Yüzde (%)
Aile ya da Tanıdık Önerisi	39	40,6
Daha Çok Güveniyorum	26	27,0
Kolay Ulaşabiliyorum	20	20,8
Alışkanlık	11	11,5
Toplam	96	100,0

Polikliniğimizde bir ortopedistin baktığı hasta sayısı günlük ortalama 63'dü. Hastaların muayene fişlerini almalarından muayene oldukları ana kadar geçen zaman ortalama 23,4 dakika olarak tespit edildi. Hizmet verdiğimiz bölgede kamu ve özel olmak üzere aktif çalışan ortopedi uzmanı sayısı 21 idi.

Afyonkarahisar ve çevresinde soruşturarak tespit ettiğimiz 6 sınıkçı vardı. Bunların 4'ü erkek 2'si kadındı. Yaş ortalamaları 51,29 yıl (38-72 yıl) idi. Sınıkçılara günde ortalama 30 hasta başvuruyordu.

16 hastada sekel geliştiği tespit edildi (%16,6). Sekel gelişen hastaların ortalama 29,6 (5-69) yaşında olduğu gözlemlendi. 7 hasta kadın, 9 hasta erkekti. Hastalarda sıklıkla çeşitli kırıklara yanlı olarak çıkık tanısı konmuş olduğu gözlemlendi (Tablo 4). Çapraz tablolar ve ki-kare testleri kullanıldı. İlkokul ve altını düşük eğitim seviyeli üzerini ise eğitilmiş kabul ettiğimizde eğitilmiş hastaların 4 (%8,5) sekel kalırken, eğitim seviyesi düşük hastaların 12 (%24,5)'inde sekel geliştiği bu sonuca göre anlamlı bulundu. ($p=0,036$)

Bu hastalarda geç başvuru olduğundan kırığın geç dönem komplikasyonları mevcuttu (malunion, nonunion, eklem sertliği vs.). Diğerleri ise şunlardır: Bir hastaya yapılan bel manipülasyonu sırasında kalıcı sinir hasarı oluşturulduğu gözlemlendi. Gerçekten ön çapraz bağ rüptürü olan bir hastaya diz çıkığı var denilip dizine sargı uygulanmış. Hastanın tanı ve tedavisinde gecikmeye neden olunmuştu.

Rahatsızlığı geçmediği için başvuran bu hastaların rahatsızlıklarının geçmeme sebebi olarak ağrı, eklem hareket kısıtlılığı, deformitenin devam etmesi vs. gözlemlendi. Malunion olarak kaynamış hastalara durumları anlatıldı. Sorun teşkil edenlere cerrahi önerildi. Kabul edenler opere edildi. Eklem kontraktürü olan hastalar öncelikle fizik tedavi ve rehabilitasyon önerildi. Bir hasta el cerrahisi olan merkeze yönlendirildi. Bel manipülasyonu yapılan hasta beyin cerrahisi polikliniğine yönlendirildi. Kaynama gözlenmeyen iki skafoid kırıklı hastaya cerrahi uygulandı. Hastalarda sekel oluşturan sorunlar basit bir tıbbi görüntüleme ile erken tanı ve uygun tedaviyle önlenebilirdi.

Tablo 4. Sınıkçı sekeli gelişen hastalarda sınıkçı tanısı ve gerçek tanıları ile özellikleri

Sınıkçı Tanısı	Klinik Tanısı	Cinsiyet	Yaş	Yapılan İşlem
Parmak Çıkığı	Eklem içi PİP Kırıklı Çıkığı	K	16	El cerrahisine sevk
Ayak Bilek Çıkığı	Lateral Malleol Kırığı	E	40	Cerrahi önerildi. Hasta kabul etmedi.
Ayak Bilek Çıkığı	Medial Malleol Kırığı	E	54	Açık Redüksiyon İnternal fiksasyon
Dirsek Çıkığı	Radius Başı Kırığı	K	28	Açık Redüksiyon İnternal fiksasyon
Dirsek Çıkığı	Radius Başı Kırığı	K	29	Cerrahi önerildi
El Bilek Çıkığı	Radius distal uç kırığı	E	69	Malunion. Takip önerildi.
El Bilek Çıkığı	Radius distal uç kırığı	E	53	Kalloklazi ve Kapalı Redüksiyon
El Bilek Çıkığı	Radius distal uç kırığı	E	43	Cerrahi önerildi
El Bilek Çıkığı	Skafoid Kırığı	E	22	Açık Redüksiyon İnternal fiksasyon
El Bilek Çıkığı	Skafoid Kırığı	K	18	Açık Redüksiyon İnternal fiksasyon
Parmak Çıkığı	Metakarp Kırığı	K	25	Malunion. Takip önerildi.
Parmak Çıkığı	Metakarp Kırığı	K	12	Malunion. Takip önerildi.
El bilek Çıkığı	Ulna Distal Metafiz Kırığı	E	5	Kalloklazi ve Kapalı Redüksiyon
Diz Çıkığı	ACL rupture	E	18	ACL Rekonstruksiyonu
Ayak Parmak Çıkığı	Metatars distal Kırığı	K	8	Alçılama yapıldı.
Bel fıtığı	Lomber disk hernisi	34	K	Beyin cerrahisine yönlendirildi.

TARTIŞMA

Sınıkçıya başvurma nedenleri, bu tercihi etkileyen faktörler ve sınıkçı sekelleri hakkında türkçe literatürde yapılmış az sayıda çalışma mevcuttur [2,5,11,12]. Uluslararası çalışmalar ve İngilizce literatürde özellikle Afrika'dan yayınlanmış ana hatlarıyla bu konuda sınıkçıların uygulamalarını, komplikasyonlarını ve uygulamalarını tespit eden makaleler mevcuttur [10,13-16].

Literatürde sınıkçıya başvurunun düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesi ile ilişkili olduğunu belirten ülkemizden ve ülkemiz dışından çeşitli yayınlar mevcuttur [2,5,11,16]. Buna karşın eğitim seviyesi ile ilişkili olmadığını belirten yayınlarda mevcuttur [17]. Biz çalışmamızda gördük ki düşük eğitim düzeyi ile sınıkçılara başvuru arasında anlamlı korelasyon yoktu. Eğitim seviyesi ve ilk başvuru yeri olarak sınıkçıyı tercih etme arasında da korelasyon yoktu ($p>0,05$).

Sınıkçılara başvuru sebeplerinin multifaktöryel olduğunu gördük. Bu nedenler arasında aile ve yakın tavsiyesi ilk sırayı alırken ve hekimlere güven eksikliği ikinci sırada ve kolay ulaşılabilme üçüncü sırada yer aldı. Bu duruma göre insanların sınıkçılara gitmesini etkileyen faktörlerin başında gelenek görenekler ve toplumsal alışkanlıklar olduğu yorumunu yapmak yanlış olmayacaktır [10,13-17].

Hekimler ve sağlık sistemimiz tarafından dikkat edilmesi gereken ikinci ve üçüncü sırada yer alan nedenlerdir. Çünkü hekimlere duyulan güvensizlik ve hekime ulaşım zorluğu önemli saptamalardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da sınıkçı seçimindeki en önemli neden olarak hastanede sakat kalma korkusu olarak tespit edilmiştir [11]. Bunun nedenlerini derinlemesine araştırmak ve önemsemek gerekir. Acaba gerçek böyle mi? Sorun gerçekten hekimlerden mi kaynaklanıyor? Yoksa sınıkçılar yanlış yönlendirmemi yapıyor?

Çalışmamızda daha çok basit travmaya bağlı yaralanmalar ile deformitesi az olan kırıklı hastaların ilk başvuru yeri olarak sınıkçıyı tercih ettiğini saptadık. Ancak klinik gözlemimizde ve sorgulamamızda burkulma gibi travmalarla oluşmuş basit bağ yaralanmalarına dahi "sende çıkık vardı yerine oturttum", "doktorlar çıkıktan anlamaz" ifadelerinin sıkça kullandıklarını gözlemledik. Aynı zamanda sınıkçı tedavisine bağlı olarak doktora geç ya da sekel geliştikten sonra başvurulması hekimlerin uyguladıkları tedavinin başarısını azaltmaktaydı. Bu gibi nedenler ve yapılan yanlış yönlendirmelerden dolayı sınıkçılar yaptıkları işi halk gözünde hem önemli ve büyük gösteriyorlar hem de hekimlere olan güveni azaltıyorlar. Bu şekilde kendileri için önemli gelir kaynağı olan sınıkçılığın devamını sağlıyorlar.

Literatürde özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve geçmiş yıllarda ülkemizden yapılan bazı makalelerde ortopedi uzmanına ulaşmanın zor olduğu bildirilmiştir [2,5,16,17]. Çalışmamızda ortopedi uzmanı sayısı, günlük poliklinik hizmet sayısı ve hastaların bekleme sürelerini incelediğimizde hekimlik hizmetine ulaşmanın zor olmadığını tespit ettik. Bir çalışma da sınıkçı ve sağlık merkezine hastaların yaşadıkları yerlerin uzaklıkları arasında farka bakılmış ve tedavi seçiminde mesafenin önemli olmadığını saptamışlar [11].

Literatür sınıkçıların neden olduğu, basit yöntemler ve takiplerle önlenilecek komplikasyonlarla doludur. Bu komplikasyonlar kaynamama, kötü kaynama, kronik osteomyelit, eklem sertliği, kronik eklem çıkığı, Volkman iskemik kontraktürü ve hatta uzuv kaybını içermektedir [11,16,18-20]. Etkilenen hastalarda ciddi sekel kalmasına, iş-güç, zaman ve maddi kayıp oluşmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda on altı hastada sekel gelişebilecek ya da gelişmiş durumlar tespit ettik (Tablo 4). Sekel gelişiminin eğitim durumu düşük kişilerde anlamlı olarak fazla gözleendiği tespit ettik. Bu durum da eğitim seviyesi düşük olan hastaların yalnızca sınıkçıya güvenmeleri ve tedavi için başka merkezlere başvurmamaları olarak yorumlanabilir. Bu komplikasyonların bazılarında gecikmiş manipülatif müdahale ve cerrahi ile kısmi düzelme oldu.

Son olarak dikkatimizi çeken önemli bir nokta da hastaların başarısızlık durumunda hekimlere nazaran sınıkçılara karşı daha affedici olduklarıydı. Özellikle sekel gelişen hastalara şikâyetçi olup olmayacaklarını sorduğumuzda istisnasız hayır sonucunu aldık.

Sonuç olarak çalışmamızda: özellikle Türkçe literatürde bildirilen aksine sosyal güvence olmaması, hastanede bekleme, hastaneye ve doktora ulaşmada zorluk gibi faktörlerin sınıkçı tercihinde anlamlı bir etkisi olmadığını tespit ettik. Diğer yandan eğitim seviyesinin düşüklüğünün sınıkçı tercihinde etkili bir faktör olsa da yüksek eğitim seviyesine sahip hastalarda da başvuru oranının azımsanmayacak çoğunlukta olduğunu saptadık. Sekel gelişiminin ilk başvuru yer seçimi ve eğitim düzey düşüklüğü ile ilişkisinin anlamlı olduğu, sınıkçı müdahalelerinde iyileşme etkisinin daha çok plasebo olduğu (Sorumların büyük kısmı basit yumuşak doku travması) ve bunların basit yöntemlerle hatta tedaviye gereksinim olmadan kendiliğinden iyileşebilecek sorunlar olduğunu tespit ettik. Prevalans dikkate alındığında sınıkçılığın bir ülke gerçeği olduğu ancak uygulama sonuçlarının plasebodan farksız olması, bu konuda eğitim almamış olmaları, kanuni bir yetkilerinin bulunmaması, vergi ödeme-

meleri açılarından değerlendirildiğinde sahtekârlık yapıldığını göstermektedir.

Bu konuda hali hazırda yapılan toplumu bilgilendirici sağlık eğitim programlarının artması etkili olabilir. Bu çalışmanın sonuçları bu konuda ışık tabilir.

KAYNAKLAR

1. Woolf AD, Pfleyer B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81:646-656.
2. Köstem L, Önal YZ. Ülkemizdeki sınıkçı sorununa bölgesel yaklaşım (Sivas yöresi anket çalışması). Acta Orthop Traumatol Turc 1990;24:159-162.
3. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva, World Health Organization 2002.
4. Lök V. Onbeşinci asırda Anadolu Türkleri'nde kırıkçı çıkıcı tedavisi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1974;13:117.
5. Çetinus E, Ekerbiçer H, Ertürk H, ve ark. Halkın sınıkçı tercihi: nedenleri ve sonuçları. Kocatepe Tıp Dergisi 2000;1:79-86.
6. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.51efc4a9497039.26976773
7. World Health Organization. Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches. Geneva, World Health Organization 1999 (document reference (WP)TM/ICP/TM/001/RB/98-RS/99/GE/32(CHN)).
8. World Health Organization. Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001-2010. Harare, World Health Organization 2000 (document reference AFR/RC50/Doc.9/R)
9. Ministry of Health. Traditional and Modern Health care: Partnership for the Future: A Report on National Consensus. Ministry of Health, Accra, 1995.
10. Omololu AB, Ogunlade SO, Gopaldasani VK. The practice of traditional bonesetting: Training algorithm. Clin Orthop Relat Res 2008; 466: 2392-2398.
11. Tanrıverdi E. Kırıkçı ve çıkıkçılar tarafından tedavi edilen hastaların özellikleri: bir gözlemsel klinik çalışma. Kafkas J Med Sci 2011;1:118-121.
12. Aslan D, Boztaş G, Kılıç E, et al. Bir sporcu merkezine kayıtlı olan kadınların sağlık hastalık kavramları ile ilgili görüşleri ve sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2004; 13:30-38.
13. Eshete M. The prevention of traditional bonesetter's gangrene. J Bone Joint Surg [Br] 2005;87-B:102-103.
14. Benedict U., Nwachukwu B.U., Okwesil C.I., et al. Traditional Bonesetters and Contemporary Orthopaedic Fracture Care in a Developing Nation: Historical

- Aspects, Contemporary Status and Future Directions. *Open Orthop J* 2011;5:20-26.
15. OlaOlorun DA, Oladiran IO, Adeniran A. Complications of fracture treatment by traditional bonesetters in southwest Nigeria. *Family Practice* 2001; 18: 635-637.
 16. Dada AA, Yinusa W, Giwa SO. Review of the practice of traditional bone setting in Nigeria. *African Health Sci* 2011; 11: 262-265.
 17. Thanni LOA. Factors influencing patronage of traditional bonesetters. *WAJM* 2000; 19:220-224.
 18. Oyebola DD. Yoruba traditional bonesetters: the practice of orthopaedics in a primitive setting in Nigeria. *J Trauma* 1980 Apr; 20:312-322.
 19. Onuminya JE. Misadventure in traditional Medicine Practice: an unusual indication for limb amputation. *J Natl Med Assoc* 2005;97:824-825.
 20. Nwankwo OE, Katchy AU. Limb gangrene following treatment of limb injury by traditional bone setter (Tbs): a report of 15 consecutive cases. *Niger Postgrad Med J* 2005; 12:57-60.